



# L'Ordine

di Treviso

Anno XX - N° 1/2012 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994  
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

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



Medici Chirurghi e Odontoiatri neo iscritti alla XVII Giornata del medico

LA NUOVA MODALITÀ  
DI AGGIORNARSI DEL  
MEDICO  
**UP TO DATE**  
UN SERVIZIO ONLINE  
PER I NOSTRI ISCRITTI,  
A PAG 2

01  
2012

- Il nuovo ruolo dell'Ordine nell'ECM
- La rubrica dei Giovani Medici
- La riforma delle pensioni ENPAM
- Iscrizione volontaria all'ONAOSI
- Il parere dell'Avvocato

## ■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 01 Editoriale del Presidente
- 02 Up To Date: l'aggiornamento online per i nostri iscritti
- 04 Il nuovo ruolo dell'Ordine nell'ECM
- 05 Chiarimenti sulla gestione dell'ENPAM
- 06 Medicina di gruppo e aggregazioni funzionali territoriali
- 07 Consiglio Direttivo dell'Ordine triennio 2012/2014
- 07 Cariche istituzionali Federazione Regionale degli Ordini
- 08 XVII Giornata del Medico
- 12 Certificato di malattia solo dopo visita
- 12 Le ASL non hanno l'obbligo di aggiornare il personale dipendente
- 13 Il medico può violare la privacy per difendersi
- 13 In tema di responsabilità dell'infermiere
- 14 Pubblicità sanitaria delle strutture
- 14 Studi dentistici aperti in agosto
- 15 Impianto protesi d'anca
- 15 Rivista gratuita per gli iscritti Video Journal Of Medicine
- 16 La rubrica dei Giovani Medici
- 18 Variazioni agli Albi

## ■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 20 Il nuovo Comitato Centrale
- 21 Compensi per prestazioni professionali
- 21 Abolito il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)
- 21 Corso Fad FNOMCeO Sicurezza dei pazienti e degli operatori
- 22 Certificati di iscrizione all'Ordine e dichiarazione sostitutiva
- 22 Certificati di malattia online: categorie escluse
- 23 RSPP può essere svolto anche dal datore di lavoro
- 23 Documento di valutazione dei rischi
- 25 Utilizzo extraospedaliero del protossido d'azoto
- 25 Sospensione del dispositivo medico Macrolane

## ■ Previdenza

- 26 La riforma delle pensioni ENPAM
- 28 Dichiarazione dei redditi liberi professionali (Quota B)

## ■ Riceviamo e pubblichiamo

- 29 Iscrizione volontaria all'ONAOSI
- 29 Progetto LILT Sezione di Treviso
- 30 Azienda ULSS 9: sensibilizzazione all'Affido familiare
- 31 Notizie FEDERSPEV
- 32 Progetto FNOMCeO/CUAMM
- 32 Tribunale di Treviso: servizio asseverazioni perizie e traduzioni
- 33 Medici e Sport

## ■ Rubriche

- 34 Il parere dell'Avvocato: Aspetti etico-giuridici e medico-legali nell'uso delle risorse in sanità
- 38 Rassegna giuridico amministrativa
- 44 Appuntamenti scientifici
- 44 Ricerca Medici



**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

Edoardo STELLINI

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

**Nel mese di agosto: dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00**

**Dal 13 al 17 agosto 2012 gli uffici di segreteria rimarranno chiusi**

# IL MEDICO TRA ETICA E ECONOMIA

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana recita che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Individua quindi la salute come bene primario e inviolabile. Il medico inoltre, prima di iniziare la sua attività, presta il giuramento professionale, che si rifà al giuramento di Ippocrate, in cui giura, tra le altre cose, di curare il paziente prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale, ideologia politica.

L'attuale Codice Deontologico, al quale il professionista deve obbligatoriamente attenersi nell'esercizio della sua professione, ribadisce in maniera forte questo dovere professionale.

Chi ha prestato il giuramento di Ippocrate deve anteporre la salute del suo paziente a tutto, senza farsi condizionare da esigenze diverse, quali per es. disposizioni di legge, logiche economiche, o direttive del proprio Direttore Generale.

Nel caso specifico quindi, la conclusione diretta di quanto finora preso in considerazione è che il medico, per quanto riguarda gli aspetti sanitari del suo operare, non deve essere condizionato da incombenze di carattere economico o comunque da valutazioni di ordine economicistico. La questione, certamente molto delicata, è un po' più complessa e articolata. Il medico, che pur deve considerare prioritari gli aspetti etico-deontologici, non può non tener conto del contesto e della situazione generale in cui si trova a dover operare e di conseguenza non può non considerare quelle che sono le ricadute economiche delle sue decisioni, in particolare in momenti come l'attuale in cui si pone fortemente in discussione in tutte le nazioni, anche le più ricche, la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Se è vero infatti che la salute non ha prezzo, è altrettanto vero che la sua tutela costa sempre di più. Il medico e il sistema sanitario nel suo complesso devono quindi equilibrare esigenze diverse, anche perché la tutela della salute del singolo cittadino non può prescindere dalla doverosa tutela dei diritti di salute di tutti gli altri.

L'obiettivo principale e prioritario di tutti coloro che portano interesse alla tutela della salute dei cittadini deve essere quindi quello di ottimizzare i percorsi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione ricercando la massima appropriatezza clinica e organizzativa al fine di poter dare a tutti i cittadini/pazienti quello che è veramente e sicuramente utile sulla base degli studi clinici di evidence base medicine. Esistono certamente alcune/molte aree sanitarie in cui si annidano estese sacche di inefficienza e qui è doveroso, obbligatorio e urgente andare ad incidere per recuperare risorse.

L'etica dei tagli e della negazione per motivazioni economiche di interventi sanitari utili e appropriati deve lasciare il posto all'etica di eliminare gli sprechi e gli interventi superflui, quelli che non servono e che, oltre che inutili e costosi, potrebbero essere anche dannosi.

Il medico deve saper negare al proprio assistito/paziente, anche quando richiesto, quello che non è documentato essere sicuramente utile. Questo comportamento non solo non incrina il loro rapporto/alleanza ma anzi lo rafforza e incrementa in una logica di reciproca fiducia e condivisione. Connessi strettamente con questi aspetti medici, e spesso pesantemente interferenti, sono alcune situazioni quali gli interessi dell'industria biomedica, i rapporti tra comportamento medico e valutazioni della magistratura, la medicina difensiva.

In altra occasione potremo tornare a fare alcune valutazioni su questi importanti aspetti collaterali.

Vorrei fare soltanto una riflessione finale sull'importanza e la difficoltà della comunicazione attraverso i media di delicati aspetti medici che spesso non possono essere risolti con poche righe o slogan ad effetto.

E vorrei prendere spunto dalle dichiarazioni del Direttore Generale dell'ULSS 9 Dr. Claudio Dario apparse poco tempo fa sui giornali locali a proposito delle cure da somministrare a malati terminali o con brevissima speranza di vita.

E' innegabile che in questi ultimi anni le aspettative di salute dei cittadini sono giustamente molto aumentate, anche per le dichiarazioni che i medici fanno spesso attraverso i media, giornali e televisioni soprattutto.

A volte può sembrare che la medicina sia in grado di vincere tutte le malattie, di risolvere tutti i problemi e anche di evitare la morte.

Così non è, purtroppo. La morte esiste ed esisterà sempre perché fa parte integrante della vita e il medico, al massimo, è in grado di gestire il nostro fine vita in modo migliore che in passato. Nel suo giuramento professionale il medico giura, oltre che di curare il paziente, anche di astenersi dall'accanimento diagnostico e terapeutico. Ed è questo un altro argomento estremamente delicato e complesso, a partire dalla sua stessa definizione. Certamente, come già in precedenza ribadito, qualsiasi intervento sanitario, specie se di tipo terapeutico, e in particolare se potenzialmente pericoloso, difficile da sopportare per il paziente o costoso (anche se non è questo certamente il punto più importante), deve essere somministrato solo se vi è sicura documentazione di efficacia clinica.

A volte tuttavia, in particolare in situazioni difficili o terminali, si usano terapie, non ancora sicuramente validate sul piano dell'efficacia clinica, nella speranza che possano essere utili al nostro paziente.

E spesso la linea di confine tra speranza e spreco non è facilmente delimitabile rendendo così sempre particolarmente difficile la gestione di queste situazioni che hanno comunque ricadute che vanno al di là del singolo paziente interessando famiglia e comunità.

Come è innegabile il diritto del paziente alla cura sicuramente efficace, indipendentemente dal suo costo economico, così deve essere altrettanto doverosa da parte del medico l'astensione dall'accanimento terapeutico e il passaggio alle sole cure palliative. Sempre in ogni caso da utilizzarsi perché se è vero che esistono malati inguaribili è altrettanto vero che non esistono pazienti incurabili.

Nel caso specifico del malato terminale, soprattutto se affetto da tumore, questa linea di confine è particolarmente difficile da tracciare, anche se tutti gli oncologi sanno che arriva quasi sempre nel percorso di malattia del loro paziente il momento in cui le cure palliative possono essere più appropriate e utili per il paziente che l'accanimento terapeutico con qualsiasi altro farmaco.

Il Presidente  
Dr. Giuseppe Favretto

# LA NUOVA MODALITA' DI AGGIORNARSI DEL MEDICO: UP TO DATE UN SERVIZIO ONLINE PER I NOSTRI ISCRITTI



Il Medico oggi è chiamato ad essere sempre aggiornato sia per l'appropriatezza e la sicurezza dei percorsi di diagnosi e cura, sia per le crescenti aspettative anche informative dei pazienti. L'enorme mole di informazioni scientifiche prodotte consente di essere aggiornati su alcuni argomenti di particolare interesse, mentre le conoscenze e competenze acquisite rischiano di essere rapidamente superate. In questo ampio contesto la letteratura scientifica diventa per i professionisti della salute una risorsa fondamentale ma la sua consultazione risulta spesso complessa rispetto alla pratica clinica, soprattutto mentre si sta lavorando in studio o in ospedale, anche in situazioni di urgenza.

**UP TO DATE** risultata in questi termini una straordinaria risorsa in quanto accedendo a questa *banca dati*, e indicando un quesito in inglese, pressoché per la quasi totalità delle specialità, si ottiene un testo aggiornato di 30-40 pagine in inglese (che è possibile tradurre con Google traduttore) con i riferimenti bibliografici e gli abstract, e mediante il software molto comodo e pratico orientarsi alle 10-15 righe specifiche del quesito. Si può richiedere dal *quadro clinico*, alla *diagnosi differenziale*, all'*iter diagnostico-terapeutico*, alle *complicanze* alle *interazioni tra farmaci* e soprattutto digitando alcuni dati clinici o biomorali orientare la *diagnosi in caso di patologie rare*, che ovviamente orienteranno il medico agli accertamenti da proporre. E' evidente che un tale strumento risulti complementare alla nostra cultura professionale, ma sta superando la portata dei manuali che risultano spesso poco aggiornati e non semplici nella consultazione. Può servire per realizzare relazioni con la possibilità di stampare o memorizzare testi, diagrammi, foto, esiti radiologici.....Ma ancora è anche possibile utilizzare tale servizio al fine di valutare quali informazioni fornire al paziente su determinati argomenti. L'Azienda ULSS 9 ha messo tale strumento di aggiornamento professionale a disposizione del proprio personale dipendente medico e sanitario a decorrere dal 2009 con un sempre crescente numero di accessi e un continuo interesse da parte dei professionisti che lo utilizzano attestando l'Azienda tra i maggiori utilizzatori a livello nazionale.

Visto il rilevante successo dell'iniziativa e la grande adesione che si è avuta tra i medici ospedalieri si è ritenuto opportuno proporre agli iscritti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso la conoscenza di questo servizio per farlo apprezzare e successivamente utilizzare. La Società Up To Date ha quindi promosso un percorso sperimentale per gli iscritti all'Ordine che prevede:

- l'erogazione di un **trial gratuito** di [www.uptodate.com/online](http://www.uptodate.com/online) per 4 mesi, dal 1/7 al 31/10/2012, incluso di corso di formazione;
- l'avvio di una **postazione fissa** di UpToDate presso la **sede dell'Ordine**.

**Successivamente, in funzione del successo dell'iniziativa, la Società Up To Date formulerà all'Ordine le proposte di abbonamento individuale, di gruppo o eventualmente istituzionale per l'Ordine.**

Dati ULSS 9: solo nel 2011 la lettura dei dati contenuti nel report annuale registra **n° 11.700 accessi** complessivi contro i 10.646 del 2010, evidenziando un incremento di circa il 10% degli stessi.

## La modalità del trial è la seguente:

UpToDate/Wolters Kluwer Health attiveranno l'indirizzo IP (internet protocol pubblico) dell'Ordine dei Medici di Treviso, mentre l'Ordine si impegna ad attivare un'area riservata per i propri iscritti. UpToDate/Wolters Kluwer Health metteranno a disposizione una persona di supporto per rispondere a tutte le domande inerenti all'utilizzo del sito e qualche problema di accesso durante tutto il trial. Per insegnare a utilizzare in modo appropriato il data base di informazione clinica, saranno concordate in base alle disponibilità **due giornate di corso**: una presso la sede dell'Ordine e una in remoto per i medici che non potranno partecipare all'incontro in sede. Queste due giornate saranno incentrate sulla simulazione di domande e risposte cliniche che andranno a potenziare l'utilizzo di tutte le funzioni del "point of care". *Durante la dimostrazione si potrà vedere come fare ricerca di farmaci e la loro interazione tramite il data base d'interazione tra farmaci, alimenti ed erbe medicinali, fare ricerca di grafici e di come usarli in una presentazione, fare dei calcoli veloci, ricercare documenti di supporto per il paziente e come consultare una referenza medica scientifica.* Verranno quindi comunicate tutte le informazioni per utilizzare "**google translator toolkit**" per tradurre testi a scelta dall'inglese all'italiano (sarà fornita una breve guida con tutti le indicazioni di come usare google toolkit per PC e MAC). UpToDate/Wolters Kluwer Health lasceranno a disposizione all'Ordine alcuni manuali per l'utente in lingua italiana, in versione cartacea o elettronica per consultare anche da casa o in qualunque momento.

**Breve descrizione di UpToDate/Wolters Kluwer Health, [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com):**

**UpToDate** è il primo "point of care" a essere presente nel mercato dell'informazione scientifica, realizzato ventanni, fa a supporto dei medici di tutto il mondo per decisioni veloci e sicure.

**UpToDate** è una risorsa di informazioni di evidenze cliniche "evidence based medicine", disponibile online o da un dispositivo mobile.

**UpToDate** è uno strumento di riferimento clinico creato dai medici per medici e per altri professionisti in campo sanitario. Offre argomenti sintetizzati creati per essere utilizzati nel corso del lavoro quotidiano. Oltre 600.000 medici in 149 Paesi si affidano al contenuto "evidence based" di UpToDate, che risulta, da vari studi, essere la risorsa di informazione medica più affidabile e maggiormente usata al mondo.

**Contenuti proposti:**

- Circa 9500 più argomenti clinici e 19 discipline trattate [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Fondata nel 1992 dal Dott. Rose, specializzato in Nefrologia.
- Essendo la prima risorsa inventata di evidence based medicine, UpToDate è unica nella gestione dei quesiti e delle risposte.
- Al momento UpToDate vanta il contributo di 5100 più autori, editori, e peer reviewers da tutto il mondo. UpToDate, inoltre, ha uno staff medico assunto di Deputy Editors che tengono sotto osservazione oltre 460 riviste.
- Gli autori sono riconosciuti a livello mondiale dei luminari nella loro rispettiva disciplina accademica. E sono dei medici che continuano a essere attivi nell'attività clinica.
- Per assicurare l'accuratezza e l'imparzialità dei contenuti, UpToDate aderisce a delle severe politiche editoriali (simili a quelle delle pubblicazioni scientifiche) e a un rigoroso processo di controlli eseguito da esperti dello stesso ambito. Una topic review è pubblicata solo dopo un triplice processo di peer review alla cieca.
- Controllo sistematico quotidiano della letteratura (460 riviste scientifiche) e i contenuti sono continuamente aggiornati e revisionati (è evidenziata la data dell'aggiornamento su ogni Topic Reviews.)
- Gli editori cercano sempre le migliori prove disponibili offrendo un'ampia informazione (giornalmente, settimanalmente, e mensilmente).
- 7700 Grading Recommendations model (<http://www.gradeworkinggroup.org/society/index.htm>), unica nel suo metodo di grading.
- 5100 monogrammi e informazioni su Farmaci e interazione tra farmaci usando Lexicomp, Walters Kluwer Health.
- Abstracts, evidence based medicine, incentrati sugli effetti orientati al paziente e sui rischi assoluti di management of change practice.
- Links alle informazioni dei pazienti inclusi.
- Links a 323,000 Abstracts di PubMed per supportare le nostre Topic Reviews.
- CME/CE/CPD accreditati dagli enti Statunitensi indicati su questo sito: <http://www.uptodate.com/docs/home/CME.pdf> con la possibilità di richiedere la conversione dei crediti CME stranieri al 50%, se il professionista sanitario presenterà il certificato ottenuto da UPTODATE a un provider accreditato ECM italiano.
- Navigazione friendly: bisogna porsi una domanda e trovare una risposta velocemente. Accesso illimitato mediante IP e da smart phone e Ipad.
- Funzionalità di linking (PubMed® LinkResolver®, ecc.)
- Disponibile ad integrare nel workflow del paziente i dati di evidence based medicine linkando UpToDate alla cartella clinica del paziente.

**Modalità di accesso alla postazione informatica presso la sede dell'Ordine.**

Gli iscritti all'Ordine possono accedere alla postazione di Up To Date durante i seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00. Il lunedì e il giovedì pomeriggio anche dalle ore 14.00 alle ore 17.00.

Si consiglia l'utilizzo della chiavetta USB e/o l'invio, al proprio indirizzo di posta elettronica, dei risultati delle ricerche effettuate.

*Il Segretario*  
**Dott. Daniele Frezza**

# ACCORDO STATO REGIONI DEL 19 APRILE 2012: IL NUOVO RUOLO DELL'ORDINE NEL SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

In data 19 aprile 2012 è stato siglato l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il quale vengono definite le regole del "Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medica".

Di particolare interesse sono le disposizioni riguardanti i crediti formativi richiesti ai professionisti sanitari per il triennio 2011/2013 e quelle relative alla definizione dei compiti degli Ordini professionali.

Per quanto attiene ai crediti formativi richiesti per il triennio 2011/2013 viene confermato il debito complessivo di **150 crediti** (50 crediti annui, minimo 25, massimo 75). Viene inoltre confermata la possibilità di riportare un massimo di **45 crediti** dal triennio precedente (2008-2010).

In relazione invece al nuovo ruolo che viene attribuito all'Ordine, lo stesso si sostanzia:

- 1) nella possibilità di diventare Provider ECM, inteso come un soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità. Quindi l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è chiamato a ricoprire un **ruolo produttivo** nella formazione continua nelle seguenti materie: **etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese, comunicazione**.

Ma non solo. Infatti è prevista la possibilità di implementare l'offerta formativa utilizzando tutti gli obiettivi formativi contenuti nell'Accordo, quali:

- gli obiettivi formativi **tecnico/professionali**, offrendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza;
- gli obiettivi formativi di **processo**, rivolti ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;
- gli obiettivi formativi di **sistema**, che hanno caratteristiche interprofessionali.

Sempre l'Accordo dell'aprile 2012 stabilisce però dei limiti all'offerta formativa che l'Ordine potrà proporre ai propri iscritti. In particolare l'offerta, se riguardante obiettivi formativi **tecnico/professionali, di processo** o di **sistema**, dovrà essere rivolta "**in modo preferenziale**" ai liberi professionisti e a quelle categorie e discipline che hanno una ridotta offerta formativa.

Ulteriori limiti sono:

- almeno il 50% delle attività formative effettivamente pianificate nel piano formativo definito dall'Ordine deve riguardare l'etica, la deontologia, la legislazione, l'informatica, l'inglese e la comunicazione;
- la medesima non può essere oggetto di sponsorizzazione commerciale;
- la partecipazione rivolta ai propri iscritti deve essere gratuita o al massimo a costi minimi per permettere all'Ordine la copertura delle spese sostenute.

- 2) Nell'obbligo di **certificare** l'aggiornamento effettuato da ogni medico e odontoiatra iscritto all'Ordine. Qui il compito affidato all'Ordine si sostanzia nel certificare al termine del triennio formativo i crediti formativi acquisiti dai propri iscritti. Il certificato viene rilasciato dall'Ordine previa richiesta da parte del professionista sanitario. Diversa invece è la funzione di **registrazione**, che deve essere effettuata sempre dall'Ordine professionale, di quei crediti maturati dai professionisti della salute per attività formative quali la **formazione all'estero** (potendo riconoscere un massimo del 50% dei crediti formativi acquisiti dagli iscritti che hanno partecipato a convegni o corsi formativi che si sono svolti negli USA, in Canada o in uno Stato membro dell'Unione Europea), **l'attività di tutoraggio** (docenti tutor che ospitano i colleghi in formazione, tutor valutatori degli operatori che devono sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione, tutoraggio per specializzazione, tutoraggio per corsi di laurea, tutoraggio medici di medicina generale, corsi regionali - in base alla legge 135/90, continuità assistenziali), ed infine con l'assegnazione di crediti alle **attività di autoapprendimento** (pubblicazioni scientifiche intese quali citazioni su riviste citate nel Citation Index, pubblicazioni su riviste non citate sul Citation Index ed atti di congressi nazionali o internazionali ed infine capitoli di libri e monografie).

- 3) Nell'adottare **sanzioni** per i professionisti sanitari che non ottemperano all'obbligo di formazione. In particolare nel testo approvato dalla Conferenza Stato Regioni si ricorda che in data 14 settembre 2011 è intervenuta la conversione in legge del decreto legge del 13 agosto 2011, n. 138. Con tale decreto legge si affida all'Ordine il compito di adottare sanzioni per i professionisti sanitari che non ottemperano all'obbligo di "*seguire percorsi di formazione continua permanenti*" in quanto "*la violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione*". In questi termini è utile ricordare che la norma in discussione rinvia quindi ad una riforma degli ordinamenti professionali che deve essere completata entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legge.

Su questo ambito si svilupperà, se gli ordinamenti lo contempleranno, un importante compito dell'Ordine, non tanto di natura sanzionatoria, ma volto ad orientare e sostenere un adeguato sviluppo professionale rispetto ai singoli ruoli ricoperti dai propri iscritti (MMG, PLS, Specialista Ospedaliero, Odontoiatra ecc...). In particolare si tratterà di promuovere l'acquisizione di competenze, avvalendosi di esperti tra gli iscritti, definendo adeguati percorsi formativi che mirino a mantenere ed aggiornare le competenze professionali del medico e dell'odontoiatra, non solo tecniche ma anche relazionali o legate ai processi e alla sicurezza delle cure, al fine di garantire percorsi di cura appropriati e sicuri del cittadino utente.

- 4) Nel rivestire il ruolo di **Auditor** nel processo di monitoraggio della qualità della formazione continua, partecipando con i propri designati agli Osservatori nazionale e regionale per la qualità della formazione continua.

Il Segretario  
Dott. Daniele Frezza

## CHIARIMENTI SULLA GESTIONE DELL' ENPAM

La Fondazione Enpam da un po' di tempo è sotto attacco della politica che, in una notte, ha cambiato le regole, portando la riserva obbligatoria dell'ENPAM da 15 a 30 anni, e ora con l'ultima manovra di Governo è arrivato a chiedere 50 anni di riserva. Per questo il Consiglio Nazionale dell'ENPAM, con una variazione di bilancio, ha adeguato la riserva obbligatoria a 50 anni.

A questo si è aggiunto un fuoco di accuse ed allarmi in merito alle politiche di investimento a salvaguardia del risparmio contributivo dei medici e degli odontoiatri. Vediamo allora di fare un po' di chiarezza, per quanto possibile.

Le accuse. La magistratura porterà a compimento i procedimenti aperti se sussistano colpe e/o responsabilità, con risarcimento del danno procurato alla previdenza medica ed odontoiatrica; corre però l'obbligo di ricordare che il tutto ha preso avvio da un esposto alla Procura fatto nel giugno del 2011 da parte di 4 presidenti di Ordine (Bologna, Catania, Ferrara, Latina) relativo al bilancio 2009 (approvato a suo tempo anche da chi ha poi sporto denuncia). Allora si parlava di 1.150 milioni di euro, risultante dalla somma di 3 voci:

- a) 400 milioni di euro di "perdite" relative ad un investimento in Contratti di Obbligazione che andranno in scadenza tra il 2016 e il 2018: quindi non perdita ma "rischio perdita"; rischio che, in questi anni, si è andato riducendo a meno di 250 milioni;
- b) 400 milioni di ulteriori possibili perdite, che in realtà sono i 400 milioni previsti come rischio perdita, e quindi accantonati in un "Fondo oscillazione valori mobiliari" già nel 2008; questo Fondo si è ridotto nel bilancio consuntivo 2011 da 400 a 253 milioni;
- c) 350 milioni di mancati guadagni, che si sarebbero potuti avere investendo diversamente i 400 mln di cui al punto a); si tratta quindi una cifra che non ha corrispettivo, tanto meno si può parlare di perdita.

A dimostrazione della confusione di allora, oggi non si parla di 1.150 milioni ma di 500 milioni, e sempre di "ipotesi di perdita" non di perdita! La cifra andrebbe poi rapportata al capitale dell'ENPAM: 6,72 miliardi di euro di mobiliare e 4,46 miliardi di euro di immobiliare.

Gli allarmi. Gli atti formali della Fondazione Enpam, dai bilanci all'applicazione di ogni ordine di controllo, risultano orientati a dissipare il sospetto che si voglia dissimulare la realtà di procedure inadeguate e nebbiose.

Facciamo qualche numero: L'avanzo di gestione per il 2011 ammonta a più di 1 miliardo di euro, portando il valore totale del patrimonio a 12,5 miliardi di euro. Nel 2011 l'assunzione in house della gestione del patrimonio immobiliare ha prodotto un risparmio di 2,5 milioni di euro al netto delle risorse in aumento, di pari consistenza, destinate alla manutenzione straordinaria.

Il sistema di vigilanza e controllo dell'ente è ordinato ai massimi controlli di legittimità ed efficacia; si basa su revisione contabile indipendente, certificazione, collegio sindacale, controllo interno, approvazione dei Ministeri vigilanti dei regolamenti, delle delibere in materia di prestazioni e contributi, formulazione di rilievi sui documenti di bilancio e sui criteri di individuazione degli investimenti e sulla ripartizione del rischio, Covip, relazione annuale della Corte dei Conti al Parlamento, attività della Commissione parlamentare di controllo degli Enti previdenziali. La degenerazione dei mercati finanziari e il loro contagio nei confronti di chi ha la responsabilità di investitore istituzionale, oltre alle regolamentazioni delle autorità indipendenti non hanno prodotto adeguate misure di garanzia e assicurazione, tanto che gli amministratori degli Enti possono divenire oggetto ed obiettivo di accuse di mala gestio anche in presenza di acclarata responsabilità dei menzionati mercati finanziari. Talvolta le accuse sono



strumentali alla volontà non dichiarabile di sostituirsi nella direzione o CdA degli enti o altri organismi collegati, al di fuori dei normali processi statutari.

L'ENPAM, nonostante gli anni di crisi, ha registrato nei ultimi bilanci consuntivi presentati i seguenti rendimenti degli investimenti:

**2009 gestione immobiliare 6,31% lordo (1,74% netto);**

**gestione mobiliare 5,37% lordo (4,84% netto);**

**2010 gestione immobiliare 5,93% lordo (1,17% netto);**

**gestione mobiliare 4,16% lordo (2,78% netto).**

Medici e odontoiatri, per colpa di informazioni sprovviste di fondamento che appannano l'immagine dell'ENPAM, finiscono per sopportare ingiustamente il danno derivante dallo stato di incertezza indotta sui comportamenti dei propri amministratori.

*Il Vice Presidente*  
**Dott. Brunello Gorini**

## MEDICINA DI GRUPPO E AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Gli ultimi rinnovi contrattuali della Medicina di Famiglia hanno introdotto alcune modifiche nell'attività lavorativa foriere di una prossima rivoluzione, che interesseranno oltre alla popolazione generale anche il resto della sanità. Il risalto avuto, anche sulla stampa laica, ci suggerisce opportuno presentarne un breve riassunto, anche perchè sono state, più o meno inconsapevolmente, confuse.

Nella nostra Regione siamo da anni abituati alla "medicina di gruppo", che attualmente assiste quasi l'80% della popolazione. La Regione Veneto ha ora codificato l'assistenza secondo 2 modelli di medicina di gruppo, con o senza sede unica, al fine di favorire l'aggregazione tra MMG. L'adesione a questo progetto è volontaria, ma vedendo come, in questi anni, si stanno muovendo i medici, possiamo ragionevolmente pensare che presto coinvolgerà la totalità della popolazione. Le medicine di gruppo sono un modello erogativo di assistenza.

La Medicina di Gruppo con sede unica viene a ricomprendere tutte le forme associative, più o meno complesse, caratterizzate appunto da una unica sede (come ad es. la Medicina di Gruppo già in essere, le UTAP, le Medicine di Gruppo integrate); la Medicina di Gruppo senza sede unica ricomprenderà, nella pratica, le forme associative già in rete, potendosi ampliare anche ai medici in associazionismo semplice o singoli, purchè si mettano in rete orogeografica tra loro. Fino ad oggi i medici per poter essere in rete dovevano utilizzare lo stesso software. Oggi esiste un software di rete (atlasmedica.it), che permette ai MMG di dialogare tra loro senza cambiare il gestionale informatico in uso. Questo viene a favorire la medicina di gruppo senza sede unica, che riteniamo un miglioramento dell'assistenza, che rispetta le scelte informatiche dei MMG, ma anche le loro sedi ovunque ubicate.

Le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) sono, invece, un modello organizzativo della professione, che porta a suddividere idealmente ogni Distretto in 3-4 gruppi (appunto le AFT) dove ogni MMG continuerà a lavorare dove e come prima. Restano cioè le 2 colonne della Medicina Generale: il rapporto fiduciario e la capillarità geografica. Il paziente continuerà ad esprimere la scelta fiduciaria verso il proprio MMG; nessun MMG dovrà spostare il proprio studio o modificare gli orari, perchè l'AFT non deve erogare prestazioni mediche, ma ha solo una funzione organizzativa, sostituendo di fatto quelli che nelle varie ULSS erano stati i GTO, i Gruppi Audit, etc. e discende dall'ACN.

*Il Vice Presidente*  
**Dott. Brunello Gorini**



# CONSIGLIO DIRETTIVO, COLLEGIO REVISORI DEI CONTI E COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI **Triennio 2012 - 2014**

## **CONSIGLIO DIRETTIVO:**

**Presidente:** FAVRETTO Giuseppe  
**Vice Presidente:** GORINI Brunello  
**Segretario:** FREZZA Daniele  
**Tesoriere:** ROSSI Pietro

<b>Consiglieri:</b>	BAZZERLA Giorgio CAPPELLETTO Gaetano DI DANIEL Bruno DOTTO Gianfranco (Odontoiatra) FAGGIAN Luigi GAVA Alessandro GOBBATO Gaetano Giorgio	GUARINI Luigino (Odontoiatra) LUNA Laura MARTINELLO Pio RUZZI Giampiero SCARPA Claudio TOSITTI Gianfranco
---------------------	---	--

## **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:**

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

**Supplente:** BETTIN Annalisa

## **COMMISSIONE ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI:**

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

## **FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI**

In data 28 maggio scorso il Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Veneto si è riunito per eleggere le nuove cariche istituzionali.

Sono stati eletti:

**PRESIDENTE:** **dott. Maurizio Scassola** – Presidente Ordine di Venezia  
**VICE PRESIDENTE:** **dott. Ferruccio Berto** – Presidente Commissione Albo Odontoiatri di Padova  
**SEGRETARIO:** **dott. Giuseppe Favretto** – Presidente Ordine di Treviso

***Le più vive congratulazioni al nostro Presidente dott. Giuseppe Favretto***

## XVII<sup>a</sup> GIORNATA DEL MEDICO

La XVII<sup>a</sup> Giornata del Medico si è svolta, subito dopo l'Assemblea Ordinaria Annuale (che dopo la relazione del Presidente e del Tesoriere ha provveduto ad approvare i Bilanci), sabato 17 dicembre 2011 presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso.

La parte scientifica incentrata sull'interessante tema *Aspetti Etico-Giuridici e Medico Legali nell'uso delle risorse in sanità* è stata introdotta dal Presidente dott. Giuseppe Favretto e dal Vice Presidente dott. Brunello Gorini, ed è poi proseguita con gli interes-



santi interventi del Cons. Dott. Antonio Fojadelli, già Procuratore della Repubblica di Treviso, e del dott. Roberto Campion, avvocato in Treviso (la relazione dell'avvocato Campion viene pubblicata in questo numero nella rubrica "Il parere dell'Avvocato")

Il Presidente ha poi introdotto la cerimonia di commiato e di accoglienza, ricordando, chiedendo un minuto di silenzio, i Colleghi scomparsi nel 2010: Bellonio Emilia Leda, Bonvicini Raimondo, Brunoro Gianfranco, Camerotto Franceschino, Caruso Giuseppe, Ceriello Donato, Connerth Carlo, Giaimo Maria, Marin Gianni, Marsoni Vittorio, Martini Orazio, Orazio Saverio, Pilli Franco Maria, Scialabba Lanza Leonida, Serafini Italo, Stefanini Paolo, Tonello Carlo, Toson Eugenio, Toter Alberto, Uzzelli Manfreda, Valbusa Alvaro, Vazzoler Vittorio, Zucchi Stefano

ed i colleghi scomparsi nel 2011: Balbi Liliana, Bonaga Roberto, Bottarel Carlo, Calderino Giuseppe, Chiletto Luigi, Colle Giuseppe, Colombana Mario, De Pra' Eligio, Dominoni Virgilio, Donadi Giovanni, Dongellini Cesarina, Fossa Giovanni, Milillo Vitantonio, Moschini Giuseppe, Riccamboni Eleonora, Roccabianca Giovanna, Sarni Michele, Soattin Margherita, Tossani Cesare, Vaglieri Giorgio.



Il Segretario dell'Ordine dott. Daniele Frezza ha quindi presentato i giovani medici ed odontoiatri neo-laureati ed iscritti all'Albo nel 2010 che hanno letto collettivamente il Giuramento professionale, adeguato al nuovo Codice Deontologico:

**Neo-iscritti Medici Chi-**

**rurghi:** Abrusci Paola, Ahcene Djaballah Selma, Baldasso Francesco, Barlotta Alessia, Battistoli Martina, Bettetti Luca, Bigolin Paola, Bortolussi Luca, Botteon Giulia, Bugin Samuela, Cartas Irina, Ceccato Filippo, Cerantola Federica, Conte Francesca, Dassie Francesca, De Lazzari Cristina, De Nardi Fabrizio, De Ronch Irene, Farina Filippo Maria, Favero Valentina, Favero Vittorio, Gava Stefano, Gazzola Marco, Ghizzo Marco, Giuliotto Stephanie, Lamberti Vito, Lupato Valentina, Maccatrozzo Paola, Manesso Anna, Masaro Simonetta, Narciso Marco, Onofri Angelo, Pauletti Bruno, Pugliese Fabio, Randazzo Giovanna, Robazza Margherita, Silan Francesco, Soligo Lorenza, Sossai Elena, Stocco Matteo, Suman Valentina, Tesser Anna, Tesser Giuseppe, Torresan Francesca, Veronese Marta, Zaia Alessandro.

**Neo-iscritti Odontoiatri:**

Carraro Claudia, Colteanu Radu Valentin, Costa Tommaso, De Biasi Matteo, Del Giudice Alberto, Franzin Erika, Molina Rojas Giovanni, Salvador Francesca, Squarzonzi Nadia.

Dopo il giuramento professionale la cerimonia è proseguita con la premiazione dei medici pensionati ENPAM ai quali il Presidente dott. Favretto ha consegnato una targa d'argento quale segno di gratitudine per i tanti anni di servizio onorando la professione medica.

Festeggiati con targa d'argento: Agostini Silvana, Baghiris Demetrio, Berdon Franco, Bertolone Gabriele, Braca Pasquale, Centofanti Francesco, Chiaramonte Tommaso, Cognolato Giorgio, Colusso Luigi, Cozzolino Giuseppe, Dapporto Laura, Della Giustina Laura, Di Franco Francesco, Guerra Giovanni, Orzes Giannantonio, Poli Piero, Rossi Giuseppe, Valfrè Carlo, Visentin Maria e Zanini Gino.



Frezza (solo per i presenti) un sintetico curriculum professionale.

Festeggiati con medaglia d'oro: Bertani Gianfranco, Berzioli Mario, Bucci Michele, Fumo Attilio, Libralato Arnaldo, Nieri Alfonso, Pallaro Arturo, Poldelmengo Orlando, Ronzon Narciso, Tinè Ciro e Vignali Celso.

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

### **DOTT. GIANFRANCO BERTANI**

È nato a Castelnuovo di Garfagnana (Lucca) l' 11 gennaio 1933.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa l'11 luglio 1960.

Si è specializzato in Pediatria e Puericultura nel 1964 ed in Anestesia nel 1968 presso l'Università di Firenze, in Igiene e Medicina Scolastica nel 1966 a Pisa ed in Anestesiologia e Rianimazione nel 1972 a Padova.

Subito dopo la laurea interinanti in vari Comuni della provincia di Lucca, poi dal 1965 al 1970 ha svolto l'attività professionale presso la Casa di Cura De Gironcoli.

Successivamente, ha svolto funzioni di Aiuto dirigente Anestesista presso l'Ospedale di Pieve di Soligo.

Primario di Anestesia e Rianimazione, poi di Pronto Soccorso degli Ospedali di Conegliano, Vittorio Veneto e Valdobbiadene.

In pensione dal 1994.

### **DOTT. MARIO BERZIOLI**

È nato a Busseto (Parma) il 23 febbraio 1935.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Parma il 12 luglio 1960.

Si è specializzato in Pediatria e Puericultura nel 1962 a Parma e successivamente in Malattie del Sangue all'Università di Modena.

Ha svolto servizio presso la Divisione Pediatrica dell'Ospedale di Piacenza prima come Assistente, poi in qualità di Aiuto.

Successivamente Primario della Divisione Pediatrica dell'Ospedale di Pieve di Cadore e dal 1980 al 2001 Primario della stessa Divisione dell'Ospedale di Montebelluna fino alla data di pensionamento.

### **DOTT. MICHELE BUCCI**

È nato a Sannicandro Garganico (Foggia) il 1° ottobre 1935.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma il 16 luglio 1960.

Si è specializzato in Ostetricia e Ginecologia nel 1964 ed in Medicina dello Sport nel 1979 a Roma ed in Igiene Pubblica nel 1969 e Medicina del Lavoro nel 1974 a Padova.

Dal 1965 al 1968 Assistente Ostetrico Ginecologo presso l'Ospedale Civile di S. Donà di Piave, successivamente Medico di Medicina Generale convenzionato in Treviso fino al 2005.

È stato coordinatore della SIMG - Sezione locale - dalla sua nascita, successivamente Animatore formato alla scuola promossa da Claudio Cricelli di Firenze. Per la SIMG di Treviso ha curato l'organizzazione dei "primi incontri" interattivi docente/discente, formazione tutt'ora culturalmente entusiasmante, caratterizzati da uno specifico orientamento alle caratteristiche professionali dei medici generalisti.

Più volte componente del Consiglio Direttivo FIMMG con differenti cariche. Dal 1992 al 2006 Direttore Responsabile del periodico medico sindacale FIMMG TV.

È stato Consigliere dell'Ordine dei Medici di Treviso dal 1994 al 2005 e Direttore Responsabile del nostro giornale L'ORDINE di Treviso dal 1994 al 2008 in qualità di giornalista pubblicista.

Attualmente è Presidente dell'Associazione Medico Sportiva Trevigiana e Componente del Comitato Regionale Veneto della Federazione Medico Sportiva Italiana - CONI per la quale organizza incontri periodici di aggiornamento e corsi di formazione medico sportiva.

### **DOTT. ATTILIO FUMO**

È nato a Pordenone il 20 gennaio 1936.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 19 luglio 1960.

Si è specializzato in Ostetricia e Ginecologia nel 1966 all'Università di Torino.

Dal settembre 1961 è stato nominato Assistente straordinario dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Padova.

Successivamente, dopo la specializzazione, volontario presso la Scuola di Ostetricia di Vercelli e dal 1968 Aiuto di ruolo presso il Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Conegliano.

Dal maggio 1986 ha svolto la sua attività di specialista come libero professionista fino al dicembre 2010.

Ha collaborato al Poliambulatorio di solidarietà istituito dalla dott.ssa Fontanin presso La Caritas di Vittorio Veneto.

#### **DOSS. ARNALDO LIBRALATO**

È nato a Mirano (VE) il 7 febbraio 1934.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 19 luglio 1960.

Si è specializzato in Cardiologia nel 1962 ed in Medicina Interna nel 1966 all'Università di Padova.

Il primo impiego l'ha svolto presso l'Ospedale Civile di Crespano del Grappa, quindi presso le Divisioni Mediche dell'Ospedale Civile di Treviso, successivamente Consulente Cardiologo presso la Casa di Cura San Camillo di Treviso.

Nel 1966 medico condotto e Ufficiale Sanitario in Mogliano Veneto.

L'esperienza e gli studi in qualità di Ufficiale Sanitario, gli hanno permesso di essere autore di relazioni e pubblicazioni scientifiche nei problemi cardiovascolari correlati all'eccessiva assunzione di proteine.

Organizzatore, dal 1968 al 1973, di corsi inerenti l'ansia, l'emotività e la tensione nervosa, fornendo gli elementi base per il controllo degli stessi.

In pensione dal 2004, tutt'ora tiene conferenze sul comportamento che porta malattia e su altre tematiche della medicina.

#### **DOSS. ALFONSO NIERI**

È nato a Viareggio (Lucca) l'8 maggio 1936.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa il 6 dicembre 1960.

Si è specializzato in Radiologia, Immunoematologia, Ematologia Clinica e di Laboratorio.

Dal 1962 al 1972 ha svolto la sua attività in qualità di Responsabile del Centro Trasfusionale dell'Ospedale di Massa.

Successivamente e fino al 2001 è stato Primario del Centro Trasfusionale dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso.

Dal 2001 e fino al luglio 2002, data di pensionamento, Primario del Centro Trasfusionale del Policlinico Universitario di Padova.

#### **DOSS. ARTURO PALLARO**

È nato a Treviso il 5 marzo 1934.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Ferrara il 14 luglio 1960.

Si è specializzato in Radiologia nel 1962 all'Università di Padova.

Ha iniziato la sua attività professionale in qualità di Assistente Volontario presso l'Istituto di Radiologia e Cure Fische dell'Ospedale di Treviso dal gennaio 1961 al febbraio 1963.

Successivamente e fino al luglio 1966 Aiuto incaricato in Radiologia presso l'Ospedale Civile di Vittorio Veneto, poi Aiuto di Ruolo presso lo stesso Ospedale fino al 31 marzo 1997.

#### **DOSS. CELSO VIGNALI**

È nato a Ronco Scrivia (Genova) il 21 dicembre 1932.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Ferrara il 22 febbraio 1960.

Si è specializzato in Radiologia nel 1962 ed in Dermosifilopatia nel 1963 all'Università di Padova.

Subito dopo la laurea ha esercitato la professione per sette anni in qualità di Assistente presso la Clinica Dermatologica dell'Università di Ferrara.

Nel 1967, trasferitosi a Cortina d'Ampezzo, ha lavorato come dirigente del Laboratorio di Analisi dell'Ospedale Codivilla Putti, dove è stato nominato Primario nel 1974.

In pensione dal 1994, si è trasferito a Conegliano dove dirige il Laboratorio Analisi e riveste l'incarico di Direttore Sanitario del locale Centro di Medicina.



## CERTIFICATO DI MALATTIA SOLO DOPO VISITA

La Corte di Cassazione – V Sezione Penale, con sentenza 18687 del 15 maggio 2012, ha confermato la sentenza della Corte di appello di Milano che aveva condannato il medico ed il paziente per la proroga di un periodo di malattia senza l'effettuazione di visita medica. La Corte ha ritenuto irrilevante che il medico avesse visitato il paziente alcuni giorni prima. Il medico è stato ritenuto responsabile di falso ideologico (art. 480 c.p.) commesso da pubblico ufficiale in quanto ha redatto un certificato medico senza aver verificato oggettivamente (cioè con una visita medica) le condizioni di salute ed il paziente è stato condannato per aver fatto uso di un certificato medico pur conoscendone la falsità (art. 489 c.p.)



## LE ASL NON HANNO L'OBBLIGO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE

La Corte Suprema di Cassazione – Sezione Lavoro ha stabilito con la sentenza n. 21817 del 2011 che il D.Lgs. n. 502 del 1992 in tema di formazione continua degli operatori della sanità vede interagire lo Stato e le Regioni ma non attribuisce direttamente alle ASL alcuna autonoma titolarità in ordine alla promozione di iniziative idonee ad essere ricomprese nella suddetta formazione, partecipando invece le stesse ad un più articolato percorso procedimentale che coinvolge, a diverso titolo, una pluralità di enti e organismi.

La legge n. 244 del 2007 ha stabilito che il sistema nazionale di educazione continua in medicina (ECM) è disciplinato dall'accordo dell'1.8.2007 della Conferenza Stato-Regioni: in particolare la gestione amministrativa del programma di ECM è stato trasferito all'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali. È dunque impossibile configurare a carico di ogni singola ASL l'obbligo di predisporre e organizzare specifici e determinati corsi di aggiornamento e/o formazione per i propri medici e, correlativamente, un ben definito diritto di questi, di ottenere direttamente dall'ASL di appartenenza la promozione ed organizzazione di iniziative formative e/o di aggiornamento professionale.

Pertanto il comportamento delle ASL può essere legittimamente censurato non già in quanto l'Azienda abbia ommesso di predisporre la formazione, bensì solo ove abbia, senza giustificato motivo, impedito al proprio medico di aggiornarsi ed in concreto, di partecipare alle iniziative di formazione continua.

## IL MEDICO PUÒ VIOLARE LA PRIVACY PER DIFENDERSI

La Corte di Cassazione – terza sezione penale – ha stabilito, con la sentenza n. 35296/2011 depositata il 29.9.2011 che non viola la privacy il medico che rivela i dati sensibili senza il consenso del paziente per difendersi in tribunale nei suoi confronti (o in altro giudizio che tragga origine dalla relazione con lui).

La Corte ha infatti richiamato il principio di diritto enunciato dalla Corte di Cassazione stessa – Sezioni Unite Civili relativa al trattamento dei dati sensibili che ha affermato che non costituisce violazione del D.Lgs. 193/2003 (Codice in materia della privacy) il loro utilizzo nello svolgimento di attività processuale quando i dati stessi vengono raccolti e gestiti nell'ambito di un processo: in esso infatti la titolarità del trattamento spetta all'Autorità giudiziaria che contempererà l'esigenza di tutela della riservatezza e di corretta esecuzione del processo.

Pertanto, afferma la Corte, la produzione in giudizio di documenti contenenti dati personali è sempre consentita ove sia necessaria per esercitare il proprio diritto di difesa e ciò anche in assenza del consenso del titolare dei dati e quali che siano le modalità con cui è stata acquisita la loro conoscenza (nell'ambito comunque dei doveri di correttezza, pertinenza e non eccedenza).

## IN TEMA DI RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE **Importante sentenza della Corte di Cassazione**

Con la sentenza del 26 giugno 2011 n. 24573 la Corte di Cassazione – Sezione IV Penale trattando di un caso di presunta malpratica occorso nell'Ospedale di Canosa di Puglia (competenza del Tribunale di Trani) nel quale al personale infermieristico era addebitato di non aver dato corso e richiesto l'intervento del medico di reparto a fronte delle reiterate richieste di aiuto dei familiari ed amici recatisi a far visita al paziente che da alcune ore segnalavano la specifica patologia dello stesso ha letteralmente affermato:

*“Del tutto improponibile giuridicamente, poi, è l'assunto del giudice teso ad escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, che, oltre ad essere affermazione apodittica, fraintende completamente i principi applicabili nella subiecta materia. È vero proprio il contrario, e cioè che, rientra nel proprium (non solo del sanitario, ma anche) dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico. Il ragionamento del giudice, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico. È evidente ancora l'equivoco del giudice quando si sofferma sull'“autonomia valutativa” dell'infermiere, rispetto al sanitario, che dimostra, a fortiori, l'errore concettuale di giudizio: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti), di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima.”*



## ANCHE PER LE SOCIETÀ LA PUBBLICITÀ NON HA BISOGNO DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA



La terza sezione civile della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 3717 del 9 marzo 2012, ha sancito che, la legge Bersani n. 248/2006 si applica a tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie, comprese le strutture sanitarie gestite da società di capitali, atteso che la stessa è attuativa dei principi comunitari volti a garantire la libertà di concorrenza ed il corretto funzionamento del mercato. La Cassazione ha quindi affermato che la legge n. 248/2006 ha liberalizzato tutta la pubblicità sanitaria non solo quella effettuata dagli esercenti la professione in forma individuale come affermato da un parere del Ministero della Salute nel 2008 e successivamente dalla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. Resta fermo il potere di verifica degli Ordini, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, della trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario.

## STUDI DENTISTICI APERTI NEL MESE DI AGOSTO

Si invitano i Colleghi, i cui studi dentistici rimarranno aperti nel prossimo mese di agosto, a voler compilare e ritornare alla Segreteria dell'Ordine il sottostante modulo **entro e non oltre VENERDI' 27 LUGLIO 2012** (anche a mezzo fax al numero 0422/541637 purchè ben leggibile).

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

Le comunicazioni che ci perverranno dopo il 27 luglio p.v. non potranno essere prese in considerazione per la stampa.

Dott. \_\_\_\_\_

Studio dentistico nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

PERIODO DI APERTURA NEL MESE DI AGOSTO:

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

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

e

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

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

Firma \_\_\_\_\_



## IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA

### Raccomandazioni del Ministero della Salute

La Regione Veneto con nota prot. n. 71284 del 14 febbraio 2012 segnala che il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici, del Servizio Farmaceutico e della Sicurezza delle Cure, con nota prot. n. 0004570-P-24/01/2012 ha fornito ulteriori raccomandazioni in merito ai sistemi di protesi di rivestimento *DePuy ARS™* e Sistema *ASR™ XL*.

La nota ministeriale oltre a richiamare l'attenzione di tutti gli operatori sanitari esecutori degli impianti *DePuy ARS™* e Sistema *ASR™ XL* sull'importanza di invitare i pazienti a sottoporsi a programma di follow-up ravvicinato, avvalendosi di accertamenti clinico diagnostici, ritenuti necessari e clinicamente giustificati, **si rivolge anche ai medici di medicina generale** raccomandando loro di verificare l'attivazione del follow up per gli assistiti con accertato impianto di protesi d'anca, ovvero, di indirizzare i medesimi pazienti verso la struttura sanitaria ove è stato eseguito l'impianto.

## RIVISTA GRATUITA



L'Ordine dei Medici di Treviso ha accettato la gentile offerta della Direzione Generale e della Redazione Scientifica della rivista Video Journal of Medicine dando l'opportunità agli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di sottoscrivere un abbonamento gratuito senza limiti di tempo e senza alcun impegno.

L'abbonamento permette di accedere a 300 ore di formazione suddivisa per specialità e oltre 1.800 video consultabili 24 ore su 24, 360 giorni all'anno. Oltre 500 relatori hanno lavorato duramente per mettere a disposizione dei colleghi il proprio sapere: lezioni frontali, approfondimenti monotematici, esperienze cliniche, corsi e studi specifici spiegati dagli specialisti che li hanno promossi. Agli abbonati viene offerta inoltre l'opportunità di registrare e pubblicare un proprio lavoro. Il servizio di registrazione, montaggio e pubblicazione è totalmente gratuito. Ci si può abbonare subito, senza alcun impegno, accedendo a questo link: <http://vjmed.net/banner.aspx>  
La consultazione della rivista è riservata al personale sanitario.

**Attenzione!** Il Comune di Treviso ha cambiato la denominazione alla Via ed il numero civico della sede dell'Ordine come segue:

**Via Cittadella della Salute n. 4 - 31100 Treviso**

**Sono rimasti invariati numeri di telefono, fax ed e-mail:**

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



## LA RUBRICA DEI GIOVANI MEDICI

a cura di Dal Bò Silvia

### MA .... A COSA SERVE L'ORDINE?

Quanti di noi si sono trovati in imbarazzo di fronte al giovane collega che ci chiedeva quale funzione svolge l'Ordine? Cogliamo l'occasione dell'insediamento del nuovo Consiglio per tentare di dare una risposta per quanto possibile esauriente alla non facile domanda.

### Un po' di storia.

L'Ordine professionale nasce nel 1910 (1), preceduto dal fiorire di diverse associazioni mediche (tutte su base volontaria) quali l'Associazione medica italiana che più di altre spinse per la sua formazione (2).

Saranno però il D.L. n. 233 del 13 sett 1946 e il D.P.R. n. 221 del 5 aprile 1950 a riformare gli Ordini concependoli in quella veste moderna che noi conosciamo, in particolare ribadendo l'obbligatorietà dell'iscrizione, l'esame di stato come condizione necessaria per accedere alla professione ed il riconoscimento della funzione pubblica delle professioni (2). Il codice civile sottolinea ulteriormente l'obbligo all'iscrizione come condizione indispensabile per poter esercitare le così dette "professioni intellettuali" (3).

Con la legge n. 409 del 24 luglio 1985 nasce la professione sanitaria di odontoiatra e viene istituito all'interno dell'Ordine il relativo Albo professionale, separato da quello dei medici (4).

Nel 1995 la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) estende il potere disciplinare del Consiglio dell'Ordine a tutti gli iscritti includendo in tal modo anche i medici dipendenti (prima giudicabili solo nella loro libera professione) rispetto ai quali gli ordini comminano sanzioni corrispondenti ai provvedimenti disciplinari adottati dall'amministrazione interessata (5).

### Come è organizzato l'Ordine.

Il Consiglio dell'Ordine ha mandato triennale ed include rappresentanti di entrambi gli Albi.

In particolare i consiglieri medici vengono eletti dall'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi in numero proporzionale agli iscritti stessi mentre i colleghi odontoiatri eleg-

gono la Commissione Albo Odontoiatri (CAO) costituita da cinque membri di cui i primi eletti (da 2 a 4 in base al numero degli iscritti) entrano a far parte del Consiglio (4).

A Treviso il Consiglio è costituito da quindici consiglieri medici e due consiglieri odontoiatri.

I consiglieri individuano al loro interno il presidente, il vicepresidente, il tesoriere ed il segretario.

Il presidente ha la rappresentanza dell'Ordine, di cui convoca e presiede il Consiglio e le assemblee degli iscritti.

Il vice-presidente sostituisce il presidente se assente e svolge le funzioni che vengono a lui delegate dal presidente stesso.

Il tesoriere ha la custodia e la responsabilità del fondo in contanti e degli altri valori di proprietà dell'Ordine.

Il segretario è responsabile del regolare andamento dell'ufficio, a lui sono affidati l'archivio, i verbali delle adunanze dell'Assemblea e del Consiglio, dei registri delle relative deliberazioni, ecc. (6-7).

L'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi elegge inoltre il Collegio dei Revisori dei Conti (tre effettivi ed un supplente) scegliendo tra gli iscritti all'Albo, con l'esclusione dei consiglieri (le due cariche non sono compatibili) (7).

### Cosa fa il Consiglio dell'Ordine

L'Ordine è nato allo scopo di "vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine stesso", "di reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti si rendano colpevoli" e "di interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sanitario e cliente" (1).

Le leggi successive (6-7) meglio delineano le funzioni del consiglio:

- a) compilare e tenere l'albo dell'Ordine e pubblicarlo al principio di ogni anno (la domanda di iscrizione di ogni collega che ne faccia richiesta viene vagliata dal Consiglio entro tre mesi: se sussistono le condizioni per l'iscrizione la domanda viene accettata);
- b) vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine;



- c) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- f) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo (successivamente estesa anche ai medici dipendenti);
- g) interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestato la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

Inoltre il Consiglio provvede all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine (6-7).

Quei sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o di fatti disdicevoli al decoro professionale, vengono sottoposti da parte del Consiglio ad un procedimento disciplinare

Le sanzioni disciplinari previste sono:

- 1) l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
  - 2) la censura, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
  - 3) la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi. Per casi particolari come l'emissione di un mandato o di un ordine di cattura, l'interdizione dai pubblici uffici, l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive ecc. la sospensione persiste fino al sussistere della causa;
  - 4) la radiazione dall'Albo;
- (6-7).

#### **Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri.**

Gli ordini provinciali sono riuniti nella Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) che ha sede a Roma. I presidenti degli ordini costituiscono il Consi-

glio nazionale e scelgono al loro interno 13 colleghi che vanno a comporre il Comitato centrale. Ciascun presidente di Ordine provinciale dispone di un voto per ogni 200 iscritti o frazione di 200 iscritti complessivamente negli Albi dei medici-chirurghi e degli odontoiatri (4).

#### **Ente nazionale previdenza medici**

Ogni iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo Odontoiatri è tenuto al pagamento dei contributi previdenziali all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici (ENPAM) (4). Il Consiglio nazionale di questo ente è costituito dai presidenti degli ordini provinciali (8).

#### **Ordine: quale futuro?**

In un periodo in cui gli Ordini vengono chiamati a riorganizzarsi per non scomparire, il Presidente dott. Favretto, durante la giornata del medico tenutasi il 17 dicembre 2011, ha sottolineato come ogni iscritto sia chiamato a dare il proprio contributo per salvaguardare non solo la nostra professionalità ma soprattutto quella salute del cittadino che l'Ordine tutela quale organo ausiliario dello Stato.

*Dott.ssa Dal Bò Silvia*

#### **Bibliografia**

1. Legge n.455 del 10 luglio 1910
2. Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici. [www.portale.fnomceo.it](http://www.portale.fnomceo.it)
3. Codice Civile art. 2229
4. Legge n.409 del 24 luglio 1985
5. Modifiche e integrazioni all'ordinamento della professione di medico chirurgo e di odontoiatra, testo elaborato secondo le decisioni del Consiglio Nazionale FNOMCEO del 2 aprile 1995.
6. D.L. n. 233 del 13 settembre 1946
7. D.P.R. n. 221 del 5 aprile 1950
8. Statuto fondazione E.N.P.A.M. [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

Ringraziamo il dott. Walter Cestaro ed il dott. Giacomo Pianca per il prezioso contributo che hanno dato alla Commissione Giovani Medici nel triennio passato.

# Variazioni agli Albi

Dicembre 2011 – Maggio 2012

## ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

<b>Altinier Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Lucca Francesca</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Aprile Benedetta</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Mardegan Roberta</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Bakdounes Leila</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Milanese Laura</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Barioli Alberto</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Morosin Marco</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Berton Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Murer Francesca</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Bonotto Marta</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Negretto Alice</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Bortolanza Carlo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Nico Lorena</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Buso Giacomo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Nicolai Giulia Adriana</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Roma</i>
<b>Calacione Roberta</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>	<b>Orlandini Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Cesca Laura</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pagura Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Chisini Marta</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pavan Federica</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
<b>Ciobanu Cornelia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Perin Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Comacchio Giovanni Maria</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pozzатello Anna</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Commissati Serena</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pucci Porzia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Cortinovis Matteo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Romano Giorgia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Daniele Vincenzo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Rosi Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>De Giorgi Simonetta</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Lecce</i>	<b>Salemi Michelangelo</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Siracusa</i>
<b>Del Ciampo Domenico</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Benevento</i>	<b>Santarelli Rosamaria</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Chieti</i>
<b>Del Sal Alice</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Scapol Lisa</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>De Rui Michele</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Signori Marco</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Dotto Virginia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Stefanelli Alessandra</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Fernandez Gonzalez Juana Alicia</b>		<b>Stefani Chiara</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<i>Prima iscrizione - Provv. del Ministero n. 6731 del 16.02.2012</i>		<b>Stefanini Giorgio</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Fiorot Alain</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Tasca Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Fraccaro Alessia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Trotta Valeria</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Salerno</i>
<b>Franceschet Irene</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Tsucalas Demetrio</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Galliazzo Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Visentin Andrea</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Ganss Angelica</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Visentin Daniela</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Gardenal Nicoletta</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Volzone Anna</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Roma</i>
<b>Gemma Andrea</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Alessandria</i>	<b>Zanatta Elisabetta</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Gueraldi Daniela</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Zanini Maria Francesca</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Guzzon Samuele</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Venezia</i>		
<b>Izakson Serafyma</b>	<i>Prima iscrizione</i>		
<b>Kolia Olga</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Bari</i>		
<b>Liberale Manuela Paola</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Reggio Calabria</i>		
<b>Lollo Gianluca</b>	<i>Prima iscrizione</i>		
<b>Lomonaco Roberta</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Roma</i>		



**ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:**

<b>Daniele Vincenzo</b>	<i>Iscrizione all'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi - Doppia iscrizione</i>	<b>Parente Nicolò</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Favero Alberto</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Rasera Claudio</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Favero Giacomo</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Padova</i>	<b>Tagliapietra David</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Venezia</i>
<b>Gobbato Edoardo Alvise</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Uemastu Nivea Massumi</b>	<i>Prima iscrizione - Provv. del Ministero n. 36027 del 29.7.2011</i>
<b>Lucchetta Nadia</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Venezia</i>	<b>Zaniol Alex</b>	<i>Prima iscrizione - Provv. Ministero DGRUPS n.0049047 del 24.10.2011</i>
<b>Parcianello Giovanni Riccardo</b>	<i>Reiscrizione all'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi - Doppia iscrizione</i>		

**CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGI:**

<b>Barcolla Gianfranco</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Trieste</i>	<b>Gallo Pier Luigi</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Bet Elisa</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Pordenone</i>	<b>Giannuzzi Sandro</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>Cadel Alberto</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Govoni Corrado</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>Calderino Giuseppe</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Grasso Alessandra</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Trieste</i>
<b>Capizzi Barbara</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Verona</i>	<b>Innocenti Paolo</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Carobolante Riccardo</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Bologna</i>	<b>Mariotto Aldo</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Padova</i>
<b>Casetta Egidio</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Maset Marta</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>
<b>Cazzin Monica</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Venezia</i>	<b>Mazzoleni Gian Pietro</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>Chinarelo Stelvio</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Meneghin Erika</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Trieste</i>
<b>Colombana Mario</b>	<i>Deceduto - Doppia iscrizione</i>	<b>Milillo Vitantonio</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Colucci Gianluca</b>	<i>Trasferito all'estero</i>	<b>Motta Raffaella</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Padova</i>
<b>Conforto Edilberto</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Petris Umberto</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Messina</i>
<b>Crivellini Giovanni Maria</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Ancona</i>	<b>Pittiani Luisa</b>	<i>Deceduta</i>
<b>Dal Col Anna</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Udine</i>	<b>Santangelo Elio</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Trieste</i>
<b>Daniotti Giovanni</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Sinicco Alessandro</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>De Caro Loreto</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Taddeo Ilaria</b>	<i>Trasferita all'estero</i>
<b>Di Giovanni Salvatore</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Toffolatti Anna</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Vicenza</i>
<b>Di Salvo Gino</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Tonello Luigino</b>	<i>Dimissioni solo dall'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri</i>
<b>Fiorella Giovanni</b>	<i>Deceduto</i>		
<b>Fracarro Giovanni</b>	<i>Dimissioni solo dall'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri</i>	<b>Toppan Antonio</b>	<i>Dimissioni</i>
		<b>Zanatta Chiara</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Trieste</i>

**CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:**

<b>Colombana Mario</b>	<i>Decesso - Doppia iscrizione</i>	<b>Piazza Leonardo</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Trieste</i>
<b>Largajolli Franco</b>	<i>Dimissioni solo dall'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>	<b>Vitale Enrico</b>	<i>Trasferito all'Ordine di Reggio Calabria</i>
<b>Maschio Ferdinando</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Ziggiotto Giorgio</b>	<i>Dimissioni SOLO dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
<b>Parisi Andrea</b>	<i>Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>		

## **IL NUOVO COMITATO CENTRALE FNOMCeO**

A seguito delle elezioni del 23, 24 e 25 marzo 2012 ed alla successiva attribuzione delle cariche, gli organi collegiali della Federazione Nazionale risultano così composti:

### **COMITATO CENTRALE**

<b>Presidente</b>	Amedeo Bianco
<b>Vice Presidente</b>	Maurizio Benato
<b>Segretario</b>	Luigi Antuono Conte
<b>Tesoriere</b>	Raffaele Iandolo
<b>Consiglieri</b>	Giuseppe Augello Musa Awad Hussein Servio Bovenga Nicolino D'Autilia Raimondo Ibba Antonino Maglia Guido Marinoni Giuseppe Renzo Sandro Sanvenero Gianluigi Spata Roberto Stella Alessandro Zovi Bruno Zuccarelli

### **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI AGLI ALBI DEGLI ODONTOIATRI**

<b>Presidente</b>	Giuseppe Renzo Giacinto Valerio Brucoli Raffaele Iandolo Sandro Sanvenero Alessandro Zovi
-------------------	---

### **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

<b>Presidente</b>	Salvatore Onorati Francesco Alberti Ezio Casale
<b>Membro supplente</b>	Antonio Avolio

## COMPENSI PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI

La FNOMCeO con nota prot. n. 2597 del 30 marzo 2012 comunica che è stata pubblicata sul supplemento ordinario n. 53 alla Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24 marzo 2012 la legge 24 marzo 2012 n. 27 concernente: *“Conversione in legge, con modificazioni, al decreto legge 24 gennaio 2012 n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività”*.

La suddetta legge reca tra l'altro disposizioni sulle professioni regolamentate e l'art. 9, comma 4, prevede in particolare che *“Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resta nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguato all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi. Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfettariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio”*.

## ABOLITO IL DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA (DPS)

La FNOMCeO informa che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 82 del 6 aprile 2012 – Supplemento Ordinario n. 69 – è stata pubblicata la legge 4 aprile 2012 n. 35 concernente *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, recante disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo”*.

Il provvedimento all'art. 45, comma 1, lett. c), **elimina l'obbligo di predisporre e aggiornare il documento programmatico sulla sicurezza**. Viene meno anche l'obbligo della dichiarazione nella relazione accompagnatoria del bilancio d'esercizio sulla avvenuta redazione o aggiornamento del documento programmatico sulla sicurezza.

Ovviamente, pur venendo meno l'obbligo di predisporre il documento programmatico sulla sicurezza, **rimangono ferme le esigenze di sicurezza dei trattamenti dei dati personali e tra l'altro gli obblighi di informativa e di nomina degli incaricati e dei responsabili**.

## CORSO FAD FNOMCeO SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

### 3° step del percorso di formazione sul Governo Clinico

La Federazione Nazionale ci ha comunicato che ha preso il via il nuovo Corso Fad sulla **Sicurezza dei pazienti e degli operatori**, terzo step del Corso sul Governo Clinico promosso da **FNOMCeO, Ministero della Salute e IPASVI** che rimarrà attivo per un anno.

Anche questo corso - che assegna **15 crediti ECM** - viene proposto inizialmente in modalità web ([www.fadinmed.it](http://www.fadinmed.it)) e nei prossimi mesi potrà essere seguito anche su apposito Manuale che conterrà il test di valutazione da inviare per fax.

Rimane attivo il corso sull'Audit Clinico in modalità web e fax: presso la sede dell'Ordine sono già disponibili i quaderni contenenti il questionario da inviare a mezzo fax, mentre terminerà con il 31 marzo 2012 il corso RCA, ancora attivo solo in modalità fax.



## DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CERTIFICATI E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

### Direttiva Ministro P.A. e semplificazione n. 14/2011

La Federazione Nazionale con comunicazione n. 2/2012 ha comunicato che le disposizioni della suddetta Direttiva sono volte a consentire una **completa “decertificazione” nei rapporti fra P.A. e privati**, in specie l’acquisizione diretta dei dati presso le amministrazioni certificanti da parte delle amministrazioni procedenti e, in alternativa, la produzione da parte degli interessati solo di dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell’atto di notorietà.

**Dal 1° gennaio 2012 quindi i certificati avranno validità solo nei rapporti tra i privati e le amministrazioni non potranno più chiedere ai cittadini certificati o informazioni già in possesso di altre pubbliche amministrazioni.**

**La Direttiva evidenzia in particolare che:**

- le certificazioni rilasciate dalla P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della Pubblica Amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall’atto di notorietà.

**Conseguentemente, a far data dal 1° gennaio 2012, le amministrazioni e i gestori non possono più accettarli né richiederli, tanto più in quanto tali comportamenti integrano, per espressa previsione, violazione dei doveri d’ufficio ai sensi della nuova formulazione dell’articolo 74, comma 2, lett. A), del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000;**

- sui certificati deve essere apposta, a pena di nullità, la dicitura: **“il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi”**; le Amministrazioni e i gestori devono conseguentemente adottare le misure organizzative necessarie per evitare che, dal 1° gennaio 2012, siano prodotte certificazioni nulle per l’assenza della predetta dicitura.

## PERSONALE IN REGIME DI DIRITTO PUBBLICO ESCLUSO DALL’OBBLIGO DI INVIO TELEMATICO DEL CERTIFICATO MEDICO ALL’INPS

La Federazione Nazionale degli Ordini comunica con nota prot. n. 9960 del 22.12.2011 che dal campo di applicazione della disposizione di cui all’art. 55-septies del D.Lgs. 165/01, introdotto dall’art. 69 del D.Lgs 150/09 recante “Controlli sulle assenze”, che prevede che in tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia all’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, **è escluso il personale in regime di diritto pubblico di cui all’art. 3 del D.Lgs. 165/01 che si elenca di seguito:**

- Magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
- Avvocati e Procuratori dello Stato;
- Personale militare e delle Forze di Polizia dello Stato;
- Personale della carriera diplomatica e della carriera prefettizia;
- Personale della Banca d’Italia;
- Personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR);
- Personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB);
- Personale dell’Autorità garante della concorrenza e del mercato;
- Personale anche di livello dirigenziale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, esclusi il personale volontario e il personale di leva;
- Personale della carriera dirigenziale penitenziaria;
- Professori e ricercatori universitari.

In conclusione si rileva, quindi, che **per le categorie sopraccitate rimane vigente la tradizionale modalità cartacea; i medici, quindi, compilano i certificati e gli attestati di malattia in forma cartacea, con timbro e firma**, e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma, con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato.



## SVOLGIMENTO DIRETTO DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEI COMPITI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI RISCHI EX ART. 34 D.Lgs 9.4.2008 N. 81

La Federazione Nazionale con comunicazione n. 3 del 3 gennaio 2012 segnala che la Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 21 dicembre 2011 ha sancito l'Accordo tra il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativo ai corsi di formazione per **lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di protezione dei rischi ai sensi dell'art. 34**, commi 2 e 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81.

**L'Accordo appare di estrema rilevanza con riferimento agli studi medici e odontoiatrici con dipendenti, perché volto a disciplinare i contenuti e le articolazioni e le modalità di espletamento del percorso formativo e dell'aggiornamento per il datore di lavoro che intenda svolgere, nei casi previsti dal D.Lgs. 81/08, i compiti propri del Servizio di prevenzione e protezione.**

L'Accordo stabilisce che l'obbligo di aggiornamento trovi applicazione a coloro che abbiano frequentato i corsi di cui all'art. 3 del DM 16 gennaio 1997 (formazione dei datori di lavoro – durata minima del corso di sedici ore) e agli esonerati dalla frequenza dei corsi ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs. 626/94.

Si rileva che l'Accordo prevede che l'aggiornamento abbia una periodicità quinquennale e che la durata dello stesso sia modulata in relazione ai tre livelli di rischio individuati come segue: basso (6 ore), medio (10 ore), alto (14 ore). Dall'esame dell'allegato sembrerebbe che gli studi medici o odontoiatrici debbano essere inseriti nel livello alto (**gruppo Ateco 2007 – Sanità e assistenza sanitaria**). **Per gli esonerati sopra richiamati il primo termine per l'aggiornamento è individuato in 24 mesi dalla data di pubblicazione dell'Accordo.**

Invece con riferimento ai medici e agli odontoiatri, che debbano svolgere ex-novo il percorso formativo al fine di poter svolgere i compiti di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione nel proprio studio, sembrerebbe che essi debbano svolgere un percorso formativo con un modulo di 48 ore.

**Appare importante rilevare che l'Accordo prevede che in fase di prima applicazione non sono tenuti a frequentare i corsi di formazione di cui al punto 5 (corsi ex-novo), i datori di lavoro che abbiano frequentato – entro e non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore dell'Accordo – corsi di formazione formalmente e documentalmente approvati alla data di entrata in vigore del presente Accordo, rispettosi delle previsioni di cui all'art. 3 del D.M. 16 gennaio 1997 per quanto riguarda durata e contenuti.**

Si sottolinea inoltre che in caso di inizio di nuova attività il datore di lavoro che intende svolgere, nei casi previsti dal decreto stesso, i compiti del Servizio di prevenzione e protezione dai rischi deve completare il percorso formativo di cui all'Accordo indicato in oggetto entro e non oltre 90 giorni dalla data di inizio della propria attività.

Considerata comunque la delicatezza e l'interesse del provvedimento indicato in oggetto per chi sia titolare di uno studio medico o odontoiatrico ci riserviamo di espletare ulteriori approfondimenti.

In conclusione si evidenzia che i titolari di uno studio medico o odontoiatrico con dipendenti possono in alternativa conferire ad un soggetto esterno in possesso dei requisiti previsti dalla legge le funzioni di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

## DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

### Prorogata al 31 dicembre 2012 l'autocertificazione

La FNOMCeO con comunicazione n. 34 del 18 maggio 2012 informa che sulla Gazzetta Ufficiale n. 111 del 14 maggio 2012 è stato pubblicato il decreto legge 12 maggio 2012 n. 57 recante "Disposizioni urgenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nel settore dei trasporti e delle microimprese".

Il decreto-legge è stato emanato anche al fine di evitare che, nelle more della definizione delle procedure standardizzate di effettuazione della valutazione dei rischi di cui all'articolo 29, comma 5, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori, i quali entro il 30 giugno 2012, possono autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi, siano obbligati, a decorrere dal 1° luglio 2012, ad elaborare il documento di valutazione dei rischi secondo le procedure ordinarie.

L'art. 1, comma 2, del decreto-legge 57/12 interviene, quindi, modificando l'art. 29, comma 5, del D.Lgs. 81/08, prevedendo di fatto la possibilità di autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori sino e non oltre il 31 dicembre 2012.

Di seguito pubblichiamo un fac-simile di autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi ai fini di un eventuale uso da parte dei titolari di studi medici e odontoiatrici predisposto dalla Federazione Nazionale.

# AUTOCERTIFICAZIONE DELL'EFFETTUAZIONE DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (ai sensi dell'art. 29, comma 5, del D.Lgs. 81/08 e s.m.i)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
indirizzo \_\_\_\_\_  
in qualità di Datore di Lavoro dei dipendenti occupati presso il proprio studio, esercente la professione di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

## PREMESSO

- che lo studio non occupa più di 10 lavoratori;
- che lo studio non rientra tra le attività considerate dall'art. 31, comma 6, lett. a), b), c), d), f) e g) del D.Lgs. 81/08;

## AUTOCERTIFICA

- di aver adempiuto, per l'attività di cui sopra, all'obbligo della valutazione dei rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro;
- di aver adempiuto agli obblighi ad essa collegati:
  - a) individuando le conseguenti misure di prevenzione e protezione;
  - b) programmando l'esecuzione delle conseguenti misure di prevenzione;
  - c) programmando gli interventi di informazione e formazione per:
    - i lavoratori,
    - gli incaricati della prevenzione incendi e lotta antincendio,
    - gli incaricati del pronto soccorso,
    - il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

## PRECISA INOLTRE

- la valutazione dei rischi è stata effettuata dal datore di lavoro ai sensi dell'art. 17, lett. a), del D.Lgs. 81/08;
- la valutazione è stata realizzata previa consultazione del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Sig. \_\_\_\_\_ e che lo stesso è stato informato sull'esito del processo valutativo.
- Si rileva che il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 81/08 è lo stesso datore di lavoro dott. \_\_\_\_\_  
o che si è provveduto a nominare un Responsabile del servizio di Prevenzione e Protezione esterno \_\_\_\_\_
- che il Medico Competente è il Dott. \_\_\_\_\_  
(nel caso specificare che il medico competente non è stato nominato in quanto dall'analisi del ciclo lavorativo non sono emersi rischi occupazionali tali da rendere obbligatoria la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 del D.Lgs. 81/08).
- Copia della presente certificazione viene trasmessa in data odierna al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

# UTILIZZO EXTRA-OSPEDALIERO

## DEL FARMACO PROTOSSIDO D'AZOTO (N2O)

Il Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione Nazionale ci ha trasmesso con nota dell'8.5.2012 la comunicazione emanata dalla Commissione Consultiva Tecnico Scientifica per la Valutazione dei Farmaci dell'AIFA in riferimento all'uso extra ospedaliero del protossido di azoto che di seguito pubblichiamo:

### **Problematiche di sicurezza e precauzioni di utilizzo extra-ospedaliero del farmaco protossido d'azoto (N2O)**

L'utilizzo del protossido di azoto (N2O) è permesso solo attraverso specifiche apparecchiature che impediscono l'erogazione di miscele ipossiche e solo in specifici ambienti con adeguato ricircolo d'aria.

Il farmaco, in ambiente extraospedaliero, è da utilizzarsi alla concentrazione massima del 50% in ossigeno (cioè non più del 50% di protossido di azoto e almeno 50% di ossigeno).

L'unica eccezione è rappresentata dalla sedazione cosciente praticata da esperti odontoiatri sedazionisti che, con il paziente sicuramente cosciente (come documentato dalla apertura della bocca), possono impostare, per brevi periodi di tempo, una erogazione a concentrazioni fino al 70%.

Il protossido di azoto è da decenni ampiamente utilizzato in ambito extraospedaliero, soprattutto in campo odontoiatrico, come analgesico ansiolitico. Non sono ad oggi state descritte gravi complicanze secondarie al suo utilizzo come analgesico ansiolitico in ambito extraospedaliero.

Il protossido di azoto deve essere utilizzato solo in presenza di personale medico o odontoiatra con adeguato training in rianimazione cardiopolmonare (BLS-D) e consapevole di come

A) in caso di perdita di coscienza si debba immediatamente interrompere la somministrazione del protossido di azoto e di come

B) in caso di apnea si debba immediatamente procedere a rendere pervie le vie aeree del paziente (per esempio con la triplice manovra di estensione del capo, sublussazione della mandibola e apertura della bocca) e eventualmente supportare la ventilazione del paziente (per esempio con il pallone auto espansibile e una mascherina facciale).

L'utilizzo del protossido di azoto (N2O) in ambiente extraospedaliero, non deve essere associato all'utilizzo di altri farmaci anestetici, ipnotici, sedativi o antidolorifici maggiori se non in presenza di un anestesista rianimatore. L'utilizzo di protossido di azoto può invece precedere o seguire l'infiltrazione di anestetici locali, come per esempio in odontoiatria.

## SOSPENDERE L'UTILIZZO DEL

## DISPOSITIVO MEDICO MACROLANE

### **Raccomandazione del Ministero della Salute**

La Federazione Nazionale con comunicazione del 4.5.2012 informa che la Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute ha diramato una nota, in data 2 maggio 2012, prot. 30027 (pubblicata integralmente nel sito dell'Ordine [www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org) alla pagina news), con la quale, su segnalazione del produttore, raccomanda agli operatori sanitari di *sospendere l'uso del dispositivo medico Macrolane* per l'aumento del seno a causa di un "potenziale problema correlato non alla sicurezza e alla qualità del prodotto, ma alla possibilità di interferire sulle indagini diagnostiche di patologie correlate alla mammella".

"Ferma restando l'opportunità che tutti gli operatori sanitari invitino le pazienti ad eseguire i controlli post inoculazione del dispositivo medico – si legge nella nota – si chiede a tutti gli operatori sanitari coinvolti, ivi compresi ove di loro competenza, i medici radiologi e chirurghi, oltre a non utilizzare Macrolane per l'aumento del seno, *di comunicare eventuali incidenti/inconvenienti occorsi a seguito dell'utilizzo del prodotto*, e di comunicare le eventuali difficoltà rilevate in corso di accertamenti radiologici di prevenzione primaria e secondaria ed in corso di gestione clinico-chirurgica di eventuali patologie associate alla mammella".

"Tali comunicazioni – è scritto nella nota – dovranno pervenire alla Direzione Generale del Ministero tramite l'indirizzo e-mail: [dgfdm@postacert.sanita.it](mailto:dgfdm@postacert.sanita.it)".



## APPROVATA LA RIFORMA DELLE PENSIONI ENPAM

La riforma è stata approvata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione ENPAM il 16 marzo 2012 e, limitatamente alla determinazione della contribuzione della Quota A, dal Consiglio nazionale del 24 marzo 2012.

La riforma entrerà in vigore solo dopo il nulla osta da parte dei Ministeri vigilanti.

Questi i criteri seguiti negli interventi di riordino approvati:

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

Per i fondi maggiori il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam; un sistema che considera “un periodo di riferimento per il computo del reddito pensionabile pari all’intera vita lavorativa, sempre nella previsione di aliquote di rendimento che garantiscono l’equità attuariale e la sostenibilità finanziaria del sistema” (cit. Elsa Fornero). Un secondo vantaggio è che la rivalutazione è agganciata all’inflazione (che notoriamente è sempre in crescita) invece che al PIL, che può avere anche un andamento prossimo allo zero (come accaduto nel 2011) o addirittura negativo (come previsto per il 2012).

La riforma è anche caratterizzata da un percorso di omogeneizzazione del regime previdenziale delle gestioni.

### MODIFICHE COMUNI A TUTTE LE GESTIONI

#### PENSIONE DI VECCHIAIA

Innalzamento graduale dell’età per la pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni fino a 68 anni (dal 2018)

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

#### PENSIONE ANTICIPATA

Resta possibile andare in pensione anticipata, anche se, come richiesto dal ministro Fornero, l’età minima aumenterà fino a 62 anni (dal 2018).

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

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

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

#### CONTRIBUTI

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

## PREMIO PER CHI RIMANE

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

## MISURE A FAVORE DEI GIOVANI

Pel le giovani generazioni sono previste misure migliorative. Gli iscritti con età inferiore ai 50 anni potranno contare, a partire dal 1° gennaio 2013, su un tasso di rivalutazione dei contributi versati al 100% dell'inflazione, per tutti gli altri invece il tasso è pari al 75%. La flessibilità del sistema Enpam consentirà anche la possibilità di aumentare l'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) sulla base dell'avanzo economico che risulterà dai prossimi bilanci tecnici. L'incremento dell'aliquota farà crescere l'importo della rendita mensile della pensione. (Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto)

# CONTRIBUTIVO INDIRETTO A VALORIZZAZIONE IMMEDIATA

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

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

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

## MODIFICHE SPECIFICHE

### FONDO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

(68.670 iscritti attivi; 53% delle entrate contributive Enpam)

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

Resta in vigore il metodo di calcolo dell'Enpam, il contributivo indiretto.

### FONDO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

(17.720 iscritti attivi; 14% delle entrate contributive Enpam)

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

L'aliquota contributiva resterà al 24% fino al 2014. A partire dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale di un punto percentuale all'anno fino ad allinearsi all'aliquota media dei dipendenti che è del 32,65% (nel 2023). L'aliquota di prestazione (o rendimento) rimane il 2,25% all'anno (per gli iscritti con contratto di dipendenza sarà del 2,30%).

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

### LIBERI PROFESSIONISTI (QUOTA B DEL FONDO GENERALE)

(151.948 iscritti attivi; 15% delle entrate contributive Enpam)

L'aliquota contributiva resta il 12,50% fino al 2014. Dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 19,5% (nel 2021).

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



### SPECIALISTI ESTERNI

(6.629 iscritti attivi; 0,8% delle entrate contributive Enpam)

La pensione verrà calcolata in base al contributivo definito dalla legge 335/95.

La parte di pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 dagli specialisti convenzionati in forma individuale verrà calcolata con il contributivo indiretto.

### FONDO GENERALE – QUOTA A

(Vi contribuiscono obbligatoriamente tutti i 348.846 medici e odontoiatri iscritti all'Ordine, 17% delle entrate contributive Enpam)

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

Per la Quota A continua a non essere prevista la pensione anticipata. Tuttavia, su richiesta dei sindacati dei dipendenti, è stata mantenuta la possibilità di andare in pensione a 65 anni per chi sceglierà il contributivo (legge 335/95) su tutta l'anzianità maturata, in analogia a quanto previsto dal ministro Fornero per il pensionamento anticipato delle donne nel sistema previdenziale pubblico. Le quote da versare restano sostanzialmente invariate, cambia solo il meccanismo d'indicizzazione: dal 1° gennaio 2013 i contributi saranno indicizzati nella misura del 75% del tasso di inflazione (previsto pari al 2%) maggiorato di un punto e mezzo percentuale.

### CHE COS'È

La Quota A è il fondo pensionistico obbligatorio per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale. Dà diritto a tutte le prestazioni della previdenza obbligatoria, garantisce:

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

Si ricorda che entro il **31 luglio 2012** deve essere inviato all'ENPAM il **modello D** riguardante la **dichiarazione dei redditi libero professionali prodotti nell'anno 2011**.

Presso la Segreteria dell'Ordine potrà essere ritirato il suddetto modulo, unitamente alle istruzioni, qualora non vi fosse pervenuto a mezzo posta

## ISCRIZIONE VOLONTARIA ALL'OPERA NAZIONALE ASSISTENZA ORFANI SANITARI ITALIANI



L'iscrizione all'ONAOSI è obbligatoria per i sanitari dipendenti pubblici. Tutti gli altri sanitari, non dipendenti da pubbliche amministrazioni (liberi professionisti, dipendenti da strutture private, etc.) possono iscriversi **volontariamente** alla Fondazione.

Ci si può iscrivere per solidarietà o per convenienza. La convenienza è per tutti i sanitari che hanno in programma la formazione di una famiglia o per coloro che hanno figli in tenera età: per entrambi l'iscrizione all'Onaosi deve essere vista come una forma di polizza assicurativa in quanto garantisce l'assistenza e il supporto necessario agli orfani ed ai figli dei sanitari che sono rimasti iscritti all'ONAOSI almeno per 30 anni. Come forma assicurativa è sicuramente molto vantaggiosa: il costo della polizza varia da € 25,00 ad € 155,00 l'anno.

**Attenzione: il nuovo Statuto prevede che per i sanitari neo iscritti, rispettivamente agli Albi professionali provinciali dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, Medici Veterinari e Farmacisti, l'iscrizione volontaria è consentita solo nei primi 5 anni di iscrizione all'Ordine Professionale sanitario.**

Gli iscritti hanno inoltre diritto ad alcuni servizi:

- l'ammissione dei propri figli nei convitti e nei Collegi Universitari di Perugia e nei Centri Formativi presenti nelle seguenti città italiane: Torino, Pavia, Padova, Bologna, Perugia, Messina
- la partecipazione dei giovani studenti a qualificati corsi di formazione
- l'assegnazione di case vacanze invernali ed estive a Prè Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico)

La Fondazione inoltre realizza forme di intervento nei confronti dei Sanitari e dei loro familiari in situazioni di particolari difficoltà e disagio sociale; elabora e attua proposte formative o di aggiornamento, volte a facilitare l'inserimento e l'affermazione dei giovani nel mondo del lavoro; realizza attività socio-culturali.

INFO: [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it) – tel. 075/5869511



## PROGETTO DI ALIMENTAZIONE PREVENTIVA PER PAZIENTI ONCOLOGICI

Riprende a Treviso e Vittorio Veneto il Servizio di consulenza alimentare per le donne operate al seno e pazienti oncologici.

Come sempre i corsi saranno tenuti dalla consulente formata alla scuola del Prof. Berrino, Direttore del Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Inoltre i pazienti potranno avvalersi di un supporto psicologico per rinforzare le motivazioni utili ad una significativa variazione delle abitudini alimentari.

**Il progetto prevede:**

- 1ª Consulenza Alimentare individuale** per valutare le abitudini alimentari del paziente ed eventuale necessità di cambiamento per recuperare salute e benessere;
- Corso teorico di alimentazione preventiva** per mettere i pazienti in condizione di conoscere gli alimenti consigliati durante la consulenza individuale;  
Sostegno psicologico motivazionale all'inizio del corso teorico o pratico, secondo le esigenze del paziente;
- 2ª Consulenza individuale** per consolidare le competenze e verifica degli effetti della dieta sulla salute;
- Corso pratico di cucina** per un'alimentazione preventiva;
- 3ª Consulenza individuale** di verifica dei risultati ottenuti.

Si contemplano incontri aperti al pubblico con il Prof. Berrino.

Informazioni ed iscrizioni:

**LILT Delegazione di Treviso**

Via dell'Ospeadle 1 – 31100 Treviso

Tel. 0422321855 – Fax 0422405822

[legatumoritreviso@libero.it](mailto:legatumoritreviso@libero.it)

**LILT Delegazione di Vittorio Veneto**

Via A. da Serravalle, 34 - 31029 Vittorio Veneto (TV)

Tel. 0438 554048 – Fax 0438 950426

[liltvittorioveneto@v-v.191.it](mailto:liltvittorioveneto@v-v.191.it)

AZIENDA  
ULSS 9  
TREVISO



## CAMPAGNA DI PROMOZIONE E SENSIBILIZZAZIONE ALL’AFFIDO FAMILIARE AFFIDO FAMILIARE: GIOCHIAMO IN CASA

*“Nessuno a scuola sapeva cos’era l’Affidamento. E io ero una bambina strana, avevo una mamma e due papà.”*

*“All’inizio Elena e Franco non mi piacevano. E nemmeno Lucia, la loro figlia, Non capivo perché dovevo vivere con loro invece che con i miei genitori. Ma con il tempo mi sono accorta che da loro stavo bene e poi sentivo la mamma e il papà al telefono e alla domenica potevo tornare a casa”.*

*“Ci prendiamo cura di Luca fino a sera poi viene la sua mamma a prenderlo ....”*

*“Nel pomeriggio, dopo la scuola, vado a casa di Alessandra, giochiamo un po’ insieme, facciamo i compiti, e poi la sua mamma mi riporta a casa....”*

*“Io e mio figlio David siamo stati ospiti da Giovanni e Luisa per sei mesi. Per noi sono diventati una seconda famiglia...”*

**L’Affido è un progetto di accoglienza, predisposto dai servizi a favore di bambini e ragazzi la cui famiglia si trova in momentanea difficoltà, in una famiglia affidataria, in quanto questa rappresenta una risorsa ed un contesto relazionale arricchente non istituzionalizzante (L. 184/83 art. 1).**

**La scommessa dell’affidamento familiare è pensare che i legami tra il minore e la famiglia d’origine, e tra questi e il loro territorio di appartenenza, possano essere coltivati, sostenuti e sviluppati attraverso l’esperienza con un’altra famiglia, capace di accogliere non solo il bambino, ma anche la sua storia, la sua famiglia e le sue relazioni.**

Oltre all’Affido residenziale, ci sono forme parziali di affido che prevedono un sostegno limitato alle sole ore diurne o ad alcuni giorni della settimana, in relazione ai bisogni e alle necessità dei bambini.

L’affido è un progetto sempre più richiesto, ma per realizzarlo è indispensabile che le famiglie e le persone singole siano disposte ad aprire la loro casa e a sperimentarsi in questo percorso, che può essere impegnativo, ma **sicuramente** arricchente.

Non sono necessarie competenze particolari, ciò che viene richiesto è la disponibilità a formarsi e a collaborare con i Servizi alla realizzazione di un progetto in favore dei bambini.

Il Centro per l’Affido dell’A.Ulss 9 è disponibile per chiarire dubbi e perplessità e per accogliere e orientare le persone interessate.

**... Cerchiamo famiglie o persone singole disposte a mettersi in gioco!  
Vi aspettiamo**

**CENTRO PER L’AFFIDO E LA SOLIDARIETÀ FAMILIARE**

Indirizzo: V.le D’Alviano, 34 31100 Treviso

Telefono: 0422/410554 – 410567

Fax: 0422/411437

**E-mail: [affido9@ulss.tv.it](mailto:affido9@ulss.tv.it)**







# FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE - FEDERSPEV

ATTIVITÀ SEZIONE DI TREVISO ANNO 2011

## ATTIVITÀ DI RAPPRESENTANZA

Anche nell'anno 2011 a febbraio la Presidente dott.ssa Maria Luisa Fontanin ha partecipato al Consiglio Nazionale ed alla Giornata del Pensionato a Roma.

Si è poi attivamente impegnata in occasione del 48° Congresso Nazionale svoltosi dal 22 al 24 maggio ad Abano Terme (PD) per offrire ai colleghi un'accoglienza degna delle antiche tradizioni venete – efficacemente e generosamente aiutata dalla Tesoriera Sig.ra Meleleo e dalle Consigliere Sig.ra Patrese e Sig.ra Botto.

Da segnalare la presenza al Congresso di Consiglieri e Soci, veramente significativa.

Ha convocato quattro consigli Provinciali ed a dicembre l'assemblea annuale, anche elettiva. Graditi ospiti quasi tutti i Presidenti Provinciali Veneti che hanno avuto l'occasione di dare il benvenuto al neo eletto Presidente della Sezione di Padova prof. Brigato. Dalla votazione il **Comitato Direttivo Provinciale** è risultato così composto:

<b>Presidente</b>	Dott.ssa Maria Luisa Fontanin
<b>Vice Presidente</b>	Dott. Giorgio Munari
<b>Segretario</b>	Dott. Gaetano Cappelletto
<b>Tesoriera</b>	Sig.ra Rosanna Durighello Meleleo
<b>Consiglieri</b>	Dott. Francesco Citron Dott.ssa Liana Forni Zoppas Sig.ra Liliana Maso Cappellazzo Sig.ra Olga Romeri Patrese Dott. Giuseppe Zanon
<b>Revisori dei Conti</b>	Sig.ra Laura Mirandola Botto Sig.ra Bruna Marangon Agostinacchio Sig.ra Leonilde Favero Sartori Sig.ra Angela De Conti De Nardi.

La dott.ssa Maria Luisa Fontanin ha partecipato inoltre alle numerose sedute del **Progetto Centro Europeo: "Invecchiamento di qualità nelle aree urbane"** promosso dalla Provincia di Treviso e che ha coinvolto i sindaci delle aree Pedemontane della Provincia ed i responsabili delle associazioni di volontariato che si occupano delle persone anziane. A conclusione a novembre si è svolto il convegno: *"OVER 60, ATTIVI – Convegno: Volontariato, per una scelta strategica per l'invecchiamento di qualità"*, al quale la Federspev di Treviso è stata presente con un proprio stand ed un banner molto significativo che sarà donato alla nostra sede nazionale.

Infine, a dicembre ha attivamente partecipato alla "Giornata del Medico" promossa dall'Ordine dei Medici di Treviso consegnando ai medici neopensionati, che già avevano ricevuto una targa d'argento dal Presidente dell'Ordine, la nostra cartolina per l'iscrizione alla Federspev con la calorosa sollecitazione a compilarla subito e a spedirla. In quella occasione anche 11 medici, tra cui molti nostri soci, hanno ricevuto una medaglia d'oro per i 50 anni di laurea. Una nota molto triste riguarda il nostro Ambulatorio di Solidarietà, ospitato e gestito con la collaborazione della Caritas a Vittorio Veneto, nato nel 2001 quando la disordinata e consistente affluenza di immigrati irregolari aveva creato gravi problemi di assistenza medica. Il nostro ambulatorio, dove hanno generosamente e del tutto gratuitamente operato nostri medici di vaglia, ha accolto tutti coloro che pur avendo necessità di cure mediche non potevano rivolgersi al sistema sanitario nazionale. La progressiva regolarizzazione degli immigrati e, quindi la scarsa affluenza, avevano già dallo scorso anno molto ridotto la nostra operatività e dall'inizio di questo 2011, con grande rimpianto è stata decisa la chiusura.

### **ATTIVITA' TURISTICO - CULTURALE - CONVIVIALE**

La nostra attività turistico – culturale – conviviale è proseguita ed ha esaudito il comune desiderio di mantenere la più estesa coesione di amicizia e di scambi di conoscenza tra soci.

Ad aprile a Bassano del Grappa abbiamo visitato a Palazzo Sturm il Museo della Ceramica, secondo solo al più ricco e celebre della vicina Nove, ed il Museo Remondini, testimonianza unica della nostra storia della stampa ed a Lugo Vicentino Villa Godi Malinverni, prima villa costruita dal Palladio. Nostra guida d'eccezione il Consigliere Nazionale dott. Luigi Vinanti.

A maggio, una giornata dedicata tutta a Madre Natura, sulle grave dei torrenti Cellina e Meduna, denominate Margredi che conservano l'originale aspetto ambientalistico di flora e fauna e sulle loro risorgive a valle – a Cordenons. A settembre i soci della nostra sezione hanno partecipato in buon numero alla gita Regionale di tre giorni a Firenze, città sempre magnifica e dai piacevolissimi dintorni che ci ha accolti ed accompagnati da un magnifico tempo.

Ad ottobre il Parco Sigurtà a Valeggio sul Mincio ha offerto ai nostri colleghi, veramente tanti, lo splendore dei colori autunnali, e dopo un adeguato omaggio ai prelibati tortellini di Valeggio la visita a Gardone del Vittoriale con relativo ricordo di Gabriele D'Annunzio a concluso la giornata.

A novembre la visita del Convento dei Cappuccini – annesso alla Chiesa del Redentor – all'isola della Giudecca a Venezia ha concluso l'attività sezionale.

L'eccezionalità della visita (normalmente non sono ammessi estranei al convento) ha richiamato un grande numero di soci che hanno avuto l'occasione di ammirare uno dei tanti gioielli, e questo per lo più nascosto, e di respirare l'impagabile atmosfera di questa splendida nostra città.

## **PROGETTO FNOMCEO - CUAMM: SALUTE E SVILUPPO**

La FNOMCeO è partner del CUAMM – Medici con l'Africa nel progetto europeo Equal Opportunities for Health.

Tale progetto comprende anche la pubblicazione Salute e Sviluppo, rivista quadrimestrale di Medici con l'Africa Cuamm che si occupa in particolare di Salute Globale, cooperazione sanitaria internazionale, esperienze e buone pratiche dal campo.

Il link della rivista online è il seguente:

<http://www.mediciconlafrica.org/riviste/salute-e-sviluppo/879-salute-e-sviluppo-n-61>



## **TRIBUNALE DI TREVISO**

### **SERVIZIO DI ASSEVERAZIONE PERIZIE E TRADUZIONI**

Il dirigente del Tribunale di Treviso ha disposto che a decorrere dal 1° giugno 2012 le asseverazioni delle perizie e delle traduzioni avverranno a cura dell'Ufficio

Volontaria Giurisdizione (Funzionario Giudiziario Bruno Caruzzo) solamente nella giornata del venerdì dalle ore 8:30 alle 13:30, assicurando il servizio a tutta l'utenza in attesa. La sperimentazione durerà sino al 15.9.2012, salvo proroga all'esito di adeguamento monitoraggio.

Resta confermato che presso la Sezione distaccata di Castelfranco Veneto, il servizio delle asseverazioni perizie e traduzioni è svolto solo nella giornata del mercoledì in presenza del Funzionario Giudiziario applicato in tale sezione.



# CONGRESSO MONDIALE MEDICINA DELLO SPORT

Il XXXII Congresso Mondiale di Medicina dello Sport si terrà a Roma dal 27 al 30 settembre 2012.

INFO: [www.fimsroma2012.org](http://www.fimsroma2012.org)

## CAMPIONATO MONDIALE DI TENNIS 2012

Quest'anno il Campionato Mondiale di Tennis Medici è organizzato in Italia ed è una occasione unica per incontrare (non solo sui campi da tennis) oltre 400 Colleghi di 30 Nazioni.

Sarà inoltre occasione per una settimana di vacanza nella terra di Romagna.

L'Associazione Medici Tennisti Italiani, invita a partecipare al 42° WMTS Meeting, Congresso Scientifici e Torneo di tennis, che verrà organizzato dall'AMTI in Italia a Cervia-Milano Marittima dal 22 al 29 Settembre 2012.

Le gare di tennis, si svolgeranno presso il Tennis Club Mare e Pineta (10 campi in terra rossa)

e al Circolo del Tennis Cervia (10 campi in terra rossa e 4 con copertura fissa).

INFO: Dr. Paolo Frugoni Segretario Nazionale AMTI - Rapporti con la FNOMCeO

e-mail [paolofrugoni@tiscali.it](mailto:paolofrugoni@tiscali.it) - [www.amti.it](http://www.amti.it) - [www.tennismedici.com](http://www.tennismedici.com)

## 33° EDIZIONE DEI GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA E DELLA SANITÀ

I Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità si svolgeranno dal 7 al 14 luglio a Istanbul in Turchia.

I Giochi sono aperti a tutti i professionisti della Sanità (medici generalisti e specialisti, dentisti, farmacisti, biologi, veterinari, chirurghi, studenti in medicina, infermieri).

È l'occasione per ritrovarsi e scambiarsi le proprie esperienze professionali, sportive e umane, in un ambiente unico.

Storicamente inaugurata da una sfilata delle nazioni ed una cerimonia d'apertura, la settimana sportiva è accompagnata da diversi spettacoli di animazione e si conclude con una cerimonia di chiusura in onore dei Giochi.

Alcune competizioni sono individuali (tennis, judo, nuoto, mezza-maratona, squash, golf, atletica) e altri, per squadra (pallavolo, beach-volley, calcio, pallacanestro). Le diverse prove si svolgono per categoria d'età.

I Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità sono inoltre, e questo dalla loro creazione, sede di un Simposio Internazionale di Medicina dello Sport. Ogni anno, sono dunque molteplici i temi che sono studiati durante il Simposio dei JMMS, permettendo così ai partecipanti di coniugare competizione sportiva e formazione medica. Il Simposio è presidiato dal Dr. André Monroche (Francia).

Infine, i JMMS sono l'occasione per scoprire una nuova regione ogni anno. Dopo il Marocco (2007), la Germania (2008), la Spagna (2009) la Croazia (2010), le Canarie (Spagna, 2011) quest'anno è la Turchia ad ospitare i Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità. Istanbul, eletta Capitale Europea dello Sport 2012, incanterà tutti i partecipanti con le sue meraviglie architettoniche, il suo mix di culture, ma anche con la modernità delle sue infrastrutture sportive di altissima qualità.

INFO:

- mail: [frabentravel@frabentravel.com](mailto:frabentravel@frabentravel.com) o [info@symilandiaviaggi.it](mailto:info@symilandiaviaggi.it)

- telefono: 0572 78688

- [www.medigames.com](http://www.medigames.com)

# ASPETTI ETICO-GIURIDICI E MEDICO-LEGALI NELL'USO DELLE RISORSE IN SANITÀ

Relazione dell'Avvocato Roberto Campion alla 17° Giornata del Medico del 17/12/2011

Il rapporto intercorrente tra paziente, da un lato e struttura sanitaria e personale medico – infermieristico o tecnico sanitario, dall'altro, presenta oggi una indubbia natura contrattuale alla luce del recente orientamento giurisprudenziale che può definirsi consolidato.

Il riconoscimento della nozione di contratto atipico di ospedalità (o di assistenza sanitaria) ha consentito di ricondurre anche la responsabilità dell'ente sanitario, a prescindere dalla natura pubblica o privata dello stesso, nei confini degli artt. 1218 e segg. C.C.. La accettazione del paziente nella struttura, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta, infatti, il perfezionamento di un contratto dal quale discende, per la struttura sanitaria, una obbligazione complessa. Essa non attiene esclusivamente alle prestazioni mediche strictu sensu, ma ricomprende anche prestazioni extra mediche, tra le quali la messa a disposizione del personale medico e paramedico, la fornitura di medicinali, l'impiego dei necessari mezzi di sorveglianza degli impianti e dei locali, la predisposizione di attrezzature tecniche adeguate e di quelle cosiddette alberghiere. L'ulteriore evoluzione giurisprudenziale ha disancorato la responsabilità della struttura sanitaria dalla necessaria sussistenza di una responsabilità concorrente del medico, aprendo a forme di responsabilità dell'Ente (Cass. 14/7/2004 n. 13066) laddove quest'ultimo sia inadempiente in relazione a quelle obbligazioni direttamente riferibili alla struttura (Cass. Sez. Unite 11/1/2008 n. 577).

L'obbligazione del medico dipendente trova invece la sua fonte nella teoria del contatto sociale, idonea ad attribuire natura contrattuale al rapporto intercorrente tra medico e paziente (si veda Cass. 22/1/99 n. 589). Il contatto sociale si caratterizza dall'affidamento posto dal malato nella professionalità del medico, attestata dall'abilitazione alla professione e che fa sorgere in capo al professionista una serie di obblighi di comportamento e di protezione nei confronti del paziente. Il dipendente di un Ente sanitario si trova, dunque, in una posizione analoga a quella del medico libero professionista che conclude un contratto d'opera intellettuale con un paziente che a lui si rivolge per ottenere una diagnosi corretta e buone cure. Spetta al medico rispettare tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica.

Non è qui il caso di approfondire il concetto di colpa medica sul quale si è ampiamente già argomentato in altra sede. Ricordiamo solo che la contrattualizzazione della responsabilità medica realizza una più efficiente tutela del paziente grazie al riparto dell'onere probatorio specialmente con la negazione attuata dal fondamento dogmatico della dicotomia tra obbligazioni di mezzo e obbligazioni di risultato, nonché dall'abbandono della tradizionale distribuzione tra operazioni di difficile esecuzione ed operazioni routinarie (ex multis si veda Cass. 13/4/07 n. 8826).

La giurisprudenza è quindi giunta ad affermare che qualora il creditore (paziente) agisca per la risoluzione del contratto o per il risarcimento del danno per inadempimento, egli ha l'onere di provare la fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione dell'inesattezza o dell'inadempimento del debitore convenuto, mentre questi è gravato dall'onere di provare l'avvenuto adempimento o la sua estraneità alla causa del danno procurato. Ne consegue che il paziente deve solo provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento o l'insorgenza della patologia, mentre spetterà al medico (e all'Ente ospedaliero) provare l'inesistenza dell'inadempimento o l'irrelevanza eziologica dello stesso.

Precisato quanto sopra veniamo al tema che ci occupa e cioè agli aspetti medico – legali nell'uso delle risorse in sanità.

L'organizzazione mondiale della sanità, nel preambolo dell'atto costitutivo espone che la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo in una assenza di malattia o di infermità".

La salute viene quindi considerata come risorsa di vita quotidiana, che fuoriesce dalle sole capacità fisiche.

Il concetto di salute si inserisce nel concetto di "equità" presente nel circuito della giustizia sanitaria che, come è noto, è una giustizia di tipo distributivo. Le risorse con cui si possono soddisfare le esigenze di salute degli esseri umani non sono certo illimitate (come ben sappiamo tutti specialmente in questo attuale momento politico) e quindi spesso sono insufficienti. È facile comprendere che la condizione di scarsità si accompagna alla questione di equità (si pensi al pensiero filosofico di Hobbes, Locke Hume) poiché se la quantità di un bene è illimitata (ad esempio l'aria) non c'è la necessità di stabilire criteri per la sua distribuzione.

I problemi di giustizia nascono dalla scarsità dei mezzi economici, di strumenti, di competenze professionali, di tempo del personale sanitario, di spazi in cui prendersi cura dei malati.

All'interno della giustizia sanitaria si collocano quindi questioni di macro – distribuzione (o macro-allocative) e di micro – distribuzione (o micro-allocative).

Le prime riguardano le scelte politiche ed amministrative. Le seconde riguardano le scelte degli operatori sanitari.

La giustizia distributiva, che si occupa della distribuzione dei beni, diventa un insieme di regole che operano una mediazione tra la necessità di contenere i costi ed attuare le scelte coerenti tra il bene per il singolo e l'equità sociale. Scelta quindi come ricerca di un compromesso fra limiti e possibilità che così si possono sintetizzare:

## **SCELTE ECONOMICO-POLITICHE**

Tali scelte si rifanno a varie filosofie, che configurano applicazioni anche discutibili.

### **UTILITARISMO**

L'obiettivo è quello di fornire il maggiore beneficio al costo minore per la società.

### **LIBERISMO**

Ogni singolo sceglie le cure in base alle proprie risorse economiche, così come sceglie i beni di consumo. Il sistema sanitario è condizionato dal libero mercato. I meno abbienti devono accontentarsi dell'assistenza limitata che lo Stato può offrire.

### **COMUNITARISMO**

L'obiettivo è quello della solidarietà, intesa come obbligo di prendersi cura di tutti i cittadini, soprattutto dei più deboli.

### **EQUALITARISMO**

Ogni cittadino, a prescindere dalle sue personali risorse, ha uguale accesso ad un livello adeguato, anche se non massimo, di assistenza sanitaria. Il bene del singolo cede al bene collettivo.

## **SCELTE ETICHE**

Il problema dell'uso delle risorse mai è stato così attuale.

Decidere l'allocazione delle risorse e fare una lista delle priorità è il compito dell'etica.

### **ETICA MEDICA**

Per l'etica medica il valore fondamentale è quello di fare tutto il possibile per il malato. La professione è vista come una missione.

### **BIOETICA**

Il malato è visto come un utente che chiede innanzitutto al medico di essere messo in condizioni di fare delle scelte per la sua salute. Tale percorso viene attuato attraverso il consenso informato.

### **ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE**

Il fulcro diventa la contrattazione che si fonda su tre parametri: l'indicazione clinica (il bene del paziente), le preferenze di valori soggettivi del paziente (consenso informato) e l'appropriatezza sociale (le risorse).

### **MACRO-ALLOCAZIONE**

Quantità di risorse che lo Stato dedica alla salute in rapporto ad altri capitali di bilancio.

## **LE NORME**

### **ART. 32 DELLA COSTITUZIONE**

La salute è un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

### **LEGGE 833/78**

Ha istituito il servizio sanitario di tipo universalistico in cui vige il principio della soggettività collettiva (ogni cittadino paga in relazione alla sua capacità tributaria).

### **DECRETO LEGISLATIVO 229/99**

Ha introdotto il concetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) per assicurare a tutti prestazioni in modo omogeneo.

### **DPCM 30/11/2001**

Ha introdotto il principio di appropriatezza delle prestazioni sanitarie privilegiando la medicina preventiva e perseguendo l'obiettivo del minor costo (ad esempio day hospital).

### **MICRO-ALLOCAZIONE**

Il medico personale del Cancelliere Bismarck, illustre clinico dell'inizio del secolo scorso, soleva dire che ogni volta che trattava un malato si sentiva solo con lui in un'isola deserta. Il medico, da sempre, è abituato, nel suo rapporto con il paziente, a

perseguire il principio ippocratico del bene di lui, senza tener conto dei costi del suo intervento, ritenuti comunque necessari per la salute del paziente.

Oggi però la medicina pubblica non abita più in un'isola, ma negli ospedali ove contano gli aspetti economici della sanità. Si rende necessaria una educazione sanitaria di pari rispetto, sia del medico che del paziente. Si pone il problema del criterio di ripartizione delle risorse, che il medico vive ogni giorno in cui deve affrontare le cosiddette priorità. A chi dare una cura, quale cura dare, chi escludere, quoad vitam aut quoad valetudinem? La qualità della vita, in alcuni casi, può essere ritenuta più importante della sua esistenza?

La cronaca ormai ci ha abituato a tali situazioni.

Quali sono allora i criteri distributivi delle risorse sanitarie così preziose?

**RANDOMIZZAZIONE**

L'assoluta casualità, senza alcuna razionalizzazione.

**PRIORITÀ DI ACCESSO**

Si seguono le liste di prenotazione: chi primo arriva, meglio alloggia.

**UTILITÀ SOCIALE**

Si privilegia il paziente che può fare buon uso della sua salute.

Da qualcuno si ritiene essere incontestabile che la salute non deve essere un bene riservato ai soggetti socialmente utili, ma al tempo stesso, non può essere un bene da porre al di sopra di tutti, individualmente, senza alcuna considerazione per gli altri. Si è arrivati al cosiddetto "triage", termine francese acquisito dalla medicina militare in tempo di guerra, che sta a significare la selezione dei soldati feriti, il cui ordine di cura è subordinato alla possibilità di tornare a combattere. Tale criterio prevede una selezione da parte di operatori sanitari secondo quattro gradi di gravità, contraddistinti dai colori rosso, giallo, verde e bianco.

Si apre quindi uno scenario che richiede da parte del medico, oltre ad una competenza scientifica, anche una adeguata consapevolezza etica perché egli diventi un soggetto attivo della macchina sanitaria, con decisioni che non riguardano più solo il bene del paziente, ma anche la scelta del paziente da curare prima ed anche della cura adeguata, ma proporzionata alle risorse sanitarie a disposizione. Non che ciò già non avvenga, ma tale tipo di scelta rischia di divenire ormai quotidiana con forte impatto emotivo, religioso e, per quanto ci riguarda, anche giuridico. Nostro paese, secondo il Giudice, il medico deve perseguire il solo fine della cura dell'ammalato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui disponga la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti a lui affidati dalla legge e dalle conseguenti relative responsabilità. La Corte Suprema, recentemente ha ritenuto che il medico deve anteporre la salute del malato a qualsiasi altra esigenza tanto che egli non è tenuto al rispetto nemmeno delle linee guide disposte dall'Ente ospedaliero, ove esse siano in contrasto con le esigenze del malato per cui non va esente da colpa se ha ottemperato a tali linee guida (nel caso la dimissione del malato) in contrasto con il diritto alla salute del paziente. In questo caso la stessa Corte evidenzia che la economicità di gestione non può subordinare il diritto alla salute. Come è noto, il sistema sanitario nazionale, inizialmente disciplinato dalla Legge 833/78, è stato riorganizzato con il D. L.vo n. 502/92 e succ. mod. che hanno trasformato le ULSS in Aziende Sanitarie Locali, pur dipendenti dalla Regione, dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa patrimoniale, contabile e tecnica, con responsabile il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Sul punto è rilevante una sentenza della Cassazione che ascrive alla penale responsabilità del Direttore Amministrativo della struttura, a titolo di colpa, la morte del paziente in seguito ad intervento chirurgico, nel caso che questi non predisponga un'organizzazione almeno sufficiente e tale da rendere comunque possibile quel minimo di assistenza notturna post operatoria che gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia impongono. La responsabilità penale finisce per coinvolgere quindi gli amministratori, a seconda dei compiti e dell'autonomia agli stessi assegnati, arrivando fino agli organi apicali ove l'evento sia causato da mancanza di mezzi terapeutici più complessi o per carenza di personale o a causa della mancata autorizzazione all'assunzione. Ormai non si può più parlare di responsabilità del medico, ma di responsabilità medica, in quanto non si può più prendere in considerazione solo il rapporto medico - paziente in una visione del tutto privatistica della medicina, ma occorre considerare il rapporto tra la monade "paziente" e la monade "sanità", sia essa pubblica o privata, costituita non solo dal personale sanitario, ma anche dall'organizzazione sanitaria e dalle reali potenzialità e possibilità che la struttura può offrire. La responsabilità non riguarda più solo il medico, ma la struttura sanitaria. Pertanto nel caso in cui possa intravedersi la responsabilità penale dell'azienda (per carenze organizzative) potrà essere chiamato a rispondere il Direttore Generale (responsabile dell'organizzazione amministrativa e gestionale), il Direttore Sanitario (deputato a dirigere i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico sanitari), i funzionari, se a capo di uffici dotati di autonomia gestionale, ovvero il Direttore Amministrativo. Occorrerà quindi

valutare, caso per caso, la loro autonomia decisionale e per la mancanza di mezzi terapeutici o per la carenza di personale o per causa di negata autorizzazione ad assunzioni, vi sarà la responsabilità delle amministrazioni regionali centrali. Nascerà quindi un nuovo concetto di responsabilità che dovrà tener conto che le scelte del medico non potranno più essere libere dovendo egli mediare tra il volere ed il potere, l'impatto della cura sulla salute in generale ed il rapporto costo – efficacia della cura stessa, alla luce delle possibilità e potenzialità strutturali ed organizzative che l'Istituto potrà mettergli a disposizione in funzione dei budget, degli obiettivi predefiniti e delle risorse economiche. Il medico quindi dovrà essere considerato sempre meno responsabile ove la sua scelta risulti fortemente condizionata dalla limitazione di spesa della struttura, fatta presente al malato. Sul punto si veda Cass., Sez. III Civile 17/2/11 n. 3487: "Il medico che operi all'interno di una clinica, ne sia o meno dipendente, ha il dovere di informare il paziente di eventuali carenze o limiti organizzativi o strutturali della clinica stessa; ove ciò non faccia risponderà in solido con la clinica, del danno patito dal paziente in conseguenza di quel deficit organizzativo o strutturale, ove possa presumersi che il paziente, se informato, si sarebbe avvalso di altra struttura". L'obbligo informativo circa i limiti di equipaggiamento e di organizzazione della struttura sanitaria grava sul medico, convenzionato o non, con la casa di cura, dipendente o non della stessa, che abbia concluso con il paziente un contratto. E' nata una nuova scienza : la sociologia della responsabilità medica, responsabilità ormai liberata dal concetto di Ippocrate e sempre più condizionata da scelte politiche, economiche, addirittura ragionieristiche. Di fronte a tale radicale cambiamento anche la giurisprudenza dovrà prenderne atto riformulando il concetto del medico quale garante assoluto della salute in quello di garante della prestazione sanitaria proposta dalla struttura, dai cui dettami egli non può più disancorarsi per perseguire il bene sublime della felicità del paziente, bene che rischia di diventare un approdo virtuale. Di conseguenza anche la sua responsabilità non potrà più essere valutata solo per le sue conoscenze e per le sue capacità tecniche, ma anche per le disponibilità che le strutture sanitarie sapranno mettere a sua disposizione. Oggi ci sentiamo ormai lontani dai principi assoluti che la nostra religione, la nostra tradizione, il nostro senso della vita, ci avevano insegnato perché tutto viene trangugiato, divorato e digerito dalle agenzie di rating: anche la salute. Come tale constatazione possa convivere con l'aspetto etico – giuridico che l'uso delle risorse in sanità dovrebbe avere lo lasciamo alla coscienza di ognuno.

Roberto Campion  
Avvocato in 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, Diego Codognotto Capuzzo, Silvia Dal Bò, Daniele Frezza,  
Brunello Gorini, Luigino Guarini, 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**

# Rassegna Giuridico-Amministrativa

Ottobre 2011 - Aprile 2012

## **Medicina dello Sport: certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1483 del 20.9.2011 - BUR n. 74 del 4.10.2011

## **Dgr n. 946/2011 – esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica per reddito. Definizione modalità attuative.**

Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 230 del 29.9.2011 - BUR n. 77 del 14.10.2011

## **Dgr n. 1380 del 5 agosto 2011 avente ad oggetto “Articolo 17, comma 6, del D.L. 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni nella L. 15 luglio 2011 n. 111. Ulteriori determinazioni”. Pagamento della quota fissa pari a € 5,00 per le ricette rosse SSN per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Attribuzione del codice identificativo.**

Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 231 del 30.9.2011 - BUR n. 77 del 14.10.2011

## **Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 – medicina generale.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1666 del 18.10.2011 - BUR n. 83 dell'8.11.2011

## **Lr n. 22/2002 autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali” – nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1667 del 18.10.2011 - BUR n. 83 dell'8.11.2011

*Il testo integrale di questa deliberazione è stato riportato in questo numero alla fine della rassegna giuridico amministrativa*

## **Modifica alla legge regionale 26 maggio 2011, n. 9 “Disposizioni in materia di aziende ed enti del servizio sanitario regionale”**

Legge regionale 11.11.2011, n. 22 - BUR n. 85 del 15.11.2011

## **Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica**

Legge regionale 11.11.2011, n. 24 - BUR n. 85 del 15.11.2011

## **Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1805 dell'8.11.2011 - BUR n. 88 del 25.11.2011

## **Criteri per la attribuzione del “codice bianco” alla dimissione dal Pronto Soccorso e conseguente applicazione dell'art. 17, comma 6, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1868 del 15.11.2011 - BUR n. 96 del 20.12.2011

## **Programma regionale per la diffusione e l'utilizzo dei Defibrillatori Automatici Esterni (Dae) ai sensi dell'art. 2, co. 1, del Decreto Interministeriale 18/3/2011 “Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusioni dei defibrillatori semiautomatici esterni di cui all'art. 2 co. 46 della Legge n. 191/2009”**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2090 del 7.12.2011 - BUR n. 98 del 27.12.2011

## **D.lgs 368/99 e succ.mod. e integr. Settimo corso triennale di formazione specifica in medicina generale di cui alla Dgr n. 255 del 15 marzo 2011 (triennio 2012-2014). Individuazione delle sedi ed attivazione dei poli didattici formativi.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2091 del 7.12.2011 - BUR n. 98 del 27.12.2011



**Ottimizzazione ed informatizzazione del percorso assistenziale delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e sua condivisione tra i diversi servizi coinvolti e disposizioni per realizzare una gara centralizzata regionale per la fornitura di comunicatori.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2095 del 7.12.2011 - BUR n. 98 del 27.12.2011

**Ripiano perdite delle aziende sanitarie del Veneto per l'esercizio 2010.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2097 del 7.12.2011 - BUR n. 98 del 27.12.2011

**Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. – Art. 24 “Comitato regionale”. Costituzione**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2083 del 7.12.2011 - BUR n. 1 del 3.1.2012

**Disciplina per il riconoscimento di nuovi accreditamenti istituzionali a favore di strutture che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali. Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22. Deliberazione/Cr n. 84 del 3 agosto 2011 e parere della Quinta Commissione consiliare ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera b), della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2088 del 7.12.2011 - BUR n. 1 del 3.1.2012

**Approvazione del Documento contenente le “Misure di profilassi in materia di Tetano”**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2150 del 13.12.2011 - BUR n. 1 del 3.1.2012

**Formazione degli Addetti dei Servizi di Prevenzione e Protezione (Asp) e dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (Rspp). Sperimentazione percorsi formativi integrati. Approvazione del percorso proposto dall'Università Ca' Foscari di Venezia per l'anno accademico 2011-2012.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2151 del 13.12.2011 - BUR n. 1 del 3.1.2012

**Programma regionale d'Educazione Continua in Medicina (ECM) anno 2011. Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei Provider regionali. Piano regionale della formazione. Impegno di spesa.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2215 del 20.12.2011 - BUR n. 3 del 10.1.2012

**Proroga della disciplina che consente alle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di modificare la localizzazione delle sedi operative.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2216 del 20.12.2011 - BUR n. 3 del 10.1.2012

**Informatizzazione dell'Assistenza territoriale: Medicina Generale. DDgr n. 3494 del 2009, n. 41 e n. 1666 del 2011.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2258 del 20.12.2011 - BUR n. 3 del 10.1.2012

**Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato “Ospedale – Territorio senza dolore” di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale “Ospedale – Territorio senza dolore”**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2332 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria. Dpcm 1° aprile 2008 (“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”).**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2337 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 – specialistica ambulatoriale interna.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2338 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Indicatori di attività per le unità di offerta nell'ambito della Salute Mentale (Lr 16 agosto 2002, n. 22: Dgr n. 1616/2008 e successive modificazioni).**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2344 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Sanità. Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 28 novembre 2011. Conferma per l'anno 2012 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.6.2000.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2359 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**"Sviluppo del sistema regionale e del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente" – riorganizzazione del modello per la gestione della sicurezza del paziente nel SSR – istituzione del "Centro regionale per la sicurezza del paziente" presso l'Agenzia regionale Socio Sanitaria con decorrenza 1.1.2012.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2364 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Approvazione Piani di Attività 2011 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico regionale e ai Registri di patologia.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2366 del 29.12.2011 - BUR n. 6 del 17.1.2012

**Programmazione regionale dell'attività di formazione obbligatoria rivolta ai medici della Medicina Convenzionata – Attività 2011.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2347 del 29.12.2011 - BUR n. 8 del 24.1.2012

**DGR n. 2085 del 07/12/2011 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. - Art. 25 "Comitato Consultivo Regionale". Costituzione. INTEGRAZIONE**

Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 4 del 12.1.2012

BUR n. 11 del 3.2.2012

**Istituzione del Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2370 del 29.12.2011

BUR n. 12 del 7.2.2012

**Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici e Modello formativo - Programma per il sostegno e lo sviluppo dei percorsi integrati di inserimento socio-lavorativo dei soggetti con disturbo psichico (ProP) - (DGR n. 2786/2010) e Modello formativo per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 21 del 17.1.2012

BUR n. 12 del 7.2.2012

**Attuazione degli AACCNN 2009/2010 per la Pediatria di Libera Scelta.**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 321 del 6.3.2012 - BUR n. 23 del 27.3.2012

**Preso d'atto dell'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 28 agosto 1977, n. 281, fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti Locali, sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza".**

Decreto del Segretario per la Sanità n. 46 del 16.3.2012 - BUR n. 24 del 30.3.2012

**Statuto del Veneto – Legge Regionale Statutaria 17 aprile 2012, n. 1**

BUR n. 30 del 17.4.2012

Testo integrale

## Deliberazione della Giunta Regionale n. 1667 del 18.10.2011 pubblicata nel BUR n. 83 dell'8.11.2011

L.R. n. 22/2002 autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio.

### **Note per la trasparenza:**

**il provvedimento intende operare riforma della procedura di rilascio del rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, ivi comprese quelle di cui alla DGRV n. 84/2007.**

L'Assessore Luca Coletto di concerto con l'assessore Remo Sernagiotto, riferisce quanto segue.

La Regione Veneto, con la L.R. n. 22 del 16.8.2002, ha disciplinato l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali subordinando il rilascio di dette autorizzazioni al preventivo accertamento e alla verifica dei requisiti minimi e di qualità normativamente previsti. Lo svolgimento delle visite di verifica presso le strutture interessate, adempimento previsto dalla normativa in parola, ha indirettamente permesso di operare anche una ricognizione complessiva delle strutture pubbliche e private operanti in ambito socio sanitario regionale consentendo, in tal modo, una acquisizione continua di dati e ciò anche in considerazione del continuo monitoraggio circa l'ossequio alle prescrizioni cui attende l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS).

La conoscenza delle strutture, come maturata dall'ARSS in sede di prima applicazione della normativa, è divenuta quindi preziosa fonte di dati che si ritiene di poter valorizzare - in una logica di semplificazione dei procedimenti amministrativi - in occasione della richiesta di rinnovo quinquennale all'esercizio.

Invero, con la presente proposta di provvedimento, che viene rivolta unicamente alle strutture interessate al rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio - comprese quelle di cui alla DGR n. 84 del 16.1.2007 e successivo provvedimento di approvazione della procedura, n. 2067 del 3.7.2007, con esplicita esclusione delle strutture da avviare ex novo e di quelle interessate ad ampliamenti delle attività - si reputa funzionale ricorrere all'autocertificazione, istituito quest'ultimo che, originariamente previsto nel "Manuale di attuazione della L.R. 22 del 16.8.2002", giusta DGR n. 2501 del 6.8.2004, è stato successivamente espunto con l'approvazione della DGR n. 3485/2006 assumendo che, in fase di prima applicazione della disciplina dell'autorizzazione, alcuni requisiti organizzativi, privi di standard univoci, avrebbero potuto condurre a criticità per la possibile non coincidenza della valutazione effettuata in sede di verifica con quella fatta in fase di autovalutazione.

Ad oggi, invece, in considerazione della riscontrata attenzione che le strutture autorizzande riservano alla compilazione dei modelli di autovalutazione, considerate le scadenze per la presentazione di richieste per il rinnovo del primo provvedimento rilasciato successivamente alla visita di verifica, si reputa opportuno, proporre quale nuova modalità operativa per ottenere conferma della permanenza dei requisiti di cui infra, il ricorso alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui al ex art. 47 DPR n. 445/2000, quest'ultima, a valere per le seguenti fattispecie, non suscettibili di estensione analogica:

1. strutture per le quali i requisiti minimi generali e specifici non abbiano subito modifiche o variazioni nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio, fatti salvi gli adempimenti posti in essere in atto in esecuzione della normativa in materia di sicurezza degli impianti e/o di settore;
2. attività già oggetto di autorizzazione all'esercizio per le quali non sia venuta meno la disponibilità delle relative professionalità, delle attrezzature e dei presidi necessari al loro svolgimento.

Per l'effetto, ne discende che per tali casi, il titolare del provvedimento di autorizzazione dovrà presentare, unitamente all'istanza di rinnovo, anche l'autovalutazione relativa ai requisiti minimi generali e specifici - applicabili alla tipologia di struttura - con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, secondo i modelli che, riferiti, rispettivamente, alle strutture sanitarie e quelle socio sanitarie e sociali, si allegano al presente provvedimento quale parte integrante, allegati A) e B).

Nei casi di istanza di rinnovo avanzata da strutture complesse, composte da più unità d'offerta ed attività,

anche di tipologia diverse - quali, ad esempio, le Aziende ULSS - la dichiarazione sostitutiva potrà riguardare anche solo una parte delle attività o strutture interessate, con esclusione, pertanto, degli ambiti dove sono intervenute variazioni rispetto alla situazione come risultante dalla visita di verifica svolta dall'ARSS. Sulle domande di rinnovo dell'autorizzazione - con le relative liste di verifica, contenenti i requisiti minimi, generali e specifici e di qualità per l'autorizzazione all'esercizio compilate nella colonna "autovalutazione" e la dichiarazione sostitutiva attestante la presenza delle condizioni richiamate ai precedenti punti 1) e 2) - sono chiamate a verificare la Regione e i Comuni, soggetti che, in base alla competenza, dovranno sottoporre alla verifica di cui all'art. 11, comma 2, della L.R. n. 22/2002 un campione pari al 10%, con arrotondamento all'unità inferiore, restando ferma la possibilità che, al venir meno dei requisiti minimi e specifici richiesti per l'autorizzazione all'esercizio o in presenza di inadempienze da parte della struttura interessata, l'Autorità competente è tenuta ad attivare le iniziative previste dall'art. 11, comma 3, della L.R. n. 22/2002.

## **LA GIUNTA REGIONALE**

UDITO il relatore incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2, dello statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il D.Lgs. n. 502/1992;

VISTA la L.R. n. 22/2002;

VISTE le DD.GG.RR. n. 2501/2004 e n. 3485/2006;

VISTA le DD.GG.RR. n. 84/2007 e n. 2067/2007

### **delibera**

1. di prevedere per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, ex L.R. 22 del 16 agosto 2002, limitatamente alle istanze di rinnovo relative anche solo ad una parte delle attività/strutture oggetto della richiesta di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio, il ricorso all'istituto dell'autocertificazione, nella forma della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445/2000) limitatamente alle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali - come in narrativa individuate - rientranti nelle seguenti fattispecie:
  - a. strutture per le quali i requisiti minimi generali e specifici non abbiano subito modifiche o variazioni nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio, fatti salvi gli adempimenti posti in essere in atto in esecuzione della normativa in materia di sicurezza degli impianti e/o di settore;
  - b. attività già oggetto di autorizzazione all'esercizio per le quali non sia venuta meno la disponibilità delle relative professionalità, delle attrezzature e dei presidi necessari al loro svolgimento;
2. di stabilire che le istanze di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio siano corredate da:
  - a. liste di verifica, reperibili dal sito internet istituzionale dell'ARSS, sottoscritte dal richiedente, relative alla presenza dei requisiti minimi generali e specifici, applicabili alla tipologia di struttura, compilati nel campo autovalutazione;
  - b. dichiarazione sostitutiva attestante la presenza delle condizioni richiamate al punto 1) che precede, oltre all'autovalutazione dei requisiti;
3. di prendere atto, per l'effetto, dell'intervenuta abrogazione delle determinazioni assunte con DGR n. 3485 del 7 novembre 2006, limitatamente ai punti 1) e 2) del dispositivo e di ogni altra disposizione in contrasto con le determinazioni assunte con il presente atto;
4. di stabilire che le autorità competenti sottopongano alle verifiche previste dall'art. 11, comma 2, della L.R. n. 22/2002, un campione pari al 10%, con arrotondamento all'unità inferiore, delle domande di rinnovo dell'autorizzazione corredate da dichiarazione sostitutiva;
5. di approvare i modelli di dichiarazioni sostitutive a valere, rispettivamente per le strutture sanitarie e di quelle socio sanitarie e sociali, documenti che si allegano al presente provvedimento quali parti integranti, **allegati A) e B)**;
6. di dare mandato all'ARSS di assumere tutte le azioni necessarie e conseguenti all'approvazione del presente provvedimento;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale

**ALLEGATO A****Fac-simile struttura sanitaria**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/titolare della struttura:

Denominata \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipologia di struttura \_\_\_\_\_

Autorizzata con provvedimento (allegato) \_\_\_\_\_

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA  
AI FINI DEL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

• Che i requisiti minimi generali e specifici non hanno subito modifiche o variazioni nel corso della durata dell'autorizzazione all'esercizio, fatti salvi i seguenti adempimenti posti in essere in atto in esecuzione della normativa in materia di sicurezza degli impianti e/o di settore

• Che per le attività già autorizzate all'esercizio e oggetto di rinnovo non è venuta meno la disponibilità delle relative professionalità, attrezzature e presidi necessari al loro svolgimento

• Che tutto il personale, di cui si allega elenco nominativo con relativa figura professionale, che opera presso la struttura, sia a livello di dipendenza che a rapporto di consulenza e/o collaborazione è in possesso del prescritto titolo di studio o qualifica professionale, nonché specializzazione ove richiesta;

• Che il personale medico risulta iscritto all'Ordine dei Medici, Chirurghi ed odontoiatri;

• Che i requisiti minimi generali e specifici, come risultanti dalle relative schede e applicabili alla struttura sopra richiamata sono stati autovalutati con l'esito riportato a fianco di ciascuno sulla scorta delle relative evidenze che si trattengono per esibirle, a richiesta, in caso di visita di verifica

• Che la presente dichiarazione vale per:

- tutte le strutture/attività oggetto dell'istanza di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio
- tutte le strutture/attività oggetto dell'istanza di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio ad esclusione delle seguenti, per cui sono intervenute variazioni tali da richiedere una specifica verifica esterna:

Allego ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 fotocopia non autenticata del documento di identità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO B: ...omissis...**

# Appuntamenti Scientifici

**Sabato 16 giugno, ore 8-14 – presso la sede Ordine Medici - 8 crediti ECM**

## **CONVEGNO "INCIDENTALOMI IPOFISO-SURRENALICI"**

Organizzato da FIMMG di Treviso e CISL Medici

Per iscrizioni <brunelloigorini@fimmg.org>

### **Obiettivi educativi:**

- Integrare le conoscenze delle discipline, perfezionando la capacità dei partecipanti ad organizzare il lavoro integrato, in modo da migliorare il percorso di cura del paziente.
- Promuovere un modello standardizzato, condiviso tra le diverse competenze specialistiche interessate, di protocolli di diagnosi e monitoraggio.

### **Programma**

Gli incidentalomi ipofisari e surrenalici - Prof. Franco Mantero

Ipofisi - Moderatori: Prof. Franco Mantero e Dott. Ignazio Roiter

Dal sintomo allo studio imaging: reperti casuali ipofisari - Dott.ssa Ingrid Inches

La galassia delle iperprolattinemie - Prof.ssa Carla Scaroni

GH: dalla clinica alla diagnosi - Dott. Ernesto De Menis

Il tempo del neurochirurgo - Dott. Alessandro Fiorindi

Casi Clinici - Dott.ssa Monica Albin, Dott.ssa Annalisa Rampazzo, Dott. Francesco Scarabello

L'esperto risponde - Dott. Roberto Castello

Surrene - Moderatori: Prof. Paolo Pauletto e Dott. Serafino Lio

Dal sintomo allo studio imaging: reperti casuali surrenalici - Dott. Luca Cancian

La nebulosa del Cushing - Prof. Marco Boscaro

Quando l'ipertensione è endocrina: dal Conn al feocromocitoma - Prof. Giuseppe Opocher

Quando e come la surrenalectomia - Dott. Paolo Callegari, Dott. Martino Zucchella

Casi Clinici - Dott.ssa Margherita Rizzato, Dott.ssa Paola Sartorato, Dott. Francesco Scarabello

L'esperto risponde - Dott. Roberto Castello

# Ricerca Medici



**AVIS Provinciale di Treviso** cerca medici (possibilmente in libera professione o dipendenti ULSS della provincia di Treviso) per attività domenicale presso le Unità di Raccolta Sangue Esterne nel territorio provinciale, previo corso di addestramento da svolgere al Centro Trasfusionale Ospedale Ca' Foncello di Treviso (referente dott. Alessandro Spigariol).

Per informazioni rivolgersi prima alla segreteria: tel. 0422/405077.

speciale

# Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso

## SCOPRI I VANTAGGI dei nostri servizi esclusivi e dedicati a te:

- Servizio di TRASFERIMENTO dei rapporti dalla tua banca **gratuito**
- Carta Bancomat **gratuita**
- Servizio di consulenza **gratuita** per le coperture assicurative di cui avrai bisogno: per te, per i tuoi cari e per i tuoi patrimoni
- Finanziamenti **personalizzati** ed erogati in pochi giorni
- Servizio di internet banking informativo **gratuito**
- Possibilità di costruirti una **pensione integrativa** senza rischi



BANCA POPOLARE  
di MAROSTICA

[www.bpmarostica.it](http://www.bpmarostica.it)



**Filiale di TREVISO**

VIALE MONTEGRAPPA, 46 - tel. 0422 189030

\*l'accettazione della richiesta è subordinata all'insindacabile giudizio degli organi competenti della Banca

# Centro LEONARDO

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



## Prestigioso contesto ideale per il vostro Studio Medico ed Odontoiatrico

- Unità con superfici a partire da m<sup>2</sup> 50 a m<sup>2</sup> 6.600, complete di impianti
- Posizione facilmente raggiungibile, prossimità uscita "Paese" tangenziale di Treviso
- 600 posti auto riservati di cui 300 coperti e videosorvegliati
- Convenzione per: sale riunioni, servizio ristorazione, BHR Treviso Hotel, telefonia fissa
- Internet wi-fi gratuito
- Condizioni vantaggiose per eventuale trasferimento o start-up.

Immobile in classe energetica "C"



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



Dal 1930, uomini che lavorano.

# Lefim

Promotion Real Estate Development