

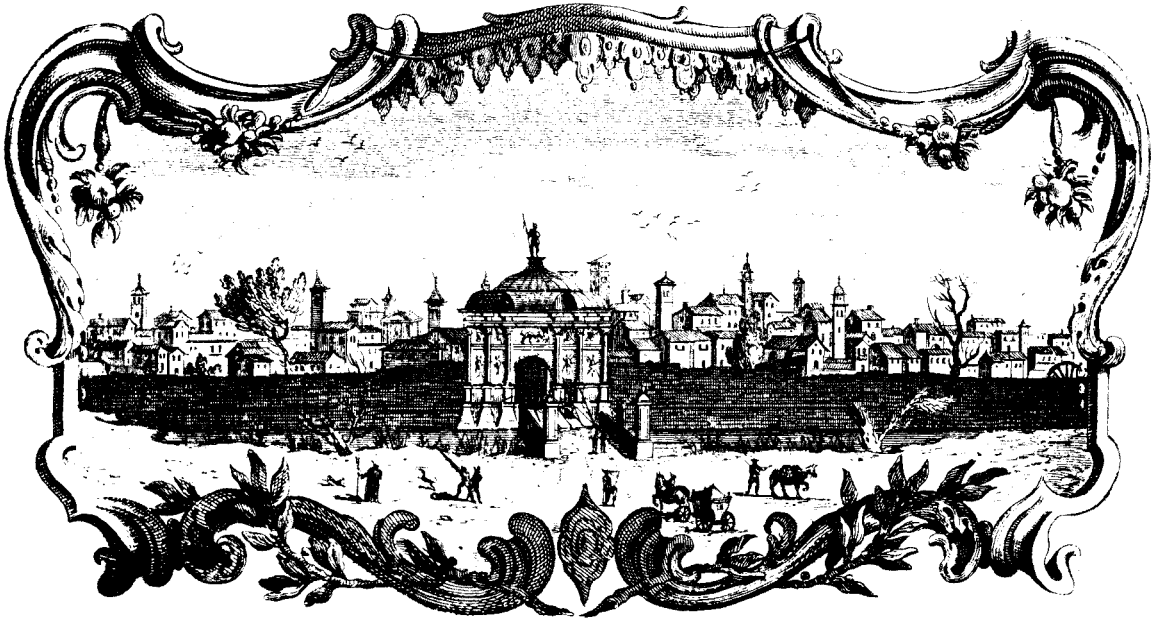


# L'ORDINE

*di* TREVISO

*Organo bimestrale di Informazione dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Treviso*

Anno XII - n° 5 Luglio-Agosto 2004 • Direttore: Michele Bucci - Aut. Trib. Treviso n. 934 del 24/8/1994  
Tariffa Regime Libero (ex tab. D): "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% - DCB TV"



Porta S. Tomaso - «Bonifaccio- Istoria di Trevigi», Venezia (1744)

<i>Caso Glaxo</i>	p. 4	<i>Codifica Unica Regionale</i>	p. 20
<i>Studi Odontoiatrici</i>	p. 12	<i>Ricerca Medici</i>	p. 28
<i>Appuntamenti Scientifici</i>	p. 16	<i>ONAOSI</i>	p. 31
<i>Polizza ENPAM</i>	p. 19	<i>Codice Deontologico</i>	p. 36



# **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO**

Via Risorgimento, 11 - Treviso

Tel. 0422 543864 - 0422 545969

Fax 0422541637

[ordmedtv@iol.it](mailto:ordmedtv@iol.it)

[www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org)

---

## **ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE**

**Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00**

**Lunedì e Giovedì anche il pomeriggio dalle ore 14,00 alle ore 17,00**

---

### **CONSIGLIO DIRETTIVO**

Dott. **GORINI Brunello**  
(Presidente)

Dott. **FREZZA Daniele**  
(Vice Presidente)

Dott. **PARENTI Pietro Antonio**  
(Segretario)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**  
Odontoiatra (Tesoriere)

Dott. **BAZZERLA Giorgio**

Dott. **BUCCI Michele**

Dott. **FAVRETTO Giuseppe**

Dott. **GALLUCCI Maurizio**

Dott. **GIANNUZZI Sandro**

Dott. **GOBBATO Gaetano Giorgio**

Dott. **ORAZIO Saverio** (Odontoiatra)

Dott. **PANDOLFO Gian Francesco**

Dott. **PENCO Claudio**

Dott. **ROSSI Pietro Mario**

Dott. **VALERIO Salvatore**

Dott. **ZAPPÀ Giuseppe**

Dott. **ZORZI Gian Alberto**

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

Dott. **MALATESTA Renzo**  
(Presidente)

Dott. **MARTINELLO Pio**

Dott. **RIZZATO Sante**

Dott. **SUSANNA Fulvio** - Supplente

### **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI**

Dott. **ORAZIO Saverio**  
(Presidente)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**

Dott. **GUARINI Luigino**

Dott. **STELLINI Edoardo**

Dott. **UZZIELLI Angelo**

# ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Treviso, 27 settembre 2004  
Prot. n. 3447

A tutti gli iscritti agli Albi  
**LORO SEDI**

A norma degli artt. 23 e 24 del D.P.R. 5/4/1950 n. 221 (Regolamento della legge costitutiva degli Ordini) viene indetta la

## **ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE**

degli iscritti agli Albi. Detta assemblea si terrà il giorno di venerdì 10 dicembre 2004 alle ore 12 in prima convocazione, con la presenza di almeno un quarto degli iscritti, **ed in seconda convocazione il giorno di**

**SABATO 11 DICEMBRE 2004 alle ore 9,30**

**presso l'Hotel Boscolo Maggior Consiglio di Treviso** e sarà valida con qualunque numero di intervenuti, purchè non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. Verrà trattato il seguente

### **Ordine del Giorno**

- 1) Relazione del Presidente
- 2) Approvazione del Conto Consuntivo per l'anno 2003
- 3) Approvazione del Bilancio Preventivo per l'anno 2005

Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato un Collega presente all'assemblea. La "delega" deve essere apposta in calce alla presente. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

*È stata richiesta l'attivazione della Continuità Assistenziale nelle tre ULSS della Provincia.*

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
*Dott. Brunello Gorini*

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

### **DELEGA**

Il Dott. \_\_\_\_\_ a rappresentarlo all'Assemblea dell'Ordine del 11 dicembre 2004.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## LETTERA DEL PRESIDENTE N. 5

Caro Collega,

in questi ultimi tempi la stampa ha continuato sempre più ad accanirsi verso alcuni Colleghi, tra i più stimati professionalmente e moralmente, indicandoli alla pubblica osservazione come indagati nel cosiddetto “caso Glaxo” (operazione Giove). Si tratta, purtroppo, di un comportamento ormai reiterato contro medici e altre categorie professionali da parte dei media, certamente non condisciplinabile né tollerabile. Aver rilevato i nomi sulla stampa equivale di fatto ad una condanna pubblica prima ancora che gli “indagati” possano in qualche modo organizzare la propria difesa, contro accuse che nemmeno conoscono!

Non sappiamo come il grave danno per i Colleghi e il loro equilibrio professionale possa essere riparato; resta, secondo noi, meritevole di attenzione il danno all'immagine della categoria tutta, resta il possibile dubbio che sicuramente possa incrinare il rapporto tra paziente e curante, resta il senso di impotenza, resta il senso di frustrazione. Beh, cari Colleghi, non so come la pensiate, ma il Consiglio dell'Ordine ritiene che si sia raggiunto e superato il limite.

Le nostre Aziende, da sempre, sono tra le più virtuose d'Italia. I nostri medici, da sempre, operano correttamente sia sul piano professionale sia su quello deontologico. Non possiamo permettere che continuino simili comportamenti. In un momento di attacco vile e proditorio dobbiamo trovare la forza dell'orgoglio della professione per reagire e dire basta. Il Consiglio dell'Ordine, dopo alcune riunioni dedicate a queste problematiche e a quella della responsabilità professionale, ha ritenuto di approvare alcune iniziative su questo tema, tra cui l'istituzione di una consulenza legale da attivare qualora articoli di stampa comportino un danno d'immagine per la Categoria. Se sei d'accordo, Ti preghiamo di esprimere il tuo pensiero riguardo l'iniziativa che vogliamo intraprendere: denunciare quella fuga di notizie, che riteniamo non incidentale, rea dell'accanimento giornalistico e delle sue conseguenze.

Oggi stesso abbiamo interessato un importante studio legale per dare concretezza a tale denuncia.

---

Riportiamo alcuni commenti pervenuti:

*“... ritengo giusta ed appropriata la tua proposta”*

*“Non posso che confermare, per esperienza diretta, la correttezza di comportamento di tutti i Colleghi con cui opero all'interno dell'Ospedale di Treviso. Le notizie di stampa, anche in relazione alle figure dei professionisti citati, non meritano commenti ma solo un'azione pronta e costante dell'Ordine. Pertanto aderisco pienamente all'iniziativa.”*

*“... mi trovo perfettamente d'accordo con l'iniziativa che state per intraprendere (questo mi fa avvicinare all'ordine che ho sempre sentito lontano)”*

*“... finalmente!!! Era ora che gli organi Istituzionali prendessero posizione su un argomento che sta diventando devastante per la nostra Professione. Ma l'affare Glaxo è purtroppo solo uno degli aspetti che oggi ci affliggono e che ci portano ad essere condannati prima ancora che il giudice abbia emesso il verdetto di colpevolezza. Siamo trattati a volte come dei delinquenti comuni e non ce lo meritiamo*

*proprio. Dire basta è veramente poco! Concordo pienamente con l'iniziativa."*

*"Finalmente parole chiare (e nel verso giusto) sulla vicenda GLAXO."*

*"Plaudo alla tua iniziativa e ritengo essenziale che l'Ordine sia presente sempre di più a tutelare l'immagine della categoria."*

*"...in molti casi appare opportuna fin da subito una querela in ambito penale per diffamazione a mezzo stampa, nonché (a risoluzione del caso - vedi caso Dott. XY) una richiesta di risarcimento danni per il danno all'immagine della categoria."*

*"Dobbiamo non solo difendere la nostra categoria, ma contrattaccare, imparando da magistrati e politici chiedendo non solo scuse ma danni, che diversamente da loro, devolveremo a chi ne ha bisogno (È terribile vivere con alle spalle accuse che anche se saranno smontate, lasciano sempre strascichi, dubbi)"*

*"Riconfermo (avendolo già fatto personalmente) la mia profonda stima ai colleghi che ho l'onore di conoscere e apprezzare da anni. A disposizione per ogni futura battaglia."*

*"... Purtroppo noi medici costituiamo appetitoso pasto..."*

*Rigore, etica comportamentale, verifica dell'esattezza e molte altre "virtù", che dovrebbero far parte della dotazione culturale e professionale dei giornalisti, sono spesso, ...concetti di fatto virtuali.*

*... beffardo oltraggio a chi non ha mezzi per difendersi, dopo che il torto, subito dall'informazione gratuitamente scandalistica, non viene mai ripagato da pari moneta"*

*"Una cosa da aggiungere all'iniziativa già presa potrebbe essere quella di sviluppare un FORUM sull'argomento, magari in una delle sale pubbliche della città."*

*"... esprimo il mio plauso ed il completo accordo. ... la consulenza legale va attivata anche nei casi di denuncia e richieste di risarcimento palesemente infondate"*

*"Siamo stanchi di lavorare con l'incubo medico-legale creato a vantaggio di una categoria di professionisti."*

*"... penso che la stampa odierna si accanisca contro la categoria dei medici (si parla continuamente di malasanità!). I successi (continui) e i sacrifici (continui e sempre maggiori) dei medici sono taciuti e dati per scontati. Non c'è categoria di professionisti più bersagliata della nostra. Sono contenta che ci sia un ufficio legale che ci difenda."*

*"Sono d'accordo nell'intraprendere tutte le azioni legali necessarie a tutela della nostra professione ed immagine, nonché a tutela della privacy di ciascuno di noi. E che ciò valga per tutte le forme di sopruso ed abuso che vengono perpetrate contro la nostra professione e le nostre persone, da qualsivoglia fonte od anche autorità."*

*"Esprimo la mia personale approvazione: denigrare i medici da parte dei giornali... senza attendere esito di processi, va perseguito duramente e nuoce al bene del paziente minando il senso di fiducia."*

L'Ordine ha inoltrato in data 21 luglio 2004 tramite l'Avv. Piero Barolo di Treviso atto di denuncia-querela alla Procura della Repubblica di Padova ed alla Procura Generale presso la Corte di Appello di Venezia per i seguenti reati:

- **art. 595-57 c.p.** in combinato disposto con l'art. 13 della legge 8 febbraio 1948 n. 47 per la diffamazione a mezzo stampa compiuta in danno all'onore ed al prestigio della categoria professionale rappresentata dall'Ordine dei Medici della Provincia di Treviso;
- **art. 684 c.p.** nell'eventualità che venga accertata la pubblicazione di atti o documenti di cui fosse, al tempo degli articoli citati in narrativa, vietata per legge la pubblicazione;
- **art. 326 c.p.** e **art. 379 bis c.p.** nei confronti di coloro che dovessero risultare responsabili della rivelazione di notizie d'ufficio segrete e/o di segreti inerenti il procedimento penale nonché di qualsivoglia altro reato ravvisato nei fatti sovra esposti e negli articoli di giornale allegati.

Inoltre in data 12 agosto 2004 l'Ordine ha inoltrato al Garante per la Privacy un esposto per violazione delle norme e dei principi sulla riservatezza dei dati personali.

---

## LETTERA DEL PRESIDENTE N. 6

### **EFFICACY vs SAFETY: la vantazione nei RCTs**

Per tutti i nuovi farmaci al momento dell'immissione in commercio non sono disponibili informazioni esaustive di *effectiveness* e di *safety*; gli studi RCTs (randomized controlled trials) sono considerati il gold standard per la definizione dell'efficacy dei nuovi medicinali, ma nella pratica clinica generale l'obiettivo perseguito tramite il trattamento farmacologico è l'*effectiveness*; similmente i RCTs valutano la *safety* dei farmaci, mentre nell'uso clinico si punta a prevenire e minimizzare il livello di rischio associato al trattamento. Inoltre la popolazione di pazienti trattati nella normale pratica quotidiana differisce ampiamente e per numerosi parametri con la popolazione target trattata nei RCTs. (Martin-Begaud 2003). È importante infatti capire e tenere in considerazione come sia definita la *safety* di un nuovo farmaco prima che venga autorizzato e commercializzato (Lexchin 2002): i RCTs sono eseguiti su pazienti relativamente sani, in assenza di patologie concomitanti, per un periodo di tempo limitato alla valutazione dell'efficacy ma troppo breve per la raccolta di informazioni di *safety*, la numerosità è determinata dall'analisi statistica dell'end-point di efficacia e le fasce di età pediatriche e anziane spesso non sono incluse: la difficoltà ad identificare adeguatamente i segnali di rischio durante lo svolgimento dei RCTs può essere dedotto dal box, in cui vengono confrontate metodologie e problematiche di valutazione dei obiettivi principali della sperimentazione clinica.

### **Efficacy**

- L'efficacia è prevedibile nella maggior parte dei pazienti
- I parametri di efficacia sono ben definiti
- I RCT sono progettati per la definizione e la misura dell'efficacia

### **Safety**

- ADR si sviluppano in una parte minore dei pazienti

- ADR possono essere totalmente imprevedibili
- I parametri di safety non sono ben definibili
- I RCT hanno una limitata capacità di fornire informazioni di sicurezza

L'identificazione precoce quindi dei possibili fattori di rischio è molto importante perché le reazioni avverse di tipo B e di tipo C (\*) difficilmente, a causa delle loro caratteristiche, possono essere osservate nei RCTs. Ma proprio di queste reazioni avverse è importante conoscere frequenza e caratterizzazione per poter definire adeguatamente il valore clinico del rapporto beneficio/rischio. Da ciò deriva la necessità di estrema cautela nell'utilizzo dei nuovi farmaci e la necessità di raccogliere tutte le informazioni disponibili.

(\*) **B**: reazioni infrequenti e generalmente gravi, non correlate al meccanismo d'azione del farmaco; **C**: reazioni determinate dall'uso prolungato del farmaco, che si verificano dopo lunga esposizione.

### **L'evidenza nei RCTs e la trasferibilità nella pratica clinica**

Al momento della commercializzazione di nuovi farmaci, le informazioni disponibili al medico riguardo l'efficacia e la sicurezza derivano quasi esclusivamente dai RCT, e spesso sono molto limitate; inoltre sono informazioni strutturalmente poco adatte ad aiutare il medico nella difficile attività di trasferimento dei risultati dei trial ai pazienti "reali", di valutazione dei fattori di rischio e nella scelta della terapia più adatta al singolo paziente. (Lexchin 2002).

Tale divergenza tra le informazioni disponibili dai RCTs e il profilo di rischio presente nella pratica clinica rappresenta un punto critico per la pratica clinica come si può desumere dagli aspetti fondamentali evidenziati dal Council for International Organisations of Medical Sciences (CIOMS):

### **Efficacy**

Prende in considerazione:

- Storia naturale della malattia
- Incidenza/prevalenza
- Gruppi a rischio
- Efficacia comparativa vs placebo
- Le evidenze di efficacia sono molto consistenti

### **Risks**

In contrapposizione all'efficacia, le ADR sono:

- Diversificate
- Difficili da misurare in termini di frequenza, intensità
- Manca il valore del rischio assoluto e del rischio relativo
- Importanza della tollerabilità

Inoltre è interessante sottolineare la diversità di approccio al trattamento farmacologico tra il mondo della sperimentazione clinica e il mondo reale della pratica clinica: la ricerca clinica focalizza l'attenzione sulla malattia piuttosto che sul paziente ed il suo quadro clinico globale, utilizza end-point di efficacia spesso surrogati tralasciando la qualità della vita e gli indici di sopravvivenza a medio e lungo termine. L'attività di farmacovigilanza (FV) nella prima fase di commercializzazione è utile quindi soprattutto per la precoce identificazione delle controindicazioni e delle interazioni farmacologiche. Infatti la valutazione della

corrispondenza (auspicabile, ma non sempre realizzabile) tra la popolazione di pazienti trattati nei RCTs e la popolazione che assume il farmaco nella reale pratica clinica evidenzia come tale corrispondenza sia molto infrequente. (Martin-Begaud 2003). Gli anziani, i bambini e le donne sono molto raramente inclusi nei trial, mentre spesso rappresentano proprio le popolazioni di pazienti che maggiormente ricorrono ai farmaci. Ne deriva che il medico, in modo particolare per i nuovi farmaci, incontra consistenti difficoltà a trasferire i risultati del trial sui suoi pazienti. L'identificazione dei fattori di rischio quali le controindicazioni in termini di co-morbidità e di trattamenti concomitanti, caratteristiche dei pazienti, rappresenta un punto critico per l'estrapolazione dei risultati dei RCTs e la loro trasferibilità della pratica clinica quotidiana in termini di effectiveness e di sicurezza. Infatti la trasferibilità nella clinica dell'evidenza dedotta dagli studi di sperimentazione clinica è caratterizzata dai seguenti aspetti:

- Rischio di ADRs con l'utilizzo di nuovi farmaci
- Disponibilità di una discreta quantità di evidenze cliniche per ciascun singolo farmaco, ma le informazioni sulle associazioni farmacologiche e sulle co-morbidità sono scarse.
- Il punto cardine dell'intervento farmacologico nella pratica clinica generale è il trattamento del paziente, della persona singola e di tutti gli aspetti socio-sanitari, e non il trattamento di una singola patologia come è invece in molti RCTs.

### **Risk management plan: (RM): informazioni e attività di farmacovigilanza.**

La maggior parte dei nuovi farmaci viene approvato con un numero estremamente basso di pazienti trattati e generalmente osservati per un breve periodo di tempo. Inoltre, alcuni farmaci possono determinare gravi ADRs con una frequenza estremamente bassa o dopo uso prolungato: la individuazione di tali ADRs richiede quindi una esposizione al farmaco nettamente maggiore.

Ne consegue che il profilo di sicurezza di un nuovo farmaco non è mai totalmente definito prima dell'approvazione: il reale profilo di rischio viene definito solo dopo la commercializzazione e l'utilizzo sulla popolazione reale per un adeguato periodo di tempo. (Friedman 1999)

Dopo la commercializzazione di nuovi farmaci è quindi essenziale una costante valutazione del rapporto beneficio/rischio (inteso come effectiveness/fattori di rischio). Per garantire una buona qualità delle informazioni e dei dati di FV occorre che vengano attivate ed implementate qualitativamente e quantitativamente le metodologie necessarie per la valutazione del rapporto beneficio/rischio dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo, con un forte coinvolgimento del responsabile di farmacovigilanza per lo svolgimento delle attività fondamentali:

### **Informazioni di Drug utilisation e rafforzamento della FV**

- facilitare il reporting delle ADR e l'accessibilità alle informazioni
  - rete nazionale di farmacovigilanza
  - scheda per la segnalazione spontanea di sospetta ADR
- implementare l'attività di sensibilizzazione (lista monitoraggio intensivo, feed-back, ...)
- accrescere il reporting in setting specifici (ospedali, popolazione pediatrica, ...)
- rafforzare l'attività nel primo periodo di commercializzazione
- identificare i patterns di utilizzo del medicinale: indicatori del paziente, dose, durata del trattamento, co-trattamenti
- stima di esposizione della popolazione al trattamento

- utilizzo dei registri di prescrizioni farmaceutiche
- consultazione di drug utilisation reviews
- programmi di follow-up dell'informazione e misure di audit sull'appropriatezza d'uso

Per poter svolgere un efficiente RM è essenziale che tutte le informazioni disponibili in merito all'utilizzo dei farmaci siano raccolte e adeguatamente valutate, e molto rilevante risulta essere la rappresentatività e la qualità dell'informazione raccolta. Per quanto riguarda infatti le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse per i farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo sono utili tutte le ADRs (gravi/non gravi e attese/non attese) ed è inoltre importante che l'operatore sanitario segnali la ADR anche in base al semplice sospetto, ovvero a prescindere dalla valutazione soggettiva di causalità: ciò perché in fase di prima commercializzazione la definizione del profilo di rischio dei farmaci è molto carente, ed la valutazione del nesso di causalità è molto difficile, quindi ogni informazione può risultare determinante.

### **La fase di out-come measures e di comunicazione**

La segnalazione precoce di tutte le informazioni riguardo la sicurezza è fondamentale per la determinazione dei possibili fattori di rischio per i farmaci di recente commercializzazione e quindi della corretta e reale definizione del rapporto beneficio/rischio.

Il processo di *risk management* non si conclude con la raccolta ed la valutazione delle informazioni disponibili, ma prevede la comunicazione delle nuove evidenze e la valutazione dei risultati raggiunti soprattutto in termini di appropriatezza d'uso dei farmaci. In questa attività è particolarmente coinvolto il responsabile di farmacovigilanza che è chiamato a dare il feed-back delle informazioni ricevute ai singoli medici e a divulgare accuratamente e tempestivamente ogni modifica ed aggiornamento in termini di profili di rischio a tutti gli operatori sanitari.

#### **Obiettivi dell'out-come measures**

- valutare l'efficacia della comunicazione relativa ai profili di rischio dei farmaci agli operatori sanitari e ai pazienti
- valutare il livello di compliance e di rispetto delle raccomandazione dei prescrittori, farmacisti e pazienti
- valutare l'impatto delle decisioni regolatorie sui livelli di mortalità/morbilità e di uso appropriato dei medicinali
- identificare precocemente le carenze delle implementazioni effettuate ai fine di intraprendere le azioni necessarie
- apprendere il corretto procedimento di gestione dei rischi legati all'utilizzo dei farmaci

### **Bibliografia di riferimento**

- Martin Begaud 2003: Differences between clinical trials and post-marketing use. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 57:1;86
- Friedman 1999: Friedman MA, Woodcock J, Lumpkin MM, Shuren JE, Hass AE, Thompson U.  
The safety of newly approved medicines: do recent market removals mean there is a problem? *JAMA* 1999; 281(18): 1728-1734
- Martin 1998: When to use a new drug. *Aust Prescr* 1998; 21:67-9
- CIOMS 2001: Current Challenges in Pharmacovigilance: Pragmatic

Approaches. (*Report of CIOMS Working Group V*) ISBN 92 9036 074 7

CIOMS Working Group V commenced work in 1997 to revise and put together the most important elements that need to be taken into consideration in dealing with drug safety of post-marketed drugs. The final report was published in 2001.

- Lexchin 2002: New drugs with novel therapeutic characteristics. Have they been subject to randomized controlled trials

*Can Fam Physician 2002;48:1487-1492.*

---

## LETTERA DEL PRESIDENTE N. 7

### IL REGISTRO EUROPEO DEGLI STUDI CLINICI PEDIATRICI

Gli studi clinici rivestono un ruolo fondamentale nel promuovere un uso razionale dei farmaci per i bambini. I risultati sono spesso di difficile reperimento o limitati, per qualità/quantità e temporalità, alla loro pubblicazione e questo crea un ostacolo all'implementazione delle conoscenze acquisite. Inoltre, alcuni studi vengono sospesi, altri non vengono pubblicati (in particolare se con risultati negativi) o divulgati, altri ancora rappresentano duplicati o ripetizioni di sperimentazioni già effettuate, il tutto con uno spreco di risorse (economiche e umane) e dubbia eticità per il coinvolgimento di pazienti in sperimentazioni non essenziali.

Un Registro internazionale delle sperimentazioni cliniche pediatriche attive e programmate rappresenta una risposta alla riconosciuta carenza di appropriati studi volti a produrre evidenze circa l'efficacia e la sicurezza delle terapie pediatriche. Dei numerosi registri creati negli ultimi anni per affrontare le necessità della ricerca biomedica nessuno, a tutt'oggi, è dedicato ai bambini. Tale Registro rappresenta anche un utile strumento per: la pianificazione di nuove ricerche (in termini di appropriatezza e necessità); promuovere la collaborazione e la comunicazione tra ricercatori; facilitare l'accesso all'informazione anche da parte dei pazienti e il loro reclutamento più "partecipato"; evitare duplicazioni di studi; consentire una distribuzione più oculata e appropriata dei fondi per la ricerca clinica; identificare i bisogni terapeutici ancora inevasi. Il Registro consentirà anche il monitoraggio attivo degli studi in corso: il loro procedere e il loro esito.

L'Unione Europea sostiene lo sviluppo di un Registro Europeo delle sperimentazioni cliniche pediatriche nell'ambito del Fifth Framework Programme, Thematic Programme "Quality of Life" nel 2002. Il progetto, *The European register of clinical trials on medicines for children - Drug Evaluation in Children* (DEC-net), è coordinato dall'Istituto "Mario Negri" di Milano e partecipano, oltre all'Italia, Francia, Regno Unito e Spagna.

Il Registro DEC-net, è consultabile liberamente ([www.dec-net.org](http://www.dec-net.org)). Per ogni studio è possibile ottenere le informazioni essenziali (alcune anche in italiano): il titolo del protocollo; lo stato dello studio; le caratteristiche dei bambini partecipanti; la malattia; lo scopo principale; i centri/paesi coinvolti e il responsabile; nella visualizzazione per gli operatori: i codici ISRCTN, EudraCT e del protocollo locale, il farmaco sotto sperimentazione, la fase dello studio, il tipo di studio (sicurezza/tossicità, efficacia, farmacocinetica, ecc.) e i criteri di inclusione/esclusione.

## **ATTUAZIONE DELLA L.R. 16.8.2002 N. 22 DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI E ADOZIONE DEL MANUALE DELLE PROCEDURE**

In data 6.8.2004 è stata adottata dalla Giunta Regionale del Veneto la Delibera n. 2501 "Attuazione della L.R. 16.08.2002 n. 22 di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali e adozione del manuale delle procedure". Con questo provvedimento diventerà attuativa la L.R. 22/02 che disciplina la materia dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

Tutto il materiale necessario alle strutture/servizi per attivare le procedure di autorizzazione ed accreditamento:

- DGR n. 2501 del 06.08.2004
- Legge Regionale 16 Agosto 2002 n° 22
- Manuale di attuazione della L.R. 16 Agosto 2002 n° 22
- Allegato 1: Classificazione delle strutture
- Allegato 2: Requisiti minimi generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie
- Allegato 3: Requisiti minimi specifici e di qualità per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie.
- Allegato 4: Ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.
- Allegato 5: Requisiti minimi generali e specifici di qualificazione per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle strutture sociali.
- Allegato 6: Fac-simile di domanda per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie socio-sanitarie e sociali.
- Allegato 7: Fac-simile per l'autocertificazione
- Allegato 8: Fac-simile di domanda per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- Allegato 9: Glossario

è reperibile presso il sito internet dell'ARSS ([www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)) e presso il sito della Regione Veneto ([www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)), ove saranno anche inseriti, di volta in volta, aggiornamenti, circolari esplicative, etc..

---

## **GRADUATORIA UNICA REGIONALE DEFINITIVA DEI MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO 1/7/2004-30/6/2005**

Nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 93 del 17.9.2004 è stata pubblicata la graduatoria definitiva dei pediatri di libera scelta valevole per il periodo 1/7/2004-30/6/2005. La graduatoria è consultabile anche nel sito dell'Ordine: [www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org)

# AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER GLI STUDI/AMBULATORI ODONTOIATRICI

La Giunta Regionale del Veneto ha adottato, nella seduta del 6 agosto 2004, la Delibera n. 2501 "Attuazione della L.R. n. 22/2002 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Il testo della deliberazione sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto a settembre. Deliberazione e allegati saranno al più presto reperibili anche sul sito internet dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria [www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it).

Entro sei mesi dalla pubblicazione tutti gli studi monoprofessionali o associati e ambulatori odontoiatrici dovranno richiedere l'autorizzazione sanitaria per l'esercizio della professione.

Allo stato attuale non dovrebbero esserci novità sostanziali per quanto gli studi già operanti in regola con le norme urbanistiche e le varie normative cui sono tenuti ( rifiuti, rx, 626 etc.).

La Regione sta approntando una circolare esplicativa che dovrebbe fugare eventuali dubbi interpretativi; sarà nostra cura comunicare con sollecitudine tutti gli adempimenti necessari.

Con ogni probabilità nel mese di ottobre verrà organizzata una riunione per tutti gli esercenti l'odontoiatria con i responsabili dell'Assessorato regionale per avere tutti i chiarimenti in merito.

## OPERATORE SOCIO SANITARIO DI AREA ODONTOIATRICA

Nella seduta del 6 agosto 2004 la Regione Veneto ha deliberato le norme "attuarie" per i primi corsi di OSS di area odontoiatrica.

Le ASL entro il 30 novembre 2004 emaneranno i bandi di concorso per i corsi di abilitazione alla nuova qualifica per tutti i soggetti che alla data del 30 settembre 2004 abbiano maturato un'anzianità di lavoro come assistente in uno studio odontoiatrico (la delibera precedente prevedeva la data del 31 marzo).

Il corso per tali soggetti sarà di 200 ore di cui 50 di odontoiatria. Si cercherà di concordare con i Direttori Generali delle ASL le modalità più adeguate per tali corsi che riguardano persone che in massima parte lavorano. Al più presto verranno fornite notizie dettagliate a tutti gli iscritti.

Saverio Orazio

Presidente Commissione Albo Odontoiatri

## ALBERGHI CONVENZIONATI CON L'ENPAM

Si ricorda che l'ENPAM offre la possibilità di avere vantaggiosi sconti con alcuni alberghi in diverse località italiane a tutti gli iscritti previa prenotazione diretta (senza agenzia) ed esibizione della tessera dell'Ordine.

L'elenco degli alberghi convenzionati e le relative condizioni preferenziali sono consultabili nel sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

## **IL PRESIDENTE NAZIONALE DEL BARONE NOMINATO COMPONENTE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DELLA SANITÀ**

### **NUOVA TESSERA SANITARIA**

Con il Decreto 30 giugno 2004 "Applicazione delle disposizioni di cui al comma 6, dell'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269 convertito con modificazioni, dalla L. 24 novembre 2003, n. 326, concernente l'avvio del sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario" sono state dettate le prime disposizioni per l'avvio del nuovo sistema informativo sanitario ideato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute che entrerà in funzione su tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 2005.

Il Ministero dell'Economia per il tramite dell'Agenzia delle entrate invierà una Tessera Sanitaria a tutti i possessori che, oltre ad essere muniti del codice fiscale, risultino effettivamente titolari del diritto all'assistenza sanitaria.

La suddetta tessera sostituirà il tesserino plastificato del codice fiscale.

Da settembre partirà in via sperimentale nella regione Abruzzo il programma di applicazione della tessera sanitaria che vede interessati i medici ai quali saranno distribuiti i nuovi ricettari per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche e che dovranno riconsegnare i vecchi ricettari non ancora utilizzati o parzialmente utilizzati all'atto del ritiro dei nuovi.

Dal novembre 2004 avranno effetto le funzioni relative alla tessera europea di assicurazione malattia di cui al retro della T.S. A questo proposito da giugno nei paesi della UE (Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Spagna, Svezia, Estonia, Slovenia, Ungheria) la tessera europea è già operativa e pertanto può essere esibita a medici e strutture ospedaliere di tutta Europa per eventuali cure necessarie durante un soggiorno temporaneo.

### **TUTTI GLI AMBITI PROFESSIONALI INTERESSATI POSSONO CONTRIBUIRE A FRENARE L'AUMENTO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA**

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe Del Barone, con l'intento di contribuire a fare chiarezza in un settore, quello dell'assistenza, di primaria importanza per la collettività, è intervenuto nel dibattito sorto dopo la presentazione dei dati sulla spesa farmaceutica, da parte di Federfarma.

"Non c'è dubbio - ha dichiarato Del Barone - che esista la possibilità attraverso la collaborazione delle varie componenti interessate di perseguire la logica del risparmio senza per questo penalizzare il livello delle prestazioni e la tutela del paziente. Il mio timore, però, è che l'alternativa ad una rigida politica di controllo della spesa farmaceutica, soprattutto a carico dei medici, possa promuovere un incontrollabile ricorso ai ricoveri ospedalieri, soprattutto in quelle realtà regionali dove non sono in vigore i ticket. Pertanto ben venga un più massiccio ricorso ai farmaci generici e ad interventi volti ad eliminare quelle anomalie esistenti tra i prezzi di prodotti omogenei inseriti nel Prontuario Terapeutico, redatto certamente non dai medici.

Entrando nel merito delle prescrizioni e quindi nell'attività del medico è bene ricordare che quest'ultimo prescrive secondo scienza e coscienza, che il suo

ambulatorio è un luogo di sofferenza e non di promozione di beni di consumo e che l'ampia propaganda scientifica, (ad esempio sui prodotti ipocolesterolenizzanti, antinfiammatori, gastroprotettrici, solo per citarne alcuni), spinge giustamente il cittadino, sempre più attento alla propria salute, a richiedere terapie innovative e di ultima generazione, con conseguente aumento dei costi per l'assistenza farmaceutica.

D'altronde è proprio grazie all'evoluzione della medicina nel suo insieme che le aspettative di vita sono salite a 84 anni per le donne e a 78 per gli uomini.

Tuttavia la responsabilità del controllo della spesa - è bene ricordarlo - è demandata alle Regioni e, in ogni caso non si comprende perché dal monitoraggio suggerito da Federfarma (controllo medico per medico, e paziente per paziente), vengano escluse le farmacie, alcuni delle quali non sono esenti da atteggiamenti volti a consigliare e promuovere farmaci più costosi, anticipando a volte anche le confezioni delle specialità medicinali.

Condivido la necessità di attivare un percorso informativo che faccia perno su tutte le categoria interessate (amministratori, farmacisti, medici, industria) anche per una equa redistribuzione delle responsabilità, nel rispetto delle regole vigenti sul Prontuario, note CUF e appropriatezza prescrittiva, norme purtroppo non seguite da tutti ed evitare che esistano "angeli" (i farmacisti) e "diavoli" (i medici). Tenendo sempre presente che il protagonista nella difesa della salute è e rimarrà sempre il malato."

---

## COMMERCIALIZZAZIONE DI SBIANCANTI DENTALI

Il Ministero della Salute, sulla base del parere del Consiglio Superiore di Sanità, avverte come **la distribuzione dei prodotti sbiancanti con percentuale equivalente di perossido di idrogeno fino ad un massimo del 6% possa avvenire "soltanto attraverso i canali professionali (dentisti e farmacie)".** I prodotti in oggetto a base di *perossido di idrogeno* o *perossido di carbammide* dovranno inoltre:

- a) Contenere il foglietto illustrativo che riporti almeno le seguenti **controindicazioni**:
- Gravidanza
  - Uso pediatrico
  - Interventi odontoiatrici quali otturazioni, corone, ponti, faccette o impianti effettuati nelle 2 settimane precedenti o da effettuare nelle 2 settimane successive
  - Macchie da farmaci
- b) Segnalare nel foglietto illustrativo almeno le seguenti **avvertenze**:
- Attenta lettura delle istruzioni prima dell'uso del prodotto
  - Non utilizzo prima e dopo trattamenti ortodontici
  - Utilizzo solo dopo aver consultato il dentista soprattutto in caso di sensibilità dentale, disturbi gengivali, irritazioni o in caso di consumo di alcool e/o tabacco
  - Limitazione temporale di utilizzo (non più di 2 trattamenti all'anno nelle quantità stabilite).

A tale scopo il Ministero della Salute obbliga le ditte produttrici a trasmettere alla Direzione Generale dei farmaci e dei dispositivi medici l'etichetta ed il foglio illustrativo, obbligando le medesime aziende ad una procedura di sorveglianza sul mercato in merito a segnalazione di eventi avversi. Dopo 12 mesi dalla commercializzazione così regolamentata il Ministero della Salute analizzerà le eventuali segnalazioni pervenute al fine di rivalutare le modalità di distribuzione.

# MALATTIE PER LE QUALI È OBBLIGATORIA LA DENUNCIA

In Gazzetta Ufficiale n. 134, del 10.6.2004, è stato pubblicato il decreto 27.4.2004, recante “Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni”.

L’art. 139 del D.P.R. 1124/1965 recante il testo unico delle disposizioni per l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, prevede che è obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca l’esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con quello della Salute, sentito il Consiglio Superiore di Sanità.

La denuncia deve essere fatta all’Ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all’Ufficio del medico provinciale. I contravventori alle disposizioni suesposte sono puniti con l’arresto fino a 3 mesi o con l’ammenda da lire cinquecentomila a lire due milioni. Se la contravvenzione viene commessa dal medico di fabbrica previsto dall’art. 33 del DPR 19.3.1956, n. 303, contenente norme generali per l’igiene del lavoro, la pena è l’arresto da 2 a 4 mesi o l’ammenda da 1 milione a 5 milioni di lire.

L’elenco delle malattie, approvato dal decreto, per le quali è obbligatoria la denuncia è costituito dalla lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile.

Nella denuncia, limitatamente alla lista I e II, deve essere indicato il codice identificativo, riportato in dette liste, della malattia correlata all’agente.

---

## ISTITUTO PER LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONI

L’Istituto Italiano per lo Sviluppo delle Professioni sta inviando una lettera comunicando che i sanitari, a seguito di selezione, possono essere iscritti al registro generale dei professionisti dell’Unione Europea in qualità di specialista europeo. Si sconsiglia di aderire a detta iniziativa in quanto la Federazione Nazionale ha riscontrato alcune anomalie ed ha già segnalato l’iniziativa ai competenti Enti per gli eventuali provvedimenti necessari.

---

L’AIO bandisce un concorso per l’assegnazione del **Premio ALFRED BEAN MEMORIAL** - II Edizione, per la migliore tesi di laurea sperimentale del Corso di Laurea in Odontoiatria presentata nell’A.A. 2003/04. Il Premio consiste in un viaggio a Chicago nel periodo 24-27 febbraio 2005 per partecipare ai lavori del 140° Midwinter Meeting organizzato dalla Chicago Dental Society (CDS). Le tesi accompagnate dal modulo di iscrizione (disponibile sul sito [www.aio.it](http://www.aio.it)) devono essere presentate alla Segreteria Organizzativa AIO, **entro il 5 novembre 2004**. Copia del bando può essere ritirata presso la Segreteria dell’Ordine.

# APPUNTAMENTI SCIENTIFICI

- **18 settembre 2004:** Giornata di studio organizzata dall'Accademia medico giuridica delle Venetie in collaborazione con l'ULSS N. 2 e l'Ordine dei Medici di Belluno ***Nuove frontiere nella teoria del nesso di causalità*** a Feltre presso la Sala Riunioni Basilica Santi Vittore e Corona. Richiesti crediti ECM  
Per informazioni e iscrizioni: [www.castagnotto.it](http://www.castagnotto.it) - fax 0422 612099
- **30 settembre 2004:** Convegno Internazionale ***2nd Vascular Utrasound Annual Meeting - Adriatic Vascular Utrasound Society*** presso Palazzina Medici di Grado, organizzato dal Prof. Castellani Sergio - Università di Firenze. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 051 6564300
- **1 ottobre 2004:** Congresso ***Approccio multidisciplinare nella prevenzione diagnosi e cura del tumore della prostata*** organizzato dal Centro di Riferimento Oncologico di Aviano presso la Sala Convegni del Centro. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 049 651699
- **1-2 ottobre 2004:** Seminario clinico ***La valutazione del disturbo di comunicazione e del comportamento in esiti di trauma cranico*** organizzato dall'Associazione per l'assistenza e la riabilitazione dei traumi cranici, presso Casa San Bastiano di Vicenza. Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 0444 565665
- **2 ottobre 2004:** ***Argomenti di Neuro oftalmologia e strabologia: up to date*** presso l'Aula Magna dell'Istituto La Nostra Famiglia di Conegliano, organizzato dalla U.O. Oculistica dell'Ospedale di Conegliano. Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 0438 663491
- **9 ottobre 2004:** ***Protesi d'anca: prevenzione e trattamento delle complicanze precoci*** organizzato dalla Clinica Ortopedica e Traumatologica, presso il Centro Congressi Kursaal - Lignano Sabbiadoro (UD). Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 0432 227673 - [www.mdstudiocongressi.com](http://www.mdstudiocongressi.com)
- **14-15 ottobre 2004:** ***Congresso di diagnostica cardiologica non invasiva*** a Mestre presso l'Hotel Laguna Palace, organizzato dall'U.O. di Cardiologia Umberto I° di Mestre. Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 041 2607201 - 0541 305839
- **22 ottobre 2004:** ***Corso di formazione sulle malattie rare*** rivolto ai pediatri di libera scelta, medici di famiglia, a Venezia (zona Rialto) presso Telecom Italia Future Centre, promosso da UNIAMO - Federazione Italiana Malattie Rare e dal Centro Regionale di Riferimento per le Malattie Rare. Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 041 2410886
- **30 ottobre 2004:** ***Psoriasi e Talassoterapia*** organizzato dall'Azienda Policlinico Universitario di Udine e dall'Azienda Ospedaliera di Udine, presso il Centro Congressi Kursaal - Terme di Lignano - Lignano Sabbiadoro (UD). Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 0432 227673 - [www.mdstudiocongressi.com](http://www.mdstudiocongressi.com)
- **11-13 novembre 2004:** Congresso Nazionale dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani) ***Medicina e dignità umana - I medici promotori di salute e strumenti di salvezza*** a Bari presso l'Hotel Excelsior. Richiesti crediti ECM.  
Per informazioni: 06 6873109 - 06 6873205.

- **26 novembre 2004: Giornata della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale e**
- **27 novembre 2004: Giornata della Formazione continua della Medicina Convenzionata** a Treviso presso il Boscolo Hotel Maggior Consiglio, organizzati dal Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 0422 323976/77
- **26-27 novembre 2004: VI Convegno trevigiano sulla trombosi *La terapia della malattia tromboembolica venosa nuovi farmaci, nuovi scenari?*** organizzato dal Comitato per la malattia tromboembolica dell'ULSS N. 9, presso il Centro Congressi Park Hotel di Monastier. Per informazioni: 0422 328142.
- **27-28 novembre 2004: Corso di Aggiornamento *Patologia osteo articolare - Nuovi approcci chirurgici e riabilitativi*** presso sala Consiliare Comune di Domegge di Cadore. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 051 320170
- **10 dicembre 2004: Convegno Nazionale *La prospettiva etica nella continuità della cura: dall'ospedale al territorio*** organizzato dall'Azienda ULSS N. 7; si terrà a Vittorio Veneto. Per informazioni: 0438 664391
- **Da gennaio 2005 a ottobre 2005: Corso di Perfezionamento in *Sviluppo umano e gestione dei servizi sanitari nei paesi con risorse limitate*** organizzato dall'Università di Padova - Dipartimento di Studi Internazionali e dal CUAMM Medici con l'Africa.  
Presentazione domande di ammissione: **entro il 29.10.2004.**  
Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 049 8751649 - [www.cuamm.org](http://www.cuamm.org)
- **15 gennaio 2005: inizio del Corso di Perfezionamento e di Aggiornamento in *Ecologia Umana*** organizzato dall'Università di Padova. Presentazione domande di ammissione: **entro il 29.10.2004.** Per informazioni: 049 8273024 - [www.unipd.it/corsi\\_perfezionamento/elenco/interfacolta.htm](http://www.unipd.it/corsi_perfezionamento/elenco/interfacolta.htm)
- **19 marzo 2005: Convegno Scientifico *Il futuro della Chirurgia nell'Ospedale Periferico*** presso il Seminario Vescovile di Vittorio Veneto, organizzato dalla U.O. di Chirurgia Generale di Vittorio Veneto. Per informazioni: 0438 665279

## ECM

La Commissione nella seduta di giugno ha discusso sul riconoscere crediti formativi anche per le seguenti attività (ma per diventare operative è necessario che su di esse si pronuncino la Conferenza Stato-Regioni):

- a) **presentazioni a congressi, corsi e conferenze accreditati ECM:** 1 credito al presentatore di comunicazioni orali o poster, 2 crediti per ogni ora di insegnamento per un massimo di cinque crediti (certifica il provider);
- b) **partecipazione a Commissioni, Comitati Scientifici**, con finalità tecnico, scientifiche, sanitarie, di nomina Nazionale o Regionale, di durata annuale con almeno cinque incontri: 10 crediti (certifica il legale rappresentante dell'Amministrazione Pubblica);
- c) **corsi e congressi all'estero:** 50% dei crediti assegnati dall'UEMS, dai Paesi UE, USA e Canada per un massimo di 5 crediti (certifica il provider estero);
- d) **articoli scientifici** quotati su Citation Index: 2 crediti per il primo e ultimo autore, 1 credito per gli altri autori per un massimo di 10 crediti;
- e) **formazione sul campo:** 5 crediti per ogni giornata lavorativa a tempo pieno per un massimo di 25 crediti (certifica l'Ente gestore della formazione).

# ATTIVITÀ CULTURALE - SEZIONE ANDI DI TREVISO

Corsi gratuiti riservati ai soli soci ANDI. Richiesti crediti ECM

- **22 settembre 2004** - ore 20,30 - Hotel Ca' del Galletto - Via S. Bona Vecchia n°30 - Treviso **La chirurgia endodontica dai monoradicola- ti. Analisi retrospettiva.** Relatori: dott. Giuseppe Comuzzi; dott. Luca Comuzzi
- **3 novembre 2004** - ore 20,30 - Hotel Ca' del Galletto - Via S. Bona Vecchia n°30 - Treviso **Valutazione e pianificazione delle malocclusioni ortodontico- chirurgiche.** Relatore: dott. Roberto Conte
- **24 novembre 2004** - ore 20,30 - Hotel Ca' del Galletto - Via S. Bona Vecchia n°30 - Treviso **Il restauro estetico nei settori anteriori. Proiezione e commen- to di filmati clinici.** Relatore: dott. Mauro Cattaruzza
- **27 novembre 2004** - ore 9,00 - Hotel Maggior Consiglio - Via Terraglio n°140 - Treviso **"V Memorial Luciano Pianca": Lesioni benigne e maligne del cavo orale - Il seno mascellare: diagnosi e terapia in chirurgia preimplantare.** Relatore: prof. Massimo Politi.
- **15 dicembre 2004** - ore 20,30 - Hotel Ca' del Galletto - Via S. Bona Vecchia n°30 - Treviso **Posturologia, Odontoiatria... ed altro.** Relatore: dott. Piergiorgio Tonello

---

## MA COSA FA L'ORDINE ?

Nei mesi di luglio e agosto 2004 l'Ordine ha:

- ricevuto n. 447 lettere
- spedito n. 977 lettere
- iscritto all'Albo Medici Chirurghi n. 12 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri n. 3 Colleghi
- cancellato dall'Albo Medici Chirurghi n. 3 Colleghi
- approvato n. 2 parcelle
- approvato n. 17 pratiche di pubblicità sanitaria

Il Consiglio dell'Ordine si è riunito 1 volta

La Commissione Albo Odontoiatri si è riunita 1 volta

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri ha sentito 1 Collega (presunto prestanomismo).

Il Presidente ha partecipato:

- 7 luglio incontro per l'applicazione del DM 445/01, Università di Padova
- 9-10 luglio Consiglio Nazionale FNOMCeO, Roma
- 14 luglio Consiglio Direttivo
- 15 luglio incontro per l'applicazione del DM 445/01, Padova
- 27 luglio incontro con avv. Barolo per "caso Glaxo"
- 28 luglio incontro per l'applicazione del protocollo informatico, Venezia
- 10 agosto incontro studio avv. Barolo per firma "caso Glaxo"

# POLIZZA SANITARIA ENPAM-GENERALI: PROROGATA LA SCADENZA AL 31/10/2004

L'ENPAM comunica che è stata concessa da "Generali Assicurazioni S.p.A.", la possibilità di aderire alla nuova polizza entro il 31/10/2004.

Si riassumono, di seguito, modalità di adesione e principali caratteristiche della polizza.

Come si aderisce:

a) Medici già assicurati per l'annualità 31.05.2003 - 31.05.2004.

Nel mese di maggio è stato inviato il bollettino Mav ed il modulo di adesione precompilato, ai Medici già assicurati nel 2003. Per aderire alla nuova polizza occorre inviare il modulo di adesione (regolarmente compilato e sottoscritto) all'Enpam, e pagare il corrispondente premio utilizzando il bollettino Mav già predisposto.

b) Nuovi aderenti.

Il nuovo aderente deve spedire il Modulo di adesione (prelevandolo dal Giornale della Previdenza, dal sito internet dell'Enpam o presso gli ordini professionali). Alla ricezione, l'Enpam spedisce il bollettino Mav precompilato con l'importo esatto da pagare, da utilizzare per il pagamento del premio.

**Per tutti (già assicurati o nuovi aderenti), il Modulo di Adesione deve essere spedito a: Fondazione Enpam - Casella postale 7216 - 00100 ROMA Nomentano**

**N.B.: Si ricorda che la Compagnia, ai fini dell'efficacia delle garanzie, ha indicato: per tutti coloro che hanno aderito o aderiranno nel periodo 1 agosto - 31 ottobre 2004, la decorrenza delle garanzie è fissata dalla data di effettivo pagamento del Mav (come attestato dal timbro postale o bancario).**

La polizza sottoscritta con Generali per l'anno 2004/2005 modifica la struttura delle polizze scadute il 31.05.2004:

- È un prodotto unico rivolto all'intero nucleo familiare (in luogo delle quattro scadute il 31.05.2004). È mantenuta però la facoltà di adesione del solo Medico (costo € 100,00) o di tutto il nucleo familiare, compreso il Medico (costo € 300,00).
- Le garanzie e le prestazioni sono quelle della polizza di 2° Livello dello scorso anno, con alcuni significativi miglioramenti, quali ad esempio:
  - Somma assicurata elevata a € 700.000,00.
  - Somma assicurata per le cure oncologiche elevata a € 8.500,00.
  - Migliore determinazione dei rimborsi da interventi per parto cesareo, con il limite di € 5.000 per evento.
  - Migliore determinazione dell'esclusione delle malformazioni (restano escluse solo se non diagnosticate e/o conosciute al momento dell'adesione).
  - Applicazione di una penale a carico della Compagnia in caso di liquidazione oltre il 40° giorno dalla data di ricezione della documentazione completa.
  - Trasferimento della liquidazione dei sinistri dal centro GGL di Milano a quello di Roma, per una migliore gestione delle pratiche sinistri.

*Per uno spiacevole refuso redazionale non è stato pubblicato il curriculum professionale del Dott. Emanuele Schenardi premiato alla **X Giornata del Medico** con la medaglia d'oro per il suo 50° anno di laurea. Ce ne scusiamo e pubblichiamo:*

### **DOTT. SCHENARDI EMANUELE**

È nato a Colle Umberto l'8 giugno 1922.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna il 9 febbraio 1953. Si è specializzato a Padova in Puericultura nel 1959 ed in Pediatria nel 1960. Ha svolto, oltre all'attività pediatrica nella O.N.M.I. e nella scuola, la medicina generale familiare.

A Milano, per le competenze acquisite a cura del Centro Studi della SNA-MID, viene eletto "Trainer in medicina generale": formatore professionale ed educatore dei medici di medicina generale. Per una decina d'anni è stato C.T.U. presso la Pretura di Conegliano. Ad intervalli per 18 anni, Consigliere dell'Ordine, svolgendo intensa attività. In qualità di rappresentante del Veneto, è entrato nella prima Consulta Nazionale dell'ENPAM, dove, con un impegno caparbio, riesce a concretare un dignitoso pensionamento per tutti i medici di medicina generale italiani.

Per tutto l'arco della professione ha svolto costante attività sindacale provinciale, regionale e nazionale.

È stato componente della Commissione Disciplinare Regionale.

In quiescenza, autore di un suo memoriale sugli anni di guerra.

## **CODIFICA UNICA REGIONALE**

La DGR n. 1361 del 7.5.2004 della Regione Veneto "**Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale, di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini**" si pone l'obiettivo di arrivare alla definizione di una codifica, unica regionale sulle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa, da utilizzare per le prescrizioni farmaceutiche e per le prescrizioni specialistiche. Si richiamano gli aspetti più significativi:

- Relativamente all'ambito nel quale si è inteso intervenire, si specifica che si è considerata esclusivamente la casistica di prestazioni che attualmente, su normativa vigente o su prassi uniforme consolidata, transita attraverso prescrizione/proposta su ricettario (rosso) regionale.
- Relativamente al soggetto cui compete l'evidenziazione in ricetta del codice di esenzione, si è distinto tra esenzioni riferibili a patologia, a status di invalidità, di interesse di sanità pubblica ed esenzioni riferibili a situazioni di fragilità socioeconomica, indicando correlativamente per le due fattispecie, previa prova di attestazione di esenzione da parte dell'assistito e autocertificazione da porre sul retro della ricetta, rispettivamente il medico prescrittore e la struttura ambulatoriale/CUP.
- Relativamente ai singoli codici assunti a livello regionale per connotare le varie causali di esenzione, premesso che ove è stato possibile si è mantenuto il richiamo alle vecchie lettere alfabetiche in uso nelle prescrizioni farmaceutiche e la lettera "R" è stata introdotta per connotare le esenzioni collegate al reddito, corre l'obbligo di precisare che il codice 6R1 incluso tra i codici di esenzione rappresenta un'anomalia: si tratta infatti più propriamente di un codice

di accesso riferito a quei soggetti che, tra quelli previsti nell'elenco di cui al punto 1.2 dell'allegato 1 della D.G.R. n.2227/2002, in ragione della loro fragilità economica, possono richiedere le prestazioni odontoiatriche (incluse nel Nomenclatore Tariffario Regionale) a carico del S.S.N., ferme restando le regole generali in tema di partecipazione/esenzione alla spesa sanitaria.

		FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	
TIPOLOGIA DI ESENZIONE	CODICE	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	NOTE
Codice delle patologie croniche e Invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni;	<b>I primi 3 caratteri del codice di esenzione</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	partono da 001 e arrivano a 056 Vedi Nota (*)
Codice delle patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279	<b>I primi 6 caratteri del codice di esenzione</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	partono da RAnnnn e arrivano a RQnnnn
Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 co. 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).	<b>R99999</b>	---	Medici specialisti	
Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1ª alla 5ª titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 co. 1 lett. a del D.M. 01.02.1991)	<b>3G1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6ª alla 8ª (ex art. 6 co. 2 lett. a del D.M. 01.02.1991)	<b>3G2</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 co. 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)	<b>3L1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 co. 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)	<b>3L2</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% a 66% di invalidità - (ex art. 6 co. 2 lett. del D.M. 01.02.1991)	<b>3L3</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 co. lett. c del D.M. 01.02.1991)	<b>INAIL</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 co. 1 lett. c del D.M. 01.02.1991)	<b>3M1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	

		FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	
TIPOLOGIA DI ESENZIONE	CODICE	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	NOTE
Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 <sup>a</sup> alla 5 <sup>a</sup> (ex art. 6 co 1 lett. e del D.M. 01.02.1991)	<b>3M2</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 <sup>a</sup> alla 8 <sup>a</sup> (ex art. 6 e 2 lett. d del D.M. 01.02.1991)	<b>3M3</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Invalidi civili al di 100% di invalidità con senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 co. 1 lett. d del D.M 01.02.1991)	<b>3C1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al % di invalidità - (ex art. 6 co. 1 lett. d del D.M. 01.02.1991)	<b>3C2</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 89/90 (ex art. 5 co. 6 del D.Lgs. 24/1998)	<b>3C3</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione -riconosciuti dall'apposita Commissione invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 o. 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)	<b>3N1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. f del D.M. 01.02.91 (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla dalla L. 68/99)	<b>3S1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 danneggiati da complicanze di tipo reversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (ex art. 1 co. 5 lett. d del D.Lgs 24/1998)	<b>3T1</b>	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	

		FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	
TIPOLOGIA DI ESENZIONE	CODICE	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	NOTE
Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 - Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 5 co. 6 del D.Lgs 24/1998)	3V1	MMG e Medici specialisti	MMG e Medici specialisti	
Soggetti disabili in situazione di gravità così come definita dall'art. 3 co. 3 della L. n. 104/92	3D1	---	MMG e Medici specialisti	
Soggetti obiettori di coscienza combinato disposto ex art. 6 co.1 e 4 Dec.Leg.vo 230/98 e art. 68 L n. 448/98)	301	---	MMG e Medici specialisti	esenzione valida per periodo di svolgimento del servizio civile
<b>Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/08/1996):</b> - in epoca pre-concezionale	400	---	MMG e Medici specialisti	
- in gravidanza ordinaria	401 ~> 441	---	MMG e Medici specialisti	così composto: 4 + settimana di gravidanza
oppure	490	---	MMG	Vedi Nota (**)
- in gravidanza a rischio	450	---	Medici specialisti	
<b>Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate a campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 co. 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998):</b>				
- citologico	5A5	---	Medici specialisti	
- mammografico	5A6	---	Medici specialisti	
- colon retto	5A7	---	Medici specialisti	

		FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	
TIPOLOGIA DI ESENZIONE	CODICE	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	SOGGETTO INCARICATO IMMISSIONE DATO	NOTE
<b>Esente per prestazione finalizzata alla diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 co. 4 della L. 388/2000):</b>				
- citologico	<b>5B1</b>	---	MMG e Medici specialisti	
- mammografico	<b>5B2</b>	---	MMG e Medici specialisti	
- colon retto	<b>5B3</b>	---	MMG e Medici specialisti	
<b>Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 co. 4 della L. 388/2000):</b>				
- citologico	<b>5B5</b>	---	MMG e Medici specialisti	
- mammografico	<b>5B6</b>	---	MMG e Medici specialisti	
- colon retto	<b>5B7</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Prestazioni specialistiche finalizzate ad atti di donazione erogate in contesto ambulatoriale (ex art. 1 co. 5 lett. e del D.Lgs. 124/1998)	<b>5C1</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Prestazioni svolte nell'ambito dell'attività di medicina scolastica, comprensive dei successivi accertamenti richiesti per il completamento dell'iter diagnostico (ex art. 1 co. 4 lett. b del D.Lgs. 124/1 998 -1ª parte-)	<b>5D1</b>	---	MMG e Medici specialisti	

Prestazioni rivolte a soggetti appartenenti a categorie a rischio infezione HIV (ex art. 1 co. 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - 1ª parte -)	<b>5E1</b>	---	MMG e Medici specialisti	
Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 co. 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - 1ª parte -)	<b>5F1</b>	---	Medico specialista nell'area di Igiene e Sanità Pubblica	
Prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio ed altre prestazioni specialistiche, finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche dal Responsabile Igiene Sanità Pubblica aziendale (ex art. 1 co. 4 lett. b del D.Lgs. 24/1 998 - 2ª parte -)	<b>5G1</b>	---	Medico specialista nell'area di Igiene e Sanità Pubblica	
Prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio ed altre prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di Legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 co. 4 lett. b del D.Lgs. 124/1 998 -ultima parte-)	<b>5H1</b>	---	Medico specialista nell'area della Prevenzione	
Soggetti appartenenti a nuclei familiari con situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 8.500,00 (ex D. Lgs. n. 109/1998 e DPCM n. 242/2001)	<b>6R1</b>	---	Ambulatorio, Poliambulatorio o CUP	Per le prestazioni odontoiatriche ex DGR n. 2227/2002
Soggetti appartenenti a nuclei familiari con situazione economiche equivalente (ISEE) non superiore a € 10.329,13 (ex D. Lgs. n. 109/1998 e DPCM n. 242/2001)	<b>6R2</b>	MMG e Medici specialisti		In vigore dal 01/04/2004 ex DGR n. 316/2004
Esente per reddito ed età <sup>(1)</sup> (ex art. 2 co. 15 della L. 549/1995 e succ. modifiche e integrazioni)	<b>7R2</b>	---	Ambulatorio, Poliambulatorio o CUP	
Esente per disoccupazione <sup>(2)</sup> - e loro familiari a carico -(ex art. 2 co. 15 della L. 549/1995 e succ. modifiche e integrazioni)	<b>7R3</b>	---	Ambulatorio, Poliambulatorio o CUP	
Esente per assegno (ex pensione) sociale <sup>(3)</sup> - e loro familiari a carico -(ai sensi dell'art.3 commi 6 e 7 della L. 335/1995, art.2 co. 15 della L. 549/1995 e succ. mod. e integrazioni)	<b>7R4</b>	---	Ambulatorio, Poliambulatorio o CUP	
Esente per pensione al minimo <sup>(4)</sup> - e loro familiari a carico - (ex art. 2 co. 15 della L. 549/1995 e succ. modifiche e integrazioni)	<b>7R5</b>	---	Ambulatorio, Poliambulatorio o CUP	

## NOTE

(\*) In ragione della casistica che vede frequentemente la compresenza nello stesso soggetto delle patologie croniche e invalidanti - *Diabete mellito con Affezioni del sistema circolatorio e Diabete mellito con l'ipertensione*, così come specificatamente definite nella classificazione in uso a livello regionale -, qualora se ne presenti la necessità, si autorizza la possibilità di evidenziare in ricetta, sia per le prescrizioni di assistenza specialistica che per le prescrizioni di assistenza farmaceutica, un unico codice risultante dall'associazione dei singoli codici dei due diversi gruppi:

1ª PATOLOGIA	2ª PATOLOGIA	COD. UNICO
Diabete Mellito (cod. 013)	Soggetti affetti da malattie cardiache e del circolo polmonare (cod. A02)	013A02
Diabete Mellito (cod. 013)	Soggetti affetti da malattie cerebrovascolari (cod. B02)	013B02
Diabete Mellito (cod. 013)	Soggetti affetti da malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene e vasi linfatici (cod. C02)	013C02
Diabete Mellito (cod. 013)	Ipertensione arteriosa con danno d'organo (cod. 031)	013031
Diabete Mellito (cod. 013)	Ipertensione arteriosa senza danno d'organo (cod. A31)	013A31

(\*\*) Codice alternativo utilizzabile dal **MMG**, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarà di competenza della struttura erogatrice.

- (1) Sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini di età inferiore agli anni 6 o superiore agli anni 65, purché appartenenti ad un nucleo familiare avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98.
- (2) Sono esenti i cittadini disoccupati ed i familiari a loro carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.
- (3) Sono esenti i cittadini ultrasessantacinquenni beneficiari di assegno (ex pensione) sociale; l'esenzione si estende anche a familiari che risultano a loro carico.
- (4) Sono esenti i cittadini ultrasessantenni titolari di pensione al minimo, ed i familiari che risultano a loro carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.

# MODALITÀ DI INDICAZIONE IN RICETTA

### 1. Prescrizioni farmaceutiche

Il Medico prescrittore dovrà continuare a **barrare le caselle**:

“**A**”: per le patologie croniche e invalidanti e le malattie rare;

“**R**”: per tutte le altre tipologie di esenzione:

- vittime del terrorismo e criminalità organizzata (cod. 3V1);
- invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1<sup>a</sup> alla 8<sup>a</sup> (cod. 3G1 e 3G2);
- invalidi di servizio di 1<sup>a</sup> categoria (cod. 3M1);
- invalidi civili al 100% (cod. 3C1);
- invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza (cod. 3C3);
- ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 a entrambi gli occhi (cod. 3N1);
- sordomuti (cod. 3S1);
- grandi invalidi del lavoro (cod. 3L1);
- danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (cod. 3T1);
- soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a € 8.500,00 (cod. 6R1).
- soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a € 10.329,13 (cod. 6R2).

Il codice della tipologia di esenzione - così come definito - dovrà essere riportato dal Medico prescrittore nell'apposito spazio situato in alto a destra della ricetta e verrà indicato soltanto nel caso in cui tale tipologia conferisca all'assistito un diritto spendibile nel caso specifico: in caso contrario non ci dovrà essere alcuna indicazione.

In ogni ricetta non potrà essere riportato più di un codice di esenzione.

Per quanto riguarda l'esenzione per reddito (cod. 6R1; cod 6R2) il Medico prescrittore riporterà tale codice nell'apposito spazio in alto a destra nella ricetta qualora l'assistito sia in possesso della “*attestazione di esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica*”, riportante il codice medesimo. Alla consegna della ricetta in farmacia, il farmacista apporrà il timbro prestabilito per l'autodichiarazione sul retro della ricetta, che dovrà poi essere firmata dal paziente stesso o da chi ritira il farmaco per suo conto.

Per quanto riguarda le patologie croniche e invalidanti, potranno pertanto essere prescritti soltanto quei farmaci correlati alla tipologia di esenzione indicata in ricetta - *ferma restando la possibilità di combinazione di alcuni specifici codici così come definito in note (\*)* -.

### 2. Prescrizioni di assistenza specialistica

Il codice della tipologia di esenzione - così come definito - dovrà essere riportato dal Medico prescrittore per tutte le tipologie di esenzioni non legate a una situazione di reddito o di condizione sociale salvo per il codice 6R2, e dal Poliambulatorio - o Centro Unico di Prenotazioni - per le esenzioni legate al reddito o alla condizione sociale dell'assistito indicate con i codici 7R2, 7R3, 7R4, 7R5. Il codice dovrà essere riportato nell'apposito spazio situato in alto a destra della ricetta e verrà indicato soltanto nel caso in cui la specifica tipologia di esenzione conferisca all'assistito un diritto spendibile nel caso concreto: in caso contrario non ci dovrà essere alcuna indicazione.

In ogni ricetta non potrà essere riportato più di un codice di esenzione - ferma restando la possibilità di combinazione di alcuni specifici codici così come definito in note (\*).

**1.** I codici “5B...” resteranno in vigore fino a prossima determinazione regionale con la quale si individueranno specifici criteri di integrazione di tali esenzioni con le esenzioni collegate ad interventi di campagne di screening organizzate dalla Regione.

**2.** I codici relativi alla gravidanza ordinaria resteranno in vigore fino alla predisposizione a livello regionale di un apposito “libretto” che sarà messo a disposizione delle gravide e che permetterà loro l'esercizio dei diritti di esenzione previsti dalla legge.

# RICERCA MEDICI

**Teatri spa cerca un “medico di servizio”,** disponibile durante ogni spettacolo per il Teatro Comunale (TC) e il Teatro Eden (TE) di Treviso ed il Teatro Da Ponte (TDP) di Vittorio Veneto **per la stagione 2004-2005** come da seguente programma. I medici interessati possono indicare per quale spettacolo sono disponibili restituendo il programma all'Ordine.

Teatri spa riconosce al medico e accompagnatore il biglietto omaggio per tali serate.

## CONCERTI

---

- Ottobre 21  TC RADIO-SINFONIE-ORCHESTER FRANKFURT - HUGH WOLF - YEFIM BRONFMAN  
24  TDP ORCHESTRA DI PADOVA E DEL VENETO - ZSOLT HAMAR -ROBERTO PARUZZO
- Novembre 17  TC ALFRED BRENDEL  
23  TC I SOLISTI DELLA SCALA
- Dicembre 12  TDP I SOLISTI DELLA MAHLER CHAMBER ORCHESTRA  
20  TC CORO DA CAMERA DI S. PIETROBURGO  
NICOLAI KORNIEV
- Gennaio 19  TC ORCHESTRA DA CAMERA DI MANTOVA - ALEXANDER LONQUICH  
27  TC QUARTETTO PETERSEN  
28  TDP ORCHESTRA DI PADOVA E DEL VENETO - MASSIMO QUARTA
- Febbraio 10  TC ENGLISH CHAMBER ORCHESTRA - SHLOMO MINTZ - HAGAI SHAHAM  
13  TDP ANTONIO MENESES - GERARD WYSS  
23  TC VADIM REPIN
- Marzo 4  TDP QUARTETTO JERUSALEM  
8  TC ORCHESTRA REGIONALE TOSCANA - PIETRO DE MARIA  
14  TC BACH AKADEMIE STUTTGART  
16  TDP STEPHAN GENZ - ALEXANDER SCHMALCZ
- Aprile 15  TC ORCHESTRA FILARMONICA DI PRAGA - KASPAR ZEHNDER - LILYA ZILBERSTEIN

## DANZA

---

- Ottobre 17  TC EIFMAN BALLETT THEATRE DI SAN PIETROBURGO
- Novembre 20  TC ULISSE  
24  TDP BALLETT BIARRITZ
- Dicembre 22  TDP ATERBALLETTTO
- Gennaio 12  TC NUEVO BALLETT ESPAÑOL  
26  TDP COMPLEXIONS

- Febbraio 8  TC BALLET DE L'OPERA NATIONAL DE BORDEAUX
- Marzo 18  TDP JOSE' LIMON DANCE COMPANY
- Aprile 12  TC GRIGOROVIC BALLET DI KRASNODAR

### JAZZ - Teatro Eden

---

- Novembre 5  OMAGGIO A FRANK ZAPPA  
26  STEFANO BOLLANI
- Dicembre 16  ANTONELLO SALIS, COCCO CANTINI, LELLO PARETI
- Gennaio 29  PAOLO FRESU QUINTET
- Febbraio 16  FRED HERSCH
- Marzo 17  QUARTETTO OREGON

### OPERA - Teatro Comunale

---

- Novembre 8  10 , LE NOZZE DI FIGARO  
12  14
- Dicembre 13  15 , IL BARBIERE DI SIVIGLIA  
17  19

### PROSA - Teatro Comunale

---

- Ottobre 9  10  COSI' E' (SE VI PARE)  
23  24  QUESTI FANTASMI
- Novembre 27  28  "VISSI D'ARTE, VISSI D'AMORE" (UNA SERA CON MARIA CALLAS)
- Gennaio 9  10  IL PENTOLINO MAGICO  
22  23  LA STRANA COPPIA
- Febbraio 5  6  LA BROCCA ROTTA  
21  22  NAPOLI MILIONARIA!  
26  27  VECCHI TEMPI
- Marzo 19  20  LA MANDRAGOLA
- Aprile 2  3  IL BERRETTO A SONAGLI
- Aprile 9  10  DON GIOVANNI

## TESSERA SANITARIA-TESSERA EUROPEA ASSICURAZIONE MALATTIA - DECRETO 30/6/2004

Con il Decreto 30 giugno 2004 “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 6, dell’art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269 convertito con modificazioni, dalla L. 24 novembre 2003, n. 326, concernente l’avvio del sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario” sono state dettate le prime disposizioni per l’avvio del nuovo sistema informativo sanitario ideato dal Ministero dell’Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute che entrerà in funzione su tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 2005.

Il Ministero dell’Economia per il tramite dell’Agenzia delle entrate invierà una Tessera Sanitaria a tutti i possessori che, oltre ad essere muniti del codice fiscale, risultino effettivamente titolari del diritto all’assistenza sanitaria.

La suddetta tessera sostituirà il tesserino plastificato del codice fiscale.

Il programma di applicazione della tessera sanitaria che vede interessati i medici ai quali saranno distribuiti i nuovi ricettari per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche e che dovranno riconsegnare i vecchi ricettari non ancora utilizzati o parzialmente utilizzati all’atto del ritiro dei nuovi partirà dal mese di settembre in via sperimentale nella regione Abruzzo.

Dal mese di novembre 2004 avranno effetto le funzioni relative alla tessera europea di assicurazione malattia di cui al retro della T.S.

Da giugno nei paesi della UE (Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Spagna, Svezia, Estonia, Slovenia, Ungheria) la tessera europea è già operativa e pertanto può essere esibita a medici e strutture ospedaliere di tutta Europa per eventuali cure necessarie durante un soggiorno temporaneo.

---

## LINEE GUIDA IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 191 del 16 agosto 2004 è stato pubblicato il decreto 21 luglio 2004 recante “Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita”, emanato dal Ministero della Salute ai sensi dell’art. 7 della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (G.U. n. 45 del 24 febbraio 2004). Le linee guida elaborate dal Ministero della Salute hanno efficacia vincolante per tutte le strutture autorizzate e saranno aggiornate ogni tre anni, sulla base dell’evoluzione tecnico-scientifica.

Esse ribadiscono i principi stabiliti dalla legge 40/2004 e contengono l’indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Il Decreto è consultabile nel sito dell’Ordine: [www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org)

# ONAOSI

## CONTRIBUZIONE OBBLIGATORIA - SOLIDARIETÀ E CONVENIENZA

La Fondazione ONAOSI (Opera nazionale assistenza orfani sanitari italiani) ha inviato a tutti i medici chirurghi e agli odontoiatri i moduli per il versamento del contributo obbligatorio come anticipato nel n. 5 di ottobre 2003 (pagg. 13 e 25) e nel n. 2 di febbraio 2004 (pag. 17) di questo periodico. E' utile precisare che si tratta di un nuovo contributo, previsto per legge, che si aggiunge alla tassa dovuta per l'iscrizione all'Ordine, e alla contribuzione previdenziale dovuta all'Enpam.

"Solidarietà e convenienza", queste due parole sintetizzano la realtà di oggi e di domani dell'ONAOSI, dopo l'estensione dell'obbligatorietà della contribuzione e quindi di questa forma assicurativa di "previdenza integrativa" estesa a tutti i sanitari iscritti all'Ordine. Si potrà così dare risposta agli orfani di sanitari non contribuenti che si rivolgevano all'ONAOSI, che obbligata al rispetto dei propri fini istituzionali, non era in grado di affrontare ogni anno centinaia di tristi situazioni. Oggi l'ONAOSI è di tutti i sanitari e può dare prestazioni a loro ed ai loro familiari non solo per volontà del Consiglio di Amministrazione, ma della Federazione degli Ordini e del Parlamento.

Questo contributo nasce infatti dall'art. 52, comma 23, della Legge 289/2002 (Legge finanziaria 2003), con il quale è stato esteso l'obbligo di contribuzione all'ONAOSI - in precedenza previsto per i soli sanitari pubblici dipendenti - a tutti gli iscritti agli Ordini professionali dei medici chirurghi e odontoiatri, dei farmacisti e dei veterinari. L'ammontare del contributo, ai sensi della stessa legge, è stabilito dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione ONAOSI, la cui delibera è approvata dai Ministeri vigilanti del Lavoro e dell'Economia (la trasparenza del bilancio e dei suoi contenuti è sottoposta istituzionalmente al controllo della Corte dei Conti, della Commissione Parlamentare di Vigilanza, del Collegio dei Sindaci oltre che da una Società di Revisione che lo certifica annualmente).

Secondo la legge, quindi, i Sanitari pubblici dipendenti continueranno ad assolvere tale obbligo mediante trattenuta mensile sullo stipendio a cura dell'Amministrazione presso la quale prestano servizio. Ai Sanitari non pubblici dipendenti verrà inviata apposita richiesta di pagamento da parte della Fondazione ONAOSI. L'entità del contributo annuale è fissata in relazione all'età anagrafica secondo le seguenti fasce di età:

- **€ 36,00 (trentasei/00) per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni**
- **€ 18,00 (diciotto/00) per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni.**  
**Questi ultimi potranno scegliere, in alternativa, di adempiere integralmente ai propri obblighi contributivi versando, in un'unica soluzione, un contributo pari a € 100,00 (cento/00).**
- **€ 144,00 (centoquarantaquattro/00) per i contribuenti aventi un'età compresa tra i 33 ed i 67 anni.**

L'età di riferimento s'intende compiuta al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di contribuzione.

L'importo da pagare quest'anno comprende l'anno 2004 e i 5/12 dell'anno 2003. Si paga in due rate, una a fine luglio una a fine settembre (30 settembre).

In relazione alla scadenza della prima rata (31.7.2004) l'ONAOSI ha precisato che a causa di disguidi, alcuni avvisi potrebbero essere pervenuti a ridosso della scadenza; si scusa per l'inconveniente ed assicura i propri contribuenti che saranno considerati regolari tutti i pagamenti effettuati entro il 30 settembre 2004. Il man-

cato pagamento - stante l'obbligo di legge - comporterà la riscossione coattiva. La definizione delle quote stabilite per la seconda parte del 2003 e per tutto il 2004 hanno tenuto conto delle posizioni delle rispettive Federazioni Nazionali e soprattutto di una previsione di bilancio legato alle nuove prestazioni, proiettate nei prossimi anni, cui dare stabilità e certezza finanziarie.

Il risultato è che da un lato si è ridotta di circa il 50% la quota pagata dai precedenti iscritti obbligatori e volontari e, dall'altro lato, si è ulteriormente contenuta la quota, quasi a titolo simbolico, per i giovani (tenendo conto dei tempi necessari per entrare nel mondo del lavoro e della professione) e per gli anziani.

Inoltre, il 5 giugno, il Consiglio ha deliberato (in attesa di approvazione ministeriale) la ridefinizione della quota di contribuzione per gli anni 2005-2009 a carico dei sanitari iscritti che prevede, oltre ad una ulteriore riduzione degli importi, ferma restando la distinzione in fasce di età, anche una soglia di reddito (€ 28.000,00) con ulteriore riduzione del contributo.

Tenuto conto, inoltre che l'obbligatorietà del contributo determina la piena dedu-

FASCIA D'ETÀ	FASCIA DI REDDITO ANNUO	IMPORTO CONTIBUTO/ANNO 2005-2009
fino a 33 anni	inferiore a € 28.000,00	€ 36,00
fino a 33 anni	superiore a € 28.000,00	€ 120,00
tra i 33 anni e i 67	inferiore a € 28.000,00	€ 72,00
tra i 33 anni e i 67	superiore a € 28.000,00	€ 120,00
oltre i 67 <i>in alternativa</i> una tantum	indifferente	€ 12,00 - € 60,00
oltre i 67 e che abbia contribuito per almeno 30 anni		nessun contributo

cibilità fiscale, ai sensi dell'art. 10, c. 1, lett. e) del D.P.R. 22.12.86 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi) con un onere a carico del contribuente ulteriormente ridotto, così come di seguito indicato:

FASCIA D'ETÀ	FASCIA DI REDDITO ANNUO	CONTIBUTO/ANNO	RISPARMIO FISCALE/ANNO
fino a 33 anni	€ 15.000,00	€ 36,00	€ 8,28
	€ 28.000,00	€ 36,00	€ 9,62
	€ 60.000,00	€ 120,00	€ 46,80
	€ 90.000,00	€ 120,00	€ 54,00

Ancora il Consiglio del 19 ottobre che ha inaugurato il nuovo centro formativo di Bologna (120 p.l.), ha deciso di ammettere l'accesso ai centri formativi degli specializzandi, dei dottorandi, dei partecipanti ai masters, dopo aver prioritariamente soddisfatto le richieste degli assistiti e dei partecipanti ai corsi universitari. Oltre che nel bollettino, modalità di domanda, criteri, regolamenti etc. saranno pubblicate sul sito della Federazione [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it), dove attualmente è reperibile il materiale informativo sui corsi di formazione aziendale Logos e Start per l'anno 2004-2005.

Giangiacomo Tessari  
Consigliere ONAOSI

# ONAOSI

## Residenza Montebello per sanitari anziani

Martedì 8 giugno 2004 a Montebello di Perugia si è svolta la cerimonia d'inaugurazione della nuova Residenza per Sanitari anziani dell'ONAOSI, alla presenza del Presidente della Fondazione dott. Aristide Paci.

Si tratta di una moderna struttura ricettiva ubicata sulla collina di Montebello (Strada Montecorneo), circondata da un parco di circa 30.000 mq. e che dispone di 41 camere doppie dotate dei più moderni confort. Vi sono poi aree attrezzate per svolgere attività di benessere fisico, quali palestra, saune, solarium, oppure per il tempo libero, come l'emeroteca e spazi di socializzazione.

La Residenza sorge nelle immediate adiacenze del Campus universitario, già attivo, della Fondazione e del prestigioso complesso della Villa Donini, sempre della Fondazione, in corso di ristrutturazione, e di un'area su cui sorgerà un centro sportivo polifunzionale dell'Onaosi. Tutte queste opere, come tanti tasselli, sono inserite in un progetto ambizioso e di ampio respiro la realizzazione della "Città Onaosi". Il tutto si inserisce in un contesto paesaggistico ed ambientale di notevole pregio, che si apre a perdita d'occhio sulla valle del Tevere ad est, verso Assisi, e fa apprezzare le bellezze naturali dell'Umbria. Intorno, vi sono poi percorsi attrezzati per passeggiate all'aria aperta. La località è facilmente raggiungibile e dista pochissimi chilometri dal centro storico di Perugia. Così come sono anche facilmente raggiungibili cittadine medievali, tra cui Todi, Spoleto, Assisi e Gubbio. La prima ipotesi di realizzare della Residenza risale al 1996.

Nel 1999 viene posta la prima pietra. I lavori si concludono nel mese di giugno di quest'anno. Giunge così a realizzare una complessa opera che ha richiesto 30 mesi di lavori di costruzione per un investimento complessivo di 11 milioni di euro circa. La struttura, ispirata ai più avanzati standard di ricettività ed ospitalità, offre un nuovo servizio che l'Onaosi si appresta ad erogare direttamente ai propri Sanitari contribuenti. L'accesso al servizio, secondo criteri di priorità, basati sulla presentazione della domanda e sulla regolarità contributiva, è riservato a soggetti "over 60", Sanitari contribuenti e vedove degli stessi. Vi è poi la possibilità di farsi accompagnare durante il soggiorno da una persona.

La residenza di Montebello consentirà soggiorni da un minimo di una settimana ad un massimo di quattro settimane a medici chirurghi ed odontoiatri, farmacisti e veterinari "over 60", contribuenti Onaosi.

Il soggiorno degli ospiti, attesi da ogni regione d'Italia, è curato nei minimi dettagli, secondo un programma che intende rispondere fondamentalmente a tre tipi di esigenze:

- offrire un confort ricettivo di assoluto rilievo;
- usufruire di servizi per il benessere fisico;
- valorizzare gli innumerevoli aspetti culturali e turistici, con visite ai luoghi più suggestivi del circondario, nonché alle varie mostre, rassegne folkloristiche ed eventi culturali che soprattutto Perugia non manca di offrire durante tutto l'anno.

Sono disponibili 40 camere, per un totale di 80 posti letto.

### **Domanda per l'ammissione**

La Struttura sarà aperta tutto l'anno. È possibile prenotare presso la Struttura da un minimo di 1 ad un massimo di 4 settimane consecutive (da sabato a sabato).

Tra un soggiorno ed il successivo dovranno trascorrere minimo 90 giorni. L'ammissione delle richieste avverrà secondo un criterio cronologico fondato sulla data di presentazione della domanda di soggiorno; nel caso di richieste superiori alle disponibilità, sarà data priorità in base all'età anagrafica.

### **Requisiti per l'ammissione**

Status di contribuente Onaosi in regola con il pagamento della contribuzione o coniuge superstite di Sanitario che sia stato contribuente in vita.

Età anagrafica superiore ai 60 anni compiuti all'atto della prenotazione.

Dichiarazione di completa autosufficienza.

Hanno diritto preferenziale i contribuenti anziani e vedove/i di Sanitari deceduti che risultino essere stati contribuenti della Fondazione, che abbiano raggiunto il 67° anno di età; qualora vi sia disponibilità possono usufruire della Struttura anche i contribuenti e vedove/i più giovani, ma che abbiano compiuto 60 anni di età. Gli aventi diritto possono avere un accompagnatore a condizione che: abbia un'età superiore a 60 anni, condivida la stessa camera e sia segnalato all'atto della prenotazione.

### **Prenotazioni**

Le prenotazioni devono essere effettuate con almeno una settimana di anticipo, a mezzo telefono (075/388811) fax (075/3888136) o e-mail (residenza.montebello@onaosi.it) Dopo conferma da parte della Fondazione, la prenotazione andrà formalizzata con l'invio del 30% della quota totale che deve pervenire all'Onaosi entro tre giorni dalla data di conferma della prenotazione. All'atto della prenotazione è necessario fornire i dati richiesti da apposito modulo.

Il sistema di prenotazione garantisce la trasparenza nell'accettazione cronologicamente determinata dalle richieste pervenute. La Direzione della Residenza garantisce tale principio.

### **Servizi compresi:**

Le tariffe si intendono a persona ed al giorno ed includono:

- Pernottamento in camera doppia (o doppia uso singola) dotate di TV telefono e aria condizionata
- Trattamento di pensione completa (bevande comprese)
- Transfer da e per la stazione FS o dall'aeroporto di Perugia
- Servizio navetta per il centro Città
- Reception h24
- Copertura assicurativa
- Trattamento benessere fisico in spazi specificamente attrezzati agli orari esposti
- Palestra attrezzata
- Eventuali attività culturali
- Emeroteca
- Internet point
- Cassette di sicurezza in camera
- Giardino attrezzato
- Parcheggio

La quota non comprende quanto non espressamente indicato e tutti gli extra di natura personale.

**LA STRUTTURA NON DISPONE DI ASSISTENZA SANITARIA PERMANENTE.**

## Quota di partecipazione al giorno

PERIODO	CONTRIBUENTE E CONIUGE	ACCOMPAGNATORE	SUPPLEMENTO SINGOLA
GIUGNO	€ 23,00	€ 38,00	€ 10,00
LUGLIO	€ 23,00	€ 38,00	
AGOSTO	€ 23,00	€ 38,00	
SETTEMBRE	€ 25,00	€ 40,00	
OTTOBRE	€ 25,00	€ 40,00	
NOVEMBRE	€ 20,00	€ 35,00	
DICEMBRE	€ 20,00	€ 35,00	

La quota relativa al periodo va pagata, per il 30% entro 3 giorni dalla data di conferma della prenotazione mediante: Bonifico bancario · Carta di credito · Bollettino Postale. Il saldo andrà pagato all'arrivo nella Struttura.

Per eventuali disdette della prenotazione verrà trattenuto il 50% della caparra in caso di rinuncia pervenuta fino a 30 giorni prima della data di arrivo e verrà trattenuto il 100% della quota per rinuncia pervenuta da 1 a 30 giorni prima dell'inizio del soggiorno.

### Regolamento interno

Al momento dell'ingresso i Sanitari riceveranno il materiale informativo che regola la vita interna alla Struttura.

La Fondazione ONAOSI, con il patrocinio dell'Accademia Nazionale dei Lincei, bandisce per l'anno 2004 un

#### **CONCORSO**

**per l'assegnazione di 5 premi di cultura per neo-laureati,**

in onore del Fondatore Luigi Casati, di 5.164,57 € ciascuno.

Le domande e la documentazione devono essere spedite all'ONAOSI, entro il 31 gennaio 2005.

Copia del bando può essere ritirata presso la Segreteria dell'Ordine.

# COMMENTARIO AL CODICE DI DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

*a cura del dott. Diego Codognotto Capuzzo*

## TITOLO II - DOVERI GENERALI DEL MEDICO

### INDIPENDENZA E DIGNITÀ DELLA PROFESSIONE

#### Art. 3

##### ***Doveri del medico***

*Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione, cioè di benessere fisico e psichico della persona.*

##### **Commento**

Questo articolo, in cui vengono sottolineati valori fondamentali e principi etici universali, vuole rivestire per il professionista una sorta di guida in riferimento a situazioni in cui l'affermazione di una propria regola comportamentale può arrivare a porsi in diretto contrasto con la normativa statale vigente. Il secondo comma dell'articolo riconferma l'interpretazione, ormai accettata ampiamente, che il concetto di salute è da intendersi in senso estensivo, con riferimento, quindi, al benessere fisico e psichico della persona. Si può sostenere che questo articolo costituisce un'applicazione dallo specifico punto di vista della professione medica degli articoli 32 e 3 della Costituzione. Come è noto, infatti, l'art. 32 della Costituzione garantisce il c.d. "diritto alla salute" anche se tecnicamente è più corretto parlare di "diritto alla tutela

della salute".

L'esercizio medico costituisce il primo e più naturale supporto per difendere la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Il riferimento all'art. 3 della Costituzione (che prevede il c.d. principio di uguaglianza) viene invece spontaneo considerando che l'articolo del codice deontologico in commento utilizza quasi le stesse parole del legislatore costituzionale prevedendo che il medico debba assicurare la difesa e il rispetto della vita, della salute e il sollievo della sofferenza "senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia in tempo di pace come di guerra".

#### Art. 4

##### ***Libertà e indipendenza della professione***

*L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.*

##### **Commento**

La libertà e l'indipendenza del medico costituiscono due presupposti indispensabili per il corretto svolgimento dell'esercizio professionale. Infatti l'istituzione degli Ordini professionali ha avuto, fra l'altro, proprio lo scopo di creare uno strumento per garantire questi diritti da eventuali interferenze esterne (vedi a questo proposito, per quanto riguarda la professione medica, l'art. 3 lett. b) del Decreto Istitutivo degli Ordini 13 settembre 1946, n. 233, che impone la vigilanza per la difesa dell'indipendenza della professione).

La difesa della libertà e dell'indipendenza del medico ha assunto ancora più rilevanza considerando che, ormai da tempo, l'esercizio professionale può essere svolto anche in regime di dipendenza (vd. art. 47 legge

833/78) o di “convenzionamento”.

Numerosi problemi sono sorti per tutelare l'indipendenza e la libertà dei medici che vengono a trovarsi incardinati in un sistema improntato a criteri di supremazia gerarchica. È stato però chiarito che anche in queste situazioni, pur nel rispetto dei vincoli propri del lavoro subordinato (orario di lavoro, turnazioni, etc.), devono rimanere inalterate, per la parte specifica relativa all'attività professionale, la libertà e l'indipendenza intellettuale del medico.

#### **Art. 5**

##### ***Esercizio dell'attività professionale***

*Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.*

*Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.*

##### **Commento**

Questo articolo assume particolare rilevanza per quanto riguarda lo specifico tema della necessità di attenersi strettamente alle conoscenze scientifiche e si richiama al binomio scienza e coscienza da intendersi come riferimento del corretto comportamento etico. Sono questi due principi che si sostanziano e si limitano l'un l'altro laddove la libertà del professionista costituisce una garanzia per il cittadino e la libertà di cura riconosciuta alla persona deve essere ancorata ad elementi scientificamente validati. Il richiamo ai valori etici cui è necessario ispirarsi intende evidenziare come il concetto di attività sanitaria non sia da intendersi come mera prestazione tecnica, ma come intervento complesso ispirato costantemente a valori etici fondamentali. L'ultimo comma dell'art. 5 stabilisce la necessità per il medico di ricorrere all'Ordine contro qualsiasi pressione, da

chiunque esercitata, tendente a condizionare il suo comportamento al di fuori della deontologia professionale. È indubbio, infatti, che il progredire dei tempi porti sempre più spesso i medici a dover sopportare pressioni e condizionamenti derivanti ad esempio dal mondo dei mass media, tendenti a “utilizzare” la figura del medico per scopi non deontologici.

È ovvio, peraltro, che la norma si riferisce anche alle pressioni di carattere economico da cui il medico non deve farsi condizionare al punto di porre in essere comportamenti contrari all'etica professionale.

#### **Art. 6**

##### ***Limiti dell'attività professionale***

*In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale.*

*Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale.*

##### **Commento**

Questo articolo esprime l'obbligo morale per il medico di non abusare del suo status professionale, anche al di fuori dell'esercizio professionale.

Il primo comma riveste carattere di generalità ed esprime l'obbligo morale per il medico di non avvalersi del proprio prestigio e della propria reputazione professionale per ottenere illeciti vantaggi. Il riferimento non è solo relativo a eventuali, ingiustificati guadagni economici ma comporta anche il dovere del medico di “non sfruttare” il proprio status sociale per suggestionare i pazienti e ottenere utilità di qualsiasi genere. Il secondo comma costituisce una specifica applicazione del principio del primo comma, facendo riferimento alle cariche pubbliche che il medico può essere chiamato a ricoprire.

La norma deontologica vuole evitare anche il semplice sospetto che il medico, chiamato ad assumere cariche di rilievo pubblico, di carattere politico o amministrativo, se ne avvantaggi per favorire la propria attività professionale o comunque interessi di carattere personale.

## PRESTAZIONI D'URGENZA

### Art. 7

#### **Obbligo di intervento**

*Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza.*

#### **Commento**

L'articolo costituisce un'applicazione particolarmente rigorosa, in riferimento alla figura del medico, della norma di cui all'art. 593 del codice penale. Tale norma riferendosi alla generalità delle persone è, ovviamente, meno tassativa e prevede, in buona sostanza, l'obbligo di attivarsi per "prestare assistenza o dare avviso immediato alle autorità". La differenza risiede nel fatto che l'obbligo di attivarsi per un "cittadino normale" scatta quando si trovi "la persona di un minore abbandonato o il corpo di un individuo ferito o ammalato e quindi incapace di provvedere a se stesso".

L'articolo del codice deontologico prevede, invece, che il medico, comunque, avvertito della necessità della sua opera, non possa rifiutarsi di intervenire. È opportuno, peraltro, ribadire che, a prescindere dagli aspetti penalistici, l'obbligo deontologico costituisce sempre una sufficiente motivazione per il medico a prestare la propria assistenza quando se ne riscontri la necessità.

A livello normativo va ricordata la legge 5 giugno 1990, n. 135, che ha introdotto il dovere di prestare la necessaria assistenza nei confronti dei soggetti affetti da sindrome di immunodeficienza acquisita.

Dobbiamo, comunque, evidenziare che la stessa giurisprudenza, per quanto riguarda il reato penale, ha escluso la sussistenza dell'obbligo di intervento del medico in alcuni casi specifici:

1. quando l'assistenza sia già stata assicurata al malato da parte di un altro medico;
2. quando ci si trovi di fronte a situazioni che in diritto si chiamano di "forza mag-

giore". Si pensi al caso del medico che, sebbene avvertito di un caso urgente non possa, ragionevolmente, intervenire perchè gravemente ammalato, etc. Si tratta di un'applicazione del tradizionale principio del diritto romano "nemo ad impossibilia tenetur".

### Art. 8

#### **Calamità**

*Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.*

#### **Commento**

Il medico non può sottrarsi ai compiti assistenziali in caso di eventi che abbiano rilevanza collettiva.

La stessa normativa vigente attribuisce specifici compiti ai medici in questi frangenti, ma è di tutta evidenza che le motivazioni etico-deontologiche sono le prime cui il medico deve rispondere in caso di eventi eccezionali ed emergenze sanitarie.

Il medico, infatti, proprio per la sua qualificazione professionale deve mettersi a disposizione delle autorità costituite quando la situazione richieda interventi urgenti in presenza di emergenze particolarmente gravi.

Esistono, peraltro, anche gli artt. 256 e 257 del TULLSS che prevedono rispettivamente "l'obbligo dei medici di prestare la propria opera per i servizi di assistenza e profilassi, secondo le disposizioni dell'autorità sanitaria, nei comuni di residenza, in caso di epidemia o di pericolo di epidemia nonché l'obbligo di prestare la propria opera per prevenire o combattere la diffusione di malattie infettive negli altri comuni ai quali siano stati destinati dall'autorità sanitaria". Si tratta di un vero e proprio obbligo giuridico di prestazione di attività indipendentemente dalla instaurazione di qualsiasi rapporto di carattere continuativo.

L'obbligo deontologico sussiste anche in mancanza di precise disposizioni dell'autorità competente: si pensi ai casi di calamità gravissime che provocano l'interruzione di qualsiasi forma di comunicazione.

*Nel bollettino dell'Ordine del febbraio 2004, pagina 15, paragrafo di chiarificazioni dal titolo "Densitometrie ossee ad ultrasuoni e prestazioni ecografiche", si legge testualmente: «ritiene che le densitometrie ossee ad ultrasuoni, tecnica da ricomprendersi nell'ambito degli approfondimenti radiologici effettuati tramite TAS, siano di esclusiva competenza degli specialisti radiologi».*

*Da circa 6 anni ci occupiamo di malattie metaboliche dell'osso, nell'ambito di un ambulatorio specialistico dedicato, con sede presso i Dipartimenti di Medicina dell'Ospedale Cà Foncello.*

*Riteniamo opportune alcune precisazioni in tema di densitometria ossea.*

*Come ogni altra prestazione ecografica la cosiddetta densitometria a ultrasuoni non comporta alcuna esposizione a radiazioni; non è quindi sottoposta ad alcun tipo limitazione e può essere eseguita e refertata da qualunque medico.*

*Le linee-guida per l'Osteoporosi, proposte in Italia nel 2002 dalla S.I.O.M.M.S. (Società Italiana dell' Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), reperibili nel sito della società (<http://www.siommmms.it>), in linea con le linee-guida di altri paesi, suggeriscono per quanto attiene la diagnostica densitometrica:*

- che la metodica di riferimento è costituita dalla densitometria a doppio raggio X (DXA) del rachide lombare e delle regioni femorali;*
- che la tomografia computerizzata quantitativa (QCT) del rachide, a motivo di problemi di accuratezza, costo ed esposizione a radiazioni ionizzanti, trova indicazione solo in casi molto selezionati;*
- che le valutazioni quantitative dell'osso mediante ultrasuoni (QUS) sono in grado di predire il rischio di frattura nella popolazione femminile anziana, a fronte di un basso costo e dell'assenza di esposizione a radiazioni ionizzanti, mentre problemi di precisione e standardizzazione non ne permettono attualmente l'utilizzo per il monitoraggio longitudinale del paziente;*
- che, nell'impossibilità o nell'attesa di eseguire una densitometria DXA, in presenza di altri fattori di rischio per frattura, si possa impostare un regime terapeutico anche sulla base del risultato di una densitometria periferica a raggi X o ad ultrasuoni.*

*Con l'auspicio di aver portato un contributo di chiarezza a proposito della diagnostica densitometrica dell'osteoporosi e grati per l'attenzione accordataci cogliamo l'occasione per invitare sin d'ora i colleghi interessati al convegno "ABC dell'Osteoporosi", in fase di avanzata organizzazione presso l'Ospedale Cà Foncello per il 20 novembre 2004.*

*Manuela De Lazzari, Roberto Di Virgilio, Carlo Doroldi  
Ospedale Ca' Foncello, Treviso*



# L'ORDINE

*di* TREVISO

Organo di Informazione  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Treviso

Dott. Brunello Gorini  
*Presidente*

Dott. Michele Bucci  
*Direttore responsabile*

*Redazione:*

Michele Bucci, Diego Codognotto Capuzzo,  
Daniele Frezza, Maurizio Gallucci,  
Brunello Gorini, Luigino Guarini, Renzo Malatesta,  
Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti

*Stampa:*

Tipografia Sile  
Via Tommaso Salsa, 18 - Carbonera (TV)  
Tel. 0422 691911

L'Ordine di Treviso:  
Via Risorgimento, 11  
31100 Treviso  
Tel. 0422 543864 - Fax 0422 541637  
e-mail: [ordmedtv@iol.it](mailto:ordmedtv@iol.it)  
[www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org)