



L'Ordine

di Treviso

Anno XXI - N° 2/2013 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

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

*Il Presidente, il Consiglio dell'Ordine
e la Commissione Albo Odontoiatri
augurano a tutti i Colleghi ed alle loro famiglie
i migliori Auguri di Buon Natale e di un Felice
e Sereno 2014*



XIX Giornata del Medico

02
2013

- Editoriale del Presidente
- XIX Giornata del Medico
- Rinnovato abbonamento ad UpToDate per gli iscritti
- Medici di Treviso al Senato
- Relazione alla 5° Conferenza Nazionale ECM
- Graduatorie per le convenzioni



■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 03 L'Editoriale del Presidente
- 04 XIX Giornata del Medico
- 07 UpToDate: rinnovato l'abbonamento per l'anno 2014
- 09 Medici di Treviso al Senato
- 12 Relazione alla 5° Conferenza Nazionale ECM – Roma 4-5.11.2013
- 13 La rubrica dei Giovani Medici
- 16 ECM: nuove determinazioni
- 18 Scadenza domande graduatorie per le convenzioni: 31.1.2014
- 21 Rinnovo elenchi disponibilità per sostituzioni e gare sportive
- 23 Variazioni agli Albi

■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 24 Pagamenti elettronici: obbligo dei POS dal 1° gennaio 2014
- 25 Rinnovo di validità della patente
- 26 Certificati medici sportivi – Sistri
- 27 Responsabilità del medico e cultura della sicurezza
- 28 Documentazione-Conservazione
- 30 Cartella Clinica in Odontoiatria
- 31 IRAP Medici
- 32 My ECM: la Tua situazione crediti

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 33 Azienda ULSS N. 9: Progetto regionale di formazione sull'Ictus
- 34 Progetto sulla Medicina Predittiva: corso residenziale e FAD
- 34 Integrazione logistica INPS-INPDAP di Treviso
- 35 INPS: La certificazione telematica
- 36 Associazione Italiana Donne Medico: Premio Donna di Medicina
- 37 Recensioni: "Poesia = Civiltà" di Lorenzo Simeone
"Il Duce si è fatto male" di Mario Ruffin
- 38 Tribunale di Treviso: servizio on-line liquidazione spese di giustizia

■ Rubriche

- 39 Rassegna giuridico amministrativa



L'Ordine
di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Giuseppe FAVRETTO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Giuseppe FAVRETTO

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Pietro ROSSI

Consiglieri

Giorgio BAZZERLA

Gaetano CAPPELLETTO

Bruno DI DANIEL

Gianfranco DOTTO (Odont.)

Luigi FAGGIAN

Alessandro GAVA

Gaetano Giorgio GOBBATO

Luigino GUARINI (Odont.)

Laura LUNA

Pio MARTINELLO

Giampiero RUZZI

Claudio SCARPA

Gianfranco TOSITTI

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Silvia DAL BÒ **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Annalisa BETTIN

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Luigino GUARINI **Presidente**

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Gianfranco DOTTO

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.ordinemedicitreviso.org

Orario di apertura al pubblico

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

Durante le festività natalizie gli uffici dell'Ordine resteranno chiusi venerdì 27 dicembre 2013

L'editoriale del Presidente

LE NUOVE FRONTIERE DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Venerdì 18 ottobre l'Ordine degli Avvocati di Treviso, in collaborazione con il nostro Ordine, ha organizzato un convegno su questo tema molto attuale e certamente controverso.

Avvocati, Magistrati, Giuristi e Medici Legali hanno preso in considerazione, ciascuno dal suo angolo di visuale, i vari aspetti della responsabilità medica delineando un quadro globalmente non del tutto rassicurante.

Vorrei fare anch'io alcune riflessioni su questo argomento che tocca sempre più da vicino ormai tutte le categorie mediche.

Da alcuni anni la sanità e gli operatori sanitari tutti, ma i medici in modo particolare, vivono momenti di grande difficoltà in parte certamente dovute alle difficoltà economiche che vive il nostro paese ma in parte legate strettamente alle trasformazioni che stanno interessando la medicina.

Sta cambiando per esempio in modo sempre più rapido e completo il rapporto medico/paziente che dal passato paternalismo bonario sta trasformandosi in una alleanza terapeutica non sempre facile da siglare e condividere.

Il tumultuoso progredire della tecnologia nel campo della diagnostica e della terapia rischia talora di far perdere al medico la capacità di mantenere comunque prioritarie la "vecchia" valutazione clinica e il rapporto olistico con il paziente.

Il continuo incremento di capacità e competenze di alcune professioni sanitarie non mediche sta modificando, in modo rapido e sostanziale la tradizionale modalità di lavoro in equipe.

Tra le criticità maggiori si sta però rivelando il problema della responsabilità/colpa professionale, anche per il rilievo sempre maggiore che stanno assumendo sul piano numerico i contenziosi medicolegali. Secondo i dati ufficiali dell'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici nel 2011 sono stati 31.500 gli esposti per presunti casi di malattia, il 6.7% in meno rispetto al 2010 ma circa 3 volte in più rispetto a 10 anni fa.

I dati disponibili inoltre dicono che la negligenza o imperizia del singolo medico è solo in una netta minoranza dei casi alla base delle incomprensioni con il paziente, mentre il più delle volte il contenzioso è attribuibile ad una non buona o appropriata organizzazione del lavoro del medico.

E non sempre il medico è chiamato a dare il suo contributo alla definizione delle corrette modalità operative del lavoro che deve svolgere.

Alcune conseguenze dirette di questo grande aumento del contenzioso medico paziente sono molto preoccupanti. La più importante è certamente il boom della cosiddetta medicina difensiva che costerebbe al nostro paese circa 15 miliardi di euro all'anno (1 punto di PIL) e che snatura l'essenza stessa del fare medicina corretta e appropriata. Altra conseguenza, altrettanto importante e potenzialmente devastante, è quella della tutela assicurativa per la colpa professionale dei medici.

Sempre più difficile è infatti attualmente trovare compagnie assicuratrici disposte ad operare in questo settore e sempre più alti sono i costi necessari per ottenere questa tutela, costi spesso difficilmente sopportabili specie per giovani medici all'inizio del loro percorso professionale.

Inoltre, si sta alterando la normale dinamica lavorativa per cui a breve potrebbe essere difficile reperire ortopedici, ginecologi e chirurghi in genere, essendo queste categorie le più bersagliate dalle denunce di richiesta danni.

Sempre meno potrebbero essere infatti nei prossimi anni i giovani medici interessati a specializzarsi in queste branche sempre più a rischio.

La responsabilità medica è certamente un problema del medico, ma tutti coloro che portano interesse attorno a questo aspetto (istituzioni sanitarie deputate all'organizzazione del lavoro medico, avvocati, magistrati, giuristi) devono conoscere molto bene, e tener conto nell'esprimere i loro giudizi, delle condizioni in cui si trova ad operare il medico nell'espletamento dei suoi compiti, spesso comunque di per se difficili e impegnativi.

Altrimenti potremmo veramente correre il rischio che si blocchi l'intero sistema.

Il Presidente dell'Ordine
Dott. Giuseppe Favretto



XIX GIORNATA DEL MEDICO



Si è svolta sabato 19 ottobre 2013 con inizio alle ore 9:30 presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso la **XIX GIORNATA DEL MEDICO**



La Giornata è iniziata con il saluto delle autorità, portato quest'anno dal dr. Paolo Speranzon, presidente della Conferenza dei Sindaci e dal dott. Michele Tessarin, Direttore Sanitario dell'ULSS n. 9 di Treviso.

La parte scientifica incentrata sul tema **IL VERO PATTO PER LA SALUTE: L'ALLEANZA MEDICO-PAZIENTE** è stata introdotta dal Presidente dell'Ordine dott. Giuseppe Favretto e dal Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri dott. Luigino Guarini. Sono poi seguiti gli interessanti interventi dei relatori.

Il **dott. Daniele Frezza**, Segretario dell'Ordine, ha presentato un'ampia relazione dal titolo **"L'alleanza medico paziente: rinnovata sfida per il medico"**, relazione con la quale il dott. Frezza ha voluto da subito evidenziare il concetto di Comunicazione, intesa come "mettere in comune", "scambiare" e quindi "creare un ponte". Ha quindi voluto ricordare come ogni richiesta di cura racchiude anche un'esigenza di relazione e che una buona relazione medico-paziente è incentrata sulla corretta comunicazione. Che la relazione medico-paziente è cambiata radicalmente, con il paziente che si aspetta risposte chiare, risultati certi a richieste precise e che l'alleanza terapeutica tende a superare l'iniziale asimmetria del rapporto medico-paziente, e che sviluppando una relazione di cura basata su una comunicazione eticamente efficace si può creare l'alleanza terapeutica.

Il **dott. Giorgio Santelli**, Direttore dell'UOC di Pneumologia dell'Ospedale di Treviso, ha presentato una relazione dal titolo **"Il medico che verrà... dal paternalismo alla rete"**, con la quale ha voluto descrivere come la figura del medico sia cambiata negli anni, passando dal "medico di campagna" e quindi dal rapporto medico-paziente di tipo paternalistico e verticale ad un medico che deve essere consapevole che non c'è cura credibile "senza il malato", senza quindi quella dimensione umana che si è un po' persa con l'arrivo della tecnologia.

La sig.ra **Manuela Tonon**, in qualità di Responsabile della Delegazione LILT di Oderzo, ha presentato una relazione dal titolo **"La voce del volontariato"**, con la quale



si è descritta l'attività che svolge l'Associazione, di tipo ambulatoriale, assistenziale e di educazione sanitaria mediante conferenze ed interventi nelle scuole, ma con particolare attenzione all'ascolto dei problemi dei pazienti e dei loro familiari.

La sig.ra **Anna Pillon** è invece intervenuta portando **"La voce dei pazienti"** mediante la descrizione coinvolgente della sua esperienza personale in qualità di paziente, raccontando il suo sentire di malato e della sua esperienza data dal rapportarsi con il mondo sanitario.

L'ultima relazione è stata presentata dal **dott. Brunello Gorini**, Vice Presidente dell'Ordine, sul tema **“Innovazione tecnologica e approccio olistico”**. Con il suo intervento il dott. Gorini ha voluto evidenziare in particolare le nuove sfide che il medico di medicina generale è chiamato ad affrontare, con una sempre maggior richiesta di tecnologia nello studio del medico di famiglia che spinge a coniugare approccio olistico e high-tech.

Dopo le conclusioni del Presidente dott. Giuseppe Favretto, la dott.ssa Dal Bò, in qualità di coordinatrice della Commissione ordinistica Giovani Medici e Pari Opportunità, ha presentato il nuovo sito dell'Ordine di Treviso e la pagina web dedicata ai lavori d'interesse della Commissione.

Il Presidente ha poi introdotto la cerimonia ricordando, chiedendo un minuto di silenzio, i colleghi scomparsi nel 2012 e nel 2013: Bazzo Gianpietro, Bellonzi Lio, Botter Laura, Bresolini Paolo, Bressan Enrico, Bruni Bruno, Buscema Pietro, Cadel Alberto, Caenaro Gianfranco, Carisi Domenico, Chiavus Mario, Dalla Vedova Giuseppe, Di Daniel Giacomo, Di Santo Gino, Fiorella Giovanni, Gallo Pier Luigi, Gianturco Emanuele, Intorcia Antonio, Lippi Agostino, Magnoler Silvano, Maschio Ferdinando, Meo Giuseppe, Murer Luciano, Parisi Andrea, Pittiani Luisa, Pivetta Giuseppe, Rossato Giacomo, Sambataro Domenico, Sech Ezio, Stancati Fulvio, Toffolon Franco Antonio.

La cerimonia, coordinata dal Segretario dell'Ordine dott. Daniele Frezza, è proseguita con la presentazione dei giovani medici e odontoiatri neo laureati, iscritti all'albo nel 2012, ai quali è stata consegnata dal Presidente dott. Giuseppe Favretto la pergamena del Giuramento Professionale e del quale ne hanno collettivamente dato lettura.

Medici Chirurghi neo-laureati iscritti all'Albo nel 2012:

Altinier Alessandro, Aprile Benedetta, Bakdounes Leila, Barea Luca, Barioli Alberto, Bellan Alberto, Berton Silvia, Bonotto Marta, Bortolanza Carlo, Buso Giacomo, Cesca Laura, Chisini Marta, Ciobanu Cornelia, Comacchio



Giovanni Maria, Commissati Serena, Cortinovis Matteo, Daniele Vincenzo, De Marchi Roberta, De Rui Michele, Del Sal Alice, Dotto Annapaola, Dotto Virginia, Fernandez Gonzalez Juana Alicia, Fiorot Alain, Fraccaro Alessia, Franceschet Irene, Franceschini Enrica, Galliazzo Silvia, Ganss Angelica, Gardenal Nicoletta, Guerardi Daniela, Gulino Antonio, Lollo Gianluca, Lucca Francesca, Mardegan Roberta, Mariotti Elena, Martignago Irene, Milanese Laura, Morosin Marco, Murer Francesca, Negretto Alice, Nico Lorena, Orlandini Silvia, Pagura Giulia, Pedrina Lucia, Perin Silvia, Possamai Luigi, Pozzanello Anna, Pucci Porzia, Romano Giorgia, Rosi Silvia, Scapol Lisa, Signori Marco, Stecca Tommaso, Stefanelli Alessandra, Variolo Maddalena, Visentin Andrea, Visentin Daniela, Stefani Chiara, Stefanini Giorgio, Tasca Giulia, Tomasini Silvia, Zanatta Elisabetta, Zanini Maria Francesca.

Odontoiatri neo-laureati iscritti all'Albo nel 2012:

Berton Federico, Camazzola Alessandro, Favero Alberto, Gobbato Edoardo Alvise, Parente Nicolò, Uematsu Ni-vea Massumi.



Dopo il giuramento professionale la cerimonia è continuata con la consegna della **targa d'argento ai medici collocati in pensione nel corso dell'anno 2012** quale segno di gratitudine per i tanti anni al servizio degli ammalati onorando la professione medica: Belli Paola, Beninato Mario, Cusumano Stefano, Dalla Torre Luciano, De Carli Marisa, Della Giustina Lorenza, De Sena Celestino, Gai Donata Rosanna, Gajo Giovanni Battista, Loeffelstiel Emanuel, Lunardi Paolo, Manzoni Alessandro, Mazzoleni Giovanni, Nespolo Giovanni, Patelli Guido, Pavanello Luigi, Pecoraro Pietro, Puglisi Biagio, Rossi Pietro, Sartori Antonio, Simini Giuseppe, Sosi Lucia, Tramontana Diego.

A conclusione della cerimonia è stata consegnata dal Presidente la **medaglia d'oro ai medici con 50 anni di laurea nel 2012**, quale affettuoso atto di riconoscenza dell'Ordine e la lettura da parte del Segretario dott. Daniele Frezza, solo per i presenti, di un sintetico curriculum professionale: Accorsi Franco, Anselmo Giuseppe, Bardin Pier Giorgio, Bargellesi Elbanio, Bosa Giovanni, Fontana Gian Bortolo, Giannuzzi Sandro, Quercia Giuseppe, Rapizzi Albino, Sartorelli Maria, Simeone Lorenzo, Tammaccaro Pietro.





RINNOVATO L'ABBONAMENTO PER L'ANNO 2014: GRATUITO PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DI TREVISO

Il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di rinnovare l'abbonamento gratuito per tutti gli iscritti a Treviso per l'anno 2014 visto il successo ottenuto.

UpToDate è un'importante risorsa EBM del deep web (web profondo) che garantisce informazioni appropriate e sicure da fonti della letteratura scientifica, analizzata e presentata da un board di esperti internazionali. La banca dati offre

informazioni scientifiche estremamente utili da utilizzare sia in situazioni professionali quotidiane che di emergenza spaziando dal quadro clinico, alla diagnosi differenziale, all'iter diagnostico-terapeutico, alle complicanze, alle interazioni tra farmaci. Le medesime informazioni possono servire inoltre per realizzare relazioni per la partecipazione a seminari e convegni, con la possibilità di stampare o memorizzare testi, diagrammi, foto, esiti radiologici.

September 19, 2013

Top Specialty Report

Facility Name - Ordine provinciale dei Medici chirurgi

Date Range From 12/01/2012 To 08/31/2013

Subs Num - 326483

UpToDate Confidential

Rank	Topic Specialty	Total Topic Hits
1	Pediatrics	951
2	Oncology	594
3	Cardiovascular Medicine	587
4	Infectious Diseases	568
5	Gastroenterology and Hepatology	472
6	Neurology	436
7	Endocrinology and Diabetes	427
8	Nephrology and Hypertension	408
9	Hematology	389
10	Rheumatology	371
11	Drug Information	328
12	Obstetrics, Gynecology and Women's Health	292
13	Allergy and Immunology	273
14	Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine	261
15	Adult Primary Care and Internal Medicine	249
16	Adult and Pediatric Emergency Medicine	243
17	General Surgery	212
18	Patient Information	198
19	Dermatology	150
20	Calculators	121
21	Psychiatry	72
22	Palliative Care	36
23	Family Medicine and General Practice	6
24	Geriatrics	3
25	Hospital Medicine	1
Total		7,648

Top Specialty Report

Facility Name - Ordine provinciale dei Medici chirurgi

Date Range From 12/01/2012 To 09/30/2013

Subs Num - 326483

UpToDate Confidential

Rank	Topic Specialty	Total Topic Hits
1	Pediatrics	1,073
2	Drug Information	808
3	Infectious Diseases	647
4	Oncology	644
5	Cardiovascular Medicine	619
6	Neurology	547
7	Gastroenterology and Hepatology	527
8	Endocrinology and Diabetes	493
9	Nephrology and Hypertension	469
10	Hematology	445
11	Rheumatology	410
12	Obstetrics, Gynecology and Women's Health	328
13	Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine	312
14	Allergy and Immunology	306
15	Adult and Pediatric Emergency Medicine	304
16	Adult Primary Care and Internal Medicine	287
17	General Surgery	232
18	Patient Information	227
19	Dermatology	190
20	Calculators	129
21	Psychiatry	73
22	Palliative Care	37
23	Family Medicine and General Practice	6
24	Geriatrics	3
25	Hospital Medicine	2
Total		9,118

Dall'analisi degli accessi emerge un interesse e un utilizzo diffuso della banca Dati UpToDate con aree quali la pediatria, malattie infettive, oncologia ... che lo stanno utilizzando come preziosa fonte di consultazione e aggiornamento professionale. L'invito è pertanto di diffondere a tutti gli ambiti specialistici disponibili l'utilizzo di tale risorsa che l'Ordine mette a disposizione dei propri iscritti per ridurre ovviamente i costi fissi di tale abbonamento, che sono rilevanti, per consentirne uno sviluppo e mantenimento anche in futuro.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri chiederà alla società UpToDate di tenere 1-2 corsi all'anno per spiegare le modalità informatiche d'uso nonché le potenzialità del servizio coinvolgendo alcuni nostri iscritti che hanno maturato una specifica esperienza di presentare dei casi studio.

Si ricorda agli iscritti che possono accedere al portale di UpToDate tramite una postazione fissa presente presso gli Uffici dell'Ordine, o dal proprio computer con registrazione all'area riservata presente sul sito dell'Ordine, www.ordinemedicitv.org

Il Segretario dell'Ordine
Dott. Daniele Frezza

MEDICI DI TREVISO AL SENATO

Sabato 26 ottobre una delegazione di medici dell'Ordine di Treviso si è recata in visita al Senato della Repubblica, accolta dal Segretario Generale del Senato dott.ssa Elisabetta Serafin. La dr.ssa Elisabetta Serafin è la prima donna Segretario generale del Senato. E' stata premiata nella XXIII edizione del premio "Mela d'Oro", intitolata al tema «Donne: innovazione e capitale umano» simbolo dell'eccellenza femminile nel mondo del lavoro.

Dopo i saluti di circostanza e un breve e caloroso dialogo tra i presenti, il vicepresidente dott. Brunello Gorini e il Presidente CAO, dott. Luigino Guarini, hanno consegnato una targa ricordo al Segretario Generale. Il Segretario ha accompagnato poi i nostri medici in una visita guidata a Palazzo Madama.

Il palazzo venne edificato nel 1478 su un terreno compreso fra la torre dei Crescenzi e le terme di Alessandro, acquisito dal Re di Francia e donato al suo tesoriere, il vescovo di Chiusi Sinulfo Ottieri di Castell'Ottieri, per ospitare i pellegrini francesi a Roma. Quando il palazzo divenne proprietà della famiglia Medici iniziarono i primi importanti lavori di trasformazione, su progetto di Giuliano da Sangallo e vi fu trasferito quello che era rimasto della biblioteca di Giovanni de' Medici, figlio di Lorenzo il Magnifico e futuro Papa Leone X. Alla sua morte, nel 1521, il palazzo passò al cugino Giulio de' Medici, che vi aveva lungamente abitato prima di salire al soglio pontificio come Clemente VII. Nel 1534 l'edificio fu ereditato da Alessandro de' Medici che aveva sposato Margherita d'Austria, madama imperiale in quanto figlia naturale di Carlo V. Quando Alessandro morì, nel 1537, la moglie vi pose la sua residenza, da qui il termine di Palazzo Madama.



Il palazzo rimase ai Medici e poi ai Lorena Granduchi di Toscana fino al XVIII secolo, anche se non si servirono più del palazzo. Nel 1725, non andò ad abitarvi Violante di Baviera, cognata di Gian Gastone, ultimo rappresentante della famiglia Medici, dando un ultimo periodo di splendore, con balli e feste e ospitando la sede dell'Arcadia e dell'Accademia dei Quirini. Nel



1755 fu acquistato da Papa Benedetto XIV e divenne palazzo pubblico dello Stato Pontificio, con importanti interventi di ristrutturazione: fu aperto un secondo cortile dove oggi c'è l'Aula e fu sistemata la piazza antistante e la facciata. Nel febbraio del 1871 la scelta come sede del Senato del Regno comportò ampi lavori di adattamento: nello spazio del cortile delle poste pontificie fu realizzata l'Aula dove il Senato del Regno si riunì per la prima volta il 28 novembre 1871.

Attualmente a palazzo Madama hanno sede l'Aula, alcuni Gruppi parlamentari, gli uffici della Presidenza e del Segretariato generale, nonché alcuni servizi ed uffici più direttamente connessi con l'attività parlamentare.

La visita si è protratta nelle principali sale del Palazzo, tra cui Sala Maccari, che prende il nome da Cesare Maccari (1840-1919) l'artista che la decorò nel 1880. Il soffitto racchiude quattro medaglioni con figure allego-

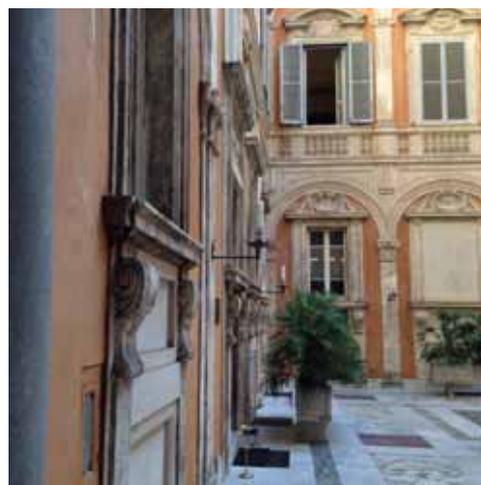


riche, disposte intorno a un motivo centrale, che simboleggia l'Italia; nei quattro medaglioni sono rappresentati il commercio, l'agricoltura, le armi, le scienze, le lettere e le arti. Lungo il fregio una frase di Guicciardini ed una di Machiavelli. Sulle pareti episodi della storia del Senato romano: Appio Claudio il Censore mentre viene condotto in Senato per esortare i Romani a non accettare le umilianti condizioni di pace imposte da Cineas, ambasciatore di Pirro; gli episodi di Marco Papirio, rimasto immobile sul suo scanno dinanzi all'invasione dei Galli e quello dei Sanniti che tentano di corrompere Curio Dentato perché convinca il Senato a fare la pace; l'affresco che rappresenta Cicerone mentre pronuncia la sua requisitoria contro Catilina, che ascolta, isolato, dal proprio seggio; e, infine, la partenza da Roma di Attilio Regolo, catturato dai Cartaginesi nella battaglia di Tunisi e inviato in patria per parlamentare, sulla promessa di ritenersi prigioniero.

Sala Italia: Vasto ambiente di rappresentanza, risultato della demolizione di una parete divisoria all'inizio degli anni trenta.

Sala dello Struzzo: ospita un bellissimo soffitto a cassettoni del secolo XVI con stucchi dipinti e dorati, probabilmente il più suggestivo di tutto il palazzo. Al centro campeggia uno struzzo che alcuni suppongono scelto a ricordo della casata d'origine di Margherita d'Austria, secondo il bisticcio delle parole *Autriche* (Austria) e *autruche* (struzzo). Altri invece sono convinti che questo animale sia stato scelto come simbolo araldico di velocità e di precedenza, ovvero di fermezza e di forza; in ogni caso lo struzzo fu assunto come emblema da un personaggio di casa Medici che non ricopriva cariche religiose, come testimonia la corona che sormonta la testa dell'animale.

La visita è poi proseguita a Palazzo Giustiniani, in via della Dogana Vecchia. Il palazzo sorge sull'area delle antiche terme neroniane, come confermato dagli scavi, che appurarono anche la presenza di un obelisco situato sotto una colonna più in superficie. La struttura originaria del palazzo risale al 1585, quando monsignor Pietro Vento riunì



alcune case preesistenti in un grande edificio, venduto poi il 4 luglio 1590 a Giuseppe Giustiniani. I Giustiniani erano giunti da Genova pochi anni prima, a seguito della perdita dell'isola di Chio conquistata nel 1566 dai Turchi, che con l'inganno la occuparono imprigionando il podestà Vincenzo Giustiniani, il vescovo Timoteo Giustiniani e i 12 governatori, che furono portati a Costantinopoli. I Giustiniani sotto i 12 anni furono chiusi in un convento; ventuno Giustiniani tra i 12 e i 16 anni furono costretti ad abiurare la fede cattolica, di questi 18 furono uccisi dopo atroci torture il 6 settembre 1566, mentre tre riuscirono a fuggire a Genova, riabbracciando la fede. I Giustiniani fecero ampliare l'edificio su progetto del Borromini del 1653, ma i lavori terminarono solo nel 1677. Nel 1678 furono sistemati l'atrio e il cortile, dove furono collocati i rilievi e le sculture della collezione del

marchese Vincenzo Giustiniani, che arrivò a raccogliere ben 1600 pezzi di scultura antica e quadri di Caravaggio, Raffaello, Giorgione e Tiziano. Nonostante il marchese avesse stabilito nel suo testamento che *"niente doveva essere venduto perchè le opere restino per mia memoria perpetuamente"*, nell'Ottocento la preziosa raccolta, tra vendite e spoliazioni, si vanificò, fino ad essere costituita solo dai bassorilievi murati nel cortile. La famiglia Giustiniani si estinse alla fine dell'800, ma già nel 1859 il palazzo era stato acquistato dai Grazioli, i quali lo affittarono nel 1898 al Grande Oriente d'Italia della Massoneria. All'inizio del 1926, Mussolini aderì alla richiesta del Presidente del Senato del Regno, Tommaso Tittoni, e concesse l'utilizzo di palazzo Giustiniani al Senato, cui fu collegato, nel 1938, con un passag-



gio sotterraneo. Dopo il 2 giugno 1946 fu sede del Capo provvisorio dello Stato Enrico de Nicola e nella Biblioteca, il 27 dicembre 1947, fu firmata la Costituzione della Repubblica Italiana. Attualmente nel palazzo hanno sede la Presidenza del Senato, l'appartamento di rappresentanza del Presidente del Senato, la sala Zuccari, gli uffici



dei senatori di diritto e a vita, degli ex Presidenti del Senato, nonché alcuni servizi ed uffici dell'Amministrazione. La facciata di palazzo Giustiniani si presenta con tre piani di nove finestre, architravate al primo, riquadrate al secondo ed incorniciate al terzo; a coronamento un cornicione su mensole con aquile, gigli, torri e leoni, tutti simboli araldici che si riferiscono ai vari proprietari. Al pianterreno apre il borrominiano portale decentrato ad arco, tra due colonne con capitello ornato d'alloro ed alti pulvini sui quali poggia il balcone; lo affiancano finestre architravate ed inferriate su mensole e sottostanti finestrelle con grata.

La grande Galleria, che prende nome dall'artista Federico Zuccari (1539-1609) che ne ha affrescato la volta è l'unico ambiente rimasto inalterato durante le numerose ristrutturazioni del palazzo. E' interamente decorata ad affresco: nella volta sono raffigurati cinque episodi delle storie di Salomone (Salomone unto re, la costruzione del Tempio, il giudizio di Salomone, i figli costretti a trafiggere il cadavere del padre e l'incontro con la regina di Saba) e le quattro virtù (Religione, Industria, Vigilanza, Eloquenza) a lui attribuite. Vicino agli angoli della volta sono raffigurati piccoli paesaggi, in cornici circolari. Sulle pareti erano raffigurate immagini femminili di virtù, ma attualmente ne rimane solamente una, a figura intera, "La Temperanza", mentre delle altre restano solo alcuni frammenti. Tutte le decorazioni sono ordinate entro una superficie decorata a grottesche e l'insieme ha un aspetto sontuoso, arricchito anche dagli arazzi seicenteschi.



Nella Sala degli specchi, dominata da dieci grandi specchi, il Presidente del Senato accoglie le delegazioni in visita. Il soffitto è a cassettoni con ornamenti dorati e da esso pendono due preziosi lampadari. In questa sala si svolgono due incontri annuali tra il Presidente e i giornalisti parlamentari: a Natale e prima della sospensione estiva (cerimonia della consegna del Ventaglio).

La Sala della Costituzione è un simbolo importante per la storia della Repubblica: qui infatti il 27 dicembre 1947 Enrico De Nicola, Alcide De Gasperi e Umberto Terracini firmarono la Carta Costituzionale, una copia è posta su un leggio. Sulle pareti una carta che descrive le conquiste di Roma ed una veduta della città imperiale. Oggi in questa sala il Presidente del Senato riceve capi di Stato e di Governo.

RELAZIONE ALLA 5° CONFERENZA NAZIONALE ECM ROMA 4-5 NOVEMBRE 2013

In data 4 e 5 novembre si è tenuta a Roma la 5° Conferenza Nazionale ECM di cui si riporta di seguito una sintesi dei punti salienti. È stata evidenziata la situazione regionale dei Provider. Ci sono regioni che programmano la sanità in maniera adeguata e altre che hanno delle difficoltà, regioni in piano di rientro e regioni non sottoposte a tale istituto. L'introduzione del sistema ECM regionale ha messo le regioni di fronte a un dato di fatto: essere enti accreditanti. Alcune regioni erano pronte, in altri contesti questa situazione ha creato difficoltà operative. A oggi nove regioni (Sicilia, Calabria, Puglia, Basilicata, Campania, Sardegna, Abruzzo, Veneto e Friuli Venezia Giulia) hanno scelto di convenzionarsi con Agenas. Il dott. Bianco, presidente della FNOMCeO, segnala l'importanza di andare avanti con il programma ECM facendo bene quello che già si sta facendo e pone l'attenzione su due cose:

"...1) Andare avanti con l'accreditamento standard dei provider che attualmente sono circa 1000 i p. provvisori e circa 90-100 provider sono già in accreditamento standard

2) dare sostanza all'idea del dossier... che è lo strumento con il quale si supera la logica di sommare crediti in aree di interesse varie e variegate e di inserirli in un agenda di bisogni formativi calibrata appropriata che da una parte veda quelli delle organizzazioni perché cambiare, innovare le organizzazioni è difficile farlo senza il supporto della formazione e dall'altra parte quelli che sono i bisogni dei singoli professionisti nel senso che si sviluppano attività formative in quei campi degli skills tecnico professionali ma anche non tecnici che maggiormente il professionista ritiene sia un suo bisogno individuale di miglioramento insieme concorrono a definire quel progetto di miglioramento della qualità che è dei sistemi e dei professionisti..."

Gli **obiettivi del triennio 2014-2016** sono:

- Il dossier formativo. L'obiettivo è quello di sviluppare i dossier formativi individuali responsabilizzando le figure professionali sulla propria formazione partendo dallo sviluppo degli obiettivi tecnico professionali, di processo e di sistema e non dai titoli dei corsi. La costruzione del dossier formativo è una responsabilità di ogni singolo professionista. Dalla Conferenza non è emerso come si integri il df individuale con quello aziendale di gruppo;
- La certificazione e attestazione della formazione. Con la determina del 17 luglio 2013 viene evidenziato che ora sarà compito degli Ordini, Collegi e Associazioni provvedere a rilasciare la certificazione o l'attestazione dei crediti conseguiti dal singolo professionista. L'attestazione viene rilasciata solo se i crediti acquisiti nel triennio sono parziali mentre la certificazione solo quando si è assolto il raggiungimento dei crediti previsti per il triennio.
- Premi e sanzioni. La Commissione Nazionale auspicava di incentivare i professionisti al raggiungimento dei crediti previsti attraverso dei premi all'interno dei contratti di lavoro (posizioni organizzative, progressioni orizzontali di carriera ecc.) ma attualmente non è possibile in quanto questi sono bloccati. La Commissione sta comunque valutando le possibili sanzioni da attribuire ai professionisti che non raggiungono i crediti.

Nella conferenza si è parlato anche di **Ecm ed Unione Europea**.

I crediti all'estero sono riconosciuti nella misura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero. I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Nel caso in cui l'evento accreditato all'estero superi i 50 crediti formativi sono riconosciuti al massimo 25 crediti. In riferimento alla DIRETTIVA 2005/36/CE (approfondimento sulla proposta di revisione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali) l'articolo 4 della proposta di modifica della direttiva 2005/36/CE introduce la tessera professionale facoltativa per il professionista e prevede le procedure per il rilascio della stessa. Il ruolo della tessera professionale europea è quello di facilitare la mobilità dei professionisti in ambito UE. Il riconoscimento delle qualifiche attraverso la carta europea professionale dovrà rappresentare una procedura alternativa rispetto a quella attualmente prevista dalla direttiva 2005/36/CE.

Infine è stata evidenziata l'importanza di sviluppare la formazione sul campo e di promuovere la FAD al fine di facilitare i professionisti nella costruzione del loro dossier formativo.

Per quanto riguarda l'ambito delle simulazioni è stata evidenziata l'importanza della partecipazione di uno psicologo nel momento del debriefing degli eventi di simulazione perché è necessario sviluppare le no technical skill.

Il Segretario dell'Ordine

Dott. Daniele Frezza



LA RUBRICA DEI GIOVANI MEDICI

a cura di Dal Bò Silvia

FNOMCEO E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

All'inizio di ottobre si è tenuto a Roma il convegno **“Promozione della Salute e Cooperazione internazionale – la FNOMCeO per il volontariato medico e la collaborazione tra istituzioni”**.

I principi guida della cooperazione italiana risalenti al 1989 sono stati rivisti nel documento “Salute globale: principi guida della cooperazione italiana” del 2009. Otto sono i punti fondamentali:

- rispetto dei documenti di politiche globali che l'Italia ha riconosciuto o ratificato
- lotta alla povertà e alle disuguaglianze socioeconomiche
- accesso universale ed equo ai servizi sanitari
- rafforzamento dei servizi sanitari nazionali
- partecipazione delle comunità (ed in particolare delle donne)
- ricerca scientifica, reti di conoscenza, promozione culturale
- emergenze complesse (come disastri naturali)
- efficacia dell'aiuto allo sviluppo per la salute globale.

Alcuni di questi principi trovano corrispondenza nella Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite (sett 2000) che indica come obiettivi da raggiungere entro il 2015:

- sradicare la povertà estrema e la fame
- rendere universale l'educazione primaria
- promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne
- ridurre la mortalità infantile
- migliorare la salute materna
- combattere l'AIDS, la malaria e le altre malattie
- assicurare la sostenibilità ambientale
- sviluppare una partnership globale per lo sviluppo.

Purtroppo la tragedia di Lampedusa, avvenuta proprio nei giorni del convegno, ci riporta ad una realtà ben lontana dagli obiettivi sopra citati. Basti pensare che l'aspettativa di vita della popolazione africana è pari a 56 anni contro i 76 anni dei paesi occidentali (Europa ed USA). Una differenza (vent'anni!!) non più accettabile in un mondo che troppo facilmente consideriamo “globale”.

Naturalmente non può essere la sanità a dare risposte



foto: Renato Cerisola Photo

che spettano alla politica, ma ciò non toglie che sia dovere dei sanitari promuovere la salute ed esportare le conoscenze acquisite a favore di tutte le popolazioni. Accanto all'aiuto dato da tanti colleghi volontari, diventa indispensabile la formazione dei giovani medici, odontoiatri ed infermieri che di quelle popolazioni fanno parte. La formazione può essere la strada per dare una risposta concreta ed a lungo termine ai problemi dei Paesi in via di sviluppo, come sottolineato dalla dott.ssa Taila Kyndi che è stata la portavoce al convegno del ministro Cécile Kyenge (assente perché impegnata a Lampedusa).

Molte sono state le testimonianze di istituzioni ed associazioni del mondo del volontariato che operano in diversi paesi, purtroppo però se parliamo di disagi e povertà non possiamo più volgere lo sguardo solo all'estero: anche nella nostra realtà italiana troviamo disagio sociale e indigenza. A questo proposito vi invitiamo a visitare il sito dell'istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (www.inmp.it). Nato nel 2007, questo istituto pubblico si occupa di assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti e alle fragilità sociali.

La FNOMCEO, che da tempo si occupa di cooperazione internazionale, nell'occasione del convegno ha avanzato alcune proposte per rendere più efficace la propria azione:

- costituzione di un Albo di medici volontari e pensionati disposti a dare il loro contributo.
- coordinamento da parte della FNOMCEO delle associazioni di volontariato rette da medici
- riconoscimento giuridico ed economico dei distacchi

che avvengono per motivi di cooperazione internazionale.

- formazione ed aggiornamento dei colleghi provenienti da paesi in via di sviluppo attraverso stage in Italia.
- previsione di finanziamenti per progetti a sostegno dei colleghi specializzandi nei paesi in via di sviluppo e per colleghi africani in Italia.

In particolare è sentita la necessità di avere medici italiani di esperienza che siano disposti ad affiancare i giovani

collegi di questi paesi che spesso si trovano da neo laureati ad affrontare in solitudine situazioni non facili.

In attesa che queste proposte si concretizzino, è doveroso ringraziare quanti mettono il proprio tempo e la propria conoscenza a disposizione di popolazioni che vivono in situazioni di povertà, arretratezza, conflitti bellici.

Come ha ricordato il Ten. Gen. Federico Marmo (ispettore generale della sanità militare italiana) dove c'è pace, c'è salute.

Sintesi dei principi guida della cooperazione internazionale

1. Quadro di riferimento – La Cooperazione Italiana opera nel rispetto dei documenti di politiche globali che l'Italia ha riconosciuto o ratificato.

2. Lotta alla povertà e alle disuguaglianze socioeconomiche: i determinanti sociali della salute – La Cooperazione Italiana favorisce lo sviluppo socioeconomico e la fruizione dei diritti inerenti ai bisogni primari e ai servizi sociali dando priorità ai paesi e ai gruppi di popolazione a più basso reddito e al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Essa promuove politiche di sviluppo che perseguano effetti positivi sullo stato di salute, politiche e attività che conferiscano potere e responsabilità alle donne, e politiche di rafforzamento dell'istruzione pubblica.

3. Accesso universale ed equo ai servizi sanitari – La Cooperazione Italiana individua nella strategia integrata di cure primarie la piattaforma per orientare lo sviluppo dei sistemi sanitari al conseguimento del più alto livello di salute raggiungibile nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione dei popoli.

4. I sistemi sanitari nazionali – La Cooperazione Italiana promuove il rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso riforme orientate all'equità, alla solidarietà e all'inclusione sociale riguardanti la copertura universale, l'erogazione dei servizi, le politiche pubbliche di promozione e protezione della salute e il governo dei sistemi sanitari.

5. La partecipazione delle comunità – La Cooperazione Italiana sostiene l'assunzione di responsabilità delle comunità e delle persone, in particolare delle donne, per favorire lo sviluppo, migliorare lo stato di salute della popolazione e la qualità dei servizi sanitari.

6. Ricerca scientifica, reti di conoscenza e promozione culturale – La Cooperazione Italiana promuove il partenariato internazionale nella ricerca scientifica e nella formazione tra istituzioni e attori omologhi o portatori di saperi diversi.

7. I disastri naturali o prodotti dall'uomo – La legislazione umanitaria internazionale e dei diritti umani, secondo i principi d'imparzialità, neutralità e umanità, guida gli interventi della Cooperazione Italiana per l'assistenza nelle situazioni di emergenza complessa e nei disastri naturali.

8. L'efficacia dell'aiuto allo sviluppo per la salute globale – La Cooperazione Italiana promuove la titolarità delle politiche di sviluppo da parte dei paesi partner, l'allineamento dei donatori alle politiche e ai piani sanitari nazionali, e l'armonizzazione delle azioni dei donatori per ridurre la frammentarietà e la dipendenza dall'Aiuto pubblico allo sviluppo e aumentarne la rispondenza ai bisogni dei paesi partner.

Salute globale: principi guida della cooperazione italiana; luglio 2009

I seguenti documenti sono scaricabili dal sito dell'Ordine alla pagina della Commissione Giovani:

- Salute globale: principi guida della cooperazione italiana – luglio 2009
- Linee guida per l'introduzione della tematica della disabilità nell'ambito delle politiche e delle attività della Cooperazione Italiana – luglio 2010

Dott.ssa Dal Bò Silvia

SEI UN GIOVANE MEDICO O ODONTOIATRA?

La Fnomceo chiede la tua opinione

La laurea in Medicina offre ancora sbocchi professionali sicuri? E quella in Odontoiatria? E dopo quanto tempo un giovane professionista trova lavoro? L'occupazione è sempre all'altezza delle aspettative e delle vocazioni?

Per scattare un'istantanea che inquadri l'accesso al mondo del lavoro dei Medici e degli Odontoiatri, la Fnomceo, su proposta dell'Osservatorio **Giovani professionisti** - coordinato da Domenico Montemurro e Giulia Zonno - ha lanciato un'**indagine conoscitiva**, alla quale possono partecipare i laureati da non più di dieci anni.

Primo step, la compilazione di un **questionario**, che è stato inviato via mail a un campione selezionato di medici e che è anche disponibile sul sito della Fnomceo. Il giovane medico o odontoiatra dovrà iscriversi a questo link e, una volta ottenuta la password, compilare il questionario on line (tempo stimato: quindici - venti minuti).

I dati così ottenuti saranno elaborati dalla **Commissione Giovani Professionisti**, che sarà disponibile per informazioni e chiarimenti alla mail osservatoriogiovani@fnomceo.it.

"Crediamo fortemente in questa iniziativa - afferma il Segretario della Fnomceo, Luigi Conte - che servirà a tracciare il profilo del giovane Medico e Odontoiatra, e che consentirà alla Federazione e agli Ordini di tarare il proprio futuro impegno politico, culturale, organizzativo e di servizio sugli effettivi bisogni dei colleghi".

"L'indagine della Fnomceo - spiega Domenico Montemurro, uno dei coordinatori dell'"Osservatorio Giovani Professionisti" della Federazione - si propone tra l'altro l'obiettivo di fornire indicatori utili per una programmazione formativa efficace e adeguata ai fabbisogni reali della Professione".

Nelle prime ore dopo la pubblicazione *on line* del questionario, erano già più di trecentocinquanta i giovani professionisti che avevano aderito all'iniziativa. Il traguardo da superare è quello di almeno ventimila partecipanti.

A cura dell'Ufficio Stampa Fnomceo



ECM: NUOVE DETERMINAZIONI DELLA COMMISSIONE NAZIONALE SULLA FORMAZIONE CONTINUA DEL 17 LUGLIO 2013

Si riporta di seguito un estratto dell'ultima determinazione in materia ECM della CNFC riguardante gli esoneri, le esenzioni e i criteri per la riduzione dell'obbligo formativo triennale.

Esoneri:

I professionisti sanitari che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base¹ propri della categoria di appartenenza e durante l'esercizio dell'attività professionale, sono esonerati dall'obbligo formativo ECM. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese². Sono altresì esonerati i professionisti sanitari domiciliati o che esercitano la propria attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali in virtù dell'Accordo Stato – Regioni del 19 Aprile 2012 e della decisione della Commissione nazionale per la formazione continua del 20 giugno 2012³ e limitatamente al periodo definito con determina della stessa Commissione.

Il professionista sanitario che frequenta corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92, è esonerato dall'obbligo formativo ECM nella stessa misura prevista al capoverso precedente.

La Commissione nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste dal presente paragrafo.

Esenzioni

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni⁴, i professionisti sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale a seguito di:

- a. congedo maternità obbligatoria: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- b. congedo parentale: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- c. adozione e affidamento preadottivo: D.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- d. adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- e. congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- f. aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- g. permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- h. assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- i. richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I.: Art.14 R.D. Legge 10/8/1928, n.2034 e artt.36 e 245 del R.D. n.484/1936 e successive modifiche e integrazioni
- j. aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale: Art.3 bis, comma 11 D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
- k. aspettativa per cariche pubbliche elettive: D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni; art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
- l. aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla Commissione Nazionale per le catastrofi naturali.

La Commissione nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste nei punti indicati del presente paragrafo.

Riduzione dell'obbligo formativo triennale

L'Accordo Stato - Regioni del 19 Aprile 2012 ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011 –2013 e ha previsto, inoltre, la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008 –2010) fino a 45 crediti.

Si conviene, tuttavia che, la riduzione, da attuarsi con criterio proporzionale, si calcola secondo il seguente metodo:

- riduzione di 15 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 30 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 45 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010.

L'obbligo formativo annuale per il professionista sanitario (non libero professionista) è di un terzo del proprio fabbisogno triennale (50 crediti/anno), al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri. Il professionista sanitario può discostarsi del 50% dall'obbligo formativo annuale.

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno Triennale 2011-2013	Fabbisogno annuale 2011-2013
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5
Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5

¹ Sono considerati corsi di formazione post-base:

- corso di specializzazione universitaria, dottorato di ricerca, master universitario, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del gennaio 2000; Decreto 22 ottobre 2004, n.270 e successive modifiche ed integrazioni;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- formazione complementare (es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n.270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale);
- corsi di formazione e aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) " Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n.135, pubblicata nella G.U. n.132 dell'8 giugno 1990 per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza);
- corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

² Ad esempio un corso di formazione della durata di un mese e 10 giorni dà diritto all'esonero di 4 crediti ECM,

³ Determina della CNFC del 20 giugno 2012 per gli eventi sismici che hanno colpito la regione Emilia – Romagna.

⁴ L'unità mese è considerato il periodo di sospensione dell'attività professionale non inferiore a 16 e non superiore a 31 giorni. Ad esempio il professionista sanitario che sospende l'attività professionale per un mese e 10 giorni ha diritto all'esenzione di 4 crediti ECM.

GRADUATORIA REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNO 2015

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

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

GRADUATORIA REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2015

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

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



GRADUATORIA PROVINCIALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2015

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

ART. 21 – GRADUATORIE – DOMANDE – REQUISITI

1. Il professionista, medico specialista e delle altre professionalità sanitarie di cui al presente Accordo, che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico – apposita domanda redatta come da modello allegato B. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione.
2. Qualora l'Azienda comprenda Comuni di più Province, la domanda deve essere inoltrata al Comitato zonale della Provincia in cui insiste la sede legale dell'Azienda.
3. La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente elencati nella dichiarazione stessa.
4. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:
 - a) essere iscritto all'Albo professionale;
 - a1) possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente ;
 - b) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica o della categoria professionale interessata previste nell'allegato A.

Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione. Per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n. 409/85. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo, per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A.
7. Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede entro il 30 settembre alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale:
 - per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato A, parte seconda, relativamente agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari;
 - per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri di cui all'allegato A parte seconda, per gli altri professionisti.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato di cui all'art. 24, ne cura la pubblicazione mediante affissione all'Albo aziendale per la durata di 15 giorni, e contemporaneamente le inoltra ai rispettivi Ordini e al Comitato zonale, ai fini della massima diffusione.
9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono inoltrare, mediante raccomandata A/R, al Comitato zonale, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.
10. Le graduatorie definitive predisposte dal Comitato zonale sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 31 dicembre di ciascun anno.
11. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle aziende.
12. L'Assessorato regionale alla Sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini interessati e alle Aziende sedi dei Comitati zonali.
13. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

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

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

Nel prossimo mese di gennaio 2014 verranno rinnovati gli elenchi per le sostituzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

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

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2014 ad effettuare sostituzioni nelle seguenti ULSS _____ di:

- medici di medicina generale
 pediatri di libera scelta

Qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2014), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Il sottoscritto autorizza
 non autorizza

a fornire i suddetti dati ai Colleghi tramite il sito web dell'Ordine e prende atto che in caso di mancata autorizzazione, il nominativo non comparirà nell'elenco.

Data _____

Firma _____

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

Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.

Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).

Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.

Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari –dichiarati – nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.

Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che l'interesse principale del Medico Titolare è evitare, durante la propria assenza, disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

ELENCO DISPONIBILITÀ PER ASSISTENZA A GARE SPORTIVE

Nel prossimo mese di gennaio 2014 verrà rinnovato l'elenco per la disponibilità all'assistenza a gare sportive.

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

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2014 ad effettuare assistenza a gare sportive in provincia di Treviso

Qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2014), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Il sottoscritto autorizza

non autorizza

a fornire i suddetti dati tramite il sito web dell'Ordine e prende atto che in caso di mancata autorizzazione il nominativo non comparirà nell'elenco.

Data _____

Firma _____



Variazioni agli Albi

Giugno-Novembre 2013

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

Artuso Serena	<i>Prima iscrizione</i>
Cannizzaro Giuseppe	<i>Trasferito dall'Ordine di Palermo</i>
Carta Alessandra	<i>Trasferita dall'Ordine di Padova</i>
Casagrande Arianna	<i>Prima iscrizione</i>
Codello Laura	<i>Trasferita dall'Ordine di Padova</i>
Colella Marco	<i>Trasferito dall'Ordine di Lecce</i>
Colla Ruben	<i>Prima iscrizione</i>
Dal Mas Viviana	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
Dal Ri Tiziana	<i>Trasferita dall'Ordine di Trento</i>
De Pieri Carlo	<i>Trasferito dall'Ordine di Trieste</i>
Fadel Mattia	<i>Prima iscrizione</i>
Ferretti Giorgio	<i>Trasferito dall'Ordine di Roma</i>
Frare Maria Nicole	<i>Prima iscrizione</i>
Gugel Cristiana	<i>Prima iscrizione</i>
Hentia Ciprian Adrian	<i>Prima iscrizione - DGPROF 0014380-P-19/03/2013</i>
Mardegan Chiara	<i>Prima iscrizione</i>

Maso Niccolò	<i>Prima iscrizione - DGPROF 0042470-P-24/09/2013</i>
Muresan Andrei	<i>Prima iscrizione - DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2013/1747</i>
Nalbaru Fiorentina Rodica	<i>Prima iscrizione - DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2013/1751</i>
Orlando Luce	<i>Trasferita dall'Ordine di Udine</i>
Papa Veronica	<i>Prima iscrizione</i>
Rosson Stella	<i>Prima iscrizione</i>
Santoro Giulio Aniello	<i>Trasferito dall'Ordine di Salerno</i>
Spodnikova Jana	<i>Prima iscrizione - DGPROF 0053098-P-07/12/2012</i>
Vasilca Popa Margarit	<i>Prima iscrizione - DGPROF/07/1.5.H.A.7.2/2013/1749</i>
Visentin Sindi	<i>Prima iscrizione</i>
Zgaia Armeana Olimpia	<i>Prima iscrizione - DGPROF 0014375-P-19.03.2013</i>

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Piazzesi Andrea	<i>Trasferito dall'Ordine di Venezia</i>
------------------------	--

CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Boni Mario	<i>Dimissioni</i>
Botter Laura	<i>Deceduta</i>
Brisotto Paolo	<i>Dimissioni</i>
Cisotto Piero	<i>Deceduto</i>
De Luca Stefano	<i>Trasferito all'Ordine di Udine</i>
Floccari Domenico	<i>Dimissioni</i>
Gai Donata Rosanna	<i>Dimissioni</i>

Gallo Claudio	<i>Trasferito all'Ordine di Padova - doppia iscrizione</i>
Gentile Elena	<i>Deceduta</i>
Lorenzon Adriano	<i>Dimissioni</i>
Mazzoran Lucia	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>
Munari Giorgio	<i>Dimissioni</i>
Narduzzo Giancarlo	<i>Dimissioni</i>
Quercia Giuseppe	<i>Deceduto</i>
Stramare Giovanni	<i>Deceduto</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Fornelli Giuseppe	<i>Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Gallo Claudio	<i>Trasferito all'Ordine di Padova - doppia iscrizione</i>
Stancati Fulvio	<i>Deceduto</i>
Stellin Mario	<i>Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Tonello Luigino	<i>Dimissioni</i>

PAGAMENTI ELETTRONICI OBBLIGO DEI POS PER I MEDICI E GLI ODONTOIATRI A FAR DATA DAL 1° GENNAIO 2014

La FNOMCeO, con comunicazione n. 89 del 16 ottobre scorso, ritiene opportuno segnalare che l'art. 15, comma 4, del D.L. 179/124, convertito nella L. 221/12 ha sancito che, a decorrere dal 1 gennaio 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche **professionali**, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito. Al comma 5 dell'art. 15 del D.L. 179/12 è stato poi previsto che "con uno o più Decreti del Ministro dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Banca d'Italia, vengono disciplinati gli eventuali importi minimi, le modalità e i termini, anche in relazione ai soggetti interessati, di attuazione della disposizione di cui al comma precedente. Con i medesimi Decreti può essere disposta l'estensione degli obblighi a ulteriori strumenti di pagamento elettronici anche con tecnologie mobili".

Pertanto, stante il quadro normativo sopra esposto, si rileva che a partire dal 1° gennaio 2014 i professionisti non potranno rifiutarsi di accettare dal cliente il pagamento delle proprie prestazioni professionali attraverso carte di debito (dunque il diffuso circuito bancomat, ma allo stesso tempo non possono escludersi in via preventiva le ulteriori carte di debito operanti in altri circuiti quali maestro e V-pay). Si sottolinea inoltre che il legislatore non fa menzione delle carte di credito né delle carte prepagate.

Tutti i professionisti dovranno quindi dotarsi di un terminale abilitato al pagamento elettronico, il cd. POS (point of sale), dispositivo già utilizzato presso gli esercizi commerciali, che consente di accettare pagamenti in formato elettronico, collegato con il centro di elaborazione della banca che offre il servizio e consente di autorizzare ed effettuare contestualmente in tempo reale l'addebito sul conto corrente del soggetto abilitato e l'accredito sul conto dell'esercente (ovvero il professionista).

Ad ogni buon conto si rileva che il legislatore non ha previsto sanzioni per il professionista che non si doti di POS e quindi non sia in grado di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito.

Di particolare rilevanza sarà il Decreto di cui al comma 5 dell'art. 15 del D.L. 179/12 citato in premessa, che dovrebbe precisare l'importo minimo non soggetto all'uso del POS. Vale la pena ricordare, in ogni caso, che per i pagamenti superiori a mille euro, esiste già l'obbligo di utilizzo di un sistema tracciabile, non essendo consentito effettuare il pagamento in contanti.

Sulla questione il Governo ha comunque assicurato che le misure da adottare sono in fase di approfondimento, al fine di giungere ad una regolamentazione che minimizzi gli effetti distortivi della concorrenza (particolarmente riguardo ai costi connessi all'attuazione dell'obbligo in questione) ed alla necessità di stabilire regole per ridurre le commissioni sulle transazioni effettuate mediante carte di pagamento.

In conclusione non si può infatti non sottolineare che l'obbligo di dotarsi di POS comporterà delle spese per il professionista, quali ad esempio le spese per l'acquisto, i costi per l'installazione, il canone mensile di utilizzo di un terminale, nonché delle commissioni addebitate dalla banca per ciascun pagamento effettuato elettronicamente.



RINNOVO DI VALIDITÀ DELLA PATENTE

DECRETO 9 AGOSTO 2013

Disciplina dei contenuti e delle procedure della comunicazione del rinnovo di validità della patente

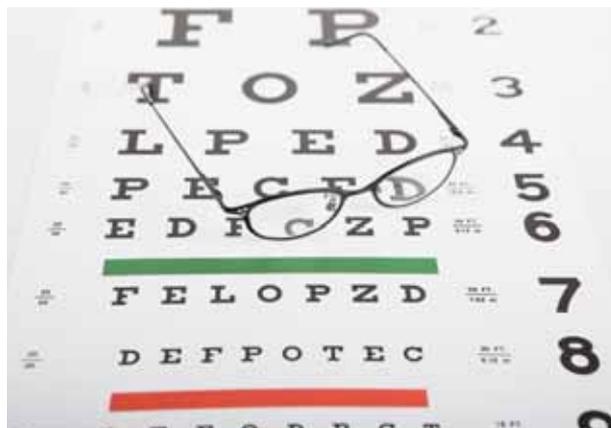
Con comunicazione n. 85 del 4 ottobre scorso, la FNOMCeO ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 231 del 2 ottobre 2013 è stato pubblicato il decreto 9 agosto 2013 recante "Disciplina dei contenuti e delle procedure della comunicazione del rinnovo di validità della patente".

Il suddetto Decreto all'art. 1 prevede che i medici e le strutture di cui all'art. 119, comma 2, del D.Lgs. 285/92 e s.m.i. (Nuovo codice della strada), all'esito di ciascuna visita medica per la conferma dei requisiti di idoneità psichica e fisica alla guida di veicoli a motore, debbano trasmettere per via telematica all'ufficio centrale operativo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici una comunicazione dei contenuti del certificato medico completa con tutti i dati dell'interessato, redatta nel rispetto della normativa sulla privacy di cui al D.Lgs. 196/03. Si rileva che l'art. 119, comma 2, del D.Lgs. 285/92 dispone che "l'accertamento dei requisiti fisici e psichici, tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall'ufficio della Unità Sanitaria Locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del Distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della Salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o in quiescenza o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco o da un ispettore medico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al periodo precedente, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici".

L'art. 2 del decreto 9 agosto 2013 dispone che unitamente alla comunicazione di cui all'art. 1 il sanitario o l'ufficio che procede all'accertamento trasmetterà nelle medesime forme anche la foto e la firma dell'interessato. L'art. 3, comma 1, prevede che, al ricevimento di tutti questi dati, il sistema informatico centrale della motorizzazione genera una ricevuta recante i dati anagrafici del titolare di patente, il numero e la categoria della stessa, le eventuali prescrizioni relative al conducente o a modifiche del veicolo e la nuova data di scadenza della patente stessa. Il comma 2 dispone che il medico, stampata in carta semplice la ricevuta di cui al comma 1, la consegna immediatamente all'interessato. Il comma 3 prevede che tale ricevuta è valida ai fini della circolazione fino al ricevimento del duplicato della patente di guida e comunque non oltre 60 giorni dalla data del rilascio.

In conclusione al fine di consentirne un esame più approfondito si allega copia del provvedimento indicato in oggetto (All. n. 1).

Il testo della circolare, completa di allegato, è scaricabile dal sito dell'ordine www.ordinemedicitv.org, alla pagina FNOMCEO – Comunicazioni



CERTIFICATI MEDICI SPORTIVI – SISTRI

D.L. 101/2013 – PUBBLICA AMMINISTRAZIONE – ATTO SENATO 1015-B GOVERNO

Estratto comunicazione FNOMCeO n. 91 del 31.10.2013

La Federazione Nazionale ritiene opportuno segnalare che nella seduta del 29 ottobre 2013 l'Assemblea del Senato della Repubblica ha approvato in via definitiva il D.L. 101/2013 – pubblica amministrazione – Atto Senato 1015-B Governo.

CERTIFICATI MEDICI SPORTIVI

L'emendamento approvato in materia di certificati medici sportivi prevede che **"i certificati per l'attività sportiva non agonistica di cui all'articolo 3 del citato decreto del ministro della salute 24 aprile 2013 vengono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport e dai medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano.** Ai fini del rilascio di tali certificati, i predetti medici si avvalgono dell'esame clinico degli accertamenti incluso l'ECG, secondo le linee guida approvate con decreto del Ministro della Salute, su proposta della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, sentito il Consiglio Superiore di Sanità. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".



SISTRI

Si rileva inoltre che in ordine all'obbligo di adesione al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (Sistri) il provvedimento, così come modificato durante l'iter parlamentare, ha riportato tale adempimento in capo solo a Enti e imprese produttori iniziali di rifiuti speciali pericolosi, con l'esclusione quindi dei liberi professionisti. Infatti l'articolo 11, comma 1, del decreto legge 31 agosto 2013, n.101, modificando i commi 1, 2 e 3 dell'articolo 188-ter, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, prevedeva nella sua formulazione originaria un obbligo di adesione al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (SISTRI) per i "produttori iniziali di rifiuti pericolosi", includendo quindi anche i liberi professionisti (medici e odontoiatri).



RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E CULTURA DELLA SICUREZZA

LA FNOMCEO IN AUDIZIONE ALLA CAMERA

A distanza di tre mesi dal Consiglio Nazionale Straordinario del 27 luglio che aveva invitato il presidente, Amedeo Bianco, a sostenere organiche iniziative legislative in materia di Responsabilità professionale, la FNOMCeO scende nuovamente in campo su questa delicata materia.

E lo fa davanti alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, chiamata questo pomeriggio in Audizione sulle proposte di Legge n° 259 e n° 262 che vedono come primo firmatario Benedetto Fucci , n° 1324 (Raffaele Calabrò) e n° 1312 (Giulia Grillo), recanti “Disposizioni in materia di Responsabilità professionale del personale sanitario”. A rappresentare la Federazione, il Segretario Luigi Conte, il Direttore generale Marco Cavallo e l’avvocato Roberto Longhin. Anche il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, nella sua veste di Senatore ha, proprio il 18 ottobre scorso, presentato in Senato un suo Disegno di Legge in materia, dal titolo: “Tutela della Salute, prevenzione degli infortuni e infortunistica, assistenza sanitaria”.

Ma cosa chiede la FNOMCeO? Innanzitutto, una Politica volta ad una maggior Sicurezza delle cure, tramite il miglioramento degli standard delle organizzazioni sanitarie e delle attività mediche, con l’obiettivo di garantire la tutela della Salute dei Cittadini; e poi una ridefinizione degli attuali profili penali e civili della responsabilità dei professionisti e delle strutture.

E, per incrementare la Sicurezza, occorre - da un lato – saper gestire la complessità di un sistema che vede lo sviluppo incessante delle conoscenze scientifiche, delle competenze professionali, delle tecnologie di diagnosi e di cura; che si trova a “fare i conti” con risorse economiche limitate, e a confrontarsi con la molteplicità delle relazioni intra - e inter-professionali. Dall’altro, a fronteggiare le aspettative e le attese dei pazienti sull’esito delle cure che tali progressi inevitabilmente creano, a colmare cioè il gap tra “Medicina dei desideri” e “Medicina delle cure”.

Che fare? Occorre, secondo la FNOMCeO, innanzitutto creare una Cultura della Sicurezza a trecentosessanta gradi, che introduca e implementi, nelle Organizzazioni sanitarie, Sistemi di Prevenzione, di Gestione e di Analisi del Rischio.

Nella maggior parte dei casi, infatti, l’Errore umano è solo l’ultimo anello di una catena di difetti del sistema – i cosiddetti



“errori latenti” - e agisce come semplice effettore dell’evento indesiderato. A tali “errori latenti”, secondo la letteratura scientifica, è imputabile invece ben l’ottanta per cento degli eventi avversi.

È necessario anche garantire la gestione tempestiva ed equa dei Sinistri, possibilmente in ambito extragiudiziale, qualora si individui una responsabilità a carico della struttura e/o del singolo professionista.

Occorre, infine, una ridefinizione dei profili di responsabilità civile e penale del medico e dei professionisti sanitari. La Responsabilità, infatti, quale essenza stessa della Professionalità e della potestà di curare, è il pilastro

fondante dell’Autonomia del Medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, al fine di garantire le più idonee condizioni di Sicurezza del paziente.

Non dimentichiamo che l’Italia è uno degli ultimi due Paesi in Europa ad aver conservato la responsabilità in sede penale per il medico o l’operatore sanitario che, con la loro condotta colposa, abbiano causalmente concorso a determinare l’evento avverso.

Una problematica non secondaria e assolutamente emergente è quella dell’obbligo assicurativo, a fronte di una ridotta offerta di polizze a costi esorbitanti, oltre che difficilmente sostenibili.

È importante che venga costituito il Fondo di Tutela per le discipline non coperte da assicurazione, e che vengano definiti i requisiti minimi delle polizze e le tabelle cui fare riferimento per la determinazione del risarcimento.

A cura dell’Ufficio Stampa FNOMCeO

DOCUMENTAZIONE – CONSERVAZIONE

Circolare dell'Ufficio Centrale Odontoiatri - FNOMCeO

Pubblichiamo la circolare del Presidente dell'Ufficio Centrale Odontoiatri della FNOMCeO del 29.10.2013 riguardante la Documentazione-conservazione:

In riferimento alla precedente nota del 11 ottobre 2013 abbiamo ricevuto alcuni contributi molto interessanti e qualificati da parte di varie Commissioni di Albo, nel ringraziare per l'attenzione cogliamo l'occasione per meglio puntualizzare alcuni passaggi.

Il quadro che abbiamo cercato di tracciare rivestiva, ovviamente, un carattere generale facendo riferimento alle normative nazionali e pertanto non ha potuto tener conto di eventuali integrazioni derivanti dalla legislazione regionale che nelle varie realtà locali può stabilire ulteriori disposizioni che permangono vincolanti per gli studi odontoiatrici ivi operanti.



Molti contributi hanno riguardato il delicato tema della conservazione delle cartelle cliniche e, per quanto attiene in specie l'odontoiatria, delle schede cliniche e della documentazione riguardante le cure prestate. Nel confermare l'opportunità che tale documentazione sia conservata almeno in copia al fine di costituire elemento di prova a discarico del sanitario in caso di eventuali contestazioni, si ricorda che la documentazione stessa può e deve, su specifica richiesta del paziente, essere consegnata allo stesso.

In caso di decesso dell'interessato, la documentazione dovrà essere consegnata agli eredi, anche se a questo riguardo si ricorda che in caso di pluralità di aventi diritto, il richiedente dovrà dimostrare di essere in possesso del necessario atto di delega sottoscritto dagli altri coeredi.

Si fa presente, pertanto, che occorrerà acquisire il consenso almeno dei cosiddetti eredi "legittimari" cioè coniuge, figli e ascendenti se esistenti.

Per quanto riguarda il tema della conservazione della documentazione radiologica riteniamo che il riferimento più corretto sia la normativa di cui al Decreto del Ministro della Sanità del 14/02/1997. A questo riguardo si riportano per esteso, i contenuti dell'art. 3 e 4 del decreto stesso:

Art. 3. - Documentazione :

1. La documentazione disciplinata dal presente decreto e di cui al precedente art. 1, è così stabilita:

a) documenti radiologici e di medicina nucleare: consistono nella documentazione iconografica prodotta a seguito dell'indagine diagnostica utilizzata dal medico specialista nonché in quella prodotta nell'ambito delle attività radiodiagnostiche complementari all'esercizio clinico;

b) resoconti radiologici e di medicina nucleare: la documentazione del presente punto consiste nei referti stilati dal medico specialista radiologo o medico nucleare.

Art. 4. - Acquisizione - Archiviazione - Disponibilità:

1. Ove la documentazione iconografica di cui al precedente articolo non venga consegnata al paziente, questa deve essere custodita con le modalità di cui ai successivi commi.

2. La documentazione iconografica di cui al precedente comma può essere acquisita mediante pellicole radiografiche, supporti cartacei, supporti elettronici. Può essere detenuta in apposito locale predisposto, può essere

microfilmata oppure può essere memorizzata in archivio elettronico in conformità alla direttive dell'Agenzia per l'informatizzazione della pubblica amministrazione.

3. Qualunque sia la forma di archivio prescelta, la documentazione deve poter essere disponibile a richiesta per successive esigenze mediche. Tale disponibilità deve essere mantenuta per un periodo non inferiore a dieci anni per i documenti di cui al punto a) de/precedente articolo ed a tempo indeterminato per i documenti di cui al punto b) dello stesso articolo, salvo termini diversi stabiliti con direttive del Ministro della sanità su conforme parere del Consiglio superiore di sanità."

Per completezza riteniamo opportuno ricordare alcuni principi che la giurisprudenza ha sempre ritenuto qualificanti per la corretta tenuta delle cartelle cliniche ma che ovviamente si riferiscono a qualsiasi documentazione sanitaria. Tali principi sono:

- a) la chiarezza: il contenuto della cartella deve essere comprensibile anche per persone non esperte, quali possono essere i pazienti. La prima condizione per la piena comprensione delle informazioni contenute è la loro leggibilità, pertanto la cartella clinica deve essere compilata dal medico con grafia intellegibile, meglio se battuta a macchina o al computer, usando caratteri adeguati, evitando annotazioni illeggibili, limitando i richiami con asterischi ecc;
- b) la veridicità: ciò che viene riportato deve essere conforme a quanto obiettivamente constatato;
- c) la rintracciabilità, ossia la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero;
- d) l'accuratezza relativamente ai dati e alle informazioni prodotte;
- e) la pertinenza, ovvero la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite;
- f) la completezza, ovvero l'inserimento in cartella di tutti gli elementi che la compongono;
- g) la contestualità: la cartella clinica è, per sua natura, un acclaramento storico contemporaneo, pertanto, le annotazioni vanno fatte contemporaneamente allo svolgersi dell'evento descritto, senza ritardo né a cose fatte.



L'Ordine
di Treviso

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

Presidente

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Direttore Responsabile

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Redazione

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

Stampa

Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso

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

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

CARTELLA CLINICA IN ODONTOIATRIA: APPROFONDIMENTI

L'Ufficio Centrale degli Odontoiatri della Federazione Nazionale, con comunicazione dell'11 ottobre 2013, comunica che per quanto riguarda il tema della cartella clinica e della documentazione in possesso dello studio odontoiatrico ritiene opportuno cercare di portare un contributo di chiarificazione considerata la complessità e la poco omogeneità del panorama normativo a riguardo.

Non vi è dubbio – sostiene il Presidente dell'Ufficio Centrale Odontoiatri della FNOMCeO - che alla compilazione della cartella clinica sono tenuti i medici ospedalieri e i dipendenti delle case di cura private convenzionate. Analogamente alla tenuta della cartella clinica sono tenuti anche i dipendenti delle case di cura private non convenzionate anche se in quest'ultimo caso è diversa la natura giuridica della cartella clinica stessa.

Da un punto di vista strettamente giuridico la cartella clinica ha natura di atto pubblico anche se la giurisprudenza e la dottrina non sono completamente convergenti per quanto riguarda il riconoscimento della natura di atto pubblico facente fede sino a querela di falso dei dati contenuti.

La parte più cospicua della dottrina riconosce alla cartella clinica ospedaliera il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico (artt.2699, 2700 c.c.) di fede privilegiata sino a querela del falso. Questa interpretazione implica un vincolo di verità su ciò che il pubblico ufficiale vi ha attestato e la punibilità per i reati di falsità in atti (artt. 476, 479, 481 c.p.), omissione, rifiuto (art. 328 c.p.) o rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.).

Un'altra parte della dottrina è orientata nel senso di riconoscere alla cartella clinica la natura di atto pubblico inidoneo a produrre piena certezza legale, non risultando dotato di tutti i requisiti richiesti dell'atto pubblico.

Una terza ipotesi configura la cartella clinica come un tertium genus intermedio tra la scrittura privata e l'atto pubblico, assimilabile a una certificazione amministrativa.

La stessa natura di atto pubblico riveste la cartella clinica inerente prestazioni sanitarie per le quali la casa di cura privata è convenzionata con la ASL.

Per quel che riguarda invece le case di cura non convenzionate la cartella clinica rappresenta esclusivamente un promemoria privato dell'attività diagnostico terapeutica svolta, non rivestendo pertanto né carattere di atto pubblico né di certificazione.

Per quanto riguarda in particolare l'attività degli studi privati libero professionali non esiste alcuna normativa che obbliga alla tenuta della cartella clinica o della scheda sanitaria dei pazienti.

Occorre subito segnalare che, comunque, la tenuta di una cartella clinica o meglio di una scheda clinica da parte dell'odontoiatra costituisce un'ottima regola di professionalità dando concreto significato anche per i liberi professionisti alle norme di cui agli art. 25 del Codice Deontologico (documentazione clinica) e dell'art 26 (Cartella clinica).

Nel caso l'odontoiatra non voglia conservare la scheda clinica può, a termine della seduta, consegnare il tutto al paziente oppure procedere alla distruzione della stessa;



in questi casi non deve chiedere al proprio paziente nessuna autorizzazione per la compilazione. In particolare, in quanto attività esercitata in libera professione, anche se attività di pubblico interesse, questa raccolta di dati clinici non ha valore di atto pubblico.

Si suggerisce peraltro la conservazione della documentazione clinica ivi compresa la scheda clinica poiché in ipotesi di contestazione, la mancanza di tale documentazione si configurerà come elemento di prova negativo a carico del sanitario a cui incombe l'onere di provare di aver operato secondo i criteri di diligenza indicati nell'art. 1176 c.c. Sulla scorta di tale criterio consegue pertanto che, pur in assenza di obbligo, non sarà fuori luogo conservare la documentazione clinica per il periodo pari alla prescrizione dell'azione di risarcimento del danno.

Riguardo la documentazione radiologica, poiché l'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari, le leggi in materia di radioprotezione impongono la conservazione e la circolazione degli esami radiologici, per diminuire di inutili esposizioni della popolazione.

L'odontoiatra è tenuto all'archiviazione per dieci anni (ex art. 111 D.L.n. 230/95; D.M. 14/02/97, art.4, comma 3) degli esami eseguiti presso il proprio studio, che devono essere rintracciabili e disponibili per il paziente in qualsiasi momento. In alternativa è possibile, per l'odontoiatra, consegnare le radiografie al paziente, documentando con ricevuta.

Per gli esami radiologici eseguiti presso un gabinetto radiologico esterno e acquisiti, subentra l'obbligo di custodia di cosa altrui e risarcimento in caso di perdita o danneggiamento del bene.

IRAP - MEDICI

LA PRESENZA DI UN DIPENDENTE PART-TIME NON DETERMINA NECESSARIAMENTE IL PAGAMENTO DELL'IRAP

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 86 del 10 ottobre scorso, ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione - Sezione Civile — con sentenza n. 22020/13 (All. n. 1), intervenendo in ordine all'applicazione dell'IRAP, ha sancito che la presenza di un lavoratore dipendente part-time non determina necessariamente il pagamento dell'IRAP da parte del professionista che si avvalga dell'opera dello stesso, perché non sempre contribuisce ad aumentare la capacità produttiva.

In un passaggio chiave della sentenza la Corte Suprema di Cassazione rileva "che l'automatica sottoposizione ad IRAP del lavoratore autonomo che disponga di un dipendente, qualsiasi sia la natura del rapporto e qualsiasi siano le mansioni esercitate, vanificherebbe l'affermazione di principio desunta dalla lettera della legge e dal testo costituzionale secondo cui il giudice deve accertare in concreto se la struttura organizzativa costituisca un elemento potenziatore ed aggiuntivo ai fini della produzione del reddito, tale da escludere che l'IRAP divenga una (probabilmente incostituzionale) tassa sui redditi di lavoro autonomo. Vi sono, a giudizio del Collegio, ipotesi in cui la disponibilità di un dipendente (magari part-time o con funzioni meramente esecutive) non accresce la capacità produttiva del professionista, non costituisce un fattore impersonale ed aggiuntivo alla produttività del contribuente, ma costituisce semplicemente una comodità per lui (e per i suoi clienti)".

Il testo della circolare, completa di allegato, è scaricabile dal sito dell'ordine www.ordinemedicitv.org, alla pagina FNOMCEO – Comunicazioni

SU "MY ECM" LA TUA SITUAZIONE CREDITI

La Federazione Nazionale comunica che da settembre 2013 i **professionisti sanitari possono** consultare la propria situazione crediti sul sito <http://ape.agenas.it/> registrandosi all'indirizzo "**Registrazione professionisti sanitari**".

Il servizio, di indubbia utilità, è in fase sperimentale e **visualizza solo i dati relativi all'ultimo triennio** acquisiti attraverso il sistema dell'accREDITamento degli eventi, del successivo sistema dell'accREDITamento dei provider, nonché i dati relativi agli eventi accREDITati direttamente dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Il servizio MyECM mette a disposizione di ogni professionista sanitario una pagina personalizzata tramite la quale è possibile monitorare comodamente online la propria situazione formativa per i crediti acquisiti tramite eventi organizzati dai provider accREDITati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Su myECM il professionista può:

- verificare l'ammontare dei crediti E.C.M. suddivisi per anno e tipologia di offerta formativa (formazione a distanza, residenziale e sul campo);
- consultare un elenco degli eventi formativi per i quali ha conseguito crediti, contenente tutte le informazioni relative a ciascuno di essi;
- consultare un elenco di eventi di prossimo svolgimento, filtrato in maniera automatica dal sistema sulla base delle discipline associate

Con il servizio myEcm il professionista può esprimere la propria opinione su ogni corso frequentato. Il giudizio viene registrato dall'ufficio ECM, in forma rigorosamente anonima, e contribuisce a creare una valutazione dei singoli provider.

Questa valutazione sarà successivamente resa pubblica e permetterà sia di facilitare la scelta di eventi di qualità a tutti i professionisti sanitari, sia di premiare il merito dei provider che hanno fornito i servizi migliori. Per attivare un account e accedere a MyECM è sufficiente effettuare la procedura di registrazione, cliccando sul link registrazione professionisti sanitari che si trova nella colonna destra della pagina. Una volta completata la richiesta, nome utente e password saranno inviati automaticamente tramite posta elettronica.

Sempre la Federazione ricorda che, tenendo presente che il Provider ha a disposizione 90 giorni dalla conclusione del corso per il caricamento dei dati è necessario, prima di rivolgersi al Call Center (06 42749600) per avere informazioni sugli esiti dei corsi FNOMCeO attendere almeno la scadenza dell'evento secondo il seguente calendario:

CORSO	N. EVENTO	TERMINE DEL CORSO
RCA - Root Cause Analysis (*)	932113	3 dicembre 2011
Audit clinic	13839	8 settembre 2013
Sicurezza dei pazienti e degli operatori	22943	31 dicembre 2013
Appropriatezza delle cure	43003	31 dicembre 2013
Governo clinico: Innovazioni, Monitoraggio Performance Cliniche, Formazione	66270	15 giugno 2014
Il programma nazionale esiti: supporto alle attività di audit clinico ed organizzativo	69597	1 settembre 2014

IL PROGETTO REGIONALE DI FORMAZIONE SULL'ICTUS AFFIDATO ALL'AZIENDA ULSS N. 9

Si è tenuto, nei giorni 2 e 9 ottobre 2013 e presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso, l'inizio del primo corso formativo della Regione Veneto su **"Alta specializzazione per il personale operante nelle Stroke Unit della Regione Veneto"**.

La Regione del Veneto, con la Delibera n. 4198 del 30 dicembre 2008, ha istituito la **"rete integrata per la gestione dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto"**. Il documento prevedeva l'attivazione di una rete di strutture e servizi preospedalieri e ospedalieri idonea a garantire un'assistenza diagnostico-terapeutica efficace e tempestiva della fase acuta dell'ictus, omogeneamente distribuita in tutto il territorio regionale. La Direzione regionale per i Servizi Sanitari ha definito quindi un modello di rete **"Hub and Spoke"** per la gestione dell'Ictus in fase acuta. Tale modello prevede un'articolazione su tre livelli: Unità Ictus di 2° livello (Stroke Unit); Unità Ictus di 1° livello; Aree dedicate all'Ictus. A distanza di 3 anni dall'attivazione la rete dell'ictus ha dimostrato di essere efficiente ed efficace nel trattamento trombolitico dei pazienti raggiungendo circa il 5% dei pazienti trattati (circa 500 trombolisi/anno nel Veneto).

Il **percorso di formazione** ha quindi la finalità di uniformare la rete professionale degli operatori che lavorano nelle Unità ictus della regione, prevedendo di allargarla a tutti gli operatori che vengono in contatto con pazienti con Ictus.

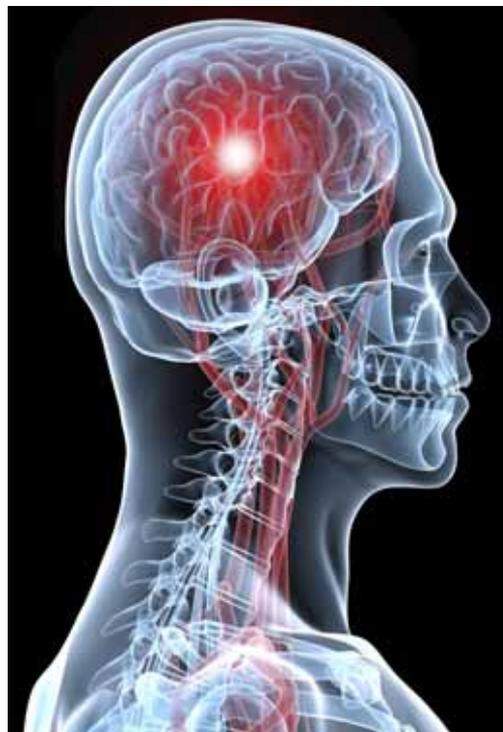
Il progetto, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 495 del 16 aprile u.s., nasce dalla stretta collaborazione tra i Direttori della Neurologia dell'Azienda ULSS 9, Dr. Bruno Giometto, e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Dr. Giuseppe Moretto, affiancati dal Responsabile Scientifico Dr. Vito Toso e dal Direttore del Servizio Formazione dell'ULSS 9, Dr. Daniele Frezza, a cui è stata affidata la gestione organizzativa dell'intero percorso. Tale progetto si configura come una Formazione sul Campo dove, ad una iniziale fase di mappatura delle competenze del personale operante nelle neurologie, segue una fase di didattica frontale (12 giornate nelle sedi HUB di: Treviso, Mestre, Padova, Vicenza, Rovigo, Verona), per poi proseguire con una formazione pratica (training on the job) nelle sedi sia Hub che Spoke. Al termine, programmato per ottobre 2014, è prevista una valutazione e verifica finale dell'intero percorso formativo che porterà ad una certificazione del personale operante nelle Stroke Unit da parte della Regione Veneto.

Il corso, innovativo a livello nazionale ed internazionale per vastità della rete e numero di partecipanti coinvolti (450 in 24 sedi), ha come obiettivi: un'omogeneità d'interventi diagnostici, di scelte terapeutiche e di processi assistenziali; il ricovero o passaggio in Stroke Unit del 70% degli Ictus e l'aumento delle fibrinolisi endovena.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO: Le malattie cerebrovascolari sono una delle principali cause di mortalità, morbosità e disabilità con rilevante impatto sullo stato di salute della popolazione e sui costi del SSN.

Ogni anno in Italia, si verificano 194.000 ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi e il 20% sono recidive. La maggior parte degli ictus (85% circa) sono ischemici e solo il 15% sono emorragici. Con l'invecchiamento della popolazione italiana, se l'incidenza di ictus rimane costante, il numero di persone colpite da ictus è destinato ad aumentare: si stimano 207.000 casi nel 2008. L'ictus rappresenta la terza causa di morte (la mortalità a 1 mese è del 20% circa, mentre ad 1 anno è del 30%), ma è la prima causa di disabilità: ad un anno dall'evento il 30% circa dei pazienti è gravemente disabile, con notevoli costi per la famiglia e la società.

(Dati tratti dalla Comunicazione dell'Ufficio Stampa dell'Azienda ULSS n. 9)



PROGETTO SULLA MEDICINA PREDITTIVA

Corso residenziale di prossima realizzazione a Treviso e FAD

Nell'ambito del Progetto del Ministero della Salute - CCM 2011- in materia di test genomici e predittivi la Regione Veneto, in collaborazione con l'Università Cattolica Sacro Cuore, realizza una serie di incontri di formazione residenziale e di formazione a distanza destinati a medici di varie discipline.

Obiettivo di tale progetto è razionalizzare l'offerta dei test genomici predittivi di malattie complesse mediante il censimento di tali attività e dei test offerti, al fine di garantire trasparenza, accessibilità all'offerta e alta qualità sul territorio, nonchè formare i medici prescrittori mediante corsi mirati.

Il **corso di formazione residenziale "I test genomici e predittivi"**, riservato a medici specialisti in Genetica Medica, Oncologia, Ginecologie e Ostetricia, Neurologia, Medicina di Laboratorio, Igiene e Medicina Generale, delle Province di Treviso e Belluno, si terrà **presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso** (Via Cittadella della Salute n. 4) il **18 GENNAIO 2014, dalle ore 8:30 alle ore 13:30**.

Il corso è in attesa di accreditamento ECM.

Per quanto attiene il corso di formazione a distanza, è già attiva la piattaforma FAD all'indirizzo <http://www.fad.prex.it/genomica>.

Per potervi accedere è necessario inviare una e-mail all'indirizzo fad@prex.it richiedendo la apposita password.

Riceviamo e pubblichiamo

INTEGRAZIONE LOGISTICA INPS-INPDAP DI TREVISO CHIUSURA SEDE DI VIA S.AGATA - TREVISO

L'art.21 del Decreto Legge n.201/2011, convertito in Legge n. 241/2011, ha previsto l'integrazione di INPDAP e di ENPALS in INPS con l'obiettivo di contenere i costi amministrativi di gestione della previdenza pubblica, conseguendo risparmi strutturali attraverso la riduzione delle spese di funzionamento, e di migliorare l'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa nel settore previdenziale ed assistenziale.

In osservanza a quanto stabilito dalla normativa in materia di "spending review", l'Istituto ha attivato un percorso di cambiamento sia nelle modalità relazionali ed operative con l'utenza sia nella gestione, da parte delle strutture territoriali, dell'organizzazione e delle risorse. In tale ottica sono state dettate disposizioni per il nuovo assetto logistico ed organizzativo integrato delle Sedi Provinciali INPS Gestione Pubblica e Gestione Privata. In attuazione alle predette disposizioni si comunica che, nelle settimane del 18 al 30 novembre 2013, si è realizzata la fase di integrazione logistica tra la Direzione Provinciale INPS Gestione Pubblica e Gestione Privata di Treviso.

Per quanto sopra si informa l'utenza che a partire dal 25 novembre 2013 è cessato il servizio di informazione presso la Sede di Via S. Agata in quanto è stato attivato, in pari data, lo sportello INPS Gestione Pubblica presso la Direzione provinciale INPS di Viale Trento e Trieste 6.

Gli sportelli INPS Gestione Pubblica e Gestione Privata della Direzione provinciale INPS osserveranno il seguente orario di apertura:

dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12.30

f.to **Giuliana Miante**
Direttore provinciale



LA CERTIFICAZIONE TELEMATICA UNO SGUARDO DALLA FINESTRA

L'INPS segue il Cittadino dalla nascita, anzi prima, con le prestazioni di maternità, sino al termine della sua vita, con la reversibilità, passando per i congedi di maternità/paternità, la malattia, l'assistenza e la previdenza correlata a patologie particolari quali la TBC, il rapporto INPS/INAIL in ambito lavorativo, la disoccupazione, l'invalidità pensionabile INPS ex L.222/84, l'Invalidità Civile e le prestazioni correlate come i permessi ed i congedi ex L. 104/92. Questa ampia finestra fa sì che i Medici dell'Istituto si mettano quotidianamente in relazione con tutti i colleghi Medici, sia che essi appartengano alla Medicina di Base, o siano Ospedalieri o Liberi professionisti, ne apprezzino e stimino il lavoro quotidiano, spesso chiedendo e incontrandone la collaborazione. Il lavoro dei medici, anche negli aspetti non strettamente clinico terapeutici è andato indubbiamente via via variando ed aggiornandosi, anche con il supporto delle nuove tecnologie come la telematizzazione, sia per quanto riguarda aspetti di interfaccia con le ULSS che con l'INPS, per altro sollevando il Medico stesso dal cartaceo e aiutandolo nella gestione di archivi e data base, si pensi anche soltanto agli aspetti certificativi, rispetto ai quali con soddisfazione sono stati tenuti incontri tra INPS e Medici del territorio, sia presso l'Ordine che con la collaborazione delle Forze Sindacali.

Altresi si incontra il Cittadino, ascoltandone le doglianze, avvertendone i problemi quando si interfacci con le strutture e recependo le sue difficoltà. Proprio in tale ambito si manifestano alcuni episodi di rilievo.

La certificazione di malattia trasmessa per via telematica si può considerare un successo, è ormai applicata trasversalmente ed efficacemente; ha liberato il Cittadino, in una posizione di debole quale malato, da incombenze di legge correlate alla trasmissione del certificato e consente in tempo reale al datore di lavoro di avere riscontri, il Medico ha certezza personale e diretta del proprio operato, con conseguente tranquillità.

Per quanto attiene alle altre certificazioni telematiche necessarie al Cittadino, correlate ad esempio alle prestazioni di Invalidità pensionabile INPS o alla Invalidità Civile, purtroppo la situazione non è analogamente soddisfacente. Il Cittadino, i Patronati ci portano a conoscenza di scarso utilizzo, per altro ormai necessitato ed obbligatorio per la presentazione delle relative domande, della certificazione telematica. Si tratta, si badi bene, di certificazione non obbligatoria, il Medico infatti ha facoltà di non rilasciarla, può pertanto decidere se rispondere positivamente o meno alla richiesta del Paziente, e può richiedere un quantum economico per la compilazione del relativo certificato, ma la scelta a mio modo di vedere è redigerlo o meno, redigerlo in una forma sostanzialmente inutile al Cittadino richiedente non è una scelta per il Cittadino stesso. Proprio per il carattere facoltativo libero professionale correlato alla prestazione richiesta, per il rapporto contrattuale diretto che si viene a generare tra medico e paziente, si potrebbe forse anche porre il problema da un punto di vista deontologico sulla compilazione per altro anche a pagamento come legittimo, ma in una forma quale il cartaceo, inservibile per le finalità specifiche del Cittadino, tanto che i Patronati non possono utilizzarlo direttamente come certificato introduttivo per le relative domande: in tale ambito ovviamente rimane sovrano l'Ordine che potrà vagliare le eventuali segnalazioni dei soggetti interessati.

Le procedure sono semplici, con la necessità di quel minimo di manualità e di tecnologia già presente presso tutti gli ambulatori medici per l'utilizzo di analoga via per la certificazione telematica di malattia. Come Medici dell'Istituto, nell'ottica di collaborazione proficua ed al fine di poter far sì che sia fornita ai vostri/nostri Pazienti/Cittadini la migliore prestazione, siamo a offrire la disponibilità per chiarimenti e incontri sul tema.



f.to **Dott. Giancarlo Settembre**
Dirigente Medico Legale II Livello
INPS di Treviso

ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO - TREVISO PREMIO DONNA DI MEDICINA

ATTO ISTITUTIVO PREMIO DONNA DI MEDICINA

L'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM) Sezione di Treviso istituisce 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, in Treviso e provincia.

Regolamento

- Il Premio deve essere celebrato con continuità, privilegiando il mese di marzo.
- Si costituisce un comitato scientifico composto da:
Dott.ssa Sara Stefania Tabbone ideatrice del premio
Presidente e Consigliere AIDM Treviso
Coordinatrici dei Comitati attivi nell'AIDM Treviso
- Il Comitato scientifico del Premio è presieduto dalla Dott.ssa Sara S. Tabbone e in sua assenza dalla presidente in carica dell'AIDM Treviso. La presidente di tale Comitato è membro di diritto del Comitato d'onore.
- Il Comitato scientifico del Premio valuta i titoli e le caratteristiche delle donne medico segnalate (in forma palese o non palese) da colleghe e presenta la/le candidatura/e selezionata/e all'Assemblea delle Socie AIDM TV che, con voto segreto, procede alla nomina per l'assegnazione.
- Il Comitato d'onore è composto da noti rappresentanti del mondo sociosanitario e culturale del territorio individuati dalla presidente del Comitato Scientifico del Premio e dalla Presidente dell'AIDM Treviso, e ha potere consultivo e di garanzia.
- La donna medico prescelta, avvisata con congruo anticipo sulla data ed il luogo della cerimonia di premiazione, ritira personalmente il premio che consiste in un oggetto simbolico della professione medica.

f.to Giuseppina Girlando
Segretaria

f.to Sara S. Tabbone
Presidente

Treviso li 24 settembre 2009



MEDICAL WOMEN'S INTERNATIONAL ASSOCIATION - M.W.I.A. ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO - SEZIONE DI TREVISO

PREMIO DONNA DI MEDICINA 2014

Dal 2009 la Sezione di Treviso dell'AIDM 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, in Treviso e provincia. Il Premio, ideato dalla Presidente in carica a Treviso dal 2005 al 2011, Dr.ssa Sara Stefania Tabbone, è stato istituito per valorizzare il lavoro delle donne medico – una delle missioni dell'Associazione – e dare riconoscimento all'impegno nel superare le complessità che, proprio nell'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. Ogni edizione ha previsto un Comitato d'Onore, composto da qualificati rappresentanti del mondo sociosanitario e culturale del territorio.

In preparazione della Quinta Edizione del Premio Donna di Medicina, che andremo a celebrare nel 2014, invitiamo tutti gli iscritti all'OMCeO di Treviso a segnalare, entro il 22 gennaio 2014, il nominativo di una Collega da premiare. Il Comitato d'Onore della quinta edizione sarà composto dal Ministro della Salute, dal Presidente Regione

Veneto, dal Presidente della Provincia, dal Sindaco, dal Prefetto, dal Presidente del Tribunale, dal Procuratore Capo della Repubblica, dal Questore, dal Comandante provinciale dei Carabinieri, dal Comandante provinciale della Guardia di Finanza, dal Direttore della Casa Circondariale, dal Direttore dell'Istituto Penale Minorile, dal Comandante provinciale del Vigili del Fuoco, dal Comandante provinciale del Corpo Forestale, dal Presidente OMCEO di Treviso, dai Direttori delle ULSS 9-8-7 del Veneto, dalla Presidente dell'AIDM, dalla Past President dell'AIDM di Treviso, ideatrice del Premio.

Cogli l'opportunità di premiare una Collega. Segnala il suo nominativo, anche in anonimato, utilizzando il tagliando riportato a fine pagina, entro il 22 gennaio 2014. Ne terremo conto per la quinta edizione del Premio.

Le colleghe possono iscriversi all'AIDM telefonando al numero 0422 305912.

La Sezione trevigiana dell'AIDM gestisce iniziative nei seguenti campi di azione: valorizzazione delle caratteristiche attitudinali delle donne medico per meglio applicarle, oltre che nella pratica diagnostico-terapeutica, anche nel management in sanità; promozione della medicina di genere e della formazione scientifica in ambito sanitario; promozione dell'umanizzazione della medicina; valorizzazione delle differenze di genere e promozione delle pari opportunità per uomini, donne e soggetti deboli; lotta contro gli stereotipi culturali e la violenza sulle donne.

Dr.ssa Laura Dapporto
Presidente A.I.D.M. Treviso



Alla Sede Operativa dell'A.I.D.M. di Treviso - Via P.M. Pennacchi 4 (31100) Treviso
Telefono e Fax 0422 305912 - ore d'ufficio

Oggetto: Candidatura per la Quinta Edizione del Premio Donna di Medicina

Segnalo la Collega _____



RECENSIONI



Si segnala l'interessante pubblicazione del Collega Lorenzo Simeone dal titolo: **"Poesia = Civiltà"** - Edito dalla Sime Book (Castelfranco - TV). Si riporta la prefazione a firma di S.F. Barbalace: "Liriche dal verseggiare vorticoso, che con un turbine di parole e ricorrendo il gioco degli opposti, cercano di dare un senso al mistero della vita e dell'amore a allo scorrere del tempo che raccoglie un "ammasso informe" i sogni e le speranze inutilmente persi tra gli interrogativi e gli aspetti amari dell'esistenza". Il dott. Simeone segnala che il ricavato sarà devoluto in beneficenza.

Si segnala la stimolante pubblicazione del Collega Mario Ruffin dal titolo: **"Il Duce si è fatto male" (Il popolo eritreo. Le guerre. Le navi bianche. L'esodo delle famiglie italiane. Riflessioni sulle cause e sulle conseguenze del disastro e sul silenzio di tutti)** - Edito in "ilmiolibro.it" (Feltrinelli). Un certo numero di medici Trevigiani studiò alla Facoltà di Medicina di Asmara (sezione staccata di quella di Roma), dopo la guerra. Nel testo si racconta l'odissea delle famiglie italiane e l'abbandono della colonia Eritrea. Il popolo Eritreo viene rappresentato dall'autore con gran affetto per la sua gentilezza e il suo eroismo.

TRIBUNALE DI TREVISO

ATTIVAZIONE SERVIZIO ON-LINE LIQUIDAZIONE SPESE DI GIUSTIZIA

Comunicazione del Presidente del Tribunale di Treviso del 6 novembre 2013

Proseguendo nell'intento di razionalizzazione dell'Ufficio delle Spese di Giustizia per il miglioramento del servizio all'utenza e l'aumento di efficienza e produttività delle risorse disponibili, già avviato con l'accentramento del deposito delle istanze di liquidazione presso tale Ufficio, comunico l'attivazione di un'applicazione web che consente di semplificare l'intero iter di liquidazione delle spese di giustizia.

L'applicazione, già attiva, è predisposta per chi avanza istanza di liquidazione delle competenze maturate per le attività rese nell'ambito di un procedimento giurisdizionale.

In tal modo si inoltra via web l'istanza congiuntamente alla documentazione giustificativa per l'acquisizione ed elaborazione effettuata direttamente dal sistema informatico.

I vantaggi consistono:

- nell'inoltro per l'Utente (titolare di PEC) di istanze e della documentazione giustificativa esclusivamente per via telematica, evitando il deposito personale in formato cartaceo presso lo sportello della cancelleria;
- nella rapida definizione della procedura di liquidazione atteso che l'elaborazione diretta dei dati da parte del sistema informatico consente di ridurre notevolmente i tempi di lavorazione in quanto il software assegna automaticamente, alle istanze pervenute via web, una numerazione di "richiesta", stabilendo l'ordine cronologico che l'Ufficio deve seguire per la lavorazione di ogni richiesta;
- nel monitoraggio dello stato dell'istanza di liquidazione e del procedimento di liquidazione direttamente dalla home page dell'applicativo.

L'applicazione è raggiungibile attraverso il sito istituzionale del Ministero della Giustizia (www.giustizia.it), tramite il link Servizi On-Line — Liquidazioni Spese di Giustizia, al quale collegarsi anche dal sito di questo Tribunale.

Per supportare la fase di avvio delle funzionalità è stato predisposto un Manuale Operativo destinato agli Utenti, scaricabile dal sito di questo Tribunale — nella sezione SERVIZI AMMINISTRATIVI — Spese di Giustizia.

La richiesta, così redatta, verrà inoltrata con file pdf direttamente alla cancelleria tramite una mail di un account di Posta Certificata all'indirizzo istanzaweb.siamm@giustiziacert.it, attraverso l'applicativo Liquidazioni Spese di Giustizia, secondo le modalità indicate nel manuale su indicato alle pag. 29-30.

Fondamentale è che l'indirizzo di posta elettronica da cui si manda tale mail sia lo stesso inserito nella registrazione, altrimenti la mail anche se corretta non verrà considerata validata.

Detta trasmissione consentirà di importare tutte le istanze validate per la successiva emissione del Provvedimento di Liquidazione al netto delle ritenute.

Nel compilare il "form" telematico si raccomanda l'indicazione esatta del numero del procedimento cui la domanda si riferisce e di tutte quelle notizie indispensabili per risalire agevolmente al procedimento cui le spese da liquidare afferiscono.

Prego voler diffondere tra gli iscritti quanto su rappresentato e le informazioni reperibili anche sul sito internet del Tribunale di Treviso — nella sezione SERVIZI AMMINISTRATIVI — Spese di Giustizia.

Il personale addetto all'Ufficio Spese di Giustizia fornirà ogni chiarimento necessario tramite l'indirizzo mail spesegiustizia.tribunale.treviso@giustizia.it.

In considerazione dei notevoli vantaggi che la completa informatizzazione del servizio comporta e certi della Vs collaborazione, **l'invio on line delle istanze di liquidazione sarà l'unica modalità di deposito accettata da questo Ufficio a partire dal 01/01/2014.**

f.to **Dott. Aurelio Gatto**
Presidente del Tribunale

RASSEGNA GIURIDICO AMMINISTRATIVA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 953 DEL 18 GIUGNO 2013

Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata.

BUR N. 57 DEL 9.7.2013

Note per la trasparenza:

con il presente atto si propone di approvare le intese raggiunte con le OOSS dell'area per lo sviluppo delle cure primarie.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, approvato con la LR n.23/2012, evidenzia la necessità di sviluppare ulteriormente le Cure Primarie, riconoscendole quale funzione centrale del SSSR.

Più in dettaglio il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni.

In particolare, le Medicine di Gruppo Integrate sono organizzazioni strutturali (team multi-professionali) costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità.

L'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate risponde alla necessità di radicare stabilmente e diffusamente un modello organizzativo che proponga una rimodulazione dell'offerta assistenziale in termini di accessibilità e di conseguimento di obiettivi di salute.

Nel sistema veneto la Medicina di Gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. n.189/2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n.158 del 13 settembre 2012, cosiddetto "decreto Balduzzi". Inoltre, conformemente a quanto disposto dalla stessa L. n.189/2012, risulta strategico provvedere alla all'implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida ed audit.

Pertanto il Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 Maggio 2013 nel testo Allegato "A" al presente atto rappresenta le modalità di riorganizzazione delle Cure Primarie nel sistema veneto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

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

Viste:

- L.R. n. 23 del 29/06/2012
- L. n. 189 del 8/11/2012

Sentite le OOSS in data 10 e 24 aprile e 31 maggio 2013.

delibera

1. Di approvare il Verbale d'Intesa sottoscritto dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata in data 31 maggio 2013, sulle modalità di attuazione del Progetto assistenza primaria nel testo Allegato "A" al presente atto, per costituirne parte integrante ed essenziale.
2. Di disporre che il Verbale d'intesa sarà attuato con appositi provvedimenti della Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, conformemente ai tempi tecnici occorrenti per tali adempimenti.
3. Di dare atto che l'Unità Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR predisponga i conseguenti impegni di spesa.
4. Di stabilire la revisione del contenuto dei provvedimenti qui richiamati, nel caso la normativa nazionale e le disposizioni degli AACCN di settore definiscano situazioni di incompatibilità con gli indirizzi regionali in oggetto.
5. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

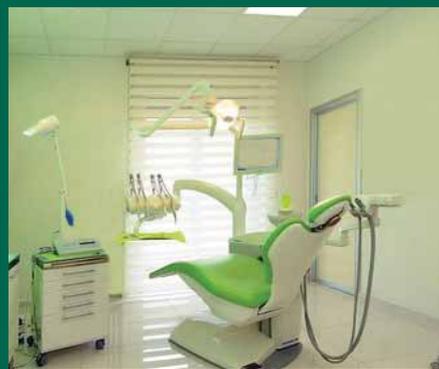
(Il testo integrale comprensivo di allegati è scaricabile dal sito dell'Ordine www.ordinemedicitv.org)

Centro Leonardo

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



300 posti auto coperti



Prestigioso contesto ideale per il vostro Studio Medico ed Odontoiatrico

- **Unità con superfici a partire da m² 100 a m² 3.000** ca, complete di impianti
- Posizione facilmente raggiungibile, prossimità uscita "Paese" tangenziale di Treviso, direzione VI
- 600 posti auto riservati, di cui 300 coperti e videosorvegliati, ascensore di collegamento ai piani
- Convenzione per: sale riunioni, servizio ristorazione, BHR Treviso Hotel, telefonia fissa
- Internet wi-fi gratuito
- Condizioni vantaggiose per eventuale trasferimento o start-up.

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

Classe energetica C, ipe 21,10 kW/mc anno



Info: **S. Pettenon**

tel. **0422.299311**

info@lefim.it **www.lefim.it**



Dal 1930, uomini che lavorano.

Lefim

Promotion Real Estate Development