



L'Ordine

di Treviso

Anno XVI - N° 2/2008 | Direttore: Michele Basci | 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
bimestrale di
informazione
dell'Ordine dei
Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
di Treviso



La nuova sede dell'Ordine (ubicazione)

CORSO AMBIENTE E SALUTE: SETTEMBRE 2008

Sono aperte le iscrizioni (pag. 10)

02
2008

- **L'Editoriale**
- **La nuova sede dell'Ordine**
- **Documento sui rapporti fra Colleghi**
- **Eventi ECM dell'Ordine**
- **Medico competente: nuove disposizioni**

■ Attività dell'Ordine

- 01 Editoriale
- 04 La nuova sede dell'Ordine
- 05 Documento rapporti fra Colleghi
- 10 Corso "Salute e Ambiente"
- 14 Altri eventi ECM
- 16 Variazioni agli Albi

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 17 Medico competente: nuove disposizioni
- 24 FIMMG interrompe accordo con INAIL
- 24 Certificati guida ciclomotori
- 25 Notizie ENPAM
- 26 Ricerca medici
- 27 Notizie AIFA
- 28 Premio Giancarlo Donati
- 29 Assistenza età gestazionali estremamente basse
- 33 Documento FNOMCeO su una professione autonoma e responsabile
- 36 Corso ECM on-line della FNOMCeO "SICURE"
- 37 ONAOSI
- 38 Associazione medici tennisti italiani

■ Rubriche

- 39 Appuntamenti Scientifici
- 40 Rassegna Giuridico Amministrativa

Segreteria

Telefono: 0422 543864 - 0422 545969 **Fax:** 0422 541637

Orario di apertura al pubblico

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



L'Ordine
di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Michele BUCCI

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Domenico STELLINI

Vice Presidente

Saverio ORAZIO (Odont.)

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

Consiglieri

Paolo BURELLI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO (Odont.)

Laura DAPPORTO

Brunello GORINI

Renzo MALATESTA

Giovanni MAZZOLENI

Federica NENZ detto NENZI

Pietro Mario ROSSI

Giampiero RUZZI

Fulvia SALZANI

Massimo SANTONASTASO

Remigio VILLANOVA

Giuseppe ZAPPIA

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Gaetano CAPPELLETTO **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Gianna DI LUNA

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Presidente

Luigino GUARINI

Saverio ORAZIO

Edoardo STELLINI

Angelo UZZIELLI

LA REGIONE VENETO SI AFFIDA AGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI

Ruolo attivo della rappresentanza di Treviso verso importanti obiettivi trasversali nella professione.

Negli ultimi 2 anni la Federazione Regionale dell'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri del Veneto, sotto la guida prima del compianto Marcello Fazzini e ora di Ezio Cotrozzi, Presidente dell'Ordine dei Medici di Vicenza, si è distinta per un progressivo e sempre più ampio riconoscimento di rappresentatività da parte della Regione Veneto su temi di massima attualità per la professione.

La Federazione Regionale ha saputo dotarsi di una squadra che con la nomina a Presidente Regionale del Dr. Cotrozzi, del Vice Presidente Dr. Maurizio Scassola (Presidente Ordine di Venezia) affiancati dal Dr. Daniele Frezza (Segretario dell'Ordine di Treviso, a rappresentanza degli ospedalieri), con la costante presenza degli altri Presidenti provinciali, ha incontrato ripetutamente il Segretario Generale della Sanità e Sociale della Regione Veneto Dr. Giancarlo Ruscitti e il Dr. Antonio Compostella Direttore dell'Agenzia Regionale per affrontare i seguenti temi:

- **Ruolo Istituzionale della Federazione Regionale**
- **Formazione e aggiornamento. ECM regionale.**
- **Sicurezza del paziente e Rischio Clinico**
- **Progetto cartella Clinica informatizzata**
- **Autorizzazione e Accredimento (Legge regionale 22)**

Dai vari incontri è emersa una ferma volontà della dirigenza tecnica della Regione Veneto, ai suoi massimi vertici, di coinvolgere la professione attraverso la Federazione Regionale nei temi sanitari di massima attualità, consapevoli delle difficoltà oggettive di mantenere gli elevatissimi livelli raggiunti nel modello veneto a fronte di una scarsa disponibilità economica e di una aspettativa crescente di salute della società e della politica.

È stata riconosciuta agli Ordini dei Medici la capacità di produrre sintesi nella professione, coinvolgendo ad un unico tavolo la componente ospedaliera, quella convenzionata, gli odontoiatri e i liberi professionisti, all'interno del livello istituzionale ordinistico che consente di superare visioni parcellari finora oggetto di confronto con il livello regionale.

L'Ordine in quanto Ente Ausiliario dello Stato, e con i suoi livelli organizzativi e di rappresentanza è stato considerato un livello istituzionale ideale per il confronto con la Regione.

Questa disponibilità, su cui si è avviata anche una fase di verifica diretta con le rappresentanze politiche (Assessore alla Sanità, Presidente Consiglio Regionale, Presidente V Commissione) si è espressa con iniziative di diverso

livello sui temi sopra citati.

Sulla formazione e aggiornamento si è avviato un percorso di confronto tra Federazione e le principali rappresentanze sindacali della dipendenza (ANAAO, CIMO) e della convenzionata (FIMMG) per giungere alla stesura di un documento di programmazione unico come richiesto dalla Regione.

Va ricordato che la Formazione continua è uno dei temi di responsabilità diretta dell'Ordine professionale per garantire la qualità dei professionisti e conseguentemente la qualità delle cure ai cittadini.

L'obiettivo principale è di ritornare, insieme ai Sindacati, ad essere i principali attori di questa importante partita professionale, su cui vi sono finanziamenti dedicati dai rispettivi CCNL e percorsi regionali, oggi spesso impegnati in Piani Formativi che mirano all'acquisizione del punteggio ECM invece che ad una reale formazione clinico-professionale.

L'organizzazione odierna della formazione è divenuta ambito di responsabilità diretta del mondo amministrativo o sanitario in genere, dimenticando che la figura del medico è centrale nella diagnosi e cura del paziente, nonché dell'organizzazione delle ULSS, e che

sulla formazione si gioca uno dei principali pilastri della "Clinical Governance" su cui molti Direttori Generali e la Regione ne hanno capito l'importanza in termini di alleanza strategica.

Ci auguriamo che il percorso si possa concludere entro l'estate, come richiesto, con il massimo senso di responsabilità, consapevoli dell'importanza fondamentale di questa partita. Formazione continua significa adeguatezza e verifica dell'atto medico ai suoi vari livelli di intervento a fronte degli obiettivi sanitari, con conseguente miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza e della riduzione del rischio clinico.

I professionisti aggiornati rappresentano la principale risorsa della categoria, su cui aumentare l'autorevolezza verso i cittadini, le istituzioni e le nostre amministrazioni, per riprendere quel ruolo di centralità nel sistema che oggi risulta pesantemente in discussione.

Sicurezza del paziente e rischio clinico.

La Regione Veneto sta licenziando una Delibera sulla "Sicurezza delle cure" che introduce una organizzazione sul controllo del rischio clinico nelle aziende-ULSS.

Si verranno a creare una nuova figura professionale "il responsabile del coordinamento per la sicurezza

del paziente", che dovrà essere un Medico operante in Direzione Sanitaria, un Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente, ed un Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri.

Su tale importante atto deliberativo, la Federazione Regionale è stata



sentita ed ha avuto modo di produrre numerosi emendamenti finalizzati a rendere la DGRV il più possibile vicina alle aspettative professionali e al controllo del rischio clinico. In particolare si sono espressi orientamenti finalizzati a determinare azioni che anticipino i sinistri e non solo a monitorarli intervenendo attivamente sull'organizzazione che risulta all'80% la responsabile delle cause intentate dai pazienti, che vengono sulla stampa malpractice e responsabilità pressoché esclusi-

va del medico.

Si è suggerito di favorire su questo tema, (che è divenuto con l'Articolo 14 del Codice Deontologico, una responsabilità diretta della professione) una crescita culturale trasversale nella categoria, per superare il concetto di errore e di evento sentinella come responsabilità diretta e di poterli pertanto inserire in necessarie segnalazioni e correttivi, sia nel percorso diagnostico-terapeutico che nell'organizzazione.

Una spinta dal basso in alto che dovrebbe coinvolgere progressivamente tutti i professionisti.

La delibera invece, definita sperimentale e pertanto da migliorare nel tempo, anche dopo i nostri emendamenti, determina una organizzazione verticistica affidando l'incarico di referente ad un medico della Direzione Sanitaria, non a funzioni esclusive e con un coinvolgimento diretto di un solo medico per dipartimento. Un po' poco, ma su questi temi insieme ai Sindacati dovremmo presidiarne l'applicazione segnalandone i necessari correttivi anche in fase applicativa.

Sul Rischio Clinico, ci è stato presentato in un Convegno della Regione il 16/6 a Padova, da parte del presidente della V Commissione Regionale Avv. Bazzoni un **Dis-**

gno di Legge Regionale sull'Istituzione di una Camera Conciliativa Extragiudiziale Regionale.

Questa importante iniziativa, da noi approvata seppur con la necessità di approfondimenti, si colloca nelle aspettative della professione, per evitare lunghi percorsi giudiziari in ambito civile.

La Regione doterebbe la Commissione Regionale (unica e forse un po' troppo lontana dai livelli provinciali, considerabili ideali vista l'estensione della Regione e i quasi 5 milioni di abitanti) di finanziamenti dedicati per risarcire i pazienti, con l'obiettivo di ridurre i costi assicurativi, dare una migliore immagine all'utenza e (forse) ridurre l'esposizione professionale.

Una anticipazione che necessita di un incontro e una audizione della Federazione per gli emendamenti che ci sembrano già ora necessari. Il Disegno di Legge sembra peraltro essere un po' dissonante dalla Delibera della Giunta e anche questo richiederà uno sforzo per rendere armonici ed integrabili entrambi gli strumenti.

Progetto Cartella Clinica Informatizzata.

Su questo tema la regione ha approvato una legge nel Dicembre 2007, su cui la Federazione aveva esercitato alcuni importanti emendamenti che erano stati recepiti, soprattutto la necessaria chiarezza che la responsabilità complessiva della cartella clinica, al di là dell'informatizzazione, deve rimanere del Medico e dell'azienda ULSS e non di altre figure sanitarie.

La federazione ha spinto perché questa Legge venga sperimentalmente applicata in ambiti territoriali definiti (e in tal senso è in corso la sperimentazione nell'ulss di Adria) poiché una sua applicazione esten-

siva sarebbe risultata prematura ed estremamente impattante per i livelli organizzativi già presenti, con possibile aumento del rischio clinico. Anche su questo tema vi sono ricorrenti scambi di informazione con la Regione per seguirne l'iter applicativo.

Autorizzazione e Accreditemento – Legge 22.

La Legge 22 affidata per competenza all'Agenzia regionale, diretta dal collega Dr. Compostella, ha comportato negli ultimi anni un crescente problema nel mondo professionale, soprattutto per gli odontoiatri e recentemente anche per i liberi professionisti.

Le principali difficoltà si sono avute nelle Autorizzazioni in cui vi è stata difformità di applicazione nei requisiti soprattutto in alcune ULSS delle province di Padova e Verona.

Solo in questi ultimi mesi vi sono state le ispezioni negli Ospedali e nelle ULSS per giungere ad un accreditamento anche di queste strutture, che seppur pubbliche presentano spesso carenze ben note a chi vi opera da anni.

Su questa situazione, anche a causa di alcuni ricorsi avviati, vi è stata l'apertura di un Tavolo Tecnico di lavoro su procedure di applicazione e requisiti della legge 22, che si è tenuto il 14 Maggio a Venezia.

La discussione si è protratta per oltre 3 ore e ha consentito alla Federazione (rappresentata da Cotrozzi, Frezza, Scassola, Agnello, Maraglia, Pastorello, Bovolín, Cerioni) di giungere a degli impegni formali con l'Agenzia perché la Legge 22 possa essere uniformemente applicata nel territorio regionale senza fini punitivi o repressivi ma di miglioramento degli standard qualitativi di sistema.

Ci è stato inoltre richiesto di con-

tribuire a definire il concetto di "invasività delle cure" che è il criterio applicativo perché un ambulatorio abbia la necessità di autorizzazione e accreditamento.

L'aspetto più importante è la richiesta dell'Agenzia di giungere ad una alleanza con la Federazione per mitigare gli aspetti applicativi della Legge 22 e di ristabilire un clima di sereno miglioramento del sistema, in linea con gli orientamenti nazionali ed europei.

In sintesi crediamo si possa affermare che il ruolo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri, anche attraverso la Federazione Regionale stia profondamente modificandosi.

Da Enti prevalentemente di rappresentanza nel passato a soggetti attivi fortemente impegnati con i livelli Istituzionali a migliorare la sanità regionale, con una particolare attenzione ai temi di massima attualità per la professione e i cittadini.

Per accrescere di autorevolezza e di competenza e per poter incidere in modo determinante è necessario superare le divisioni e le singole visioni per garantire una vera sintesi, con massimo senso di responsabilità all'interno della professione.

Il percorso è avviato e dovrà essere considerato uno dei principali determinanti di scelta per i futuri assetti ordinistici che si creeranno con le elezioni di fine anno.

*Dott. Daniele Frezza
(Segretario Ordine dei Medici)*

*Dott. Domenico Stellini
(Presidente Ordine dei Medici)*

LA NUOVA SEDE DELL'ORDINE

Finalmente il traguardo è raggiunto, grazie alla contribuzione di tutti gli iscritti, alla attività specifica degli ultimi due Consigli dell'Ordine e dal suo personale nonché dai tecnici coinvolti.

Una sede prestigiosa che vede Treviso allinearsi alle altre Province.

Facilmente raggiungibile, con un ampio parcheggio e dimensioni oggi all'altezza di uno sviluppo dell'attività ordinistica e della professione.

Si potranno svolgere attività di formazione, di incontri sindacali, di aggregazione e di rappresentanza, nonché convegni, congressi e quant'altro potrà svilupparsi con una modulazione che dovrà essere affrontata dal Consiglio con l'apertura della sede.

Quindi non solo un edificio che risulta pur sempre bello e sicuramente riconoscibile, ma soprattutto un importante strumento per potenziare ulteriormente l'attività dell'Ordine e la presenza della nostra Professione all'interno del territorio provinciale.

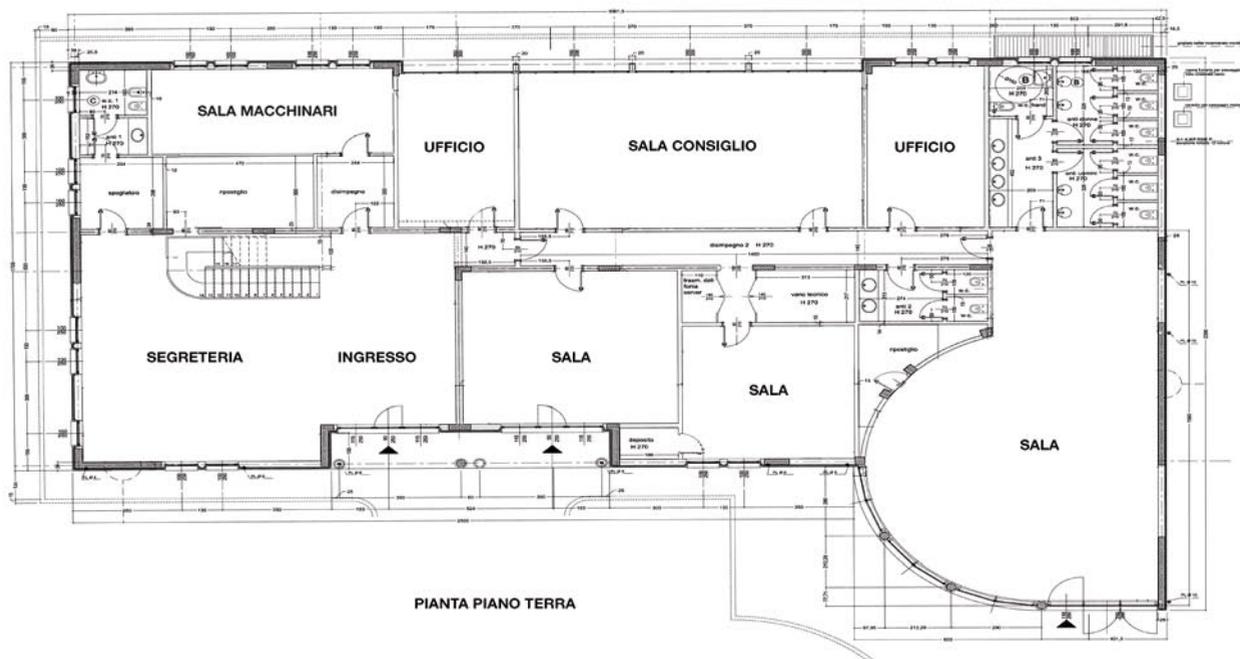
Da lunedì 14 luglio a venerdì 18 luglio 2008 provvederemo ad effettuare il trasloco da Treviso – Via Risorgimento, 11 a **TREVISO – VIA CONCORDIA** (all'Ospedale Ca' Foncello immettersi sulla strada che porta alla tangenziale e dopo circa 200 mt. sulla sinistra, dopo aver passato Strada del Passo dove c'è il CRAL Ospedalieri, c'è la nuova sede).

Durante il periodo di trasloco gli uffici dell'Ordine rimarranno chiusi e saranno riaperti **lunedì 21 luglio 2008** nella nuova sede.

I numeri di telefono (0422 543864 e 0422 545969) e di fax (0422 541637) rimarranno invariati.

Durante i giorni di trasloco le segreterie telefoniche forniranno un numero di cellulare al quale potrete rivolgervi solo per problemi di urgenza indifferibile.

*Dott. Daniele Frezza
Segretario dell'Ordine dei Medici*



L'Ordine dei Medici di Treviso si è dotato di un nuovo strumento per migliorare i rapporti tra colleghi

Il 27 maggio scorso il Consiglio dell'Ordine ha approvato definitivamente il “*Documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Treviso per la Deontologia delle relazioni professionali e per il miglioramento dei rapporti con l'utenza*”.

Tale progetto, che rientra tra gli obiettivi programmatici triennali, è stato realizzato grazie ad una Commissione specifica di cui si indicano i componenti (vedi riquadro), e che si ringraziano ufficialmente per l'elevato contributo e competenza dimostrata.

Il Presidente Dott. Stellini ha ritenuto che tale elaborato dovesse essere vagliato da un livello istituzionale e sindacale coordinato dal Dott. Giuseppe Di Falco e dal Dott. Brunello Gorini, che hanno sentito le istanze dei sindacati medici e delle ULSS consentendo una sintesi finale.

Il documento con la pubblicazione nel bollettino diventa a tutti gli effetti strumento che tutti gli iscritti e i medici operanti nella Provincia di Treviso debbono rispettare e perseguire.

Si ritiene che il documento sia considerabile come prima stesura, aperta a qualsiasi suggerimento e osservazioni inviando e-mail (ordmedtv@iol.it riportando nell'oggetto: Suggerimenti documento deontologia e relazioni) per poter prevedere un futuro e progressivo aggiornamento.

Seguiranno ulteriori iniziative dell'Ordine e delle ULSS per la sua diffusione a livello provinciale.

*I coordinatori Commissione Integrazione
Professionisti Ospedale-Territorio*

*Dott. Daniele Frezza
Dott.ssa Fulvia Salzani*

Coordinatori

FREZZA	Daniele
SALZANI	Fulvia

Componenti

BARDARO	Antonio	GALLUCCI	Maurizio
BISETTO	Giancarlo	LORENZON	Claudio
BONAIUTO	Francesco	MARCELLO	Roberto
BURTONE	Giuseppe	NENZ detto NENZI	Federica
CALCINOTTO	Aldo	NERI	Gianfilippo
CALZAVARA	Piergianni	RIZZATO	Massimo
CASELLATO	Rosanna	SORATO	Renzo
COLMAN	Angelo	SPINELLA	Nello
DE BASTIANI	Pietro	TABACCANTI	Sandro
DOTTO	Gianfranco	TESSARIN	Michele
FARONATO	Pierpaolo	VILLANI	Elena
FORNAINI	Massimo	ZAPPIA	Giuseppe

Documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Treviso per la Deontologia delle relazioni professionali e per il miglioramento dei rapporti con l'utenza

Premessa

Uno dei compiti istituzionali dell'Ordine dei Medici è un corretto rapporto professionale e deontologico fra medici. L'erogazione di prestazioni professionali appropriate, efficaci e a costi equi è compito prioritario del servizio sanitario nazionale in tutte le sue componenti.

Il cittadino-paziente viene posto al centro del sistema; la soddisfazione dei suoi bisogni e la risposta alle sue esigenze di salute, espresse ed inesprese, rappresentano il fine ultimo dell'attività del sistema sanitario; deve inoltre essere preservato quel rapporto diretto tra medico e paziente che costituisce l'essenza dell'esercizio professionale.

Proprio per questo viene presentata al Consiglio dell'Ordine una proposta di regolamento costruito secondo modelli strutturali già utilizzati e con un testo il cui contenuto ha cercato di raccogliere e sintetizzare quanto già espresso nelle varie normative, leggi, decreti e convenzioni, che in più occasioni richiamano alle numerose tematiche con le quali ogni giorno i medici si trovano a doversi confrontare nell'esercizio della propria professione.

Dopo un lungo e approfondito dibattito sulle modalità di stesura e sui possibili contenuti, la commissione ospedale-territorio ha convenuto per un testo sintetico i cui obiettivi richiamano i capitoli fondamentali del rapporto professionale.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso, ritiene che i rapporti tra le varie categorie di medici debbano svolgersi sempre in un clima di collaborazione e secondo criteri di correttezza professionale.

Dopo ampia discussione la commissione "Ospedale – Territorio", con partecipazione dei delegati delle Aziende ULSS della Provincia, sentito il parere del Consiglio dell'Ordine, ritiene di proporre il seguente documento del quale raccomanda l'osservanza a tutti gli interessati.

1. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI TRA LE VARIE CATEGORIE MEDICHE

La comunicazione è il filo conduttore di tutti gli obiettivi che portano all'interesse comune della cura del paziente. La sua mancanza comporta la non sempre completa conoscenza di tutte le attività sanitarie, delle modalità operative e delle innovazioni adottate, ma anche il mancato rapporto collegiale che accompagna giornalmente il lavoro di ciascun medico: ognuno è infatti preso dal veloce ritmo lavorativo quotidiano e non riserva poi "tempo" per comunicare, riferire e concordare con i colleghi.

A tale proposito è opportuno:

- Prevedere degli spazi riservati alla comunicazione tra le varie unità operative ospedaliere e distrettuali con i medici di medicina generale (mmg), pediatri di libera scelta (pls), e i medici della continuità assistenziale (mca)
- Fissare modalità di disponibilità per i colloqui telefonici e diretti o via email
- Fornire ad ogni unità operativa il numero telefonico e relativo orario di servizio di tutti i mmg e pls del territorio delle rispettive ULSS
- Prevedere che le direzioni sanitarie delle ULSS informino anche attraverso gli strumenti informatici delle Aziende i mmg, i pls e gli specialisti ambulatoriali (sai) degli orari dei servizi specialistici ambulatoriali, delle modalità di accesso o prenotazione aggiornando periodicamente l'informazione.

2. ESAMI, CONSULENZE E URGENZE

- Ogni richiesta di prestazione, di esami strumentali e di consulenza specialistica deve essere motivata con l'indicazione del sospetto diagnostico e/o del quesito clinico con allegati gli accertamenti eseguiti. Le richieste scritte a mano devono essere compilate in modo chiaro e leggibile
- Informare il paziente sulle modalità di prenotazione e sui criteri di scelta prioritari nelle varie branche specialistiche come previsto dalla normativa regionale in attesa che vengano concordati specifici percorsi assistenziali e di urgenza.
- Per tutti i medici è valida la regola che in ogni ricetta possono essere richieste fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca (D.M. 22/7/96) e che le richieste relative a specialità diverse devono essere formulate su ricette diverse.

I medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali (sai), effettuata la visita specialistica richiesta, si impegnano a:

- Formulare direttamente la richiesta su ricettario regionale, qualora ritengano necessario eseguire ulteriori indagini agli affidati in cura per poter dare risposta al quesito del medico curante; in particolare formulano la richiesta di tutte le indagini preliminari agli eventuali esami strumentali e a tutti gli approfondimenti necessari per le risposte al quesito diagnostico
- Comunicare al medico, in forma scritta, la diagnosi formulata e le relative proposte terapeutiche.

Si raccomanda di limitare le richieste urgenti ai casi di reale necessità e sempre motivarle opportunamente: l'invio al pronto soccorso dei pazienti deve pertanto prevedere sempre la motivazione specifica di valutazione dell'urgenza.

3. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Il paziente, in caso di terapia farmacologia, va informato sulla posologia, durata del trattamento, ed eventuale presenza di farmaci di **fascia "C", ovvero a suo carico**: la proposta di trattamento con farmaci di fascia "C" va infatti motivata al paziente sia in merito alle indicazioni che ai costi da sostenere.

Lo stesso vale per la prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA limitativa, qualora il paziente non rientri nelle condizioni previste dalla nota stessa (costo del farmaco a carico del paziente).

In caso di prescrizione diretta della terapia, rispettare i contenuti delle Note AIFA, dal momento che **la concedibilità a carico del SSN dei farmaci soggetti alle note è limitata alle indicazioni in esse contenute**.

È pertanto necessario che ogni medico abbia a disposizione una copia delle note AIFA aggiornate.

Appare particolarmente utile uno scambio di informazioni tra m.o. e mmg al fine di individuare, in caso di medicinali soggetti a limitazioni, eventuali alternative farmacologicamente compatibili, che consentano la corretta prosecuzione della terapia suggerita, senza oneri economici per l'assistito

- L'indicazione di farmaci soggetti a piano terapeutico deve essere accompagnata dalla segnalazione già compilata sull'apposito modulo previsto in 4 copie⁽¹⁾.
- Nel caso di prescrizioni difformi dalle indicazioni terapeutiche del farmaco stesso, lo specialista è tenuto a fornire adeguate informazioni al paziente, acquisire il prescritto consenso ed informare il medico curante.
- I referti e le prescrizioni, se redatti a mano, devono essere compilati in modo chiaro e leggibile; la firma deve essere sempre accompagnata dal timbro da cui risulti nome e cognome del medico e la U.O. di appartenenza.

4. ACCESSO – RICOVERO PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Per una corretta gestione dell'istituto del ricovero, devono essere rispettati adempimenti e regole che impegnano i medici ciascuno nella propria funzione: i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale (ca) i pediatri di libera scelta si impegnano a:

- Proporre una richiesta motivata e dettagliata di ricovero, informando il paziente che la competenza e la responsabilità del ricovero, sono riservate al medico del Pronto Soccorso
- Compilare l'apposita scheda di accesso nella quale siano contenuti una breve anamnesi, la terapia (se in corso), da allegare alla cartella clinica; nell'impossibilità di farlo al momento del ricovero si impegna a farlo successivamente in tempi brevi e/o a prendere contatto diretto col reparto in cui il paziente è stato ricoverato.
- Intervenire, secondo gli accordi con i servizi distrettuali coinvolti nella "dimissione protetta" del paziente.

I Medici ospedalieri si impegnano a:

- Informare i mmg e pls dell'avvenuto ricovero urgente di un loro paziente richiedendo contemporaneamente la scheda di accesso
- Redigere dimissioni ospedaliere esaustive e dettagliate, contenenti le conclusioni diagnostiche, gli esiti degli esami significativi, eventualmente con copia degli esami strumentali più importanti (T.A.C., R.M.N., Endoscopie...)
- Utilizzare le indicazioni terapeutiche preferendo il nome del principio attivo, piuttosto che il nome commerciale
- Fare la prima prescrizione⁽²⁾ nei giorni prefestivi e festivi (a partire dal Venerdì pomeriggio) va fatta su ricettario regionale per evitare inconvenienti ai pazienti. Se necessario, dovrà essere consegnata al paziente la terapia fino al momento in cui potrà accedere all'ambulatorio del mmg con le modalità previste dalla normativa.
- Redigere la lettera di dimissione che può essere consegnata direttamente al paziente sia in busta chiusa che aperta: va comunque obbligatoriamente chiusa la lettera non consegnata direttamente al paziente. Appare buona norma indicare nella lettera il recapito telefonico aziendale dei m.o. che hanno seguito il paziente durante il ricovero.
- Programmare e prescrivere direttamente gli esami eseguibili ambulatorialmente (es. radiologia, medicina nucleare) in regime di post ricovero indispensabili per la formulazione della diagnosi finale.

Ciò avverrà senza pagamento di ticket.

- Programmare, alla dimissione dei pazienti, le visite di controllo secondo il programma di seguito riportato:
 - a. Per le specialità chirurgiche si intendono: visite di controllo, medicazioni e rimozioni punti di sutura, eventuali esami di controllo da effettuarsi entro i 30 giorni dalla dimissione. Nel caso di infezione di ferite chirurgiche: tutte le medicazioni fino alla guarigione
 - b. In Ortopedia: tutte le prestazioni fino alla rimozione del primo gesso con relativo accertamento radiologico
 - c. Nel politraumatizzato si intendono: prestazioni effettuate entro 30 giorni dalla dimissione: prima visita post-ricovero nelle branche specialistiche indicate nella lettera di dimissione e relative prestazioni strumentali correlate
 - d. Per le specialità mediche: tutte le visite e gli esami di controllo programmati al momento della dimissione del paziente, da effettuarsi entro 30 giorni dalla dimissione (compresi esami del sangue o esami radiologici).

Si precisa che non rientrano in queste norme gli esami ed i controlli eseguiti a distanza di tempo dal ricovero (es. ECG di controllo oltre i 30 giorni, ecc.).

5. ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO (PS)

- Il PS dispone di osservazione breve, che, di norma, non supera le 24 ore. Il ricovero in OBI del paziente va documentato su apposita scheda clinica. Nel caso di successivo ricovero, copia di tale scheda deve essere fornita al reparto. Nel caso, invece, l'osservazione non sia seguita da ricovero, dovrà essere esaurientemente informato il mmg del paziente sui motivi che hanno condotto all'osservazione e sui provvedimenti diagnostico-terapeutici adottati.
- Il PS garantisce interventi in emergenza-urgenza, anche di piccola chirurgia, in condizione di urgenza. In situazioni particolari, e comunque non di regola, il paziente può essere seguito ambulatoriamente anche dopo l'intervento d'urgenza. Qualora si ritenga che non siano necessari ulteriori interventi specialistici, il paziente è inviato al mmg/pls per il proseguimento del trattamento, accompagnato da una relazione scritta (verbale del PS).

Rapporti fra mmg, pls e PS

- Il mmg contatta le strutture d'urgenza dell'ospedale telefonando al 118, qualora ritenga di trovarsi a trattare un caso che richieda immediato trasporto in ospedale con mezzi attrezzati o invia direttamente il paziente con richiesta urgente qualora lo ritenga necessario.
- Il mmg evita di inviare al PS pazienti al di fuori dell'emergenza/urgenza, sia per consulenze che per interventi terapeutici (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, medicazioni ...). Eventuali situazioni che, senza rientrare nell'emergenza/emergenza dovessero richiedere una visita specialistica devono essere fatte secondo le modalità organizzative concordate a livello locale.
- Il mmg/pls non deve consigliare al proprio paziente, anche informalmente (es. tramite segreteria telefonica), di rivolgersi al PS o alla continuità assistenziale (al di fuori delle ore in cui ne è prevista l'attivazione) in caso di temporanea assenza.

6. REFERTI DI ESAMI STRUMENTALI PARTICOLARI

Il referto di un esame strumentale deve prevedere la descrizione di quanto rilevato, ivi compresi i quadri di normalità, con relazione particolareggiata dei rilievi di anormalità. Alla fine del referto va sempre effettuata una "conclusione", con descrizione concisa degli eventuali rilievi anomali. Qualora ritenuto utile va indicato l'eventuale completamento di indagine (es. "conclusioni: lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la natura mali moris; indispensabile tipizzazione mediante agobiopsia"; "lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la diagnosi di iperplasia focale nodulare; utile monitoraggio ecografico a distanza di 12 mesi"). Non vanno inseriti eventuali suggerimenti terapeutici.

7. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Nel caso di pazienti cronici, seguiti con regolarità a domicilio, specie in regime di assistenza programmata, dal mmg, in previsione di urgenze nelle ore notturne/festive, dovrebbe essere disponibile un estratto della scheda sanitaria, contenente le informazioni essenziali, quali la diagnosi, i principali problemi correnti e la terapia in atto. Analoga informazione deve essere disponibile per i degenti delle Case di Riposo e delle RSA.
- È dovere del mca, che ha visitato un paziente, rilasciare una copia dell'allegato B per il mmg. Tale relazione conterrà, oltre ai dati anagrafici del Paziente e alla data e all'ora della visita, una descrizione leggibile dei sintomi, dell'obiettività e dei provvedimenti adottati.

8. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E STRUTTURA OSPEDALIERA

- Se il mca che riceve la chiamata ritiene il caso particolarmente grave ed urgente, richiede l'ambulanza, concordando di volta in volta con il Medico di turno al pronto soccorso le modalità di integrazione degli interventi.
- Nel caso il mca ritenga di dover chiedere una consulenza urgente, può contattare telefonicamente lo specialista interessato e predisporre l'impegnativa con le informazioni del caso.
- Nel caso si renda necessario il ricovero ospedaliero il mca compilerà il suddetto allegato B riportando tutte le informazioni a disposizione.

9. GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEI PROBLEMI

Il codice deontologico prescrive che i rapporti fra medici debbano ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

In questo senso, il modo migliore per risolvere le controversie è quello di un franco e sereno scambio di opinioni.

Qualora, tuttavia, dovessero emergere, in campo professionale, dei problemi non componibili mediante il rapporto tra colleghi, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

- Non va mai dimenticato che il servizio al paziente rappresenta il fine ultimo di tutta l'attività, ed in questa ottica il paziente non può e non deve in alcun caso essere coinvolto nei problemi di rapporti fra medici. Per esempio, la prestazione deve essere eseguita anche in presenza di documentazione o richieste incomplete o con quesito clinico impreciso senza ulteriori rinvii del paziente al mmg e viceversa.
- Nel caso di inosservanza delle regole procedurali sovra riportate, anche dopo chiarimenti interpersonali, potrà essere fatta segnalazione all'Ordine, con una esauriente documentazione del caso.
- Il medico deve astenersi dal pronunciare apprezzamenti negativi sull'operato di un altro medico, soprattutto in presenza del paziente. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito salvo che la gravità del caso non consigli di dare comunicazione al Consiglio dell'Ordine per i provvedimenti di competenza.

10. La mancata osservanza della presente regolamentazione potrà essere considerata inadempienza deontologica e come tale segnalata all'Ordine dei Medici.

10 giugno 2008

⁽¹⁾ In caso di prescrizione di farmaci soggetti alla stesura del Piano Terapeutico, lo stesso dovrà essere redatto dallo Specialista Autorizzato in 4 copie, destinate rispettivamente:

1. allo Specialista che lo ha redatto
2. al paziente
3. al MMG
4. al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS di appartenenza del paziente

Si rammenta inoltre quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella **legge 16 novembre 2001, n. 405** relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla **DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002**:

Le prescrizioni di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate sono normate:

- dalla legge 648 del 23.12.1996 e successive modifiche;
- dal D.L. 17.02.1998, n. 23, convertito nella Legge n. 94 del 08.04.1998 (la cosiddetta "legge Di Bella")
- dal Decreto dell'8 maggio 2003 "uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"

⁽²⁾ Si rammenta quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella **legge 16 novembre 2001, n. 405** relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla **DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002** "i presidi sanitari pubblici forniscano direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente ad una confezione per farmaco prescritto. In realtà il limite di **1 confezione** per farmaco prescritto, limite peraltro dato dalla Regione, non viene sempre rispettato perché non è sempre compatibile con un ciclo terapeutico completo" DGR Veneto n. 449 del 27.2.2007.

FNOMCeO – Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso

SALUTE E AMBIENTE:

una nuova competenza per il medico

CORSO DI FORMAZIONE INTEGRATO TEORICO-PRATICO

Treviso 25 - 26 - 27 Settembre 2008

Organizzato dall'**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso** (Presidente: Dott. Domenico Stellini) come principale evento sanitario nella settimana dell'ambiente promossa dall'Ente Provincia di Treviso

In collaborazione con:

Federazione Nazionale Ordine dei Medici - Presidente Dott. Amedeo Bianco, Vicepresidente Dott. Maurizio Benato

Provincia di Treviso - Presidente Leonardo Muraro e Assessore alle Politiche Ambientali Ing. Ubaldo Fanton

Università di Padova - Facoltà di Medicina, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Direttore Prof.ssa Valeria Marin

ULSS N. 9 di Treviso - Direttore Generale Dott. Claudio Dario

ISDE Italia - Dott. Roberto Romizi

ARPAV - Direttore Sede di Treviso Ing. Tomiato

Segreteria Scientifica:

Dott. Domenico Stellini (Presidente), Dott. Daniele Frezza (Segretario), Dott. Paolo Burelli, Dott. Giampiero Ruzzi, Dott.ssa Fulvia Salzani, Dott.ssa Laura Dapporto, Dott. Gaetano Cappelletto, Dott. Renzo Malatesta, Dott. Giacomo Toffol, Dott.ssa Maria Concetta Di Giacomo

Segreteria Organizzativa (iscrizioni e informazioni):

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso

e-mail: ordmedtv@iol.it, tel.0422 543864, fax 0422 541637

Costo di iscrizione: € 100,00 da versare sul conto corrente postale n. 13896311 intestato a Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso – Causale: Iscrizione Corso Salute e Ambiente.

Il corso è a numero chiuso per 50 Medici, di cui 20 riservati alla Provincia di Treviso.

Al Corso potranno partecipare come auditori dirigenti e tecnici degli Enti Organizzatori.

Le iscrizioni avvengono in ordine di arrivo, consentendo una frequenza come auditori al di sopra dei 50 partecipanti.

Il corso è patrocinato dagli Enti organizzatori e sostenuto economicamente dall'Ordine dei Medici di Treviso e dalla FNOMCEO.

Finalità del corso

L'articolo 5 del Codice Deontologico (2006) introduce una responsabilità diretta del medico verso i temi ambientali in relazione con la salute. L'Ordine dei Medici di Treviso, all'interno del percorso Ambiente-Salute promosso dalla FNOMCeO, nell'ambito della settimana dell'ambiente della Provincia di Treviso, intende promuovere una prima iniziativa di formazione integrata tra Professione Medica e Enti Istituzionali che gestiscono le tematiche ambientali. L'obiettivo che si vuole perseguire, anche con livelli successivi di formazione è di creare un pool di medici esperti per ogni provincia su cui le Istituzioni possano richiedere una collaborazione nei principali atti amministrativi che riguardano l'ambiente e i rapporti con la salute.

ECM: È stato richiesto l'accreditamento del Corso e del Convegno per Medici

Provider: Associazione Medica Patavina

Verrà garantito punteggio ECM per i primi 50 partecipanti e attestato di partecipazione a tutti i presenti.

Programma preliminare

GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2008

LA MADONNINA TREVISO

- Ore **9,00** Introduzione e presentazione del corso
- Ore **9,15 - 11,15** Prima sessione: parte generale
 Concetto di salute e concetto di ambiente
 Profilo di Salute e Piano di Salute
 Indicatori di salute
 Analisi del rischio
- Ore **11,15 - 11,30** Coffee break
- Ore **11,30 - 13,30** Seconda sessione: Inquinamento atmosferico
 Relazione generale, normativa, contesto nazionale
 contesto provinciale, ruolo dei medici e proposte attuative
- Ore **13,30** Lunch
- Ore **14,30 - 17,30** Terza sessione: Agenti fisici (onde elettromagnetiche, radon, Inquinamento Acustico)
 Relazione generale, normativa, contesto nazionale
 contesto provinciale, ruolo dei medici e proposte attuative
- Ore **17,30 - 18,30** Esercitazioni pratiche a gruppi
 Rilevazione radon e onde, con esercitazioni pratiche. Verifica funzionalità centralina mobile
 ARPAV

VENERDÌ 26 SETTEMBRE 2008

LA MADONNINA TREVISO

- Ore **9,00 - 10,30** Quarta sessione: Acqua
 Relazione generale, normativa, contesto nazionale
 contesto provinciale, ruolo dei medici e proposte attuative
- Ore **10,30 - 10,45** Coffee break
- Ore **10,45 - 13,30** Quinta sessione: Rifiuti
 Relazione generale, normativa, contesto nazionale
 contesto provinciale, ruolo dei medici e proposte attuative
- Ore **13,30** Lunch
- Ore **14,30 - 16,45** Pianificazione del territorio
 Relazione generale, normativa, contesto nazionale
 contesto provinciale, ruolo dei medici e proposte attuative
- ore **17,30 - 18,00** Epidemiologia ambientale: Livello di competenze del medico sull'analisi dell'inquinamento
 ambientale e ruolo del medico ambientale: funzioni e competenze

Ore **18,15** Test di verifica ECM

Intervengono in qualità di docenti: Dirigenti di Settore Provincia e ARPAV, Dirigenti Medici ULSS N. 9, Docenti Università di Padova, Pediatri di libera scelta, Medici di medicina generale, Esperti di tematiche ambiente e salute.

SABATO 27 SETTEMBRE 2008

CA' DEI CARRARESI TREVISO

Ore **9,00 - 12,30** **Convegno**
SALUTE E AMBIENTE. MEDICI E ISTITUZIONI A CONFRONTO
Interventi preordinati

Tavola rotonda
Intervengono Provincia di Treviso, ARPAV, ULSS N. 9,
Università di Padova, Regione Veneto, FNOMCeO.

Sono stati invitati: Ministro del Welfare Sen. **Maurizio Sacconi**
Ministro delle Politiche Agricole On. **Luca Zaia**



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

Presidente

Dott. Domenico STELLINI

Direttore Responsabile

Dott. Michele BUCCI

Redazione

**Michele Bucci, Paolo Burelli, Diego Codognotto Capuzzo, Daniele Frezza, Maurizio Gallucci,
Luigino Guarini, Renzo Malatesta, Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti, Orlando Ricciardi, Domenico Stellini**

Stampa

Tipografia Sile - Carbonera (TV) - Telefono 0422 691911

L'Ordine di Treviso

**31100 Treviso - Via Risorgimento, 11 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637
ordmedtv@iol.it www.ordinemedicitreviso.org**



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

Via Risorgimento n. 11 Treviso – Tel. 0422 543864 Fax 0422 541637

E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE

1° CORSO DI FORMAZIONE

GIOVEDÌ 25 E VENERDÌ 26 SETTEMBRE 2008 (ore 9 - 18,30) - Treviso - Aula Didattica Sede La Madonnina ULSS N. 9

CONVEGNO: AMBIENTE E SALUTE. MEDICI E ISTITUZIONI A CONFRONTO

SABATO 27 SETTEMBRE 2008 (ore 9,30 - 12,30) - Treviso - Ca' dei Carraresi

Richiedi crediti ECM per il Corso e per il Convegno.

Il numero dei partecipanti è rigorosamente limitato a 50 di cui 20 riservati alla Provincia di Treviso.

Verranno pertanto accettate solo le prime 50 iscrizioni pervenute a mezzo FAX 0422 541637 e/o a mezzo e-mail ordmedtv@iol.it.

L'iscrizione si intende perfezionata con il versamento della quota di iscrizione.

Scrivere in stampatello con scrittura chiara e marcata

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
PROFESSIONE	MEDICO CHIRURGO
DISCIPLINA (<i>specialità o branca attività</i>)	
RECAPITO TELEFONICO	
CELLULARE	
VIA	
C.A.P. - CITTÀ - PROVINCIA	
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI ISCRIZIONE <i>(per coloro che sono iscritti in altre Province allegare il certificato di iscrizione)</i>	
PROFILO PROFESSIONALE ATTUALE <i>(barrare la voce che interessa)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Dipendente SSN <input type="checkbox"/> 2. Convenzionato SSN <input type="checkbox"/> 3. Libero Professionista in ambito sanitario <input type="checkbox"/> 4. Altro
PROVINCIA IN CUI OPERA PREVALENTEMENTE	

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Eventi ECM organizzati dall'ORDINE

UMANIZZAZIONE DELLE CURE – SIGNIFICATO INTRINSECO E PRATICO

GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 2008

ore 19,45 – 24,00

presso sala riunioni Sede Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso

Corso gratuito al quale sono stati assegnati n. 3 crediti ECM

È sicuramente accertato che nell'ultimo decennio è cresciuta la coscienza, anche nelle istituzioni sanitarie, della necessità di approfondire le questioni etiche e di migliorare lo sviluppo dei contenuti relazionali e dell'attenzione ai bisogni globali del malato. Ovviamente questo comporta da parte del singolo medico, dello specialista, delle equipe e dei gruppi interdisciplinari di trattamento una maggior presa di coscienza delle problematiche legate alle cure ed una istituzionalizzazione del percorso terapeutico che deve sempre considerare le diverse sensibilità e visioni, la molteplicità dei linguaggi e le varie dimensioni comunitarie.

Civiltà, valori, responsabilità, rinnovamento e acculturazione devono far parte del bagaglio formativo che accompagna quello scientifico-sanitario con cui ogni medico deve affrontare le problematiche del paziente sotto forma di indagine e cura. Il progresso scientifico e tecnologico non deve assolutamente essere un fattore negativo nell'approccio metodologico, cioè non deve essere "illimitante" di fronte a considerazioni sociali, religiose, comunitarie e razionali. Lo svolgimento di eventi atti a ricordare alla figura del medico anche un bagaglio socio-culturale estrapolabile da quello medico-scientifico servono per delineare e rafforzare l'azione curativa.

È indispensabile far riferimento al giuramento di Ippocrate modernizzandolo ma non stravolgendolo rispetto agli attuali sistemi di valutazione e di approccio al malato. È determinante in questo senso l'apporto della bioetica e della sua istituzionalizzazione a livello delle ULSS.

La metodologia legata a questo evento prevede una chiarificazione introduttiva alle regole della bioetica, tre lezioni magistrali ed una discussione finale di tipo aperto. I destinatari dell'evento sono medici iscritti all'Albo dell'Ordine dei Medici di Treviso, il numero di partecipanti è fissato a 30 iscritti, sarà distribuito del materiale didattico cartaceo.

Successivamente all'evento saranno inviati a tutti i partecipanti, su dischetto, gli aggiornamenti degli argomenti trattati.

Introduzione ed illustrazione delle problematiche legate all'umanizzazione delle cure

Docente: Dott. Paolo Burelli

Modelli interpretativi della bioetica

Docente: Dott. Gian Antonio Dei Tos

Umanizzazione delle cure: significato intrinseco

Docente: Prof. Nicola Conte **Umanizzazione delle cure: significato pratico**

Docente: Dott. Giorgio Zanardo

Presentazione e discussione di problemi e casi didattici

Docenti: Dott. P. Burelli - Dott. G.A. Dei Tos - Prof. N. Conte - Dott. G. Zanardo

Test finale di valutazione dell'evento e questionario di apprendimento

Gli interessati devono compilare la scheda di iscrizione, reperibile presso la Segreteria dell'Ordine o dal sito www.ordinemedicitreviso.org, che sarà disponibile a partire dal 6.10.2008

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO: SIGNIFICATI**GIOVEDÌ 30 OTTOBRE 2008**

ore 19,15 – 24,00

presso sala riunioni Sede Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso

Corso gratuito al quale sono stati assegnati n. 5 crediti ECM

Medici di famiglia, struttura ospedaliera e distretto sono l'asse su cui ruota la sanità pubblica. Questo asse è divenuto nella nostra società sempre più importante e definito. Tutte le figure impegnate nella sanità devono contribuire a mantenere efficiente questo tipo di struttura socio-sanitaria.

È fondamentale per tutti i medici avere una esatta definizione di ogni struttura, di concepire la propria utilità finalizzata al bene dell'utenza. È altresì importante conoscere la attività e la funzione preposta ma al giorno d'oggi diventa imprescindibile la integrazione tra le diverse strutture al fine di ottimizzare le strategie sanitarie.

A questo proposito si è insediata una speciale commissione presso l'Ordine che ha prodotto un documento atto a razionalizzare funzioni e competenze. L'integrazione ospedale-territorio entra pertanto nel bagaglio logistico del medico per aiutare nel percorso sanitario l'utenza. L'Ordine dei Medici è lo strumento naturale per veicolare concetti e principi legati a queste problematiche tra tutti i medici. La metodologia legata a questo evento prevede una introduzione come lettura da parte dei responsabili della Commissione dell'Ordine, tre lezioni magistrali ed una tavola rotonda aperta. I destinatari dell'evento sono i medici iscritti all'Albo dell'Ordine dei Medici di Treviso, il numero di partecipanti è fissato a 30 iscritti, sarà distribuito del materiale didattico cartaceo.

Successivamente all'evento saranno inviati a tutti i partecipanti, su dischetto, gli aggiornamenti degli argomenti trattati.

Introduzione ed illustrazione delle problematiche connesse all'integrazione Ospedale-Territorio*Docente:* Dott. Paolo Burelli**La Commissione integrazione Ospedale-Territorio***Docenti:* Dott. Daniele Frezza e Dott.ssa Fulvia Salzani**Il Distretto***Docente:* Dott. Nello Spinella**Il Dipartimento Ospedaliero***Docente:* Dott. Giuseppe Di Falco**Il Medico di Medicina Generale***Docente:* Dott. Cosimo De Chirico**Tavola Rotonda con dibattito tra esperti***Docenti:* Dott. Brunello Gorini, Dott. Daniele Frezza, Dott.ssa Fulvia Salzani, Dott. Cosimo De Chirico, Dott. Giuseppe Di Falco, Dott. Nello Spinella**Presentazione e discussione di problemi e casi didattici***Docente:* Dott. Brunello Gorini**Test finale di valutazione dell'evento e questionario di apprendimento**

Gli interessati devono compilare la scheda di iscrizione, reperibile presso la Segreteria dell'Ordine o dal sito www.ordinemedicitreviso.org, che sarà disponibile a partire dal 6.10.2008

Variazioni agli Albi

MARZO - GIUGNO 2008

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Audry Maurice	Reiscrizione
Beraldo Monica	Prima iscrizione
Bortot Lisa	Prima iscrizione
Carrer Fabrizio	Prima iscrizione
Checuz Lucia	Prima iscrizione
Coman Maria Antoaneta	Trasferita dall'Ordine di Verona
Contarino Fabrizio	Trasferito dall'Ordine di Catania
Cremasco Daniela	Prima iscrizione
Fontana Alessandro	Trasferito dall'Ordine di Padova
Frugoni Pietro	Prima iscrizione
Lubin Enrico	Trasferito dall'Ordine di Trieste
Mancuso Tommaso	Trasferito dall'Ordine di L'Aquila
Manzini Margherita	Trasferita dall'Ordine di Chieti
Marchesan Federica	Prima iscrizione
Martignago Sara	Prima iscrizione
Massaro Maria Teresa	Trasferita dall'Ordine di Pescara
Palatini Luca	Prima iscrizione
Picone Giancarlo	Trasferito dall'Ordine di Napoli
Sanna Marta	Prima iscrizione
Silverj Elisabetta	Trasferita dall'Ordine di L'Aquila
Titton Francesca	Prima iscrizione
Torresan Stefania	Prima iscrizione
Vendramin Silvia	Prima iscrizione
Zanatta Lisa	Prima iscrizione
Zanella Cristina	Prima iscrizione

DOPPIE ISCRIZIONI

Reiscrizione all'Albo dei medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione anche all'Albo degli Odontoiatri

Barbon Pedrina Patrizia	Doppia iscrizione - reiscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione anche all'Albo degli Odontoiatri
-------------------------	---

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Lecca Elisabetta	Trasferita dall'Ordine di Cagliari
------------------	------------------------------------

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Balbi Liliana	Dimissioni
Battistini Barbara	Trasferita all'Ordine di Bologna
Corbin Caroline	Trasferita all'Ordine di Brescia
Lorenzon Nancy Luisa	Decesso
Pagotto Elia	Dimissioni
Pasqual Anna	Trasferita all'Ordine di Venezia
Pecoroni Giovanni	Deceduto
Toscano Andrea	Trasferito all'Ordine di Verona

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Fadel Adriano	Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
Pecoroni Giovanni	Deceduto

MEDICO COMPETENTE

TITOLI, REQUISITI, OBBLIGHI E RESPONSABILITÀ

Pubblichiamo la comunicazione n. 25 del 5 giugno 2008 della Federazione Nazionale.

Il testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08 pubblicato sulla G.U. 30 aprile 2008, n. 101, S.O. – all’art. 2, comma 1, lett. h), definisce medico competente il medico, in possesso di uno dei titoli e dei requisiti professionali indicati dallo stesso T.U. (art. 38), che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui a decreto sopraindicato.

Nella fattispecie l’art. 38 stabilisce che per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti:

- a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- b) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- c) autorizzazione di cui all’art. 55 del D.Lgs. 277/1991;
- d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

I medici in possesso dei titoli di specializzazione in igiene e in medicina preventiva o in medicina legale sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell’Università e della Ricerca di concerto con il Ministero della Salute. Tali soggetti, i quali all’entrata in vigore del T.U., svolgano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tale attività per almeno un anno nell’arco dei tre anni anteriori all’entrata in vigore del T.U., sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. **A tale fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l’espletamento di tale attività.**

Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del D.Lgs. 229/1999 e successive modificazioni e integrazioni, a partire dal programma triennale successivo all’entrata in vigore del T.U.; i crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”.

I medici in possesso dei titoli e dei requisiti per svolgere le funzioni di medico competente sono iscritti nell’elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute. A tal fine i medici competenti hanno l’obbligo di comunicare mediante autocertificazione il possesso dei titoli e dei requisiti di cui all’art. 38 al Ministero della Salute entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto 81/08.

L’art. 39 nel disciplinare lo svolgimento dell’attività del medico competente prevede che l’attività dello stesso sia svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).

Il medico competente svolge la propria opera in qualità di:

- a) dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l’imprenditore;
- b) libero professionista;
- c) dipendente del datore di lavoro:

Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale attività di medico competente.

Il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l’autonomia. Il medico competente può avvalersi per accertamenti diagnostici della collaborazione dei medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri. Nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi di imprese nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti, individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento.

Con riferimento agli obblighi del medico competente a cui sono correlati i relativi aspetti sanzionatori l’art. 25 prevede che lo stesso:

<p>OBBLIGHI – ART. 25</p> <p>a. collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e all'organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" secondo i principi della responsabilità sociale;</p>	<p>SANZIONI – ART. 58</p>
<p>b. programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;</p> <p>c. istituisce, anche tramite l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il medico competente concorda con il datore di lavoro il luogo di custodia;</p>	<p>Arresto fino a 2 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.500,00.</p>
<p>d. consegna al datore di lavoro alla cessazione dell'incarico la documentazione sanitaria in suo possesso nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/03 e con salvaguardia del segreto professionale;</p> <p>e. consegna al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro la documentazione sanitaria in suo possesso e gli fornisce le informazioni riguardo la necessità di conservazione;</p> <p>f. invia all'ISPELS, esclusivamente per via telematica, le cartelle sanitarie e di rischio</p>	<p>Arresto fino a 1 mese o ammenda da € 500,00 a € 2.500,00</p>

<p>nei casi previsti dal presente decreto legislativo, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/03;</p>	
<p>g. fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì a richiesta informazioni analoghe ai RLS;</p>	<p>Arresto fino a 2 mesi o ammenda da €1.000,00 a €4.500,00.</p>
<p>h. informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 e a richiesta dello stesso gli rilascia copia della documentazione sanitaria;</p> <p>i. comunica per iscritto al datore di lavoro, in occasione delle riunioni di cui all'art. 35 (riunione periodica), alla RSPP e ai RLS i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;</p>	<p>Sanzione amministrativa pecuniaria da €1.000,00 a €3.000,00</p>
<p>l. visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi;</p>	<p>Arresto fino a 3 mesi o ammenda da €1.000,00 a €5.000,00.</p>

<p>m. partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria;</p>	<p>Sanzione amministrativa pecuniaria da € 1.000,00 e € 3.000,00.</p>
<p>n. comunica mediante autocertificazione il possesso dei titoli e i requisiti di cui all'art. 38 al Ministero della Salute entro il termine di 6 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.</p>	
<p>Articolo 40, comma 1, T.U. – Rapporti del medico competente con il SSN</p> <p>Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette esclusivamente per via telematica ai servizi competenti per territorio le informazioni elaborate evidenziando le differenze di genere, relativi ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.</p>	<p>Sanzione amministrativa pecuniaria da € 1.000,00 a € 3.000,00.</p>
<p>Articolo 41, comma 5, T.U. – Sorveglianza sanitaria</p> <p>Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 25, comma 1, lett. c).</p>	<p>Sanzione amministrativa pecuniaria da € 1.000,00 a € 3.000,00.</p>
<p>TITOLO VIII – AGENTI FISICI Articolo 185 – Sorveglianza sanitaria La sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti agli agenti fisici viene svolta secondo i principi generali di cui all'art. 41, ed è effettuata dal medico competente nelle modalità e nei casi previsti ai rispettivi capi del presente titolo sulla base dei risultati della valutazione del rischio che gli sono trasmessi dal datore di lavoro per il tramite del servizio di prevenzione e protezione. Nel caso in cui la sorveglianza sanitaria riveli in un lavoratore un'alterazione apprezzabile dello stato di salute correlata ai rischi lavorativi il medico competente ne informa il lavoratore e, nel rispetto del segreto professionale, il datore di lavoro, che provvede a: a) sottoporre a revisione la valutazione dei rischi;</p>	<p>Articolo 220 – Sanzioni per il medico competente Arresto fino a 3 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.000,00 per violazione art. 185.</p>

<p>b) sottoporre a revisione le misure predisposte per eliminare e ridurre i rischi;</p> <p>c) tenere conto del parere del medico competente nell'attuazione delle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio.</p>	
<p>Art. 186 – Cartella sanitaria e di rischio</p> <p>Nella cartella di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), il medico competente riporta i dati della sorveglianza sanitaria, ivi compresi i valori di esposizione individuali, ove previsti negli specifici capi del presente titolo, comunicati dal datore di lavoro per il tramite del servizio di prevenzione.</p>	<p>Art. 220 – Sanzioni per il medico competente</p> <p>Arresto fino a 3 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.000,00 per violazione art. 186.</p>
<p>Titolo IV – Sostanze pericolose Art. 229, comma 3 e 6 – Sorveglianza sanitaria</p> <p>3. Il monitoraggio biologico è obbligatorio per i lavoratori esposti agli agenti per i quali è stato fissato un valore limite biologico. Dei risultati di tale monitoraggio viene informato il lavoratore interessato. I risultati di tale monitoraggio in forma autonoma, vengono allegati al documento di valutazione dei rischi e comunicati ai rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori.</p> <p>6. Nel caso in cui all'atto di sorveglianza sanitaria si evidenzi, in un lavoratore o in un gruppo di lavoratori esposti in maniera analoga ad uno stesso agente, l'esistenza di effetti pregiudizievoli per la salute imputabili a tale esposizione o il superamento di un valore limite biologico, il medico competente informa individualmente i lavoratori interessati ed il datore di lavoro.</p>	<p>Art. 264 – Sanzioni per il medico competente</p> <p>Arresto fino a 2 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.500,00 per violazione art. 229, comma 3, primo periodo e art. 229, comma 6.</p>
<p>Art. 230 – Cartelle sanitarie e di rischio</p> <p>Il medico competente, per ciascuno dei lavoratori di cui all'art. 229 istituisce ed aggiorna la cartella sanitaria secondo quanto previsto dall'art. 25, comma 1, lettera c), e fornisce al lavoratore interessato tutte le informazioni previste dalle lettere g) ed h) del comma 1 del medesimo articolo. Nella cartella di rischio sono tra l'altro indicati i livelli di esposizione professionale individuali forniti dal Servizio di prevenzione e protezione.</p> <p>Su richiesta, è fornita agli organi di vigilanza copia dei documenti di cui al comma 1.</p>	<p>Art. 264 – Sanzioni per il medico competente</p> <p>Arresto fino a 2 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.500,00.</p>

<p>Capo II – PROTEZIONE DA AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI</p> <p>Art. 242 – Accertamenti sanitari e norme preventive e protettive specifiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I lavoratori per i quali la valutazione di cui all'art. 236 ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti a sorveglianza sanitaria. 2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure preventive e protettive per i singoli lavoratori sulla base delle risultanze degli esami clinici e biologici effettuati. 3. Le misure di cui al comma 2 possono comprendere l'allontanamento del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42. 4. Ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l'esistenza di un'anomalia imputabile a tale esposizione, il medico competente ne informa il datore di lavoro. 5. A seguito delle informazioni di cui al comma 4 il datore di lavoro effettua: <ol style="list-style-type: none"> a) una nuova valutazione del rischio in conformità all'art. 236, b) ove sia tecnicamente possibile, una misurazione della concentrazione dell'agente in aria per verificare l'efficacia delle misure adottate. 6. Il medico competente fornisce ai lavoratori adeguate informazioni sulla sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti, con particolare riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa. 	<p>Art. 264 – Sanzioni per il medico competente</p> <p>Arresto fino a 2 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.500,00 per la violazione dell'art. 242, comma 4.</p>
<p>Art. 243, comma 2 – Registro di esposizione e cartelle sanitarie</p> <p>2. Il medico competente, per ciascuno dei lavoratori di cui all'art. 242, provvede ad istituire e aggiornare una cartella sanitaria e di rischio secondo quanto previsto dall'art. 25, comma 1, lettera c).</p>	<p>Art. 264 – Sanzioni per il medico competente</p> <p>Arresto fino a 1 mese o ammenda da € 200,00 a € 800,00.</p>

**TITOLO X – ESPOSIZIONE AD AGENTI
BIOLOGICI**

Capo III – Sorveglianza sanitaria –

Art. 279 – Prevenzione e controllo

1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.
2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali:
 - a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente;
 - b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42.
3. **Ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l'esistenza di anomalia imputabile a tale esposizione, il medico competente ne informa il datore di lavoro.**
4. A seguito dell'informazione di cui al comma 3 il datore di lavoro effettua una nuova valutazione del rischio in conformità all'art. 271.
5. Il medico competente fornisce ai lavoratori adeguate informazioni sul controllo sanitario cui sono sottoposti e sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta rischio di esposizione a particolari agenti biologici individuati nell'allegato XLVI nonché sui vantaggi ed inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione.

Art. 284 – Sanzioni per il medico competente

Arresto fino a 2 mesi o ammenda da € 1.000,00 a € 4.000,00 per la violazione dell'art. 279, comma 3.

LA FIMMG INTERROMPE L'ACCORDO CON L'INAIL

Roma, 15 maggio 2008

In data 6/09/2007 la Fimmg ha siglato con l'INAIL un Accordo per disciplinare i rapporti organizzativi ed economici inerenti la compilazione dei certificati medici degli assicurati Inail.

La Federazione pur evidenziando, prima della stipula, alcune criticità in merito al testo dell'accordo, lo aveva sottoscritto interpretandolo prevalentemente come un atto di solidarietà civile nei confronti dei lavoratori infortunati.

In questi otto mesi numerose sono state le verifiche per i gravi ritardi, inadempienze e difficoltà nell'applicazione dell'Accordo da parte delle sedi dell'INAIL ed in particolare sono state segnalate le seguenti criticità:

- eccessiva laboriosità della trasmissione on-line delle certificazioni;
- difficoltà nell'approvvigionamento dei moduli cartacei;
- assenza o ritardato pagamento dei certificati redatti;
- informazioni non corrette degli impiegati dell'Inail agli infortunati.

Nonostante le numerose sollecitazioni della Fimmg e le dichiarazioni dei Dirigenti dell'Inail a dare immediata soluzione ai problemi sopra evidenziati, ad oggi la situazione risulta difforme rispetto agli impegni assunti dall'ente. La Fimmg è pertanto costretta a prendere atto dell'impossibilità di proseguire nel percorso normativo sancito dall'Accordo che si ritiene di conseguenza interrotto con decorrenza immediata e fino a quando non verranno rimossi i gravi ostacoli che ad oggi hanno impedito il corretto, tempestivo e puntuale adempimento da parte dell'Inail degli impegni assunti.

CERTIFICATI GUIDA CICLOMOTORI



La Federazione Nazionale, con nota prot. n. 3509 del 20.3.2008, ha comunicato che è stata ripristinata la **possibilità per il medico di famiglia di certificare l'idoneità alla guida dei ciclomotori.**

Pertanto, a far data dal 1° marzo u.s., le istanze intese al rilascio o al rinnovo di validità di certificati di idoneità per la guida dei ciclomotori potranno essere corredate dal certificato di un medico di medicina generale attestante condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, così come era previsto fino alla data del 31 dicembre 2007.

Variazione dell'indirizzo

Pensionati

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente per posta ordinaria, alla Fondazione Enpam, Dipartimento della Previdenza, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure, al numero di fax 06 48294648, allegando fotocopia del documento d'identità.

Iscritti attivi

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata, alla Fondazione ENPAM, Dipartimento della Previdenza, Servizio Contributi Minimi Fondo Generale, obbligatoriamente per il tramite dell'Ordine di appartenenza.

La variazione dell'indirizzo di recapito postale può essere comunicata direttamente per posta ordinaria, alla Fondazione ENPAM, Dipartimento della Previdenza, Servizio Contributi Minimi Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure, al numero di fax 06 48294913, allegando fotocopia del documento d'identità.

Il modulo è reperibile nel sito www.enpam.it, cliccare su previdenza, modulistica, contributi quota a, comunicazione d'indirizzo per recapito postale.

Redditi professionali 2007

Obbligo contributivo e termini di presentazione: I professionisti iscritti all'ENPAM, sono tenuti a comunicare entro il **31 luglio 2008** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2007. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando **il modello D 2008 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2008**.

Modello D personalizzato: I modelli D sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione Quota B.

Mancato ricevimento modello D personalizzato: Coloro che non verranno in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il modello D_G disponibile sul sito internet www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n° 98 (II piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

Invio modello D cartaceo: La dichiarazione va spedita a Fondazione Enpam, Casella postale n° 13100 00185 Roma esclusivamente a mezza raccomandata semplice.

Invio modello D in ritardo: In caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2008**, è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **€ 120,00**.

Contribuzione ridotta: La richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il 31 luglio 2008 dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico.

Richiesta contribuzione ridotta in data successiva al 31 luglio 2008: Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2008.

Iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta: Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta: In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve darne comunicazione all'ENPAM tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

Opzione contribuzione Intera: Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile**.

Pensionato del Fondo Generale: I pensionati del Fondo Generale sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e di conseguenza dall'invio del modello D. I pensionati, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2008**, nell'apposito riquadro nel modello D o con domanda semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Deducibilità

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale art. 10, comma 1, lettera e, del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con D.P.R. n° 917 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n° 47. Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Contributi di riscatto

Nel mese di giugno la Banca Popolare di Sondrio recapiterà al domicilio degli iscritti la rata semestrale a titolo di riscatto con scadenza 30 giugno.

Ricerca Medici

- ❑ L'**Ospedale "San Raffaele Arcangelo" – Fatebenefratelli di Venezia** (Struttura di tipo Riabilitativo, senza Pronto Soccorso per Utenti esterni e U.O. per patologie acute) cerca medici disponibili per eventuali turni di guardia medica notturna (dalle ore 20 alle ore 8), in regime libero-professionale presso il nostro istituto.
INFO: Segreteria Direzione Sanitaria 041/783582.

- ❑ L'**ITS (Independent Teachers' Foundation)** cerca medici per centri di vacanze studio in Gran Bretagna ed Irlanda per l'estate 2008:
Sede di lavoro: Gran Bretagna e Irlanda
Assistenza medica e responsabile controllo HACCP
Mansioni: assistenza medica e primo soccorso rivolta a gruppi di studenti presso college in Gran Bretagna e Irlanda.
Periodo di lavoro: dal 15/06/2008 al 31/08/08 (per uno o più turni di due settimane ciascuno)
Requisiti: laurea in medicina e chirurgia con abilitazione alla professione e iscrizione all'albo professionale.
Condizioni di collaborazione: retribuzione di € 700 lorde per turno; viaggio di andata e ritorno dall'aeroporto italiano di partenza al college di destinazione, sistemazione in pensione completa a carico dell'Azienda.
I candidati interessati dovranno inviare curriculum vitae + lettera di motivazione al seguente indirizzo E-mail: selezione-formazione@itftech.it (le selezioni avranno luogo a partire da marzo 2008).
INFO: Loris Pessina - ITF Sezione selezione e formazione - via Abbadesse n° 38 - 20124 Milano
e-mail: selezione-formazione@itftech.it

- ❑ La **Società Sportiva Dilettantistica a r.l. "Mario Belardinelli"** cerca medici disponibili a fornire prestazioni sanitarie occasionali per raduni sportivi organizzati per giovani dai 7 ai 15 anni presso i seguenti Centri Estivi FIT:
Pievepelago (MO) (dal 15/6 al 23/8)
Brallo di Pregola (PV) (dal 15/6 al 9/8)
Castel di Sangro (AQ) (dal 15/6 al 9/8)
Serramazzone (MO) (dal 15/6 al 9/8)
Sestola (MO) (dal 15/6 al 9/8)
Tremosine (BS - Lago di Garda) (dal 15/6 al 26/7)
Gli interessati possono inviare il proprio curriculum e la domanda (che può essere scaricata dal sito internet www.centrifederalitennis.it)
INFO: Tel. 06/3233647 – Fax 06/3202963 – E-mail: centriestivi@federtennis.it

AIFA: SICUREZZA DEI FARMACI MOXIFLOXACINA, SEBIVO® (Telbivudina), CELLCEPT (MICOFENOLATO MOFETILE), CODEINA

Pubblichiamo la nota prot. n. 128039/50.07.02.02 del 7.3.2008 della Regione Veneto

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha diramato attraverso la Rete Telematica Nazionale e il proprio sito Internet (www.agenziafarmaco.it) alcune nuove informazioni sulla sicurezza dei farmaci indicati in oggetto, che di seguito riportiamo:

MOXIFLOXACINA

Nota informativa importante concordata con le Autorità Regolatorie Europee e l'Agenzia Italiana del Farmaco – Febbraio 2008

“La moxifloxacinina può alterare la funzionalità epatica e nel 2002 sono state aggiornate le informazioni sul prodotto con l’inserimento della Sindrome di Stevens Johnson (SJS). Recentemente è stata effettuata una revisione a livello mondiale dei casi gravi segnalati, per moxifloxacinina, compresi quelli con esito fatale, sia delle reazioni di epatotossicità sia di quelle cutanee bollose quali la SJS e la necrolisi epidermica tossica (NET)”.

Per completezza di informazione si rinvia alla lettura integrale della Nota Informativa Importante.



CELLCEPT

Nota informativa importante concordata con le Autorità Regolatorie Europee e l'Agenzia Italiana del Farmaco – Febbraio 2008

“In pazienti trattati con Cellcept sono stati riportati casi isolati di Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva (PML). Le segnalazioni sono state associate a fattori confondenti, in particolare la natura della patologia sottostante, la concomitante terapia immunosoppressiva e il periodo di latenza tra l’uso di cellcept e l’insorgenza della PMI. Tuttavia sulla base della relazione temporale osservata in alcuni casi, non può essere escluso un ruolo contributivo di Cellcept”.

Per completezza di informazione si rinvia alla lettura integrale della Nota Informativa Importante.

SEBIVO® (Telbivudina)

Rese note nuove importanti informazioni di sicurezza circa l’aumento del rischio di neuropatia periferica in pazienti con epatite cronica B trattati con il farmaco

Al Riguardo si rinvia alla lettura della *Nota informativa importante* concordata con le Autorità Regolatorie Europee e l'Agenzia Italiana del Farmaco – 15 febbraio 2008 “Sebivo® (telbivudina) nel trattamento dell’epatite cronica B evento avverso neuropatia periferica”

CODEINA

Nuove importanti informazioni di sicurezza relative all’uso della codeina in allattamento

Si rinvia alla lettura dell’allegato Comunicato dell’Agenzia Italiana del Farmaco: l’Agenzia ha avviato la procedura di revisione del rapporto rischio-beneficio di tutti i medicinali contenenti codeina utilizzati durante l’allattamento, a seguito alla pubblicazione (su *Lancet*) di un caso di decesso di neonato per intossicazione da morfina associata all’uso, nella madre, di dosi terapeutiche di codeina.

ELENCO FARMACI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO INTENSIVO DI FARMACOVIGILANZA

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto l'aggiornamento (aggiornamento n. 9) dell'Elenco dei Medicinali sottoposti a Monitoraggio Intensivo di Farmacovigilanza. L'elenco è disponibile sul sito Internet dell'Agenzia nella duplice stesura, per ATC (classificazione anatomico terapeutica chimica) e per specialità medicinale.

Si ricorda che l'elenco include i farmaci di nuova introduzione in commercio e farmaci per i quali è stata approvata una modifica sostanziale delle condizioni di impiego, per i quali, è richiesta la segnalazione spontanea di tutte le sospette reazioni avverse, siano esse gravi e non gravi, attese e non attese, al fine di poterne più adeguatamente valutare il profilo di sicurezza.

Si precisa inoltre che oltre ai farmaci presenti nell'elenco di monitoraggio intensivo, anche per tutti i vaccini è richiesta la segnalazione di tutte le sospette reazioni avverse, anche di quelle non gravi e attese.

Nel ricordare l'importanza della segnalazione spontanea, quale strumento utile all'identificazione di segnali di allerta sugli effetti indesiderati e i rischi non ancora conosciuti dei medicinali, si invitano i medici, i farmacisti e tutto il personale non medico a cui normativamente è attribuita la facoltà di segnalazione, a segnalare le sospette reazioni avverse, inviando la apposita scheda di ADR compilata al Responsabile di Farmacovigilanza della Azienda di appartenenza (ULSS/Ospedaliera/IRCCS), al quale può anche essere richiesta qualsiasi informazione necessaria.

Si ricorda che la scheda di segnalazione è disponibile sul sito Internet dell'Agenzia Italiana del Farmaco e può essere richiesta anche agli Informatori medico-scientifici delle Aziende farmaceutiche, che sono tenuti a detenerne e fornirne copia ai medici in occasione dei loro accessi agli ambulatori.

PREMIO GIANCARLO DONATI

Concorso per l'assegnazione di due premi al merito per idee innovative in ambito sanitario e per l'umanizzazione della medicina

Sabato 13 dicembre 2008 alle ore 10 presso la Sala Convegni Associazione Dama Castellana in Viale Spellanzon n. 15 di Conegliano, si svolgerà la **3ª edizione del Premio Donati**, dedicata alla memoria del Dottor Giancarlo Donati, già Primario Medico dell'Ospedale De Gironcoli di Conegliano, deceduto nel 2001.

Il premio di € 3.000,00 verrà assegnato ad un medico o paramedico distintosi nel mondo sanitario del Triveneto per un progetto innovativo di umanizzazione della medicina.

Le segnalazioni e la relativa documentazione, attraverso il relativo modulo o anche per lettera, dovranno pervenire **entro sabato 13 settembre 2008**:

- per posta al seguente indirizzo: Sr Arcangelita, c/o Ospedale De Gironcoli – Via Manin 110 – 31015 Conegliano. Farà fede la data del timbro postale
- via e-mail: info@rotary0.191.it

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

Segreteria Rotary Club Conegliano - info@rotary0.191.it

Dr. Antonio Sacchetta, Primario Medico - Ospedale De Gironcoli - 0438 654234, orario 12-13, 17-18

MODALITÀ ASSISTENZA ETÀ GESTAZIONALI ESTREMAMENTE BASSE

Pubblichiamo la nota prot. n. 3026 del 6.3.2008 pervenutaci dalla Federazione Nazionale

Vi trasmetto il documento ufficiale del Consiglio Superiore di Sanità contenente il parere sulle modalità di assistenza nelle età gestazionali estremamente basse, elaborato nella seduta del 4 marzo 2008 dall'Assemblea Generale. Ciò allo scopo di contribuire al dibattito in corso e alla migliore definizione dei punti eventualmente ancora controversi.

Come potete osservare, nella premessa è citato il Codice di Deontologia Medica, come fonte esplicita di riferimento.

MINISTERO DELLA SALUTE - Ufficio Stampa

Comunicato n. 64

4 marzo 2008

CSS. Emanati parere e raccomandazioni per cure estremamente prematuri

Il Consiglio superiore di sanità ha espresso oggi il parere relativo alle modalità di assistenza nelle età gestazionali estremamente basse richiesto dal Ministro della Salute Livia Turco lo scorso 7 gennaio. Questo parere è finalizzato a fornire raccomandazioni agli operatori in merito alle cure più appropriate da adottare in questi casi.

Di seguito il testo integrale del parere e delle raccomandazioni espressi dall'Assemblea Generale del Consiglio superiore di sanità, che si è pronunciata con 45 voti a favore ed un'astensione su un totale di 46 membri presenti.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ - SESSIONE XLVI Seduta del 4 marzo 2008 - Assemblea Generale

Il Consiglio Superiore di Sanità

Vista la nota del 7 gennaio 2008, con la quale l'On. Le Ministro ha chiesto al CSS di esprimersi "in relazione alla opportunità di individuare protocolli per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse, per definire gli ambiti temporali e le modalità di assistenza più idonei a garantire la tutela della salute e la dignità del neonato e della madre in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche".

Vista la nota del 31 gennaio del 2008 con la quale è stato trasmesso il documento "Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)", predisposto dal gruppo di lavoro istituito dal Ministro della salute.

Visto il documento dal titolo "Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane) denominato anche *Carta di Firenze*".

Visto il documento denominato *Carta di Roma*, redatto nel febbraio 2008.

Preso atto del documento del 29 febbraio 2008, predisposto dal Comitato nazionale per la bioetica.

Visto l'art. 2 della Costituzione: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, ...".

Visto l'art. 1 del Codice Civile: "La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita. I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita".

Vista la "Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali", firmata a

Roma il 4 novembre 1950.

Vista la “Convenzione sui diritti dell’infanzia”, approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall’Italia con Legge 27 maggio 1991, n. 176.

Vista la Legge 28 marzo 2001, n. 145 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano riguardo all’applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell’uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997.

Visto il Codice di deontologia medica del dicembre 2006.

Sentito il Gruppo Istruttorio ad hoc costituito (Amedeo Bianco, Franco Cuccurullo, Alessandra De Palma, Claudio Fabris, Paola Facchin, Enrico Garaci, Alessandra Kustermann, Gerardo Martinelli, Fabio Mosca, Massimo Moscarini, Pietro Rescigno, Rosalba Tufano), riunitosi in data 13 e 20 febbraio 2008: **relatore prof Franco Cuccurullo**

Sentiti in audizione:

- per il Comitato nazionale per la bioetica : prof. Adriano Bompiani e prof. Lorenzo D’Avack,
- per la Società Italiana di Pediatria: il Presidente, prof Pasquale Di Pietro,
- per la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia: il Presidente, prof. Giorgio Vittori,
- per la Società Italiana di Neonatologia: il Presidente, prof. Claudio Fabris.

Premesso che il rispetto dell’essere umano comporta il riconoscimento e la promozione della dignità della vita in ogni sua fase ed espressione, ed in particolare - nell’ambito della medicina perinatale - la cura e la promozione della vita e della salute del feto, del neonato e della madre.

Considerato:

- che nel corso degli ultimi decenni, sensibili progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno modificato sostanzialmente l’agire professionale;
- che le scelte clinico-assistenziali non possono non interrogare e coinvolgere la società nel suo complesso.

Tenuto conto:

- che il trattamento medico e rianimatorio non può essere confinato in rigidi schematismi, ma esige una valutazione accurata ed individualizzata delle condizioni cliniche alla nascita;
- che il rispetto della persona umana implica il dovere di informare i genitori, in maniera completa, accurata e comprensibile, sugli atti diagnostico-terapeutici, le loro prevedibili conseguenze sulla sopravvivenza e la salute del feto e del neonato, e le possibili alternative per l’assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato;

Ritenuto:

- che in caso di conflitto tra le richieste dei genitori e la scienza e coscienza dell’ostetrico e del neonatologo, la ricerca di una soluzione condivisa vada perseguita nel confronto esplicito e onesto delle ragioni esibite dalle parti, tenendo in fondamentale considerazione la tutela della vita e della salute del feto e del neonato;
- che, per la medesima esigenza di rispetto dell’essere umano, il feto e il neonato siano trattati sempre con atteggiamento di amore e di delicatezza.

Esaminato il documento predisposto dal Gruppo di lavoro.

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

all’allegato documento *Raccomandazioni per le Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse*, parte integrante del presente parere.

RITIENE NECESSARIO

che ai nati, sin dalla dimissione, siano assicurate adeguate cure ed assistenza, anche domiciliare, garantendone la presa in carico e il follow-up fino all'età scolare.

Il Segretario Generale
Concetta Mirisola

Il Presidente del CSS
Franco Cuccurullo

RACCOMANDAZIONI

Per le Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse

Compito della medicina perinatale è la cura e la promozione della vita e della salute della madre del feto e del neonato.

Nel corso degli ultimi decenni, sensibili progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno modificato sostanzialmente l'agire professionale. Non è un fatto straordinario prestare cure mediche al travaglio di parto e al neonato di bassissima età gestazionale.

Questa evenienza clinico-assistenziale, che non può non riguardare e coinvolgere la società nel suo complesso, implica una serie di aspetti etici, clinici, deontologici, medico-legali, programmatori ed organizzativi, di grande rilevanza in termini decisionali, tali da rendere necessarie specifiche raccomandazioni, il cui razionale trae fondamento dai seguenti presupposti conoscitivi:

- l'età gestazionale è definita come il tempo, espresso in settimane e giorni, trascorso dal primo giorno dell'ultima mestruazione;
- l'indagine ultrasonografica, soprattutto nelle età più precoci, conferisce alla stima dell'età gestazionale maggiore accuratezza, pur permanendo un margine di imprecisione;
- la prevalenza delle nascite ad età gestazionali comprese tra 22 e 25 settimane è bassa (circa 0.1-0.2%);
- gli studi scientifici di settore attualmente disponibili non sono numerosi e presentano criticità: raramente sono area-based, la maggior parte di essi concerne casistiche cliniche articolate su lunghi periodi di reclutamento e gli esiti sono fortemente influenzati dall'organizzazione dell'assistenza nei diversi Paesi e nei singoli Centri;
- nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione, anche se quest'ultima risente di altri fattori, quali la variabilità individuale, il peso, il sesso e la eventuale concomitanza di patologie. Il comportamento medico e rianimatorio esige, pertanto, una valutazione accurata ed individualizzata delle condizioni cliniche alla nascita ed è inopportuno che sia confinato in rigidi schematismi, anche in considerazione dell'incertezza della datazione;
- dalla 22^a settimana (epoca in cui la sopravvivenza al di fuori dell'utero è estremamente rara), per ogni giorno di incremento dell'età gestazionale, si verifica, grazie alle cure intensive, un progressivo aumento della probabilità di sopravvivenza, sino a raggiungere livelli elevati alla 25^a settimana.



Raccomandazioni assistenziali

L'assistenza ostetrico-neonatalogica che, per l'elevata complessità deve essere assicurata, ove possibile, presso un centro ostetrico-neonatalogico di III livello, richiede un approccio perinatale multidisciplinare tra ostetrico-

ginecologo, neonatologo, anestesista, ostetrica, infermiere ed altro personale. Tale collaborazione deve essere programmata possibilmente in anticipo.

Prima del parto

Considerazioni generali

1. In queste fasce di età gestazionale, il parto deve essere considerato una emergenza che richiede il coinvolgimento di personale particolarmente esperto.
2. L'ostetrico-ginecologo ed il neonatologo, coadiuvati, se opportuno, dallo psicologo e dal mediatore culturale, hanno il dovere di informare i genitori, in maniera completa, accurata e comprensibile, sugli atti diagnostico-terapeutici, le loro prevedibili conseguenze sulla sopravvivenza e la salute del feto e del neonato, le possibili alternative per l'assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato. Le ragioni delle scelte assistenziali debbono essere riportate obbligatoriamente dal medico in cartella.
3. In particolare, devono essere fornite ai genitori informazioni su: rischi per la madre e per il feto nella prosecuzione della gravidanza, modalità di espletamento del parto, future gravidanze, prognosi a breve ed a lungo termine per i feti ed i neonati, in relazione all'età gestazionale, al peso, alla eventuale patologia associata e alla possibilità di cura.
4. Qualora eventi estremamente precipitosi impediscano un tempestivo processo informativo, questo dovrà comunque avvenire appena le circostanze lo consentiranno.

Cure ostetriche

Qualora si configuri il rischio di parto pretermine in età gestazionali estremamente basse deve essere sempre preso in considerazione il trasferimento della gravida (trasferimento in utero) presso un centro ostetrico-neonatologico di III livello. Vanno comunque attuate tutte le strategie per prevenire o differire il parto pre-termine.

Modalità del parto

Atteggiamento ostetrico

In generale, ad epoche gestazionali estremamente basse, il taglio cesareo deve essere praticato per indicazione clinica materna e le madri che lo richiedano per altri motivi, devono esser informate di svantaggi, rischi e complicanze, anche a lungo termine.

A partire dalla 25esima settimana di età gestazionale il taglio cesareo può essere preso in considerazione anche per indicazione fetale.

Cure neonatali

Atteggiamento neonatologico

Al neonato, dopo averne valutate le condizioni cliniche, sono assicurate le appropriate manovre rianimatorie, al fine di evidenziare eventuali capacità vitali, tali da far prevedere possibilità di sopravvivenza, anche a seguito di assistenza intensiva.

Qualora l'evoluzione clinica dimostrasse che l'intervento è inefficace, si dovrà evitare che le cure intensive si trasformino in accanimento terapeutico. Al neonato saranno comunque offerte idratazione ed alimentazione compatibili con il suo quadro clinico e le altre cure compassionevoli, trattandolo sempre con atteggiamento di rispetto, amore e delicatezza.

Le cure erogate al neonato dovranno rispettare sempre la dignità della sua persona, assicurando i più opportuni interventi a tutela del suo potenziale di sviluppo e della migliore qualità di vita possibile.

Infine, fermo restando che il trattamento rianimatorio richiede decisioni immediate ed azioni tempestive e indifferibili, ai genitori devono essere fornite informazioni comprensibili ed esaustive sulle condizioni del neonato e sulla sua aspettativa di vita, offrendo loro accoglienza, ascolto, comprensione e il massimo supporto sul piano psicologico.

In caso di conflitto tra le richieste dei genitori e la scienza e coscienza dell'ostetrico-neonatologo, la ricerca di una soluzione condivisa andrà perseguita nel confronto esplicito ed onesto delle ragioni esibite dalle parti, tenendo in fondamentale considerazione, la tutela della vita e della salute del feto e del neonato.

FNOMCeO:

una professione autonoma e responsabile al servizio dei diritti

Pubblichiamo il “Documento conclusivo approvato e votato per acclamazione dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO” - Roma 22-23 febbraio 2008

I processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e le trasformazioni della sanità propongono alla società ed ai medici, sfide tecnico-professionali, etiche e civili sempre più complesse.

In questi processi che sollecitano assunzioni di responsabilità, anche le istituzioni professionali sono chiamate a risposte all'altezza delle sfide, a cominciare dalla capacità di ricomporre una professione frantumata in tante orgogliose diversità, intorno ad un progetto unitario, capace di rappresentare e comunicare una identità autorevole, fondata su una libera condivisione di valori etici e civili, di obiettivi sociali e tecnico professionali. Questa visione è oggi una realtà in progress potendo già contare, a livello nazionale, su una solida collaborazione tra la FNOMCeO, le Organizzazioni Sindacali e le Società Scientifiche.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che il consolidamento di questo obiettivo debba essere la prima risposta ad una categoria professionale che mostra segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio professionale e di demotivazione pericolosa per la salute dei cittadini verso un presente ed un futuro percepiti senza speranze di miglioramento.

Tale disagio, dei professionisti, al quale si aggiungono, in vaste aree del paese, preoccupanti segnali di sfiducia dei cittadini verso la sanità pubblica, trova spesso ragioni in una responsabilità politica degenerata in mero esercizio dei poteri che invade la sfera gestionale in modo arrogante e clientelare. Nell'esercizio responsabile dei nostri ruoli istituzionali, non intendiamo conse-

gnare questo profondo malessere al qualunquismo di una sterile antipolitica, ma vogliamo adoperarci per restituire dignità e prestigio alla politica in un nuovo orizzonte di valori etici e civili, di costumi sociali, di regole condivise che irrobustiscano tra i cittadini e i professionisti la fiducia nell'impegno per la collettività e le sue istituzioni democratiche.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene appropriata l'esperienza dei tavoli di lavoro già avviati con le Associazioni di tutela dei diritti dei malati, con quelle di tutela dei Consumatori, con la Federazione della Stampa, con l'Industria e Assobiomedica, nonché l'attivazione di collaborazioni istituzionali con l'A.I.F.A., l'A.N.S.S.R., l'I.S.S., con gli Ordini e Collegi delle altre professioni sanitarie.

Questa assunzione di responsabilità intende rompere quell'assordante silenzio sui temi della sanità che sembra accomunare i programmi elettorali fino ad oggi ufficializzati dai candidati al governo del paese. La nostra Sanità, sia quella pubblica che privata, ha invece un grande bisogno della “buona politica” capace di governare le tante criticità di un settore economico in rapida espansione che oggi vale il 12,4% del PIL, che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per addetto, di competitività internazionale su mercati strategici (farmaci, tecnologie sanitarie, e-health, eccellenze tecnico scientifiche), tra i più elevati del nostro Paese.

Questi dati, ampiamente condivisi da tutti esperti, legittimano la convinzione che la nostra spesa sanitaria pubblica e privata, in linea con

la media europea, non sia solo un costo ma un investimento che produce un bene primario, indispensabile alla identità civile e alla coesione sociale.

Serve altresì una politica alta per riagganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile, quelle vaste parti del paese, il nostro sud, le nostre isole, segnate da storiche disuguaglianze sociali ed economiche, per superare quanto non pare né risolto né risolvibile da questo federalismo e cioè un destino di terre di migranti, ieri per il diritto al lavoro, oggi per quello alla tutela della salute.

Occorre una politica per il meridione che sappia affiancare a misure più generali di ordine economico e sociale, un piano straordinario per la sanità, pluriennale, a gestione controllata, di interventi in strutture, in tecnologie, in reti di servizi sanitari e socio-sanitari, in formazione, che faccia leva sulle risorse civili e sociali dei cittadini e dei professionisti che oggi pagano sulla loro pelle malagestione, arroganze e illegalità. Richiamiamo l'attenzione su alcune questioni che intendiamo proporre come priorità della “buona politica in sanità” per le soluzioni possibili.

1. È indifferibile ridefinire i rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione: alla prima compete determinare le scelte strategiche di attribuzione equa delle risorse e di distribuzione efficiente ed efficace dei servizi, alla seconda garantire la qualità, l'accessibilità, l'appropriatezza e la sicurezza delle attività nel rispetto delle risorse disponibili. L'esperienza di questi ultimi anni

ci fa dire che l'invadente ruolo della politica è reso possibile da un impianto istituzionale (federalismo, almeno così come si è sviluppato) e da una definizione legislativa degli assetti gestionali (l'aziendalizzazione, il ruolo monocratico del Direttore Generale, il prevalere di mere finalità economicistiche) che incoraggiano i decisori di turno ad un uso discrezionale delle deleghe, ai fini di mantenere un controllo del consenso sociale.

Ogni soluzione che non sia una demagogica operazione estetica deve mettere in discussione questo impianto immettendo robusti correttivi.

- Va ridefinito e riconosciuto più spazio alla valutazione sui risultati di salute conseguiti nelle comunità, affiancando ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) il grande patrimonio civile e sociale rappresentato dall'associazionismo no profit.
- Va irrobustito in questa sanità federale, che sembra aver allargato le storiche disuguaglianze del nostro Paese, il ruolo dello Stato nel regolare e garantire l'accesso ai diritti fondamentali, così come previsto dalla Costituzione. A tal fine non bastano più i Lea che rischiano di diventare un mero elenco di prestazioni più o meno disponibili ai cittadini, senza aver contestualmente garantito Livelli Essenziali di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, di sicurezza delle strutture e delle tecnologie, di formazione e aggiornamento dei professionisti, di efficienza nelle procedure di spesa, di utilizzo delle risorse umane.
- Vanno rivisti, il ruolo e le attribuzioni del Direttore Generale all'interno di un modello di azienda sanitaria che, a distanza di 15 anni dalla riforma,

non è decollato, essendo stato progettato per conseguire obiettivi economici attraverso il governo dell'appropriatezza e dell'efficienza senza, se non addirittura contro, i clinici e le professioni sanitarie. Occorre porre rimedio all'inquietante solitudine e fragilità di questi amministratori verso il potere che li sceglie e li valuta con totale discrezionalità. Nello stesso modo bisogna correggere la solitudine e la fragilità dei medici che da questi, con altrettanta totale discrezionalità, sono indicati o scacciati da ruoli di responsabilità professionale e gestionale. In questa spirale di poteri discrezionali che non sono tenuti a riconoscere e rispettare il merito e le capacità, risulta debole la tutela del bene primario da perseguire e devastante l'erosione della fiducia nel sistema tra i cittadini e tra i professionisti.

- Vanno introdotti provvedimenti idonei a consentire l'omogeneo sviluppo della cultura e della pratica della cooperazione e partecipazione dei professionisti clinici alla progettazione, gestione e valutazione delle attività sanitarie e socio sanitarie; un progetto di governance integrata, che affronti le grandi sfide dello sviluppo continuo professionale, della qualità dei servizi resi, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci, peraltro, oggi più che mai determinanti il trend di crescita della spesa sanitaria.
2. È ancora aperto ed irrisolto il confronto con le Facoltà di Medicina sulla formazione universitaria pre e post laurea e sull'abilitazione dei medici ed odontoiatri, oggi ancora troppo lontana dalla complessità del moderno esercizio delle nostre professioni.

Scontiamo sia uno storico ritardo culturale nel praticare un modello formativo che coniughi il "sapere" al "saper essere e saper fare", sia uno schema di rapporti istituzionali, più contrattuale che cooperativo tra SSN ed Università. Al primo viene negata ogni competenza autonoma di formazione dei professionisti, al secondo vengono attribuite competenze nell'assistenza in funzione dei propri bisogni formativi. Tale sistema va riequilibrato perché è fonte di opportunismi, di conflitti, di bassa efficienza ed efficacia dei percorsi formativi, già troppo lunghi e costosi per i giovani, le famiglie e la collettività.

3. Riteniamo urgente un intervento legislativo in materia di prevenzione e gestione del rischio professionale in ragione dei suoi devastanti riflessi sui comportamenti professionali, sempre più prigionieri di logiche difensivistiche che gravano il sistema sanitario di inutili costi economici e sociali. L'esperienza italiana e quella di paesi europei con sistemi sanitari comparabili al nostro ci portano a ritenere che i cardini di questa iniziativa legislativa dovrebbero essere:
- obbligo in capo a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie, pubbliche, private accreditate e private autorizzate della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i professionisti e per tutte le attività svolte in conto e per conto delle strutture stesse; per i liberi professionisti l'obbligo è in capo agli stessi con relative agevolazioni fiscali;
 - sviluppo e consolidamento degli strumenti di risoluzione civilistica, stragiudiziale, dei contenziosi scoraggiando il ricorso inappropriato ai procedimenti civili e penali, affidando agli Ordini professionali l'indi-

viduazione degli esperti terzi, all'uopo selezionati e indicati in appositi registri;

- sperimentazione di modelli di riconoscimento, quantificazione e liquidazione del danno mediante corresponsione di indennizzi che non necessitano della dimostrazione di un profilo di colpa professionale ma di un nesso di causalità dimostrato tra prestazione sanitaria effettuata e danno (sistemi no-fault);
- individuazione ed attivazione in ogni struttura sanitaria di funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio professionale, in particolare per quello connesso all'uso delle tecnologie, favorendo una cultura basata sulla collaborazione di più competenze e sulla valutazione dell'errore come strumento per migliorare la qualità dei professionisti e delle organizzazioni;
- individuazione ed attivazione di un Osservatorio Nazionale, operante nell'ambito della A.N.S.S.R. con il compito di raccogliere tutti i dati regionali sul fenomeno malpractice. La banca dati contribuirà a definire standards e mappe di rischio per consentire una programmazione delle politiche di prevenzione, formazione e correzione delle organizzazioni e di definizione delle risorse finalizzate alla copertura del risarcimento. Ogni anno l'Osservatorio, nel corso di un pubblico convegno, è tenuto a consegnare a tutte le istituzioni e soggetti aventi interesse, il proprio rapporto annuale;
- prevedere che le economie eventualmente realizzate a consuntivo di corrette politiche di gestione del rischio, restino in tale ambito al fine di realizzare concreti incentivi al miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

4. Riteniamo che i principi e le prospettive che negli ultimi 15 anni, a partire dalla legge 502/92, hanno radicalmente modificato formazione, stato giuridico e profili di attribuzioni delle ex professioni ausiliarie sanitarie, partorendo 22 diversi profili sanitari in parte di derivazione storica, in parte nuove, stiano evidenziando vistosi e preoccupanti limiti ai quali è urgente porre rimedio.

Il riferimento è alle difficoltà nel regolare un sovrapporsi di competenze, di autonomie e responsabilità a cui va aggiunta la incapacità di contenere le spinte a nuove professioni in ambito sanitario, che vengono calate in un calderone di tensioni tra professioni, minacciando la qualità e la sicurezza nei servizi.

Non ci sfugge lo straordinario valore dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze in atto in ambito sanitario che, sollecitando nuovi approcci culturali, ed organizzativi, superano tradizionali modelli assistenziali ed antichi ruoli professionali ma questi cambiamenti hanno bisogno di una cornice giuridica che si esprima sulle seguenti questioni.

- Una definizione di atto medico che ne tracci le potestà e i limiti per meglio definire le potestà ed i limiti degli atti da riservare ad altre professioni sanitarie consentendo altresì una nuova tassonomia giuridica delle professioni sanitarie e dei relativi profili da correlare ai percorsi formativi. Tutto ciò significa produrre trasparenza nell'interesse del cittadino che deve poter cogliere, nei termini e nei fatti, le differenze tra le diverse prestazioni sanitarie erogate da ciascun professionista.
- Prendere atto che lo sviluppo di nuove competenze settoriali nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non può più tradursi nell'indi-

viduazione di ulteriori professioni sanitarie, caratterizzate cioè da un percorso formativo universitario e da atti e competenze riservate, ma recuperando e valorizzando la funzione formativa delle strutture e dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale riconosciute ed accreditate sulla base di requisiti e criteri validi e unici su tutto il territorio nazionale, conformi alle Direttive Europee in materia e abilitati a rilasciare diplomi.

- Prevedere l'accesso delle professioni sanitarie alla dirigenza del SSN esclusivamente e limitatamente a ruoli e funzioni coerenti con il biennio specialistico (3 + 2); tali funzioni, come è noto, sono riservate solamente ad attività di formazione e organizzazione, da individuarsi su scala aziendale.
 - Prevedere che, all'interno di modelli operativi e funzionali fondati sulla cooperazione e rispetto delle prerogative di tutte le professioni, l'autonomia e la responsabilità tecnico professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un'indiscussa centralità a garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
5. Il tema della riforma delle professioni intellettuali e degli ordini professionali ci coinvolge con alcune forti specificità. Ai nostri Ordini non si adattano alcune rappresentazioni care ai sostenitori del libero mercato per la semplice ragione che i nostri servizi professionali non sono né possono essere soggetti o oggetti di un mercato comunemente inteso, così come il cittadino utente dei servizi sanitari è un "consumatore debole ed imperfetto" in ragione del persistere di una asimmetria informativa che è impossibile

compiutamente risolvere.

Siamo convinti che la tutela della salute garantita da un SSN universale e solidale, equo ed accessibile sia una delle più forti espressioni dell'identità civile e morale del nostro paese e uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture. Gli Ordini che vogliamo sono enti pubblici non economici, con funzioni sussidiarie dello Stato, con organi direttivi agili, eletti in base ai principi della democrazia rappresentativa, titolari di competenze disciplinari erga omnes sugli iscritti agli albi, autori e custodi della Deontologia professionale ed aventi lo scopo di tutelare la libertà, la dignità della persona e i diritti del cittadino promuovendo e valutando la qualità professionale, garantendo l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, sollecitando la condotta professionale al perseguimento dei grandi principi morali di beneficiabilità, giustizia e rispetto dell'autodeterminazione dell'individuo.

Vogliamo i nostri Ordini vicini alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica; per questo siamo stati a Napoli in prima fila, chiedendo fiducia nei medici e nelle istituzioni ad una comunità

oltraggiata da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpita nei suoi diritti alla tutela della salute da una devastazione malavitosa dei suoi territori.

Vogliamo i nostri Ordini vicini ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini, capaci cioè di dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi, alle incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone, basta pensare all'esplosione delle questioni bioetiche su inizio e fine vita.

Vogliamo che i nostri Ordini possano tutelare i giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, proteggendo lo sviluppo delle loro conoscenze e competenze libere da conflitti di interesse.

Vogliamo che i nostri Ordini possano contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse. Vogliamo che i nostri Ordini custodiscano anche all'interno della professione il prezioso valore della solidarietà, irrobustendo il ruolo delle Casse Previdenziali autonome preposte ad un sistema com-

piuto di tutele post lavorative e di presa in carico delle fragilità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO impegna dunque il Comitato Centrale ed il Presidente a promuovere in Roma, nel giugno prossimo, **l'organizzazione di una Conferenza Nazionale della Professione Medica ed Odontoiatrica** aperta a tutte le rappresentanze professionali e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali presenti sui tavoli di confronto con l'obiettivo di proporre al nuovo Governo e al nuovo Parlamento una piattaforma di proposte per il rilancio dei ruoli tecnico-professionali, civili e sociali dei nostri professionisti e dei nostri Ordini.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO impegna inoltre il Presidente ad **inviare il presente documento a tutti i candidati nelle prossime elezioni alla Presidenza del Consiglio, e a tutte le Istituzioni** nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico sociale e civile delle organizzazioni professionali in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile quanto dialettico con i decisori politici ed intransigente contro la cattiva politica.

CORSO FAD SICURE

Ha preso il via il corso **FAD "SICURE"** su "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico" organizzato dal Ministero della Salute, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e da IPASVI.

Il corso rilascia 20 crediti ECM, è gratuito ed è "on web".

A fine corso e previo superamento del test la Federazione Nazionale comunicherà i nominativi all'Ordine il quale provvederà a rilasciare l'attestato.

Per maggiori informazioni e per l'iscrizione al corso accedere al sito www.ordinemedicitreviso.org e cliccare nel relativo titolo.

RESIDENZA MONTEBELLO PERUGIA *Loc. Montebello Strada Marscianese 49/G*

**LA RESIDENZA SARÀ APERTA DAL 1° MAGGIO AL 30 SETTEMBRE 2008,
CON LA FORMULA DI PERNOTTAMENTO E PRIMA COLAZIONE.**

A due passi dai luoghi della storia, della cultura...

La Residenza Montebello è una struttura nata per offrire tranquillità e relax. È un ottimo punto di partenza logistico per potersi muovere in un contesto, quello di Perugia e dell'Umbria, che ha moltissimo da offrire agli amanti dell'arte. Sorge in una zona di Perugia da cui è possibile raggiungere in poco tempo alcune delle più belle cittadine medievali della regione.

Immersa nel verde...

La Residenza Montebello è ubicata in una delle aree più verdi e suggestive dell'Umbria. Allo stesso tempo, la struttura dista una manciata di chilometri (4) dal centro storico della città ed è circondata dalla vegetazione: un'oasi di pace e tranquillità che regala luci, colori e profumi di una natura e di un ambiente incantevole. Un luogo suggestivo che potrà soddisfare anche i più esigenti.

Tra i colori e i profumi...

Immersa nei colori e nei profumi della campagna umbra, la Residenza Montebello offre servizio di pernottamento e 1a colazione e in più: reception, sala TV, sala giochi dove poter trascorrere in tranquillità momenti di relax. Il parcheggio è ampio e comodo. La zona che circonda la struttura offre percorsi per passeggiate nella natura.

Un'oasi di pace...

La Residenza Montebello ha una capacità ricettiva di 80 posti letto in 40 camere doppie, dotate dei più moderni comfort: aria climatizzata, telefono, tv-color e frigobar.

Per un soggiorno indimenticabile...

La Residenza Montebello vi attende per un soggiorno sereno e piacevole.

SOGGETTI AMMISSIBILI

Possono usufruire del soggiorno tutti i Sanitari contribuenti ONAOSI in regola con i pagamenti, e i coniugi di Sanitari deceduti che risultino essere stati contribuenti della Fondazione. Hanno diritto preferenziale i contribuenti anziani e le vedove/i di sanitari deceduti che risultino essere stati contribuenti della Fondazione, che abbiano raggiunto il 60° anno di età; qualora vi sia disponibilità possono usufruire della Struttura anche i contribuenti e le vedove/i ed i sanitari più giovani.

DOMANDA PER L'AMMISSIONE

L'ammissione avverrà secondo un criterio cronologico fondato sulla data di prenotazione; nel caso di richieste superiori alla disponibilità, con priorità ai contribuenti che abbiano compiuto il 60° anno di età. Nel caso di contribuenti più giovani il criterio di priorità sarà quello dell'età anagrafica unitamente alle annualità contributive.

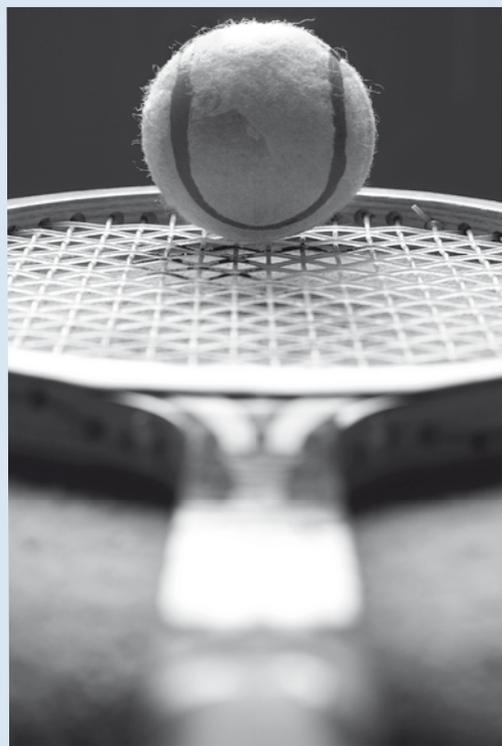
Gli aventi diritto possono avere ospiti accompagnatori debitamente segnalati all'atto della prenotazione.

TARIFFE

Le tariffe comprendono il pernottamento e la prima colazione.

- € 40,00 giornaliera per camera doppia uso singola,
- € 60,00 giornaliera per camera doppia.

La quota potrà essere pagata tramite bonifico, assegno bancario o contanti.



ASSOCIAZIONE MEDICI TENNISTI ITALIANI

L'Associazione Medici Tennisti Italiani, fondata nel 1971 che conta ad oggi circa 800 iscritti, sta organizzando il prossimo **torneo nazionale di Tennis dei Medici**, momento di incontro (non solo tennistico) con colleghi di tutta Italia.

Tutte le informazioni nel sito nazionale:
www.tennismedici.com

INFO:
Paolo Frugoni (membro del Consiglio Direttivo AMTI)
paolofrugoni@tiscali.it

Appuntamenti scientifici

GIUGNO – OTTOBRE 2008

26-28 giugno 2008 ore 8,30

**5° CONGRESSO DEL CAPITOLATO ITALIANO
DELL'INTERNATIONAL HEPATO PANCREATO BILIARY ASSOCIATION**
presso Palazzo dell'Università – Riviera Garibaldi Treviso
organizzato dalla IV Divisione Chirurgica dell'Ospedale Ca' Foncello. Richiesti crediti ECM
INFO: 0422 322743 - Fax 0422 322663 - efonte@ulss.tv.it

6 settembre 2008 ore 8,00

CONVEGNO: "CORNEA 2008 – LO STATO DELL'ARTE"
presso il Castello di San Salvatore di Susegana (TV)
organizzato dall'U.O. di Oculistica dell'Ospedale di Conegliano
INFO: conegliano.cornea2008@aol.it - info@unikasrl.com - Fax 0438 663135

25 – 26 – 27 settembre 2008

CORSO DI FORMAZIONE E CONVEGNO: "SALUTE E AMBIENTE"
presso La Madonnina e Ca' dei Carraresi di Treviso
organizzato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso
Richiesti i crediti ECM
INFO: 0422 543864

2 ottobre 2008 ore 19,45

EVENTO ECM: "UMANIZZAZIONE DELLE CURE – SIGNIFICATO INTRINSECO E PRATICO"
organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso presso la sede
Assegnati n. 3 crediti ECM per n. 30 partecipanti
Iscrizioni aperte dalle ore 10 dell'8.9.2008
INFO: 0422 543864

30 ottobre 2008 ore 19,15

EVENTO ECM: "INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: SIGNIFICATI"
organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso presso la sede
Assegnati n. 5 crediti ECM per n. 30 partecipanti
Iscrizioni aperte dalle ore 10 del 6.10.2008. INFO: 0422 543864

Approvazione elenchi definitivi per la nomina di Direttore amministrativo delle Unità Locali Socio Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto - DgrV n. 2152 del 10 luglio 2007

Decreto Dirigente Segreteria Regionale Sanità e Sociale

BUR n. 21 del 7.3.2008

Approvazione elenchi definitivi per la nomina di Direttore dei Servizi Sociali delle Unità Locali Socio Sanitarie del Veneto – DgrV n. 2152 del 10 luglio 2007

Decreto Dirigente Segreteria Regionale Sanità e Sociale

BUR n. 21 del 7.3.2008

Integrazione elenchi definitivi per la nomina di Direttore Sanitario delle Unità Locali Socio Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto – DgrV n. 2152 del 10 luglio 2007

Decreto Dirigente Segreteria Regionale Sanità e Sociale

BUR n. 21 del 7.3.2008

D.Lgs. 368/99 e succ. mod. e integr. Terzo corso triennale di formazione specifica in medicina generale (anni 2007-2010) di cui alla Dgr n. 386 del 20/02/2007. Individuazione delle sedi ed attivazione dei poli didattici formativi.

Deliberazione Giunta Regionale n. 483 del 4.3.2008

BUR n. 26 del 25.3.2008

Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

Decreto Ministero Lavoro e Previdenza Sociale del 14.1.2008

Supplemento ordinario G.U. n. 70 del 22.3.2008

Rassegna Giuridico-Amministrativa

MARZO – MAGGIO 2008

Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale.

Decreto Ministero Economia e Finanze 17.3.2008

Supplemento ordinario G.U. n. 86 dell'11.4.2008

Revisione del decreto ministeriale 27 luglio 2005, attuativo del comma 5 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette.

Decreto Ministero Economia e Finanze 18.3.2008

Supplemento ordinario G.U. n. 86 dell'11.4.2008

Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 1.4.2008

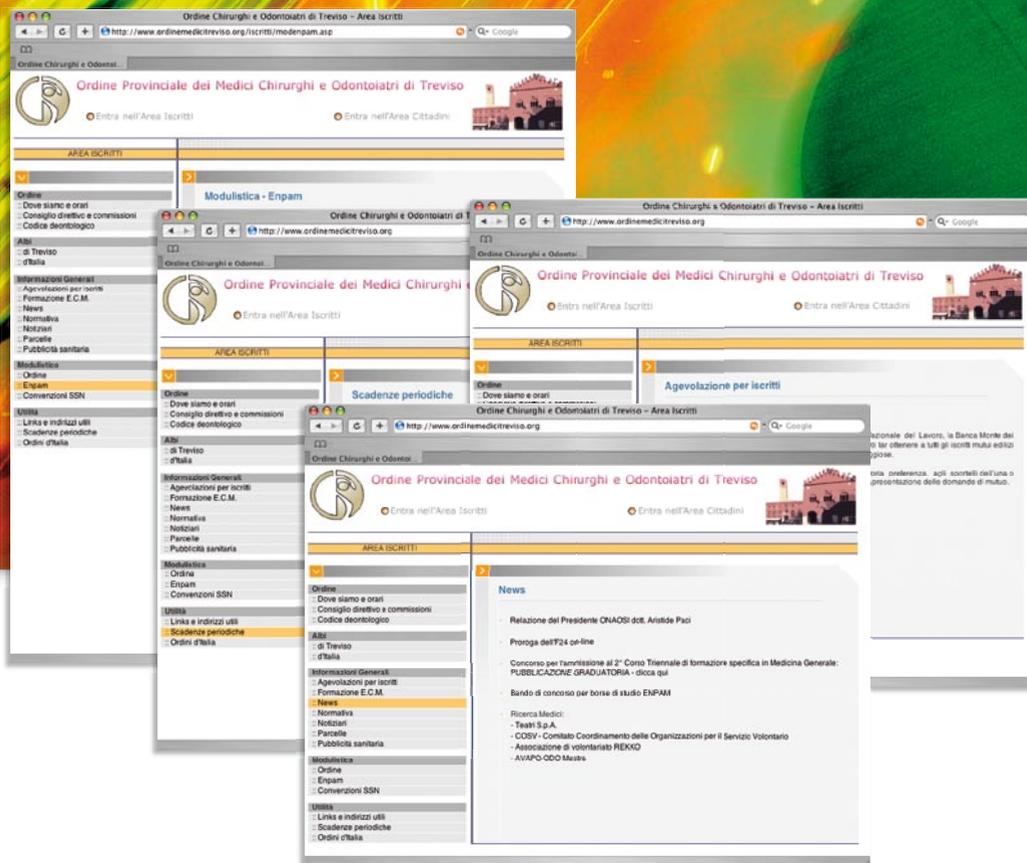
G.U. n. 126 del 30.5.2008

IL MEDICO CONVENZIONATO È PUBBLICO UFFICIALE

La Corte di Cassazione Sez. VI Penale, con sentenza dell'1.10.2007 n. 35836, ha ribadito una tendenza giurisprudenziale ormai da considerarsi consolidata e cioè che *"il medico convenzionato, che in tale veste prescrive esami, svolge la sua attività, indipendentemente dal rapporto fiduciario esistente con il paziente, per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione, che si estrinsecano nella diagnosi e nella correlativa prescrizione dell'esame"* è un Pubblico Ufficiale e non un Incaricato di Pubblico Servizio.

Infatti, *"le impegnative non sono delle semplici "domande" basate su giudizi e valutazioni (diagnosi o sospetto diagnostico) di carattere scientifico, ma, al pari di quelle che contengono prescrizioni di medicinali, sono espressione di un potere certificativo, in quanto, attraverso la diagnosi su cui si basano, attestano e rendono operativo un interesse giuridicamente tutelabile del cittadino, il quale è abilitato a ottenere l'erogazione della prestazione presso una struttura pubblica"*. Sono perciò importanti e numerose le responsabilità che gravano sull'attività certificativa e prescrittiva del convenzionato (medico di famiglia, medico specialista convenzionato, medico di continuità assistenziale, etc.)

Collegati con L'Ordine



consulta il sito

www.ordinemedicitreviso.org

per avere tutte le notizie e le informazioni