

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
15 APRILE 2014

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Guardia di Finanza. Nel 2013 danni erariali al Ssn per oltre 1 miliardo di euro. Ecco tutte le truffe alla sanità**

*Le sole truffe riguardanti i ticket sfiorano il milione di euro. Ma poi ci sono anche le false autocertificazioni, le attestazioni di falsi ricoveri, le iperprescrizione di farmaci. Queste alcune delle decine di tipologie di illeciti riscontrate nel corso dei controlli da parte della Guardia di Finanza. IL RAPPORTO*

In materia di spesa sanitaria, i danni erariali riscontrati nel corso del 2013 ammontano a 1.005.457.008 euro, le truffe a carico del Ssn arrivano a quota 23.042.395 euro, di cui 953.853 per i ticket sanitari. Queste le cifre impressionanti risultate dai controlli compiuti dalla Guardia di Finanza nel corso del 2013. Un trend che sembra trovare conferma anche dalle verifiche dei primi due mesi del 2014, visto che fino al 28 febbraio scorso sono già state segnalate alla Corte dei Conti 104 persone e l'ammontare delle perdite supera i 150 milioni di euro.

L'attività di contrasto da parte delle Fiamme Gialle si è divisa in due grandi comparti, comunque strettamente connessi: il primo legato alle truffe perpetrate a carico del Servizio sanitario nazionale, il secondo relativo all'accertamento di danni erariali connessi alla gestione delle risorse pubbliche destinate a tale comparto.

Più in dettaglio, con riferimento al primo aspetto, le risultanze di accertamenti ed indagini svolte, nel primo comparto, hanno portato alla scoperta di violazioni che assumono contenuti e caratteri molto diversificati:

- false autocertificazioni redatte da privati al fine di ottenere prestazioni sanitarie in regime di esenzione non spettante;

attestazione di falsi ricoveri o falsa attestazione del tipo di ricovero (day hospital invece di intervento ambulatoriale; interventi di chirurgia estetica fatti passare per gravi patologie);  
- iperprescrizione di farmaci da parte di medici che prescrivono medicinali al di sopra della media degli stessi farmaci prescritti da tutti gli altri medici di medicina generale di base convenzionati con il Servizio sanitario nazionale e facenti capo alla medesima Asl;  
- fraudolento frazionamento dei periodi di lungodegenza che superano il limite massimo di durata del ricovero rimborsato dal Ssn. "Si tratta del sostanziale aggiramento dei precetti contenuti nella normativa di settore, sia nazionale che regionale, commessi dalle strutture sanitarie erogatrici di servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale, le quali hanno artificiosamente rappresentato come "frazionati"

ricoveri che, in realtà, erano da considerarsi 'continuativi', al fine di ottenere un indebito rimborso a tariffa 'piena' da parte delle Regioni";

- finti ricoveri eseguiti in regime d'emergenza da case di cura private, che, sulla base del Piano sanitario regionale, non risultavano abilitate per l'emergenza sanitaria. "Numerose degenze, infatti, erano state innescate da procedure d'emergenza presso istituti non dotati di un servizio di pronto soccorso, autorizzato ed accreditato dalla Regione, condizione indispensabile per poter ricorrere alla citata tipologia di ricovero";

- maggiori rimborsi ottenuti da numerosi medici di base (con la complicità di funzionari sanitari), mediante l'inserimento nell'elenco dei propri pazienti di persone emigrate all'estero o addirittura decedute.

Il secondo comparto, invece, è legato al contrasto dell'inefficienze nelle procedure di gestione della spesa da parte delle Aziende Sanitarie Locali e riguarda, in sintesi, "la disapplicazione dei precetti contenuti nella normativa di settore, in materia di contenimento della spesa sanitaria, realizzata attraverso il mancato rispetto del tetto di spesa complessivo che ha determinato un ingente disavanzo nel bilancio delle aziende sanitarie o il mancato rispetto della normativa di settore".

## **Responsabilità professionale. Bianco (PD): “Pronti a sostenere il testo unico della Camera”**

*Per il parlamentare e presidente della Federazione degli ordini dei medici è essenziale approvare un testo di legge prima della prossima scadenza di agosto, quando le polizze per i sanitari diventeranno obbligatorie. Obiettivo condiviso anche da Vargiu (SC), Fucci (FI) e Fucksia (M5S). Per De Biasi (PD) essenziale coinvolgere sul tema anche i cittadini. Se ne è parlato a Modena in un convegno della Fnomceo*

“Credo che i tempi possano essere maturi nel nostro Paese per una forte e condivisa iniziativa legislativa che ridefinisca gli ambiti e i perimetri di una responsabilità professionale non più irrigimentabile negli spazi della ‘colpa’ o della corsa alla tutela assicurativa, peraltro sempre più gravosa. Lo Stato non può più consentire che i propri professionisti della Sanità esercitino in clima di persistente ‘caccia alle streghe’ non solo mediatico”. Così **Nicolino D’Autilia**, presidente dell’Ordine dei medici di Modena e coordinatore delle Attività internazionali della Fnomceo, ha presentato il Convegno organizzato nella sua città e dedicato a “*Sicurezza delle cure, responsabilità professionale in Europa: il caso Italia*”, svoltosi sabato scorso 12 aprile nella sala della Casa Museo Enzo Ferrari.

Ed il confronto della mattinata ha effettivamente mostrato una forte volontà di arrivare ad un provvedimento condiviso, prima che ad agosto scada la seconda proroga dell’assicurazione obbligatoria dei professionisti sanitari prevista dalla legge **Balduzzi**.

“Sono certo che la Commissione Affari Sociali farà una buona proposta – ha detto infatti nelle conclusioni **Amedeo Bianco**, senatore e presidente della Fnomceo – che darà risposte al problema. Superiamo il bicameralismo perfetto – ha aggiunto con una battuta sull’attuale dibattito istituzionale – e accogliamo anche al Senato”.

I lavori sono stati introdotti da una serie di interventi di rappresentanti del mondo medico di diversi paesi europei: Belgio, Francia, Spagna, Romania, Svezia e Grecia. Se il problema della sicurezza delle cure e della tutela dei professionisti nei contenziosi con i cittadini è

comune a tutti, ben diverse sono invece le soluzioni che vanno dall'assicurazione dei cittadini in Svezia, ai Fondi dedicati e finanziati dallo Stato in Francia e in Belgio, all'assoluta mancanza di copertura per i medici greci.

Dopo i saluti di **Serafino Zucchelli**, presidente dell'Onaosi, e di **Alberto Oliveti**, presidente dell'Enpam, si è poi passati al confronto sul tema “*Sicurezza delle cure e sostenibilità del sistema sanitario*”, introdotto dal segretario della Fnomceo **Luigi Conte**, che ha ricordato come all'articolo 14 del Codice di Deontologia Medica, ancor meglio sviluppato nella nuova stesura in via di approvazione, si metta in evidenza come la sicurezza dei pazienti e degli operatori sia in relazione con lo sviluppo dell'organizzazione sanitaria, con la formazione e con il monitoraggio costante del rischio clinico. Giovanni Leonardi, DG delle professioni sanitarie per il ministero della Salute, ha sottolineato la necessità di arrivare ad una definizione delle responsabilità dei diversi operatori nelle equipe sanitarie, sottolineando come si debba “disinnescare” la crescita del contenzioso medico-paziente puntando su una maggiore umanizzazione delle cure.

Un avvio polemico per **Carlo Lusenti**, assessore alle politiche per la Salute dell'Emilia-Romagna: “Non possiamo farci bloccare dal continuo richiamo alla sostenibilità economica – ha esordito Lusenti – dobbiamo invece scegliere le nostre priorità: garantire la migliore sicurezza delle cure è un diritto dei cittadini e una responsabilità istituzionale per noi”. Secondo l'assessore, la sicurezza è un “intra Lea”, cioè un Lea trasversale a tutte le prestazioni, che va sostenuto per salvaguardare la reputazione del servizio sanitario, senza la quale la sanità pubblica è “morta”. Proprio per questo la Regione Emilia Romagna ha approvato nel 2012 una legge che punta sull'autoassicurazione, assumendosi in proprio i rischi di indennizzo. Ma ora, ha concluso Lusenti, occorre una legge nazionale e anche un vero cambiamento culturale, cominciando dall'inserimento dei temi della sicurezza nella formazione universitaria dei medici e degli operatori sanitari.

Concorde su queste conclusioni **Emilia Grazia De Biasi** (PD), presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ha ricordato che ad agosto prossimo scadrà la proroga che sospende l'obbligo assicurativo per tutti i professionisti della sanità, previsto dalla legge Balduzzi. “Dobbiamo darci da fare per arrivare ad una nuova legge prima di questa scadenza” ha detto De Biasi, aggiungendo che è necessario aprire un forte dibattito pubblico che coinvolga i cittadini per spiegare i rischi che comporta l'inasprirsi del contenzioso e la crescita conseguente della medicina difensiva.

Un tema ripreso da **Pierpaolo Vargiu** (SC) presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dove si sta lavorando al Testo Unico sulla responsabilità professionale che dovrebbe riunire le sette proposte di legge sul tavolo: **C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero e C. 1769 Miotto**. “La responsabilità – ha sottolineato Vargiu – deve esserci anche da parte del paziente, per questo dobbiamo spiegare che recuperare soldi dalla medicina difensiva, che costa 10-12 miliardi l'anno, può servire a sviluppare l'innovazione”.

Sui progetti legislativi attualmente all'esame del Parlamento si è concentrata, infine, la seconda tavola rotonda, aperta da **Antonio Tomassini**, che nella veste di ex presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato si è occupato per anni di questa materia. “È passato troppo tempo – ha ricordato Tomassini – ora bisogna intervenire rapidamente con una legge che comprenda anche il profilo della ‘lite temeraria’ per scoraggiare i contenziosi

pretestuosi”.

Fortemente orientati alla ricerca di un testo condiviso si sono mostrati i parlamentari intervenuti. **Donata Lenzi** (PD) ha ricordato come nel ddl Miotto siano confluiti gran parte dei contenuti della proposta avanzata da Bianco al Senato e **Benedetto Francesco Fucci** (FI) si è detto disponibile a valorizzare “ciò che ci accomuna”, ricordando come sia utile anche per le compagnie di assicurazione potersi muovere in un quadro di regole certe. Disponibile anche **Serenella Fucksia** (M5S) che ha detto di aver apprezzato la distinzione tra profili penali contenuta nella proposta Bianco, chiedendo che la responsabilità civile del personale ricada sulle strutture sanitarie. Infine, prima di lasciare le conclusioni ad Amedeo Bianco, **Giuseppina Maturani** (PD) ha rimarcato come in assenza di una normativa salda si corra il rischio di “impoverire le eccellenze mediche”.

## **Alzheimer. Un esame del sangue predice il rischio di ammalarsi**

*Il test, creato dall'Università Cattolica - Policlinico A. Gemelli e Fatebenefratelli di Roma e Brescia, misura gli eccessi di rame nel sangue che possono triplicare il rischio di demenza senile. La prospettiva è ridurre la probabilità di ammalarsi abbassando le concentrazioni di rame nel sangue di soggetti a rischio.*

Ricercatori dell'Università Cattolica – Policlinico A. Gemelli di Roma e Ospedale Fatebenefratelli di Roma (Fondazione Fatebenefratelli, AFaR) e IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia, hanno sviluppato e testato con successo un test del sangue per predire il rischio di ammalarsi di Alzheimer misurando le concentrazioni plasmatiche di rame nel sangue di soggetti a rischio. “Si tratta – spiega una nota della Cattolica - di un metodo brevettato, attualmente non disponibile in altri laboratori di analisi perché misura esclusivamente il rame “libero” (non legato a proteine) nel sangue e quindi capace di circolare fino al cervello ed andare a danneggiarlo”. L'esame è già disponibile anche presso il Policlinico A. Gemelli.

Questo traguardo è stato ottenuto da una ricerca iniziata presso il Fatebenefratelli, coordinata da **Paolo Maria Rossini**, ora direttore dell'Istituto di Neurologia del Policlinico A. Gemelli, grazie ad uno studio di cui è responsabile **Rosanna Squitti**, ricercatrice della Fondazione Fatebenefratelli.

Il test è stato convalidato in un lavoro appena pubblicato sulla rivista *Annals of Neurology*, sperimentandolo su un gruppo di 141 soggetti ad alto rischio di ammalarsi di Alzheimer in quanto già colpiti dal cosiddetto “lieve declino cognitivo” (un disturbo della memoria che può spesso essere l'anticamera dell'Alzheimer). Tutti i soggetti, su cui è stato eseguito il test del rame con un semplice prelievo di sangue, sono stati monitorati mediamente per quattro anni per vedere chi sviluppava la malattia di Alzheimer e chi no. Si noti che l'innovazione di questo test consiste nella possibilità di misurare la quota di rame definito come “rame non-ceruloplasminico”, ovvero che si muove liberamente e raggiunge più facilmente il cervello.

Lo studio dimostra che chi ha concentrazioni plasmatiche di rame libero superiori alla soglia massima dei soggetti sani ha un rischio circa triplicato di ammalarsi di Alzheimer, a parità di livello di declino cognitivo presente al momento del prelievo.

In altri termini il rischio di sviluppare l'Alzheimer è di circa 3 volte più alto (triplicato) nei soggetti con molto rame “non-ceruloplasminico” nel sangue rispetto a quelli con una

concentrazione normale di questo metallo.

Il morbo di Alzheimer è la forma più frequente di demenza senile: è una grave malattia neurodegenerativa dalle origini complesse, legata all'accumulo di frammenti di proteina beta-amiloide nel cervello, frammenti che intossicano e uccidono i neuroni in aree chiave per memoria e apprendimento. "Pensiamo che in circa il 60% dei casi di Alzheimer il rame svolga un ruolo significativo nei processi patologici alla base della malattia", afferma Rossini. "Il rame arriva nel cervello e qui potrebbe reagire con i frammenti di beta-amiloide – spiega Squitti – provocando stress ossidativo e rendendo quei frammenti tossici, come già peraltro dimostrato da molti studi su modelli animali".

Il prossimo passaggio – e gli scienziati stanno già conducendo questo studio grazie anche a finanziamenti del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) – sarà quello di vedere se, riducendo il rame "non-ceruloplasminico" nel sangue di soggetti a rischio con strategie ad hoc – particolari regimi dietetici e altri interventi - si riduce la loro probabilità di ammalarsi. Lo studio durerà due anni e i primi risultati sono attesi per il 2017.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Rinnovo Acn, ecco la piattaforma Snami. Tavolo separato per la trattativa**

Più risorse al territorio, definizione del profilo giuridico del Mmg, nessuna riduzione dei compensi e nessuna sperequazione giuridica o economica tra i medici con la stessa funzione in seguito all'adesione alle nuove forme organizzative, quota fissa per assistito e quota variabile da definire a livello nazionale. Questi alcuni punti della bozza di piattaforma del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami) per il rinnovo dell'Acn approvata dal Comitato Centrale, riunito a Taormina il 12-13 aprile. Lo Snami ha inoltre inviato alla Sisac la richiesta formale di un tavolo di trattativa separato da Fimmg, Smi e Intesa sindacale.

La decisione di un tavolo separato, si legge nella lettera inviata alla Sisac, «vista la richiesta di altra sigla sindacale di condurre la trattativa separatamente dalle altre Oo. Ss. e in considerazione dell'impossibilità di condurre le trattative con un tavolo unitario».

Senza gli indispensabili finanziamenti lo Snami ritiene «inadeguata» la realizzazione di aggregazioni mono professionali o multi professionali. «E' possibile realizzare tali strutture - si legge nella premessa della proposta per la piattaforma negoziale - solo spostando risorse dall'ospedale al territorio».

Indispensabile, sottolinea lo Snami, prima di qualsiasi approccio al rinnovo dell'Acn «definire il profilo giuridico del Mmg». Le linee generali della Medicina generale dovranno essere tracciate dall'Acn, nel rispetto dei Lea, su tutto il territorio nazionale. E le regioni dovranno conformarsi: «Il modello organizzativo a livello regionale - si legge nella bozza - non può e non deve prescindere dalle linee tracciate dall'Acn».

Lo Snami chiede inoltre un superamento graduale di tutte le forme organizzative esistenti verso le nuove Aft e Uccp, mantenendo «immutato il finanziamento dei fattori produttivi in

atto» fino alla loro eventuale sostituzione con servizi di pari quantità e qualità all'utenza.

E nessuna riduzione dei compensi percepiti dal medico al momento dell'entrata in vigore dell'Acn, in seguito all'adesione obbligatoria del medico all'Aft o all'Uccp. «Pertanto è basilare - continua la proposta - che l'adesione alle nuove forme organizzative non comporti sperequazioni ai fini giuridici ed economici tra i medici con la stessa funzione».

Per quanto il ruolo unico, lo Snam ritiene «arduo» che all'interno dello stesso si possa «integrare il compenso a quota capitaria e variabile, legata al meccanismo di scelta/revoca con quello a quota oraria» a meno che non si definiscano compiti e funzioni ben distinti.

Secondo lo Snam, inoltre la quota fissa per assistito e la quota variabile devono essere definite a livello nazionale.

Non solo. «Poiché non risulta accettabile - si legge nella proposta di piattaforma - un meccanismo penalizzante solo per una delle parti in causa, qualora entro 12 mesi dall'entrata in vigore dell'Acn le regioni non raggiungano un accordo con le Oo.Ss. che permetta la stipula dell'Air, la quota variabile verrà comunque attribuita ai medici, nella misura del 90% fino alla stipula dell'Air».

## **Gran Bretagna: telemedicina e visite by night, al via 20 progetti per migliorare le cure primarie**

Studi medici aperti nelle ore serali e nel week end, teleconsulti tramite Skype, applicazione diffusa della telemedicina per i pazienti che hanno difficoltà a spostarsi, utilizzo di email certificate e telefonini per contattare i medici di famiglia e grande flessibilità nel contatto faccia a faccia. Sono le novità che più di sette milioni di pazienti in tutta la Gran Bretagna potranno sperimentare per un anno a partire già da questo mese, grazie ai 20 progetti pilota sulle cure primarie finanziati dal Challenge Fund varato dal governo Cameron, che ha messo a disposizione 50 milioni di sterline. Lo annuncia una nota del Nhs britannico.

A presentarsi per accedere ai fondi sono stati 250 progetti. Tra questi sono state selezionate 20 idee innovative, che si sono aggiudicate tra 400 e 5 milioni di sterline. Solo a Londra tre grandi sperimentazioni coinvolgeranno metà della popolazione.

«È un passo molto importante per la nostra sanità - ha detto il premier Uk **David Cameron** - e i fondi serviranno anche per mettere a disposizione degli anziani over 75, che hanno più bisogno di assistenza sanitaria, computer e iPad per monitorare le loro condizioni di salute e mettersi in contatto col loro medico, che potrà anche mandare prescrizioni via e-mail. Certo, come sottolineano gli esperti, la visita virtuale non può sostituire quella dal vivo, in particolare per le patologie più complesse. La riforma era necessaria da tempo dato che sempre più britannici nel corso dei fine settimana finiscono per intasare il pronto soccorso degli ospedali, anche con problemi fisici non gravi e che quindi rischiano di rallentare il lavoro di medici e infermieri che devono dare priorità alle emergenze».

Si calcola che nell'ultimo decennio il numero di persone che si sono rivolte al pronto soccorso in Inghilterra è cresciuto del 22%, contro un aumento della popolazione pari al 6,6%. L'iniziativa fortemente voluta da Cameron ha raccolto però anche critiche. L'opposizione laburista ha sottolineato come con il governo a guida conservatrice si siano allungati i tempi d'attesa per vedere il proprio dottore. Molti pazienti devono aspettare settimane prima di fare il check-up e a questi tempi di attesa si devono



aggiungere i mesi che in molti casi intercorrono fra la visita in ambulatorio e gli esami in ospedale.

«L'obiettivo di questo Fondo - ha detto **Mike Bewick**, Nhs England's Deputy Medical Director - è di aiutare quelle persone che lottano per trovare un appuntamento con il medico di base, conciliabile con la vita familiare e il lavoro, e di valorizzare le nuove tecnologie. Abbiamo bisogno di creare un ambiente che consenta ai general practitioner (Gp) di svolgere un ruolo molto più forte, come parte di un sistema più integrato di cura extra ospedale».

Già a ottobre 2013, il Primo Ministro aveva annunciato il varo del Challenge Fund per migliorare l'accesso alla medicina generale e al Sistema sanitario inglese è stato chiesto di condurre la selezione e la gestione dei progetti pilota.

A dicembre i Gp sono stati invitati a presentare la loro manifestazione d'interesse e dopo una prima selezione a livello locale, una commissione nazionale, che comprendeva anche associazioni dei pazienti, ha preso la decisione finale sui progetti da finanziare.

«Il Challenge Fund - ha detto **Charles Alessi**, Chairman National Association of Primary Care - darà ai colleghi il tempo e la capacità di lavorare in modo innovativo per garantire migliori risultati ai pazienti in un ambiente extraospedaliero». Il Nhs supervisionerà e valuterà dopo 12 mesi i progetti pilota. Cercando intanto di creare una serie di reti associate al Fondo per collegare iniziative locali e mettere in comune le conoscenze.

#### L'ELENCO DELLE INIZIATIVE FINANZIATE

### **«Scuole di specializzazione: no al concorso nel mese di ottobre»: l'appello di Federspecializzandi-Sigm**

«Il rischio è che per rincorrere nell'immediato un presunto innalzamento della qualità del concorso si rischi di sacrificare quanto di buono già contiene l'attuale Regolamento, incardinato in un Dm già firmato e passato al vaglio sia del Consiglio di Stato sia della Corte dei conti». Federspecializzandi e Associazione italiana giovani medici (Sigm) in un comunicato congiunto esprimono le proprie perplessità rispetto alle ipotesi di una rivisitazione del Regolamento sulle modalità di accesso alle scuole di specializzazione, come emersa dall'ultimo incontro organizzato dal Miur.

Se il ricordo allo strumento telematico è valutato positivamente, dall'altra parte i giovani medici mettono in guardia contro l'ipotesi di organizzare le prove di concorso solo a ottobre prossimo, ultimo mese utile dell'attuale anno accademico, e chiedono un confronto tecnico. «Qualsiasi novità introdotta già a partire dal prossimo concorso - è l'assunto - non dovrà ritardarne la data. Ottobre è troppo lontano, ben 15 mesi dalla laurea di chi ha finito i propri studi in regola e magari col massimo dei voti»

Questi i tre rilievi mossi dalle associazioni:

1. Si sta perpetrando lo stato di precarietà in cui riversano almeno 9000 tra laureati e laureandi in medicina, che aspirano ad accedere alle scuole di specializzazione. Gli studenti prossimi alla laurea, in particolare, in ragione di tale stato di incertezza, stanno avendo difficoltà oggettive nell'orientare la parte finale del proprio percorso di studi in funzione di modalità e criteri di selezione, ad oggi non definitivi.
2. Si genererà una sovrapposizione tra le procedure di selezione, immatricolazione e presa in

servizio relative all'accesso ai corsi regionali di formazione specifica in medicina generale con quelle relative all'accesso alle scuole di specializzazione universitarie. Al di là del disagio conseguente alla realizzazione di due prove di concorso in tempi ravvicinati, con un simile timing potrebbe accadere che molti aspiranti medici in formazione risultati vincitori di entrambi le selezioni, si trovino nella situazione di rinunciare alla borsa del corso di formazione specifica in medicina generale, le cui selezioni avranno inizio il 17 settembre, per potersi iscrivere alla scuola di specializzazione. Ne conseguirebbe la perdita di numerosi posti (borse) assegnati ai corsi di formazione specifica in medicina generale in tutte le Regioni.

3. Vi saranno ripercussioni anche per i medici in formazione specialistica in attività, i quali dovranno espletare un surplus di attività all'interno dei servizi assistenziali della rete formativa in cui operano per vicariare al mancato ingresso di nuovi specializzandi.

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584