



L'Ordine

di Treviso

Anno XXI - N° 1/2013 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

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



I medici trevigiani in missione in Mongolia

**01
2013**

- L'Editoriale del Presidente
- Dalle linee guida ai percorsi assistenziali
- Nodulo tiroideo: percorso diagnostico-terapeutico
- Raggiunto l'accordo tra Regione e Medicina Convenzionata
- Il ruolo dello Specialista Ambulatoriale Interno

■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 03 L'Editoriale del Presidente
- 04 Attualità: dalle linee guida ai percorsi assistenziali
- 07 Percorso diagnostico-terapeutico del paziente con nodulo tiroideo
- 09 Medico di famiglia: raggiunto l'accordo tra Regione e medicina convenzionata
- 10 Rientrati i medici trevigiani dalla missione sanitaria in Mongolia
- 12 Relazione della Commissione sulla sanità privata
- 13 ECM: quanti nel triennio 2011-2013?
- 14 Il ruolo dello specialista ambulatoriale interno
- 15 La rubrica dei giovani medici: "Giovani medici all'estero"
- 17 UpToDate: non ti sei ancora registrato?... Affrettati!!!
- 18 PEC: un obbligo di legge
- 19 La newsletter dell'Ordine: comunicaci il tuo indirizzo e-mail
- 20 Servizi gratuiti on-line: entra nel sito dell'Ordine
- 20 Contributo annuale di iscrizione all'Ordine
- 21 Certificato Good Standing: nuove modalità di rilascio
- 22 Il diritto alla salute prevale sull'obiezione di coscienza
- 22 Studi dentistici aperti nel prossimo mese di agosto
- 23 Variazioni agli Albi

■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 24 Obbligo redazione DVR: procedure standardizzate
- 25 FAQ sul DVR e corsi RSPP per titolari di studio
- 26 Prevenzione della tubercolosi: accordo Conferenza Stato-Regioni
- 27 Antipsicotici di seconda generazione: abolizione piano terapeutico
- 28 Assicurazione RC obbligatoria: esenzioni

■ Previdenza

- 30 ENPAM Quota B: dichiarazione redditi libero professionali 2012 entro il 31.7.2013

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 36 Corso di formazione di Chirurgia Pediatrica per PLS
- 37 INAIL: fornitura agli assistiti di specialità farmaceutiche
- 37 Appuntamenti Scientifici
- 38 Recensioni: "Pronto, Guardia Medica?" di Eugenio Morelli
- 38 Concorso letterario nazionale "J.A. CRONIN" 2013
- 38 41° Campionati Italiani Tennis Medici

■ Rubriche

- 39 Ricerca Medici
- 39 Rassegna giuridico amministrativa



DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Giuseppe FAVRETTO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Giuseppe FAVRETTO

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Pietro ROSSI

Consiglieri

Giorgio BAZZERLA
Gaetano CAPPELLETTA
Bruno DI DANIEL
Gianfranco DOTTO (Odont.)
Luigi FAGGIAN
Alessandro GAVA
Gaetano Giorgio GOBBATO
Luigino GUARINI (Odont.)
Laura LUNA
Pio MARTINELLO
Giampiero RUZZI
Claudio SCARPA
Gianfranco TOSITTI

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Silvia DAL BÒ **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Annalisa BETTIN

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Luigino GUARINI **Presidente**

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Gianfranco DOTTO

Angelo UZZIELLI

Segreteria

L'Ordine di Treviso

31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4

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

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

Orario di apertura al pubblico

Lunedì e Giovedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00

Martedì - Mercoledì - Venerdì 10,00 - 13,00

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

Dal 12 al 16 agosto 2013 gli uffici di segreteria rimarranno chiusi

IL MEDICO TRA DIRITTO ALLA SALUTE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Il diritto alla salute è sancito per tutti i cittadini in maniera forte dall'articolo 32 della nostra Costituzione che recita "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Anche sulla base di questa affermazione è nato nel 1978, e si è poi sviluppato negli anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si ispira a principi di universalità, solidarietà ed equità di accesso alle cure e all'assistenza.

La salute è considerata nel nostro paese un bene sociale da garantire a tutti senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche, condizioni economiche.

È obbligo etico e deontologico del medico dare al proprio assistito la cura migliore indipendentemente da qualsiasi altra valutazione, anche di tipo economico.

In questi ultimi tempi tuttavia, si va ponendo sempre più forte un problema di sostenibilità economica nel prossimo futuro del nostro SSN, anche se è a tutti noto che la spesa sanitaria complessiva nazionale è, comunque la si consideri, inferiore a quella europea.

E questo problema è ancora più preoccupante perchè il rapido invecchiamento della popolazione e lo sviluppo tumultuoso e inarrestabile della tecnologia applicata alla medicina fanno sì che le risorse necessarie dovranno essere sempre maggiori.

Potrebbe diventare quindi sempre più difficile per il SSN assicurare, come mediamente fa ora in quasi tutte le regioni italiane, una elevata qualità delle cure e dell'assistenza.

Il medico, nella sua qualità di attore protagonista della salute, si trova al centro di difficoltà sempre crescenti dovendo sempre più spesso operare tra il diritto del singolo di avere la miglior cura possibile e il diritto di tutti di avere comunque accesso alle cure.

È il cosiddetto principio della "universalità mitigata" che si va facendo strada nella nostra sanità e che deve però svilupparsi insieme ad un altro principio fondamentale, e ancor più importante, che è quello dell'appropriatezza di quanto facciamo, sul piano diagnostico, terapeutico e gestionale.

E non solo: dobbiamo anche inevitabilmente cominciare a parlare di priorità, a distinguere tra quello che è indispensabile o necessario, e quello che può essere superfluo o addirittura inutile.

Senza dimenticare che esistono ancora, accanto alle molte inapproprietezze, inefficienze, sprechi o peggio. Razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, modernizzazione delle cure primarie, costi standard e federalismo sanitario: anche attraverso questi specifici aspetti passerà la riorganizzazione del nostro SSN, senza dimenticare che accanto alla sostenibilità economico-finanziaria deve essere presa in considerazione una altrettanto importante sostenibilità sociale.

Ed è obbligo, innanzitutto morale, del medico quello di dare il proprio contributo per il superamento di questa delicata fase del nostro SSN.

Per il medico questa è una sfida che deve accettare, al di là di ogni possibile interesse di parte, con la massima disponibilità ed onestà intellettuale.

Perchè questo viene richiesto a chi ha scelto di fare questo "lavoro".

Il Presidente dell'Ordine
Dott. Giuseppe Favretto

ATTUALITÀ: DALLE LINEE GUIDA AI PERCORSI ASSISTENZIALI

Un orientamento obbligato per svolgere oggi la professione nonostante pronunciamenti della magistratura che vanno tenuti in considerazione

E' un tema di crescente interesse per i Medici, per le altre Professioni Sanitarie, per i Cittadini e per le Istituzioni. Ma cosa sono, chi li scrive, chi li applica e a che condizioni?

Prima di tutto è doveroso creare un **linguaggio comune e condividere uno stesso significato** in relazione al concetto di **LINEA GUIDA (LG), PERCORSI ASSISTENZIALI (PA), PROTOCOLLI**.

LINEA GUIDA: raccomandazioni di comportamento clinico prodotte con metodi sistematici, allo scopo di assistere i professionisti sanitari e i loro pazienti nel decidere quali sono le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI: strumento finalizzato all'implementazione (attivazione/realizzazione) delle LG. Il PA adatta le raccomandazioni delle LG in relazione al contesto locale.

PROTOCOLLI: strumento informativo che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale, esso descrive una successione di azioni con le quali i professionisti raggiungono un determinato obiettivo assistenziale.¹

Obiettivo della LG:

- risponde al principio di appropriatezza per ottenere efficacia nella pratica clinica

Appropriatezza: utilizzo appropriato di un intervento in una determinata situazione; l'intervento sanitario efficace al paziente giusto al momento giusto.

La mission di una Azienda sanitaria non è la produzione di LG ma l'implementazione e la verifica dei Percorsi Assistenziali. Produrre LG richiede un grande dispiego di risorse, competenze, tempo, sono progetti utopistici per le Aziende.

Le LG sono prodotte da:

- Società scientifiche e poi pubblicate nella rivista di riferimento

- Agenzie governative e poi rese disponibili nel sito web dell'agenzia (es. Istituto Superiore di Sanità SNLG: Sistema Nazionale Linee Guida, CMA, Canadian Medical Association, agenzia sanitaria governativa, SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, sito ufficiale agenzia governativa sanitaria Scozzese)

Le LG sono quindi raccomandazioni elaborate a partire da una interpretazione multidisciplinare e condivisa delle informazioni scientifiche disponibili per assistere operatori e pazienti nelle decisioni che riguardano le modalità di assistenza appropriate in specifiche circostanze cliniche.

Esse hanno il ruolo di strumenti educativo-informativi, di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate, di indicazioni sull'assetto ottimale dei servizi e del livello ottimale di erogazione delle prestazioni.

La LG è composta dalle Raccomandazioni: il termine raccomandazione fa riferimento all'aspetto non coercitivo ma di suggerimento elaborato per aiutare il professionista nelle proprie decisioni; a tale scopo le LG devono essere sufficientemente articolate e prevedere eccezioni (Raccomandazioni = + di un consiglio – di un obbligo).

Le Raccomandazioni sono i tasselli fondamentali di una LG e devono essere basate sulle prove di efficacia: ossia una esplicita descrizione delle prove scientifiche usate.

Il metodo e il processo che è stato utilizzato per la costruzione della Raccomandazione deve essere accuratamente definito.

Le prove di efficacia (che accompagnano la Raccomandazione) devono esprimere in sintesi le caratteristiche dello studio citato, i suoi risultati e la possibile rilevanza clinica.

Il metodo e il processo che è stato utilizzato per la costruzione della Raccomandazione deve essere ben stabilito² (studi empirici hanno dimostrato che la presenza di questi elementi favorisce una migliore implementazione della LG stessa da parte dei professionisti).

¹ Da Fondazione GIMBE, Gimbe Education - 2013

² SIGN 50: A guideline developer's handbook -2011

³ Manuale metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. PNLG, Programma Nazionale per le Linee Guida

Per loro natura le Raccomandazioni raccolte in una LG sono affermazioni operative: in quanto tali devono essere, oltre che basate sulle migliori conoscenze disponibili, anche chiare, non passibili di interpretazioni divergenti, sintetiche, e applicabili al contesto operativo di destinazione.

Poiché sappiamo che la realtà è complessa, è per questo che all'interno di ogni Raccomandazione è necessario raccogliere l'accordo di professionalità e interessi diversi: ecco che la multidisciplinarietà e multiprofessionalità sono fondamentali.

Ogni Raccomandazione si fonda su un sistema di Grading³: dal livello di prova di efficacia (espresso in n° romani: I, II, III, IV, V, ...) dalla forza delle raccomandazioni (espresso in lettere maiuscole: A, B, C, D).

Lo scopo del Grading è quello di qualificare le raccomandazioni sulla base:

- della qualità metodologica degli studi dai quali sono state derivate
- della determinazione con la quale le raccomandazioni stesse devono essere trasferite e adottate nella pratica clinica.

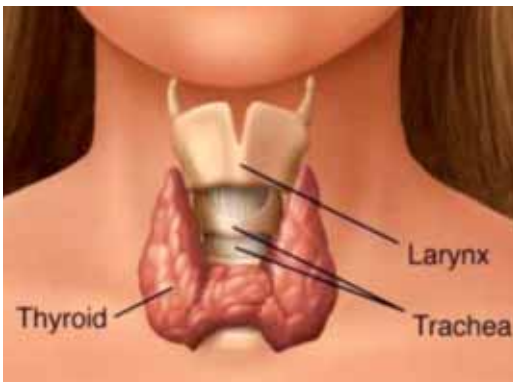
Il livello di prova di efficacia delle Raccomandazioni deriva dal tipo di strumenti utilizzati, come ad es. Studi Primari

- prove ottenute da più RCT (studi clinici randomizzati e controllati) e/o da revisioni sistematiche di RCT (livello di prova I), dipende dal disegno dello studio utilizzato per raccogliere le informazioni
- prove ottenute da un solo RCT (livello di prova II)
- prove ottenute da studi di coorte non randomizzati (livello di prova III)
- prove ottenute da studi retrospettivi o loro metanalisi (livello di prova IV)

La forza delle raccomandazioni si riferisce alla probabilità che l'applicazione della pratica della raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

Le Linee Guida sono pertanto redatte da Società Scientifiche internazionali o nazionali rappresentative di una Specialità o di ambiti professionali multidisciplinari nel rispetto delle più recenti acquisizioni EBM (Evidence Based Medicine) o da Agenzie Governative in merito ad ambiti clinici di rilevante interesse. Più l'ambito clinico è frequente per incidenza ed impegno di risorse professionali ed economiche maggiormente sarà oggetto di interesse specifico, da parte delle Società Scientifiche ma anche delle più autorevoli Istituzioni quali il Ministero della salute o Agenzie Governative internazionali. Le Linee Guida dovranno essere contestualizzate all'ambito organizzativo in cui si opera per giungere a specifici Percorsi Assistenziali di cui fanno parte anche i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) che consentano ai professionisti di quella Azienda Sanitaria e/o Ospedale e del Territorio di concordare preliminarmente sul percorso, stabilendo le connessioni professionali e le azioni diagnostico terapeutiche per condurre in sicurezza il paziente verso una corretta diagnosi ed una idonea e specifica terapia, mirando al risultato complessivo del processo sul piano dell'efficacia e dell'outcome finale. Dai Percorsi Assistenziali e dai PDTA ne deriveranno Protocolli operativi per i singoli professionisti o per i team multiprofessionali integrati ma sempre all'interno dell'unico percorso assistenziale di riferimento. Risulta infatti necessario ed attuale considerare sempre di più l'intero percorso del paziente e non solo la singola prestazione diagnostica e/o terapeutica con una forte integrazione tra i vari specialisti ma anche con le altre figure sanitarie coinvolte (infermieri, ostetriche, tecnici, ...) mirando all'esito finale in termini di guadagno di salute (outcome) rispetto all'Output (risultato) di ogni singola prestazione e considerando il paziente centrale nel processo di cura. In tal modo, se si attuano percorsi diagnostico terapeutici condivisi, si tracciano in maniera concreta quei percorsi tra ospedale e territorio di cui da anni sentiamo parlare a Convegni e negli atti giuridico normativi/deliberativi senza vederne una coerente applicazione.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico sul nodo tiroideo, da alcuni giorni validato dall'ULSS n.9 e realizzato in mesi di lavoro da un gruppo multidisciplinare di medici e sanitari della nostra Provincia, rappresenta per modalità di realizzazione un interessante esempio applicativo di PDTA, che ritengo utile presentarvi nell'articolo specifico sotto riportato. È necessario



identificare i principali PDTA sui quali si ritiene utile intervenire, stabilendo da subito le modalità di coinvolgimento dei vari livelli specialistici e professionali, potendo riconoscere all'Ordine dei Medici un ruolo istituzionale di sintesi e regia a livello provinciale, tra le aziende sanitarie e le società scientifiche.

E' pertanto opportuno che sempre più il medico riesca ad operare in coerenza con le acquisizioni scientifiche che vengono recepite da Linee Guida e PDTA in modo da uniformare la propria condotta a standard di efficacia, ma anche e soprattutto all'appropriatezza clinica potendo inoltre dimostrare sia al cittadino/paziente che alle istituzioni a fronte di possibili eventi avversi (sempre possibili e non azzerabili nelle procedure sanitarie) di aver operato con perizia, competenza e prudenza e secondo recenti



e condivise acquisizioni scientifico-professionali. In tal senso il Decreto Balduzzi (Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito nella Legge n° 189 dell'8.11.2012) all'articolo 3 comma 1 dispone che *“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”*.

Rimane un dubbio su cui con il Presidente e alcuni Consiglieri abbiamo iniziato a discutere e su cui non escludiamo di organizzare un evento nel quale confrontarci con Giuristi, Medici Legali, Clinici e Direttori Generali e Sanitari, ed è quel-

lo di come dover considerare delle recenti sentenze della Magistratura che hanno condannato dei medici a fronte di eventi avversi occorsi nonostante la stretta osservanza di linee Guida, Protocolli e PDTA. Emerge che l'orientamento del magistrato (Suprema Corte di Cassazione) è quello di ritenere che *“la disposizione normativa obblighi infatti a distinguere fra colpa lieve e colpa grave solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida e solo limitatamente a questi casi è possibile escludere la responsabilità penale laddove venga accertato il rispetto delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Tale norma tuttavia non può riguardare ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza in quanto le linee guida contengono solo regole di perizia. Sempre la Suprema Corte ha evidenziato che in presenza di un sostanziale vuoto legislativo sulla responsabilità medica e sull'oggettiva difficoltà dell'attività dei medici la scienza e la tecnologia sono le uniche fonti certe per il giudice e queste fonti derivano dalle linee guida accreditate presso la comunità scientifica e propongono un modello di terapia attento al sapere scientifico e quindi anche capace di discostarsene e di derogare quando è il caso. L'osservanza delle linee guida diventa quindi una sorta di scudo protettivo salvo che non si tratti di errori gravi commessi nel processo di adeguamento scientifico del sapere codificato alle peculiarità contingenti e che le linee guida indichino standard diagnostico-terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente”* (Corte di Cassazione, Sez. IV Penale – Sentenza 2 marzo 2011, n. 8254; Corte di Cassazione, Sez. IV Penale – Sentenza 9 aprile 2013, n. 16237. I testi delle sentenze sono scaricabili dal sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org).

In questo contesto di parziale contraddizione tra le spinte professionali di voler aderire a linee Guida/ percorsi assistenziali/ protocolli per standardizzare le procedure e quelle istituzionali/organizzative, rispetto a quelle della magistratura diventa fondamentale cogliere questo importante processo di cambiamento professionale favorendo lo sviluppo della conoscenza delle Linee Guida e dei Percorsi Assistenziali anche nella nostra provincia e fornendo ai medici un supporto per poter iniziare tali percorsi, che se non ben condotti e supportati risultano di estrema complessità. Ritengo possa essere opportuno predisporre un modulo formativo trasversale in cui offrire la metodologia della condivisione e del lavoro in team ma anche della validazione delle linee guida, per poter promuovere coerenti Percorsi Assistenziali in un mondo di informazioni scientifiche sempre più ampio che va coerentemente ricondotto, sintetizzato e contestualizzato all'ambito operativo clinico-professionale.

Dott. Daniele Frezza

Segretario dell'Ordine dei Medici e
Odontoiatri di Treviso

Si informa che il 4 luglio 2013 con inizio alle ore 18:30 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Treviso si svolgerà il Simposio per la presentazione del progetto aziendale *“Definizione di un PDT per i pazienti con nodulo tiroideo”*. Il programma completo è scaricabile dal sito www.ordinemedicitreviso.org

INFO: Servizio Formazione e Aggiornamento ULSS 9 Tel. 0422323942/3

APPROPRIATEZZA ED EQUITÀ DELLE CURE NEL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO NEL TERRITORIO TREVIGIANO

Perché definire nuovi percorsi diagnostici per il nodulo tiroideo?

Ricordiamo, innanzi tutto, il frequente riscontro di noduli tiroidei nella popolazione (tra 16% e 70%); la possibilità che un nodulo tiroideo sia “σμηείον” di cancro (la cui incidenza nei noduli varia dal 5% al 15% in rapporto a determinati fattori di rischio); l'aumento dell'incidenza dei tumori maligni tiroidei in entrambi i sessi (incremento annuo: + 5.4% nei M, + 7.3% nelle F) come segnalato dal recente report AIRTUM/AIOM (*I numeri del cancro in Italia 2012*).

È noto che l'aumento è in parte attribuito alla crescente sorveglianza sanitaria e alla maggiore disponibilità di tecniche diagnostiche molto sensibili, capaci di rivelare piccole lesioni focali clinicamente inapparenti (noduli “incidentali”).

Proprio per questo si è deciso di avviare un progetto aziendale (definizione di un PDTA per pazienti con nodulo tiroideo) per rendere più efficienti gli interventi diagnostici e terapeutici. Sono stati coinvolti un gruppo di medici di

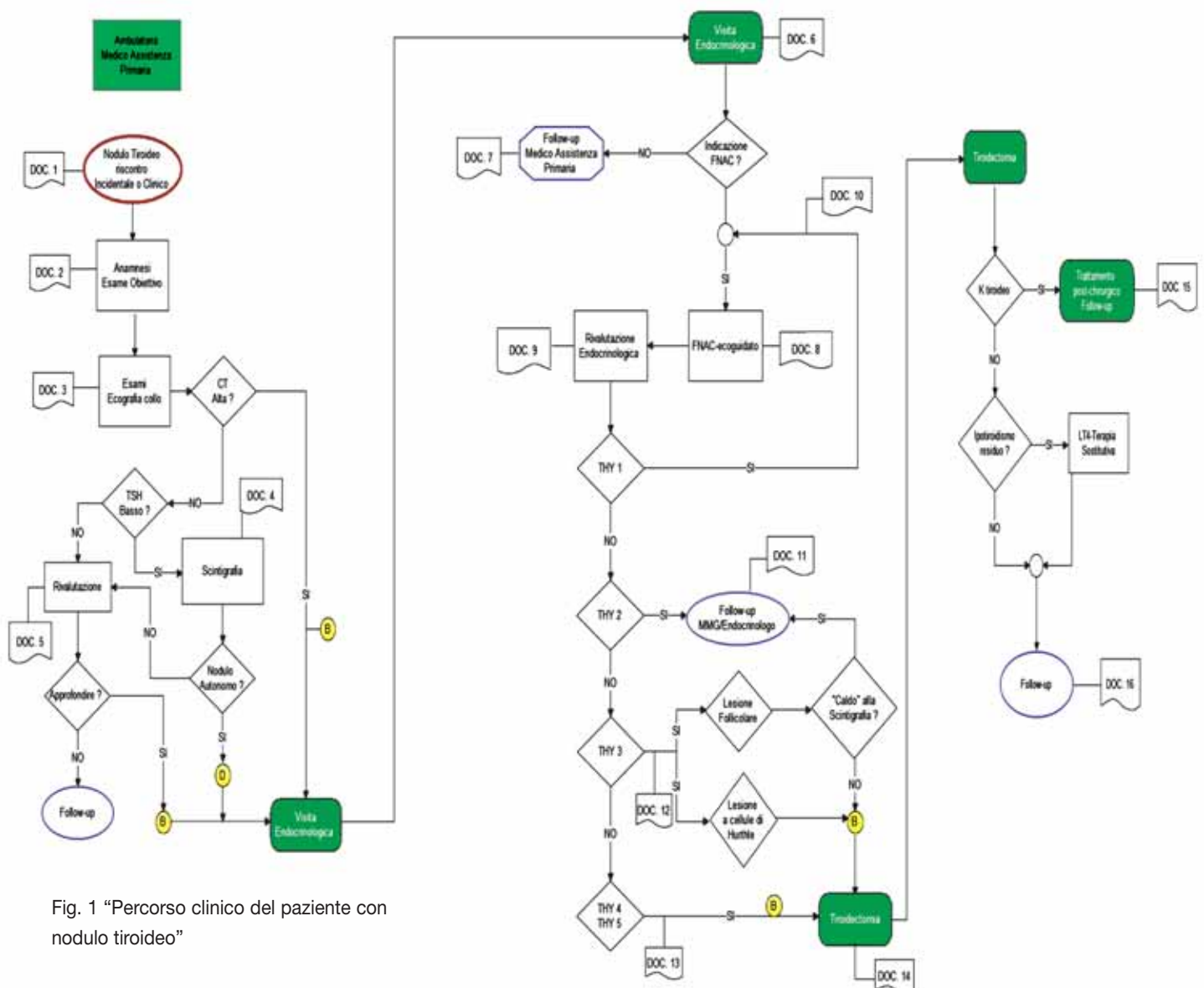


Fig. 1 “Percorso clinico del paziente con nodulo tiroideo”

Assistenza Primaria e vari Specialisti che operano nell'Azienda ULSS 9 di Treviso e in altre Strutture Sanitarie del territorio trevigiano (Ospedale "San Camillo" di Treviso – Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier): Endocrinologi, Endocrinochirurghi, Ecografisti-Radiologi, Medici Nucleari, Anatomo- Patologi. Il progetto è stato presentato lo scorso febbraio presso il Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina" dell'Azienda ULSS 9 di Treviso e ha visto l'avvio della Formazione Sul Campo (FSC) per condividere e implementare l'utilizzo del PDTA. Il corso terminerà a dicembre 2013 e permetterà l'acquisizione di 41 ECM.

Obiettivo del progetto è la realizzazione di un percorso clinico di riferimento rivolto ai medici variamente coinvolti nella gestione diagnostica e terapeutica di pazienti con nodulo tiroideo così da permettere una migliore organizzazione delle classiche tre fasi (diagnosi, terapia, follow-up) ottimizzando tempi e risorse nel rispetto della sicurezza del paziente. Premessa fondamentale per la costruzione del PDTA è stata la ricerca selettiva di linee guida applicando la check-list AGREE II (*Fondazione GIMBE: Bologna Aprile 2011*). Quindi, utilizzando il linguaggio di modellazione grafico basato sulla flow-chart, si è realizzata la sequenza di azioni, precisando i setting assistenziali, le attività, gli snodi chiave, i ruoli, le responsabilità e la "presa in carico" del paziente (*cf. fig. 1*).

Infine, in collaborazione con gli ingegneri di Nove- servizi (Ing. F. Fiorese) e Insiel (Ing. S. Antonioli) si è definito un database clinico dedicato a otto indicatori per misurare l'appropriatezza prescrittiva di alcune prestazioni (richiesta di visita endocrinologica, esami biomorali, scintigrafia, FNAC "free-hand") e l'appropriatezza delle prestazioni erogate (esito citologico "Tir1"; refertazione ecografica del collo). Dall'analisi degli indicatori del primo trimestre (gennaio-marzo 2013) sono emersi i seguenti interventi sanitari inappropriati:

- prescrizione della visita endocrinologica per "nodulo tiroideo" (appropriatezza prescrittiva pari a 67% quando il valore-soglia da noi stabilito è >98%)
- prescrizione degli Ac-tiroidei, specie dell'Ac anti-tireoglobulina
- incompleta refertazione dell'ecografia del collo (verificatasi in un terzo dei pazienti sottoposti a questa prestazione) *cf. fig. 2 - 3 - 4*.

Il coinvolgimento e la condivisione dei vari professionisti partecipanti al corso stanno già registrando risultati positivi in termini di prestazioni diagnostiche più appropriate e di interventi sanitari più efficienti.

Fig. 2

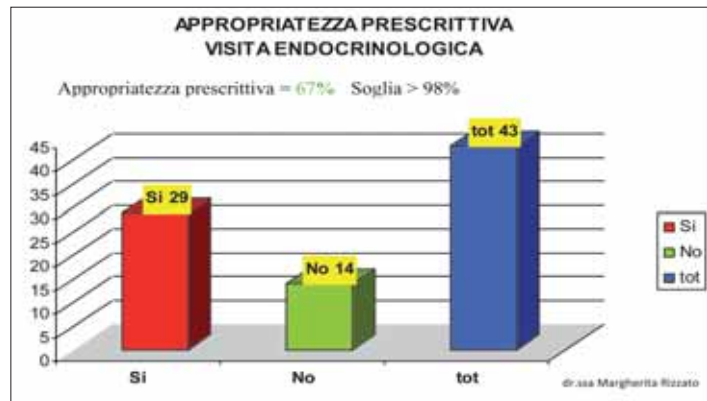


Fig. 3

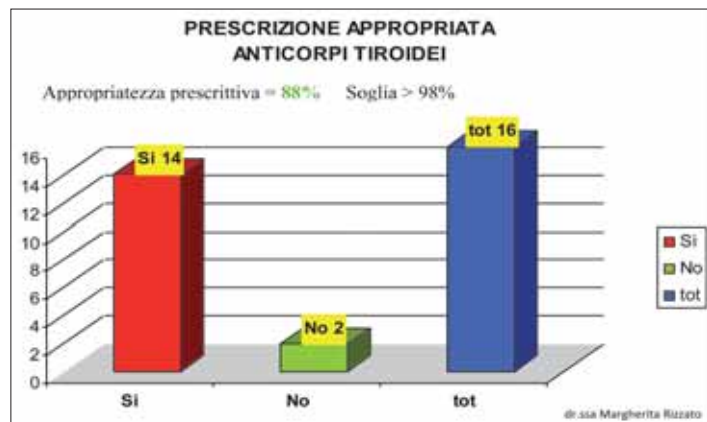
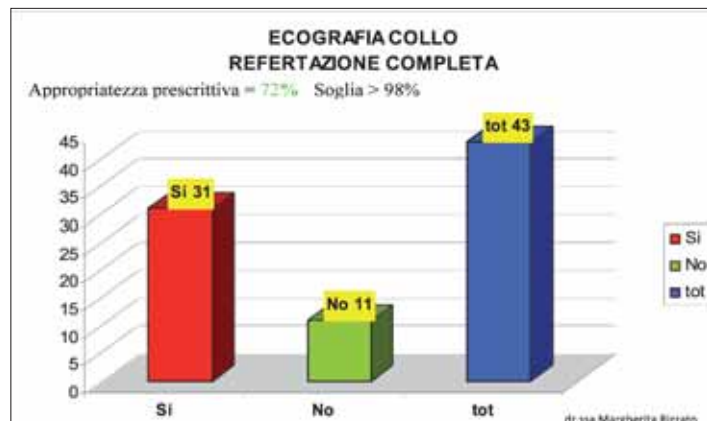


Fig. 4



Dr. Francesco Rocco - Direttore del Progetto (Responsabile UOC Specialistica Ambulatoriale ULSS 9 Treviso)

Dr.ssa Margherita Rizzato - Capo Progetto (Specialista in Endocrinologia UOC Specialistica Ambulatoriale ULSS 9 Treviso)

Dr. Daniele Frezza - Direttore Servizio Formazione e Aggiornamento dell'ULSS 9 Treviso

Il percorso diagnostico-terapeutico è presente nel sito intranet dell'Azienda ULSS 9 di Treviso

IL MEDICO DI FAMIGLIA IN VENETO NEL PROSSIMO FUTURO: RAGGIUNTO L'ACCORDO TRA REGIONE E MEDICINA CONVENZIONATA

Svolta epocale nella riorganizzazione della Sanità Veneta. A fine maggio si è raggiunta finalmente l'intesa tra la Regione Veneto e tutte le Organizzazioni Sindacali della Medicina Convenzionata.

Prende così corpo la tanto attesa attuazione della famosa DGRV 1666/2011 (quella che istituiva le Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), che porterà ad una graduale trasformazione del sistema delle cure primarie ed alla applicazione del nuovo piano socio-sanitario.

Partiranno le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) su tutto il territorio della Regione Veneto. L'avvio di questa riforma (che potrebbe essere modello esportabile a molte altre regioni italiane) riconferma il ruolo di "precursore" che ha sempre caratterizzato il Veneto, specie in campo sanitario.

È stato attivato un Tavolo Operativo che entro trenta giorni dovrà definire le caratteristiche e le specifiche funzioni delle AFT, il ruolo e le mansioni dei Coordinatori delle AFT, le particolarità e gli obiettivi del Contratto d'Esercizio che regola le MGI e tutte le specifiche sui locali e sul personale che affiancherà i Medici di Medicina Generale nelle MGI.

Come cambierà la Sanità Veneta? La svolta potrebbe essere epocale.

Innanzitutto questo piano della Regione Veneto dà il segno finalmente di una inversione di tendenza: a fronte di una paventata riduzione dei posti letto con l'attuazione delle schede ospedaliere, la Regione intende investire direttamente sul territorio per migliorare la risposta ai cittadini al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Poi cambierà anche il concetto di remunerazione per i Medici di Medicina Generale; verranno riconosciuti non solo in base al numero di assistiti che li hanno scelti come medici di fiducia, ma anche in base al raggiungimento di obiettivi di qualità del lavoro.

Per quanto riguarda le specifiche, invece, bisognerà attendere la conclusione del Tavolo Operativo ma le ipotesi più probabili dovrebbero essere le seguenti.

I Medici di Medicina Generale gradualmente si assoceranno in MGI.

Dovrebbero essere previste due tipologie di MGI: **la MGI a sede unica** (più piccola, con sede unica centrale, più adatta a territori urbani) e **la MGI a sede di riferimento** (più grande, i medici mantengono il loro studio periferico ma lavorano insieme a rotazione nella sede centrale, si mantiene la capillarità della assistenza nei comuni più decentrati, più adatta in territori montani o di campagna).

Le MGI prevedono l'apertura dello studio H12 (dalle ore 8 alle ore 20) affiancati da personale infermieristico, assistenti di studio e call center.

È prevista inoltre la successiva partecipazione della Continuità Assistenziale (dando così continuità H24 al servizio), dei Pediatri di Libera Scelta, degli Specialisti Ambulatoriali, e di altre figure professionali.

Nelle MGI sarà inoltre possibile attivare degli ambulatori dedicati specifici per l'assistenza di particolari categorie di pazienti, ad esempio: ambulatorio ipertensione, ambulatorio diabete, ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio BPCO, servizio monitoraggio Terapia Anticoagulante Orale, servizio medicazioni, ecc..

I Medici di Medicina Generale hanno accettato volentieri la sfida lanciata dalla Regione Veneto ancora nel 2011, ben consci dell'impegno che necessita questo cambiamento che stravolge le abitudini professionali acquisite negli anni.

Il vero vincitore di questa operazione sarà comunque il cittadino veneto che si troverà a poter usufruire di una sanità di maggior qualità e vicina alla porta di casa.

Dott. Bruno Di Daniel

Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Treviso

RIENTRATI I MEDICI TREVIGIANI DALLA MISSIONE SANITARIA IN MONGOLIA

Un Ponte consolidato di solidarietà sanitaria per la popolazione e di formazione tra i Medici di Treviso e il personale sanitario dell'Ospedale più a sud della Mongolia

Alla quinta missione sanitaria in Mongolia, sono rientrati da alcuni giorni 5 medici di Treviso che hanno svolto la loro attività clinica e chirurgica presso l'ospedale di Arvahikeer a favore della popolazione nomade e locale.

La Mongolia è un paese al centro dell'Asia, tra la Cina e la Russia, con distese affascinanti tra il deserto e la steppa, con un'estensione di 5 volte l'Italia e con i suoi 2.8 milioni di abitanti la densità di popolazione più bassa al mondo per le condizioni climatiche che in inverno raggiungono i meno 45 gradi per popolazioni nomadi che vivono in gher (tenda mongola) allevando cavalli, yak e pecore, lontano da qualsiasi centro abitato o presidio sanitario.

L'equipe composta dai chirurghi Giovanni Mazzoleni Maxillo Facciale, già primario del reparto di Treviso e Daniele Frezza Otorinolaringoiatra e Segretario dell'Ordine, Mario Ferro Chirurgo Pediatra e dagli Anestesisti Claudio Benetton ed Ennio Nascimben (alla sua prima esperienza in Mongolia) affiancati dalla strumentista Katia Pasqual (tutti sanitari in Servizio presso l'ULSS 9 di Treviso) hanno svolto 32 interventi chirurgici in anestesia generale che non vengono eseguiti in Mongolia, al di fuori di strutture private site in capitale ad oltre 500 km di pista a costi non sostenibili per la popolazione locale.

L'Ospedale locale è un ospedale costruito negli anni 30 privo di tecnologia, con un'unica sala operatoria che viene messa a disposizione esclusiva dei medici italiani con i chirurghi locali che operano le loro urgenze di sera e di notte dimostrando la consolidata collaborazione ed amicizia che si è venuta a creare in questi anni. La complessità è sempre quella di ricreare un setting chirurgico sufficientemente idoneo a svolgere l'attività chirurgica nelle specialità di Maxillo facciale, ORL e Chirurgia Pediatrica. Sono stati eseguiti infatti interventi in anestesia generale di timpanoplastica, di rinosettoplastica ricostruttiva, di labiopalatoschisi, di ricostruzione del palato, di plastica facciale su esiti di ustioni e traumi e su ampie demolizioni da morso di cane ed interventi di chirurgia pediatrica quali fimosi, criptorchidismo ernie inguinali, meatoplastiche. Alcuni interventi come consuetudine sono stati programmati dai medici locali, con cui si è instaurata dal 2009 un'intensa collaborazione che aspettavano con ansia i medici trevigiani per poter far operare i pazienti e condividere momenti di formazione e di lavoro di equipe.

L'ospedale di Arvahikeer è l'unico presidio sanitario





della regione a sud della Mongolia che confina con la Cina e il Deserto del Gobi e che ha un'estensione di oltre 7-800 km, i pazienti o coloro che hanno necessità vengono informati della presenza dei medici italiani di Treviso, che ormai sono diventati un riferimento, attraverso la televisione locale e vengono per farsi visitare od operare laddove la lista lo consenta per il numero di giorni limitati di presenza in Mongolia. Sono stati visitati oltre 300 pazienti ed operati in emergenza ed urgenza alcuni pazienti che purtroppo non vengono solitamente trattati, con gravi rischi per la loro salute, per l'assenza di medici specialisti nelle discipline sopra descritte e per mancanza di attrezzature chirurgiche adeguate.

Durante le due settimane di lavoro è stato possibile svolgere un'attività di formazione sia

chirurgica sui medici dell'ospedale, che sui Medici e Pediatri della regione sulle otiti in età pediatrica molto frequenti per le condizioni sociali e climatiche, che portano in larga frequenza ad otiti croniche bilaterali e a sordità.

La missione in Mongolia si svolge in collaborazione con una Missione cattolica della Consolata presente ad Arvaihkeer da circa 10 anni, dove Padre Giorgio e Suor Lucia rappresentano un punto di riferimento fondamentale per i rapporti con le autorità locali e per la loro indispensabile opera di traduttori, affiancando l'interprete mongola nel lavoro dei medici trevigiani. La Missione è stata finanziata da donazioni che provengono da Istituzioni quali la Croce Bianca di Montebelluna, la Cooperativa Castelmonte, l'Associazione Help for Children di San Vendemiano e imprenditori e cittadini delle province di Treviso e Venezia che sostengono i Medici Trevigiani che hanno svolto la loro attività utilizzando le ferie. Sta nascendo un'Associazione voluta dai Medici per sostenere e aumentare la possibilità di intervento sanitario in Mongolia a cui poter aderire o donare finanziamenti, auspichiamo un'attività di sostegno (per informazioni: daniele.frezza1@gmail.com, mazzoleni_giovanni@yahoo.it).

A nome dei Colleghi della Missione in Mongolia
Il Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Treviso

Dott. Daniele Frezza



RELAZIONE DELLA “COMMISSIONE SULLA SANITÀ PRIVATA” esposta al Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso il 27 novembre 2012

gruppo di lavoro

Giancarlo Bisetto – Renzo Malatesta – Antonio Maestri – Augusto Coan

PREMESSA

In ogni ULSS dove esista una **attività sanitaria privata**, questa è vista come un'opportunità per la gestione della ULSS. I rapporti tra pubblico e privato hanno l'obiettivo di garantire una stretta connessione in modo da poter integrare il pubblico nelle molteplici esigenze sanitarie.

La sanità privata va considerata come una risorsa non come una fonte di spesa.

Il privato quindi non ha certo il compito di far concorrenza al pubblico, ma il suo obiettivo è quello di integrarlo lavorando in sinergia per offrire al cittadino un servizio più adeguato e completo possibile.

Quindi, secondo noi, è giusto continuare dividendosi i compiti e lavorando in sinergia con il pubblico come già avviene nelle Ulss del Veneto.

L'utente nelle realtà della Sanità Veneta, non percepisce differenza tra pubblico e privato accreditato poiché lo standard del privato si confronta con lo standard di un pubblico elevato ed efficiente.

Ecco anche perché non esiste nel Veneto una sanità privata non accreditata quindi a totale pagamento.

ALCUNI NUMERI SULLA SANITA' PRIVATA IN VENETO

Nella nostra regione la sanità ospedaliera privata accreditata:

- Rappresenta il **16% dei posti letto ospedalieri**, (tale percentuale è la metà rispetto alla percentuale media nazionale);
- Eroga il **18% delle prestazioni ospedaliere**;
- **Costa alla Regione l'11%** rispetto alla spesa ospedaliera regionale;
- **Assorbe circa il 5,6 % di risorse rispetto all'intera spesa sanitaria regionale**;
- Conta su un **organico di 8.000** persone tra dipendenti e collaboratori.

Attraverso l'elaborazione dei dati presentati nell'ultima relazione della Corte dei Conti si evince come **il costo di un ricovero prodotto dagli erogatori privati accreditati sia mediamente inferiore del 38% rispetto ai costi di produzione dei ricoveri presso erogatori pubblici.**

Elementi e dati che confermano la capacità del settore privato di fornire in termini di efficienza un importante contributo al sistema e che pertanto dovrebbero rappresentare utili riferimenti per ottimizzare e programmare la spesa sanitaria.

LO STATO DEI FATTI ORA

A fronte dell'esigenza di riequilibrare e razionalizzare la finanza pubblica, i provvedimenti regionali adottati negli ultimi due anni hanno interessato prevalentemente il settore privato accreditato, imponendone una pesante scure al punto da mettere in crisi l'intero settore: **tagli corrispondenti al 16% dei volumi di attività.**

La contrazione di risorse, per alcune strutture del settore privato, il taglio è stato superiore al 20% rispetto all'attività precedentemente prodotta.

La prospettiva nell'immediato futuro non è rosea, sono attesi altri tagli.

Proseguire lungo questa strada pone riflessioni in ordine al ruolo della sanità privata in questa regione, in ordine ai diritti di libertà di scelta degli utenti, in ordine ai livelli essenziali di assistenza e di cura per i nostri cittadini.



A fronte dell'insieme di questi **tagli** l'intero settore della sanità privata accreditata con il Sistema Sanitario Regionale è in crisi e sta rivedendo i propri piani industriali, purtroppo - per alcune strutture sanitarie ospedaliere - **coinvolgendo nei tagli anche il personale, risorsa determinante e fondamentale in questo settore** che poggia sulla capacità e le professionalità dei lavoratori.

Il personale medico ed infermieristico di alcune strutture sanitarie, sta vivendo momenti di angoscia e di stress, non avendo la certezza del futuro lavorativo costruito con anni di impegno e sacrificio.

CONCLUSIONI

1. A fronte di tali criticità il settore privato accreditato può avere un ruolo di fondamentale importanza per garantire equilibrio e razionalizzazione di risorse, affiancando il servizio gestito direttamente dal pubblico per la copertura dei livelli di assistenza sanitaria e tutela dei cittadini.
2. L'auspicio è che si sappia valorizzare ed utilizzare questo patrimonio, pur nel rispetto degli equilibri finanziari, aumentando i servizi per la tutela della salute del cittadino e mai impoverendo il servizio sanitario.
3. Si ritiene che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri possa svolgere un ruolo primario nell'indirizzare le scelte tecnico-organizzative, analizzando i dati e proponendo ipotesi di azione.

QUANTI CREDITI DEVONO ESSERE ACQUISITI NEL TRIENNIO 2011-2013 DAL PROFESSIONISTA SANITARIO?

Per il triennio 2011-13 è stato confermato il debito complessivo di 150 crediti formativi (50 crediti annui - min. 25 max 75). E' prevista la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008-10) una quota di crediti stabilita in 45 crediti (cfr.: Accordo Stato-Regioni 19 Aprile 2012), a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 c.f. oppure *90 c.f..

* Dal triennio 2005-2007, il professionista, che ha acquisito 60 c.f., può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 c.f.. Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 crediti formativi. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO

L'assistenza specialistica ambulatoriale ha un rilievo importante all'interno del Sistema Sanitario italiano se si osservano i dati del Rapporto Meridiano Sanità 2012 che quantifica la spesa sanitaria totale italiana in 140 mld. di euro nel 2011 e stima la spesa per la specialistica, in totale, compresa fra i € 11,5 e 12,0 mld. di euro.

La spesa sanitaria pubblica tra il 2001 ed il 2011 è cresciuta complessivamente di 37 miliardi di euro, registrando un tasso di crescita medio annuo pari al 4,1% circa (dal 6,2% al 7,1% di incidenza sul PIL), rispetto ad un incremento medio annuo del PIL a valori correnti, pari al 2,6%.

Una delle principali tendenze nell'evoluzione dei sistemi sanitari riguarda l'offerta di prestazioni sempre più complesse sperimentando forme assistenziali diverse dal ricovero ospedaliero ordinario, questo a fronte della sostenibilità del sistema per la riduzione/ristrutturazione dei finanziamenti.

Negli anni '60 l'attività dello Specialista Ambulatoriale era garantita dai poliambulatori a diretta gestione delle cosiddette "Casse Mutue", il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale ha permesso il salto di qualità dell'assistenza specialistica evidenziando il ruolo fondamentale dello Specialista Ambulatoriale Interno nei servizi territoriali e nei consultori assieme ai medici di medicina generale, guardia medica e pediatri.

Ne è seguita una evoluzione qualitativa della professione dello Specialista Ambulatoriale Interno con la costante revisione della propria attività, che oggi si concretizza nella "continuità di cura" e nella "presa in carico globale" del paziente partecipando attivamente alla risposta assistenziale sul territorio assieme ai medici di medicina generale e pediatri.

Lo Specialista Ambulatoriale Interno è sempre più impegnato nella cura di pazienti le cui patologie spesso di notevole complessità esigono un diverso approccio assistenziale integrando la propria attività all'interno di percorsi diagnostico assistenziali condivisi con tutti gli Operatori del territorio e partecipando alla continuità terapeutica dei protocolli di cura Territorio/Ospedale. L' Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dai nuovi AA.CC.NN. della Medicina Convenzionata, si fonda nello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti convenzionati (Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Psicologi ed altre Professionalità Ambulatoriali, MMG, PLS), ognuno specificatamente per le proprie competenze, evitando il sovrapporsi di funzioni, con lo scopo di mantenere alta la qualità dell'Assistenza offerta ai Cittadini.

Tutto ciò rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, non solo tramite via telematica ma anche attraverso la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione.

La realizzazione di "percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali" assicura l'omogeneità della qualità delle prestazioni erogate nell'ambito territoriale definendo:

1. gli obiettivi singoli e quelli comuni
2. i ruoli di ciascuno (es. nel percorso diabete tipo II)
3. i tempi di intervento (es. nel percorso scompenso cardiaco)
4. gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori

e permettendo un confronto continuo tra coloro che trattano la stessa patologia ma soprattutto una corretta risposta assistenziale.

L'attivazione delle nuove aggregazioni funzionali territoriali della Specialistica Ambulatoriale consentirà al medico curante di trovare una opportuna consulenza multidisciplinare per il trattamento di patologie croniche complesse: ad es. il pz. cronico cardiopatico ed iperteso con patologia metabolica potrà avere la consulenza contemporanea del cardiologo, dell'urologo, dell'endocrinologo, dell'oculista ed eventualmente nei pazienti anziani del geriatra.

Lo sviluppo del sistema assistenziale richiede di conseguenza il continuo aggiornamento del bagaglio culturale e professionale dello Specialista Ambulatoriale Interno che può contare sulla presenza di specifiche Società Scientifiche nazionali ed internazionali, su sistemi di formazione Aziendali e su data base consultabili in rete anche direttamente sui siti istituzionali.



Dott. Gianfranco Tositti

Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Treviso



LA RUBRICA DEI GIOVANI MEDICI

a cura di Dal Bò Silvia

GIOVANI MEDICI ALL'ESTERO

Dopo la laurea in medicina i giochi sono tutt'altro che fatti visto che arriva il momento di decidere che direzione prenderà la propria professione. Una delle possibilità che si possono considerare è di conseguire la specializzazione all'estero. Si apre in questo modo un panorama di opzioni decisamente variegato con modalità diverse a seconda della nazione in cui si desidera andare. I motivi che spingono a specializzarsi all'estero sono diversi: training differenti, una diversa remunerazione e considerazione dello specializzando, le possibilità di lavoro post specializzazione o semplicemente la curiosità di conoscere nuovi posti e culture e l'idea di imparare nuove lingue.

Per gli interessati segnaliamo il sito <http://www.giovanemedico.it/> che contiene una descrizione dettagliata delle modalità con cui si svolgono le specializzazioni nel paese di interesse e fornisce informazioni utili sulle procedure per iscriversi. Sono inoltre riportate alcune esperienze di giovani medici che hanno deciso di intraprendere questa strada.

Prendiamo in considerazione alcuni esempi di paesi europei che vedono italiani in trasferta.

SVIZZERA

In Svizzera non ci sono scuole di specializzazione, ma piuttosto società che riconoscono un titolo a fronte di un curriculum specialistico.

Facciamo un esempio: per acquisire il titolo di pediatra ospedaliero bisogna aver maturato un'esperienza di almeno cinque anni di lavoro post-laurea in ospedali riconosciuti dalla società di pediatria svizzera, e almeno quattro di questi anni in ambito pediatrico. Più precisamente: due anni in un reparto di pediatria di categoria A (universitario per intenderci), due anni in un reparto di pediatria di categoria B e un anno libero, che può essere speso in un reparto ancora di pediatria o di un'altra specialità che sia però affine e che possa essere utile per la futura professione.

Per le specialità chirurgiche funziona molto diversamente: c'è un catalogo di interventi che si deve fare prima di poter ottenere il titolo (per intenderci: 30 appendicecto-



mie, 15 colecistectomie, 5 colon eccetera).

Per iniziare una specialità non esiste nessun esame o test d'ingresso, è sufficiente mandare il curriculum vitae, sostenere il colloquio con il primario o chi per esso e se questo va a buon fine si inizia a lavorare. Nessuno garantisce un percorso, ma deve essere il singolo a scegliere dove andare a lavorare, in che città, in che ospedale e in che reparto. Di conseguenza si deve sempre cercare autonomamente il posto di lavoro successivo.

INGHILTERRA

In United Kingdom (UK) si fanno due anni generali chiamati "foundation programme" in cui ogni quattro mesi si frequentano diversi reparti (medicina, chirurgia, pediatria, pronto soccorso, medico di medicina generale) e si è regolarmente "on call" (cioè di guardia), coprendo emergenze di ogni tipo in reparto e le ammissioni dal pronto soccorso. Il foundation programme fornisce delle competenze essenziali per essere un medico a 360 gradi qualsiasi sia la specialità che poi sarà scelta.

Dopo il foundation programme si accede allo Speciality Training che ha una durata fra i sette e gli otto anni, in base alla specialità scelta e i percorsi informativi intrapresi. Il primo anno di Foundation Programme NON rappresenta un passaggio obbligatorio per gli Italiani abilitati in Italia.

Molti scelgono l'UK per il training di chirurgia che permette di lavorare ogni sei mesi in diverse chirurgie dando una formazione completa come chirurgo generale e permettendo di scegliere poi la specialità definitiva con cognizione di causa.

In termini di possibilità di lavoro non c'è alcun problema per i primi quattro anni. Poi le selezioni per i posti da "specializzando anziano" si fanno dure, ma se non si riesce a trovare un training ci sono sempre altre possibilità tipo ricerca o "locum" (incarichi temporanei).

Per chi invece vuole limitare la propria esperienza inglese si possono trovare "clinical fellowships" per poter lavorare in ospedale oppure fare ricerca per un periodo limitato di qualche mese.



SPAGNA

Per accedere alla scuola di specializzazione medica in Spagna bisogna iscriversi al MIR, che è un esame nazionale unico per tutti, che si svolge lo stesso giorno alla stessa ora nelle diverse città autorizzate. Si tratta di quiz a risposta multipla riguardanti la medicina generale, prevalentemente presentati come casi clinici. In base ai punteggi finali viene stilata una graduatoria nazionale. In ordine di graduatoria poi i candidati devono esprimere la propria scelta di specialità, città e ospedale. La convocazione procede progressivamente fino a completamento dei posti disponibili, che non coprono necessariamente tutti i candidati. Per poter accedere al MIR sono necessari: l'omologazione del titolo italiano al corrispondente spagnolo, il certificato di laurea e degli esami sostenuti ed l'esame di lingua spagnola D.E.L.E (Diploma de Espanol como Lengua Extrangera).

Una volta ottenuta la specializzazione all'estero come viene riconosciuto il titolo in Italia?

Coloro che hanno conseguito all'estero un titolo professionale dell'area sanitaria ed intendono esercitare la professione in Italia, devono ottenere dal Ministero della Salute il riconoscimento del titolo.

I decreti che mirano al riconoscimento dei titoli (anche in ambito medico chirurgico) vanno sotto il nome di "direttive europee". Le domande o i dubbi sul riconoscimento delle specialità mediche nell'ambito dell'Unione Europea



(UE) possono trovare risposta nella Direttiva 2005/36/CE, scaricabile da Internet. Alla luce di tale direttiva, gran parte delle specializzazioni, ossia le principali branche della medicina e della chirurgia, sono mutualmente ed automaticamente riconosciute in tutti i paesi membri dell'UE.

Esistono alcune specialità particolari che non sempre trovano un corrispettivo in tutti gli Stati. Per fare un esempio, la specializzazione (nel mondo anglosassone) in Palliative Care (cure palliative) tuttora non ha corrispondenza in svariate altre nazioni, compresa l'Italia. In casi come questo il processo di riconoscimento può presentare dei problemi. La direttiva elenca le varie specialità mediche, indicando anche il corrispettivo nome che prendono nei vari Paesi. Se manca un corrispettivo significa che in quel Paese non è riconosciuta. La libera circolazione dei medici e il riconoscimento dei loro titoli di studio vale NON solo per i medici italiani che vogliono andare ad esercitare all'estero ma anche per i medici di paesi esteri che vogliono esercitare in altri paesi membri dell'UE (è sempre la stessa direttiva, cambia solo la lingua).

Questi non sono che spunti da cui il neolaureato può partire qualora desideri fare esperienza all'estero ma non dimentichiamo le tante possibilità in ambito nazionale. Quindi un augurio per qualsiasi strada sceglierete di intraprendere!

Dott.ssa Stephanie Giuliotto

Bibliografia:

1. <http://www.giovanemedico.it/>
2. <http://www.salute.gov.it/professionisanitarie/paginalnterna.jsp?id=2972&menu=strumentieservizi>
3. Direttiva 2005/36/CE
4. http://www.edscuola.it/archivio/norme/europa/l_16593.pdf :
5. http://www.miur.it/0002Univer/0052Cooper/0069Ricono/0359Il_ric/0361Docume/1490Ricono_cf2.htm





AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E CONSULTAZIONE INFORMAZIONI SCIENTIFICHE NON TI SEI ANCORA REGISTRATO? ...AFFRETTATI!

Iniziativa promossa dal Consiglio Direttivo di quest'Ordine in materia di aggiornamento professionale - UpToDate: il Consiglio nella seduta del 27 novembre 2012 ha deliberato di acquistare un abbonamento cumulativo, per tutti gli iscritti all'Ordine, ad UpToDate, 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 diagno-

stico-terapeutico, alle complicità, 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.

Il periodo di abbonamento offerto per adesso è di 13 mesi, dal 1° dicembre 2012 al 31 dicembre 2013. Gli iscritti all'Ordine possono accedere al portale di UpToDate tramite una postazione fissa presente presso gli Uffici di Segreteria dell'Ordine, o dal proprio computer con registrazione all'area riservata presente sul sito dell'Ordine, www.ordinemedicitreviso.org.

Top Specialty Report		
Facility Name - Ordine provinciale dei Medici chirurgi		
Date Range From 01/01/2013 To 05/27/2013		
Subs Num - 326483		
UpToDate Confidential		
Rank	Topic Specialty	Total Topic Hits
1	Pediatrics	603
2	Cardiovascular Medicine	411
3	Oncology	363
4	Infectious Diseases	325
5	Endocrinology and Diabetes	277
6	Hematology	272
7	Neurology	264
8	Rheumatology	263
9	Nephrology and Hypertension	245
10	Gastroenterology and Hepatology	187
11	Drug Information	181
12	Allergy and Immunology	161
13	Adult and Pediatric Emergency Medicine	153
14	Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine	148
15	General Surgery	145
16	Obstetrics, Gynecology and Women's Health	130
17	Patient Information	129
18	Adult Primary Care and Internal Medicine	122
19	Dermatology	83
20	Calculators	57
21	Psychiatry	35
22	Palliative Care	30
23	Family Medicine and General Practice	5
24	Geriatrics	3
Total		4,592

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: UN OBBLIGO DI LEGGE

In data 14 febbraio 2013 la Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha ribadito 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". E' notizia di questi giorni che alcuni Ordini, anche della nostra Regione, venendo incontro alla richiesta della Federazione, hanno incominciato ad informare i propri iscritti che la mancata comunicazione dell'indirizzo di posta elettronica certificata potrà essere valutata come una violazione deontologica sotto il profilo della mancata collaborazione con il

proprio ordine di appartenenza.

Sono invitati quindi tutti i nostri iscritti a voler adempiere a questo obbligo di legge.

A tal fine si ricorda che quest'Ordine ha stipulato una convenzione con ARUBA (rinnovata con decorrenza 1.5.2013) che consente **l'attivazione della PEC al costo triennale di € 4,00 + iva**. È sufficiente entrare nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org, cliccare sul link **"agevolazioni per gli iscritti"** e seguire le indicazioni, che si riportano di seguito.

Tutti coloro che invece avessero già attivato la casella PEC sempre tramite ARUBA e fossero vicini alla scadenza dei 3 anni, riceveranno direttamente da ARUBA un avviso per il rinnovo triennale alle medesime condizioni economiche (€ 4,00 + iva), seguendo semplicemente le indicazioni riportate nel sito www.pec.it.

ARUBA PEC (costo € 4,00 + IVA triennale)

Modalità da seguire per richiedere l'attivazione della casella PEC

Procedura:

- L'utente accede al portale www.arubapec.it
- Clicca in alto a destra su "convenzioni"
- Inserisce il codice convenzione **OMCEO-TV-0005**
- Nella pagina successiva deve inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Treviso
- L'utente dovrà inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.
- L'utente dovrà effettuare il pagamento con le seguenti modalità: Bonifico Bancario, Bollettino Postale o Carta di Credito;
- il cliente invia il fax con la copia del documento di identità, modulo accompagnatorio e copia del versamento effettuato tramite fax al numero dedicato **0575/862026**;
- Viene inviata conferma di attivazione della casella in 24/48 ore dall'invio dei documenti;
- Per accedere alla casella è sufficiente recarsi sul portale www.arubapec.it
- Cliccare su "accesso gestione mail" <https://gestionemail.pec.it/prov/authentication.cgi> ;
- Controllare i dati ed eventualmente variare la password;
- A questo punto cliccare in alto a destra su "logout";
- Per utilizzare la casella cliccare su "accesso web mail" <https://webmail.pec.it/index.html> ;
- Inserire nome casella e password;
- A questo punto si accede alla casella.

Per eventuali problemi è disponibile il servizio help desk di Aruba al numero 0575/0500.

LA NEWSLETTER DELL'ORDINE UN NUOVO SERVIZIO PER I NOSTRI ISCRITTI COMUNICACI IL TUO INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

Partirà a settembre di quest'anno un nuovo servizio d'informazione gratuito rivolto a tutti gli iscritti all'Ordine di Treviso, la Newsletter, un foglio telematico che raccoglierà notizie professionali, elaborati, approfondimenti

legislativi ma anche novità scientifiche. Uno strumento utilissimo per ricordare agli iscritti le scadenze delle attività promosse da questo Ordine e d'interesse professionale.

Coloro i quali desiderano ricevere la newsletter dell'Ordine sono invitati a comunicare tempestivamente il proprio indirizzo di posta elettronica compilando il sottostante modulo ed inviarlo a mezzo fax, e-mail o per posta all'Ordine:



Spett.le Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Treviso
Via Cittadella della Salute, 4 – 31100 TREVISO
Fax 0422/541637 – E-mail: ordmedtv@iol.it

Il sottoscritto Dott.

codice fiscale

esercente la seguente attività professionale (prevalente)

presso (indicare l'Ente, la struttura, lo studio, etc.)

Via.....**CAP**.....**Località**.....

**comunica il proprio indirizzo e-mail
al quale intende ricevere comunicazioni/aggiornamenti dell'Ordine:**

.....
(scrivere con grafia chiara e leggibile)

Data.....

Firma

ENTRA NEL SITO DELL'ORDINE DI TREVISO

www.ordinemedicitreviso.org

ED ACCEDI AI SEGUENTI SERVIZI GRATUITI

• **RASSEGNA STAMPA:** l'Ordine dei Medici di Treviso unitamente agli altri Ordini dei Medici del Veneto, ha aderito alla proposta della società Press Service di Venezia di fornire gratuitamente a tutti i nostri iscritti un servizio quotidiano di rassegna stampa che contiene le principali notizie, tratte dai quotidiani nazionali e locali, inerenti la Sanità, il SSN, la medicina, la ricerca in campo medico e viene inviata tutti i giorni tramite e-mail agli iscritti che ne faranno richiesta. In qualunque momento, l'utente potrà comunque cancellarsi dal servizio inviando una e-mail alla società Press Service, attraverso il link contenuto nella stessa rassegna stampa. Il servizio non comporta alcun rischio informatico per il computer e/o il dispositivo mobile di chi lo riceve (Blackberry, iPhone, ecc.), oltre ad avere dimensioni estremamente

contenute.

Per aderire al servizio basta inviare una e-mail a info@press-service.it indicando oltre al nome e cognome l'Ordine di appartenenza.

Info: PRESS SERVICE Sas

Tel. 041.926707 Fax 041.2527224

• **Abbonamento gratuito alla rivista VIDEO JOURNAL OF MEDICINE:** l'abbonamento, gratuito e senza impegno, permette la visione integrale di tutti i video presenti nella rivista ad eccezione di quelli pubblicati nell'area Corsi & Master. Consente inoltre di essere tempestivamente informati sulle nuove pubblicazioni. La consultazione della rivista è riservata al personale sanitario.

CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

Il **30 aprile 2013** è scaduto il termine per il pagamento della seconda rata del contributo di iscrizione all'Ordine dovuto per l'anno 2013.

Per coloro che non avessero ancora pagato si fa presente che il versamento può essere tuttora effettuato, senza mora aggiuntiva, a mezzo bollettino RAV inviato a domicilio oppure, in caso di smarrimento del bollettino, direttamente presso gli sportelli di Equitalia Servizi SpA di Treviso (Viale Montegrappa 34 – tel. 0422/2911) e di Conegliano (Via Maggior Piovesana 13/A – Tel. 0438/1847010).

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

Tale avviso ricorda di effettuare il pagamento entro due precise scadenze: prima rata (o unica soluzione) entro il 28 FEBBRAIO e seconda rata entro il 30 APRILE.

Nel caso di mancato pagamento, dopo il 30 aprile, scatterà l'emissione di cartella esattoriale con aumento della tassa per la notifica, e nel caso di ulteriore insoluto, Equitalia Servizi SpA dovrà procedere ai sensi di legge, senza possibilità di intervento da parte di quest'Ordine, con l'applicazione della mora ed eventuale fermo auto amministrativo.

Il sistema di riscossione della quota dell'Ordine a mezzo "avviso" permette, a discrezione dell'iscritto, di effettuare la domiciliazione bancaria, operazione che può essere effettuata presso il proprio Istituto di Credito se convenzionato con Equitalia Servizi SpA. La Banca provvederà ad inviare i dati del cliente ad Equitalia Servizi SpA (Ag. Riscossione 113), il quale, invierà l'avviso di pagamento sia all'interessato (con i bollettini di c/c postale barrati) e sia alla propria banca che eseguirà il pagamento. Tale operazione avrà decorrenza 2014.

CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING) PER I MEDICI E GLI ODONTOIATRI ITALIANI

A seguito della comunicazione n. 38 della Federazione Nazionale del 16 maggio 2013, si informa che l'autorità competente per il rilascio del certificato di **Good Standing** ai medici e agli odontoiatri italiani, ai sensi della vigente normativa relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (direttiva UE 2005/36 e suo recepimento nell'ordinamento italiano, decreto legislativo del 9.11.2007, n. 206) è il **Ministero della Salute**.

Chi fosse interessato deve utilizzare la modulistica ministeriale (Allegato G1 + Modello G) scaricabile dal sito del Ministero della Salute al seguente indirizzo:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2972&area=professioni-sanitarie&menu=riconoscimento

The screenshot displays the website of the Italian Ministry of Health (Ministero della Salute). The page is titled 'Titoli conseguiti in Italia' and is divided into three main sections: 'Titoli conseguiti all'estero', 'Titoli conseguiti in Italia', and 'Dichiarazioni sostitutive'. The 'Titoli conseguiti in Italia' section is highlighted with a yellow arrow. Within this section, there are three sub-sections: 'Attestato di conformità', 'Equiparazione titoli', and 'Certificato di onorabilità professionale (Good standing)'. The 'Certificato di onorabilità professionale (Good standing)' sub-section is also highlighted with a yellow arrow and lists the following forms: 'ALLEGATO G1 + MODELLO G' (for various medical and dental titles), 'ALLEGATO I + MODELLO I-bis' (for psychologists), and 'ALLEGATO G4 + MODELLO G4' (for nurses and other health professionals). The page also features a search bar, a navigation menu, and a footer with the publication date: 'Data di pubblicazione: 16 aprile 2012, ultimo aggiornamento: 17 maggio 2013'.

IL DIRITTO ALLA SALUTE PREVALE SULL'OBIEZIONE DI COSCIENZA

Le questioni di coscienza sono legittime per l'intervento ma non per le cure

La Corte di Cassazione con sentenza n. 1619 depositata il 2 aprile 2013 ha confermato la sentenza di condanna emessa dal Giudice d'appello per una ginecologa, in servizio di guardia medica nel reparto di ostetricia e ginecologia, condannata per il reato di omissione di atti d'ufficio in quanto, chiamata ad assistere una paziente che era stata sottoposta ad interruzione volontaria di gravidanza, si è rifiutata di visitarla ed assisterla, in quanto obiettrice di coscienza, nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica ed i successivi ordini di servizio impartiti telefonicamente dal primario e dal direttore sanitario. La Corte ha evidenziato come la legge tuteli il diritto di obiezione di coscienza entro il limite delle attività mediche dirette alla interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico non può rifiutarsi di prestare assistenza alla paziente in quanto la normativa esclude che l'obiezione possa riferirsi anche alle cure antecedenti e conseguenti all'intervento. Il sanitario obiettore ha il diritto di rifiutare di determinare l'aborto (chirurgicamente o farmacologicamente) ma non di prestare l'assistenza nelle altre fasi.

STUDI DENTISTICI APERTI NEL MESE DI AGOSTO 2013

Si invitano i Colleghi, i cui studi dentistici rimarranno aperti nel prossimo mese di agosto, a voler compilare e ritornare alla Segreteria dell'Ordine il sottostante modulo **entro e non oltre VENERDÌ 19 LUGLIO 2013 (anche a mezzo fax al numero 0422/541637 purchè ben leggibile).**

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

Le comunicazioni che ci perverranno dopo il 19 luglio p.v. non potranno essere prese in considerazione per la stampa.

Dott. _____

Studio dentistico nel Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ Fax _____

PERIODO DI APERTURA NEL MESE DI AGOSTO:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

e

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Firma _____

Variazioni agli Albi

Dicembre 2012 – Maggio 2013

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

Bigolin Francesco	<i>Prima iscrizione</i>
Boccardo Grazia	<i>Trasferita dall'Ordine di Belluno</i>
Bombace Valentina Maria	<i>Trasferita dall'Ordine di Catania</i>
Bracalente Gabriella	<i>Trasferita dall'Ordine di Fermo</i>
Bunicci Andrea	<i>Prima iscrizione</i>
Buoro Vanessa	<i>Prima iscrizione</i>
Dal Bello Enrico	<i>Prima iscrizione</i>
De Pinto Stefano	<i>Reiscrizione all'Albo dei Medici mantenendo l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri – Doppia iscrizione</i>
Della Libera Ilenia	<i>Prima iscrizione</i>
Diana Paolo	<i>Prima iscrizione</i>
El Chami Makie	<i>Prima iscrizione</i>
Favaretto Niccolò	<i>Prima iscrizione</i>
Fenaroli Francesco	<i>Trasferito dall'Ordine di Monza - Brianza</i>
Filippetto Matteo	<i>Prima iscrizione</i>
Gava Giulia	<i>Prima iscrizione</i>
Giopato Federico	<i>Prima iscrizione</i>
Griseri Mara	<i>Trasferita dall'Ordine di Milano</i>
Maccarrone Fabio Aldo	<i>Trasferito dall'Ordine di Catania</i>
Magoga Giulia	<i>Prima iscrizione</i>
Malatesta Alberto	<i>Prima iscrizione</i>
Marcon Elisabetta	<i>Prima iscrizione</i>
Marsano Agnese	<i>Prima iscrizione</i>
Mazzariol Marilena	<i>Prima iscrizione</i>
Miotto Laura	<i>Prima iscrizione</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Bruni Bruno	<i>Deceduto – Doppia iscrizione</i>
Burelli Albis	<i>Dimissioni</i>
Caenaro Gianfranco	<i>Deceduto</i>
Ceccarelli Osvaldo	<i>Dimissioni</i>
Cisotto Paolo	<i>Dimissioni</i>
D'Astuto Magda	<i>Trasferita all'Ordine di Como</i>
Meneghetti Giovanna	<i>Trasferita all'Ordine di Padova</i>
Mognato Elisabetta	<i>Trasferita all'Ordine di Venezia</i>
Nardi Fabrizio	<i>Dimissioni</i>

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Bortoletti Alessandro	<i>Prima iscrizione</i>
Coppe Matteo	<i>Prima iscrizione</i>
Henriques Westphalen Graziela	<i>Prima iscrizione</i>
Kalinina Inga	<i>Prima iscrizione</i>
Piccolo Alvise	<i>Prima iscrizione</i>
Silvestrini Domenico	<i>Prima iscrizione</i>

Morao Veronica	<i>Prima iscrizione</i>
Moro Elisa	<i>Prima iscrizione</i>
Nistri Cristina	<i>Prima iscrizione</i>
Olivato Elena	<i>Prima iscrizione</i>
Perali Giulia	<i>Prima iscrizione</i>
Pillon Roberto	<i>Prima iscrizione</i>
Piovesan Raffaella	<i>Prima iscrizione</i>
Polo Samantha	<i>Prima iscrizione</i>
Poretto Valentina	<i>Prima iscrizione</i>
Posocco Andrea	<i>Prima iscrizione</i>
Pugliese Pietro	<i>Trasferito dall'Ordine di Roma</i>
Salvador Chiara	<i>Prima iscrizione</i>
Salvalaggio Alessandro	<i>Prima iscrizione</i>
Sant Selena	<i>Prima iscrizione</i>
Santinon Andrea	<i>Prima iscrizione</i>
Savoca Vincenzo	<i>Trasferito dall'Ordine di Catania</i>
Sponchiado Alessandra	<i>Prima iscrizione</i>
Toffoletto Simone	<i>Prima iscrizione</i>
Toma Teodorescu Diana	<i>Prima iscrizione – DGRUPS/VII/1.5.h.a. 7.2.2010/390 0023154 – P – 13.05.2010</i>
Torzo Jacopo	<i>Prima iscrizione</i>
Toso Vito	<i>Trasferito dall'Ordine di Vicenza</i>
Vacilotto Antonio	<i>Prima iscrizione</i>
Verri Monica	<i>Prima iscrizione</i>
Vitaliani Roberta	<i>Trasferita dall'Ordine di Padova</i>
Zanetti Irene	<i>Prima iscrizione</i>

Parisi Andrea	<i>Deceduto</i>
Picone Corrado	<i>Deceduto</i>
Pini Silvia	<i>Trasferita all'Ordine di Padova</i>
Rossato Giacomo	<i>Dimissioni</i>
Sambataro Domenico	<i>Deceduto</i>
Spilimbergo Antonio	<i>Dimissioni</i>
Sportiello Patrik	<i>Dimissioni</i>
Toffolatti Luisa	<i>Trasferita all'Ordine di Milano</i>
Troncon Luciano	<i>Dimissioni</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Bruni Bruno	<i>Deceduto – Doppia iscrizione</i>
Sartori Paola	<i>Dimissioni SOLO dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Zanette Fiorenzo	<i>Dimissioni SOLO dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>

TITOLARI DI STUDIO MEDICO E ODONTOIATRICO CHE OCCUPANO FINO A 10 LAVORATORI

Effettuazione della valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate di cui al decreto interministeriale del 30.11.2012 a far data dal 1° giugno 2013

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 36 del 15 maggio 2013, ricorda che **“a far data dal 1° giugno 2013 tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori debbono effettuare la valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate di cui al decreto interministeriale del 30 novembre 2012.**

Si rileva che l'obbligo di predisporre il DVR secondo le procedure standardizzate non può essere delegato (art. 17, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.). Tutti i lavoratori di studio medico e odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori, al fine di evitare il campo di applicazione dell'apparato sanzionatorio (arresto da tre mesi a sei mesi o ammenda 2.500,00 euro a 6.400,00 euro), sono invitati a seguire la modulistica di cui al decreto interministeriale 30 novembre 2012 ai fini della redazione del DVR secondo le procedure standardizzate. Si sottolinea infatti che l'effettuazione dell'autocertificazione del DVR potrà essere effettuata solo fino al 31 maggio 2013. Ciò detto, si rileva che il DVR secondo le procedure standardizzate deve avere data certa, documentata con PEC o altra forma prevista dalla legge (c.d. autoprestazione all'ufficio postale o tramite spedizione del DVR a mezzo raccomandata). Tale documento deve essere custodito all'interno del proprio studio. Esso è un documento dinamico e quindi oggetto di aggiornamento periodico obbligatorio qualora intervengano modifiche significative. Appare utile comunque di seguito soffermarsi su alcuni delicati aspetti della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. 81/08 e s.m.i., che risultano essere rilevanti ai fini della redazione del DVR secondo le procedure standardizzate. Si rileva che il medico o odontoiatra, titolare dello studio, può svolgere ai sensi dell'art. 34, comma 1, del D.Lgs. 81/08 direttamente i compiti propri di prevenzione e protezione dopo avere svolto i relativi corsi di formazione previsti dalla normativa vigente. In caso contrario si dovrà procedere alla nomina di un responsabile del servizio di prevenzione esterno. Si rileva che la sanzione prevista per il datore di lavoro dall'art. 55, comma 1, del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. per la mancata nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione è l'arresto da tre mesi a sei mesi o l'ammenda da 2.500,00 a 6.400,00 euro. Negli studi medici e odontoiatrici che occupano fino a cinque lavoratori il datore di lavoro può svolgere direttamente i compiti di primo soccorso, nonché di prevenzione incendi e di evacuazione (art. 34, 2 comma, del D.Lgs. 81/08). Ovviamente dovrà effettuare il relativo corso di formazione ai fini dell'acquisizione dell'attestato di frequenza (corso antincendio a basso rischio). Nella modulistica di cui alle procedure standardizzate bisogna inoltre inserire il nominativo del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS). Si consiglia di effettuare per iscritto la comunicazione ai lavoratori sul loro diritto di eleggere il proprio rappresentante. In caso di mancata nomina da parte dei lavoratori bisogna conservare il verbale di mancata elezione del RLS all'interno del proprio studio. Al tempo stesso ai sensi dell'art. 18, comma 1, lett. aa), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. va inoltrata all'INAIL la comunicazione del nominativo del RLS.

Orbene con riferimento al modulo n. 3 delle procedure standardizzate si rileva che in ordine alle mansioni dei lavoratori dello studio non è obbligatorio riportare il nominativo. Alla voce “Misure attuate” si dovrà chiarire, ad esempio, che:

- 1) le attrezzature usate nello studio sono conformi alla normativa vigente;
- 2) è stata effettuata la informazione e formazione dei lavoratori;
- 3) l'impianto elettrico è in conformità alla regola dell'arte ai sensi del DM 37/08;
- 4) l'impianto di climatizzazione è in conformità alla regola dell'arte ai sensi del DM 37/08;
- 5) I locali di lavoro sono conformi alla normativa vigente.

Le “Misure di miglioramento” sono invece da riferirsi a quelle inerenti alla prevenzione e alla protezione, alle attrezzature e agli impianti, alla formazione, informazione ed addestramento e alle procedure organizzative. Esse sono quindi tutte quelle misure di controllo e quelle finalizzate alla verifica degli interventi adottati.”

Copia della circolare, completa delle procedure standardizzate per la valutazione dei rischi, è consultabile alla pagina news del sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org

FAQ SUL DVR ED I CORSI RSPP PER TITOLARI DI STUDIO

La FNOMCeO, con comunicazione n. 45 del 6 giugno 2013, ritiene opportuno trasmettere le FAQ sulle procedure standardizzate pubblicate sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che possono essere strumento di supporto per tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori che abbiano proceduto nel rispetto dei termini (1° giugno 2013) alla redazione della valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate.

Si ricorda, infatti, che il documento di valutazione dei rischi (DVR) è un documento dinamico, che deve quindi essere oggetto di aggiornamento e revisione al fine di assicurarne l'adeguatezza e l'efficacia nel tempo.

Al tempo stesso la Federazione Nazionale ritiene opportuno ribadire che, qualora uno studio medico o odontoiatrico che occupa fino a 10 lavoratori, abbia già un proprio documento di valutazione dei rischi, tale documento non dovrà essere necessariamente rielaborato secondo le procedure standardizzate, fermi restano gli obblighi di aggiornamento legati alla natura dinamica del DVR (all. n. 2 interpello n. 7/2012 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

Di seguito si riporta la tipologia di corsi che i titolari di studio medico e odontoiatrico, i quali svolgano direttamente le funzioni di responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 81/08, debbono obbligatoriamente svolgere. **Il titolare di studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, il quale alla data del 11 gennaio 2012 abbia già svolto corsi di formazione ex art. 3 del decreto 16 gennaio 1997** è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore per RSPP, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni **a far data dall'11 gennaio 2012**, data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'Accordo del 21 dicembre 2011 stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il titolare di studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, **il quale svolge direttamente le funzioni di RSPP da data anteriore al 31 dicembre 1996 e che**, quindi, era esonerato dalla frequenza dei corsi di formazione ai sensi della norma transitoria di cui all'art. 95 del D.Lgs. 626/94 ora abrogato, è esonerato dallo svolgimento del corso ex-novo di 48 ore per RSPP, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 2 anni a far data dall'11 gennaio 2012, data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'Accordo del 21 dicembre 2011 stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il titolare di studio medico e odontoiatrico, che abbia invece svolto i corsi di formazione per RSPP ex Accordo 26 gennaio 2006, è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni a far data dall'11 gennaio 2012, data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'Accordo del 21 dicembre 2011 stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il titolare dello studio medico o odontoiatrico, che occupa lavoratori, il quale abbia svolto entro la data dell'11 luglio 2012 corsi di formazione formalmente e documentalmente approvata alla data dell'11 gennaio 2012 rispettosi delle previsioni di cui all'art. 3 del decreto 16 gennaio 1997, è esonerato dallo svolgimento del corso ex novo di 48 ore, ma dovrà svolgere il corso di aggiornamento di 14 ore entro 5 anni dal giorno dell'effettivo completamento del corso prima citato.

Per quanto riguarda i collaboratori dello studio medico o odontoiatrico essi sono equiparati alla figura dei lavoratori (sono esclusi i collaboratori familiari di cui all'art. 230-bis del codice civile – c.d. impresa familiare). In questo caso il titolare dello studio medico o odontoiatrico è tenuto a far svolgere ad essi un corso di formazione per lavoratori della durata di 16 ore (Accordo del 21 dicembre 2011 stipulato in sede di conferenza Stato-Regioni concernente la formazione dei lavoratori). Sempre con riferimento alla figura dei lavoratori è poi previsto un aggiornamento quinquennale della durata minima di 6 ore.

In conclusione giova ovviamente sottolineare che è condizione obbligatoria, per continuare a svolgere il ruolo e le funzioni di RSPP, effettuare i corsi di formazione sopraccitati; in caso contrario si decade automaticamente dall'incarico di RSPP per mancanza di titolo. Si rileva, inoltre che spetta al datore di lavoro la verifica di tali adempimenti. Grava, infatti sul datore di lavoro l'apparato sanzionatorio in caso di mancata nomina del RSPP (arresto da 3 a 6 mesi o l'ammenda da 2.500 a 6.400 euro). Pertanto in tal caso il titolare di studio medico e odontoiatrico che occupa lavoratori dovrà nominare un nuovo RSPP che abbia i titoli professionali richiesti ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs. 81/08.

Consulta la circolare completa di FAQ ed allegati sul sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org

PREVENZIONE DELLA TUBERCOLOSI NEGLI OPERATORI SANITARI E SOGGETTI AD ESSI EQUIPARATI

Accordo Conferenza Stato-Regioni 7.2.2013

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 15 del 20.3.2013, segnala che sulla G.U. n. 63 del 15.3.2013 è stato pubblicato l'Accordo 7 febbraio 2013 ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "**Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati**".

La Federazione rileva che l'obiettivo del suddetto Accordo è quello di fornire precise e univoche indicazioni in merito alle misure di prevenzione e controllo della Tbc da adottare nei confronti di operatori sanitari e soggetti equiparati, esposti ad un maggior rischio di contrarre l'infezione per l'attività svolta e garantire un'uniforme applicazione di tali misure sul territorio nazionale.

Le linee guida per il controllo della malattia tubercolare pubblicate sulla G.U. n. 40 del 18 febbraio 1999 – Supplemento Ordinario n. 35 – hanno individuato, quali soggetti esposti ad un rischio elevato di contrarre la tubercolosi, **gli operatori sanitari di ospedali o reparti** che assistono frequentemente pazienti affetti da tale patologia e che l'attività di prevenzione su questo gruppo di popolazione si fonda sulla:

- 1) valutazione del rischio di trasmissione nosocomiale della tubercolosi;
- 2) attivazione di un programma di controllo modulato sulla base del rischio attuale di trasmissione della tubercolosi e sorveglianza e profilassi individuale degli operatori.

La FNOMCeO sottolinea inoltre che il decreto del Presidente della Repubblica 7.11.2001, n. 465, recante "*Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'art. 93, comma 2, della legge 23.12.2000 n. 388*" all'art. 1 individua i soggetti per i quali è prevista la vaccinazione antitubercolare obbligatoria tra cui è ricompreso il personale sanitario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmaco-resistenti.

L'Accordo di cui alla fattispecie indicata in oggetto evidenzia che gli operatori sanitari rientrano tra i soggetti più a rischio di contrarre la tubercolosi, in quanto in ambiente sanitario l'esposizione ad agenti biologici rappresenta, di fatto, uno dei principali fattori di rischio occupazionale presente e anche perché gli operatori sanitari vengono spesso a contatto, nello svolgimento della loro attività, sia con soggetti affetti da malattie causate da agenti patogeni trasmissibili che con materiali potenzialmente contaminati. Diversi studi infatti, hanno riportato negli anni, evidenze circa eccessi di incidenza e prevalenza di infezioni tubercolari latenti (ITBL) e TB negli operatori sanitari.

L'Accordo chiarisce che, ai fini della prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari, sia un obbligo del datore di lavoro di effettuare la valutazione dei rischi ai sensi del decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i. La valutazione dei rischi ovviamente deve essere finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

L'Accordo prevede che la valutazione del rischio specifico va ripetuta con periodicità non superiore a tre anni. Una rivalutazione del rischio espositivo, indipendentemente dalla periodicità prevista, deve essere effettuata tutte le volte che sia diagnosticata la malattia tubercolare a carico di un lavoratore.

Copia della circolare FNOMCeO con allegato il provvedimento è consultabile alla pagina Normativa del sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org

ANTIPSIKOTICI DI SECONDA GENERAZIONE ABOLIZIONE PIANO TERAPEUTICO

La FNOMCeO, con comunicazione n. 46 del 6 giugno 2013 comunica che l'AIFA, con determina del 23 aprile 2013, n. 443, pubblicata sulla G.U. n. 119 del 23 maggio 2013, ha abolito l'obbligo di prescrizione con diagnosi e piano terapeutico per i medicinali antipsicotici di seconda generazione (medicinali a base di: aripiprazolo, asenapina, clozapina, olanzapina, paliperidone, quetiapina, risperidone, ziprasidone).

Restano invariate le condizioni di prezzo e le altre modalità prescrittive.

La circolare è consultabile nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org



 **L'Ordine**
di Treviso

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

Presidente

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Direttore Responsabile

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Redazione

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

Stampa

Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso

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

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

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA – ESENZIONI

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 33 dell'8.5.2013, ritiene opportuno affrontare il tema della obbligatorietà dell'assicurazione, per i medici, concernente i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, in relazione ad eventuali ipotesi di esenzione.

“È necessario inquadrare il tema da un punto di vista giuridico, facendo riferimento, in particolare, a quanto previsto dall'articolo 3, comma 5, lettera e) del D.L. 138/2011 convertito nella L. 148/2011.

La normativa di cui trattasi prevede testualmente: *“a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali degli enti previdenziali dei professionisti”*.

Tale previsione ha avuto, poi, ulteriori specificazioni nell'ambito della Legge 24 marzo 2012, n. 27 che, all'articolo 9, comma 4, stabilisce che *“il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale”*.

Da ultimo, il D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137 (Regolamento sulla riforma degli ordinamenti professionali), all'articolo 5, ha confermato l'obbligo della assicurazione, specificando peraltro che tale obbligo acquista efficacia decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del Regolamento stesso.

Lo stesso articolo 5 del D.P.R. 137/2012 prevede poi, al comma 1, che *“il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva”*.

Non vi è dubbio, quindi, che i medici libero professionisti dovranno, entro pochi mesi, stipulare idonee polizze di assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso.

Il contratto di assicurazione, così come definito dall'art. 1882 del codice civile, è *“il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana”*.

Ai sensi dell'art. 1904 cod. civ., il contratto di assicurazione contro i danni è nullo se, nel momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'assicurato al risarcimento del danno.

Ciò premesso è evidente, quindi, che il medico in pensione, che rimane iscritto all'Albo ma non svolge più alcuna attività professionale, non può essere obbligato a stipulare la polizza assicurativa contro i rischi derivanti dall'esercizio professionale che non svolge.

In tal caso verrebbe meno il meccanismo causale del contratto che, da un punto di vista civilistico, prevede la corrispettività delle due prestazioni consistenti, da un lato, nel pagamento del premio da parte del professionista e, dall'altro, nell'obbligo dell'assicurazione di rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

È ancora da osservare che questa conclusione è in linea con le norme già citate che, sempre e comunque, fanno riferi-

mento ad un rapporto tra professionista e cliente derivante dall'assunzione di un incarico da parte del professionista stesso che, proprio in relazione alla responsabilità professionale, è tenuto a comunicare al "cliente" gli estremi della polizza.

Si ricorda che la semplice iscrizione all'Albo, per giurisprudenza costante, non costituisce prova dello svolgimento dell'esercizio professionale. Il medico in pensione quindi, iscritto all'Albo, ma che non svolge alcuna attività professionale, non può essere vincolato all'obbligo di stipulare una polizza assicurativa contro rischi professionali, ovviamente, inesistenti.

È di tutta evidenza che, qualora il medico in pensione voglia invece, svolgere attività libero professionale, nei limiti consentiti dalla normativa, assumendo incarichi nei confronti del cliente, dovrà soggiacere all'obbligo dell'assicurazione, come previsto dalla già citata normativa.

Rimangono esenti dall'obbligo dell'assicurazione, ad avviso di questa Federazione, anche i medici dipendenti che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria.

Com'è noto, tale rapporto particolare di lavoro che, dal punto di vista fiscale, è assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 47 co. 1 lett. e del TUIR), è stato previsto dall'art. 15 quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

Successivamente, la L. 3 agosto 2007, n. 120 ha disciplinato in modo più specifico le modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria.

Ancor più di recente, la cd. Legge Balduzzi (D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito in L. 8 novembre 2012, n. 189) è ritornata sul tema dell'esercizio dell'attività medica intramuraria.

Si sottolinea, in particolare, l'art. 2 che stabilisce che dovrà essere definito, d'intesa con i dirigenti e previa contrattazione integrativa aziendale, un tariffario che preveda, per ogni prestazione, un importo minimo ed un importo massimo. L'importo minimo dovrà anche assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende e prevedere che il 5 per cento del compenso del libero professionista sia trattenuto per interventi la riduzione delle liste d'attesa.

Sembra quindi inconfutabile, anche per ovvii motivi di equità, che il medico che abbia optato per l'attività intramuraria non sia tenuto a stipulare in modo autonomo la polizza assicurativa obbligatoria prevista dall'art. 3, comma 5, del D.L. 13 agosto 2011, n. 138, convertito in L. 14 settembre 2011, n. 148.

Queste considerazioni saranno, comunque oggetto di approfondimento, attraverso la richiesta di un parere alla competente Direzione Generale del Ministero della Salute e sarà nostra cura, ovviamente, portarvi a conoscenza di ulteriori elementi di valutazione."





Nella foto: **Barbara Rossi**, odontoiatra libero professionista e tutor nel reparto di chirurgia orale del Policlinico universitario Gemelli di Roma

I medici e gli odontoiatri che nel 2012 hanno svolto attività libero professionale devono dichiarare all'Enpam i relativi redditi. La maniera migliore per farlo è online

Pagine a cura della **Redazione della Fondazione Enpam**

Paola Antenucci (progetto grafico), Vincenzo Basile (illustrazioni), Laura Montorselli (testi)

MODELLO D

Entro il
31 luglio
le dichiarazioni
dei liberi
professionisti

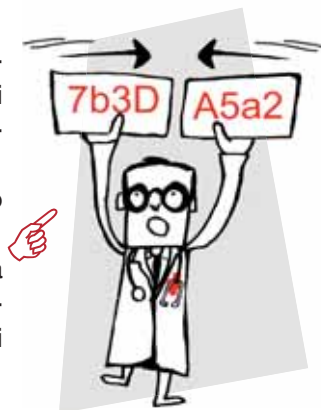
1 REGISTRATI ALL'AREA RISERVATA

- Dalla home del sito www.enpam.it entra in: **area riservata** > **registrazione agevolata**; oppure accedi alla **registrazione agevolata** andando direttamente all'indirizzo: www.enpam.it/servizi/iscrizione
- Inserisci il tuo codice Enpam e la seconda metà della password ricevuta per posta.



COMPLETA 2 LA REGISTRAZIONE

- Completa la registrazione inserendo i tuoi dati anagrafici e il tuo indirizzo email
 - Scegli quindi il tuo "nome utente".
- Per email riceverai la prima metà della password con cui terminerai la registrazione.



3 DICHIARA I REDDITI ONLINE

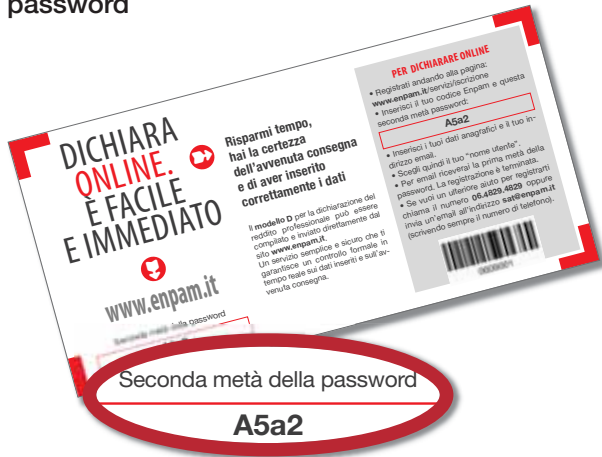
Il **modello D** per la dichiarazione del reddito professionale può essere compilato e inviato direttamente dal sito www.enpam.it

Un servizio semplice e sicuro che ti garantisce un controllo formale in tempo reale sui dati inseriti e sull'avvenuta consegna.



NEL MESE DI LUGLIO:

Insieme al modello D riceverai per posta una metà password



PERÒ NON ASPETTARE L'ULTIMO MOMENTO !

Se hai bisogno di un aiuto chiama il Servizio di Accoglienza Telefonica al numero: 06-4829 4829. A fine luglio arrivano molte più chiamate rispetto al resto dell'anno e si possono creare code di attesa. Quindi non tardare: appena ricevi a casa il modello D, ti raccomandiamo di registrarti subito all'area riservata e dichiarare il reddito online. Solo così, in caso di bisogno, sarà possibile fornirti la massima assistenza ed evitare ogni inconveniente.

TI CONSIGLIAMO DI REGISTRARTI ANCHE SE NON DEVI FARE LA DICHIARAZIONE



SAT - Servizio Accoglienza Telefonica
 tel. **06 4829 4829** fax **06 4829 4444**
 email: sat@enpam.it
 (nei fax e nelle email indicare sempre i recapiti telefonici)
 Orari: **dal lunedì al giovedì ore 8.45-17.15**
venerdì ore 8.45-14.00

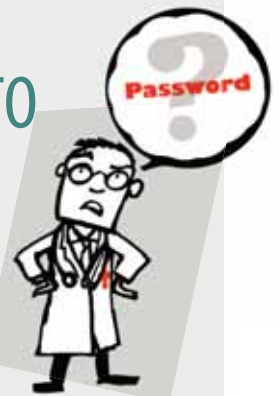
SE SEI GIÀ REGISTRATO ...

Insieme al modello D riceverai invece un biglietto con il tuo nome utente



Sei registrato ma HAI DIMENTICATO LA PASSWORD?

- Entra nella tua area riservata utilizzando il tuo "nome utente"
- Clicca sul link "recupero password".



Adesso hai tutti gli elementi per procedere alla dichiarazione online. ■



IL REDDITO

PENSIONATI

va sempre dichiarato

Da quest'anno per effetto di una legge anche i redditi prodotti dopo la pensione devono essere obbligatoriamente dichiarati all'Enpam. È possibile scegliere se versare l'aliquota piena del 12,50 per cento oppure quella ridotta del 6,25 per cento. La legge infatti oltre a stabilire l'obbligo di contribuzione ha anche definito la misura dei contributi da versare: non meno del 50 per

La legge ha definito i contributi da versare: non meno del 50 per cento dell'aliquota piena

cento dell'aliquota piena. Per chi ha meno di 65 anni e percepisce un altro tipo di pensione (ad esempio come medico

ospedaliero o come medico di medicina generale) l'eventuale aliquota ridotta continua ad essere del 2 per cento fino al momento in cui si pensionerà anche nel Fondo di previdenza generale dell'Enpam.



Dott. Luca Piergiuseppe Pupillo, pensionato Enpam di Pratola Peligna, in provincia dell'Aquila

Il reddito va comunicato anche se basso

I pensionati che non pagano più la Quota A devono dichiarare il reddito professionale indipendentemente dall'importo. ■

CHI	QUANTO
Pensionati del Fondo generale dell'Enpam	6,25% aliquota ridotta 12,50% aliquota intera
Chi ha meno di 65 anni e percepisce solo altre pensioni (es: Inps, ex Inpdap, Fondi speciali Enpam, complementare)	2% aliquota ridotta 12,50% aliquota intera

LA NORMA

L'articolo 18, comma 11, del decreto legge n. 98/2011 (convertito con modificazioni con la legge n. 111/2011) ha stabilito che i pensionati che svolgono attività professionale devono pagare un contributo non inferiore al cinquanta per cento di quello ordinario.



REGOLE GENERALI

QUALI SONO I REDDITI DA DICHIARARE

Vanno dichiarati i redditi che derivano dall'attività medica e odontoiatrica, svolta in qualunque forma, o da attività comunque attribuita per la particolare competenza professionale, indipendentemente da come vengono qualificati dal punto di vista fiscale. Ad esempio:

- ▶ i redditi da lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica in forma individuale e associata;
- ▶ i redditi che derivano da collaborazioni o contratti a progetto, se sono connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica;
- ▶ i redditi di lavoro autonomo occasionale se

OSPEDALIERI

Ricordarsi dell'INTRAMOENIA

I medici e gli odontoiatri dipendenti pubblici devono ricordarsi di dichiarare all'Enpam i redditi percepiti per l'attività intramoenia. Oltre a questi vanno inseriti nel modello D anche i redditi e per le attività libero professionali equiparate alle prestazioni intramurarie (es. intramoenia allargata, prestazioni per ridurre le liste di attesa, prestazioni aggiuntive in carenza di organico ecc.).

Per chiarire quali siano i redditi soggetti alla contribuzione Inps (ex Inpdad) e quali invece rientrino nella sfera Enpam, i due

I dirigenti medici devono dichiarare all'Enpam i redditi indicati nel punto 2 del Cud

Enti l'anno scorso hanno emanato una circolare condivisa (www.enpam.it/circolare-enpam-inps). Spesso basta osservare il Cud rilasciato dalla propria Asl o altro datore di lavoro pubblico. Sostanzialmente, vanno dichiarati all'Enpam i redditi indicati nel punto 2 del Cud mentre quelli indicati nel punto 1 del Cud sono soggetti a contribuzione Inps. L'Enpam raccomanda comunque di consultare il proprio commercialista.



Al centro: **Giulio Guido**, primario del reparto di traumatologia chirurgica dell'ospedale universitario Santa Chiara di Pisa.

Quando non si è obbligati a compilare il Modello D

I medici e gli odontoiatri in attività non sono obbligati a compilare il modello D se il reddito professionale, al netto delle spese sostenute per produrlo, nel 2012 è stato pari o inferiore a una certa soglia. Questo limite è chiaramente indicato nella lettera personalizzata che ogni iscritto riceverà a casa nel mese di luglio.

Scelta dell'aliquota contributiva

I medici e gli odontoiatri che hanno un contratto di dipendenza possono scegliere di versare il contributo proporzionale Enpam nella misura piena (12,50 per cento) o ridotta (2 per cento). Nel modello D è previsto un campo per fare questa scelta. Gli iscritti, che negli anni precedenti hanno optato per l'aliquota ridotta, possono invece decidere di passare all'aliquota piena (in questo caso la scelta è irreversibile). ■

VALIDE PER TUTTI



connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica (come partecipazione a congressi scientifici, attività di ricerca in campo sanitario);

► gli utili che derivano da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale.

COME RICAIVARE IL REDDITO IMPONIBILE

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



CONVENZIONATI

LA RETRIBUZIONE del SSN non conta

Indicazioni utili
per i medici
di medicina generale,
i pediatri di libera scelta,
specialisti ambulatoriali
o esterni in regime
di convenzione
o accreditamento



I medici convenzionati devono dichiarare solo i compensi da attività libero professionale

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

Come dedurre le spese

Con il modello D va dichiarato il reddito libero-professionale al netto delle spese necessarie per produrlo. Se non è possibile attribuire in modo chiaro le singole spese ai diversi tipi di reddito (da attività in convenzione o da libera professione), la quota di spese che deve essere dedotta può essere determinata in proporzione a come le diverse categorie di reddito incidono sul reddito professionale totale.

GLI ASPIRANTI MEDICI DI FAMIGLIA

I tirocinanti del corso di formazione in medicina generale devono dichiarare la borsa di studio percepita nel 2012.

Aliquota piena o ridotta

I medici e gli odontoiatri iscritti a uno dei fondi speciali dell'Enpam (fondo della Medicina generale, fondo degli Specialisti ambulatoriali o degli Specialisti esterni) possono scegliere di versare il contributo proporzionale Enpam nella misura piena (12,50 per cento) o ridotta (2 per cento). Nel modello D è previsto un campo per fare questa scelta. Gli iscritti, che negli anni precedenti hanno optato per l'aliquota ridotta, possono decidere di passare all'aliquota piena (in questo caso la scelta è irreversibile).

Quando non si è obbligati a compilare il Modello D

I medici e gli odontoiatri in attività non sono obbligati a compilare il modello D se il reddito professionale, al netto delle spese sostenute per produrlo, nel 2012 è stato pari o inferiore a una certa soglia. Questo limite è chiaramente indicato nella lettera personalizzata che ogni iscritto riceverà a casa nel mese di luglio. ■



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

Come inviare il modello D

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

Cosa succede se si invia in ritardo

In questo caso è prevista una sanzione fissa di 120 euro. Inoltre chi ha scelto per la prima volta quest'anno la contribuzione ridotta, in caso di ritardo, se la vedrà applicata solo a partire dai redditi 2013, su cui si pagheranno i contributi nel 2014.

ISTRUZIONI PER TUTTI



Importo dei contributi

Il contributo che deve essere versato alla Quota B verrà calcolato dall'Enpam. Gli Uffici detrairanno dal reddito dichiarato quello che è già assoggettato a contribuzione di Quota A del Fondo di previdenza generale. Il prospetto analitico di come è calcolato l'importo verrà inviato insieme con il bollettino Mav.

Quando si versano i contributi

I contributi vanno versati entro il 31 ottobre 2013. Gli iscritti riceveranno il bollettino Mav precompilato dalla Banca popolare di Sondrio in prossimità della scadenza del versamento.

Se non si riceve il Mav non si è esonerati dal pagamento. È possibile trovare un duplicato del bollettino nell'area riservata del nostro sito; oppure si può chiamare per tempo la Banca popolare di Sondrio al numero verde: **800.24.84.64**.

Si potrà pagare in unica soluzione presso qualsiasi istituto di credito o ufficio postale. È possibile anche fare il versamento a rate, attivando la Carta Fondazione Enpam. ■

Per attivare la Carta Fondazione Enpam si deve compilare il modulo di domanda nell'area riservata del sito **www.enpam.it** oppure si può chiamare il numero verde della Banca popolare di Sondrio: **800.190.661**. La carta Fondazione Enpam è gratuita.



CORSO DI FORMAZIONE RESIDENZIALE DI CHIRURGIA PEDIATRICA PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) DELLA PROVINCIA DI TREVISO

Il Servizio Formazione dell'UISS n. 9 su richiesta della Pediatria di Libera Scelta della provincia e dell'UOC di Chirurgia Pediatrica di Treviso ha promosso un Corso di Formazione presso l'Ordine dei Medici di Treviso che si articolerà in 4 serate. L'iscrizione al percorso è avvenuta attraverso il Gestionale della Formazione e prevede l'obbligatorietà di frequenza delle 4 serate per l'acquisizione dei crediti ECM. Il percorso è a numero chiuso per 50 partecipanti.

I Docenti sono Medici dell'UOC di Chirurgia Pediatrica e la Prof.ssa Da Dalt (Direttore della Pediatria di Treviso) affiancata da Medici Pediatri di Libera Scelta che presenteranno percorsi clinici.

1° INCONTRO: 08/05/2013 - 18.30-22.30

Ingestione di corpi estranei e di sostanze caustiche in età pediatrica; Traumatologia pediatrica: le nuove frontiere; Discussione e casi clinici

2° INCONTRO: 12/06/2013 - 18.30-22.30

La patologia del canale inguinale del bambino; Fimosi: cosa si può fare e legislazione vigente; L'addome acuto nel bambino; Discussione e casi clinici

3° INCONTRO: 09/10/2013 - 18.30-22.30

Le ustioni nel bambino: gestione ambulatoriale, gestione ospedaliera; Percorsi clinici per angiomi, linfangiomi e varicocele; Le linfadenopatie di competenza chirurgica; Discussione e casi clinici.

4° INCONTRO: 20/11/2013 - 18.30-22.30

Processi organizzativi per l'urgenza e l'emergenza Pediatrica presso l'ULSS 9; Revisione di aspetti critici clinici ambulatoriali emersi durante gli incontri precedenti; Discussione e casi clinici.

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr. Francesco Zoppellaro - Dirigente Medico Chirurgia Pediatrica - Azienda ULSS n. 9 - Segreteria tel. 0422.322263

Dr. Marco Gasparella - Dirigente Medico Chirurgia Pediatrica - Azienda ULSS n. 9 - Segreteria tel. 0422.322263

RESPONSABILE ORGANIZZATIVO

Dr. Daniele Frezza - Dirigente del Servizio Formazione e Aggiornamento - Azienda ULSS 9 - Segreteria 0422.323524

RESPONSABILE SEGRETERIA

Dr. Marco Gasparella - Dirigente Medico Chirurgia Pediatrica - Azienda ULSS n. 9 - Segreteria tel. 0422.322274

Servizio Formazione e Aggiornamento ULSS 9 Treviso

INFO: Servizio Formazione: dott.ssa Barbara Bittoni (0422-323942) - dott.ssa Martina Antoniutti (0422-323986).

FORNITURA AGLI ASSISTITI INAIL DI SPECIALITÀ FARMACEUTICHE

Circolare INAIL n. 62/2012

La Direzione INAIL di Treviso comunica che in data 13.11.2012 la Direzione Generale dello stesso Istituto ha emanato la Circolare n. 62, riguardante le “Prestazioni sanitarie necessarie al recupero dell’integrità psico-fisica degli infortunati e dei tecnopatici”, che dispone il risarcimento delle spese sostenute dai lavoratori per l’acquisto dei farmaci, compresi nella fascia C, essenziali per il recupero dell’integrità psico-fisica.

Tra i trattamenti interessati, figurano specialità o preparati per uso topico utilizzati in chirurgia, ortopedia, oculistica, dermatologia, neurologia e psichiatria secondo quanto riportato nella tabella Allegato 1 della circolare stessa.

L’autorizzazione al rimborso delle spese è riconosciuta per gli infortuni e le malattie professionali limitatamente al periodo di inabilità temporanea assoluta al lavoro, e non potrà essere concessa nell’ipotesi di carenza assicurativa (cosiddetti eventi in franchigia) e per i casi afferenti la gestione dell’assicurazione delle casalinghe.

I presupposti per l’ammissibilità al rimborso sono:

- 1) il riconoscimento del caso;
- 2) la richiesta di rimborso, come da modulo allegato 2), corredata dalla prescrizione medica e dallo scontrino fiscale, quest’ultimo con l’indicazione del codice fiscale dell’assicurato e del codice ministeriale, per risalire al nome commerciale del farmaco;
- 3) l’autorizzazione della funzione sanitaria dell’Istituto, laddove verrà riconosciuta la necessità dei farmaci prescritti, finalizzati al recupero dell’integrità psicofisica durante il periodo di inabilità temporanea assoluta.

La circolare INAIL n. 62/2012 e relativi allegati è consultabile nella pagina news del sito dell’Ordine www.ordinemedicitreviso.org

4 LUGLIO 2013, ORE 18:30 presso l’Auditorium dell’Ordine dei Medici di Treviso

Simposio dell’Azienda ULSS N. 9

APPROPRIATEZZA ED EQUITÀ DELLE CURE NEL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO

Condivisione e Diffusione dell’EBM per le migliori pratiche cliniche

Richiesti i crediti ECM per la disciplina Medicina Generale

INFO: Servizio Formazione e Aggiornamento ULSS 9

Tel. 0422323942/3

12 OTTOBRE 2013, ORE 9:00 presso Sala Rossini Park Hotel Villa Fiorita di Monastier

Eventi della Casa di Cura Giovanni XXIII

Aggiornamento ECM per Medici di Medicina Generale e per specialisti in Urologia Aggiornamento In patologia Urologica “Meet and question the Professor” – Andrologia - Calcolosi urinaria aspetti pratici – Carcinoma prostatico – Ipertrofia prostatica benigna trattamento con Laser a luce verde

Richiesti i crediti ECM per la disciplina Medicina Generale

INFO: Ufficio formazione aziendale Casa di Cura Giovanni XXIII

Tel. 0422896383 – e-mail urologia@giovanni23.it



RECENSIONI

Si segnala l'interessante pubblicazione del Collega Eugenio Morelli dal titolo: **“Pronto, Guardia Medica?”** (considerazioni, esperienze, proposte del dott. Eugenio Morelli già autore di **“La salute in Italia – riflessioni di un medico”**) – Edizioni di Cronache Italiane nel quale l'Autore, che ha già ottenuto numerosi premi e riconoscimenti nell'ambito letterario, punta il dito sui numerosi problemi della Guardia Medica (ora Continuità Assistenziale) osservati dal punta di vista del medico con proposte e suggerimenti.



CONCORSO LETTERARIO NAZIONALE “J.A. CRONIN” - 2013 SESTA EDIZIONE

L'Associazione Medici Cattolici Italiani, sezione 'G.B. Parodi' Savona organizza, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Savona, la VI edizione del concorso letterario “J.A. Cronin” di narrativa e poesia riservato a medici e odontoiatri.

Termine di presentazione elaborati **14 settembre 2013**.

Per eventuali informazioni: SEGRETERIA ORGANIZZATIVA Cell. 348.26.84.590

41° CAMPIONATI ITALIANI TENNIS MEDICI



I 41° campionati Italiani Tennis Medici si svolgeranno dal 14 al 21 SETTEMBRE 2013 presso il prestigioso circolo Hermitage dell'Isola d'Elba nella splendida cornice del golfo della Biodola.

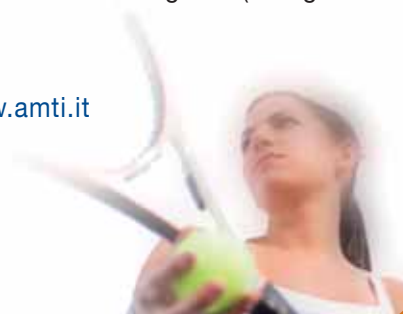
Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione).

È inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia.

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera consultate il sito web www.amti.it

INFO: Dr. Paolo Frugoni - Segretario Nazionale AMTI

e-mail paolofrugoni@tiscali.it - www.amti.it



Ricerca Medici

La società Holiday System srl, organizza da più di 22 anni colonie estive per ragazzi/e in Trentino ed è alla ricerca di medici, anche specializzandi, da inserire come responsabile sanitario o aiuto nei propri soggiorni.

I periodi variano da 13 giorni (12 notti) a 15 giorni (14 notti) a partire dal 9 di giugno p.v.

Per il turno di 13 giorni è previsto un compenso netto di € 930,00 per il responsabile mentre per il turno da 15 giorni il compenso netto è di € 1.000,00 per il responsabile medico e di € 910,00 per l'aiuto.

I medici saranno ospitati in alberghi, in camera singola provvista di servizi, T.V. e telefono e le spese di vitto ed alloggio saranno totalmente a carico nostro.



INFO: tel. 0464 423854 fax 0464 401091 e-mail m.cima@holidaysystem.it o m.cima@holidaysystem.191.it inviando curriculum e disponibilità.

Rassegna Giuridico-Amministrativa

Dicembre 2012 - Giugno 2013

Attribuzione al Segretario Regionale per la Sanità del mandato di costituire l'elenco regionale dei direttori di struttura complessa del ruolo sanitario. Articolo 4, comma 1, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella L. 8 novembre 2012, n. 189.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2533 del 11 dicembre 2012 - BUR n. 107 del 24.12.2012

L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2621 del 18 dicembre 2012 - BUR n. 109 del 28.12.2012

Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2715 del 24.12.2012 - BUR n. 3 dell'11.1.2013

Sanità. Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 29 novembre 2012 e del 6 dicembre 2012. Conferma per l'anno 2013 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2725 del 24.12.2012 - BUR n. 3 dell'11.1.2013

Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 19 gennaio 2012 Rep. 5/CU, sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale". Approvazione Programma Operativo e modalità di attuazione.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2722 del 24.12.2012 - BUR n. 4 del 15.1.2013

Realizzazione del Centro di Simulazione e Formazione Avanzata della Regione Veneto (Si.F.A.R.V.). Avvio della fase sperimentale. Deliberazione n. 46/CR del 5 giugno 2012.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2853 del 28 dicembre 2012 - BUR n. 11 del 29.1.2013

DGR n. 4198 del 30.12.2008 - Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus.
Deliberazione della Giunta Regionale n. 7 del 9 gennaio 2013 - BUR n. 11 del 29.1.2013 (testo integrale pubblicato nel presente numero)

Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto (SIUD) - Disposizioni applicative.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 340 del 19 marzo 2013 - BUR n. 30 del 2.4.2013

Specialistica ambulatoriale privata accreditata : accordo contrattuale 2013-2015

Deliberazione della Giunta Regionale n. 441 del 10 aprile 2013 - BUR n. 36 del 23.4.2013

Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 320 del 12 marzo 2013 - BUR n. 37 del 26.4.2013

Approvazione del progetto formativo, inviato dall'Azienda Ulss 9 di Treviso, rivolto alle figure professionali che operano nell'ambito della fase acuta, sia diagnostica che terapeutica, dell'ictus. DGR n. 4198 del 30.12.2008

Deliberazione della Giunta Regionale n. 495 del 16 aprile 2013 - BUR n. 38 del 30.4.2013

Criteri, modalità e determinazione dei tetti di spesa per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della L. 833/78, accreditati, per gli anni 2013 e 2014 ed ulteriori disposizioni

Deliberazione della Giunta Regionale n. 496 del 16 aprile 2013 - BUR n. 38 del 30.4.2013

Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Controllo della tubercolosi: Obiettivi di salute, standard e indicatori - 2013-2016" e dell'Intesa sul documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati".

Deliberazione della Giunta Regionale n. 643 del 7 maggio 2013 - BUR n. 45 del 28.5.2013

Riconoscimento dell'Unità Operativa Complessa di Pediatria dell'Ospedale di Treviso - Azienda ULSS 9 - quale Centro di supporto per la diagnosi e la cura della fibrosi cistica al Centro Regionale specializzato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 690 del 14 maggio 2013 - BUR n. 47 del 4.6.2013

DGR N. 4198 DEL 30.12.2008 - LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLA FASE POST-ACUTA DELL'ICTUS

Deliberazione della Giunta Regionale n. 7 del 9 gennaio 2013

Note per la trasparenza:

Si propone di approvare il documento elaborato dal gruppo tecnico regionale per la riorganizzazione della fase post-acuta dell'ictus, il quale fornisce linee guida volte a garantire interventi riabilitativi adeguati per i soggetti affetti da ictus ricoverati in strutture sanitarie della Regione Veneto.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Le malattie cerebrovascolari acute sono una delle principali cause di mortalità, morbosità e disabilità con rilevante impatto sullo stato di salute della popolazione e sui costi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed insieme all'ictus, che rappresentare la terza causa di morte nei paesi industrializzati, costituiscono la principale causa di disabilità nell'adulto.

In considerazione del fatto che l'incidenza di tali patologie è correlata all'aumentare dell'età e al costante invecchiamento della popolazione, esse sono di estremo rilievo per le ripercussioni sugli aspetti organizzativi dell'attuale modello assistenziale. Nel Veneto si registrano circa 10.000 nuovi casi di Ictus/anno, con un'incidenza di 225-250 casi ogni 100.000 abitanti, e la distribuzione per sesso ed età ha evidenziato come il 60% complessivo dei casi di ictus interessi gli ultra settantacinquenni, attestandosi al 70% per il sesso femminile; tale dato giustifica come il tasso grezzo di ricovero sia più elevato nelle donne per la maggior longevità. Nel corso dello scorso decennio si è assistito a una sensibile riduzione degli eventi ospedalizzati di ictus con una disomogeneità nell'andamento delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, ovvero una riduzione per quanto riguarda gli eventi ischemici, un lieve aumento delle emorragie cerebrali a fronte di un numero di ospedalizzazioni per emorragia

subaracnoidea sostanzialmente invariato.

Con deliberazione n. 1511 del 23.05.2003 la Giunta Regionale del Veneto ha istituito il Centro di Coordinamento del Sistema Regionale di Emergenza-Urgenza (CREU) affidando allo stesso compiti di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività del sistema regionale di Emergenza-Urgenza, struttura strategica per l'implementazione di protocolli operativi nelle fasi acute dell'Ictus.

Con DGR n. 1363 del 7.05.2004 si è provveduto all'identificazione dei centri idonei a praticare la terapia trombolitica e ad identificare i centri ospedalieri specializzati nel trattamento dei pazienti con ictus ischemico.

Successivamente, in linea a quanto proposto dalla Conferenza Stato Regioni del 3 febbraio 2005 con l'accordo sulle linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale, con la DGR n. 4198 del 30.12.2008 è stata istituita la rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto.

Tale rete è organizzata secondo il modello "Hub and Spoke" e prevede un'articolazione delle strutture deputate ad accogliere i pazienti con ictus in fase acuta su tre livelli:

- Unità Ictus di 2° livello (Stroke Unit);
- Unità Ictus di 1° livello;
- Aree dedicate all'Ictus.

L'attivazione della rete è avvenuta con decreto n. 125 del 30.12.2009 del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari (ora Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria), successivamente modificato con decreto n. 152 del 20.06.2011 del Dirigente Delegato della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, secondo quanto previsto dalla DGR n. 4198/2008. Il modello organizzativo proposto nella predetta DGR istitutiva della rete per la gestione dell'Ictus in fase acuta ha suddiviso il percorso del paziente con ictus in 3 fasi (pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera), rinviando ad un successivo provvedimento la riorganizzazione della fase post-acuta dell'ictus sulla base di criteri di appropriatezza, accessibilità e omogeneità di distribuzione.

Con decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 64 del 11.04.2012 è stato istituito il Gruppo Tecnico Regionale per la riorganizzazione della fase post-acuta dell'ictus, il quale ha provveduto a predisporre un documento tecnico denominato "Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus", che costituisce parte integrante del presente provvedimento (**Allegato A**) e di cui si propone l'approvazione.

Le linee di indirizzo proposte in tale documento hanno il fine di garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus ricoverati in strutture sanitarie della Regione Veneto, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle stroke-units, attraverso un sistema a rete integrata di servizi tale da consentire una tempestiva presa in carico, adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione.

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

LA GIUNTA REGIONALE

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

VISTO l'accordo della Conferenza Stato Regioni del 3 febbraio 2005;

VISTA la deliberazione n. 5089 del 28.12.1998;

VISTA la deliberazione n. 4787 del 28.12.1999;

VISTA la deliberazione n. 1511 del 23.05.2003;

VISTA la deliberazione n. 1363 del 7.05.2004;

VISTA la deliberazione n. 4198 del 30.12.2008;

VISTO il decreto n. 125 del 30 dicembre 2009 del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari;

VISTO il decreto 152 del 20 giugno 2011 del Dirigente Delegato della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria;

VISTO il decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 64 del 11.04.2012

delibera

1. di approvare il documento tecnico denominato "Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus" che costituisce parte integrante del presente provvedimento (**Allegato A**);
2. di approvare i principi e le disposizioni contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione Veneto.



ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

pag. 1/6

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLA FASE POST-ACUTA DELL'ICTUS

OBIETTIVO

Garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus ricoverati in strutture sanitarie della Regione Veneto, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle *stroke units*, attraverso un sistema a rete integrata di servizi tale da consentire una tempestiva presa in carico, adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione.

La finalità degli interventi riabilitativi erogati è quella di favorire il raggiungimento e mantenimento del miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito dal danno cerebrale.

La rete deve inoltre contribuire alle attività di comunicazione alla comunità sulle problematiche disabilitanti connesse all'ictus e deve produrre nel contempo utili informazioni per la programmazione sanitaria a livello regionale.

LE FASI DELLA RIABILITAZIONE

Il percorso assistenziale a fini riabilitativi è caratterizzato da obiettivi diversi a seconda delle esigenze correlate alla fase di evoluzione della malattia. In linea generale, le finalità degli interventi che si realizzano in tempi diversi rispetto all'evento ictale si diversificano a seconda della fase:

- ^ fase di acuzie: nella quale l'assistenza è caratterizzata da interventi finalizzati alla prevenzione dei danni secondari ed al tempestivo raggiungimento della stabilizzazione clinica. Di estrema importanza in questa fase la valutazione precoce delle potenzialità di recupero funzionale al fine di impostare precocemente un percorso riabilitativo secondo criteri di appropriatezza (c.d. prognosi riabilitativa iniziale);
- ^ fase post-acuta: nella quale il quadro clinico è stabilizzato e l'intervento riabilitativo può influenzare positivamente e massimamente i processi biologici che sottendono il recupero. Tale condizione, può prevedere una presa in carico in modalità intensiva od estensiva, a seconda del fabbisogno riabilitativo ed assistenziale. Essa richiede la disponibilità di risorse, individuali e contestuali, che garantiscono il massimo impegno nell'attività a fini riabilitativi e può ripetersi in caso di riacutizzazioni o recidive dell'evento patologico;
- ^ fase di completamento del processo di recupero previsto dal progetto riabilitativo che in genere è caratterizzata da interventi riabilitativi di tipo estensivo;
- ^ fase del mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità che si protrae per tutta la sopravvivenza residua, ed è finalizzata al mantenimento delle prestazioni acquisite, al controllo periodico dei fattori di rischio di ulteriori eventi disabilitanti, alla prevenzione delle compromissioni funzionali favorite dall'invecchiamento ed alla organizzazione dell'attività quotidiana in maniera adeguata alle caratteristiche individuali ed ambientali.

ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

pag. 2/6

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DI SERVIZI

Il modello proposto si basa su un sistema di servizi riabilitativi in una logica di rete integrata, che prevede per ogni determinata area territoriale la possibilità di erogare in modo coordinato gli interventi in tutti i diversi ambiti intra ed extraospedalieri.

Per ogni rete locale, vanno esplicitati percorsi di cura conformi ai criteri generali indicati nel presente documento, ed ulteriormente dettagliati sulla base delle specifiche situazioni locali, prevedendo anche la costituzione di reti interaziendali per attività di particolare complessità.

Ogni azienda ULSS/Ospedaliera dovrebbe poter disporre, tra strutture accreditate pubbliche e private di una dotazione di posti letto di riabilitazione intensiva (cod. 56) adeguata al fabbisogno, da dedicare a pazienti con disabilità di origine neurologica mentre è auspicabile, a garanzia della migliore continuità di cura, che tali degenze riabilitative intensive siano funzionalmente collegate con la sede dell'Unità Ictus.

*REGIMI DI INTERVENTO**Intervento riabilitativo in fase acuta: UU.OO. per acuti*

E' rivolto a tutti i pazienti con ictus indipendentemente dalle UU.OO. di ricovero

- nei reparti Unità ictus di 2° livello*
- nei reparti Unità ictus di 1° livello*
- nelle aree dedicate all'ictus delle UU.OO. per acuti*

Obiettivi riabilitativi nella fase di acuzie.

In questa fase, oltre a una riabilitazione incentrata su procedure di “nursing” riabilitativo e procedure riabilitative specifiche se consentite dallo stato clinico, deve essere effettuata una valutazione funzionale e formulata una valutazione prognostica del recupero funzionale.

La presa in carico riabilitativa precoce, di norma entro le 48 ore, e comunque non oltre le 72, presuppone la partecipazione del fisiatra e dei professionisti della riabilitazione all'interno del team interdisciplinare e multi professionale con un contestuale tempestivo coinvolgimento dei familiari/caregivers.

La prognosi riabilitativa risulta fondamentale per definire: le potenzialità di recupero dei pazienti affetti da stroke, le risorse da allocare nella fase acuta, la programmazione del percorso post-acuzie sia nell'ambito ospedaliero che nella rete territoriale.

In fase acuta va definito il progetto riabilitativo che include i seguenti programmi, da attivare nel più breve tempo possibile (SPREAD 2011):

- Programma infermieristico/assistenziale
- Programmi riabilitativi specifici indirizzati alle menomazioni motorie e cognitive ed alle funzioni vitali di base di durata adeguata alle condizioni cliniche del paziente distribuiti su almeno 6 giorni alla settimana;
- Programma di orientamento ed informazione del paziente e dei familiari/caregivers.

Per la definizione del percorso successivo al ricovero in UU.OO per acuti vanno tenuti in considerazione i fattori clinici, premorbosi, legati alla patologia in atto e socio ambientali.

Non è tuttavia possibile definire criteri rigidi e univoci di inclusione o esclusione per tali fattori; ma i percorsi vanno definiti adattando criteri generali alle specifiche situazioni individuali in relazione ai diversi settings assistenziali.

ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

I fattori da tenere in maggiore considerazione sono:

FATTORI PREMORBOSI

- ❖ Et 
- ❖ Sesso
- ❖ Livello di autonomia premorboso
- ❖ Precedenti ictus
- ❖ Comorbidit 
- ❖ Ambiente socioeconomico
- ❖ Caratteristiche del nucleo familiare
- ❖ Organizzazione della rete locale dei servizi

FATTORI EMERGENTI

- ❖ Sede ed entit  della lesione encefalica
- ❖ Gravit  e complessit  della compromissione cognitiva e senso-motoria
- ❖ Livello di disabilit 
- ❖ Depressione e disturbi psichici
- ❖ Organizzazione della assistenza in fase acuta
- ❖ Reazioni emotive e affettive del caregiver

La valutazione fisiatrica iniziale, di tipo multidimensionale ed indirizzata non solo agli aspetti di menomazione e disabilit  (strutture e funzioni secondo l'ICF) ma anche a quelli di attivit  e partecipazione del soggetto, prendendo in esame tutti gli aspetti precedenti, deve consentire, sulla base di criteri predittivi, l'individuazione dell'ambiente maggiormente appropriato per la fase postacuta.

Tale individuazione dovrebbe avvenire di norma entro 7-gg dall'evento ictale.

Auspicabile inoltre l'adozione a livello regionale di strumenti valutativi omogenei degli aspetti riabilitativi, rappresentati per esempio da una scheda di valutazione multidimensionale

I settings assistenziali individuati consistono in:

- ❖ Degenza riabilitativa ordinaria o diurna di tipo intensivo (cod. 56)
- ❖ Degenza riabilitativa in struttura di alta specialit  (cod75/28) *
- ❖ Lungodegenza riabilitativa (cod. 60)
- ❖ Riabilitazione intensiva extraospedaliera
- ❖ Riabilitazione in regime di "day service ambulatoriale"
- ❖ Riabilitazione in strutture protette extraospedaliere (es. URT, RSA ed altre strutture)
- ❖ Riabilitazione in regime ambulatoriale
- ❖ Riabilitazione domiciliare

*: per pazienti con caratteristiche cliniche compatibili con la definizione di GCA (Grave Cerebrolesione Acquisita).

Quale che sia il setting individuato, il trattamento riabilitativo del paziente con ictus deve basarsi su un "progetto riabilitativo individuale" come definito dalle disposizioni normative nazionali e regionali**, formulato con un livello di dettaglio appropriato al contesto di erogazione dei servizi.

**:

- Linee-guida del Ministero della Sanit  per le attivit  di riabilitazione. Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124.

- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, Ministero della Salute, approvato dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano il 10.2.2011.

- DGR n. 253/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari".

ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

pag. 4/6

- Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.”.

Occorre ricordare che, pur avendo superata la fase critica post ictale, il paziente, specie se anziano, può frequentemente presentare elementi di instabilità clinica o di precario stato di salute tali da condizionare l'attività riabilitativa con un inevitabile prolungamento dei tempi necessari al recupero di una autonomia funzionale tale da consentirne la deospedalizzazione; tale aspetto risulta emergente anche in considerazione della progressiva riduzione della durata di degenza in fase acuta cui si assiste.

Qualora non vi sia l'indicazione ad una presa in carico riabilitativa, ed il paziente necessiti comunque di assistenza, sarà cura dell'equipe ospedaliera collaborare con l'equipe territoriale alla predisposizione di un adeguato piano assistenziale individuale.

Intervento riabilitativo in fase di post acuzie: UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitativa*Degenza in strutture di Riabilitazione Intensiva (cod 56)*

E' indicata per pazienti con disabilità medio-grave modificabile che presentino le seguenti caratteristiche:

- Pazienti suscettibili di miglioramenti funzionali durante il ricovero;
- Pazienti in condizioni cliniche che richiedono la disponibilità continuativa, nell'arco delle 24 ore, di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative ad elevata intensità. La necessità di assistenza medica continuativa è legata ad un alto rischio di potenziale instabilità clinica e quella infermieristica alla necessità di un nursing riabilitativo multiplo o complesso;
- Pazienti che non presentano stato di deterioramento cognitivo diagnosticato e documentato (MMSE <0 = 18), o una disabilità funzionale medio-grave precedentemente all'evento ictale;
- Pazienti che necessitano dell'effettuazione di percorsi terapeutici di elevata complessità quali il management della disfagia con richiesta di valutazioni strumentali (es. fibroscopia, videofluoroscopia; endoscopia digestiva), management delle disabilità cognitive complesse (es. disturbi visuo-percettivi che richiedono trattamenti di alta specializzazione e/o tecnologici, necessità di valutazioni strumentali per particolari applicazioni ortesiche o in previsione di interventi di chirurgia o neurochirurgia funzionale, etc.), per i quali, a garanzia della loro sicurezza, è auspicabile la formalizzazione di collegamenti funzionali con i servizi di emergenza e di diagnostica disponibili a livello locale;
- Pazienti che, pur non presentando elevati deficit motori, abbiano rilevanti deficit cognitivi di tipo lesionale che impediscono l'autonomia (negligenze visuospatiali marcate, grave afasia / aprassia)
- Pazienti che necessitano e possono trarre vantaggio da trattamenti riabilitativi intensivi, di norma quantificabili in 3 ore/die per 6 giorni alla settimana, con un approccio multidisciplinare e multi professionale.

Degenza in strutture di Riabilitazione Estensiva (cod 60)

É indicata nei pazienti con disabilità medio-grave e importante dipendenza non in grado di sostenere l'impegno della riabilitazione intensiva e particolarmente per soggetti anziani e con disabilità pregresse o con ridotta autonomia pregressa. In questo caso si possono prevedere programmi meno intensivi (1 ora/die minimo) integrati da adeguati piani assistenziali.

Obiettivi e criteri della presa in carico sono quelli indicati nella DGR 839/2008

Al modificarsi delle condizioni cliniche può essere indicato il passaggio ad un setting riabilitativo di tipo intensivo.

Riabilitazione nella fase di post-dimissione

Nell'organizzare l'assistenza al paziente con ictus nella fase post-ospedaliera occorre prestare particolare attenzione all'eterogeneità dei bisogni e alla conseguente necessità di offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati.

Interventi riabilitativi in regime di

- DAY SERVICE
- RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA
- AMBULATORIO

DAY SERVICE

I pazienti appropriati per questo tipo di regime sono quelli che presentano menomazioni e disabilità multiple (es. coesistenza di menomazioni motorie e cognitive).

Importante presupposto requisito per un efficace svolgimento di tale attività è la sinergia in rete con le strutture che erogano servizi territoriali ed un adeguato sistema di trasporti.

RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

E' appropriata per soggetti con particolari bisogni di autonomia extradomestica e con possibilità di riqualificazione o ripresa dell'attività scolastica e/o lavorativa. In questo senso periodi di trattamento in diurnato o come ricovero continuativo possono risultare in linea con il concetto di intensività post ospedaliera.

RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

La riabilitazione ambulatoriale, in particolare nell'ictus cerebrale, rappresenta il contesto più appropriato per la gestione degli esiti.

Essa deve essere effettuata in stretta coordinazione con le altre fasi deve garantire un adeguato monitoraggio clinico funzionale longitudinale, con possibilità di rivalutazioni e riprese di trattamento ove indicato.

La presa in carico ambulatoriale deve anche prevedere attività di prevenzione secondaria indirizzate alle menomazioni e alla disabilità.

È noto infatti come la prevenzione secondaria sia un elemento fondamentale per il mantenimento dello stato di salute in soggetti portatori di disabilità. Il mantenimento di condizioni fisiche, motorie e psicologiche ottimali riduce nel tempo il ricorso all'ospedalizzazione ed alle cure riabilitative. Tali interventi, che possono includere anche attività non sanitarie, come l'Attività Fisica Adattata, vanno coordinati da un medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione nell'ambito dell'attività del dipartimento di riabilitazione.

In questo contesto particolare rilievo assume il management della spasticità ed i percorsi riabilitativi successivi a chirurgia funzionale.

Trattamento della Spasticità

La spasticità, fenomeno che si evidenzia spesso a distanza dall'esordio di un evento acuto, rappresenta un ostacolo alla funzione motoria ed alla assistenza da parte del care-giver. La spasticità ha trovato recentemente numerose opportunità di approccio terapeutico. Il "management" della spasticità richiede aspetti valutativi strumentali (esame pattern patologici tramite video-poli-EMG; parametri spazio-temporali movimento, blocchi nervosi diagnostici etc.) e terapeutici (infiltrazione di tossine o fenolizzazioni guidate con ecografia, EMG o stimolazione elettrica, trattamento integrato post-tossina, prescrizione ortesi dinamiche e realizzazione ortesi statiche, etc.) che sono peculiari della riabilitazione.

ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

pag. 6/6

Riabilitazione Post-Chirurgia Funzionale

Dopo interventi di chirurgia funzionale è indispensabile un percorso riabilitativo complesso finalizzato all'ottimizzazione del recupero funzionale che può anche prevedere il ricovero.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

La riabilitazione in regime domiciliare delle persone affette da stroke ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento dell'autonomia, e l'integrazione nell'ambiente di vita abituale, attraverso interventi sulla persona (rieducazione all'autonomia) e sull'ambiente.

Gli interventi riabilitativi a domicilio per le persone affette da stroke si svolgono di norma in continuità rispetto alla dimissione dalle strutture di degenza riabilitativa, o da reparti per acuti.

La presa in carico riabilitativa in ambito domiciliare si inserisce nel contesto organizzativo della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e nell'ambito di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI), cui il paziente può accedere:

- Con presa in carico diretta post dimissione con un percorso di "dimissione protetta" ed un programma riabilitativo definito dal medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione afferente al Dipartimento di riabilitazione;
- Su richiesta del MMG e successiva valutazione specialistica fisiatrica.

MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Per il monitoraggio dell'attività è necessaria la raccolta sistematica dei dati sia della fase acuta che di quella riabilitativa, auspicando l'istituzione di un apposito registro che consenta di monitorare tutto il percorso dei soggetti con ictus e la messa in rete delle strutture riabilitative.

Alcune informazioni da raccogliere ad integrazione di quelle della fase acuta sono riportate di seguito.

Etiologia

Data insorgenza (indicatore di percorso)

Data ricovero in riabilitazione e data dimissione (durata complessiva del ricovero)

Struttura di ricovero

Variabili anagrafiche

Variabili cliniche:

- Alimentazione (sng-peg-os)
- incontinenza
- Emiplegia destra o sinistra
- Afasia si no
- Sindrome emisfero minore si no
- Motricity index arto superiore
- Motricity index arto inferiore
- Trunk control test
- FIM
- FAC
- Rankin
- NIHSS
- Complicanze intercorrenti

Indicatori di esito:

- Livello di autonomia (Barthel e/o FIM)
- Destinazione alla dimissione e tipologia di intervento riabilitativo attuato.

Centro Leonardo

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



300 posti auto coperti



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

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

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



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



Dal 1930, uomini che lavorano.

Lefim

Promotion Real Estate Development