



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

alessandriamedica

11-12 | 2010

RIVISTA MENSILE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI

Consiglio Direttivo

Dott. Mauro Cappelletti (Presidente)
Dott. Gian Mario Santamaria (Vice Presidente)
Dott. Gabriele Ferretti (Segretario)
Dott. Salvatore Di Franco (Tesoriere)

Consiglieri

Dott.ssa Clara Bussi
Dott. Riccardo Cavaliere
Dott. Giorgio Comazzi
Dott. Enrico Lazzarini
Dott. Antonio Giovanni Maconi
Prof. Giancarlo Moreo
Dott. Mario Negri
Dott. Simone Porretto
Dott. Pier Luigi Porta
Dott. Luigi Prati
Dott.ssa Oria Trifoglio
Dott. Gaetano Barbagallo
Dott. Ettore Coucourde

Revisori dei Conti

Dott.ssa Anna Maria Zaccone (Presidente)
Dott.ssa Renata Canepa
Dott. Giancarlo Rovere

Revisore dei Conti supplente

Dott.ssa Mariaem Manuela Boffa

Commissione Odontoiatri

Dott. Giovanni Iacono (Presidente)
Dott.ssa Monica Imelio (Segretario)
Dott. Gaetano Barbagallo
Dott. Ettore Coucourde
Dott. Roberto Vignolo

Direzione

Graziella Reposi

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI

DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

mattino dalle ore 9 alle ore 13

pomeriggio dalle ore 14 alle ore 16

SABATO CHIUSO

Il Presidente **Dott. Mauro CAPPELLETTI**

Il Vice Presidente **Dott. Gian Mario SANTAMARIA**

Il Segretario **Dott. Gabriele FERRETTI**

ricevono **previo appuntamento telefonico**

CONSULENZE GRATUITE su appuntamento telefonico

Consulenza Legale

Consulenza Fiscale e Consulenza sul Lavoro

Consulenza Previdenziale-Assistenziale

Consulenza Assicurativa

Consulenza Medicina del Lavoro

Consulenza Medicina Legale

Consulenza Medicina Generale

Consulenza Pediatria di Base

Consulenza Medicina Ambulatoriale

Consulenza Odontoiatria

Consulenza Medici Specializzandi CEE

Consulenza Medici Continuità Assistenziale,

Graduatorie e Concorsi 118

Consulenza Medicina Sportiva

Consulenza Medici Ospedalieri

- Giorgio Rosso
- Aloisia Ferraris
- Graziella Reposi
- Giuseppe Giordano
- Marco Pestarino
- Riccardo Cavaliere
- Vincenza Palermo
- Anna Maria Zaccone
- Mauro Cappelletti
- Anna Maria Rossi
- Umberto C. De Lorenzi
- Giovanni Iacono
- Salvatore Di Franco
- Antonio Giovanni Maconi
- Paolo Barberis

- Luigi Mazza
- Antonello Santoro
- Mario Negri

Rivista mensile
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Alessandria

Direttore Responsabile

Dott. Mauro CAPPELLETTI

Redattore Capo

Dott. Antonio Giovanni MACONI

Vice Redattori

Dott. Pier Luigi PORTA
Sig.ra Graziella REPOSI

Progetto grafico

Arch. Mauro BERTA

OMCEO - Alessandria

Via Pisacane, 21

15121 Alessandria

Tel. 0131 253666

Fax 0131 52455

www.ordinemedici.al.it

omceo@ordinemedici.al.it

ordinemedical@postacert.com

Aut. trib. AL n. 33 - Decret. 4.10.49

Litografia Viscardi - Alessandria

Il giornale è l'organo ufficiale dell'Ordine e pertanto siamo grati a quei Colleghi che desiderano collaborare con contributi di vario genere (culturale, informativo, sindacale, ecc.) alla sua realizzazione.

Per esigenze organizzative, le richieste di pubblicazione di testi o programmi di convegni su un determinato numero mensile devono pervenire all'Ordine al più tardi entro il 20 del mese precedente.

Nel rispetto della libertà di opinione, la Direzione e la Redazione si riservano di adeguare il materiale presentato alle esigenze di spazio e di impaginazione e di non pubblicare articoli, espressioni denigratorie o polemiche non ritenute idonee al prestigio dell'Ordine.

IL REDATTORE CAPO
Antonio Giovanni Maconi

La riproduzione di articoli pubblicati su "Alessandria Medica" e sul sito internet non necessita di preventiva autorizzazione da parte della redazione.

È indispensabile tuttavia riportare in calce agli stessi la citazione della fonte di provenienza dell'articolo ed il nome dell'autore.

02

Editoriale

La Sanità nella nostra vita

03

Gli aggiornamenti dell'Ordine

Convegno "Mediazione civile e commerciale"

04

In evidenza

Scadenza graduatorie specialisti ambulatoriali, assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, pediatria di base

Graduatoria ammissione in soprannumero corso di formazione in medicina generale

Master per la qualifica professionale di conciliatore

Borsa di Studio Prof. Maconi

Borsa di Studio Dott. Allemani

Avvio del servizio di Posta Elettronica Certificata

Ore settimanali vacanti emergenza sanitaria territoriale e continuità assistenziale

06

Notizie dalla FNOMCeO

L'Odontoiatria in Europa

07

Cronaca

La morte del collega parmense Dott. Claudio Carosino

08

Aggiornamento clinico e culturale

Gestione e complessità di cura nel percorso assistenziale del paziente oncologico in fase avanzata di malattia

12

Previdenza ed Assistenza

Contributi previdenziali ENPAM sui compensi dei medici convenzionati con il SSN

In pensione nel 2011 i medici nati nell'anno 1946

La cessazione dell'attività lavorativa senza requisiti per la pensione

Pagamento acconti riscatti ENPAM

Pensione supplementare ai medici ultra65enni paganti la quota B

17

Informazioni dalle Aziende Sanitarie

Progetto andrologico di screening per studenti

18

Convegni, Corsi, Congressi

Problematiche infettivologiche e malattie reumatiche

Il trattamento integrale dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori e delle complicanze

19

La voce dei sindacati

Rinnovo cariche Segreteria Regionale FIMMG Piemonte

Polizza Responsabilità Civile da colpa grave ANAAO

20

Informazioni

Fiocco Azzurro

Elenco medici supplenti

Chiusura uffici festività natalizie

Partecipazione

La Sanità nella nostra vita

Mauro Cappelletti
Direttore Responsabile



«Quando guardo il mio lavoro mi rendo conto che per noi medici la sanità è senz'altro il vasto territorio nel quale percorriamo la nostra vita, per gli altri è un'icona da cliccare in caso di necessità».

Dopo 32 anni che lavoro come medico mi interrogo se la sanità ha nella vita delle persone una dimensione così grande come la osservo io (ingigantita per deformazione professionale, o se è solo una nicchia nella storia delle persone affaccendate a vivere.

Le persone portano la sanità in primo piano quando una malattia irrompe nella loro quotidianità: un segnale che arriva dal corpo o dalla mente le costringe a cambiare rotta, riscrivere la scala degli impegni; larga parte della giornata diventa scandita dall'assunzione dei farmaci, esecuzione di esami, visite specialistiche, sale operatorie, medicazioni. Ore ed ore sono trascorse nelle cure o nella loro attesa, i pensieri addomesticati alla preoccupazione, alla pianificazione delle terapie, le parole scorrono con gli altri e dagli altri per raccontare la malattia, le prospettive evolutive si restringono.

Le persone fanno i conti con i loro limiti, talora piccole cose una volta considerate banali diventano importanti ai loro occhi come una conquista. E si cercano nuovi orizzonti di calore e di benessere, più modesti ma avvicinabili.

Questo vale anche per quelle persone con un familiare stretto, affetto da una patologia cronica, ostaggi di una malattia che li condiziona a vivere una vita diversa da quella immaginata, nella quale si identificano grazie alle grandi capacità di adattamento della nostra specie.

La sanità è invece una nicchia in secondo piano quando manca la malattia e la persona vive il suo benessere, la sua espansione naturale, la sua forza fisica, la sua ideazione del futuro e sfida i propri limiti naturali, affronta la crescita, il lavoro, la costruzione di affetti, di una famiglia, di un universo grandioso che è la sua straordinaria, meravigliosa, unica vita.

Lo stesso accade quando la malattia guarisce con restitutio ad integrum: si ritorna ad una vita piena e la sanità ritorna ad essere una piccola icona sul desktop della vita.

Oggi incontro anche un nuovo tipo di sofferenza, diversa da quella affrontata in ambito sanitario, in persone che non vivono nella malattia, ma non espandono neanche la loro vita secondo le loro potenzialità effettive.

Questo accade quando la società odierna produce condizioni nelle quali l'essere umano soffre per la propria condizione e non riesce a realizzarsi. Solitudine esistenziale, confronto con modelli di vita non realizzabili, impossibilità a vivere una vita affettiva soddisfacente, mancanza di lavoro, eccessiva routine subita passivamente, livello di competizione superiore alle proprie risorse, scarsa tolleranza alle frustrazioni quotidiane, portano in primo piano una disperazione e la cronicità di un male di vivere che assomiglia ad uno stato di malattia.

Quando guardo il mio lavoro mi rendo conto che per noi medici la sanità è senz'altro il vasto territorio nel quale percorriamo la nostra vita, per gli altri è un'icona da cliccare in caso di necessità.

La sofferenza oggi è anche esterna alla sanità e per essa dobbiamo forse fare ricorso al sostegno umano e cercare di recuperare quel buon spirito caro ai greci che poneva l'uomo al centro delle riflessioni, in antitesi al denaro e al successo.

Mauro Cappelletti

Convegno “Mediazione civile e commerciale”

Lo scorso 12 Ottobre si è svolto il convegno sulla “Mediazione civile e commerciale” organizzato dall’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria presso My One Hotel di Spinetta Marengo, con attribuzione di crediti ECM.

La serata, che ha visto una qualificata partecipazione di pubblico, è stata organizzata dall’Ordine in collaborazione con l’Associazione Aequitas Adr di Torino, che è una associazione fondata e composta da avvocati piemontesi che da anni si occupa di mediazione nel campo del diritto civile, commerciale e societario, sia nazionale che internazionale.

Questa Associazione è stata tra i primi Organismi di conciliazione e mediazione riconosciuti dal Ministero della Giustizia in Italia, iscritta al n. 5 del Registro Nazionale degli Organismi ed è anche da tempo Ente di formazione di conciliatori e mediatori, riconosciuta dal Ministero della Giustizia ed iscritta al n. 19 del Registro Nazionale.

Scopo del convegno è stato quello di far conoscere ai Medici ed agli Odontoiatri della provincia di Alessandria le nuove regole di conciliazione e mediazione entrate in vigore col Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo di quest’anno.

Ha introdotto la serata il Presidente **Dott. Cappelletti** che ha evidenziato l’importanza della novità legislativa anche per tutti i Medici e gli Odontoiatri e la necessità di informarsi approfonditamente per coglierne tutte le potenzialità.

Sono intervenuti per Aequitas Adr il Presidente **Avv. Diego Comba** ed il Vice Presidente **Avv. Giuseppe Saffirio**, ambedue conciliatori, mediatori e formatori di conciliatori e mediatori.

L’Avv. Comba ha svolto una approfondita relazione sulle caratteristiche della mediazione, che consente di evitare una causa in presenza di una controversia.

Le parti hanno infatti la possibilità di discutere liberamente della loro questione aiutate da un mediatore professionista che individua con loro una soluzione soddisfacente per entrambe.

L’Avv. Saffirio ha ampiamente commentato quelle norme del Decreto legislativo che renderanno obbligatorio dal prossimo 20 Marzo 2010 tentare la via della mediazione per le cause riguardanti diverse materie, tra cui la responsabilità per colpa medica.

Ha evidenziato i vantaggi della mediazione per il medico quando esso sia purtroppo coinvolto in una controversia legale ed ha anche approfondito le possibilità di svolgere il ruolo di esperti in mediazione per i medici.

La serata ha riscosso grande successo tra il pubblico che, alla conclusione delle relazioni, ha posto numerose domande ai relatori.



SCADENZE

31 gennaio 2011

Domanda di inclusione nelle graduatorie per incarichi specialisti ambulatoriali per il 2012, presso le strutture del S.S.N.

Domanda di partecipazione alla graduatoria regionale, per il 2012, di "Medicina Generale" (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale)

Domanda di partecipazione alla graduatoria regionale, per il 2012, di "Pediatría di libera scelta"

I moduli per le domande di cui sopra saranno in distribuzione presso gli Uffici dell'Ordine dal 10 gennaio 2011.

Ammissione in soprannumero al corso triennale a tempo pieno di formazione specifica in medicina generale 2010/2013 di cui al D.Lvo 368/99

Approvazione Graduatoria

Sul BURP n. 41 del 14.10.2010 è stata pubblicata la graduatoria per la selezione dei quattro medici da ammettere in soprannumero al corso triennale a tempo pieno di formazione specifica in medicina generale 2010/2013.

Con tale graduatoria, in base all'art. 3 della L. 401/2000, vengono ammessi in soprannumero al Corso triennale a tempo pieno di formazione specifica in medicina generale 2010/2013 i primi quattro medici inseriti nella stessa senza alcun diritto alla borsa di studio, con la possibilità di svolgere attività libero professionale solo se compatibile con gli obblighi formativi.

Qualora un medico ammesso in soprannumero risultasse vincitore del concorso per l'ammissione al corso di medicina generale con la borsa di studio, dovrà scegliere se frequentare il corso in soprannumero senza borsa di studio oppure quale vincitore del concorso e quindi con erogazione di borsa di studio.

Gli ammessi in soprannumero al corso triennale saranno convocati unitamente ai vincitori del bando di concorso per l'ammissione al corso triennale con borsa di studio e sono tenuti a rispettare e ad accettare tutte le disposizioni e regolamentazioni utili che l'Amministrazione Regionale formalizzerà per pianificare il regolare svolgimento del corso.

Avverso la graduatoria è possibile ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale del Piemonte entro il termine di sessanta giorni dalla pubblicazione.

Gli interessati potranno prendere visione della graduatoria presso la sede dell'Ordine.

Master per la qualifica professionale di conciliatore

In seguito all'attuazione della normativa in materia di mediazione e conciliazione in ambito civile e commerciale, Giuffrè Editore organizza un **Master per la Qualifica Professionale di Conciliatore**.

Il Master è organizzato in collaborazione con **Aequitas**, organismo di conciliazione ed ente formatore riconosciuto dal Ministero della Giustizia. La durata del Master è di 50 ore suddivise in 6 giorni (**25-26-27 novembre e 2-3-4 dicembre**). Il programma con gli orari è a disposizione presso la sede dell'Ordine. Eventuali assenze devono essere recuperate nella sessione successiva.

Per ogni Master il numero massimo di partecipanti è pari a 30 e per completare la classe si seguirà l'ordine di iscrizione.

Le lezioni prevedono una parte di teoria e una parte di esercitazioni pratiche, e alcuni docenti saranno: Avv. Pierluigi Amerio, Avv. Ermenegildo Mario Appiano, Avv. Luca Boggio, Avv. Diego Comba, Avv. Giuseppe Saffirio.

Il costo del Master, che prevede il rilascio del titolo di Qualificazione Professionale di Conciliatore per l'iscrizione al registro degli organismi di conciliazione è di € 1300,00 + IVA 20%.

GIUFFRÈ EDITORE AG. TORINO

Sig. Cristodero Giuseppe

Via G.C. Cavalli, 44 - 10138 Torino

Tel. 011 433.71.41 / 011 433.10.63

Fax 011 433.71.41

e-mail: giuffre.torinoprivati@gmail.com

Borsa di studio in memoria del Prof. Giovanni Maconi, Primario di Chirurgia Generale, a favore dei neo-laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'Ordine. Anno 2010

Possono partecipare all'assegnazione della borsa di studio per l'anno 2010 i neo-laureati che:

- siano laureati in Medicina e Chirurgia nell'anno 2009;
- abbiano riportato una votazione pari o superiore a 100/110.
- siano iscritti all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi dell'Ordine di Alessandria.

Scadenza 31 dicembre 2010

Posta Elettronica Certificata

CONVENZIONE FIRMATA DALL'ORDINE CON POSTE-COM

Avvio del servizio

Si ricorda che sul sito internet dell'Ordine **www.ordinemedici.al.it** sotto la voce **news**, con il titolo "**Posta Elettronica Certificata**" sono disponibili le indicazioni per la procedura di attivazione della posta elettronica certificata con Poste-com.

CIASCUN ISCRITTO PUO' LIBERAMENTE AVVALERSI ANCHE DI ALTRI GESTORI

Con l'attivazione di una casella PEC, si ottempera all'obbligo previsto dal Decreto Legislativo n. 185 del 29.11.2008 (convertito in Legge n. 2 del 28.01.2009).

Infatti, a seguito di questo provvedimento, i professionisti iscritti agli Albi devono dotarsi di un indirizzo di posta elettronica che permetta la certificazione di data e ora dell'invio o della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse.

LE LEGGE PREVEDE INOLTRE CHE, UNA VOLTA IN POSSESSO DELLA CASELLA PEC, QUESTA DOVRÀ ESSERE NOTIFICATA ALL'ORDINE INVIANDO UNA E-MAIL DALLA PROPRIA CASELLA PEC ATTIVATA ALL'INDIRIZZO **ordinemedical@postacert.com**

Borsa di Studio per l'anno 2009-2010 in memoria del Dott. Giuseppe Allemani Medico di Medicina Generale

La Borsa è riservata ad uno studente del corso universitario di laurea in medicina e chirurgia residente nel comune di Acqui Terme.

Scadenza 31 dicembre 2010

Ore settimanali vacanti per incarichi nell'Emergenza Sanitaria Territoriale

Sul BURP N. 43 del 28.10.2010 sono state pubblicate complessivamente n. 190 ore vacanti per l'ASO di Alessandria

Ore settimanali vacanti per incarichi nella Continuità Assistenziale

Sul BURP N. 43 del 28.10.2010 sono state pubblicate n. 1230 ore settimanali vacanti per l'ASL AL.

Gli interessati potranno presentare rispettivamente all'ASO di Alessandria ed all'ASL AL domanda in bollo secondo apposito schema (reperibile presso l'Ordine) entro 30 giorni dalla data di pubblicazione (fa fede la data del timbro postale)

L'Odontoiatria in Europa: tra libera circolazione e garanzie per il paziente

Lauree conseguite in Sudamerica, al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei. Poi, grazie ad accordi bilaterali, riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate infine, secondo le procedure europee, a quelle italiane.

E non è l'unico stratagemma. Esiste un vero e proprio "turismo formativo", con titoli professionali acquisiti in Romania o Bulgaria senza aver dato un esame o frequentato una lezione, ma validi a tutti gli effetti anche nel nostro paese.

"La fabbrica dei dentisti abusivi": così il presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, definisce il fenomeno.

Dichiara, infatti: *"Siamo di fronte a una vera e propria organizzazione criminale, che si diffonde anche a livello europeo, e contro la quale il ministero della Salute, che è l'autorità competente a verificare la correttezza dei percorsi formativi, si trova con pochi appigli legali, nonostante il totale impegno e la grande professionalità di chi vi opera, mentre gli avvocati che difendono in maniera disinvoltata i "laureati" hanno gioco facile. I titoli, infatti, sono corretti dal punto di vista formale, anche se non sono in grado, nella pratica, di garantire il corretto apprendimento e quindi un adeguato svolgimento della professione"*.

"Ultimamente – continua Renzo –

si stanno sviluppando anche altri escamotage: quello, ad esempio, che con una forma di pubblicità aggressiva invita i nostri giovani a frequentare dei corsi di laurea non meglio specificati e inesistenti presso università spagnole – mediate da presunte succursali istituite in alcuni centri urbani del meridione d'Italia – con un breve periodo di preparazione e senza selezione, bypassando il numero chiuso e seguendo la stessa metodologia dei corsi di laurea triennali".

Ma questo è solo uno dei nuovi volti dell'abusivismo, piaga contro la quale la Cao è da sempre impegnata, in collaborazione con i Nas, il ministero della Salute, l'Università: **15000** professionisti abusivi (contro i quasi **57000** iscritti all'Albo) operano in Italia, spesso in condizioni igieniche precarie, con il rischio di diffusione di patologie come l'Aids o l'epatite, oltre agli ovvi danni per la salute della bocca dei pazienti.

Per denunciare il problema e portarlo all'attenzione delle istituzioni europee e italiane, la Cao nazionale organizza un doppio appuntamento: a **Bruxelles**, il **15 settembre**, e a **Taormina**, il **17** e il **18**.

Si comincia con **Bruxelles**: una "task force" italiana capitanata dal presidente Renzo, e composta dai delegati della Cao del ministero della Salute e dell'Università, incontrerà domani il Commissario

europeo alla Salute e alle Politiche dei consumatori, John Dalli.

Ancora l'Europa, sospesa "tra scelte liberali e necessità di regolamentazione", sarà poi al centro dei lavori dell'ottavo *Convegno nazionale di aggiornamento in Odontoiatria* - dal titolo **"Odontoiatria e società: Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute"**, che si svolgerà all'**Hotel Hilton di Giardini Naxos (Me)** - insieme all'**Assemblea Nazionale Cao** - il **17** e il **18 settembre**.

"La libera circolazione dei professionisti - afferma Renzo - non può prescindere dall'assoluta garanzia del corretto riconoscimento dei titoli professionali conseguiti sia negli altri paesi europei, sia in quelli extracomunitari. Ad oggi, invece, non si riesce ancora a garantire un sistema "ultrasicuro" per l'equiparazione di questi titoli. Con rischi anche gravi per la Salute pubblica".

Questioni così delicate e complesse non possono, ovviamente, risolversi in un incontro *una tantum*.

"Per questo è intenzione della Cao - annuncia infine Renzo - aprire, proprio a Bruxelles, una "Casa europea dell'Odontoiatria", vale a dire una postazione fissa che permetta un dialogo costante e senza interruzioni comunitarie, con le istituzioni per la difesa della salute dei cittadini d'Europa".



Una morte insulsa. Che sia strumento di resurrezione di una categoria

La morte di un medico ad opera di un suo assistito in stato confusionale mentre, ben oltre i suoi doveri convenzionali, gli portava assistenza e conforto in una giornata festiva, non può che lasciarci addolorati.

Nella sua professione il medico incontra ogni sorta di disagio ambientale e sociale, confrontandosi quotidianamente con situazioni difficili e pericolose per la propria incolumità, senza alcuna difesa.

Molti medici sono stati aggrediti, minacciati, uccisi mentre svolgevano la loro attività.

Svolgere il nostro lavoro nelle città, nelle più sperdute strade di campagna, nelle guardie mediche, nel pronto soccorso è un vero e proprio rischio professionale.

Tutto ciò non è “mala sanità”.

Mauro Cappelletti

Che cosa dire? Cosa fare? La domanda dopo una siffatta sciagura, la perdita della vita di un medico mentre esercita la sua professione. Una sciagura della famiglia ed una sciagura per un'intera categoria, pari a quella della dottoressa Roberta Zedda che ha perso la vita, lavorando, nel 2003 uccisa con venti pugnalate ad Oristano durante il suo turno di Guardia Medica, o come quella della collega stuprata e picchiata a Scicli di Ragusa nel marzo scorso sempre durante il suo turno di continuità assistenziale.

Ora tocca ad un medico affermato, modesto ed umile, colto e grande proprio per la sua modestia ed umiltà, capace e pronto a rispondere a tutti: un medico all'antica si direbbe. Un Medico. Colui che impersonava quegli aspetti che ne hanno fatto un esempio nella professione, nel sociale, nell'insegnamento della medicina di famiglia, nella formazione come anche nel giudizio sui giovani laureati prima della loro definitiva abilitazione alla professione.

Ma modestia ed umiltà non certo significavano certamente paura di esporsi, anzi. Era da sempre in prima linea per avvalorare il concetto di *prendersi cura* del paziente fondamento della buona cura, un concetto che vedeva proprio nell'empatia il punto base per instaurare e consolidare quel rapporto “medico e paziente” che solo il vero medico possiede e che con tenacia difende.

Un essere in piena regola cosciente dei limiti ma strenuo difensore dei valori che sono propri della categoria che pensa ed agisce con coerenza e dignità. Magari senza proclami, sebbene in una società come la nostra in cui, senza volerne ad alcuno, è preferibile apparire e dire di fare piuttosto che fare senza i clamori della ribalta.

Quando si dice che in questa vicenda si riconosce un'intera categoria, si crede che tutti, ma nessuno escluso, debbano farsi un esame di coscienza: c'è ancor oggi chi perde la vita per una missione. E lo fa senza voler mostrare a chicchessia quanto faccia. Di contro, la nostra stessa società è sempre pronta a elencare le malefatte, quasi sempre supposte, del medico ed è pronta a chiedere danni invocando la mala sanità, quasi che questa ne sia la norma. Come se l'imponderabile non esistesse.

O non considerasse, sfuggendone il concetto, che non sia possibile pensare al termine naturale della vita quand'anche le cure per quanto pronte possano essere inefficaci. Predomina fra i più il concetto del dolo, dell'imperizia, dell'inettitudine come se quegli esempi di dedizione e competenza professionale, impersonati dal **Collega CLAUDIO CAROSINO**, siano sporadici. E' nostro dovere, di tutti i medici, difendere una categoria così tanto bistrattata, ma di contro la categoria deve saper trovare gli stimoli non solo per la sua autodifesa, mettendo in mostra quella parte sana ed indiscutibilmente forte, per contrastare con quella tendenza, ancor oggi isolata, che vede nel *mercimonio della professione* il solo fine plausibile della professione.

La categoria medica si riconosce in quei valori, che l'Ordine difenderà a spada tratta, e che hanno portato all'estrema conseguenza la vita professionale di un medico. Ma quei valori vanno salvaguardati e difesi, con la costanza, la testimonianza attiva, con la solidarietà e con la colleganza. E' duro dirlo ma simili tragedie fanno crescere. Anche se, in tutta onestà, delle tragedie potremmo e dovremmo farne a meno.

Che l'insulsa tragedia della morte, la vera malattia dell'uomo contro cui combatte dalla nascita, possa diventare uno strumento per una resurrezione di un'intera categoria. Che il sacrificio di un vero Medico, sia un esempio della grandezza di una professione da perpetuare e da difendere da tutto ciò che non ne faccia parte.

Dott. Tiberio d'Aloia, Presidente dell'Ordine di Parma

Gestione e complessità di cura nel percorso assistenziale del paziente oncologico in fase avanzata di malattia

Esperienza del gruppo ADI/UOCP del Distretto di Alessandria

C. Endrizzi	medico Hospice Il Gelso
G. D'Amico	medico responsabile Hospice Il Gelso
M. Borgia	infermiera professionale ADI/UOCP Hospice Il Gelso
V. Ghelleri	coordinatrice infermieristica ADI/UOCP Hospice Il Gelso
O. Barresi	medico direttore Distretto di Alessandria

Introduzione

L'organizzazione delle cure palliative per il paziente in fase avanzata di malattia nel Distretto di Alessandria, ASL AI, si è definita attraverso un complesso processo di riassetto, qualificazione e ridistribuzione di risorse umane e servizi presenti nel territorio. A partire da febbraio 2007, data di apertura della struttura Hospice Il Gelso nella città di Alessandria, è stata di fatto individuata un'equipe di cure palliative appartenente ai servizi territoriali dell'Azienda Sanitaria Locale che coopera con il Medico di Medicina Generale (MMG) per la cura del paziente in fase avanzata di malattia. Il MMG coordina il processo di gestione del paziente decidendo il luogo di cura (domicilio, Hospice, Ospedale) ed il momento in cui aprire la cartella domiciliare ADI/UOCP che rende attiva la collaborazione con l'equipe di cure palliative. Il servizio non fornisce un'assistenza di tipo H24, tuttavia, grazie alla collaborazione del personale infermieristico A.D.I. può svolgere la propria attività anche per i giorni festivi.

L'infermiera dedicata all'equipe di cure palliative svolge, oltre all'assistenza infermieristica, la funzione di *case manager*, preposta all'individuazione dei bisogni assistenziali e della loro modificazione durante il percorso di cura, affinché vi sia una risposta il più possibile appropriata e congrua. Il *case manager* è presente da lunedì a venerdì (ore 8.00-16.00) e il sabato mattina.

Il medico dell'equipe di cure palliative dedica alle visite domiciliari parte dell'orario di servizio svolto presso l'Hospice, a seconda delle indicazioni proposte dal medico curante e della valutazione del *case manager*. E' poi presente la figura dello psicologo che può supportare o rinforzare, se richiesto dal sistema paziente-famiglia, la relazione d'aiuto, parte integrante dell'assistenza ad un malato in fase avanzata

di malattia.

La gestione del percorso assistenziale è tuttavia complicato da accessi ospedalieri a volte impropri e sproporzionati rispetto alla fase di malattia. E' stato pertanto eseguito un lavoro di tipo retrospettivo utilizzando sia dati raccolti per verificare il funzionamento del servizio prestato dall'equipe, sia attraverso dati clinici provenienti dall'ambulatorio di Terapia del Dolore dell'Hospice Il Gelso. Questo ambulatorio, funziona per il Distretto di Alessandria, come centro di primo livello per la terapia del dolore, non solo oncologico. Nel Distretto di Alessandria la peculiarità dell'ambulatorio è di avvalersi delle stesse collaborazioni professionali di tipo medico che costituiscono l'equipe di cure palliative. L'ambulatorio di fatto spesso rappresenta il primo contatto di un paziente oncologico con l'Hospice, in un periodo precedente alla necessità di attivazione del percorso di cure palliative. I dati che sono emersi da questa analisi retrospettiva sono interessanti e aiutano a comprendere il percorso del paziente oncologico fino alla presa in carico in cure palliative.

Metodologia

Dalle cartelle cliniche di pazienti oncologici visitati in ambulatorio di terapia del Dolore dell'Hospice Il Gelso nel semestre gennaio-luglio 2010 sono stati estratti alcuni dati relativamente:

alla figura professionale che aveva indicato il paziente (MMG oppure specialista ospedaliero), considerando comunque che all'ambulatorio si accede previa richiesta del medico curante; alla fase di malattia al momento della prima visita ambulatoriale per terapia antalgica; alla terapia antitumorale in corso; al tempo intercorso tra diagnosi di malattia e la prima visita antalgica; al tempo intercorso tra progressione di malattia (o meta stabilizzazione) e prima visita antalgica.

Sono stati poi considerati i pazienti seguiti in ADI/UOCP considerando il numero dei pazienti totali seguiti, il numero dei decessi avvenuti a domicilio o in altra struttura (Hospice, Ospedale, RSA), il numero di pazienti che abitavano fuori della città di Alessandria ma appartenenti al Distretto di Alessandria. Infine delle apposite schede sono state compilate per i pazienti seguiti a domicilio in ADI/UOCP nei due mesi maggio-giugno 2010 contenenti dati relativamente a:

- Chilometri percorsi per recarsi al domicilio del paziente (andata e ritorno dall'Hospice il Gelso), e solo per i pazienti ubicati al di fuori della città di Alessandria
- Motivo dell'accesso domiciliare (se programmato o a richiesta e in quest'ultimo caso motivo della richiesta) e Figura professionale che ha eseguito l'accesso domiciliare
- Tempo di permanenza a domicilio e Tempo impiegato per i colloqui telefonici eseguiti quando non avveniva l'accesso a domicilio
- Tipo e numero di prestazioni eseguite al domicilio per ciascun paziente (terapia endovenosa, intramuscolare o sottocutanea, medicazione, pulizia del cavo orale, rettoclisi, preparazione di pompa elastomerica o Paragon)
- Tipo e numero di colloqui eseguiti a domicilio per ciascun paziente. Sono

state identificate le principali aree tematiche su cui il colloquio verteva, corrispondenti a bisogni specifici del sistema “paziente-famiglia” (formazione del care giver e/o del paziente, informazioni sull’organizzazione del servizio, gestione della terapia e le relative modifiche, relazione d’aiuto); nel caso di richiesta di una relazione d’aiuto, nella scheda veniva specificata la motivazione o le motivazioni principali, distinguendo in: motivazioni di tipo psicologico, problemi familiari (dinamiche familiari o sociali che potevano interferire con la presa in carico), problematiche di ordine esistenziale o spirituale, colloqui di cordoglio post mortem.

Risultati

I risultati sono riassunti nelle tabelle 1, 2 e 3¹ che seguono

Tabella 1: Confronto dati sul totale dei pazienti seguiti nel 2009, nel I semestre 2010 e del campione esaminato

	2009	I semestre 2010	campione
Numero pazienti	95	100	11
Pazienti fuori città (valore %)	36%	46%	72%
Decessi a domicilio(valore %)	26%	20%	36%
Decessi Hospice(valore %)	59%	34%	46%
Decessi in altra struttura(valore %)	15%	12%	18%

Tabella 2: tabella riassuntiva dati calcolati come valore medio per paziente nel campione esaminato (nr 11 pazienti)

Fattori presi in esame	Valore medio per paziente
Durata dell’assistenza espressa in Giorni di Cura (G.d.C.)	27 giorni
Giorni Effettivi di Assistenza, G.E.A. (giorni in cui una o più figure professionali hanno effettuato almeno una visita domiciliare)	11 giorni
Coefficiente Intensità Assistenziale (C.I.A.)	0,4
Volume dei trasferimenti	346 chilometri percorsi
Tempo dedicato per paziente (= Σ tempo colloqui + tempo accesso domiciliare) durante tutto il periodo effettivo di assistenza	7 ore
Tempo di permanenza a domicilio	33 minuti
Tempo complessivo dedicato a colloqui telefonici, in tutto il periodo effettivo di assistenza	37 minuti
Numero totali di prestazioni infermieristiche	12
Nr totale di Colloqui	18
Nr Colloqui per gestione terapia	7
Nr Colloqui per motivi psicologici	5
	3

Tabella 3: dati relativi ai pazienti oncologici (44/103, 43%) afferenti all’ambulatorio di Terapia del Dolore nel primo semestre 2010

INVIO	Su consiglio MMG	25%
	Su consiglio specialista oncologo	54,5%
	Su consiglio specialista ematologo	13,5%
	Su consiglio altri specialisti (terapia dolore o cure palliative)	7%
PROVENIENZA	Distretto di Alessandria	70%
	Distretto Valenza	14%
	Altri Distretti (Tortona, Acqui T.me, Casale M.to) o Provincia Asti	16%
FASE DI MALATTIA	Fase metastatica o progressione di malattia	88%
	Fase di malattia stabile	12%
TIPO DI TERAPIA IN ATTO (in pazienti in fase metastatica o di progressione)	Chemioterapia di tipo palliativo	61%
	Radioterapia palliativa	39%
TEMPO MEDIO tra prima visita antalgica e	diagnosi di malattia	24 mesi
	diagnosi di progressione o metastatizzazione	3 mesi

Discussione

1. Pazienti seguiti/luogo del decesso

Il primo dato che emerge dal confronto (vedi tabella 1) tra il campione studiato, i pazienti dell’intero anno 2009 e di quelli del primo semestre del 2010 è l’incremento del numero di pazienti seguiti a domicilio (100 pazienti del primo trimestre 2010 vs 95 pazienti dell’intero anno 2009) e dei decessi a domicilio (36% del campione vs il 26% del 2009). Per quest’ultimo dato (circa il 40% di decessi domiciliari) il campione esaminato sembrerebbe omogeneo a quanto ipotizzabile dal dato preliminare dell’anno 2010 (20% stabilito sui primi 6 mesi).

Per quanto riguarda i ricoveri in Hospice, il dato del campione è inferiore a ciò che è accaduto nel 2009, e il valore percentuale del 2010 sembrerebbe mostrare un incremento di pazienti deceduti in Hospice dopo un periodo di presa in carico domiciliare; così pure sembrerebbe assistere nel 2010 ad un incremento di decessi in altra struttura.

Occorre sottolineare che nel periodo di attività del Servizio UOCP/Hospice, all’incremento del numero di pazienti seguiti, non si è incrementato il numero di risorse umane disponibili, semmai abbiamo assistito ad una loro diversa utilizzazione, più funzionale alle necessità di tipo amministrativo e gestionale.

E’ certo che la presenza di un’ infermiera dedicata, che svolge sia l’assistenza infermieristica sia la fondamentale funzione di case manager, ha certamente reso possibile una maggiore funzionalità organizzativa. Tuttavia rimane evidentemente un gap di assistenza che non permette di seguire a domicilio i pazienti presi in carico fino alla fine dei loro giorni.

I dati a cui il campione si riferisce mostrano anche che il case manager è la figura professionale più direttamente coinvolta nell’assistenza poiché è presente in tutti gli accessi domiciliari (programmati o a richiesta) e si occupa del monitoraggio telefonico.

Circa nel 40% dei casi l’accesso domiciliare ha coinvolto anche la figura professionale del medico del Servizio UOCP. In questa raccolta di dati manca la valutazione in termini quantitativi della collaborazione con il medico di MMG (per es. come numero di accessi domiciliari in visita congiunta o di contatti telefonici).

Nella tabella 1 è deducibile anche un confronto preliminare tra la proporzione di pazienti che abitano fuori dalla città di

Alessandria, e per i quali è stato eseguito il conteggio chilometrico per identificare il volume dei trasferimenti. La percentuale di pazienti del campione studiato è sicuramente superiore al valore espresso per il 2009, ma la tendenza mostrata dal confronto 2009/2010 mostra comunque un aumento del bacino d'utenza e quindi dell'impegno speso per raggiungere il domicilio del paziente, che in questo lavoro si deduce indirettamente dal chilometraggio effettivamente eseguito per i pazienti seguiti.

Quindi si può affermare che la distribuzione nel campione esaminato probabilmente non corrisponde ai dati acquisiti sul totale dei pazienti seguiti nell'anno 2009, e questa difformità potrebbe incidere su un'alterata valutazione dei dati raccolti; in ogni caso si riflette una tendenza in incremento sia per quanto riguarda il numero dei pazienti seguiti (dal 2009 al 2010), sia per la distribuzione più ampia nel territorio di utenti che chiedono di essere assistiti dal servizio, sia relativamente ad una maggiore consistenza dell'onere assistenziale in termini generali.

2. Tempo dedicato

I dati raccolti sui pazienti domiciliari esaminati, hanno permesso di identificare il tipo di accessi domiciliari eseguiti, il tempo complessivo dedicato ad ogni paziente e il tempo di permanenza a domicilio. Le implicazioni connesse a questo dato sono molteplici, se si considera che è opinione diffusa che un operatore di cure palliative spenda molto del tempo trascorso con il sistema paziente-famiglia in attività di tipo relazionale.

La tabella 2 riassume i dati relativi alla media calcolata nel gruppo preso in esame, da cui si evince che il tempo dedicato al paziente, nel periodo dell'assistenza effettiva, è stato circa di 7 ore per ogni paziente preso in carico, ed è comprensivo non solo del tempo di permanenza a domicilio ma anche del tempo necessario per i contatti telefonici che intercorrono per lo più tra le visite. Si tratta pertanto di pazienti che richiedono un costante monitoraggio e contatto.

Il tempo trascorso a domicilio (33 minuti in media) viene impiegato per prestazioni infermieristiche (circa 12 per paziente) di vario tipo, soprattutto rappresentate dalla somministrazione di terapia parenterale o della sostituzione del dispositivo per infusione di farmaci continua (pompe elastomeriche o paragon), attività specificamente tecniche per le quali diffi-

cilmente può essere addestrato un familiare o il paziente, neppure quando molto competente. La somministrazione di terapia parenterale incide per il 60% circa sul volume delle prestazioni infermieristiche totali erogate, mentre la ricarica di dispositivi per infusione parenterale di farmaci incide per il 20%. Ogni accesso domiciliare ha poi richiesto un colloquio che nella maggior parte dei casi ha riguardato la gestione della terapia (39%) e in misura consistente, ma inferiore, ha risposto ad una relazione d'aiuto (29%). E' tuttavia innegabile che l'operatore di cure palliative deve essere preparato a sostenere e rispondere ad esigenze di tipo psicologico, e non solo, nel contesto paziente-famiglia. Il carico emozionale del *care-giver*, oltre che del paziente, richiede interventi frequenti di monitoraggio, rassicurazione, sostegno che impegnano, in modo difficilmente quantificabile, il tempo dell'assistenza. Ci sono poi tematiche sociali, dinamiche familiari, che, se eluse o negate dall'operatore e dall'equipe, possono inficiare tutto il percorso assistenziale e la possibilità di seguire il paziente a domicilio fino agli ultimi giorni.

Gli accessi domiciliari sono per lo più pianificati e programmati, grazie alla supervisione costante del case manager sui mutamenti nel "clima" del sistema paziente-famiglia. Tuttavia nella nostra esperienza ci sono stati anche degli accessi dettati da una richiesta d'intervento della famiglia, anche appena visitata, per lo più motivati da una richiesta relazionale di tipo psicologico e in misura minore da sintomi refrattari alla terapia già prescritta. Gli accessi a richiesta incidono in proporzione per il 7% sul totale degli accessi eseguiti nel campione considerato (9/126 accessi totali) e segnalano un bisogno di intensificazione delle cure (piuttosto che di emergenza) che per lo più si verifica nella famiglia che decide di curare il proprio congiunto a domicilio fino alla fine dei suoi giorni. Solo in un caso, nel campione esaminato, l'accesso è stato richiesto per il bisogno di rassicurazione del *care giver* di una paziente non ancora nella fase di morte imminente. Tuttavia questa famiglia ha poi richiesto un ricovero ospedaliero in emergenza.

Ciò corrobora l'ipotesi che anche in una famiglia preparata, con una certa capacità di adattamento alla gravità della malattia e un sufficiente affidamento all'equipe, il carico emotivo può indurre a ricoveri impropri. Si precisa tuttavia che grazie alla rete di collaborazione Ospedale-Territorio, questa paziente è stata dimessa dal Reparto ospedaliero per essere ricoverata in Hospice dove si è compiuto il decesso.

3. Complessità dell'intervento e costi

Dagli studi pubblicati emerge (Scaccabarozzi et al.) che la variabilità dei costi complessivi è determinata da tre fattori che sono stati calcolati nel campione di paziente esaminato: la durata dell'assistenza (espressa come numero di giorni di cura, G.d.C.), i giorni effettivi di assistenza (GEA) che è il parametro che correla le risorse professionali coinvolte nel piano di cura, e il coefficiente di intensità assistenziale (C.I.A.) che rappresenta il rapporto tra giorni effettivi di assistenza e giorni di cura e stabilisce, attraverso la frequenza degli accessi, l'intensità assistenziale per quel paziente. Nello studio su citato, questi fattori sono apparsi più appropriati e congrui per determinare una valorizzazione di percorsi assistenziali standardizzati rispetto per esempio alla monetizzazione dell'effettivo onere assistenziale calcolato per ciascun paziente semplicemente calcolando il numero di accessi domiciliari per il valore monetario delle figure professionali coinvolte nell'accesso stesso. Lo studio del gruppo lombardo effettivamente ha correlato al costo alcuni parametri più stabili e rappresentativi della variabilità di bisogni funzionali e assistenziali per categorie di pazienti (per es. in rapporto agli indici di funzionalità generale del paziente come il Karnosky o le ADL), identificando gruppi di pazienti e percorsi assistenziali standardizzati.

In particolare il G.E.A. rappresenta la componente più stabile nella determinazione delle risorse assorbite durante il periodo di presa in carico ed è significativamente correlato ai costi totali.

Pertanto il costo totale per paziente per giornata di copertura viene calcolato moltiplicando il CIA per il valore di GEA; moltiplicando poi il risultato per 30, si ottiene la valorizzazione mensile del piano di cura. Paragonando i dati del

campione esaminato con i dati pubblicati dal gruppo di studio lombardo, per gruppi di diagnosi, il numero medio di G.d.C. del campione è tendenzialmente basso (una media di 27 giorni per paziente) rispetto al periodo di presa in carico considerato nello studio lombardo per il gruppo “pazienti affetti da tumore-cachessia” che è circa di 60 giorni; ciò potrebbe significare che i MMG dei pazienti del campione avviano la richiesta di cure palliative tendenzialmente molto in prossimità del decesso. Anche il valore di GEA, che in letteratura è di quasi 70 giorni per il gruppo di pazienti affetti da tumore-cachessia, appare inferiore nel nostro campione, essendo di soli 11 giorni, configurando quindi circa un accesso ogni due giorni per i pazienti esaminati; tuttavia il Coefficiente assistenziale nel campione esaminato varia da 0,2 a 0,7, con un valore medio di 0,4 (nei dati di letteratura appare essere intorno a 0,6). Quindi si potrebbe avanzare l’ipotesi che pur in un periodo relativamente breve, al di sotto dei giorni di assistenza indicati in letteratura per pazienti affetti da patologia tumorale in fase avanzata, il coefficiente di intensità assistenziale rimane piuttosto alto, vicino al valore soglia di 0,5 che identifica pazienti con elevata intensità assistenziale. Il dato indicato di un accesso domiciliare circa ogni due giorni, per i pazienti del campione (e quindi non più di tre accessi domiciliari per settimana), riporta alla discussione il problema di quale debba essere il modello più appropriato per l’erogazione di cure palliative a domicilio. Diversamente dal modello lombardo che indica come ospedalizzazione domiciliare (con più di tre accessi per settimana e una intensificazione dell’assistenza che prevede l’H24 e i 7 giorni/7) la modalità più appropriata per l’erogazione di cure palliative, nella nostra esperienza essa si configura secondo i parametri dell’Assistenza Domiciliare Integrata (accessi domiciliari inferiori a 3/settimana, e assenza di H24), ed è dettata anche da una necessità di razionalizzazione delle risorse che non permetterebbe un impegno assistenziale superiore. Bisogna dire che la difficoltà di raggiungere il paziente a domicilio con una intensità maggiore, rende ragione della necessità di un monitoraggio telefonico continuativo, almeno nei giorni in cui l’accesso domiciliare non può essere eseguito.

Criticità

Sarebbe interessante completare i dati verificati, non solo aumentando l’entità del campione in studio, ma anche verificando il numero di accessi ai Day Hospital Onco-Ematologici per l’esecuzione di sola terapia di supporto, oppure verificando il numero di accessi incongrui al Dipartimento di Emergenza. L’altra criticità emersa è il tempo relativamente breve durante il quale il paziente viene seguito in ADI/UOCP. Ciò rende particolarmente difficile e doloroso il travaglio che il sistema paziente-famiglia vive quando è richiesto l’adattamento ad una nuova fase del percorso di cura, ovvero quando cessa la terapia antitumorale, e la speranza di guarigione che in essa è proiettata, e quando il passaggio da un’equipe ad un’altra avviene senza soluzione di continuità, in modo repentino. Il MMG rimane l’unico riferimento per il paziente, ma a volte ciò non basta ad accogliere l’equipe di cure palliative e le terapie proposte in modo non così conflittuale, estraneo o ostile. L’adattamento a questa fase di cura e la preparazione al morire richiede tempo, un paziente lavoro relazionale, e fiducia nelle figure che prestano assistenza. E’ vero che la peculiarità dell’equipe di cure palliative del Distretto di Alessandria è quella di gestire non solo l’assistenza domiciliare e l’Hospice, ma anche l’Ambulatorio di Terapia del Dolore. Molti pazienti che non entrano nell’assistenza ADI/UOCP, oppure vi entrano tardi, sono stati precedentemente visitati e conosciuti come pazienti ambulatoriali con richiesta di Terapia del Dolore entrando in questo caso in un sistema di assistenza che impegna le stesse risorse professionali del sistema di assistenza domiciliare. Dai dati raccolti dalle cartelle cliniche ambulatoriali si evince lo stesso elemento critico del “ritardo” nel richiedere una consulenza specialistica rispetto alla fase di malattia in cui il paziente si trova. Si è infatti osservato che il tempo medio intercorso tra la diagnosi di neoplasia e la visita presso l’ambulatorio di Terapia del Dolore è stato in media di 24 mesi, mentre il tempo intercorso tra la diagnosi di progressione o metastatizzazione e la visita antalgica è stato in media di 3 mesi. Se da una parte questo dato può essere spiegato con l’acquisizione di maggiori competenze da parte del MMG e dello speciali-

sta oncologo/ematologo per una efficace cura del dolore, è tuttavia ipotizzabile che l’attesa nel richiedere una consulenza specifica per la terapia del dolore/cure palliative contribuisca al ritardo con il quale i pazienti vengono seguiti in ADI/UOCP. Dai dati ambulatoriali si evince infatti che l’88% dei pazienti visitati erano in fase metastatica e solo una minoranza di pazienti presentavano una malattia stabile con chemioterapia attiva in corso. Per i pazienti con malattia metastatica o in progressione era in corso una chemioterapia di tipo palliativo o una terapia palliativa di altro tipo (radioterapia). E’ intenzione avviare un progetto di *simultaneous care* grazie alle collaborazioni consolidate tra l’equipe di cure palliative e l’equipe oncologica dell’Azienda Ospedaliera di Alessandria. Ciò potrebbe contribuire a selezionare meglio i pazienti per i quali sarebbe utile l’avvio alle cure palliative, che corrisponde anche ad un momento di rilevanza particolare nella comunicazione con il malato e la famiglia. Il medico di cure palliative, che presenzia alle visite eseguite dall’oncologo presso il DH Oncologico, svolgerebbe così una funzione di ponte comunicativo tra il MMG e lo specialista, e aiuterebbe la comunicazione con il sistema paziente-famiglia al fine di favorire l’adattamento ad una fase diversa della cura.

Bibliografia

G.L. Scaccabarozzi, Lovaglio P., Limonta F. Progetto Finanziare i costi per la Long Term Care della U.O nr 2 ASL Lecco, www.asl.lecco.it/curedomiciliari

¹ I risultati in esteso sono disponibili contattando la dott.ssa Endrizzi all’indirizzo di posta elettronica c.endrix@alice.it

Contributi previdenziali ENPAM sui compensi dei medici convenzionati con il SSN

Facoltà di incrementare l'aliquota contributiva a carico del medico

Graziella Reposi



In base agli accordi per la medicina generale, la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale 118 e la pediatria di base, l'ASL provvede a corrispondere all'apposito Fondo di Medicina Generale dell'ENPAM intestato nominalmente al medico i contributi previdenziali sui compensi erogati allo stesso dal SSN, di cui una parte a carico dell'Azienda ed una parte a carico del medico.

Tale contribuzione è finalizzata al conseguimento di una pensione ENPAM a favore del medico convenzionato all'atto del pensionamento di vecchiaia (65 o 70 anni) oppure di anzianità in presenza di determinati requisiti.

Dal 29.07.2009 gli Accordi nazionali per la parte inerente la contribuzione previdenziale prevedono che, **ferma restando la quota di contributo a carico dell'ASL**, i medici convenzionati possono optare, a decorrere dal 1° gennaio 2009 e negli anni seguenti, per l'incremento della parte di aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti.

SCADENZA PER LA SCELTA

Tale scelta si può esercitare una volta all'anno entro il **31 gennaio presentando domanda all'ASL competente su un apposito modello a disposizione presso l'Ordine**. Ovviamente tale opzione dovrà essere comunicata a tutte le ASL con le quali intercorre il rapporto di convenzione.

REVOCA DELLA SCELTA

É possibile revocare tale scelta sempre entro il 31 gennaio di ogni anno. La revoca effettuata dopo tale data avrà effetto per l'anno seguente.

In assenza di comunicazione di variazione della predetta scelta da parte del medico interessato da effettuarsi entro la stessa scadenza, l'aliquota maggiorata a carico del medico resta confermata negli anni successivi.

Riporto di seguito le attuali aliquote contributive:

Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Medici dell'Emergenza Territoriale			
Aliquota contributiva dal 01.01.2008	A carico dell'ASL	A carico del medico	Incremento facoltativo a carico del medico (scadenza domanda 31 gennaio di ogni anno)
16,50%, di cui	10,375%	6,125%	+ 1% fino ad un massimo di + 5%.

Medici Pediatri di libera scelta			
Aliquota contributiva dal 01.01.2004	A carico dell'ASL	A carico del medico	Incremento facoltativo a carico del medico (scadenza domanda 31 gennaio di ogni anno)
15%, di cui	9,375%	5,625%	+ 1% fino ad un massimo di + 5%.

Ricordo che i contributi versati al proprio Ente previdenziale sono integralmente deducibili dal reddito personale soggetto a tassazione, con indubbi vantaggi fiscali.

Fondo Generale ENPAM

I medici nati nell'anno 1946, nel 2011 hanno diritto alla pensione

Graziella Reposi

I medici nati nell'anno 1946, che nel 2011 compiranno il 65° anno di età, avranno diritto alla pensione del Fondo Generale se potranno contare su almeno 5 anni di anzianità contributiva effettiva.

Gli iscritti che, al raggiungimento del 65° anno di età, non hanno raggiunto i requisiti di anzianità contributiva effettiva di cui sopra e non hanno ricongiunto ad altra gestione previdenziale la posizione contributiva esistente presso il Fondo, hanno diritto alla restituzione dei contributi versati in ciascun anno, al netto di una quota pari al 12% dei contributi medesimi, relativa alla copertura dei rischi di invalidità e premorienza, maggiorati degli interessi al tasso annuo del 4,50%.

L'Ente sta inviando a tutti i pensionandi una lettera contenente in sintesi la spiegazione della normativa inerente il pensionamento.

Alla lettera è allegato il **modulo domanda di pensione** contenente, tra l'altro, alcune domande riguardanti la situazione familiare e lo spazio per l'indicazione delle coordinate per l'**accredito della pensione su c/c bancario o su conto Banco posta** che dovrà essere sottoscritto dal medico.

A tale modulo dovrà essere allegata una fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

LA PRATICA POTRÀ ESSERE EFFETTUATA PRESSO L'ORDINE SOLTANTO DOPO IL COMPIMENTO DEL 65° ANNO DI ETÀ.

L'Ordine provvederà ad accludere il certificato di iscrizione all'Albo professionale e ad inoltrare la documentazione all'ENPAM che entro pochi mesi erogherà la pensione.

La pensione decorre dal mese successivo al compimento del 65° anno, sempreché la domanda relativa venga presentata entro 5 anni dal compimento dell'età pensionabile; in questo caso saranno corrisposte le mensilità arretrate. Trascorsi i 5 anni, la pensione è liquidata dal mese successivo a quello di presentazione della domanda.

In tal caso l'iscritto ha diritto ad una somma pari a cinque annualità della pensione maturata al 65° anno di età, con esclusione delle rivalutazioni ISTAT.

Dal 24 luglio 2006 è possibile rinviare, su base volontaria, il pensionamento fino al 70° anno di età.

LA PENSIONE ORDINARIA NON PREVEDE NÉ LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE NÉ LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO ED È CUMULABILE CON IL REDDITO PROFESSIONALE OD ALTRE PENSIONI.

MISURA DELLA PENSIONE

La pensione è costituita dalla somma delle seguenti quote:

a) "Quota A", corrispondente ai contributi minimi versati tramite la cartella esattoriale con diminuzioni relative agli eventuali anni di contribuzione ridotta;

b) "Quota B", corrispondente ai contributi pagati proporzionalmente in percentuale del 12,50%, del 2% o dell'1% sui redditi libero professionali eccedenti il reddito già soggetto al contributo fisso, oppure ad eventuali contributi volontari versati in base a precedenti regolamenti.

In attuazione dell'art. 7 legge 29/12/1988 n. 544 la pensione ordinaria, a domanda dell'interessato, può essere integrata fino a concorrenza dell'importo minimo mensile della pensione erogata dal Fondo Pensioni lavora-



tori dipendenti. Tale integrazione può essere attribuita soltanto se gli altri redditi dell'interessato (esclusa la pensione ENPAM e la casa di abitazione) sono inferiori ad un limite massimo variabile ogni anno (per l'anno 2010 € 11.984,96 per il pensionato solo; mentre per coloro che sono soggetti al cumulo degli eventuali redditi del coniuge, i limiti sono:

€ 29.962,36 per i pensionati dall'1.1 al 31.12.1994 e € 23.969,92 per i pensionati dall'1.1.1995).

La pensione viene corrisposta per dodici mensilità ed è soggetta a rivalutazione annuale in base agli indici ISTAT.

Non è prevista la 13ª mensilità.

I medici iscritti ai Fondi speciali di previdenza (Fondo specialisti ambulatoriali, Fondo generici, pediatri e addetti ai servizi di guardia medica e continuità assistenziale, Fondo specialisti convenzionati esterni) che hanno cessato il rapporto convenzionale senza aver raggiunto l'anzianità contributiva prevista per i Fondi Speciali, maturano al 65° anno di età anche il diritto alle prestazioni previste dai predetti Fondi Speciali. **Sono a disposizione per chiarimenti al riguardo.**

La cessazione dell'attività lavorativa senza requisiti per la pensione

Paolo Quarto

La recente manovra finanziaria attuata con il decreto legge 78 e con la legge di conversione 122 del 31 luglio 2010, a parte le innovazioni apportate nell'allungamento a 12 mesi della decorrenza effettiva della pensione per coloro che ne matureranno i requisiti a partire dal 1° gennaio 2011, ha introdotto alcune importanti modifiche agli istituti normativi posti a tutela delle posizioni contributive degli iscritti che cessano l'attività lavorativa senza però aver maturato i requisiti di età e/o di contribuzione per il diritto a pensione, con particolare riferimento ai dipendenti pubblici, e quindi, per quel che ci riguarda più da vicino, ai medici dipendenti pubblici iscritti all'INPDAP.

Fino all'entrata in vigore della legge 122, questi medici dipendenti pubblici, in caso di cessazione dal servizio prematuramente, senza aver già raggiunto i requisiti di età e di contribuzione per la pensione (di anzianità o di vecchiaia) avevano la scelta tra le seguenti possibilità:

- a) - costituire la posizione contributiva presso l'INPS, gratuitamente, in base alla legge 322/1958, per poter maturare presso quest'ultimo Istituto, in caso di anzianità contributiva almeno pari a 20 anni, la pensione di vecchiaia al compimento del 65° anno di età per gli uomini o al 60° anno per le donne (quest'ultima età è infatti prevista per le pensioni di vecchiaia INPS alle donne);
- b) - ricongiungere in base all'art. 1 della legge 29/1979 la posizione INPDAP, gratuitamente, ad altra già esistente presso l'INPS (o aperta in relazione ad attività lavorativa dipendente privata) per poter maturare presso quest'ultimo Istituto la pensione di vecchiaia o anche di anzianità al completamento dei prescritti requisiti di età e di contribuzione;
- c) - ricongiungere ai sensi della legge 45/1990, con oneri a proprio carico, la posizione INPDAP all'ENPAM, presso uno dei Fondi Speciali, in caso di avvio di nuova attività in regime di convenzione con il SSN nella medicina generale, nella specialistica ambulatoriale, ecc.;
- d) - avvalersi della totalizzazione al compimento del 65° anno di età o dei 40 anni di contribuzione per ricevere la quota di pensione relativa alla posizione rimasta presso l'INPDAP sempre che costituita da periodi contributivi non inferiori a tre anni;
- e) - completare i requisiti minimi occorrenti per la pensione avvalendosi della prosecuzione volontaria (incompatibile tuttavia con l'iscrizione ad altri Fondi di Previdenza obbligatoria, tra cui i Fondi Speciali ENPAM per i medici convenzionati con il SSN e il Fondo di Previdenza Generale –quota B, cosiddetto della libera professione.

Dopo gli interventi normativi recati dalla legge 122, cosa rimane e come sono state modificate le possibilità di utilizzazione della posizione contributiva ?

La legge 322/1958 è stata abrogata a partire dal 31 luglio 2010. Non sarà quindi più possibile per i medici dipendenti pubblici chiedere in futuro il trasferimento gratuito all'INPS, fatta eccezione, ovviamente per coloro che abbiano presentato la domanda di costituzione prima dell'entrata in vigore della legge. In tali casi infatti le richieste avranno il



loro regolare corso

La ricongiunzione all'INPS, in base all'art. 1 della legge 29/1979 (possibile in concreto, soltanto se l'iscritto possiede già una pregressa posizione contributiva nel FPLD INPS) non sarà più gratuita, ma teoricamente e parzialmente onerosa., nel senso che l'INPS una volta calcolata la riserva matematica della pensione virtuale ottenibile con la ricongiunzione, sottraendo dalla riserva i contributi INPDAP trasferibili (rivalutati al tasso del 4,5% annuo) determinerà l'eventuale differenza ponendone il 50% a carico del richiedente.

La totalizzazione rimarrà possibile secondo i requisiti e le condizioni previste dal decreto legislativo 42/2006, ma con una rilevante modifica in ordine alla decorrenza. **Per le pensioni in regime di totalizzazione, la cui decorrenza era prevista dal mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda, l'erogazione effettiva dell'assegno pensionistico slitterà di ben 18 mesi dal raggiungimento dei requisiti di età (totalizzazioni a 65 anni) e o di contribuzione (totalizzazioni con 40 anni di contributi).**

La decorrenza immediata dopo la presentazione della domanda rimarrà soltanto nei casi in cui i requisiti di età e/o di contribuzione risultino completati entro il 31 dicembre 2010.

Nessuna innovazione è intervenuta invece per le possibilità di ricongiungere la posizione INPDAP all'ENPAM in base alla legge 45/1990 (ricongiunzione onerosa) o di avvalersi della prosecuzione volontaria (con le restrizioni e le incompatibilità accennate per chi è iscritto ai Fondi ENPAM).

Una grande novità derivante dalla legge 122 non esplicitata da alcuna disposizione della legge stessa, ma enunciata recentemente dall'INPDAP con apposita circolare, è invece quella di considerare, anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa pubblica, il mantenimento della posizione contributiva presso l'Istituto, come utile per il diritto a pensione presso lo stesso INPDAP sia per la pensione di anzianità sia per la pensione di vecchiaia.

Il principio in base a cui, cessato il servizio pubblico senza il raggiungimento dei requisiti per la pensione, l'INPDAP non corrisponde la pensione, per effetto dell'abrogazione della legge 322/1958, è stato infatti ora abbandonato.

I dipendenti pubblici che, cessati dal servizio senza diritto a pensione, hanno mantenuto o manterranno la posizione contributiva presso INPDAP, al raggiungimento dei requisiti di età e di contribuzione previsti dalla vigente normativa, potranno ricevere la pensione direttamente dall'Istituto

Per evidenziare questa straordinaria opportunità ora offerta dall'INPDAP ipotizziamo il caso del medico che dopo venti anni e più di servizio decide di lasciare l'attività dipendente per passare alla libera professione o alle attività convenzionate. Egli non avrà più necessità di ricongiungere e di trasferire i contributi versati per non perderli e utilizzarli altrove: quando avrà raggiunto l'età di vecchiaia (65 anni per gli uomini, 61 anni fino al 2011 e 65 dal 2012 per le donne), potrà richiedere la pensione direttamente all'INPDAP, che la calcolerà secondo la propria normativa (e con le rivalutazioni fino alla decorrenza).

Pagamento acconti riscatti ENPAM entro il 15 dicembre

Graziella Reposi

Gli iscritti che, avendo presentato domanda di riscatto per tutti i FONDI ENPAM (anni di laurea e specializzazione, servizio militare o civile sostitutivo, allineamento), sono ancora in attesa di ricevere il prospetto con il calcolo dell'onere del riscatto e sono comunque interessati al pagamento – entro il 31 Dicembre 2010 – di un acconto a scomputo del contributo dovuto, anche al fine di poter fruire del beneficio della deducibilità totale dal proprio imponibile fiscale come previsto dall'art. 13, punto 1, lettera a, DLgs 47/18.02.2000, possono effettuare il versamento di un acconto all'ENPAM, tramite bonifico bancario, **ENTRO E NON OLTRE IL 15 DICEMBRE 2010** con le seguenti coordinate bancarie

Banca Popolare di Sondrio
IBAN
IT06 K 05696 03200 000017500X50

E' importante specificare nella causale:

- **cognome e nome**
- **il proprio codice ENPAM**
- **il tipo di riscatto**
- **il Fondo presso il quale viene effettuato il riscatto**

È anche possibile, nel caso di un riscatto già in corso di pagamento, effettuare sempre entro tale termine e con le soprariportate modalità, un versamento aggiuntivo una tantum nei limiti ovviamente del debito residuo. In questo caso tale versamento non sostituisce la rata di dicembre che dovrà essere comunque versata alla scadenza prevista.

Copia della ricevuta del bonifico dovrà essere immediatamente inviata all'ENPAM, **fax 06.48294.978** onde permettere la tempestiva acquisizione dei dati da parte dell'Ente.

Il versamento dell'acconto può essere effettuato anche contestualmente alla presentazione della domanda di riscatto.

Gli interessati possono inoltre effettuare anche versamenti aggiuntivi relativi a piani di ammortamento di riscatto già attivati, ovviamente nei limiti del debito residuo, con le stesse modalità.

ENPAM Pensione supplementare a favore dei medici ultra65enni che hanno versato il contributo sul reddito libero professionale

Ricordo che ai sensi del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM agli iscritti che contribuiscono alla "Quota B" (contributo proporzionale sulla libera professione) anche dopo il compimento del 65mo anno di età compete un supplemento di pensione, calcolato in base ai contributi versati con l'aliquota del 2% e dell'eventuale 1%.

In passato tale supplemento di pensione doveva essere richiesto dall'interessato con apposita domanda presentata a distanza di almeno tre anni dall'anno di riferimento della relativa contribuzione e, successivamente, dopo tre anni dalla data di decorrenza del precedente supplemento.

DALL'ANNO 2004 E' PREVISTO CHE LA LIQUIDAZIONE DEL SUPPLEMENTO DI PENSIONE AVVENGA D'UFFICIO DA PARTE DELL'ENPAM OGNI TRIENNIO, SULLA BASE DI TUTTI I CONTRIBUTI RELATIVI AL PERIODO DI RIFERIMENTO E PERTANTO NON E' PIU' NECESSARIO PRESENTARE TALE DOMANDA.

Viene così evitato l'eccessivo onere che la precedente modalità di liquidazione poneva a carico dei pensionati.



Struttura Complessa di Urologia di Novi Ligure
Responsabile Dott. Franco Montefiore

P.A.S.S.

Progetto Andrologico di Screening per Studenti

con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Alessandria

Coordinatori:

Dott. Franco Montefiore, Dott. Fabio Bonini, Dott.ssa Elena Maccarini, (Soc. Urologia Novi Ligure)

Dott. Flavio Boraso, Dott.ssa Pamela Morelli (Direzione Sanitaria Novi Ligure)

Un P.A.S.S. per i giovani d'oggi, papà di domani, per entrare nel mondo degli adulti in modo consapevole ed informato.

Il Progetto P.A.S.S. promosso dalla Struttura Complessa di Urologia dell'Ospedale di Novi Ligure e dal Rotary Club di Novi Ligure nasce con l'intento di fornire ai giovani d'oggi, papà di domani, le corrette informazioni e le opportunità di diagnosi e trattamento delle eventuali problematiche uro-andrologiche al fine di entrare con serenità nell'età adulta.

L'andrologo viene comunemente definito il "ginecologo del maschio" e l'andrologia è quel ramo specialistico della medicina che si occupa della funzione riproduttiva e sessuale dell'uomo. Nell'età adolescenziale le patologie andrologiche hanno un'incidenza del 30-40% e possono essere piuttosto semplici (frenulo breve, fimosi, incurvamento penieno), oppure pericolose (tumore del testicolo, criptorchidismo, torsione del funicolo), o altre che se non riconosciute e trattate per tempo potranno causare problemi di infertilità (varicocele, infezioni urogenitali). E' importante quindi offrire ai nostri giovani l'opportunità di riconoscere questi problemi ed eventualmente di risolverli prima che possano comportare dei danni per la loro vita sessuale e riproduttiva futura. E questa esi-

genza è oggi ancora più sentita se pensiamo che l'abolizione della visita di leva (dal 1° Gennaio 2005) ha posto un rilevante problema a livello di diagnosi precoce: occorre evitare che l'andrologo si trovi a intervenire su situazioni patologiche ormai compromesse da diagnosi tardive e da un mancato intervento educativo e preventivo.

Infatti un altro ambizioso scopo che il progetto P.A.S.S. si è posto è quello della prevenzione primaria: mirando cioè, ad evitare che una malattia possa verificarsi. Questo è possibile mediante un'attenta informazione sui rischi legati a cattive abitudini ed esposizioni a fattori di rischio noti (fumo di sigarette, abuso di sostanze anabolizzanti e/o droghe, malattie sessualmente trasmesse) che potrebbero dare in futuro gravi problemi.

Dott. Franco Montefiore

Direttore SOC Urologia PO Novi L.

Dott. Flavio Boraso

Direttore Sanitario PO Novi L.



**Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria**

Responsabile SSD Reumatologia: Dr. P.A. Rocchetta

Problematiche infettivologiche e malattie reumatiche

con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Alessandria

**VENERDÌ 10 DICEMBRE 2010
Salone di Rappresentanza**

**Ospedale Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Via Venezia, 16 - Alessandria**

I SESSIONE - Moderatori: M. Azzini, P. Davio

- 09,00 Artrite infiammatoria e artrite settica: il ruolo del radiologo nella diagnostica differenziale - *E. La Paglia*
- 09,20 Malattie reumatiche correlate ad infezione da HCV - *P. Stobbione*
- 09,40 Infezioni (virali, batteriche) in corso di malattie reumatiche; vaccinazioni e autoimmunità - *M. Pirisi*
- 10,00 Tubercolosi in pazienti con malattie reumatiche - *E. Mantia*
- 10,20 Meccanismo d'azione dei farmaci immunosoppressori impiegati in reumatologia - *M. Parodi*
- 11,10 Trattamento con farmaci ANTI-TNF α: linee di condotta e tolleranza - *P.A. Rocchetta*
- 11,30 **Letture magistrali** Sicurezza sull'impiego dei farmaci biologici - *M. Montecucco*
- 12,00 Terapia immunosoppressiva in pazienti reumatici con concomitante infezione da HBV e HCV - *R. Carbone*
- 12,20 Diagnosi e trattamento della sepsi in pazienti immunocompromessi - *P.G. Orsi*
- 12,40 Reumatismo articolare acuto: esiste ancora? - *L. Cattaneo*

II SESSIONE - Moderatori: A. Robiglio, A. Vecchio

- 14,15 Il ruolo del farmacista nel monitoraggio delle infezioni ospedaliere - *M.L. Savi*
- 14,30 La cura delle lesioni cutanee nelle malattie reumatiche - *M. Muncinelli*
- 15,00 Il ruolo dell'infermiere nell'emergenza reumatologica-infettiva - *G. Bertin, P.A. Colombo*
- 15,30 Protocolli infermieristici e procedure invasive - *S. Buscemi, M. Zoppi*
- 16,00 Discussione e conclusioni
- 16,30 Questionario ECM

Per Iscriverti:

www.3000eventi.com/10dicembre2010.htm

(l'indirizzo va scritto direttamente nella barra dell'indirizzo, e NON inserito in un motore di ricerca, come ad esempio Google)

Segreteria organizzativa

3000eventi snc
Via Lamarmora 3
20122 Milano
Tel. 02 89057219
info@3000eventi.com



Il trattamento integrale dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori e delle sue complicanze. Incontro con la flebologia moderna

Presidente e organizzatore del corso **Dott. G. Giffoni - Dott. F. Bruno**

**ALESSANDRIA 4 DICEMBRE 2010
Sala Congressi Istituto Clinico Salus
Via Trotti, 21 - Alessandria**

PRIMA SESSIONE - Ore 8,30 - 10,30 Prima parte teorica

"Miscellanea di terapia dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori - I" - Moderatori: F. Bruno, E. Calabrese

Relazioni:

- Quali farmaci nel trattamento dei sintomi e nella prevenzione delle complicanze dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori" (P. Castagno)
- La prescrizione del tutore elastico in gravidanza (M. Aimone)
- Il trattamento del linfedema associato ad insufficienza venosa cronica degli arti inferiori (A. Macciò)
- Attuali orientamenti nel trattamento chirurgico dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori (G. Viglione)
- Il trattamento delle teleangectasie: scleroterapia o laser (R. Nobile)

Ore 11,00 - 13,00 Parte pratica

(Previsti 3 workshop di 2 ore ciascuno da svolgere in parallelo e da ripetere al pomeriggio in modo da offrire una maggior possibilità di scelta dei partecipanti)

- 1) Il bendaggio compressivo in flebologia (C. Sappino - 15 partecipanti)
- 2) Il trattamento dell'ulcera vascolare con medicazioni interattive (A. Crespi - 15 partecipanti)
- 3) Diagnostica ecocolordoppler nell'insufficienza venosa cronica (G. Varetto - 15 partecipanti)

SECONDA SESSIONE - Ore 14,00 - 15,30 - Seconda parte teorica

"Miscellanea di terapia dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori - II" - Moderatori: P. Paschè, L. Contessa

Relazioni:

- La gestione domiciliare dei pazienti con trombosi venosa (A. Rostagno)
- Il trattamento delle complicanze trombotiche venose nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia (F. Bruno)
- Il rischio tromboembolico in chirurgia ortopedica con riferimento ai difetti della postura (P.P. Mauro)

Ore 15,30 - 16,00 - Compilazione questionario ECM

Ore 16,30 - 18,30 - Parte pratica

- 1) Il bendaggio compressivo in flebologia (C. Sappino - 15 partecipanti)
- 2) Il trattamento dell'ulcera vascolare con medicazioni interattive (A. Crespi - 15 partecipanti)
- 3) Diagnostica ecocolordoppler nell'insufficienza venosa cronica (G. Varetto - 15 partecipanti)

Segreteria organizzativa La segreteria organizzativa è l'ISFAI - Tel. 0362 824221 - 0362 844204 - Fax 0362 824403

formazione@policlinicodimonza.it - ecm@policlinicodimonza.it

Crediti ECM Il corso è in fase di accreditamento presso il sistema ECM nazionale



CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

Elezione Segretario Regionale FIMMG Piemonte e rinnovo cariche di Segreteria

Il Consiglio Regionale della FIMMG Piemonte riunito in seduta elettiva lo scorso 2 Ottobre 2010 ha nominato il dottor **Roberto VENESIA** nuovo Segretario Generale Regionale della FIMMG piemontese.

Sono poi stati eletti alle rispettive cariche:

dr. **Camillo MILANO** (FIMMG Alessandria) Vice Segretario Regionale Vicario

dr. **Enrico MODINA** (FIMMG Biella) Vice Segretario Regionale

dr.ssa **Manuela LERDA** (FIMMG Cuneo) Segretario Amministrativo

Eletti membri effettivi del Collegio dei Revisori dei Conti:

dr. **Francesco LAURIOLA**

dr. **Giovanni SCARRONE**

dr. **Roberto FORMAGGIO**

Eletto membro supplente del Collegio dei Revisori dei Conti

dr. **Massimo CASULINI**

Ci congratuliamo vivamente con il Dott. Camillo Milano, Segretario Provinciale FIMMG, per l'importante incarico.



Dal 1° ottobre è attiva la polizza Responsabilità civile da colpa grave

Il 1° luglio 2010 sono stati attivati due nuovi servizi: il **PRONTO SOCCORSO MEDICO LEGALE** e la **POLIZZA DI TUTELA LEGALE** a disposizione GRATUITA di tutti gli iscritti.

A partire dal 1° ottobre l'Anaa Assomed ha completato il pacchetto dei servizi di tutela per i suoi iscritti offrendo, tramite convenzione con Morganti Insurance Brokers valida dal 1° ottobre 2010 fino al 31 dicembre 2013, la possibilità di aderire ad una **POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE DA COLPA GRAVE** a condizioni particolarmente vantaggiose.

LE CONDIZIONI

- Possibilità di adesione da parte di tutti gli Associati ANAAO ASSOMED dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari non medici) compresi i Medici in formazione specialistica.
- Modalità di attivazione della polizza diretta da parte dell'interessato ESCLUSIVAMENTE ON-LINE.
- Copertura sul singolo, che dunque si vede garantito anche in caso di passaggio da un Ente all'altro.
- Copertura completa per l'attività libero professionale intramoenia.
- Retroattività fino a dieci anni precedenti alla data di decorrenza della polizza.
- Massimali fino a € 5.000.000,00 per persona, per sinistro e/o sinistri in serie e per anno assicurativo.
- La polizza non prevede alcuna franchigia.

- La polizza prevede una postuma di due anni qualora l'Assicurato dovesse cessare per sua libera volontà l'attività professionale con possibilità di estensione annuale con supplemento di premio.

DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio assicurativo dovrà essere pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione attraverso le modalità di pagamento attive nel momento dell'adesione (bonifico bancario - carta di credito). La copertura assicurativa ha durata annuale con termine al 31/12 di ciascun anno.

DENUNCIA SINISTRI

L'Assicurato deve far denuncia scritta di ciascun sinistro entro e non oltre i 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. Alla denuncia dovrà far seguito con urgenza l'invio della documentazione e degli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

L'Associato che volesse aderire deve collegarsi alla home page del sito www.anaao.it ed entrare nella sezione dedicata alla polizza. Cliccando su ADERISCI accede, dopo aver inserito la propria login e password, al sito del broker dove troverà le indicazioni per sottoscrivere la polizza.



Fiocco azzurro

Esprimiamo le più vive felicitazioni ai Colleghi Azzurra Barbagallo e Federico Zanottera per la nascita del piccolo

FRANCESCO

Alessandria, 8 ottobre 2010

Partecipazione

La Redazione di "Alessandria Medica" partecipa al dolore del Consigliere

Dott. Mario Negri
per la scomparsa della cara consorte

LUCETTA SALVADE'

Elenco dei medici supplenti

L'elenco dei medici disponibili alle sostituzioni è consultabile sul sito Internet nella Sezione "SANITA' CONVENZIONATA". Gli interessati possono anche chiederne copia alla Segreteria dell'Ordine.

La Redazione di "alessandriamedica"

augura
a tutti gli iscritti
un sereno Natale
ed un Felice Anno Nuovo

Durante le prossime festività gli uffici rimarranno chiusi nei giorni:
venerdì 24 dicembre 2010,
venerdì 31 dicembre 2010
e venerdì 7 gennaio 2011



ALBI PROFESSIONALI

MEDICI CHIRURGHI
Iscritti al 04.11.2010
N. 2066

Duplici iscritti: N. 233

ODONTOIATRI
Iscritti al 04.11.2010
N. 387

Calendario Appuntamenti Culturali

03.12.2010 - 14,30-19,00
(4) Salone di Rappresentanza Ospedale Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Alessandria

CHIRURGIA TORACICA AD ALESSANDRIA: PRESENTE E FUTURO

04.12.2010 - 14,30-19,00
(3) Sala Congressi Istituto Clinico Salus - Alessandria (Via Trotti, 21)

IL TRATTAMENTO INTEGRALE DELL'INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA DEGLI ARTI INFERIORI E DELLE SUE COMPLICANZE. INCONTRO CON LA FLEBOLOGIA MODERNA.

IL CORSO È IN FASE DI ACCREDITAMENTO PRESSO IL SISTEMA ECM NAZIONALE.

10.12.2010 - 08,30-16,30
(1) Salone di Rappresentanza Ospedale Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Alessandria

PROBLEMATICHE INFETTIVOLOGICHE E MALATTIE REUMATICHE.

IL CORSO È ACCREDITATO PER MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE E FARMACISTA.

(1) Convegno organizzato dal SSD Reumatologia dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria.

(3) Corso organizzato da ISFAI con il patrocinio del Policlinico di Monza, dell'Istituto Clinico Salus, del Club Flebologico Piemontese.

(4) Convegno organizzato dalla Chirurgia Toracica dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria.

Si pregano gli interessati di segnalare con tempestività le date di ogni incontro.



**Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Stassano
Specialista in Igiene**

PRELIEVI h. 8-10 SENZA PRENOTAZIONE

REFERTI h. 15/16

Corso Cento Cannoni, 18
15100 ALESSANDRIA
Tel. 0131/254745 - Fax 0131/235886

PARTICOLARI AGEVOLAZIONI AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA ED AI LORO FAMILIARI



**ASSICURAZIONE
R.C. AUTO - FURTO - INCENDIO
KASKO E GARANZIE ACCESSORIE**



**ASSICURAZIONE
INFORTUNI**



ASSICURAZIONE ABITAZIONE



**ASSICURAZIONE
STUDIO E UFFICIO**



**CONSULENZA PERSONALIZZATA PER
LA PREVIDENZA INTEGRATIVA**