



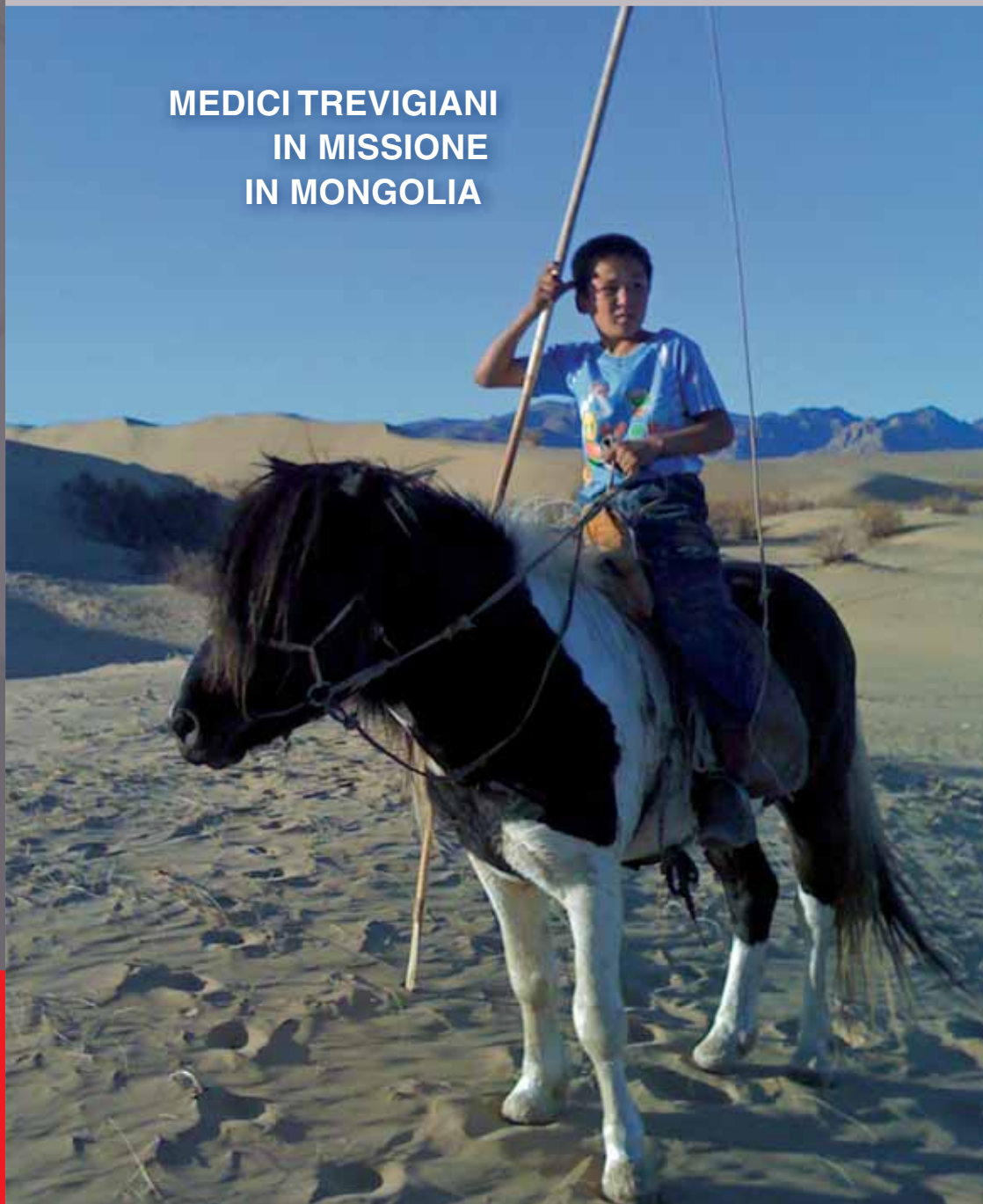
L'Ordine

di Treviso

Anno XVII - N° 3/2009 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D); Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

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

MEDICI TREVIGIANI IN MISSIONE IN MONGOLIA



**03
2009**

- **Assemblea Annuale e XV Giornata del Medico**
- **Medici trevigiani in missione in Mongolia**
- **Graduatorie per MMG, CA, PLS e Specialistica Ambulatoriale**
- **La cura del diabete e la DGR 1798**

■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 01 Assemblea ordinaria annuale
- 02 XV Giornata del Medico
- 03 Graduatoria medicina generale e C.A.
- 04 Graduatoria per la pediatria di libera scelta
- 05 Graduatoria per la specialistica ambulatoriale
- 06 Medici trevigiani in missione in Mongolia
- 10 La cura del diabete e la DGR 1798/2009
- 11 Caso Glaxo
- 12 Disponibilità per sostituzioni MMG e PLS
- 13 Disponibilità per assistenza a gare sportive
- 14 Casella di posta elettronica certificata (PEC)
- 14 Variazioni agli Albi

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 15 L'insufficienza renale cronica
- 17 Riflessioni sulla documentazione sanitaria ed il rischio clinico
- 18 Gestione dei rifiuti e rischi per la salute
- 18 Master Universitario in idrologia medica e medicina termale
- 19 Corso A.VI.CRI. per le forze dell'ordine

■ Previdenza e Assistenza

- 22 Quando il medico può andare in pensione? Errata corrige
- 23 ENPAM

■ Rubriche

- 27 Appuntamenti scientifici
- 28 Rassegna giuridico amministrativa

Segreteria

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

Orario di apertura al pubblico

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



L'Ordine
di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Giuseppe FAVRETTO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Giuseppe FAVRETTO

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Pietro ROSSI

Consiglieri

Paolo BURELLI
Gaetano CAPPELLETTO
Gianfranco DOTTO (Odont.)
Gaetano Giorgio GOBBATO
Luigino GUARINI (Odont.)
Pio MARTINELLO
Giovanni MAZZOLENI
Carlo PATERA
Giampiero RUZZI
Claudio SCARPA
Remigio VILLANOVA
Giuseppe ZAPPIA

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Gianfilippo NERI **Presidente**
Silvia DAL BÒ
Diego GIRARDI

Supplente

Elvio GATTO

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Luigino GUARINI **Presidente**
Diego CODOGNOTTO CAPUZZO
Gianfranco DOTTO
Edoardo STELLINI
Angelo UZZIELLI

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

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 18 dicembre 2009 alle ore 12 in prima convocazione presso la sede di quest'Ordine, con la presenza di almeno un quarto degli iscritti, ed in **seconda convocazione il giorno di**

SABATO 19 DICEMBRE 2009 alle ore 8,45

presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso – Via Terraglio n. 140, 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 Conto Consuntivo anno 2008
- 3. Assestamento Bilancio di Previsione anno 2009
- 4. Approvazione Bilancio di Previsione anno 2010

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.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Giuseppe Favretto)



Il sottoscritto Dott.

D E L E G A

il Dott.

a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine del 19 dicembre 2009.

Data

Firma

.....

.....



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso

XV GIORNATA DEL MEDICO

SABATO 19 DICEMBRE 2009 ore 10,15

Hotel Maggior Consiglio

Treviso – Via Terraglio 140

IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

Introduzione **dott. Giuseppe Favretto**

Presidente dell'Ordine

Dott. Giancarlo Ruscitti

Segretario Regionale Sanità e Sociale Regione Veneto

Dott.ssa Maria Teresa Manoni

Direttore Centro Regionale di riferimento E.C.M. Regione Veneto

Dott. Brunello Gorini

Vice Presidente dell'Ordine

Dott. Daniele Frezza

Segretario dell'Ordine

CERIMONIA DI CONMIATO E DI ACCOGLIENZA

Giuramento professionale, consegna del distintivo e della pergamena ai medici ed odontoiatri iscritti all'Albo nel 2008

Consegna della targa d'argento ai medici pensionati nel 2008

Consegna della medaglia d'oro e pergamena ai medici con 50 anni di laurea nel 2008

Consegna della targa d'argento ai consiglieri uscenti nel 2008

Consegna della medaglia d'oro al Presidente uscente nel 2008 dott. Domenico Stellini

Brindisi augurale

GRADUATORIA REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNO 2011

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

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

GRADUATORIA REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2011

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

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

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

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

GRADUATORIA PROVINCIALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2011

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni del 9.2.2005:

ART. 21 – GRADUATORIE – DOMANDE – REQUISITI

1. Il professionista, medico specialista e delle altre professionalità sanitarie di cui al presente Accordo, che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico – apposita domanda redatta come da modello allegato B. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione.
2. Qualora l'Azienda comprenda Comuni di più Province, la domanda deve essere inoltrata al Comitato zonale della Provincia in cui insiste la sede legale dell'Azienda.
3. La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente elencati nella dichiarazione stessa.
4. La domanda deve essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.
5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:
 - a) essere iscritto all'Albo professionale;
 - b) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica o della categoria professionale interessata previste nell'allegato A.

Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle branche principali della specialità. Per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n. 409/85. Per gli psicologi è titolo valido per l'inclusione nella graduatoria la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n. 56/89.
6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A.
7. Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede entro il 30 settembre alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale:
 - per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato A, parte seconda, relativamente agli specialisti ambulatoriali;
 - per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri di cui all'allegato A parte seconda, per gli altri professionisti.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato di cui all'art. 24, ne cura la pubblicazione mediante affissione all'Albo aziendale per la durata di 15 giorni, e contemporaneamente le inoltra ai rispettivi Ordini e al Comitato zonale, ai fini della massima diffusione.
9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono inoltrare, mediante raccomandata A/R, al Comitato zonale, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.
10. Le graduatorie definitive predisposte dal Comitato zonale sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 31 dicembre di ciascun anno.
11. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle aziende.
12. L'Assessorato regionale alla Sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini interessati e alle Aziende sedi dei Comitati zonali.
13. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

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

MEDICI TREVIGIANI IN MISSIONE IN MONGOLIA ANCHE L'ORDINE ERA PRESENTE

La Mongolia, cuore dell'Asia, terra difficile in cui il clima, la natura, la steppa ostacolano l'uomo ha ospitato per il secondo anno una equipe di medici e sanitari dell'ospedale di Treviso, che hanno operato a fianco dei colleghi mongoli presso l'ospedale di Arwaiher.



Arwaiher è capoluogo della regione più a sud della Mongolia, vicino al deserto del Gobi al confine con la Cina. La cittadina, a 10 ore dalla capitale di strada mista (sterrato, asfalto) ha poco più di 10.000 abitanti, in un altipiano a 2000 metri di altezza in un territorio misto con steppa senza alberi, con temperature che arrivano a $-45^{\circ}/-50^{\circ}$ d'inverno e $+40^{\circ}$ in agosto; gli abitanti vivono ancora in buona parte in tende inserite in piccoli appezzamenti di steppa, o in case di muratura uguali per tipologie, solo diverse nei colori. Il centro della



cittadina è di 1 km dove insistono, l'Ospedale, il Comune, la Scuola, le Poste, il Tribunale e la Polizia. Pochi alberghi, estremamente spartani, solo uno con l'acqua calda, il più delle volte frequentati da cercatori d'oro o geologi di compagnie canadesi, americane, australiane o qualche turista in cerca di avventura nel deserto.

Al di fuori della cittadina vi sono centinaia di Km senza insediamenti fissi, ma solo aggregati di tende bianche (ger) dove i nomadi controllano le mandrie di bestiame. In Mongolia vi sono 2.5 mil. di abitanti, di cui 1.5 nella capitale e l'altro milione distribuito in una superficie di quasi otto volte l'Italia, ma ben 40 milioni di animali che liberamente vivono nella steppa: cavalli, capre, pecore, yak, cammelli.. Una densità abitativa molto bassa, con una natalità molto elevata in una terra sconfinata, che attrae per il colore del blu del cielo, con numerose aquile che volteggiano, che contrasta con il giallo ocre della steppa in spazi infiniti che ti fanno sentire piccolo rispetto al mondo, ma nello stesso momento dopo qualche ora ti pervade un senso di quiete e di benessere.



In collaborazione con la Missione Cattolica della Consolata presente in Mongolia e l'associazione Help for Children, il Dr. Giovanni Mazoleni, Primario della UO di Chirurgia Maxillo Facciale di Treviso ha organizzato la missione sanitaria, avviando tra non poche difficoltà le autorizzazioni, i visti e le licenze di lavoro. La missione è stata preceduta dall'aver trattato due pazienti mongole, giunte appositamente a Treviso, accompagnate da un anestesista. La prima è stata

operata presso l'Ospedale di Treviso in un complesso intervento chirurgico di ricostruzione della mandibola con innesto dell'ATM da donatore ed era una giovane paziente mongola, di anni 24, che a causa di una osteomielite le era stata asportata anni fa, senza tentativi di ricostruzione, e con le gravi limitazioni funzionali ed estetiche conseguenti. La seconda giovane paziente, senza mani e piedi dalla nascita, ha potuto in Italia grazie all'intervento economico di alcuni imprenditori di Treviso e Venezia e della Croce Rossa di Montebelluna, sottoporsi all'applicazione delle protesi inferiori consentendole di riprendere a deambulare.

Le due pazienti sono state riaccompagnate in Mongolia dai medici trevigiani, durante il viaggio di andata della missione in Mongolia.

Alla missione hanno partecipato:

Dr. Giovanni Mazzoleni, Direttore della Chirurgia Maxillo Facciale di Treviso (Consigliere dell'Ordine)

Dr. Mario Ferro, Dirigente Medico della Chirurgia Pediatrica di Treviso

Dr. Daniele Frezza, Dirigente Medico, Otorinolaringoiatra dell'ULSS 9 (Segretario dell'Ordine)

Dr. Sandro Pavan, Dirigente Medico Anestesista dell'ULSS n.9

Milena Frigo, infermiera-strumentista dell'ULSS n.9

La missione sanitaria è partita da Treviso il 2 ottobre scorso, con volo da Malpensa-Mosca-Ulambatar (capitale della Mongolia) ed è durata 16 giorni.



L'attività sanitaria è iniziata lunedì 5 ottobre e si è protratta per 2 settimane.



una importante occasione di formazione e confronto, soprattutto per alcuni giovani colleghi da poco giunti nella struttura.

Una conferenza stampa televisiva, ci ha permesso di comunicare mediante l'interprete a tutta la popolazione nomade della regione che saremmo stati presenti per 2 settimane nell'ospedale a disposizione della popolazione per visite ed interventi chirurgici nelle specialità di Chirurgia Maxillo Facciale, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Pediatrica assistiti da un Anestesista e una strumentista.

I nomadi solo attraverso la TV locale, mediante parabole e generatori, po-

L'Ospedale, così come il Comune e le Scuole, sono delle ampie costruzioni in stile russo, molto spartane, poco curate e a bassissimo contenuto di tecnologia. L'accoglienza da parte della Direzione sanitaria e dei colleghi mongoli è stata di ampia disponibilità, fin da subito, evidenziando l'interesse di lasciarci "campo libero" nel trattare patologie che solitamente loro non affrontavano, così come di seguirci nelle visite e negli interventi, in un affiancamento che ricercavano poiché per loro, la nostra visita rappresentava una



sti al di fuori delle loro tende ottagonali bianche (ger) riescono a mantenere i contatti con la società mongola; l'annuncio ha funzionato perché già dal giorno successivo il nostro ambulatorio visite aveva una coda in attesa che ci aspettava dalle prime ore del mattino.

Abbiamo visitato quasi 300 pazienti e operato in anestesia generale 30 pazienti e alcuni in anestesia locale. Si è intervenuti per ricostruire numerosi pazienti con esiti di importanti traumi cranio facciali, con ricostruzione estetico funzionale del naso, ad operare numerosi bambini con ernie inguinali, fimosi, ed esiti di labiopalatoschisi, e altri casi con patologie multiple con-



genite e acquisite.

Le visite, moltissime in ambito ORL, vista l'alta incidenza di patologia, dovuta alle condizioni climatiche e alle scarse condizioni igienico sanitarie, hanno riguardato otiti, faringiti e sinusiti croniche, soprattutto in età pediatrica. Così come sono stati visitati numerosi bambini affetti da ernie inguinali e altre patologie in ambito malformativo maxillo facciale.

Le giornate di lavoro si sviluppavano dalle prime ore del mattino alle otto di sera, tra sala operatoria e ambulatorio in cui ci si scambiava di ruolo in relazione alla patologia da trattare; la complessità delle scarse per non dire nulle attrezzature presenti in sala hanno comportato un impegno notevolmente maggiore rispetto ad operare nelle condizioni ideali del nostro ospedale, ma grazie alla perfetta intesa tra i Chirurghi, l'Anestesista e la strumentista affiancati dal personale mongolo si è riusciti a condurre con ottimi risultati tutti gli interventi chirurgici, senza complicanze intra o postoperatorie. Le difficoltà del nuovo ambiente si sono equilibrate con una semplicità dell'atto medico, in cui il paziente dimostrava da subito una grandissima

disponibilità a seguire le indicazioni terapeutiche con un immediato ritorno in termini di gratitudine sua e dei familiari che francamente, in ormai rare occasioni, verificiamo nella pratica clinica in Italia. Un mondo difficile ma in cui i rapporti umani e la necessità di farsi curare determinavano un clima semplice ma di entusiasmo sia in noi che prestavamo la nostra opera professionale, sia in chi ci aveva accolto con grande disponibilità a lavorare insieme, sia da parte dei pazienti che forse aspettavano da tempo di essere visitati da specialisti solitamente non presenti nelle loro realtà.

Il caso più difficile trattato è stato un giovane politraumatizzato in coma, che casualmente abbiamo intercettato in Pronto Soccorso, sul quale i Colleghi





mongoli avevano seri dubbi di intervenire vista l'impossibilità di eseguire una TAC cerebrale e addominale. Nell'ospedale di Arwaiser esiste solo la radiologia tradizionale e l'esperienza clinica e la prima TAC o Eco si trova nella capitale, a 10 ore di Jeep. Il Paziente è stato sottoposto ad un duplice intervento; il primo di laparotomia per una rottura della milza e una copiosa emorragia e il secondo dopo 5 giorni per la ricostruzione di fratture multiple della mandibola e del massiccio facciale e ricoverato in una piccola stanza di degenza con altri 3 pazienti ed assistito dai familiari. Entrambi gli interventi sono risultati determinanti nel risolvere la situazione clinica di estrema gravità del

paziente, eseguiti dall'equipe trevigiana; il paziente si era ripreso dal coma dopo 2 giorni dal 1° intervento e dopo il 2° intervento era ampiamente fuori pericolo, lucido e collaborante.

L'ultima sera in Mongolia si è organizzata una cena nell'unico ristorante (coreano) presente nella cittadina, in cui i medici trevigiani, i medici e il personale dell'ospedale, la Direzione sanitaria e rappresentanti delle istituzioni hanno trascorso una splendida serata con scambio di doni e formalizzando una intesa di collaborazione anche per future missioni.

Nelle due settimane di missione si è instaurato un buon rapporto con le Istituzioni locali, inizialmente un po' diffidenti per la riservatezza della popolazione e per gli aspetti politici e religiosi (Governatore della Regione e Sindaco), attraverso la mediazione di Don Giorgio della Missione Consolata, con richieste specifiche e l'auspicio di proseguire la collaborazione con i Medici dell'Ospedale di Treviso.

Dott. Daniele Frezza – Segretario dell'Ordine



L'Ordine
di Treviso

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

Presidente

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Direttore Responsabile

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Redazione

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

Stampa

Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso

**31100 Treviso - Via Concordia, 21 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637
ordmedtv@iol.it**

www.ordinemedicitreviso.org

LA CURA DEL DIABETE E LA DGR 1798/2009

L'entrata in vigore della Deliberazione della Giunta Regionale n.1798 del 16 Giugno 2009, BUR n 55 del 7.7 2009, riguardante l'erogazione dei dispositivi per l'autocontrollo e l'auto-gestione dei soggetti affetti da diabete mellito (vedi "L'Ordine di Treviso" n° 2/2009) fissata per il 30 settembre 2009, è stata procrastinata a data da destinarsi. La prescrizione dei presidi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione della terapia del Diabete Mellito, seguono pertanto le modalità di sempre.

La DGR 1798/16.6.2009, aggiornando le disposizioni regionali concernenti prescrizione, dispensazione e tariffe dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore di soggetti affetti da diabete, oltre a contenuti squisitamente economici, aveva invaso aspetti incisivi sul sistema di erogazione delle cure e quindi sulla qualità di vita dei pazienti diabetici e aveva posto limiti alla professione medica quando recitava che "la diagnosi e il Programma di cura vengano effettuati da un diabetologo di un Centro antidiabetico pubblico o accreditato, fatti salvi diversi accordi intercorsi a livello di aziende ULSS o di Area Vasta, che prevedano, per alcune tipologie di diabetici, il coinvolgimento di altre strutture cliniche Aziendali o territoriali, compresi i MMG e i PLS. Ciascuna eventuale modifica al Programma di cura deve essere apportata dalle strutture/soggetti individuati a tal fine" e per quanto riguarda il diabete gestazionale che "il programma di cura verrà redatto dallo specialista autorizzato, attualmente identificato nei diabetologi e ginecologi".

Ma il diabete è una malattia cronica ad alta prevalenza che richiede continuità di assistenza e proprio per queste caratteristiche è il prototipo di patologia da gestire nel setting delle cure primarie. Informare, diagnosticare, definire gli obiettivi, educare, fare counselling, decidere la terapia e programmare il follow up sono compiti precisi della MG in tutto il mondo. Pensare poi di definire un programma di cura per una malattia come il diabete, il cui compenso dipende da molteplici fattori con una instabilità che esige un monitoraggio continuo e conseguentemente un adeguamento terapeutico, è assolutamente pazzesco. Non vi può essere un programma di cura stabilito ma solo schemi costantemente modificabili.

Nelle nostre Aziende ULSS 7, 8 e 9 da tempo i MMG stanno lavorando in collaborazione con i C.A.D. su modelli di gestione integrata del paziente con diabete. Tale progetto, facendo tesoro delle esperienze maturate in proposito, saprà meglio rispondere alle necessità peculiari del paziente diabetico. Nell'attesa che maturino i tempi, anche attraverso il riconoscimento del ruolo professionale del MMG e delle sue competenze, anche secondo gli Accordi per i Patti Aziendali, i MMG e i CAD continueranno a prendersi cura dei pazienti diabetici come in precedenza.

Dott. Brunello Gorini
Vice Presidente dell'Ordine

CASO GLAXO

Nell'anno 2004 scoppiò il cosiddetto caso Glaxo con decine di medici inquisiti che si ritrovarono con tanto di cognome e nome sui giornali quotidiani prima ancora che fossero terminate le indagini.

L'Ordine diede immediatamente mandato all'avv. Piero Barolo di Treviso di presentare denuncia-querela contro i giornalisti ed i direttori de Il Gazzettino e de La Tribuna per i reati di diffamazione aggravata dall'uso della stampa e divulgazione di notizie in violazione delle norme di legge. Contestualmente l'Ordine ha anche denunciato al Garante per la Privacy tali comportamenti. Anche in questo caso tutto tace.

Ora l'avv. Piero Barolo ci invia la seguente lettera che non ha bisogno di commenti e che riproduciamo integralmente:

Egregio Signor
 DOTT. GIUSEPPE FAVRETTO
 Presidente Ordine dei Medici
 di TREVISO

QUERELA c/IL GAZZETTO – c/LA TRIBUNA

Egregio Presidente,

mi giungono, a distanza di due giorni, due avvisi rispettivamente dalla Procura della Repubblica di Verona e dalla Procura della Repubblica di Venezia, con i quali mi si comunica che entrambi i Pubblici Ministeri hanno chiesto al Giudice per le Indagini Preliminari di archiviare i nostri due atti di denuncia – querela contro i giornalisti e i direttori dei due giornali essendo maturata la prescrizione del reato.

La contemporaneità delle due comunicazioni mi fa pensare ad una coincidenza ma ad una coincidenza certamente illuminante.

Dunque, essendo trascorsi cinque anni senza che sia stata svolta dagli inquirenti attività alcuna atta ad interrompere la prescrizione, ci ritroviamo a dover assistere alla richiesta di archiviazione per intervenuta prescrizione.

Non posso non esternare, insieme con la mia amarezza, anche la mia indignazione sulla considerazione che i reati contestati erano gravi (oltre alla diffamazione aggravata dall'uso della stampa si trattava della divulgazione di notizie effettuata in violazione delle norme sostanziali e processuali che legittimano la pubblicazione di atti e di documenti in una indagine investigativa penale) e che la pubblicazione aveva colpito a tradimento – con un processo mediatico intollerabile non dico in uno Stato di diritto ma anche in un paese appena civile – decine di medici, poi risultati tutti innocenti.

Archiviare per prescrizione significa se non premiare, certamente togliere la forza deterrente a condotte penalmente rilevanti, senza arrivare ad acconsentire a pensieri peggiori sulla fonte di tali divulgazioni.

È quindi davvero malinconicamente che prendo atto dell'insuccesso del nostro sforzo.

Mi consolo solo pensando che i nostri medici hanno avuto la fortuna di trovare giustizia, anche se tardi (ma la giustizia tardiva è sempre ingiustizia).

Mi è gradita l'occasione per porgerle i migliori saluti.

Treviso, 18 novembre 2009

Firmato: Avv. Piero Barolo

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

Nel prossimo mese di gennaio 2010 verranno rinnovati gli elenchi per le sostituzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

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



Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2010 ad effettuare sostituzioni nelle seguenti ULSS _____ di:

- medici di medicina generale
- pediatri di libera scelta

Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2010), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Data _____

Firma _____

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

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

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

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

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

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

ELENCO DISPONIBILITÀ PER ASSISTENZA A GARE SPORTIVE

Dal prossimo mese di gennaio 2010 viene istituito, a seguito di numerose richieste da parte di società sportive, un nuovo elenco per la disponibilità all'assistenza a gare sportive.

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

✂-----

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2010 ad effettuare assistenza a gare sportive in provincia di Treviso

Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2010), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Data _____

Firma _____

Auguri di Buone Feste

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

Buon Natale e di un Felice e Sereno 2010

CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La FNOMCeO con comunicazione n. 44 prot. n. 0011751 del 16.11.2009 ha informato tutti gli Ordini che da recenti contatti con il Ministero della Funzione Pubblica è stato chiarito che il termine del 29 novembre 2009, previsto dalle vigenti disposizioni di legge in merito alla Posta Elettronica Certificata, **è da intendersi come termine ordinatorio e non perentorio** (significa che non c'è alcuna sanzione per chi non l'attiva entro il termine previsto).

Il Ministero della Funzione Pubblica intende comunque portare a termine questo processo **entro il 2010** e gli Ordini dovranno rendere disponibile alla Pubblica Amministrazione gli indirizzi di posta certificata dei propri iscritti.

Abbiamo dei dubbi sulle modalità d'uso e quali Enti potranno usufruirne oltre l'Ordine.

Non è inoltre stato ancora chiarito se tutti gli iscritti (ad esempio i pensionati) dovranno munirsi di PEC, consigliamo quindi di attendere nuove comunicazioni da parte dell'Ordine.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso ha aggiunto alla propria casella di posta elettronica ordinaria la seguente casella di Posta Elettronica Certificata:

segreteria.tv@pec.omceo.it

Variazione agli Albi

Ottobre - Novembre 2009

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Bonsanto Daniela	<i>Trasferita dall'Ordine di Campobasso</i>
Demarin Fabrizio	<i>Trasferito dall'Ordine di Trento</i>
Perrone Ernesta	<i>Prima iscrizione</i>
Tropina Emanuela	<i>Trasferita dall'Ordine di Udine</i>
Zappia Francesco	<i>Trasferito dall'Ordine di Roma</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Basso Lorenzo	<i>Deceduto – doppia iscrizione</i>
Cipollone Franco	<i>Dimissioni dall'Albo Odontoiatri rimanendo iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Dalla Torre Claudio	<i>Dimissioni dall'Albo Odontoiatri rimanendo iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI

Africano Augusto	<i>Dimissioni</i>
Alfier Chiara	<i>Trasferita all'Ordine di Verona</i>
Antonello Lauro	<i>Deceduto</i>
Basan Lorenza	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>
Basso Lorenzo	<i>Deceduto – doppia iscrizione</i>
Burtica Elena Cleopatra	<i>Trasferita all'Ordine di Bologna</i>
Cadel Ilaria	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>
Lizza Paolo	<i>Dimissioni</i>
Maesano Antonino	<i>Dimissioni</i>
Pavanello Ugo	<i>Dimissioni</i>
Sarpellon Claudia	<i>Trasferita all'Ordine di Venezia</i>
Zanella Gloria	<i>Trasferita all'Ordine di Udine</i>

L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA:

UN PROBLEMA DI SANITA' PUBBLICA SOTTOSTIMATO

Negli ultimi anni in tutto il mondo si è assistito all'enorme aumento del numero dei pazienti affetti da Insufficienza Renale Cronica in fase terminale che devono fare ricorso alla dialisi o al trapianto per sopravvivere.

La caratteristica principale di quella che con termine scientificamente inappropriato ma mediaticamente efficace è stata definita come "Epidemia di Insufficienza Renale Cronica" è costituita dalla tipologia dei pazienti per i quali è continuamente in aumento la necessità di dialisi.

Si tratta, per oltre il 50% di pazienti ultrasettantenni, affetti da patologia cardiaca e cardiovascolare e, in percentuale crescente, anche da Diabete di tipo 2.

Le ragioni di questo dato epidemiologico sono a tutti note: le malattie cardiovascolari e il diabete sono in continuo aumento anche nel nostro Paese e una percentuale rilevante dei pazienti che sopravvivono ad eventi acuti cardiaci o cerebrali va incontro a Insufficienza Renale progressiva, fino al grado più avanzato che rende indispensabile il ricorso alla dialisi.

Alla quasi totalità di questi pazienti è preclusa la possibilità di un trapianto renale oltre che per l'età per le comorbidità che rendono il trapianto ad altissimo rischio per la sopravvivenza del paziente.

Di fronte a questo dato epidemiologico, che si è puntualmente realizzato anche nel territorio della nostra Azienda ULSS, con un continuo aumento dei dializzati, che ha reso necessaria tre anni fa l'apertura di un nuovo Centro Dialisi all'interno del nostro Ospedale, un corretto rapporto fra il Nefrologo e il Medico di Medicina Generale diventa cruciale.

Infatti solo la condivisione di linee guida e il continuo scambio di informazioni sui pazienti affetti da malattie renali croniche possono offrire gli strumenti idonei a rallentare il più possibile l'evoluzione della insufficienza renale, consentendo in molti casi ai pazienti e alle loro famiglie di evitare i gravi disagi di ordine fisico, psicologico e sociale legati alle necessità della dialisi cronica (emodialisi o dialisi peritoneale).

Per questo il reparto che dirigo si è fatto promotore di una serie di iniziative che possano mettere a confronto il Nefrologo e il Medico di Medicina Generale.

La più recente è stata l'incontro del 24 Ottobre nella Sala Convegni dell'Ospedale che ha avuto come tema "Il paziente nefropatico cronico. Proposte per un trattamento condiviso tra Nefrologo e Medico di Famiglia"

I Principali dati emersi nel corso del Convegno, possono essere così sintetizzati:

1. Le malattie renali croniche vanno attualmente classificate in 5 stadi in ordine decrescente di funzione renale, in accordo alla Classificazione KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) del 2002.
2. Il Volume del Filtrato Glomerulare (GFR nella dizione internazionale corrente), che nelle sue variazioni definisce i 5 stadi, viene calcolato nella routine di laboratorio attraverso la stima della Clearance della Creatinina (eGFR) e non attraverso la misurazione tradizionale della creatinina nel sangue e nelle urine.
3. La stima della Clearance della Creatinina viene effettuata utilizzando una formula, chiamata MDRD, acronimo di Modification of Diet in Renal Disease, studio decennale condotto negli Stati Uniti in pazienti affetti da malattie renali croniche. Questa formula, per quanto meno precisa e affidabile della misurazione con Radioisotopi (Scintigrafia renale con misurazione del filtrato glomerulare) o con la Clearance dello Jotalamato, indagativa e utilizzata solo a scopo di studio, risulta più affidabile della formula di Cockcroft Gault (utilizzata dal 1977) e della Clearance della Creatinina determinata dopo dosaggio di questa molecola con il metodo tradizionale nel sangue e nelle urine. La formula è la seguente e può essere inserita in qualsiasi computer o palmare come semplice foglio di Excel. Sarà mio impegno inviare il file di Excel per posta elettronica ai colleghi che ne facessero richiesta, anche se la formula può essere trascritta da qualsiasi motore di ricerca in Internet.

$eGFR = 175 \times (\text{Creatininemia})^{-1.154} \times (\text{Età})^{-0.203} \times (0.742 \text{ se femmina}) \times (1,210 \text{ se di colore})$

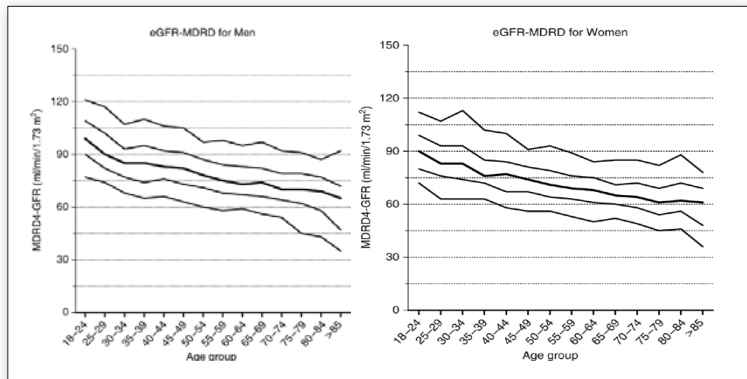
Creatininemia espressa in mg/dl, età in anni

Table 10. Stages of Chronic Kidney Disease

Stage	Description	GFR (mL/min/1.73 m ²)
1	Kidney damage with normal or ↑ GFR	≥90
2	Kidney damage with mild ↓ GFR	60–89
3	Moderate ↓ GFR	30–59
4	Severe ↓ GFR	15–29
5	Kidney failure	<15 (or dialysis)

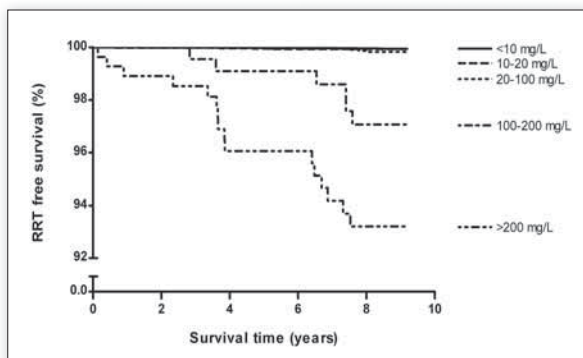
Chronic kidney disease is defined as either kidney damage or GFR <60 mL/min/1.73 m² for ≥3 months. Kidney damage is defined as pathologic abnormalities or markers of damage, including abnormalities in blood or urine tests or imaging studies.

Per quanto indicato al punto precedente la formula MDRD è estesamente applicata nei pazienti ricoverati nel nostro Ospedale ed è auspicabile che, sentito il parere dei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, possa essere applicata anche nei pazienti ambulatoriali, essendo sufficienti alla sua applicazione la creatinina plasmatica e l'età del paziente.



4. La riduzione del GFR è un fatto fisiologico legato all'invecchiamento. Questo dato va tenuto presente al fine di non trarre in inganno chi ha la responsabilità di diagnosticare e curare una malattia renale. Le due immagini seguenti, derivata da un grosso studio olandese recentemente eseguito su pazienti non affetti da malattie renali, dà anche la immediata percezione visiva del problema. La linea centrale più spessa rappresenta la mediana, le altre valori progressivi di percentile (dal 5° al 95°). Ne deriva che riduzione del GFR non è da sola sinonimo di malattia renale o di Insufficienza renale.

Wetzels JFM et al. *Kidney Int* 2007, 72 : 632-637



5. Perché si possa parlare di malattia renale cronica è indispensabile valutare, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, le anomalie eventualmente presenti nelle urine. La presenza e la entità della proteinuria, assieme alla presenza di eventuale ipertensione arteriosa, costituiscono gli elementi diagnostici e prognostici più significativi nella definizione di una malattia renale. Questa immagine, di un recente lavoro pubblicato è significativa nel dimostrare il rischio di Insufficienza Renale terminale in relazione all'entità della proteinuria.

van der Velde, M. et al. *J Am Soc Nephrol* 2009;20:852-862

ALLA LUCE DI QUESTE CONSIDERAZIONI, QUANDO E' OPPORTUNO INVIARE IL PAZIENTE A CONSULENZA DAL NEFROLOGO?

Ritengo sia irrispettoso della dignità e della libertà del Medico di Medicina Generale porre qualsiasi ostacolo alla sua esigenza di confrontarsi con lo specialista sui problemi legati alle patologie di cui soffrono i suoi pazienti.

In altre realtà, nelle quali le dimensioni territoriali più piccole e meno complesse della nostra rendono più agevole il confronto fra specialista e Medico di Medicina Generale, sono state avanzate proposte da entrambe le parti e in alcuni caso si è raggiunto un consenso.

Per quanto ci riguarda, è mia convinzione che si debbano realizzare ancora occasioni di incontri nella nostra realtà fra Nefrologo e Medico di Medicina Generale prima di arrivare a un Consenso sulle procedure da seguire con i pazienti affetti da malattie renali croniche.

In questa fase ritengo che un notevole supporto possa essere dato dallo strumento informatico. Da parte mia e dei miei colleghi di reparto c'è la piena disponibilità a dialogare via e-mail o per via telefonica sui casi di pazienti che per una qualsiasi ragione creino perplessità o preoccupazione nel Medici di Medicina Generale. Questo non vuole essere un mezzo per evitare l'obbligo di una consulenza, ma può evitare ai pazienti i disagi di accessi ripetuti, come può accadere per la necessità di rivalutare un caso clinico dopo esecuzione di esami di laboratorio o strumentali che possono essere prescritti prima della visita.

Da una migliorata comunicazione fra i propri curanti potrà giovare il paziente nefropatico cronico. Esiste infatti una vasta letteratura che dimostra come un corretto coinvolgimento del nefrologo in una fase non troppo avanzata della malattia renale (il 3° stadio della classificazione KDOQI raccoglie i maggiori consensi in questa ottica) sia in grado, nella maggioranza dei casi, di rallentare l'evoluzione della malattia attraverso l'utilizzazione di schemi farmacologici e dietetici validati dalla buona pratica clinica.

Carmelo Cascone

(Direttore U.O. Nefrologia, Dialisi e Centro Trapianti)
Azienda ULSS. N.9. Treviso

RIFLESSIONI SULLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED IL RISCHIO CLINICO

Nell'ambito della prevenzione del rischio clinico accanto alle segnalazioni spontanee assume importanza anche la sistematica revisione delle **cartelle cliniche** da parte di personale esterno con la finalità di individuare in queste ultime la presenza di eventi **avversi**.

A questo proposito ed a parere della Joint Commission americana, nel contesto delle procedure di accreditamento delle strutture, le seguenti dovrebbero essere le finalità principali della **cartella**: pianificazione e valutazione delle cure con verifica dell'adeguatezza delle stesse rispetto agli standard di riferimento, comunicazione fra i sanitari coinvolti nell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, protezione degli interessi giuridici del paziente ed anche di tutti gli altri soggetti che vengono coinvolti nel sistema, implementazione infine dell'educazione permanente e dell'attività di ricerca.

E' proprio in questo contesto che riteniamo significativo ricordare, pur se solo per sommi capi, tutto quanto consolidata dottrina medico-legale prevedeva in tema di cartella clinica.

La cartella clinica anche secondo il Codice di Deontologia Medica dev'essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza da parte del sanitario, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica dovendo contenere oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica del paziente ed al suo decorso anche l'elencazione di tutte quelle che sono le attività diagnostico-terapeutiche che sono state disposte nei suoi confronti.

A dispetto peraltro dell'estremo rilievo e del grande interesse che ha ormai assunto nel nostro Paese, a parere del Magliana la cartella rappresenta ancora oggi una "vistosa lacuna della legislazione sanitaria, di per sé assai povera di riferimenti rispetto a tale indispensabile strumento di attuazione e di registrazione dell'assistenza ospedaliera".

L'unica disciplina di dettaglio in argomento riguarda infatti la cartella clinica delle case di cura private (art. 35, D.P.C.M. 27/06/86 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private"), mentre in ambito pubblico non sono sino ad oggi intercorse modifiche in tema di responsabilità derivanti dal proprio ufficio o dalla funzione rispetto a quanto era stato disposto dall'art. 7 del D.P.R. 128/69, ovvero di una disciplina interna degli ospedali nella quale, pur essendo parte di un provvedimento poi abrogato, veniva previsto che il Primario fosse considerato il responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici ed anche della loro conservazione, almeno fino al momento della consegna del tutto all'archivio centrale del nosocomio.

La cartella va considerata atto pubblico di fede privilegiata ovvero fedefacente fino a querela di falso della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale ha attestato e che sono avvenuti in sua presenza o sono stati da lui compiuti (art. 2700 c.c.) ed acquista peraltro il carattere della definitività in relazione ad ogni singola annotazione che vi venga riportata uscendo di fatto dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui questa viene registrata.

La singola annotazione assume autonomo valore documentale e spiega efficacia nel traffico giuridico non appena viene trascritta, con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile ancorché il documento si trovi ancora nella materiale disponibilità del compilatore in attesa di venire trasmesso alla Direzione Sanitaria per la definitiva custodia.

Nondimeno aveva sottolineato Kraus come l'impatto nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria di una cartella mal compilata, o comunque disordinata, o sulla quale vengano apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che si sarebbero dovuti testimoniare) contribuisce senz'altro ad indurre nel Magistrato concreti dubbi circa la reale adeguatezza delle cure che sono state fornite, invece più la cartella sarà ricca di contenuti, notizie, informazioni e meglio potrà venire chiarito il modus operandi di colui che l'ha compilata, ovvero la logica che è sottesa ai vari interventi clinico-terapeutici svolti.

Gli errori più frequenti che si osservano nella compilazione della cartella clinica e che vengono descritti nella letteratura sono invero numerosi: scarsa leggibilità, grossolane omissioni od ancora annotazioni postume, che sarebbero a quanto è dato di sapere maggiormente frequenti nei casi nei quali vi sia la percezione da parte dei sanitari del possibile ingenerarsi di un contenzioso.

In questo contesto va sottolineato con forza come l'**atto medico** sia costituito anche, seppure non solo, dall'attività di **documentazione**, e come in questo particolare ambito sia fortemente auspicabile che venga utilizzata dal professionista quanto meno la diligenza del "buon padre di famiglia" soprattutto alla luce di tutte quelle che sono le più recenti pronunzie giurisprudenziali che sembrano richiedere, innanzitutto allo stesso professionista, di voler fornire prova della propria correttezza professionale nel contesto di un'obbligazione nei confronti del paziente che sempre più di frequente

viene considerata di natura “contrattuale” con tutto ciò che ne deriva sia in termini di onere della prova che di anche di prescrivibilità, ovvero di termini per esercitare l’azione giudiziaria (dieci anni).

D’altro canto la cartella ma anche tutta la rimanente documentazione che ogni giorno viene compilata dal medico, quando soltanto vi si faccia la necessaria attenzione, può divenire un formidabile strumento nelle mani dei sanitari e degli altri operatori.

E’ dunque assai auspicabile che si faccia strada in tutti questi la corretta mentalità che conduca infine allo scrivere in effetti tutto quello che viene fatto nei confronti del paziente in tal modo lasciando traccia costante del proprio agire.

Non andrà altresì dimenticato di come la cartella clinica venga ormai unanimemente considerata elemento in grado di contribuire alla **qualità** delle cure ed allorché si dimostri essere stata opportunamente documentata nel dettaglio assai verosimilmente potrebbe contribuire a ridurre in modo significativo ogni possibile contenzioso in sede giudiziaria.

Da parecchi anni a tale proposito nel mondo anglosassone una delle principali fonti di informazioni sulle quali viene basato l’**audit** clinico è proprio costituito dalla revisione strutturata delle cartelle cliniche laddove il termine clinical audit viene utilizzato per indicare l’approccio specifico alla valutazione della qualità dell’assistenza di parte professionale (peer review).

dott. Davide Roncali
medico legale
Tesoriere OMCEO di Venezia
Venezia, 29.10.09

Gestione dei rifiuti e rischi per la salute

Sabato 14 novembre 2009 nella Sala Convegni dell’ Ospedale Civile di Treviso, si è tenuta la presentazione della monografia dell’Associazione Medici per l’Ambiente (ISDE Italia): “Gestione dei rifiuti e rischi per la salute”.

All’iniziativa, promossa dall’Associazione Medici per l’Ambiente di Treviso (AMA TV) e rivolta, con il Patrocinio dell’ Ordine, ai medici della Provincia, ha preso parte il prof. Antonio Faggioli, specialista e libero docente in Igiene dell’Università degli studi di Bologna, curatore della monografia stessa.

La crisi dei rifiuti in Campania, il continuo aumento della loro produzione, la necessità di pensare e realizzare impianti per il loro trattamento (di varia tipologia), nonché la richiesta dell’Unindustria di Treviso di realizzare due inceneritori per rifiuti industriali speciali nelle località di Silea e di Bonisiolo, hanno reso quanto mai attuale la trattazione di un simile argomento; soprattutto in relazione ai possibili effetti sulla salute delle popolazioni che vivono nelle vicinanze degli impianti.

Dato che “il medico è tenuto a considerare l’ambiente nel quale l’uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute ed è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all’utilizzo appropriato delle risorse naturali, allo scopo di garantire alla future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile” (art. 5 del Codice di Deontologia Medica, 2006), l’iniziativa ha voluto lanciare un forte richiamo in tal senso.

Master Univeristario in Idrologia Medica e Medicina Termale

È stato pubblicato il bando di ammissione al Master Universitario di II livello in Idrologia Medica e Medicina Termale organizzato dalla Università degli Studi di Pavia.

La scadenza di presentazione delle domande è fissata entro le ore 12 del 30 dicembre 2009.

L’avviso aggiornato è consultabile nel sito www-1.unipv.it/labtime

INFO: 0382 986346 – fax 0382 986347 – nicoletta.breda@unipv.it

1° CORSO A.VI.CRI. PER LE FORZE DELL'ORDINE

**Dagli aspetti forensi-criminologici a quelli psicologici e sanitari:
Forze dell'Ordine e Azienda Ulss 9 a supporto delle vittime**



Apertura del corso - Da destra: Prof. Paolo Michielin, Dott. Gerardo Favaretto, Dott. Cons. Antonio Fojadelli, Dott. Giuseppe Favretto, Magg. Dott. Pierluigi Granata, Dott. Daniele Frezza

26-30 ottobre 2009 c/o sede dell'Ordine dei Medici di Treviso

Dal 26 al 30 Ottobre si è svolto presso l'Ordine dei Medici di Treviso il primo Corso di formazione periferica delle Forze dell'Ordine. Il Corso nato come Progetto Europeo "Attention for Victims of Crime" (AViCri), organizzato per la prima volta a Roma a livello nazionale viene proposto dall'Azienda Ulss 9 di Treviso con 1° Corso periferico a livello nazionale con l'obiettivo di fornire conoscenze in tema di vittimologia e di sviluppare motivazioni e competenze specifiche nell'assistenza alle vittime di crimine, con particolare attenzione alle donne di età compresa tra i 18 e i 70 anni e ai minori.

L'evento formativo, nato in intesa con la Procura della Repubblica di Treviso, ha visto la diretta collaborazione del Dr. Gerardo Favaretto, Direttore dei Servizi Sociali, il prof. Paolo Michielin, Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 4 ed infine il Dott. Pierluigi Granata del Comando Regione Veneto Guardia di Finanza, con il coordinamento organizzativo del Servizio Formazione Aggiornamento.

Il corso ha visto la partecipazione di diverse figure delle Forze dell'Ordine: Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Provinciale, Polizia Locale, nonché diversi professionisti sanitari: medici, psichiatri e psicologi.

I docenti, provenienti sia da realtà professionali operative del mondo socio-sanitario, sia dal mondo universitario e della ricerca, hanno concorso in modo integrato a pre-



Personale delle Forze dell'Ordine e dell'ULSS N. 9 in aula

sentare tecniche e strategie funzionali di relazione con la vittima. Inoltre, con un linguaggio lineare e con molti esempi pratici, si sono realizzate unità didattiche efficaci volte a promuovere ulteriormente, negli operatori delle Forze dell'Ordine, l'integrazione delle pratiche tecniche con le procedure essenziali di pronto soccorso psicologico e sostegno alla vittima.

Questa forte integrazione fra discipline diverse ha fatto emergere la complessità e multidimensionalità delle principali componenti dell'interazione con la vittima con la finalità di creare una rete integrata (Procura, Forze dell'Ordine, Sanità) che migliori le procedure e consenta di sviluppare una integrazione forte tra le diverse competenze professionali a vantaggio della vittima.

Il programma nell'includere argomenti finalizzati a favorire la soddisfazione dei bisogni delle vittime nel loro incontro



Consegna degli attestati - Da sinistra: Prefetto Dott. Vittorio Capocelli, Procuratore della Repubblica Dott. Cons. Antonio Fojadelli, Prof. Paolo Michielin, Direttore Generale ULSS N. 9 Dott. Claudio Dario



Tavola rotonda - Da destra: Direttore Distretto n. 4 dell'ULSS N. 9 Prof. Paolo Michielin, Comandante Carabinieri Col. Fabrizio Bernardini, Prefetto Dott. Vittorio Capocelli, Procuratore della Repubblica Dott. Cons. Antonio Fojadelli, Segretario dell'Ordine Dott. Daniele Frezza, Direttore Servizi Sociali ULSS N. 9 Dott. Gerardo Favaretto

hanno formulato una serie di quesiti ai partecipanti della Tavola Rotonda tesi a sviluppare iniziative formali di integrazione tra Procura-Forze dell'Ordine-Sanità.

Il Prefetto, d'intesa con il Procuratore della Repubblica, ha condiviso l'interesse di proseguire nell'esperienza di formazione con successive iniziative e di rafforzare l'intensa collaborazione emersa durante il corso, tra i diversi soggetti istituzionali, a vantaggio dei cittadini.

con le forze di polizia, si propone di prevenire la vittimizzazione secondaria e migliorare la resa della testimonianza utilizzando strategie di intervista appropriate.

Il corso si è concluso con una Tavola Rotonda ai massimi vertici istituzionali in cui hanno partecipato: Il Procuratore della Repubblica di Treviso Dott. Cons. Antonio Fojadelli, il Prefetto di Treviso dr. Vittorio Capocelli, il Comandante Provinciale dei Carabinieri, della Guardia di Finanza e il Comandante della Polizia Locale di Treviso; i partecipanti del corso, attraverso il dr. Daniele Frezza, responsabile organizzativo dell'evento,

Dr. Daniele Frezza
Segretario Ordine dei Medici di Treviso

1° Corso A.Vi.Cri. per le Forze dell'Ordine

26 – 30 OTTOBRE 2009 – c/o sede Ordine dei Medici di Treviso

Obiettivi Generali

Il Programma della formazione periferica diretta alle Forze dell'Ordine, come previsto dal Progetto Europeo "Attention for Victims of Crime" (AViCri), prevede una forte integrazione fra discipline diverse che concorrono a delineare le principali componenti dell'interazione con la vittima. In particolare, funzionalmente alle informazioni derivate tanto dall'attività di ricerca in ambito universitario e scientifico, previamente condotta, quanto dal monitoraggio dei modelli di intervento proposti nei Paesi Europei, vengono identificate sei aree tematiche principali:

GIURISPRUDENZA

Elementi giuridici di vittimologia
Giurisprudenza in materia di violenza alle donne e ai minori
Evoluzione normativa in materia di reati contro le donne

DIRITTI UMANI

I modelli di intervento nell'Unione Europea
Elementi socio-culturali della vittimizzazione
Il fenomeno della "tratte umane"

TECNICA PROFESSIONALE

Le nuove strategie delle politiche di sicurezza
La deontologia della comunicazione

- L'operatore di polizia tra le esigenze degli organi di informazione e la tutela delle vittime dei reati
- Elementi di prassi operative

Costruire un network sociale: strategie e tecniche

MEDICINA LEGALE

Criteri medico-legali nella valutazione della vittima

CRIMINOLOGIA

L'approccio criminologico alla vittima
Alcune tipologie di vittime
L'approccio a specifiche tipologie di vittime
Il Maltrattamento
La violenza sessuale
Violenza domestica: effetti sui minori
Vittime vulnerabili: la terza età

PSICOLOGIA E PSICHIATRIA

Le reazioni della vittima al crimine
Stress e trauma
Conseguenze comportamentali, cognitive, affettive e somatiche dello stress
Fattori di rischio e di vulnerabilità, strategie di coping dello stress
Le conseguenze psicopatologiche del trauma, con particolare riferimento al PTSD e alla depressione post-traumatica
I bisogni della vittima
Vittima: dalle reazioni ai bisogni
Il bisogno di informazione e di protezione
Il bisogno di assistenza e di cura
Le risposte degli operatori e i rischi nella relazione con la vittima
La comunicazione tra vittima e operatore
Gli elementi di una relazione rispettosa, empatica ed efficace
I rischi di disimpegno morale nella relazione con la vittima
I rischi del burn out degli operatori
La comunicazione vittima-operatore "mediata"
La comunicazione con familiari e amici delle vittime, con particolare riferimento agli scomparsi
Percezione e memoria nella vittima
Le influenze del trauma sulla testimonianza.

DOCENTI DEL CORSO

Dott. **Claudio Dario**, *Direttore Generale ULSS N. 9*
Prof.ssa **Paola Degani**, *Università di Padova*
Dr.ssa **Lia Faravelli**, *Responsabile SDIEE - Distretto Socio Sanitario n. 4 - ULSS N. 9*
Dr. **Gerardo Favaretto**, *Direttore Servizi Sociali ULSS N. 9*
Cons. Dott. **Antonio Fojadelli**, *Procuratore della Repubblica*
Magg. Dott. **Pierluigi Granata**, *Comando Reg.Veneto Guardia di Finanza*
Dr.ssa **Cristina Greco**, *Responsabile Consultorio Familiare Distretto Socio Sanitario n. 4 - ULSS N. 9*
Prof. **Pierpaolo Martucci**, *Università di Trieste*
Prof. **Paolo Michielin**, *Direttore Distretto Socio Sanitario n. 4 ULSS N.9*
Dr. **Davide Roncali**, *Medico legale - Spec.Criminologia*
Prof. **Giuseppe Sartori**, *Università di Padova*
Prof. **Massimo Semenzin**, *Responsabile CSM/UOA 4, ULSS N. 9*

L'obiettivo è quello di sviluppare, a livello periferico, programmi di formazione standard per le Forze di Polizia in materia di vittimologia, con particolare attenzione alle donne di età compresa tra i 18 ed i 70 anni

I programmi includeranno argomenti finalizzati a favorire la soddisfazione dei bisogni delle vittime nel loro incontro con le forze di polizia al fine di prevenire la vittimizzazione secondaria e migliorare la resa testimoniarie utilizzando strategie di intervista appropriate

I docenti, provenienti sia da realtà professionali operative, sia dal mondo universitario e della ricerca, concorreranno in modo integrato a presentare tecniche e strategie funzionali di relazione con la vittima. Inoltre, con un linguaggio lineare e con molti esempi pratici, nonché con eventuali sussidi audiovisivi, si costruiranno unità didattiche efficaci volte a promuovere ulteriormente negli operatori delle Forze dell'Ordine l'integrazione delle pratiche tecniche con le procedure essenziali di pronto soccorso psicologico e sostegno alla vittima.

ERRATA CORRIGE

QUANDO IL MEDICO PUÒ ANDARE IN PENSIONE?

a cura di Marco Perelli Ercolini

PENSIONI DIPENDENZA (INPDAP e INPS)

La tabella dei requisiti per andare in pensione con il sistema retributivo (cioè almeno 18 anni di contribuzione effettiva, riscattata o ricongiunta al 31 dicembre 1995) pubblicata sul nostro giornale n. 02/2009 deve essere sostituita (a seguito dei chiarimenti a mezzo e-mail del 16.11.2009 del dott. Marco Perelli Ercolini) dalla seguente:

I NUOVI REQUISITI PER L'ANZIANITA'		
Tabella B Legge 247 del 24 dicembre 2007 - Legge di riforma del Welfare (sostituisce la tabella A della legge 23 agosto 2004 numero 243)		
ANNO	LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI E PRIVATI SOMMA DI ETA' ANAGRAFICA E ANZIANITA' CONTRIBUTIVA	ETA' ANAGRAFICA MINIMA PER LA MATURAZIONE DEL REQUISITO INDICATO NELLA PRECEDENTE COLONNA
2009 dal 01/07/2009 al 31/12/2009	95	59
2010	95	59
2011	96	60
2012	96	60
dal 2013	97	61

con un minimo di 35 anni di anzianità contributiva

In sintesi:

1.7.2009 - 2010 **quota 95 (59+36 oppure 60+35)**

2011 - 2012 **quota 96 (60+36 oppure 61+35)**

dal 2013 **quota 97 (61+36 oppure 62+35)**

esclusi autonomi



ENPAM

Quota A - pagamento contributi 2009

Il 30 novembre scade la quarta rata del contributo obbligatorio di Quota A.

Mancato ricevimento

Nel caso di mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere inoltrata a Equitalia Esatri S.p.A. un'apposita istanza tramite fax al numero 02.6416.6619 indicando nome, cognome, codice fiscale, indirizzo e recapito telefonico, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Pagamento fuori termine

In caso di ricevimento di una cartella relativa agli anni precedenti del contributo obbligatorio di Quota A, versato fuori termine, per chiederne l'annullamento, è necessario trasmettere alla Fondazione Enpam, Servizio Contributi, al numero di fax 06.48.294.696, copia della cartella, copia delle ricevute, copia di un documento di identità in corso di validità.

Iscritti nati nel 1944

Anche gli iscritti nati nel 1944 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2009 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in quattro rate. Il contributo è dovuto e calcolato sui mesi effettivi di compimento del 65° anno d'età.

Quota B - redditi professionali 2008

Il 31 luglio è scaduto il termine di presentazione del modello D. L'invio oltre tale termine prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Mancato ricevimento modello D personalizzato

Coloro che non sono venuti in possesso o hanno smarrito il modello D personalizzato possono utilizzare il modello D_G disponibile sul sito www.enpam.it, ovvero presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

Pagamento del contributo

Il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato in unica soluzione, non sono ammesse rateazioni. Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale.

Ricevimento del bollettino MAV

Coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV che potrà avere una scadenza diversa.

Mancato ricevimento del bollettino MAV

Il mancato ricevimento del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Utenti registrati

Gli utenti registrati al portale www.enpam.it possono reperire on-line il duplicato dei bollettini Mav già emessi a loro carico accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Sanzioni per il ritardato pagamento

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare,

prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2010);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Contribuzione ridotta

La richiesta di contribuzione ridotta alla Quota B del Fondo della Libera Professione può essere presentata entro il 31 luglio di ogni anno dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria.

Richiesta contribuzione ridotta in data successiva al 31 luglio 2009

Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2009.

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

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta

Gli iscritti che hanno perso i requisiti per essere ammessi alla contribuzione ridotta dovevano darne comunicazione all'Enpam entro il 31 luglio, tramite il modello D, indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso. Coloro che non hanno comunicato la perdita dei requisiti entro il 31 luglio, devono informare il Servizio Contributi, via Torino 38, 00184 Roma, anche tramite fax al n. 06.48.294.922.

Opzione contribuzione intera

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

Riscatti – Acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono in attesa di ricevere il prospetto di calcolo possono effettuare il versamento di un acconto, entro e non oltre il 31 dicembre 2009 mediante bonifico bancario presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50.

Nella causale del bonifico indicare i seguenti dati: cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto. La copia della ricevuta del bonifico dovrà essere trasmessa al numero di fax 06.48.294.978.

Area riservata e servizi disponibili agli utenti registrati

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione ENPAM in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSì (accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito – richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamento on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione Enpam è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale obbligatoriamente per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza.

In caso di cancellazione dall'Ordine inviare direttamente l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Superstiti pensionati

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità. In entrambi i casi utilizzare l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI).

3. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il SAT al numero tel. 06.4829.4829.

Comunicazione di decesso

1. Iscritti attivi

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza.

Analoga comunicazione, dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, può essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Contributi, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine di appartenenza.

Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, analoga comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità.

3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale

Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, inviare la comunicazione direttamente a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità.

4. Superstiti pensionati

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata direttamente per posta ordinaria alla Fondazio-

ne, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di comunicazione

Inoltare certificato di morte oppure dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità a mezzo posta ordinaria a Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità.

Nel caso di superstiti pensionati è opportuno fornire un recapito telefonico per eventuali comunicazioni circa il recupero delle mensilità non dovute o la riemissione di ratei non riscossi.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione

Tutti i pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, utilizzando il modulo reperibile sul sito www.enpam.it (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione può essere inviata direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, a mezzo posta ordinaria, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Mancato accredito della pensione

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono darne comunicazione alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, anche tramite fax al numero 06.48.294.648.

Orfani pensionati

Il diritto alle prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spetta sino al raggiungimento del 21° anno di età. Tale diritto prosegue anche oltre il ventunesimo anno di età, e fino al raggiungimento del periodo massimo pensionabile del 26° anno di età, a condizione che questi ultimi mantengano la qualifica di studenti.

Mantenimento del diritto

Al fine di conservare il diritto alla pensione, al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento agli studi ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di invio

A mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648 corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Deducibilità

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D.Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito:

il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Appuntamenti scientifici

3 dicembre 2009 ore 19,15

Integrazione Ospedale-Territorio: significati

organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso presso la sede

5 crediti ECM - Iscrizioni aperte dalle ore 10 del 16.11.2009

INFO: 0422 543864 – www.ordinemedicitreviso.org

29-30 gennaio 2010 ore 8,45

Management del paziente neuroleso

c/o Sala Convegni Ospedale Ca' Foncello di Treviso

organizzato dal Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale Ca' Foncello

Richiesti crediti ECM - INFO: 049 8729511 – fax 049 8729512 – www.keycongress.com

PSICOLOGIA MEDICA E GRUPPO OPERATIVO 2010

La FIMMG di Treviso organizza, con inizio il 9 febbraio 2010, il corso "PSICOLOGIA MEDICA E GRUPPO OPERATIVO" rivolto a medici, indipendentemente dalla specialità esercitata, anzi l'eterogeneità del gruppo è garanzia per una migliore produttività.

Sede: FIMMG Treviso, via Montebelluna 2. Crediti ECM richiesti.

Responsabile organizzativo Dott. Brunello Gorini brunellogorini@fimmg.org.

Responsabile scientifico e docente: Dott.ssa Maria Gabriella Sartori mgsartori@tiscali.it

INFO: 0422 405095

CORSI DI INGLESE E DI SPAGNOLO

La FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) di Treviso, organizza, con inizio 11 gennaio 2010, corsi di inglese e spagnolo con l'obiettivo, alla fine del corso, di leggere, scrivere ed esprimersi nei concetti di base.

Con il corso di inglese avanzato invece, il medico sarà in grado di presentarsi, descrivere la propria attività ed in generale, tenere una conversazione in lingua inglese.

Sede: FIMMG Treviso, via Montebelluna 2. - INFO: 0422 405095 - brunellogorini@fimmg.org

Rassegna Giuridico-Amministrativa

Ottobre - Dicembre 2009

Piano di Tutela delle Acque. Approvazione di ulteriori norme di salvaguardia (art. 121 del D.lgs n. 152/2006; artt. 19 e 28 Lr 33/1985).

Deliberazione Giunta Regionale n. 2884 del 29.9.2009

BUR n. 88 del 27.10.2009

Tutela della Salute delle lavoratrici madri. Linee di indirizzo per l'applicazione del D.lgs 151/2001. Approvazione.

Deliberazione Giunta Regionale n. 2901 del 29.9.2009

BUR n. 88 del 27.10.2009

“Modulo facoltativo tematico integrativo in Assistenza Odontoiatrica”. Approvazione programmi formativi ed individuazione modalità propedeutiche all'avvio dei corsi. Lr 20/2001 recante “La figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario”.

Deliberazione Giunta Regionale n. 2903 del 29.9.2009

BUR n. 88 del 27.10.2009

Dgr n. 4532 del 28.12.2007 e Dgr n. 448 del 24.02.2009. Istituzione del Programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente /sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente.

Deliberazione Giunta Regionale n. 2905 del 29.9.2009

BUR n. 88 del 27.10.2009

Promozione dell'organizzazione e gestione della salute e sicurezza nelle aziende del Veneto. Approvazione progetto e impegno di spesa.

Deliberazione Giunta Regionale n. 2906 del 29.9.2009

BUR n. 88 del 27.10.2009

Over-Tour Carrello Multifunzionale



novidea.it



Il pensiero **Favero Health Projects** si evolve in tecnologia e trasforma le idee in un progetto reale.

La nuova serie di carrelli Over-tour è frutto di un'attenta ricerca sui colori, sull'ergonomia e la leggerezza.

Lavabili e disinfettabili con facilità, permettono diverse camaleontiche configurazioni variando gli accessori

a seconda delle necessità e soddisfacendo così tutti i requisiti e le potenzialità della sperimentazione.

Un ulteriore progetto che rafforza la propria mission: **migliorare la qualità di vita dei pazienti e la qualità del lavoro di chi li assiste.**

Da oltre cinquant'anni con tecnica e passione.

Favero Health Projects:
progetti per la vita, dalla neonatologia alla terza età.

NdR: la ditta Favero Health Projects ha contribuito ad arredare la sala conferenze dell'Ordine

 **Favero Health Projects**

Favero Health Projects Spa
Via Schiavonesca Priula, 20
31044 Biadene di Montebelluna
Treviso - Italy

Tel +39 0423 6125
Fax +39 0423 612680

info@favero.it
www.favero.it

Collegati con L'Ordine



consulta il sito

www.ordinemedicitreviso.org

per avere tutte le notizie e le informazioni