



L'Ordine

di Treviso

Anno XXIII - N° 1/2015 | Direttore: Luigino Guarini | 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



Servizi offerti dall'Ordine di Treviso ai propri iscritti

LA NUOVA MODALITÀ DI
AGGIORNARSI DEL MEDICO



UN SERVIZIO GRATUITO
PER I NOSTRI ISCRITTI

FORMAZIONE ECM



È ATTIVO IL NUOVO
PORTALE DELL'ORDINE

PEC POSTA
ELETTRONICA CERTIFICATI



PER GLI ISCRITTI
ALL'ORDINE

Servizi Online



ASSISTENZA LEGALE • ASSISTENZA FISCALE E CONSULENZA DEL LAVORO DUE NUOVI SERVIZI GRATUITI PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE

02
2015

- Editoriale del Presidente sullo sciopero del 16 dicembre 2015
- Comunicato stampa: 16 dicembre 2015 - I medici si mobilitano per i propri pazienti! Salviamo l'alleanza terapeutica
- Editoriale del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri
- Credenziali per il "730 precompilato"
- Graduatorie per le Convenzioni

■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 03 L'Editoriale del Presidente
- 05 Comunicato stampa: 16 dicembre 2015 – I medici si mobilitano per i propri pazienti! Salviamo l'alleanza terapeutica
- 06 L'Editoriale del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri
- 07 Rilascio credenziali per il 730 precompilato
- 09 Verbale della Assemblea Ordinaria Annuale degli iscritti
- 10 Intervista alla Dott.ssa Isabella Gozzi, relatore del corso CAO "Dalla prima visita in poi fino all'ortodonzia intercettiva" del 31.10.2015
- 12 La Direzione Sanitaria di Ambulatori privati
- 16 I medici, sono adeguatamente coperti dai contratti assicurativi?
- 18 Scadenza domande graduatorie per le convenzioni: 31.1.2016
- 21 Rinnovato l'abbonamento ad UpToDate anche per l'anno 2016
- 21 Servizi gratuiti offerti dall'Ordine ai propri iscritti
- 22 Rinnovo elenchi disponibilità per sostituzioni e gare sportive
- 25 Variazioni agli Albi

■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 26 10 Punti per progettare il futuro del SSN
- 26 Attenzione! al Registro Italiano dei Medici
- 27 Scadenza dei corsi FAD FNOMCeO
- 28 Farmaci anoressizzanti - divieto di prescrizione

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 30 Preparazioni galeniche magistrali a scopo dimagrante
- 31 Divieto di prescrizione di medicinali galenici e preparazioni contenenti il principio attivo della pseudoefedrina
- 32 Corso di formazione a distanza promosso dall'Azienda ULSS 9 di Treviso: "Medicina delle dipendenze: principi e concetti base"
- 32 37° edizione Giochi mondiali della medicina e della sanità
- 33 Mamma beve bimbo beve
- 35 Un'edizione a stampa sulla medicina fiscale
- 35 Recensioni

Segreteria

L'Ordine di Treviso

31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4

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

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

Orario di apertura al pubblico

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

Durante le festività natalizie gli uffici resteranno chiusi i pomeriggi di giovedì 24 e 31 dicembre 2015



L'Ordine

di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Luigino Guarini

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Luigino GUARINI

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Giuseppe DAL POZZO

Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

Consiglieri

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

Collegio Revisori dei Conti

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

Commissione Albo Odontoiatri

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

L'editoriale del Presidente

ESTRATTO DEL DISCORSO DEL PRESIDENTE ALLA CONFERENZA STAMPA DEL 12 DICEMBRE 2015

... Una conferenza stampa organizzata dall'Ordine dei Medici di Treviso non è un fatto consueto ed è evidentemente motivata da **ragioni importanti ed urgenti**. In questo caso specifico i requisiti di importanza ed urgenza sono dati dall'imminente sciopero generale dei medici indetto per mercoledì 16 dicembre p.v. in difesa del nostro S.S.N. Per usare una metafora medica potrei dire che lo stato di salute del sistema sanitario della nostra provincia, analogamente al resto del territorio nazionale, desta serie preoccupazioni, quasi come una malattia cronica che si aggrava sempre più con il passare del tempo.

L'Ordine dei Medici di Treviso, in sintonia con quanto è avvenuto a livello di Federazione Nazionale, ha raccolto il grido di allarme di TUTTI (e sottolineo TUTTI) i sindacati medici che per la prima volta si sono trovati concordi nel denunciare una lunga serie di problematiche che rischiano di influire negativamente sulla salute pubblica e di compromettere irrimediabilmente la tanto auspicata "alleanza terapeutica medico-paziente".

Ci tengo a precisare che **questo intervento ordinistico non rappresenta affatto una commistione di interessi con i Sindacati di categoria** ai quali, e solo ad essi, spetta in esclusiva il diritto alla contrattazione e se necessario alla civile protesta. Profondamente diversa benché complementare è invece l'ottica dell'istituzione ordinistica che rappresenta il **ricosciuto diritto all'autogoverno della Professione finalisticamente volto alla tutela e salvaguardia della salute del cittadino**.

Non possiamo ignorare che un medico che operi in ambiente sereno e privo di mortificanti condizionamenti sui tempi della prestazione erogata, sulle prescrizioni diagnostiche e su quelle terapeutiche possa offrire prestazioni sanitarie più accurate e con ridotti margini di errore rispetto a chi è attualmente **assillato da avvilenti limitazioni dettate da esigenze di budget**. Questi vincoli del contenimento dei costi sono assai spesso malamente imposti e vengono percepiti come invadenti ed invasori delle sfere di autonomia e responsabilità proprie dell'esercizio professionale.

I continui tagli lineari alla spesa sanitaria del nostro Paese operati dai vari governi succedutisi negli ultimi anni hanno di fatto progressivamente determinato una vera condizione di sofferenza del cittadino-paziente che trova **difficoltà sempre maggiori nell'accedere alle cure e ai servizi** della Sanità (prestazioni/farmaci non erogati dal SSN, ticket sempre più cari, lunghe liste d'attesa, ecc.) e nel contempo un **profondo disagio dei medici** che si vedono mortificati da scelte politiche orientate esclusivamente al taglio del personale e dei servizi.

Il defanziamento sanitario per l'ottenimento della razionalizzazione di spesa ed il miglioramento dei servizi suona pertanto come l'ultima pretestuosa menzogna della politica alle aspettative dei cittadini.

Il rinnovamento di tutto il sistema delle Cure Primarie, attualmente privo di un'omogenea applicazione su tutto il territorio nazionale, è da più parti e da molto tempo invocato ed auspicato, ma procede in mezzo ad un mare di difficoltà e con enorme intollerabile lentezza. Senza un vero piano di **integrazione della medicina del territorio con l'ospedale** ed un concreto rilancio di una **politica della prevenzione**, le conseguenze per la salute pubblica sono facilmente immaginabili.

Tutte le varie sigle sindacali rappresentative del Territorio, dell'Ospedale, degli Ambulatori e dei Servizi, radunate da questo Ordine in rappresentanza di tutto il mondo medico della nostra provincia, hanno manifestato viva preoccupazione per la progressiva **"perdita di centralità" del ruolo del medico nelle scelte di gestione e politica sanitaria**.

La buona sanità ha bisogno soprattutto e principalmente di buoni medici e infermieri e non soltanto di politici tecnocrati ed oculati amministratori. Qui è il fattore umano a fare la differenza, così come la buona scuola non è fatta dalla comodità dei banchi, dalle nuove aule o dalle attrezzature didattiche ma dalla qualità e quantità del corpo docente.

Nelle attuali condizioni di:

- Blocco del turnover di medici e infermieri
- Carenza di anestesisti e personale medico in generale (acuita ed anzi resa critica dalla recente entrata in vigore della legge 161/2014)
- Disponibilità "part-time" di diverse sale operatorie con conseguente impedimento al chirurgo di intervenire "fuori orario" anche a fronte di un'emergenza (a meno di trasferimento del paziente)
- Ritardi nel rinnovo di dotazioni tecnologiche essenziali nelle sale operatorie (cui fanno da contraltare casi di attrezzature ipertecnologiche d'avanguardia scarsamente o addirittura mai utilizzate!)
- Valutazione della cosiddetta "appropriatezza prescrittiva" su base legislativa (e quindi economica!) piuttosto che su linee guida scientificamente riconosciute

diventa obbligatorio per l'Ordine dei Medici informare i cittadini sulle reali cause delle disfunzioni e delle carenze nei servizi di assistenza.

E' il medico l'interlocutore del malato, quello che "mette la propria faccia" nel rifiutare al paziente servizi o prestazioni solo perché non previste dalla legge o addirittura perché negate da disposizioni interne, talvolta imposte dalle amministrazioni aziendali a mezzo di circolari che non possono neppure essere mostrate all'utenza poiché diffuse con l'espresso divieto di essere rese pubbliche.

E' il medico che a causa dei sempre più numerosi **oneri burocratici** è costretto giocoforza a perdere prezioso tempo di lavoro che altrimenti potrebbe essere dedicato alla cura dei propri pazienti. Il più spesso tali oneri appaiono del tutto **inappropriati**, volti piuttosto a **vicariare (impropriamente!) deficit di funzioni amministrative** di vario ambito. Appare paradossale come l'entità della mole certificatoria in ambito di emergenza-urgenza abbia ormai raggiunto livelli insostenibili, tanto da poter certamente inserire a buon diritto la "**burocrazia di Pronto Soccorso**" tra le cause che contribuiscono al sovraffollamento dei servizi di emergenza.

Tutto questo sta progressivamente erodendo la fiducia dei pazienti nei confronti del curante e minando pericolosamente il delicato equilibrio che è alla base della relazione di cura, con ovvie conseguenze deleterie per la salute del paziente e per la serenità lavorativa del sanitario. Manifestiamo pertanto, in una prospettiva ravvicinata, la nostra volontà di rafforzare l'**alleanza tra medici e cittadini**, concretizzandola nella **costituzione di una fattiva collaborazione tra la l'Ordine dei Medici di Treviso e le Associazioni locali dei cittadini e dei pazienti**. In pieno accordo con il dott. Maurizio Scassola, vicepresidente della FNOMCeO, siamo infatti convinti e concordi nel ritenere che "*governare il Sistema sanitario è oggi una responsabilità collettiva, in cui tutti gli attori divengono protagonisti della salvaguardia della sostenibilità non solo economica, ma anche etica e civile della nostra Sanità*".

Il Presidente dell'Ordine
Dott. Luigino Guarini

*Il Presidente, il Consiglio dell'Ordine e
la Commissione Albo Odontoiatri augurano
a tutti i Colleghi ed alle loro famiglie
i migliori Auguri di Buon Natale
e di un Felice e Sereno 2016*





ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

COMUNICATO STAMPA

16 DICEMBRE 2015: I MEDICI SI MOBILITANO PER I PROPRI PAZIENTI. SALVIAMO L'ALLEANZA TERAPEUTICA E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE!

A seguito della proclamazione da parte di tutte le sigle sindacali nazionali mediche dello sciopero generale indetto per MERCOLEDÌ 16 DICEMBRE 2015, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Treviso e le Organizzazioni sindacali della Provincia di Treviso ANAAO ASSOMED, CISL MEDICI, FIMMG, SUMAI, SNAMI, FIMP, ANDI, AAROI EMAC, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, condividono e sottoscrivono il presente documento.

Premesso che la Costituzione italiana definisce come fondamentale il diritto dei cittadini alla tutela della salute, i medici della nostra provincia denunciano che le scelte del legislatore nazionale e regionale sono volte invece:

- alla considerazione di una Sanità come puro costo e non come risorsa;
- all'adozione di misure sull'appropriatezza dell'agire medico imposte dall'alto (politici e amministrativi), attraverso quindi burocratici criteri di prescrizione, senza la condivisione di un percorso con chi dell'appropriatezza ne fa il suo credo e lavoro quotidiano, minando così l'autonomia, la libertà e la responsabilità della Professione;
- a considerare i medici come semplici fattori produttivi, limitandone gli ambiti di autonomia clinica e negando al medico il suo ruolo centrale ed esclusivo nelle funzioni di garanzia e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali;
- all'esclusione dei medici dai processi programmatori e gestionali delle attività sanitarie, demandati piuttosto ad una tecnocrazia prevalentemente orientata al controllo dei costi;
- all'utilizzo intensivo del lavoro professionale e l'abuso di contratti atipici. La quantità e la qualità dell'assistenza vengono assicurate solo grazie all'impegno di Professionisti, spesso precari, che in virtù del loro Giuramento di Ippocrate e del loro Codice di Deontologia Medica non vogliono lasciare mai soli i propri pazienti.

Il Governo e le Regioni sono incapaci di assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza e di accesso alle cure. I LEA sono realtà virtuali e la migrazione sanitaria ne è la conferma, con fasce sempre più larghe di popolazione a rischio povertà che non accedono alle cure sia per difficoltà economiche che per una crescita costante della compartecipazione alla spesa sanitaria.

È prioritaria quindi una riforma della sanità che assicuri:

- La salvaguardia dell'universalità del Diritto alla Tutela della Salute che va preservata anche attraverso la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, al cui riordino, secondo criteri basati su evidenze scientifiche, devono partecipare anche i rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative;
- Il giusto valore all'alleanza terapeutica in cui la relazione di cura tra medico e paziente sia garantita in termini di "libertà di curare" e "tempo di curare".
- Il riconoscimento e l'affermazione del ruolo e del valore del lavoro professionale dei medici.

Treviso, 12 dicembre 2015

L'editoriale del Presidente CAO

L'EDITORIALE DEL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Arriva la fine dell'anno e puntualmente eccoci a commentare il vissuto della nostra categoria in questi mesi.

È stato un anno particolarmente movimentato sotto molti aspetti, ma credo verrà ricordato soprattutto come l'anno delle elezioni Ordinistiche.

Questa tornata elettorale ha visto la nomina, cosa assolutamente inusuale per non dire unica, del medico odontoiatra dott. Luigino Guarini a Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Treviso e la concomitante, ma molto meno clamorosa, mia nomina a Presidente della Commissione Albo Odontoiatri composta anche dai dottori Codognotto Capuzzo Diego, Caruso Michele, Marcuzzo Fabio, Uzzielli Angelo.

Molti complimenti quindi al dott. Guarini per essersi meritato in questi anni di militanza Ordinistica la stima e la fiducia della larga maggioranza dei colleghi medici dimostrando ancora una volta, se mai ce ne fosse bisogno, che i dentisti sono a tutti gli effetti medici con pari dignità dei colleghi delle altre specialità, con buona pace dei pochi "antichi" colleghi che in campagna elettorale tanto si stupirono della candidatura di un "dentista".

Ritengo sia giunto il momento di eliminare questa ottusa visione retaggio del passato, ma ritengo altresì che per non essere pensati e discriminati come "commercianti" dalla comunità medica è necessario l'impegno di tutti noi odontoiatri che per primi dobbiamo cercare di non ragionare come imprenditori, a volte anche con pochi scrupoli, ma riprendere i panni di professionisti dediti ad una attività prevalentemente intellettuale, remunerata sì, nella stragrande maggioranza dei casi, in maniera libero professionale, ma sempre tesa a perseguire la cura e la prevenzione della salute orale con quello spirito deontologico tramandatoci fin dai tempi di Ippocrate.

Toltomi questo sassolino dalla scarpa ritengo utile snocciolare qualche numero per illustrare l'attività della CAO di Treviso nel corso dell'anno solare 2015.

La Commissione si è riunita 9 volte, sono state effettuate 18 audizioni e aperti 3 procedimenti disciplinari nonché aperto e sospeso un ulteriore procedimento disciplinare in attesa delle decisioni della Magistratura, mentre 8 procedimenti disciplinari sono stati archiviati.

Nove le parcelle esaminate e 6 quelle approvate, innumerevoli i pareri espressi su forme di pubblicità sanitaria richiesti da Direttori di Strutture Odontoiatriche complesse e da titolari di studi dentistici.

Dal punto di vista della formazione sono stati accreditati 4 corsi di formazione per un totale di 26 crediti ECM con una partecipazione molto soddisfacente anche in considerazione dell'interesse degli argomenti trattati, quali "Ipnosi nuova risorsa per la gestione dell'ansia in odontoiatria"; "Diagnosi precoce dei tumori del cavo orale"; "Dalla prima visita in poi fino all'Ortodonzia intercettiva" e "Complicanze da ipertensione, difosfonati, infezioni e anticoagulanti in Odontoiatria".

Termino questa breve chiacchierata augurando a tutti un sereno 2016 ricco di soddisfazioni anche se, inutile nascondere, all'orizzonte si profilano nubi minacciose con le sembianze, per esempio, del decreto di recentissima istituzione che impone a tutti i medici e odontoiatri di trasmettere al Sistema Tessera Sanitaria i dati delle fatture emesse ai fini della predisposizione da parte della Agenzia delle Entrate del 730 precompilato, come non bastassero le quotidiane incombenze tipo Corsi di aggiornamento RLS, ECM e via discorrendo per non parlare della profilassi a malattie che, dati scientifici alla mano, non possono essere imputate a noi come la Legionellosi. Grazie per l'attenzione.

Il Presidente Commissione Albo Odontoiatri
Dott. Gianfranco Dotto

RILASCIO CREDENZIALI

AI MEDICI ED ODONTOIATRI NON DIPENDENTI E NON CONVENZIONATI PER LA TRASMISSIONE ON-LINE DEI CERTIFICATI DI MALATTIA E PER LA TRASMISSIONE DEI DATI PER IL 730 PRECOMPILATO

Si comunica che le credenziali per l'invio on-line dei certificati di malattia e per l'invio dei dati per la predisposizione del cosiddetto "730 precompilato" sono le stesse.

A partire dall'1.12.2015 quest'Ordine, è abilitato per l'attribuzione delle suddette credenziali informatiche ai medici ed agli odontoiatri non dipendenti e non convenzionati e iscritti a Treviso.

Le modalità, come evidenziate dalla FNOMCeO con circolare n. 79 dell'1.12.2015 consultabile nel sito dell'Ordine, sono le seguenti:

1. Medici e Odontoiatri già in possesso delle credenziali del Sistema TS

Hanno già le credenziali, quindi possono accedere al portale TS.

Possono scegliere se trasmettere direttamente i dati richiesti oppure possono delegare il proprio Commercialista alla trasmissione. Nessun adempimento è posto a carico degli Ordini Provinciali.

2. Medici e Odontoiatri che hanno attivato la PEC

Possono accreditarsi accedendo al portale www.sistemats.it

Una volta ottenute le credenziali, possono delegare il commercialista accedendo al portale TS, oppure possono trasmettere direttamente i dati richiesti.

Anche in questo caso nessun adempimento è posto a carico degli Ordini Provinciali.

3. Medici e Odontoiatri che non hanno attivato la PEC e non hanno le credenziali TS

Per questi professionisti il rilascio delle credenziali dovrà essere effettuato presso le sedi provinciali degli Ordini con un sistema semplificato.

Quindi, il medico o l'odontoiatra iscritto all'Ordine di Treviso e che non sia già dotato di credenziali per la trasmissione telematica per i certificati di malattia, deve richiedere le credenziali a mezzo del modulo allegato da presentare:

- a mezzo e-mail PEC all'indirizzo dell'Ordine segreteria.tv@pec.omceo.it
- a mezzo e-mail all'indirizzo ordmedtv@iol.it
- a mezzo fax al numero 0422-541637
- personalmente direttamente nella sede dell'Ordine
- tramite una persona delegata dall'interessato che si presenterà all'Ordine munita di delega e documento di riconoscimento in corso di validità.

Le credenziali saranno consegnate:

- a mezzo PEC
- brevi mano direttamente all'interessato
- brevi mano direttamente alla persona delegata dall'interessato munita di delega e documento di riconoscimento in corso di validità.

* * * * *

Consulta nel sito dell'Ordine le circolari FNOMCeO n. 79 dell'1.12.2015 e n. 82 del 3.12.2015 riguardante la proroga del termine ultimo per l'invio dei dati 730 precompilato al **31 gennaio 2016**

Al Sig. Presidente Ordine Medici Chirurghi
ed Odontoiatri di Treviso
Via Cittadella della Salute, 4
31100 **TREVISO**

Oggetto: *Domanda di assegnazione delle credenziali del Sistema Tessera Sanitaria (TS)
per la trasmissione telematica dei certificati di malattia e dei dati per il "730 precompilato"*

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ (Prov. _____) Via _____

cell. _____ e-mail _____

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso,

Albo dei: Medici Chirurghi

Odontoiatri

che svolge la seguente attività professionale:

sostituto medico di medicina generale

Odontoiatra libero professionista

Specialista libero professionista

CHIEDE

l'assegnazione delle credenziali per l'invio on-line dei certificati di malattia e dei dati per il "730 precompilato" dal _____ che desidera ricevere:

a mezzo PEC all'indirizzo _____ (scrivere in modo leggibile)

brevi mano direttamente all'interessato

brevi mano direttamente alla persona delegata dall'interessato munita di delega e documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma _____

All.: fotocopia in carta semplice documento di identità



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

VERBALE DELLA ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

Lunedì 14 dicembre 2015 alle ore 20.30, si è riunita presso la Sede dell'Ordine in Treviso, via Cittadella della Salute 4, sotto la Presidenza del Presidente dell'Ordine dott. Luigino Guarini, l'Assemblea Ordinaria Annuale degli Iscritti, come da convocazione inviata a tutti gli iscritti, prot. 4280 del 16/11/2015, e pubblicata sul sito web dell'Ordine, per discutere il seguente

ORDINE DEL GIORNO

1. Relazione del Presidente dell'Ordine - **2.** Relazione del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri - **3.** Approvazione del Conto Consuntivo anno 2014 - **4.** Assestamento Bilancio di Previsione anno 2015 - **5.** Approvazione del Bilancio di Previsione anno 2016

In apertura di seduta il Presidente Dott. Luigino Guarini comunica che la riunione assembleare in prima convocazione per le ore 12.00 di venerdì 11 dicembre 2015 è andata deserta.

Il Presidente prende atto del numero dei presenti e del numero delle deleghe (44 complessivamente) e comunica ai presenti che è stato raggiunto il numero legale previsto dall'art. 24 DPR 221/1950 per la validità dell'Assemblea in seconda convocazione.

Il Presidente dichiara dunque aperta l'Assemblea e dà inizio ai lavori.

1) Relazione del Presidente dell'Ordine

Il Presidente, dopo aver rivolto un cordiale saluto a tutti i presenti, relaziona in merito all'attività ordinistica svolta nell'anno 2015, soffermandosi su alcuni aspetti quali:

- Il Consiglio Direttivo si è riunito 13 volte e la Commissione Medica si è riunita 4 volte. Le audizioni ex art 39 sono state 19 e 4 le aperture di procedimenti disciplinari. Gli incontri intersindacali organizzati dall'Ordine 2.
- A breve sarà completata la sede dell'Ordine con una nuova sala formazione da 90 posti collegata audio/video con l'auditorium. Gli Uffici preposti agli organi istituzionali verranno quindi postati al 1° piano.
- Le Commissioni Ordinarie attivate quest'anno ed operative sono: Ospedale/Territorio, Medicine non convenzionali, Formazione ed aggiornamento, Medicina legale e deontologia, Giovani e pari opportunità, Redazione del Giornale dell'Ordine.
- I Corsi di formazione accreditati ECM sono stati 23:
11 per tutte le discipline, 4 per odontoiatri, 4 per pediatri, 1 per medici legali, 3 per medici competenti di cui 2 anche per medici di famiglia. I crediti assegnati sono stati 206,5 per un totale di 875 discenti. Infine è stato svolto 1 incontro Pronto soccorso e Medici del Territorio.
- Per quanto attiene agli organi di stampa sono state inviate 10 newsletter e redatti 2 bollettini. Infine è stata organizzata 1 conferenza stampa per lo sciopero nazionale del 16 dicembre 2015.

2) Relazione del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri

Prende la parola il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Dott. Gianfranco Dotto, che comunica qualche numero per illustrare l'attività della CAO di Treviso nel corso dell'anno solare 2015. La Commissione si è riunita 9 volte, sono state effettuate 18 audizioni e aperti 3 procedimenti disciplinari nonché aperto e sospeso un ulteriore procedimento disciplinare in attesa delle decisioni della Magistratura, mentre 8 procedimenti disciplinari sono stati archiviati. Nove le parcelle esaminate e 6 quelle approvate, innumerevoli i pareri espressi su forme di pubblicità sanitaria richiesti da Direttori di Strutture Odontoiatriche complesse e da titolari di studi dentistici. Dal punto di vista della formazione sono stati accreditati 4 corsi di formazione per un totale di 26 crediti ECM con una partecipazione molto soddisfacente anche in considerazione dell'interesse degli argomenti trattati, quali "Ipnosi nuova risorsa per la gestione dell'ansia in odontoiatria"; "Diagnosi precoce dei tumori del cavo orale"; "Dalla prima visita in poi fino all'Ortodonzia intercettiva" e "Complicanze da ipertensione, difosfonati, infezioni e anticoagulanti in Odontoiatria".

3) Approvazione del Conto Consuntivo anno 2014

A questo punto il Presidente dà la parola al Tesoriere dott. Gaetano Giorgio Gobbato che dà lettura della relazione sul Conto Consuntivo dell'esercizio 2014 e dei dati contabili costituenti il Conto Consuntivo dell'esercizio 2014, già approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo. Ha, quindi, la parola il Presidente del Collegio dei Revisori dott.ssa Silvia Dal Bò che svolge la relazione sul Conto Consuntivo 2014. In particolare la dott.ssa Dal Bò dichiara che il Collegio dei Revisori ha esaminato il Conto Consuntivo 2014 ed ha riscontrato la corrispondenza delle risultanze di bilancio con le scritture contabili con perfetta regolarità di gestione e quindi una corretta ed avveduta amministrazione dei fondi disponibili.

Non sorgendo osservazioni, il Presidente pone in votazione, per alzata di mano, il Bilancio Consuntivo 2014.

L'Assemblea approva all'unanimità.

4) Assestamento Bilancio di Previsione anno 2015

Il Presidente dà la parola al Tesoriere dott. Gaetano Giorgio Gobbato che dà lettura alla delibera di Assestamento del Bilancio di Previsione anno 2015 approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta dell'11 novembre u.s.. Il Presidente, dopo aver verificato che non ci siano osservazioni, pone in votazione, per alzata di mano, l'Assestamento del Bilancio di Previsione anno 2015.

L'Assemblea approva all'unanimità.

5) Approvazione del Bilancio di Previsione 2016

Il Presidente dà quindi la parola al Tesoriere dott. Gaetano Giorgio Gobbato, il quale svolge la relazione sul Bilancio di Previsione 2016 ed illustra nei dettagli la proposta di bilancio deliberata dal Consiglio Direttivo nel testo approvato all'unanimità nella seduta dell'11 novembre u.s.

Non sorgendo osservazioni, il Presidente pone in votazione, per alzata di mano, il Bilancio di Previsione 2016.

L'Assemblea approva all'unanimità.

Il Presidente dell'Ordine
Dott. Luigino Guarini

Riportiamo di seguito, la relazione di un evento scientifico rivolto agli Odontoiatri ed organizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri di Treviso

DALLA PRIMA VISITA IN POI FINO ALL'ORTODONZIA INTERCETTIVA

Relatore Dott.ssa Isabella GOZZI

La pedodonzia è una branca odontoiatrica che vede spesso il professionista in difficoltà. Si può essere ottimi chirurghi, endodontisti o conservatori, ma avere difficoltà quando si tratta di curare un bambino, magari molto piccolo spaventato e quindi poco o per nulla collaborante. Sabato 31 ottobre 2015 nell'aula conferenze dell'Ordine dei Medici di Treviso, gremita dagli odontoiatri partecipanti all'evento organizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri (C.A.O.), la dottoressa Isabella Gozzi ha mirabilmente parlato del corretto approccio al piccolo paziente, ai genitori, come riconoscere patologie frequenti ma spesso non diagnosticate come l'MIH e molto altro. Rivolgiamo alcune domande alla dottoressa Gozzi.



La prima visita pedodontica è spesso offerta gratuitamente e il tempo che l'odontoiatra dedica non è molto. Come consiglia di gestire il primo incontro con il bambino e la famiglia?

La prima visita la considero il momento più alto della nostra professione ed è in questo momento che il professionista ricorre a tutte le sue conoscenze e competenze per fornire una informazione corretta completa e comprensibile. Durante la prima visita, attraverso l'esame clinico anamnestico e strumentale vengono raccolte tutte le informazioni che possono essere dirimenti non solo della malattia cariosa, ma anche di problemi ortopedici-ortodontici futuri. Proprio per questi motivi è impensabile che una situazione del genere, possa essere realizzata in poco tempo. Ritengo opportuno lasciare almeno 50' proprio per fornire ai genitori informazioni ed indicazioni per fare crescere il loro figlio/a senza carie. Ritengo assolutamente indispensabile fare pagare una prestazione non solo in relazione al tempo che abbiamo ad essa dedicato ma soprattutto in relazione al fatto che tutto ciò che viene fornito gratuitamente, il Paziente lo considera di poco valore. Dobbiamo dare valore al nostro lavoro anche se nella prima visita è un lavoro prettamente intellettuale e non manuale.

Per rendere il primo incontro con il bambino e la sua famiglia il meno stressante possibile è indispensabile che il bambino, dopo la visita, venga accompagnato dall' assistente in sala d'attesa, questo è già un momento di "primo distacco" dalla mamma che ci aiuta a concretizzare un primo approccio psicologico, indispensabile per poter lavorare in pazienti molto piccoli anche senza l'ausilio di sedazione cosciente.

Possiamo dire che l'odontoiatra deve curare l'aspetto psicologico nel gestire un piccolo paziente almeno tanto quanto l'aspetto tecnico?

"L'odontoiatria infantile è per l'80% psicologia applicata e per la restante parte operatività clinica" Proff Evelyne e John Strange ...detto ciò si capisce quanto valore aggiunto possa avere il tempo che l'odontoiatra infantile dedica all'approccio, ovvero attraverso la pratica del TELL-SHOW-DO (spiega-mostra-fai) si possono avere collaborazioni anche in bambini particolarmente problematici.

Cos'è la prevenzione primaria? E quella secondaria?

La prevenzione primaria prevede la promozione ed il mantenimento della popolazione sana, quindi ha la funzione di prevenire l'insorgenza della malattia e di migliorare la qualità di vita, in campo odontoiatrico non solo si avvale della valutazione del rischio attraverso l'utilizzo dei Tests salivari ma anche, molto semplicemente nell'insegnare ai genitori come e quando spazzolare i denti al loro figlio (almeno fino ai 7-8 anni) con l'uso di uno spazzolino adatto all'età e

di un dentifricio fluorato. La prevenzione secondaria invece consiste nell'attuazione di misure di identificazione precoce della malattia, in modo tale da effettuare un intercettamento terapeutico tale da interrompere o rallentare la malattia, parliamo di sigillature e fissurotomie.

Quando si può parlare di emergenza in pedodonzia e come la si gestisce nell'ambito del lavoro quotidiano già pianificato?

La vera emergenza in odontoiatria è il trauma sia in dentizione decidua che definitiva, non solo è tale per le implicazioni cliniche che la sostengono ma anche per la riorganizzazione immediata della nostra giornata lavorativa. E' indubbio che il Paziente debba essere visto il più precocemente possibile, in quanto le complicanze di un trauma, sempre molto frequenti nei denti decidui, dipendono dalla tempestività di intervento ed ovviamente da una corretta diagnosi e una altrettanto corretta terapia. La difficoltà della gestione di un trauma è legata anche al fatto che si deve lavorare in piccoli paziente senza avere eseguito il giusto approccio psicologico.

Altra emergenza quale ad esempio una pulpite, trova indicazioni terapeutiche spesso programmabili, in quanto la terapia farmacologica in campo pedodontico dà ottimi risultati.



Lei ha parlato di MIH oggi meglio indicata come EH. Può spiegare questo quadro patologico?

MIH (Molar Incisor Hypomineralization) oggi EH (Enamel Hypomineralization) sono alterazioni patologiche dello smalto di origine sistemica ad etiologia multifattoriale, a carattere ingravescente, che si manifesta con ipomineralizzazione di almeno un molare spesso associata a quella degli incisivi. Nella forma conclamata c'è il coinvolgimento dei secondi permanenti e degli incisivi. Negli ultimi anni è sempre maggiore il coinvolgimento dei primi premolari e dei secondi molari, da qui il cambiamento del nome essendo coinvolti altri denti; frequente anche in dentizione decidua dove troviamo coinvolti gli E e i canini, si è visto che quando c'è interessamento della serie decidua in oltre il 50% dei casi anche la serie definitiva è interessata. Clinicamente possiamo avere denti che presentano un solo coinvolgimento dello smalto con discromie più o meno marcate fino ad avere il coinvolgimento anche della dentina, il sintomo che maggiormente disturba i piccoli pazienti, e che è responsabile dello scarso controllo di placca, è la sensibilità dovuta a quadri di pulpite, questo rende ragione della difficoltà ad anestetizzare questi denti. Nella patogenesi di questa sindrome troviamo molte cause sia pre peri e post natali, comunque tutte devono intervenire entro i tre anni di vita del bambino, periodo nel quale avviene il processo di maturazione dello smalto.

La percentuale con cui si presenta è molto varia dal 2 al 35% con Regioni maggiormente coinvolte quali ad esempio il Veneto l'Emilia-Romagna e la Toscana, in altre Regioni, come ad esempio la Sicilia i casi di EH sono molto meno frequenti.

A parte una diagnosi precoce e corretta (spesso viene scambiata per una carie, fluorosi, ipoplasia, amelogenesi imperfetta, ecc.) una delle cose più importanti è la gestione del Paziente attraverso controlli periodici molto rigidi. Utilizzo di Gel fluorati e prodotti caseinati a livello domiciliare deve andare di pari passo con terapie professionali che prevedono applicazioni di fluoro precedute da applicazioni di ozono e sedute di laser a diodi, sigillanti e terapie conservative più o meno importanti in relazione ai diversi quadri clinici. Infatti una delle complicanze più frequenti dei denti affetti da EH è il break down post-eruptive, ossia un crollo strutturale post eruttivo, questo perché i denti ipomineralizzati non reggono al carico della masticazione.

Gentile dottoressa Gozzi, la Sua relazione è stata così interessante che la attendiamo anche nel 2016 come ci ha già promesso. Ancora grazie.

Dott. Michele Caruso

Componente Commissione Albo Odontoiatri Treviso

LA DIREZIONE SANITARIA DI AMBULATORI PRIVATI

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

PREMESSA

Nelle attività del medico e dell'odontoiatra, viene richiesta sempre di più una attitudine manageriale e di promozione e gestione dell'attività professionale.

Un ruolo dove è elevato questo impegno è la Direzione Sanitaria delle strutture, ospedaliere ed ambulatoriali.

Mentre l'attività di Direzione Sanitaria degli ospedali pubblici e privati è storicamente nota e ben normata sia come requisiti (titoli di studio e di carriera) che come attribuzioni, è invece poco nota quella di Direzione Sanitaria degli ambulatori privati (poliambulatori, ambulatori di fisioterapia, ambulatori radiologici, laboratori di analisi, stabilimenti termali, ambulatori odontoiatrici).

Il nostro Ordine è particolarmente sensibile agli aspetti informativi e formativi di tutte le varie attività professionali ed ha ritenuto di approfondire questa tematica.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO

In passato la legislazione ha distinto tra studi o gabinetti medici ed ambulatori, intendendo questi ultimi (ambulatori o poliambulatori) come quelle strutture che necessitavano di una autorizzazione sia alla apertura che all'esercizio.

Con la legge di riforma 833 del 1978, la disciplina sulla autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni di carattere privato è stata demandata alle Regioni.

La successiva legge n° 412 del 30.12.1991 (finanziaria 1992) prevedeva che le Regioni potessero stipulare convenzioni con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società, che le stesse fossero sottoposte al regime di autorizzazione e di vigilanza di cui all'art. 43 della sopracitata legge 833/78 e, citava testualmente, "devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera".

La Regione del Veneto ha disciplinato la materia sulle autorizzazioni e sull'accreditamento con la Legge Regionale n° 22 del 16 agosto 2002, cui hanno fatto seguito le disposizioni attuative (DGR 2501 del 6.8.2004 e modifiche successive). Tali norme regionali recepiscono pienamente gli indirizzi del DPR 14.1.1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alla province autonome ... in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

NORMATIVA DELLA REGIONE DEL VENETO PER GLI AMBULATORI PRIVATI

Già all'atto della domanda di autorizzazione all'esercizio il titolare della struttura sanitaria deve indicare chi sia il Direttore Sanitario, allegando una dichiarazione di "assunzione della direzione sanitaria" da parte del medico incaricato.

Relativamente all'ambulatorio specialistico, nelle liste di verifica allegate alla DGR 2501/2004, liste che vanno presentate all'atto unitamente alla domanda di autorizzazione all'esercizio, è riportato testualmente che: "Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte".

Relativamente ai Poliambulatori, nelle stesse liste di verifica sopracitate, è riportato testualmente che: "È presente Direttore/Responsabile Sanitario dell'Organizzazione per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico; le relative funzioni possono essere svolte anche da medico specialista operante nel poliambulatorio".

Ne deriva la obbligatorietà della presenza effettiva presso la struttura del Direttore Sanitario, che può delegare un altro specialista in sua vece; tale delega sarebbe opportuno sia formalizzata negli atti ufficiali della struttura sanitaria (documento ad hoc o procedura/istruzione operativa del sistema di gestione della qualità) e dovrebbe essere controfirmata per accettazione dallo specialista incaricato.

Nell'atto autorizzativo all'esercizio della struttura, l'autorità sanitaria (Sindaco o Dirigente delegato) che autorizza, cita espressamente tutti i dati del Direttore Sanitario della struttura, specificando che "...in qualità di Direttore Sanitario è responsabile:

- dell'organizzazione tecnica-funzionale e del buon funzionamento dei servizi;
- dell'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico e paramedico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;
- del regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nel complesso sanitario;
- del rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti da specifiche attività;
- del controllo delle attività di supporto ed in particolare di quelle di disinfezione e di sterilizzazione;
- della registrazione, trascrizione ed archiviazione dei referti;
- delle segnalazioni obbligatorie previste dalle vigenti disposizioni di legge;
- della vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni di legge in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi."

Inoltre nell'autorizzazione all'esercizio l'Autorità sanitaria riporta testualmente: "Ogni variazione riguardante l'incarico di Direzione Sanitaria deve essere comunicata al Comune per l'aggiornamento dell'atto autorizzativo".

REQUISITI DEL DIRETTORE SANITARIO

Per la direzione sanitaria di un ambulatorio specialistico o poliambulatorio, è richiesta la laurea in Medicina e Chirurgia, l'abilitazione all'esercizio della professione e l'iscrizione all'Albo. Non è richiesto quindi un titolo di specializzazione.

Diversamente, in altre Regioni vengono richiesti ulteriori requisiti.

Per la direzione sanitaria di un ambulatorio di odontoiatria, a seguito della Legge n. 409 del 24 luglio 1985 istitutiva della professione odontoiatrica, è richiesta o la laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria oltre all'abilitazione all'esercizio della professione e all'iscrizione all'Albo.

Per la direzione sanitaria di un ambulatorio di fisioterapia deve essere un medico chirurgo con specializzazione nella disciplina oppure un medico chirurgo non specialista se è presente lo specialista di branca.

Per la direzione sanitaria di un ambulatorio di radiologia deve essere un medico chirurgo con specializzazione in radiologia.

Per la direzione sanitaria di un laboratorio analisi, in base al disposto del DPCM 10 febbraio 1984, è richiesto un direttore medico o biologo iscritti all'Ordine di appartenenza, possesso della laurea in medicina e chirurgia e della specializzazione o della libera docenza in laboratorio di analisi cliniche o, in alternativa alla specializzazione, vale per entrambe le categorie un ruolo quinquennale presso pubblici laboratori di analisi di presidi ospedalieri, Istituti universitari di cui all'art.41 della legge 833/1978. La legge regionale 2 aprile 1985 n. 29 stabilisce all'art. 5 funzioni e responsabilità del direttore responsabile "dell'organizzazione tecnico-funzionale del laboratorio e dell'attendibilità dei risultati delle analisi" e prevede che il direttore deve essere presente almeno trenta ore settimanali e deve ricoprire tale incarico per un solo laboratorio.

Per la direzione sanitaria di uno stabilimento termale, secondo la disciplina dettata dalle legge regionale del Veneto (art. 23 L.R. 10/10/1989 n. 40), deve essere un medico chirurgo in possesso di una delle seguenti specializzazioni: medicina interna, idrologia medica, ortopedia e traumatologia, cardiologia, reumatologia, fisiochinesiterapia, igiene, angiologia, gerontologia



e geriatria, otorinolaringoiatria; ginecologia, medicina sportiva, cosmetologia, dietologia oppure medico chirurgo con 5 anni di attività di medico termalista.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Il codice deontologico entra nel merito della funzione del direttore sanitario all'art.69:

“Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi”.

IPOTESI DI RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

I reati che gravano sulla responsabilità del Direttore Sanitario si possono ipoteticamente inquadrare in due ambiti generali:

- il primo: l'inosservanza di leggi o regolamenti;
- il secondo: l'impartire errate disposizioni per imperizia o negligenza, conseguenti alla non conoscenza della materia e degli indirizzi scientifici.

È stata condotta una ricerca su fatti realmente accaduti nella pratica forense, ma i casi di responsabilità del Direttore Sanitario di una struttura privata sono risultati tutt'altro che frequenti.

È emerso qualche caso all'interno dei compiti di controllo e verifica delle corrette procedure, e dalla pratica possono essere ipotizzabili alcune fattispecie:

- A) Richiesta danni per una prestazione non adeguata di tipo manipolativo, praticata da personale di struttura privata non in possesso della necessaria qualifica sanitaria. Il Direttore Sanitario della struttura può essere coinvolto per la mancata verifica della qualifica degli operatori.
- B) Coinvolgimento del Direttore Sanitario per la presenza di un consenso all'atto medico chirurgico inadeguato. Si trattava in questo caso di rivalsa da parte della struttura ove tale consenso era stato mal approntato, consenso usato per un paziente a cui era derivato un danno ingiusto. La predisposizione e la verifica dei consensi corretti e completi e della giusta metodologia di acquisizione del consenso, è una responsabilità che coinvolge il Direttore Sanitario.
- C) Coinvolgimento del Direttore Sanitario per una prestazione di chirurgia plastica praticata su un minorenne: al Direttore Sanitario spettava la verifica della liceità del trattamento.
- D) Implicazione del Direttore Sanitario in merito alla carente attuazione dei turni di lavoro in caso di mancanza di personale con ritardo di una prestazione radiologica. L'organizzazione tecnica-funzionale del lavoro e del buon funzionamento dei servizi è sotto la responsabilità del Direttore Sanitario.
- E) Responsabilità ipotizzata a carico sia della struttura che del Direttore Sanitario poiché un paziente ha patito un danno dato che aveva dovuto fare le scale essendo l'ascensore rotto da giorni. La responsabilità organizzativa coinvolge la direzione sanitaria.
- F) Ipotesi di responsabilità del Direttore Sanitario per il mancato controllo delle corrette codifiche per le prestazioni effettuate in regime di convenzione, da cui ne è derivato un possibile danno erariale.
- G) Ipotesi di reato per non aver correttamente gestito la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti sanitari. Al Direttore Sanitario spettava l'organizzazione nel rispetto delle norme e la verifica di tale rispetto.
- H) Coinvolgimento del Direttore Sanitario per la presenza di farmaci scaduti all'interno della struttura. Al Direttore Sanitario spettava l'organizzazione e la verifica delle scadenze.

CONCLUSIONI

Il ruolo del Direttore Sanitario di una struttura non è solo un atto formale, ma prevede la sua presenza e la conoscenza delle norme e delle conoscenze tecniche di igiene e di medicina legale.

Si elencano di seguito le responsabilità ricorrenti connesse alla direzione sanitaria:

- Responsabilità strutturale e organizzativa sotto il profilo igienico sanitario
- Responsabilità in materia di rifiuti liquidi, solidi e gassosi
- Definizione e verifica di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambientale
- Proposte e pareri per l'acquisto di apparecchiature e dispositivi medici
- Responsabilità sicurezza sul lavoro, in osservanza D.Lgs. n. 81/2008
- Obbligo di denunce, certificazioni
- Formulazione e rispetto della carta dei servizi
- Gestione dei conflitti, reclami, vertenze medico-legali
- Promozione di iniziative rivolte a migliorare l'accessibilità dell'utente alla struttura
- Responsabilità in materia di privacy ex Codice D.Lgs. n. 196/2003
- Pubblicità sanitaria
- Controllo del personale, compreso eventuale espletamento di procedimento disciplinare, controllo sull'ammissione di personale volontario, frequentatori ai fini di eventuale riconoscimento di professionalità
- Vigilanza in materia di prestazioni effettuate
- Gestione cartelle cliniche (controllo completezza, copie, archiviazione e conservazione)
- Controlli in materia di farmaci: vigilanza sulla validità dei farmaci, disciplina degli stupefacenti
- Registro operatorio e registro degli interventi ambulatoriali
- Controllo sulla attività operatoria consentita
- Promozione e vigilanza sulla applicazione dei consensi informati ai trattamenti sanitari
- Organizzazione modalità di gestione in caso di urgenza ed eventi imprevisti (clinici, organizzativi)
- Promozione rispetto dei principi etici delle figura professionali garantendo il rispetto del Codice Deontologico
- Controlli di qualità (D.Lgs 502/92)
- Responsabilità nei riguardi dell'organizzazione e funzionamento nelle strutture accreditate (anche rispetto all'obbligo di ECM) (D.Lgs 229/99)

RIFERIMENTI NORMATIVI PRINCIPALI

1. Legge 23.12.1978 n. 833: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, all'art. 43, autorizzazione e vigilanza Istituzioni Sanitarie: "La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle Istituzioni Sanitarie di carattere privato..."
2. Legge 30.12.1991 n. 412, all'art. 4 comma 2, relativo alla possibilità di stipulare da parte delle regioni convenzioni con strutture private, precisa che queste strutture "devono avere un Direttore Sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che vi opera"
3. DPR 14.1.1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome... in materia dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
4. Legge Regionale n° 22 del 16 agosto 2002: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"
5. DGR 2501 del 6.8.2004: "Attuazione della L.R 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure"
6. Codice di Deontologia Medica, 18.5.2014, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

I MEDICI, SONO ADEGUATAMENTE COPERTI DAI CONTRATTI ASSICURATIVI?

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

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso, ha in programma di organizzare un incontro di formazione-informazione sui contratti di copertura assicurativa per responsabilità civile contratti dai medici, ed in particolare da coloro che lavorano in libera professione.

Infatti, il medico che esercita la sua attività in libera-professione necessita di essere assicurato per la responsabilità civile, ma la lettura di tutte le clausole del contratto assicurativo e la loro comprensione non è molto spesso correttamente effettuata dai medici.

Il rischio è quello di svolgere la professione inconsapevoli dei rischi derivanti da un'assicurazione che non copre adeguatamente nel momento in cui si realizza un errore o, più propriamente come definizione, giunga una richiesta di risarcimento danni conseguente a supposta responsabilità professionale.

RISULTATI DI UN'INDAGINE PRELIMINARE

Finalità e metodologia

Al fine di avere un dato sui medici che lavorano localmente, si è deciso di effettuare un'indagine su un gruppo di colleghi che lavorano in libera professione presso ospedali, case di cura, ambulatori privati del circondario.

Lo studio è stato condotto nei mesi di settembre-ottobre 2015 ed ha preso in considerazione 77 libero professionisti, contattati direttamente, ai quali è stata chiesta in visione la propria polizza assicurativa.

Sono stati valutati, con la supervisione di un esperto di una grossa assicurazione di valenza internazionale, i singoli contratti nella loro interezza, ed in particolare il tipo di rischio assicurato (se 1° o 2° rischio) e le clausole di esclusione.

Non si è entrati per ora nel merito dell'importo massimo del danno assicurato, riservandoci di farlo in un secondo momento.

Difficoltà riscontrate nella raccolta dati

È subito emerso che molti professionisti non disponevano del testo integrale della polizza assicurativa.

I documenti mancanti sono stati comunque recuperati facilmente mediante la richiesta all'agenzia assicurativa, che ha inoltrato quanto mancante solitamente via mail.

Risultati preliminari

Dei 77 contratti valutati, il 13% è risultato non ben assicurato, principalmente per i seguenti motivi: un caso credeva di essere assicurato come primo rischio, invece era di secondo rischio, i rimanenti 9 avevano clausole di esclusione assicurativa che in pratica non li copriva per l'attività lavorativa effettivamente svolta.

La maggior parte delle assicurazioni critiche erano state contratte direttamente via internet o tramite un broker o un agente assicurativo.

Il requisito principale richiesto da questi colleghi che sono poi risultati "mal assicurati", era il risparmio economico sul premio da pagare per la polizza.

Osservazioni

Il dato è preoccupante. Inoltre sono note altre indagini svolte in altre realtà territoriali dove il dato dei contratti assicurativi che non coprono adeguatamente dai rischi è assai superiore.

E la opinione di esperti del settore è che in realtà non esistono contratti che integralmente coprano da ogni rischio.

Il pericolo per il medico è pressante, perché può accadere che la Compagnia di Assicurazione rifiuti, e con ragione sulla base del contratto, di porsi carico del risarcimento dovuto al paziente.

Il quale quindi dovrà (evidentemente sempre abbia ragione o che un Magistrato decida che ragione abbia) necessariamente essere risarcito direttamente dal medico.

Cosa che nella pratica purtroppo si è già verificata più di una volta!

Il problema di base è che i contratti per responsabilità professionale sono in questi ultimi anni completamente cambiati.

Fino a qualche anno fa i contratti erano del tipo “loss occurrence” mentre ora tutti i contratti sono contratti del tipo “claims made”.

Cosa significa?

Contratto “**loss occurrence**” significa che se uno si assicura per l’anno 2015 è coperto per tutto quello che nel 2015 ha fatto, a prescindere da quando gli venga richiesto un danno dal paziente (dopo un anno, 2, 5, 8..). Quindi è coperto certamente da assicurazione.

Contratto “**claims made**” significa invece che se uno si assicura per il 2015 è coperto solo per le richieste danni che gli vengono richieste nel 2015! Cosa prevede questo?

In primo luogo, ed è il male minore, deve continuare ad assicurarsi per altri 10 anni da quando ha smesso di lavorare (e, in caso di decesso del medico, per la medesima durata devono farlo gli eredi con modalità detta “postuma”).

Inoltre i contratti base il più frequentemente non coprono le richieste di danni (sempre rifacendosi all’ipotesi di esempio di contratto per il 2015) che si riferiscano ad eventi avvenuti prima della stipula. Cioè se nel 2015 viene richiesto un danno relativo a fatto avvenuto nel 2014, l’assicurazione non ne risponde. E non ne risponde neppure l’assicurazione che avevamo magari stipulato nel 2014, e che abbiamo abbandonato cercando soluzione economicamente più vantaggiosa cambiando compagnia.

Non ne risponde perché la richiesta viene presentata nel 2015, mentre lei rispondeva per quelle presentate nel 2014!

E sia chiaro che questa non è una truffa, ma è assolutamente corretto sulla base del contratto.

E la cosa ha importanza perché il più frequentemente le richieste danni vengono fatte più di un anno dopo il realizzarsi dell’evento avverso!

Vi sono però dei contratti che prevedono, direttamente o con clausola accessoria con sovrapprezzo, una retroattività (di solito al massimo di 5 anni, che non sarebbe sufficiente comunque ma meglio che niente). La presenza di clausola di questo tipo migliora evidentemente la copertura.

E altri sono gli aspetti eventualmente da approfondire, non ultima la carente opportunità di mutare assicurazione per motivi di risparmio sul premio; cosa che potrebbe portare alla perdita della copertura (come più sopra esemplificato). Infatti mantenendo la stessa Compagnia negli anni diventerebbe difficile per l’assicurazione, in eventuale giudizio civile, eccipere l’operatività posto che ha sempre percepito i premi negli anni, senza soluzione di continuo nel rapporto assicurativo.

È necessario QUINDI che gli stessi medici non diano per scontata la fiducia all’assicuratore e non abbiano fretta nella firma del contratto, ma dedichino il tempo necessario alla lettura e comprensione del testo integrale della polizza assicurativa, in particolare delle clausole di esclusione, eventualmente chiedendo il parere di un esperto. I contratti attualmente proposti, infatti, non danno purtroppo una copertura completa, ma con una certa cautela si può evitare che si trasformi in una copertura assicurativa assente!

Si ritiene che l’Ordine dei Medici possa creare fruttuosi momenti di sensibilizzazione su tale problematica se non addirittura essere di supporto per la valutazione delle polizze assicurative dei propri iscritti.

Impegni futuri

Nel 2016 l’Ordine ha in programma l’organizzazione di un incontro di sensibilizzazione sulle problematiche assicurative.

GRADUATORIA REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNO 2017

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

Il modulo per produrre la domanda sarà a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabile dal sito

www.ordinemedicitv.org entro i primi giorni del mese di gennaio p.v.

GRADUATORIA REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2017

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

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



GRADUATORIA PROVINCIALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2017

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

ART. 21 – GRADUATORIE – DOMANDE – REQUISITI

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

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



ANCHE PER L'ANNO 2016 RINNOVATO L'ABBONAMENTO GRATUITO PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DI TREVISO

Il Consiglio dell'Ordine, nella riunione dell'11 novembre scorso, ha deliberato di **rinnovare l'abbonamento gratuito per tutti gli iscritti a Treviso anche per l'anno 2016 visto il successo ottenuto.**

UpToDate è un'importante risorsa EBM del deep web (web profondo) che garantisce informazioni appropriate e sicure da fonti della letteratura scientifica, analizzata e presentata da un board di esperti internazionali. La banca dati offre informazioni scientifiche estremamente utili da utilizzare sia in situazioni professionali quotidiane che di emergenza spaziando dal quadro clinico, alla diagnosi differenziale, all'iter diagnostico-terapeutico, alle complicanze, alle interazioni tra farmaci. Le medesime informazioni possono servire inoltre per realizzare relazioni per la partecipazione a seminari e convegni, con la possibilità di stampare o memorizzare testi, diagrammi, foto, esiti radiologici.

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

Si ricorda agli iscritti che possono accedere al portale di UpToDate dal proprio computer solo previa registrazione all'area riservata presente sul sito dell'Ordine www.ordinemedicitv.org. Ogni successivo accesso dovrà avvenire sempre tramite il sito di quest'Ordine.



ASSISTENZA LEGALE ASSISTENZA FISCALE E CONSULENZA DEL LAVORO

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

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

ASSISTENZA FISCALE E CONSULENZA DEL LAVORO

Dr.ssa Annamaria Giacomini

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

ASSISTENZA LEGALE (principalmente incentrata sulla responsabilità medica)

Avvocato Roberto Campion

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

Consulta il calendario dei giorni disponibili per le rispettive assistenze nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitv.org - Agevolazioni per gli iscritti.

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

Nel prossimo mese di **gennaio 2016** verranno rinnovati gli elenchi per le sostituzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

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

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2016 ad effettuare sostituzioni nelle seguenti ULSS _____ di:

- medici di medicina generale
 pediatri di libera scelta

Qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2016), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Il sottoscritto autorizza
 non autorizza

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

Data _____

Firma _____

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

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

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

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

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

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

ELENCO DISPONIBILITÀ PER ASSISTENZA A GARE SPORTIVE

Nel prossimo mese di **gennaio 2016** verrà rinnovato l'elenco per la disponibilità all'assistenza a gare sportive. Gli interessati sono invitati a compilare il modulo pubblicato ed inviarlo, anche a mezzo fax (0422 541637), purchè ben leggibile, alla Segreteria dell'Ordine.



Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2016 ad effettuare assistenza a gare sportive in provincia di Treviso.

Qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2016), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Il sottoscritto autorizza
 non autorizza

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

Data _____

Firma _____



L'Ordine

di Treviso

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

Presidente
Dott. Luigino Guarini

Direttore Responsabile
Dott. Luigino Guarini

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

Stampa
Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso - 31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637
 e-mail: ordmedtv@iol.it PEC: segreteria.tv@pec.omceo.it www.ordinemedicitv.org

EVENTI SCIENTIFICI PATROCINATI DALL'ORDINE

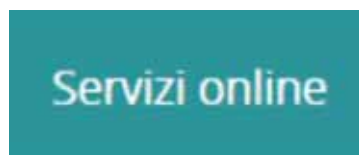
Si comunica che nel sito www.ordinemedicitv.org è stata creata una nuova pagina dedicata agli eventi scientifici patrocinati dall'Ordine.



...SI RICORDANO ANCHE...



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



AREA RISERVATA NECESSARIA PER LA STAMPA DEL:

- proprio certificato di iscrizione all'Albo, in carta semplice o in bollo, dopo aver preso visione delle note esplicative riportate nella pagina riservata
- l'autocertificazione pre-compilata riportante i propri dati di iscrizione all'Albo da

presentare alle Pubbliche Amministrazioni.

Tutto l'iter di emissione del certificato non richiede l'intervento degli operatori dell'Ordine.



La **Newsletter** è un nuovo servizio d'informazione gratuito, rivolto a tutti gli iscritti all'Ordine di Treviso, che raccoglie notizie professionali, elaborati, approfondimenti legislativi ma anche novità scientifiche.

E' uno strumento utilissimo per ricordare agli iscritti le scadenze delle attività promosse da questo Ordine e d'interesse professionale.



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

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

Pubbliche Amministrazioni, costituisce motivo di scioglimento e di commissariamento dell'Ordine inadempiente.

Variazioni agli Albi

Agosto – Dicembre 2015

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

Aliprandi Pietro	<i>Prima iscrizione</i>
Argentin Stefania	<i>Prima iscrizione - DGPROF/ VII/1.5.h.a.7.4/2011/317</i>
Battistuzzi Elisa	<i>Prima iscrizione</i>
Boschiero Federico	<i>Prima iscrizione</i>
Ceron Giacomo	<i>Trasferito dall'Ordine di Padova</i>
Chiarello Eugenio	<i>Trasferito dall'Ordine di Bologna</i>
Clemente Nicola	<i>Trasferito dall'Ordine di Taranto</i>
Dalla Valle Giovanni Michele	<i>Reiscrizione</i>
Da Rold Alberto	<i>Trasferito dall'Ordine di Padova</i>
De Biasi Marta	<i>Prima iscrizione</i>
De Nardi Stella	<i>Prima iscrizione</i>
Dei Tos Giovanni	<i>Prima iscrizione</i>
Della Coletta Emanuele	<i>Prima iscrizione</i>
Franchetto Marta	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
Furtuna Rodica	<i>Prima iscrizione</i>
Giorgiano Flaviano	<i>Trasferito dall'Ordine di Roma</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Balaguer Miguel Felix	<i>Dimissioni</i>
Bordin Alfonso	<i>Deceduto</i>
Carnelos Rossella	<i>Trasferita all'Ordine di Pordenone</i>
Cassina Paolo	<i>Dimissioni</i>
De Martin Eleonora	<i>Trasferita all'Estero</i>
El Chami Makie	<i>Trasferita all'Estero</i>
Favilli Tania	<i>Trasferita all'Ordine di Padova</i>
Furtuna Rodica	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>
Maniscalco Giuseppe Elio	<i>Dimissioni</i>

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Bolzan Francesca	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3385</i>
Caberlotto Ilaria	<i>Prima iscrizione</i>
Costa Camilla	<i>Prima iscrizione</i>
Costantino Daniele	<i>Prima iscrizione</i>
Favaretto Fabio	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3507</i>
Favero Riccardo	<i>Prima iscrizione</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Anecchino Giacomo	<i>Cancellazione dall'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo Medici Chirurghi</i>
Battistel Angelo	<i>Dimissioni</i>
Kiss Edith Agnes	<i>Dimissioni</i>

Goretti Valentina	<i>Trasferita dall'Ordine di Viterbo</i>
Macorig Alessandra	<i>Prima iscrizione</i>
Marin Roberto	<i>Prima iscrizione</i>
Modenese Luca	<i>Prima iscrizione</i>
Nascimben Marco	<i>Prima iscrizione</i>
Pescador Daniele	<i>Prima iscrizione</i>
Pezzato Davide	<i>Prima iscrizione</i>
Pintaldi Stefano	<i>Prima iscrizione</i>
Rassu Nicolò	<i>Prima iscrizione</i>
Teodorescu Alexandra	<i>Prima iscrizione</i>
Tomasi Biagio	<i>Trasferito dall'Ordine di Ragusa</i>
Trevisin Marco	<i>Prima iscrizione</i>
Troncon Irene	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
Zaccariotto Veronica	<i>Prima iscrizione</i>
Zanchettin Gianantonio	<i>Prima iscrizione</i>
Zanon Roberto	<i>Reiscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri</i>

Padoin Angelo	<i>Dimissioni</i>
Pontieri Vittorio	<i>Deceduto</i>
Rossi Gabriele	<i>Deceduto</i>
Saponaro Antonino	<i>Dimissioni</i>
Savoca Vincenzo	<i>Deceduto</i>
Varotto Umberto	<i>Dimissioni</i>
Vignali Celso	<i>Dimissioni</i>
Zancanaro Luigi	<i>Dimissioni</i>

Martin Elio	<i>Doppia iscrizione</i>
Nardi Alice	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3336</i>
Nardi Margherita	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3337</i>
Pozza Martina	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3595</i>
Zanatta Marta	<i>Prima iscrizione DGPROF/07/1.5.h.a.7.2/2015/3588</i>

Manetti Paolo	<i>Cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Pino Anna Maria	<i>Cancellazione dall'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>



10 PUNTI PER PROGETTARE IL FUTURO DEL SSN

“Dieci punti per progettare il futuro del Servizio Sanitario Nazionale” approvati a conclusione e sintesi degli “Stati generali della Professione Medica e Odontoiatrica” il 21 ottobre

NO al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del SSN ed al razionamento dei servizi al cittadino

NO alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone

NO agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura

NO ad una formazione che non si confronta con i bisogni di salute

NO a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure

SÌ a una Professione libera di curare in un SSN che offra equità e pari opportunità di accesso

SÌ a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale

SÌ a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute

SÌ alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia

SÌ ai medici con e per le Persone

VOGLIAMO DAL GOVERNO RISPOSTE CONCRETE.

NON È PIÙ IL TEMPO DELLA DIPLOMAZIA

SIAMO ORGANI AUSILIARI DELLO STATO QUANDO QUESTO STATO CI CONSIDERA RISORSE FUNZIONALI ALLE POLITICHE PER LA SALUTE, NON CI RICONOSCIAMO COME TALI SE SIAMO SOLO STRUMENTI PER TAGLI AL SSN.

Sempre Sì al nostro impegno professionale, civile ed etico

ATTENZIONE AL REGISTRO ITALIANO DEI MEDICI!

La FNOMCeO, con comunicazione n. 55 del 7.10.2015 avvisa che stanno pervenendo numerose segnalazioni concernenti l'attività posta in essere dal "Registro Italiano dei Medici".

Stanno pervenendo, infatti, a numerosi iscritti, ulteriori solleciti di pagamento, questa volta da parte della società di recupero crediti Credit Business Resolution S.R.O. con sede a Praga, con intimazione al pagamento, entro pochi giorni, di somme di denaro "scontate", minacciando il professionista, in caso contrario, di procedere alla instaurazione di un giudizio presso il Tribunale di Lisbona.

Fermo restando quanto da sempre sostenuto dalla FNOMCeO circa l'illegittimità del preteso pagamento, la stessa comunica di aver effettuato apposita segnalazione all'Antitrust, nonché di aver richiesto informazioni sull'esito delle indagini effettuate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, che all'epoca dei fatti si era occupata della questione.

Ulteriori sviluppi della vicenda saranno comunicati nel sito di quest'Ordine www.ordinemedicitv.org.



SCADENZA DEI CORSI FAD FNOMCEO (SOLO ON-LINE)



I POSSIBILI DANNI ALL'UDITO: IL MEDICO COMPETENTE AL LAVORO

5 Crediti ECM - Scadenza 14 settembre 2016



RISCHIO NEI VIDEOTERMINALI: IL MEDICO COMPETENTE AL LAVORO

Il corso è dedicato alle ricadute dell'uso dei videoterminali sulla Salute dei lavoratori e agli adempimenti medico-legali per rendere sicuri gli ambienti di lavoro.

5 crediti ECM - Scadenza 19 giugno 2016



COMUNICAZIONE E PERFORMANCE PROFESSIONALE: METODI E STRUMENTI - 1° MODULO ELEMENTI TEORICI DELLA COMUNICAZIONE

"Elementi teorici della comunicazione" del Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

12 crediti ECM - Scadenza 29 maggio 2016



CORSO SALUTE E AMBIENTE.

"Pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibiotico resistenza"

15 crediti ECM - Scadenza 19 marzo 2016



DOLORE: RICONOSCIMENTO, VALUTAZIONE, GESTIONE

Riedizione del corso (nuovo numero dell'evento 133901)

20 Crediti ECM - Scadenza 31 agosto 2016



ELEMENTI DI MEDICINA DEL LAVORO NELLA GESTIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO

Percorso formativo rivolto in modo particolare ai medici competenti (che, come è noto, hanno l'obbligo di acquisire il 70% dei crediti formativi nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro")

10 Crediti ECM - Scadenza 19 novembre 2016

FARMACI ANORESSIZZANTI DIVIETO DI PRESCRIZIONE

Pubblichiamo la nota n. 78 del 26.11.2015 della FNOMCeO.

Numerosi fatti di cronaca e alcune sentenze della Magistratura (vedi da ultimo la sentenza del Consiglio di Stato 26 marzo 2012, n. 1777) hanno confermato la normativa legislativa e regolamentare che vieta la prescrizione dei farmaci in oggetto in riferimento anche alle preparazioni magistrali eseguite in farmacia.

L'art. 5, comma 2, della legge 8 aprile 1998 n. 94, nel dettare norme in materia di sperimentazione chimica ribadisce inoltre l'obbligo di osservanza dei divieti e delle limitazioni stabiliti dall'amministrazione a tutela della salute pubblica.

A questo riguardo, si possono menzionare a titolo esemplificativo il D.M. 26 maggio 1987 sul divieto di prescrizione di galenici contenenti benfluorex in associazione con altri principi farmacologici, il D.M. 13 aprile 1993 concernente divieti e limitazioni nella preparazione dei medicinali contenenti sostanze anoressizzanti.

Si segnala ancora il D.M. 2 agosto 2011 che ha disposto il trasferimento dell'amfepramone (dietilpropione) e della fendimetrazina dalla Tabella II B alla Tabella I. Pertanto, a decorrere dal 5.8.2011, ne è vietata in Italia la fabbricazione, l'importazione e il commercio, anche attraverso la vendita via internet, ed è fatto divieto ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti amfepramone (dietilpropione) e/o fendimetrazina e i medici sono tenuti ad astenersi dal prescriberle.

Da ultimo, occorre ricordare il decreto 20 maggio 2015, che vieta la prescrizione di medicinali galenici e preparazioni contenenti il principio attivo fenilpropanolamina – norefedrina (v. allegato).

Questa Federazione ritiene opportuno segnalare che l'esperienza maturata abbia ormai pienamente confermato la pericolosità di questi preparati per la salute dei cittadini, spesso attratti da farmaci che consentirebbero di raggiungere lo scopo del dimagrimento.

Occorre considerare che alcune delle molecole, spesso rinvenibili nei preparati magistrali anoressigeni, sono state ritirate dal commercio perchè ad alto rischio di tossicità (ipertensione polmonare primitiva e valvulopatie cardiache con fenfluramina, dexfenfluramina, fendimetrazina e altri anfetaminici; ictus cerebrale emorragico con i simpatomimetici).

Va inoltre evidenziato che non è stato dimostrato il mantenimento della riduzione del peso nel lungo periodo, nè la riduzione della morbilità e mortalità correlate all'obesità. Pertanto, le prescrizioni di preparati galenici di cui si parla sono non solo prive di "evidenza" scientifica e gravate da una tossicità inaccettabile, ma anche sprovviste di un razionale che le renda plausibili.

Tutto ciò premesso, questa Federazione invita gli Ordini in indirizzo a vigilare sui propri iscritti affinché non si ripeta la prescrizione dei farmaci anoressizzanti ai fini del raggiungimento del dimagrimento dei propri pazienti. Si ricorda che la questione è di estrema importanza e che è necessario attivare gli strumenti disciplinari anche in caso di procedimenti penali già attivati a carico dei medici.

La gravità della situazione in questi casi può consigliare, laddove ne esistano gli estremi, anche l'applicazione dalla sospensione di diritto dall'esercizio professionale e, se del caso, anche l'applicazione della sospensione facoltativa ai sensi dell'art. 43 del DPR 5 aprile 1950, n. 221.

f.to IL PRESIDENTE

Dott.ssa Roberta Chersevani

MINISTERO DELLA SALUTE

Decreto 20 maggio 2015 (pubblicato nella G.U. Serie Generale, n. 118 del 23.5.2015)

Divieto di prescrizione di medicinali galenici e preparazioni contenenti il principio attivo della fenilpropanolamina/norefedrina. (15A04003)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 del 1990, come modificato dal decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 maggio 2014, n. 79;

Visto il decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, ed in particolare l'art. 5, che detta le disposizioni in materia di prescrizione di preparazioni magistrali;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni, e in particolare l'art. 154, comma 2; Visto il decreto del Ministro della Salute di aggiornamento e correzione della XII edizione della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, in data 16 marzo 2010;

Visto il decreto del Ministro della Salute 30 dicembre 2010 col quale viene disposta, dal 1° gennaio 2011, l'entrata in vigore nel territorio nazionale dei testi, nelle lingue inglese e francese, contenuti nella 7a edizione della Farmacopea europea;

Vista la nota della competente Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico n. 12057 del 12 marzo 2015, con cui la citata Direzione ha chiesto all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) di comunicare con urgenza se il principio Fenilpropanolamina fosse contenuto in medicinali autorizzati nell'Unione Europea, se tali farmaci fossero stati ritirati dal commercio e, se nella Rete nazionale di Farmacovigilanza risultassero segnalazioni di gravi reazioni avverse connesse all'uso di preparazioni magistrali a base di fenilpropanolamina/norefedrina; Viste le note di risposta dell'AIFA rispettivamente in data 24 marzo 2015, n. 298759 e in data 25 marzo 2015, n. 30813, e in particolare quest'ultima, con cui l'AIFA informa che nella medesima data del 25 marzo 2015, nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza è stata inserita una scheda relativa alla prima segnalazione di sospetta reazione avversa correlata all'uso di fenilpropanolamina, come principio attivo contenuto in preparazioni galeniche magistrali in associazione con altre sostanze;

Tenuto conto dello stralcio del verbale della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA, approvato nel corso della riunione del 18 maggio 2015, dal quale emerge che la medesima Commissione ritiene che "vi sia documentazione scientifica a livello internazionale che dimostra il rischio associato all'uso della fenilpropanolamina, tanto più quando essa venga usata in associazione con altri simpaticomimetici."

Considerato che, pertanto, la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA si è espressa nel senso dell'emanazione urgente, da parte del Ministero della Salute, di un decreto che preveda il divieto di prescrizione di medicinali galenici e preparazioni contenenti tale principio attivo;

Ravvisata la necessità di emanare un provvedimento cautelativo a tutela della salute pubblica;

Decreta:

Art. 1

1. È fatto divieto ai medici di prescrivere preparazioni magistrali contenenti il principio attivo della fenilpropanolamina/norefedrina e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti il predetto principio attivo.

Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana ed entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

Roma, 20 maggio 2015

Il Ministro: Lorenzin

PREPARAZIONI GALENICHE MAGISTRALI A SCOPO DIMAGRANTE

PUBBLICHIAMO IL COMUNICATO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 27 LUGLIO 2015

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha segnalato a questa Amministrazione un uso incongruo delle sostanze impiegate nella prescrizione dei galenici magistrali a scopo dimagrante.

In merito a tali preparazioni l'Agenzia ha più volte evidenziato i seguenti aspetti che concorrono a rendere poco sicure le prescrizioni in questione:

- la documentazione disponibile sui singoli principi attivi, quando somministrati in associazione, non garantisce la sicurezza degli stessi;
- la mancanza nelle preparazioni magistrali di fogli illustrativi relativi alle caratteristiche delle preparazioni prescritte ai quali i pazienti possono fare riferimento;
- la dubbia acquisizione di un consenso informato del paziente per ogni prescrizione;
- l'abuso legato all'utilizzo di questi principi attivi per finalità estetiche piuttosto che terapeutiche.

Considerato che, in linea di principio, un medicinale può essere ritenuto sicuro soltanto se esso viene utilizzato secondo delle condizioni precise - posologia, durata del trattamento, interazione con altri principi attivi, rispetto delle controindicazioni — si invitano, per quanto di rispettiva competenza, gli Organismi in indirizzo, a voler richiamare l'attenzione degli operatori del settore affinché, nella prescrizione e preparazione dei medicinali in questione vengano garantite dette precauzioni e venga osservata scrupolosamente la normativa vigente in materia.

Il decreto-legge 17 febbraio 1998, n.3, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n.94, prevede che il medico possa prescrivere, fatti salvi i provvedimenti restrittivi emanati per talune sostanze dalle Autorità competenti, preparati magistrali a base di principi attivi unicamente se:

- descritti in una Farmacopea degli Stati membri dell'UE o nella Farmacopea europea;
- contenuti in medicinali prodotti industrialmente e autorizzati in Italia o nell'UE;
- contenuti in specialità medicinali la cui autorizzazione è stata revocata o non confermata per motivi non attinenti ai rischi d'impiego.

Un preparato magistrale può essere prescritto per indicazioni terapeutiche non corrispondenti a quelle dei medicinali industriali autorizzati a base dello stesso principio attivo. In tali casi il medico deve ottenere il consenso informato del paziente al trattamento medico e specificare nella ricetta le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea. Nella ricetta il medico deve, altresì, trascrivere, senza riportare le generalità del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato.

Il consenso informato, si ricorda, richiede, anche alla luce di quanto previsto dal codice deontologico, che il paziente sia edotto, tra l'altro, dei potenziali benefici, dei possibili inconvenienti (complicanze) del trattamento proposto, nonché dei comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico, in caso di impiego di preparati magistrali prescritti per indicazioni terapeutiche non corrispondenti a quelle dei medicinali industriali autorizzati a base dello stesso principio attivo, nell'ambito del consenso informato del paziente, dovrà spiegare il rationale della terapia, il rischio di possibili eventi avversi, quali dati di efficacia sono effettivamente disponibili nell'uso off-label del farmaco che si intende somministrare, eventuali controindicazioni e interazioni con altri farmaci.

Si sottolinea l'importanza che il medico informi puntualmente il paziente sia sulla posologia che sulle modalità di somministrazione e trascriva detti dati nella ricetta, affinché il farmacista li riporti, in ottemperanza all'art. 37 del regio decreto n. 1706/938, sull'etichetta che appone sul recipiente o sull'involucro del medicinale.

Si ricorda, altresì, che a fronte di tali prescrizioni, il farmacista preparatore, deve tener presente che:

- le preparazioni a base di sostanze anoressizzanti, ai sensi della tabella 5 della farmacopea Ufficiale, sono

vendibili solo dietro presentazione di ricetta medica, da rinnovare volta per volta e da ritirare dal farmacista; la ricetta è valida trenta giorni;

- ai sensi dell'art. 37 del RD 1706/1938, sulle etichette che appongono sui recipienti o sugli involucri dei medicinali, i farmacisti hanno l'obbligo di annotare, tra l'altro, la dose di somministrazione;
- ai sensi dell'art. 5, commi 3, 4 e 5, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n.23, come convertito in legge, le ricette di cui sopra, in originale o in copia, sono trasmesse mensilmente dal farmacista all'azienda unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera, che le inoltrano al Ministero della Salute.

In sede di dispensazione, così come richiamato dal codice deontologico, il farmacista deve "vigilare affinché non si realizzi un uso inappropriato o un abuso di medicinali o di altri prodotti che possano comportare alterazioni dell'equilibrio psico-fisico del paziente".

Si richiama l'attenzione sull'importanza che anche il farmacista, all'atto della dispensazione dei preparati magistrali a scopo dimagrante, nel rispetto di quanto indicato dal medico nella ricetta, garantisca una informazione sanitaria chiara e completa con particolare riferimento all'uso appropriato dei medicinali, alle loro controindicazioni e allo scrupoloso rispetto della posologia indicata dal medico, anche al fine di contrastarne forme di abuso.

Le ASL territorialmente competenti che riscontrino eventuali irregolarità sulle ricette che ricevono ai sensi dell'art.5, comma 4, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n.23, come convertito in legge, sono tenute ad espletare le azioni di vigilanza di competenza, provvedendo, qualora sussistano le condizioni, a segnalare agli Ordini professionali le violazioni riscontrate, a disporre ispezioni e provvedimenti sanzionatori di propria competenza.

Da ultimo, si sottolinea che la tutela della salute dei pazienti è garantita anche attraverso la puntuale osservanza delle norme di farmacovigilanza da parte di tutti gli operatori sanitari.

F.to IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Marcella Marletta

DIVIETO DI PRESCRIZIONE DI MEDICINALI GALENICI E PREPARAZIONI CONTENENTI IL PRINCIPIO ATTIVO DELLA PSEUDOEFEDRINA

Il Ministero della Salute ha disposto con proprio Decreto del 27.7.2015, pubblicato sulla G.U. – Serie Generale n. 175 del 30.7.2015, **divieto ai medici di prescrivere preparazioni magistrali contenenti il principio attivo della pseudoefedrina e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti tale principio attivo.**



MEDICINA DELLE DIPENDENZE: PRINCIPI E CONCETTI BASE

Corso di formazione a distanza promosso dall'Azienda ULSS 9 di Treviso



Il corso è rivolto a medici, infermieri professionali, psicologi e altre figure professionali con l'obiettivo di fornire loro informazioni di base sulla Medicina delle Dipendenze, a partire da conoscenze scientifiche evidence-based e linee guida internazionali. Questo perché i discenti possano avere adeguate nozioni scientifiche sui Disturbi da Uso di Sostanze (DUS), con riferimento ai principi di anatomia, neurobiologia e di brain imaging alla base dell'“addiction”, nonché informazioni sulle principali sostanze d'abuso, i loro meccanismi d'azione, le manifestazioni cliniche e i possibili percorsi di trattamento sia farmacologici che psicologici.

Un programma quindi finalizzato a permettere al sanitario discente una corretta valutazione della presenza di DUS, al fine di poter poi proporre al paziente l'intervento specialistico più corretto.

ACCREDITAMENTO ECM

Per il corso è previsto un impegno orario pari a 7 ore per un riconoscimento di 10.5 crediti ECM.

QUANDO FARE IL CORSO

I EDIZIONE: dal 19/10/2015 al 31/12/2015.

Entro quella data verrà, inoltre, pubblicato il calendario con le edizioni per l'anno 2016.

INFO: fadformazione@ulss.tv.it, tel 0422.323526, fax 0422.323981

37° EDIZIONE GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA E DELLA SANITÀ

Nel 2016, la 37esima edizione dei Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità avrà luogo da sabato 28 maggio a sabato 4 giugno a Maribor, un'affascinante piccola città slovena, vicina all'Ungheria.

Creata 36 anni fa dal gruppo editoriale francese «Il Quotidiano del Medico», i GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA E DELLA SANITÀ (GMMS) sono un evento sportivo riservato agli operatori sanitari, concepito sul modello dei Giochi Olimpici, sia per l'organizzazione che per lo spirito.

Durante i Giochi sono praticati ogni anno dai 20 ai 22 sport (di squadra ed individuali), da 1500 partecipanti provenienti da più di 50 paesi.

Dal 1979, Medici, Farmacisti, Dentisti, Veterinari, Psicologi, Tirocinanti e Specializzandi, Fisioterapisti, Infermieri/e, Collaboratori dell'industria farmaceutica e degli ospedali, etc., si ritrovano all'inizio dell'estate per tentare, all'interno di 6 categorie di età, di ottenere una medaglia.

A margine delle competizioni sportive, si terrà un “Simposio Internazionale della Medicina dello Sport” sotto la presidenza del Dott. André Monroche (Francia).

INFO: www.medigames.com



MAMMA BEVE BIMBO BEVE E TOO YOUNG TO DRINK

una campagna di comunicazione per aumentare la consapevolezza dei rischi del consumo di alcool durante la gravidanza

Il 9 settembre 2015, 9° giorno del 9° mese dell'anno, in occasione della Giornata Internazionale della Sindrome Feto Alcolica e Disturbi correlati, European FASD Alliance ha presentato **Too Young To Drink 2015** ("troppo piccolo per bere"), seconda edizione della campagna di comunicazione internazionale ideata da Fabrica, Centro di Ricerca sulla Comunicazione di Benetton Group, in co-progettazione con l'Az. ULSS 9, team Mamma Beve Bimbo Beve, finalizzata ad aumentare la consapevolezza sulla Sindrome Feto Alcolica e Disturbi correlati (FASD), una serie di danni causati dall'esposizione prenatale all'alcol. Hanno partecipato come partner le associazioni Eurocare e NoFas (USA). In Italia la campagna è stata sostenuta dal **Ministero della Salute**, dall'**Istituto Superiore di Sanità** e dalla **Regione Veneto**.

FASD: cos'è

Il consumo di alcol durante la gravidanza può provocare una varietà di alterazioni strutturali (malformazioni cranio facciali, rallentamento della crescita, ecc.) e disturbi dello sviluppo neurologico che comportano disabilità comportamentali e neuro-cognitive. Queste alterazioni si possono presentare con modalità diverse tali da comportare un ampio spettro di disordini, che vengono ricompresi nel termine FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders).

La sindrome feto-alcolica conclamata (Fetal Alcohol Syndrome-FAS) è la più

grave disabilità permanente che si manifesta nel feto esposto, durante la vita intrauterina, all'alcol consumato dalla madre durante la gravidanza. L'alcol ingerito dalla madre giunge dopo pochi minuti nel sangue fetale e, essendo sostanza teratogena, può determinare gravi danni cellulari. La FASD è prevenibile al 100%, se si evita l'alcol in gravidanza. Pertanto il consiglio dei professionisti della salute è di astenersi dal bere durante la gravidanza.

FASD: alcuni dati sul problema in Italia

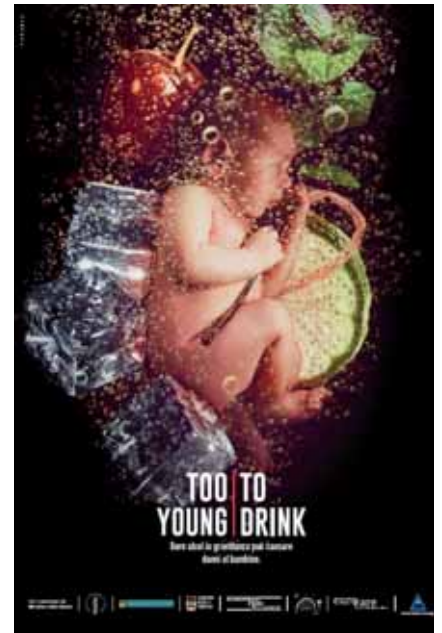
Non esistono dati certi sull'incidenza della sindrome feto-alcolica (FAS) e delle patologie correlate (FASD) in Italia.

Uno studio del centro di Alcolologia del Policlinico Umberto I di Roma, effettuato nella provincia del Lazio, stima una prevalenza di FAS pari a 1,2 su 1000 nati vivi. Si arriva poi a un 6% nel caso delle espressioni parziali della sindrome (FASD). Da un'analisi del meconio (le prime feci del neonato) di 607 neonati condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di uno studio multicentrico in collaborazione con le Unità di Neonatologia di sette ospedali italiani, è emerso che l'esposizione prenatale all'alcol è mediamente del 7,9%, con una variabilità che va dallo 0% di Verona al 29,4% di Roma. Quindi, circa otto neonati su 100 sono esposti all'assunzione di alcol durante la vita intrauterina.

Si ritiene che tra le donne che bevono quantità rilevanti di alcol in gravidanza, una percentuale compresa tra il 4% e il 40% partorisca bambini affetti da danni alcol correlati di vario grado.

Uno studio italo-spagnolo ha indagato la consapevolezza di neonatologi e pediatri circa la pericolosità dell'alcol in gravidanza e ha appurato che, sebbene oltre il 60% dei professionisti italiani e circa l'80% di quelli spagnoli si siano definiti consapevoli al riguardo, circa la metà dei primi e il 40% dei secondi hanno ammesso di aver permesso alle donne in gravidanza un bicchiere di vino o di birra in alcune occasioni.

In un'indagine, svolta dalla AULSS 9 di Treviso nel 2010 fra le donne in gravidanza e gli operatori sanitari (team progetto Mamma Beve Bimbo Beve), il 65% dei professionisti dipendenti dell'AULSS ha dichiarato di "conoscere gli effetti del consumo di alcol in gravidanza", tuttavia circa 1 su 4 ha riferito di pensare che una "gestante possa bere quotidianamen-



Too Young To Drink 2015

te" almeno mezzo bicchiere di bevande alcoliche senza danni al feto. Solo il 12% di loro suggeriva alle gestanti di evitare completamente le bevande alcoliche. Per quanto riguarda le donne, in un primo campione di 228 donne alla 38a settimana di gravidanza, il 35% dichiarava di non aver ricevuto alcuna informazione sui rischi associati al consumo di alcol. Non esistono stime precise sui consumi di alcol in gravidanza in Italia. I dati del sistema di sorveglianza Passi 2010-2013 hanno rilevato che il 28% delle donne in gravidanza intervistate consumano alcol nonostante le avvertenze.

A livello locale, in un'indagine condotta nel 2010 nell'area dell'AULSS di Treviso, una donna su tre delle intervistate ha dichiarato di consumare alcol in gravidanza (34%). Prima della gravidanza, due terzi delle intervistate bevevano bevande alcoliche (65%), e una donna su dieci (11%) beveva più di una volta a settimana.

Per quanto riguarda i consumi di alcol nella popolazione femminile in generale, i dati ISTAT relativi al 2013, rilevano che in Italia circa il 58% delle donne in età fertile (18-44 anni) ha consumato almeno occasionalmente bevande alcoliche nel corso dell'anno. Nove donne su 100 nella fascia d'età 18-24 anni, e 5 su 100 nella fascia 25-44 mettono in atto comportamenti di consumo di alcol definiti "a rischio" (valutato considerando il consumo giornaliero non moderato di vino, birra o altri alcolici e gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni, detti binge drinking).

A prescindere dall'età, il consumo di alcol tra le donne nell'anno è più forte nel Nord-est Italia (59,1%), che in altre aree del nostro paese. A livello regionale, secondo dati relativi all'anno 2010 la percentuale di donne che beve quantità di alcol rischiose per la salute è sensibilmente più alta tra le più giovani (27% tra i 18 e i 24 anni). Nell'area di Treviso, un'indagine effettuata nel 2009 su un campione di 134 studentesse di scuola guida di 18-20 anni ha evidenziato che l'89% delle giovani dichiarava di bere alcolici, il 49% di bere ogni tanto in modo smodato, il 29% riportava un consumo potenzialmente problematico.

Mamma Beve Bimbo Beve è un progetto nato nel 2010 nell'AULSS 9 come strategia di approccio al tema di salute pubblica rispetto ai rischi derivati dal consumo di bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento. Tale strategia consiste nella giusta combinazione tra diverse aree d'intervento, quali la ricerca, la formazione e l'informazione/educazione, il marketing sociale. Lo sviluppo coordinato del progetto è stato condotto da un team multiprofessionale dell'Azienda ULSS n.9. Le azioni del progetto si sono diffuse a livello internazionale, grazie anche alla collaborazione di Fabrica, Centro di Ricerca di Benetton Group, che ha creato la ormai nota immagine shock, il feto nel bicchiere. La campagna ha utilizzato come principale strumento di diffusione i social network, proponendo una strategia di comunicazione innovativa in tema di salute. Nell'2013 Mamma Beve Bimbo Beve ha iniziato la collaborazione come consulente di Eufasd Alliance e ha portato alla realizzazione nel 2014 della prima campagna mondiale di sensibilizzazione sul FASD, **Too Young To Drink**. Il progetto Mamma Beve Bimbo Beve è presente nel Piano Regionale di Prevenzione del Veneto nel programma di "Genitori più" e nel progetto "Mamme più".

La campagna internazionale 2015

ha avuto 15 nuovi partner (rispetto ai 53 di partenza del 2014) che si sono uniti per promuovere Too Young To Drink ed è stato lanciato un nuovo visual, sempre creato da Fabrica. Il 9 settembre dalle 9.09 del mattino alle 9.09 di sera, ora locale, striscioni e manifesti hanno mostrato l'immagine di un neonato tra gli ingredienti di un cocktail alcolico, in continuità con il visual dell'anno precedente. Il messaggio è stato amplificato attraverso i social media.

Inoltre, è stato lanciato il Social Contest "Diventa Ambasciatore di TYTD2015": i partner sono stati invitati a coinvolgere più cittadini possibile, chiedendo loro di fare foto e video con i materiali della campagna. Le foto e i video realizzati sono pubblicati e diffusi nei social media usando gli hashtag #TYTD2015 e #tooyoungtodrink.

Il concept Too Young To Drink è stato creato da Erik Ravelo, responsabile Social Engagement Campaigns di Fabrica.

I principali obiettivi della campagna Too Young To Drink sono:

- aumentare la consapevolezza dei rischi del bere in gravidanza tra la popolazione in età fertile e nella comunità;
- diffondere informazioni accurate, basate sull'evidenza scientifica;
- favorire l'empowerment delle donne nel fare le loro scelte e incoraggiare gli amici, le famiglie e la società a sostenere una gravidanza sana, senza uso di alcol.

In Italia la campagna ha il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, il supporto della Regione Veneto (di cui 11 Az.ULSS hanno postato la campagna sul sito aziendale) e la collaborazione della Società Italiana di Alcolologia.

Per maggiori informazioni: www.tooyoungtodrink.org - www.mammabevebimbobeve.it

Pubblichiamo un articolo del dott. Claudio Palombi, Presidente ANMEFI

UN'EDIZIONE A STAMPA SULLA MEDICINA FISCALE, A CURA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI FISCALI

In questi giorni è stato pubblicato dall'associazione nazionale medici fiscali (ANMEFI) un lavoro monotematico sulla categoria sanitaria che ormai è diventata unica nel sistema dei controlli dello stato di malattia dei lavoratori.

Medicina fiscale INPS. Momenti ed aspettative dell'ANMEFI è il titolo dato all'agile pubblicazione, di 80 pagine, in formato A/4, che ripercorre le tappe fondamentali dei medici fiscali INPS in quest'ultimo periodo, con importanti considerazioni per la conoscenza dei sanitari e delle loro problematiche lavorative che sono successe dopo le decisioni assunte unilateralmente dall'INPS. Particolare attenzione è data alle conclusioni della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (pp. 63-80), che volle effettuarsi una indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia. Evidente l'intento di ANMEFI, tra le realtà professionali ad essere audite, di esprimere la riconoscenza ai parlamentari per aver fatto emergere dall'anonimato il lavoro fondamentale, ed ormai insostituibile, dei medici fiscali. Un capitolo (pp. 51-54) è dedicato all'intervento in commissione del Sottosegretario alla Funzione Pubblica e P. A. On. Angelo Rughetti, tra i sostenitori del polo unico della medicina fiscale insieme al Ministro Marianna Madia.

Numerose le pagine dedicate all'attività dell'organizzazione, anche di natura legale, che ha incessantemente evidenziato le conseguenze dell'infelice provvedimento sospensivo e poi riduttivo dei controlli dello stato di malattia nel settore privato da parte dell'INPS, a cominciare dal 29 aprile 2013.

Alcuni dei contenuti rappresentati sono motivo di particolare orgoglio dell'associazione, tra cui il cosiddetto "orario allargato", e una serie di proposte, recepite concretamente dalle istanze dei suoi iscritti e finalizzate ad un documento idoneo a normare il rapporto lavorativo – purtroppo ancora libero-professionale - nel rispetto della dignità professionale della categoria. Nella sezione Documenti (da p. 43 in poi) viene pubblicato un lavoro dell'avv. Marco Nicolai sulla terzietà del medico fiscale, argomento alquanto complesso e multiforme, che da tempo l'associazione sta cercando di approfondire per i possibili risvolti nell'inquadramento lavorativo dei sanitari.

Un'edizione che certamente dovrà tenersi presente quando si dovrà trattare della materia. Lo auspica nell'Introduzione il presidente di ANMEFI Claudio Palombi, augurandosi che quanto raccolto nelle ottanta pagine "venga identificato come il "manifesto" dell'associazione, portatore delle richieste e delle aspettative della categoria che, pur soddisfatta per la nascita del cosiddetto "polo unico" in capo all'INPS, è consapevole di quanto ancora resti da fare nell'immediato, prima di giungere a concrete soluzioni che diano dignità al lavoro dei sanitari e soprattutto giunga alla definitiva sistemazione, con un contratto che la faccia uscire dalla precarietà ultraventennale".

Il lavoro verrà distribuito ai dirigenti e funzionari, ai politici e ai tecnici che dovranno intraprendere a breve soluzioni definitive ed urgenti per la medicina fiscale in Italia.



RECENSIONI

Si segnala l'ultima pubblicazione del nostro iscritto Dott. Eugenio Morelli dal titolo "IL BUIO E LA LUCE" consistente in una raccolta poetica che spazia dalla quotidianità ai sogni più nascosti e intimi, dall'amore all'odio, abbracciando la moderna miseria dell'uomo di tutti i giorni.



**VENDESI
AFFITTASI**

Contesti ideali per il vostro **Studio Medico** ed **Odontoiatrico**



Centro Leonardo · Treviso

ottima visibilità fronte S.R. 53 "Postumia Castellana"

- Prestigioso complesso immobiliare a 10 minuti dal centro di Treviso;
- Facilmente raggiungibile, fronte uscita tang. di TV, direzione Vicenza;
- Superfici a partire da mq 40 ca. a mq 3.700 ca., complete di impianti;
- 600 posti auto riservati, di cui 300 coperti e videosorvegliati;
- Convenzione per: sale riunione, servizio ristorazione, BHR Treviso Hotel.

c.e. unità tipo "C", lpe 21,10 kW/m² a.



Quinto di Treviso

Adiacente BHR Treviso Hotel

Sup da mq 70 ca. a mq 970 ca., complete di impianti;
Ottima visibilità, posti auto riservati.

c.e. unità tipo "F", lpe 37,13 kW/m² a.

Nervesa della Battaglia

Fronte S.R. 248

Sup a da mq 75 ca.
a mq 1.300 ca.;

Posti auto riservati,
completamente illuminati
e recintati;

Ottime finiture;
Visibilità su strada ad alto
scorrimento

c.e. unità tipo "E"
i.p.e. 21,96 kWh/m² anno



Lefim

Promotion Real Estate Development

Info: Pettenon S.

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