

## SOMMARIO 4/2005

## COMUNICAZIONI

- Assistenza Domiciliare Integrata – Cure palliative:  
l'esperienza della Vallagarina pag. 03
- MMG titolari e sostituti: rapporti economici pag. 15
- ARMET Associazione Ricerca Medica Trentina pag. 18
- Progetto di proton terapia pag. 19

## ODONTOIATRIA

- LEA e riduzione odontoiatria pubblica pag. 22
- Prestazioni odontoiatriche pubbliche in Trentino pag. 23

## ENPAM

- Elezioni ENPAM: risultati pag. 26

## CONVEGNI – CONGRESSI

- Dignità della persona e qualità della cura nelle ultime fasi della vita pag. 28
- La gestione del dolore postoperatorio pag. 30

ELEZIONI CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE TRIENNIO 06-08: PAG. 17
--

**COMUNICATO IMPORTANTE****STAMPANTI ECOGRAFICHE SONY RUBATE**

Il Comando dei Carabinieri di Trento ha comunicato all'Ordine dei Medici una lista di N, 46 stampanti marca Sony che costituiscono corpo di reato. Chi possedesse una stampante di codesta marca è pregato, nel suo interesse, di comunicare agli Uffici dell'Ordine, **entro il 30 ottobre** il numero di serie riportato sulla stessa. Chi fosse in possesso, anche in buona fede, di una macchina rubata incorrerebbe nelle sanzioni previste dalla legge.



## **Assistenza Domiciliare Integrata.**

### **Cosa è cambiato con l'avvio del servizio di cure palliative.**

#### **L'esperienza del servizio di cure palliative della Vallagarina**

Alessandro Fedrizzi (\*), Cinzia Suriani (\*\*)

(\*) responsabile del servizio di cure palliative del distretto servizio della Vallagarina,  
(\*\*) coordinatore infermieristico del servizio di cure palliative del distretto della Vallagarina

Corrispondenza a:

[Alessandro.Fedrizzi@apss.tn.it](mailto:Alessandro.Fedrizzi@apss.tn.it)

[suriani@apss.tn.it](mailto:suriani@apss.tn.it)

#### **Riassunto**

*Con l'avvio del servizio di cure palliative (CP) è mutato radicalmente lo scenario dell'assistenza domiciliare. Con la modalità dell'assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADICP) è ora possibile assistere a domicilio tutti i pazienti che lo desiderano, anche Pazienti molto impegnati. Si tratta di Pazienti oncologici che sino ad ora trascorrevano una parte rilevante dell'ultimo periodo della loro vita in ospedale (il 38.7% dell'ultimo mese e mezzo di vita) e che ora vengono assistiti a domicilio da una équipe di medici ed infermieri del distretto. L'équipe opera in forte integrazione con i Medici di medicina generale (MMG), con le UO ed i servizi ospedalieri (DH oncologico, servizio trasfusionale, ...), con i servizi sociali del Comune e del Comprensorio e con il volontariato organizzato. L'esame dei dati di un questionario di gradimento anonimo inviato dopo il decesso a tutti i familiari evidenzia un alto livello di apprezzamento dell'utenza per la tempestività e l'efficacia nel controllo dei sintomi, la completezza delle informazioni ricevute ed il rispetto della volontà del paziente.*

#### **Sviluppo delle CP in Italia ed in Trentino**

Lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza, la necessità di un sistema coordinato di relazioni tra erogatori sanitari e sociali ed il peso crescente delle malattie croniche gravi, non suscettibili di trattamenti risolutivi, hanno portato ad un mutamento delle strategie di sanità pubblica, privilegiando gli interventi domiciliari e territoriali rispetto a quelli ospedalieri.

In questo quadro di rinnovata attenzione ai bisogni della persona ed alla qualità dell'assistenza si sono di recente sviluppate anche in Italia le cure palliative (Tab. 1)

Con la delibera 2427 del 29/9/2000 "Indirizzi per l'attivazione delle cure palliative" la PAT ha disegnato lo scenario di sviluppo delle CP in trentino.

Nel novembre del 2000 ha preso avvio il servizio di CP nella città di Trento che negli anni 2001 e 2002 si è esteso a interessare tutto il distretto di Trento e Valle dei laghi. Dal giugno 2004 è attivo un servizio di CP nel distretto della Vallagarina.

**TAB. 1 STORIA DELLE CURE PALLIATIVE IN ITALIA E NEL MONDO**

- 1967 viene fondato in Inghilterra il primo Hospice (St.Christopher's Hospice, Londra)
- 1973 costituzione dello IASP (Associazione Internazionale per lo studio del dolore)
- 1973 prima pubblicazione sulla morfina per OS
- 1977 nasce in Italia la Fondazione Floriani
- 1977 Servizio di Terapia del Dolore (Istituto Tumori di Milano)
- 1986 Pubblicazione del volume dell'OMS "Cancer Pain Relief"
- 1987 Costituzione Società Italiana di cure palliative (SICP)
- 1989 Costituzione della Scuola Italiana di cure palliative (SIMPA)
- 1991 Pubblicazione dell'OMS "Cancer Pain Relief and Palliative Care"
- 1991 Comitato Etico della Fondazione Floriani
- 1998 Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (finanziamento degli Hospice)

**Caratteristiche delle CP**

Le CP domiciliari che si rivolgono alla persona con tumore in fase avanzata di malattia sono in grado di garantire un'assistenza continua, personalizzata, finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascun Paziente. (Tab. n° 2 e 3).

Le CP richiedono un alto grado di integrazione tra i soggetti coinvolti: pazienti, familiari, personale sanitario del Distretto, MMG, Medici di continuità assistenziale (guardia medica), U.O. Ospedaliera, Medici Specialisti, Servizi Sociali del Comune e del Comprensorio, U.O. di Psicologia Clinica, Volontariato organizzato.

La complessità dei problemi clinico, relazionali, assistenziali e di integrazione tra servizi diversi che pone il Paziente oncologico terminale richiede risposte qualificate, tempestive, continuative e coordinate. Il carico assistenziale della famiglia è talora assai oneroso. L'assetto organizzativo deve dunque presidiare l'integrazione e la comunicazione tra i numerosi attori coinvolti, evitando la frammentazione dei bisogni e creando le condizioni gestionali e professionali per interventi unitari e continuativi, evitando risposte isolate e prestazioni tra loro contrastanti, discontinue, scoordinate.

**Modelli organizzativi delle CP**

Nel sistema sanitario italiano, come in altri paesi, la maggior parte dell'assistenza medica che richiede un Paziente che muore a casa è erogata dal MMG (1,2). Diversi studi mostrano che, se lavora da solo, la capacità del MMG di rispondere a tutti i bisogni assistenziali è limitata (3-14). Un Servizio specialistico di cure palliative (SCP) è in grado di garantire un livello di assistenza superiore, tuttavia l'assistenza migliore viene raggiunta quanto entrambi lavorano assieme (15).

La letteratura sulla collaborazione tra un SCP ed il MMG si riferisce quasi esclusivamente alla specifica collaborazione tra MMG ed équipe di infermieri (17-21).

Sino a pochi anni fa vi erano pochi SCP in Italia (22) e le cure palliative (CP) domiciliari erano lasciate completamente al MMG, in alcuni casi con l'aiuto dell'infermiere del distretto con la modalità dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Con il piano sanitario nazionale 1998-2000 e con la legge 39/99 si è avuto un enorme impulso allo sviluppo delle CP su tutto il territorio nazionale. I modelli scelti a livello locale variano da una

semplice attività programmata del MMG, con eventuali consulenze specialistiche, sino alla presa in carico complessiva del Paziente da parte di équipe di specialisti.

La scelta strategica fatta in Trentino nei due distretti di Trento e Rovereto è stata quella di cercare di coniugare l'esigenza di una assistenza specialistica (con presenza dunque, come in ogni programma di CP, di personale dedicato) con quella di una forte integrazione con la medicina di base. Integrazione che nelle esperienze italiane ed estere non sempre è risultata facile (19-20, 23-27) e che assai frequentemente comporta l'esclusione del MMG dal processo assistenziale. In sostanza un "passaggio in cura" all'équipe di CP. Una sfida dunque non facile. I modelli organizzativi del distretto di Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina sono simili. Di seguito vengono riportati sinteticamente l'organizzazione e i dati di attività del distretto della Vallagarina

### **Organizzazione del servizio di CP della Vallagarina**

- modalità assistenziale: è quella dell'ADI ad alta intensità assistenziale;
- composizione dell'équipe di CP: 3 medici, 5 infermieri, 1 coordinatore infermieristico; tutti dipendenti del Distretto e dedicati a tempo pieno alle CP;
- continuità assistenziale: il servizio di CP è attivo nella fascia oraria 8-20 tutti i giorni, compresi i festivi con presenza medica ed infermieristica; all'interno di questa fascia oraria sono previsti dei turni strutturati in cui viene svolta l'attività programmata e dei turni di reperibilità in cui si risponde alle chiamate dei Pazienti. I Pazienti possono contattare il medico o l'infermiere delle CP tramite la portineria centrale dell'ospedale; durante le ore notturne la continuità assistenziale viene garantita dalla guardia medica con la costante consulenza telefonica del medico delle CP assicurata dalla dotazione di cellulari di servizio alle quattro stazioni di guardia medica del distretto;
- integrazione con la rete dei servizi territoriali e dei servizi ospedalieri: il servizio si integra, sulla base di protocolli operativi condivisi, con le varie UO di degenza e servizi ospedalieri (PS, DH oncologico, farmacia, ...) e territoriali (Servizi Sociali del Comune di Rovereto e del Comprensorio, servizio di continuità assistenziale);
- possibilità di ricovero in "letti di supporto" al servizio di CP in un ambiente ospedaliero con alti standard alberghieri (stanza singola con letto per familiare) ed assistenziali; l'assistenza infermieristica è assicurata dall'équipe di reparto (sezione malattie infettive dell'UO di Medicina dell'Ospedale di Rovereto), l'assistenza medica dai medici del servizio territoriale di CP, gli infermieri delle CP mantengono la continuità relazionale;
- l'UO di psicologia clinica fornisce supporto all'équipe di CP e, in casi selezionati, a familiari e Pazienti;
- volontariato organizzato: è stato avviato un programma per la formazione di volontari;
- fornitura di farmaci: il personale del servizio fornisce direttamente a domicilio farmaci in fascia H, stupefacenti e farmaci per le urgenze;
- fornitura di presidi ed ausilii: direttamente a domicilio tramite ditta convenzionata (letto, materasso antidecubito, comoda, ...) secondo le procedure dell'APSS. Al momento della presa in carico dell'utente viene inoltrata la domanda per l'accertamento di invalidità e /o a seconda nei casi e in base ai criteri previsti dalla normativa.
- condivisione delle scelte terapeutiche, assistenziali e di fine vita con il MMG, il Paziente ed i familiari: durante tutto il percorso assistenziale da parte dell'équipe vi è costante attenzione a rispettare la volontà del Paziente e dei familiari ed a collaborare con il MMG;

**Tab 2 La carta dei diritti dei morenti (Comitato Etico della Fondazione Floriani)****Chi sta morendo ha diritto:**

- 1) Ad essere considerato come persona sino alla morte
- 2) Ad essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
- 3) A non essere ingannato ed a ricevere risposte veritiere
- 4) A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
- 5) Al sollievo del dolore e della sofferenza
- 6) A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato
- 7) A non subire interventi che prolunghino il morire
- 8) Ad esprimere le sue emozioni
- 9) All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
- 10) Alla vicinanza dei suoi cari
- 11) A non morire nell'isolamento e in solitudine
- 12) A morire in pace e con dignità

**Tab. 3 Le cure palliative (secondo l'organizzazione mondiale della sanità)**

- sono focalizzate sulla qualità di vita del malato e considerano il morire come un processo naturale
- non affrettano né pospongono la morte
- provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi soggettivi del Paziente
- integrano nella cura gli aspetti psicologici e spirituali
- offrono sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del Paziente fino alla morte
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia del Paziente e durante il lutto
- sono multidisciplinari nella loro operatività
- le indagini sono ridotte al minimo ed i trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non a quello della malattia
- la radioterapia, la chemioterapia e la chirurgia hanno un ruolo nelle cure palliative. Esse vengono usate per garantire benefici sintomatologici in assenza di svantaggi che abbiano un peso sulla buona qualità di vita.

**Dati di attività del servizio di cure palliative della Vallagarina**

Nel periodo 8 giugno 2004 -7 giugno 2005 sono stati presi in carico 163 Pazienti. Di questi, alla data dell'8 giugno 2005:

- 119 erano deceduti
- 44 erano assistiti
  - 31 con la modalità dell'ADICP
  - 13 con la modalità dell'ADI.

Dei 163 pazienti presi in carico:

- 140 sono stati assistiti con la sola modalità dell'ADICP

- 22 (15.6%), dopo stabilizzazione del quadro clinico, sono passati in ADI; di questi:
  - 1 è passato, e poi deceduto, in RSA,
  - 13 erano in ADI,
  - 8 sono rientrati in ADICP (dopo una permanenza media in ADI di 66 giorni)
  - 1 è passato, e poi deceduto, in RSAO.

La durata dell'assistenza media per paziente è stata di 42 giorni (Tab.4) tempo lievemente inferiore alla media italiana (50 giorni). La Tab. 5 riporta le caratteristiche dei pazienti per residenza e caratteri anagrafici. Una piccola percentuale di pazienti erano affetti da patologie non oncologiche: 4 paz. con scompenso cardiaco refrattario, 3 paz con SLA, 1 paz. con insufficienza multiorgano, 1 paz. con BPCO in 4° stadio.

<b>Tab. 4 Durata della assistenza (119 pazienti deceduti)</b>	
Totale giorni assistenza ADICP	5.037
Durata media della assistenza	42.3
N° Pazienti con durata dell'assistenza < 7 giorni	19 (16 %)
N° Pazienti con durata dell'assistenza 7-90 giorni	86 (72.3 %)
N° Pazienti con durata dell'assistenza > 90 giorni	14 (11.8 %)

<b>Tab. 5 Caratteristiche dei Pazienti per residenza, presenza di tumore, sesso ed età</b>	
Neoplastici	154
Non neoplastici (**)	9
Residenti Comune di Rovereto (*)	62
Residenti altri comuni (*)	101
Sesso	M 88 - F 75
Età media	69
<b>Totale Pazienti presi in carico</b>	<b>163</b>

### Livelli assistenziali

E' stato raggiunto un indice di copertura assistenziale (Pazienti neoplastici presi in carico / n. deceduti per tumore nel Distretto nello stesso periodo) elevato (62.0 %) sia nel comune di Rovereto che negli altri comuni (Tab 6). Questo dato indica come sia possibile realizzare un programma di CP anche in un territorio relativamente vasto come il distretto della Vallagarina con un alto coefficiente di intensità assistenziale (Tab 7).

<b>Tab. 6</b>		
<b>Indice di copertura assistenziale: n. Pazienti per i quali è stata attivata l'ADICP (Pazienti neoplastici) / n. deceduti per tumore nel Distretto nello stesso periodo</b>	154/248	62.0 %
<b>n. di MMG coinvolti in un progetto di ADICP / n. totale di M.M.G. del Distretto</b>	51/67	76.1 %
<b>n. di famiglie con Pazienti in ADICP per le quali il Servizio Sociale ha attivato l'assistenza domiciliare</b>	29/163	17.8 %

**Tab. 7 Coefficiente di intensità assistenziale**

(n. visite domiciliari di un operatore del servizio, infermiere o medico / giorni di assistenza); i dati si riferiscono ai 119 pazienti deceduti (4.975 giorni di assistenza)

Periodo di assistenza	n° visite medici (*)	n° visite infermieri	Coefficiente di intensità assistenziale
Totale periodo di assistenza	1353	2.884	0.78
Ultimi 7 giorni	344	685	1.36
Ultimi 3 giorni	197	421	1.95

(\*) visite cliniche domiciliari

**Complessità assistenziale**

La complessità assistenziale è legata a diverse variabili. Da una parte vi è una situazione di stanchezza e tensione di familiari e paziente (con richieste talora improprie, aspettative a volte di “guarigione”, ...), dall'altra vi è la necessità per l'équipe di muoversi in modo coordinato sia al suo interno che con il MMG e la rete dei servizi socio assistenziali. Inoltre il ritmo incalzante con cui spesso evolvono le situazione dei malati terminali richiede un intervento assistenziale coordinato ed intensivo con accessi domiciliari quotidiani e in alcune situazione anche più volte al giorno.

La tabella 7-A descrive alcuni interventi di maggior impegno assistenziale infermieristico e medico.

**Tab 7-A indicatori di impegno assistenziale rilevati**

	Trattamenti iniziati	
	Nel periodo precedente la presa in carico (n. Pazienti)	In corso di assistenza (n. Pazienti)
Trasfusione di emoderivati		30
Globuli rossi	(*)	3
Piastrine		
Nutrizione parenterale totale	3	3
Nutrizione enterale	4	1
Chemioterapia	25	0
Radioterapia	(*)	6
Trattamento con oppioidi	56	33
Sedazione palliativa (inclusa sedazione superficiale)	0	51
Trattamento con bifosfonati	16	8
Trattamento con fattori di crescita	(*)	5
Drenaggio pleurico	1	2
Drenaggio addominale	1	10
Urostomia	2	1
Lavaggio vescicole continuo	4	5
Colostomia	7	0
Catetere venoso centrale	22	5
Presenza di sintomi non controllati al momento della presa in carico	95	(**)
Medicazioni complesse	(*)	24
Terapie alternative	7	0

(\*) Dato non indagato

(\*\*) Per una valutazione dei sintomi in corso di assistenza vedi tab. 12

**Tipologia, luogo e durata delle varie modalità assistenziali.**

Nella Tab n. 8 sono illustrati la tipologia, il luogo e la durata delle varie modalità assistenziali dopo l'inserimento di un paziente in ADICP. La Tab. 9 descrive il luogo di decesso dei pazienti in carico al servizio di ADICP. Tuttavia il dato più rilevante non sembra tanto essere il luogo di decesso ma il basso numero di giornate trascorse in ospedale (153/7.593) nell'ultimo periodo di vita. Un confronto con la modalità assistenziale in essere prima e dopo l'avvio del servizio di CP (Tab. n. 10 e 11 ) permette di rilevare come l'inserimento di un paziente in un programma di CP sia la sola condizione per rendere concretamente esigibili i "diritti del morente" (Tab 2): diritto a cure ed assistenza nell'ambiente da lui desiderato, alla vicinanza dei suoi cari, al sollievo del dolore e della sofferenza, ..... a morire in pace e con dignità. Anche il dato sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri non va letto in chiave di mero risparmio di risorse ma anche, e soprattutto, di rispetto della volontà del paziente. Rispetto della volontà che, in qualche caso, ha anche comportato accogliere una richiesta di ricovero ospedaliero. E' infatti il singolo paziente che dovrebbe decidere come e dove *per lui* è meglio essere assistito e morire.

Potrebbe sembrare infine che il "diritto" al sollievo del dolore e della sofferenza possa essere meglio garantito in ospedale. In realtà, a differenza del medico ospedaliero, una équipe di medici dedicati a tempo pieno alle CP è nelle condizioni organizzative migliori per dare risposte adeguate ai bisogni del paziente terminale (Tab. 12).

<b>Tab. 8 Tipologia, luogo e durata delle varie modalità assistenziali dopo inserimento in ADICP</b>	<b>giornate di assistenza</b>	<b>n. pazienti</b>	<b>durata media assistenza</b>
Domicilio (ADICP)	7.593	163	42.3
Ospedale	153	19	8.0
Letti di supporto al servizio di CP (parziale presa in carico da parte del servizio di CP)	83	11	7.5
ADI (Pazienti passati da ADICP ad ADI ordinaria)	1792	22	66 (*)
RSA/RSAO (Pazienti passati da ADICP o ADI a RSA/RSAO)	(**)	2	(**)

(\*) il dato è stato valutato sul tempo di permanenza in ADI degli 8 pazienti ripresi in carico con la modalità dell'ADICP

(\*\*) dato non valutato

<b>Tab. 9 Deceduti per luogo di decesso e modalità assistenziale. 119 Pazienti</b>	
Domicilio ADICP	100 (84%)
Ospedale	6 (5.0%) (*)
Letti di supporto al servizio di CP	11 (9.2%) (**)
RSA/RSAO	2
<b>Totale deceduti</b>	<b>119</b>

(\*) per 4 dei 6 Pazienti deceduti in ospedale la durata della degenza è stata inferiore a 1 giorno; 1 solo paziente è deceduto in ospedale negli ultimi 6 mesi

**Valutazione della riduzione dei ricoveri ospedalieri**

Per confrontare i percorsi assistenziali del Paziente oncologico terminale prima e dopo l'avvio del servizio di CP nel distretto della Vallagarina è stato chiesto all'Osservatorio epidemiologico dell'APSS di fare una ricerca sull'incidenza dei ricoveri ospedalieri ordinari (con esclusione dunque

dei ricoveri in day hospital) in strutture pubbliche e private negli ultimi 42 giorni di vita dei pazienti con cancro.

Per le persone residenti nella Vallagarina decedute per tumore è stata dunque effettuata una ricerca degli eventi sanitari nelle SDO e SDO passive per decessi tumorali nelle dimissioni ospedaliere 2002 e 2003 e nella mobilità passiva 2002 e 2003 al fine di recuperare gli eventuali ricoveri avvenuti negli ultimi 42 giorni di vita. E' stato scelto un periodo di 42 giorni in quanto è il periodo medio di presa in carico dei pazienti da parte del servizio di cure palliative.

Il criterio di ricerca utilizzato è stato un linkage per cognome, nome e data di nascita con il vincolo che la data di decesso meno la data di dimissione sia inferiore o uguale a 42 giorni. I risultati della ricerca sono riassunti nelle Tab.10 e 11.

**Tab. 10 Frequenza dei ricoveri ospedalieri ordinari in istituti di cura pubblici o privati del paziente oncologico negli ultimi 42 giorni di vita. Anno 2003.**

Deceduti residenti per tumore	248
n. deceduti con almeno una dimissione ospedaliera negli ultimi 42 giorni di vita	203 (81,9%)
n. dimissioni ospedaliere effettuate negli ultimi 42 giorni di vita	287
Giornate di degenza	4.031
n. medio giornate di degenza per Paziente	16.25

**Tab. 11 Percorso assistenziale del paziente oncologico terminale: confronto tra le modalità assistenziali in essere prima e dopo l'avvio del servizio di CP**

Luogo di assistenza negli ultimi 42 giorni di vita e luogo del decesso	Anno 2003	2004- 2005 primi 12 mesi di attività servizio di CP	
		Totale deceduti per tumore (248 pazienti)	Paz. presi in carico dal servizio di CP (154 pazienti)
Mortalità domiciliare	24.2%	61.3 %	84 %
Mortalità ospedaliera (istituto di cura pubblico o privato)	65.4 %	28.5 %	6 %
Giorni di ricovero ospedaliero negli ultimi 42 giorni di vita per Paziente	16.25	5.52	0.8
% dei giorni trascorsi in ospedale negli ultimi 42 giorni di vita	38.7 %	13.04 %	2 %

### Valutazione del gradimento del servizio da parte dei familiari

Da 2 a 4 settimane dopo il decesso viene inviato al familiare di riferimento del paziente deceduto un questionario di soddisfazione con busta anonima preaffrancata indirizzata alla direzione del Distretto. Per ogni item sono previste quattro risposte (pessimo, insufficiente, buono, ottimo). Il questionario è validato da anni in alcuni tra i più qualificati servizi di CP in Italia. A fine agosto avevamo ricevuto 90 risposte i cui risultati sono riportati in Tab. 12.

**Tab. 12 Questionario di soddisfazione per i familiari**

	marito/ moglie	padre/ madre	Fratello /sorella	figlio/ figlia	Altro parente	Altro Non ris.
Quale era la sua <b>relazione di parentela</b> con la persona deceduta?	39	18	8	20	4	1

	Ottimo	buono	Insuffic.	pessimo	Non risp
<b>L'aiuto che mi è stato dato dal Servizio Cure Domiciliari</b> è stato:	69	20			1
Durante il periodo di assistenza da parte del Servizio di cure palliative, il <b>controllo del dolore</b> è stato:	43	42			5
Durante il periodo di assistenza da parte del Servizio di cure palliative, il <b>controllo della mancanza di respiro</b> è stato:	40	38	1		11
Durante il periodo di assistenza da parte del Servizio di cure palliative, il <b>controllo del vomito</b> è stato:	39	30	2		19
Durante il periodo di assistenza da parte del Servizio di cure palliative, il <b>controllo dello stato di agitazione</b> è stato:	36	46	2		6

	del tutto soddisf	sufficienti	Insuffic.	del tutto insodd.	non risposta
<b>Le informazioni</b> sulla malattia del mio familiare che ho ricevuto <b>dal medico</b> del servizio di cure palliative sono state:	77	12			1
<b>Le informazioni</b> sulla malattia del mio familiare che ho ricevuto <b>dalla infermiera</b> del servizio di cure palliative sono state:	79	9	1		1
La <b>possibilità</b> che ho avuto <b>di parlare con il medico</b> del Servizio di cure palliative dei miei sentimenti in relazione alla malattia e alla morte del mio familiare è stata:	73	17			
La <b>possibilità</b> che ho avuto <b>di parlare con l'infermiera</b> del Servizio di cure palliative dei miei sentimenti in relazione alla malattia e alla morte del mio familiare è stata:	76	13			1
<b>Le informazioni</b> che ho ricevuto da medici e/o infermieri del servizio di cure palliative <b>su cosa sarebbe accaduto al momento della morte</b> del mio familiare sono state:	66	20	1		3

	sempre	quasi sempre	solo in parte	per nulla	non risposta
Durante il periodo di assistenza da parte del servizio di cure palliative, le <b>scelte espresse dal malato sono state rispettate</b> :	73	8	4		4

	ottimo	buono	insufficie nte	pessimo	non risposta
Durante gli ultimi due giorni di vita, il controllo del <b>dolore</b> è stato:	49	35	2		4
Durante gli ultimi due giorni di vita, il controllo della <b>mancanza di respiro</b> è stato:	40	38	2		10
Durante gli ultimi due giorni di vita, il controllo del	48	22	1		19

<b>vomito</b> è stato:					
Durante gli ultimi due giorni di vita, il controllo dello <b>stato di agitazione</b> è stato:	41	39	3		7

	rapide	leggermente in ritardo	in grande ritardo	non ci sono state del tutto	non risposta
Quando ho chiamato, <b>le risposte dei medici e degli infermieri</b> del Servizio Cure Domiciliari sono state:	88	1			1

	sì	no	non risposta
Durante il periodo di assistenza da parte del servizio di cure palliative, ha dovuto ricorrere <b>all'aiuto di personale a pagamento?</b>	13	75	2

	sì	no	non so	non risposta
<b>La sede del decesso</b> era quella desiderata dal malato?	79	2	8	1
<b>La sede del decesso</b> era quella desiderata dai familiari?	86	4		

### Alcune riflessioni conclusive.

Il raggiungimento dell'obiettivo di realizzare un servizio di CP in grado di erogare livelli assistenziali propri delle CP e, allo stesso tempo, di operare in rete con la medicina generale e gli altri servizi territoriali ed ospedalieri non era per nulla scontato. Dopo cinque anni di attività pensiamo si possa fare un primo bilancio:

livelli assistenziali: il servizio rispetta i requisiti tecnologici-strutturali ed organizzativi proposti dalla società italiana di CP (SICP) e dalla Federazione cure palliative (documento congiunto del 2000) ed è in grado di erogare livelli assistenziali simili a quelli erogati da un servizio di CP verso il quale sia in atto un "passaggio in cura" con presa incarico del paziente 24/24 ore;

Integrazione con la medicina generale: nel primo anno di attività nel distretto della Vallagarina hanno partecipato ad un programma di ADICP 51/67 MMG (il 76.1% dei MMG). A differenza della maggior parte delle esperienze italiane ed estere nel modello assistenziale ADICP in essere a Trento e Rovereto il MMG entra a pieno titolo come componente dell'équipe di CP all'interno della quale condivide con i medici palliativisti e gli infermieri tutte le fasi del processo assistenziale e tutte le scelte cliniche, assistenziali e di fine vita. Si tratta di una collaborazione che ha permesso al MMG riuscire dal suo isolamento e di trovare all'interno dell'équipe un ruolo non formale. Una indagine condotta a mezzo di questionario anonimo con i MMG di Trento (16) ha evidenziato come i MMG abbiano apprezzato il cambiamento avvenuto con l'istituzione del servizio di CP. In particolare: minor carico di lavoro, condivisione, confronto, diminuzione dello stress emotivo, miglioramento delle proprie abilità e l'utilità che ne deriva per il paziente la Tab. 12 riporta una sintesi delle valutazioni di 50 MMG.

**Tab. 12 Risposta dei MMG di Trento alla domanda di un questionario anonimo: che cosa è cambiato per il MMG lavorando in equipe di CP? In sintesi le risposte di 50 MMG (\*)**

Il cambiamento ha comportato:

- minor carico lavorativo: minor numero di visite, ridotto impegno orario, minor burocrazia, ...
- condivisione e confronto: si condividono impegno, responsabilità, coinvolgimento emotivo, decisioni difficili quali la sospensione dell'alimentazione o dell'idratazione, la sedazione terminale, l'uso di oppioidi talora in dosi elevate, ...
- possibilità di assistere a domicilio pazienti che necessitano di interventi e abilità tecniche particolari (toracentesi, paracentesi, ....);
- una diminuzione dello stress emotivo e una maggiore tranquillità, grazie alla condivisione dei problemi, alla gestione condivisa o semplicemente al fatto di sapere che "c'è sempre qualcuno pronto ad intervenire";
- un miglioramento delle proprie abilità: si imparano cose nuove sia in campo scientifico che nella comunicazione, "insomma si lavora meglio";
- un vantaggio per il paziente: è lui a trarne i migliori benefici

(\*) Fedrizzi A, Menegoni G, Ottolini L, Parisi G. E' possibile una collaborazione tra un servizio di cure palliative ed i medici di medicina generale? Rivista italiana di cure palliative 2004; Vol n° 6, 2: 77-81

### Bibliografia

1. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-57
2. Hinton J. Which patient with terminal cancer are admitted from home care? *Palliat Med* 1994; 8: 197-210
3. Kenyon Z. Palliative care in general practice. *BMJ* 1995; 311: 888-89
4. Charlton R. Palliative care is integral to general practice (letter). *BMJ* 1995; 311: 1502-503
5. Addington-Hall J, McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population based investigation. *Palliat Med* 1995; 9: 295-305
6. Seale c, Cartwright A. *The year before death*. Oxford University Press, 1994
7. Haines a, Boorof A. Terminal care at home: perspective from general practice. *BMJ* 1996; 292: 1051-54
8. Millar DG, et Al. Palliative care at home : an audit of cancer death in Grampian region. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1299-302
9. Seamark D, Lawrence C, Gilbert J. Characteristics of referral to an inpatient hospice a survey of general practitioner perceptions of palliative care. *J R Soc Med* 1996; 89: 79-84
10. Walsh D and Reagan J. Terminal care at home – the general practice perspective. *Ir Med J* 2001; 94: 9-11
11. Grande GE, Barclay SI, Todd CJ. Difficult of symptom control and general practitioner s' knowledge of patient' symptoms. *Palliat Med* 1997; 11: 399-406
12. Mystakidou K, et al. What do Greek physicins know about managin cancer pain? *J Cancer Educ* 1988; 13: 39-42
13. Devulder J, el al. Palliative care: knowledge and attitude of general practitioners: the result of a questionnaire after training. *Acta Clin Belg* 1997; 52: 207-10

14. Jones R. Symptom control in terminal cancer treated at home: GP perceptions. *Oncol Pract* 1994; 2: 19-22
15. Hearn J, Higginson I. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic review. *Palliat Med* 1999; 12: 317-32
16. Fedrizzi A, Menegoni G, Ottolini L, Parisi G. E' possibile una collaborazione tra un servizio di cure palliative ed i medici di medicina generale? *RiCP* 2004; Vol n° 6, 2: 77-81
17. Kindlen M. Hospice home care service: a nursing perspective. *Palliat Med* 1982; 2: 115-21
18. Seamark DA et al. Knowledge and perceptions of a domiciliary hospice service among general practitioners and community nurses. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 57-59
19. Cartwright A. The relationship between general practitioners, hospital consultant and community nurses when caring for people in the last year of the lives. *Fam Pract* 1991; 8: 350-55
20. Searle C. Community nurses and the care of the dying. *Soc Sci Med* 1992; 34: 375-82
21. Geoffrey K Mitchell. How well do general practitioner deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med* 2002; 16: 457-464
22. Realtà esistenti ed operanti in Italia nel campo delle cure palliative. *Direcory SICP* 1995
23. Shipman C. How and why do Gps use specialist palliative care services? *Pall. Med.* 2002; 16: 241-246
24. Hardy S. multidisciplinary team: one for all, all for one?! Abstract of 7<sup>th</sup> congress of the European association for palliative care 2001. pag. 160
25. Boyd KJ. The role of the specialist home care teams: views of general practitioners in South London. *Palliat Med* 1995; 9: 138-144
26. Barclay S. Palliative care in the community- the role of the primary health care team. *Eur. J. Palliat Care* 1997; 6: 46-47
27. Steiner N. Medical practitioner in Geneva: perceptions of palliative care, experiences, difficulties, expectations and satisfaction towards a consult team. Abstract of 7<sup>th</sup> congress of the European association for palliative care 2001 pag 159
27. Wakefield MA, Beilby J, Ashby MA. General practitioners and palliative care. *Med* 1993; 7: 117-26.

#### **Ringraziamenti**

Ringraziamo il Sig. Silvano Rossi del distretto della Vallagarina per la costruzione del programma di raccolta e di elaborazione dei dati di attività del servizio.

## Ai sensi del nuovo ACN 23 marzo 2005 per i MMG

# Titolari e sostituti: rapporti economici

*Riportiamo il testo del Regolamento dei rapporti economici nei casi di sostituzione volontaria per i medici di medicina generale (previsto dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale approvato il 23 marzo 2005).*

## Allegato C

### Regolazione dei rapporti economici tra medico titolare e sostituto di assistenza primaria nei casi di sostituzione volontaria

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo (Nota 1). Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Ai medici sostituti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione (Nota 2).
5. Il medico sostituto al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:
  - a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
  - b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
  - c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
  - d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

#### Nota 1

#### Art. 59 - Trattamento economico

##### A - Quota Capitaria

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto dall'1.1.2005, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro 38,62.  
...omissis...

**Nota 2**

**C - Quota variabile per compensi servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione, concordata a livello regionale e/o aziendale**, comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

1. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.
2. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 53, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo 53, lett. C), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo allegato G) non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

**Competenze del medico SOSTITUTO**

	Apr - Mag - Ott - Nov	Dic - Gen - Feb - Mar	Giu - Lug - Ago - Set
Compenso forfetario	70% del compenso	+20% (con oneri a carico del titolare)	-20%

A cura del medico che percepisce i compensi, relativi alla sostituzione, deve essere rilasciata regolare ricevuta con l'applicazione della ritenuta fiscale del 20% con marca da bollo e deve essere effettuata annotazione sul Registro degli Incassi.

Le somme versate dal titolare che ha effettuato il pagamento, saranno annotate sul Registro degli Acquisti.

Se l'importo supera € 77,47 dovrà essere applicata la marca da bollo di € 1,81.

Si rammenta:

- fatte salve le sospensioni dell'attività convenzionale per malattia o altre cause non prevedibili, la comunicazione all'ASL da parte del medico deve essere effettuata almeno 15 giorni prima;
- il medico impossibilitato a prestare la propria opera deve comunicare all'ASL entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, (che comunque dovrà iniziare dal primo giorno di assenza) il nominativo del collega supplente, quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi;
- il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve informare tempestivamente l'ASL, la quale provvederà a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nelle graduatorie interpellando prima i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito (in questo caso la ASL pagherà direttamente il medico supplente fin dal primo giorno della sostituzione);

- le AASSLL per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico
- sostituito che provvede secondo quanto stabilito dall'allegato C soprariportato; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto sempre dall'allegato C.
- nei casi di sostituzione superiore a sei mesi, con le eccezioni previste dall'Accordo, l'ASL, sentito il Comitato Aziendale, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche della risoluzione del rapporto convenzionale.

### **Ritenuta d'acconto del 20% per il pagamento di sostituzioni o collaborazioni**

Modalità per il pagamento del sostituto:

- Il sostituto deve emettere fattura intestata al medico titolare con indicazione della dicitura "prestazioni sanitarie per sostituzione" nonché della cifra lorda di competenza dalla quale dovrà essere detratta la ritenuta d'acconto IRPEF nella misura del 20%.
- Il Medico titolare, che ha trattenuto quindi la ritenuta d'acconto (nell'esempio € 200,00), dovrà successivamente provvedere a versare all'Erario la somma di € 200,00 con codice tributo 1040.
- E' necessario conservare accuratamente copia di tale versamento.
- Dell'avvenuto suddetto versamento dovrà essere rilasciata dichiarazione al Collega che ha svolto la sostituzione.
- L'anno successivo il medico titolare dovrà compilare un'apposita dichiarazione fiscale (Mod. 770) annotando tutti i versamenti di ritenute d'acconto sui compensi erogati ad altri liberi professionisti effettuati nell'anno precedente

## **ELEZIONI CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PROVINCIA DI TRENTO**

**Triennio 2006-2008**

**Si terranno in prima convocazione nei giorni 18-19-20 novembre 2005 e, in caso di mancato raggiungimento del minimo di votanti (50%+1 degli aventi diritto) in seconda convocazione nei giorni 16-17-18 dicembre 2005, presso la sede dell'Ordine, via Valentina Zambra 14 Trento.**

# ARMET - Associazione Ricerca Medica Trentina

## Per il rilancio e sostegno alla ricerca medica in provincia

*La ricerca scientifica e l'innovazione in ambito biomedico e sanitario in generale ha registrato un grosso impulso negli ultimi anni con lo sviluppo di specifici settori dedicati all'interno di fondazioni ed ospedali sulla base della riconosciuta migliore capacità di cura che interviene laddove si fa anche ricerca. In Italia ciò è spesso in contrasto con l'assetto organizzativo delle ASL in quanto l'assillo burocratico-gestionale da un lato e le necessità assistenziali dall'altro rendono difficile per il medico dedicare tempo ed impegno alla ricerca, resa di per sé difficile dalla carenza dei necessari presupposti formativi. Il risultato pratico di tale stato delle cose è l'affidamento della ricerca alle grandi multinazionali che producono e commercializzano tecnologia sanitaria (ditte farmaceutiche ed elettromedicali) ed il mancato sviluppo della ricerca indipendente.*

*Il sistema sanitario trentino, pur non potendo vantare un sistematico impegno in questo senso, ha sempre fornito spunti interessanti alla ricerca biomedica con attività svolte in vari ambiti (oncologico, cardiovascolare...) collaborando con Università e centri locali (IRST) ma ha evidenti difficoltà nel gestire la ricerca in modo organico. Raccogliendo il sentire diffuso di molti colleghi che avvertono il bisogno anche culturale di cimentarsi in questo campo ma richiedono sostegno e guida tecnica nello scorso mese di luglio è stata fondata da un gruppo di medici una associazione scientifica denominata "Associazione Ricerca medica Trentina" in sigla **ARMET**. Le specifiche finalità dell' **ARMET** sono la promozione e il sostegno della attività di ricerca, studio, aggiornamento e formazione in ambito biomedico, organizzando eventi formativi, raccogliendo e diffondendo informazioni relative alla ricerca clinica indipendente e supportando dal punto di vista organizzativo, metodologico e finanziario la ricerca biomedica in sede locale con la collaborazione delle istituzioni pubbliche e private e della as-*

*sociazioni di volontariato del territorio . Ciò servirà a dare visibilità alle ricerche o ai progetti di ricerca ad uso clinico effettuate localmente, permetterà di erogare borse di studio e premi per ricercatori, acquisire materiale di carattere scientifico/didattico per favorire lo sviluppo locale della ricerca.*

*Uno strumento che si vorrebbe, in particolare, mettere a disposizione dei ricercatori è un vero e proprio centro di ausilio alla ricerca biomedica con attività di consiglio, organizzazione, supporto metodologico e data management. Tale centro, oggi assente in Trentino, dovrebbe permettere ai colleghi interessati di poter dare svolgimento ad idee e programmi di studio e ricerca usualmente difficili da mettere in pratica per difficoltà logistiche ed organizzative.*

*A tutti i colleghi interessati si chiede di aderire alla associazione con un versamento iniziale simbolico (non ci saranno quote associative annuali) di 20 euro, che permetterà la partecipazione alle riunioni assembleari ed agli organi statutari della associazione. Al momento i soci fondatori, in attesa della assemblea generale, hanno individuato come sede provvisoria la Lega tumori trentina in corso 3 novembre 134 ed hanno eletto gli organi statutari per la gestione della fase di avvio della associazione ai quali tutti gli interessati si possono rivolgere per avere informazioni sulla iniziativa e per richiedere l'affiliazione:*

- sede: LEGA TUMORI TRENTINA, tel. 0461/922733, fax 0461/922955, e-mail : [trento@lilt.it](mailto:trento@lilt.it)
- presidente: Fernando Ianeselli, tel. 0461/904440, e-mail : [fernando.ianeselli@apss.tn.it](mailto:fernando.ianeselli@apss.tn.it)
- vicepresidente. Maurizio Amichetti, tel. 335/1847699, e-mail : [amichett@ect.it](mailto:amichett@ect.it)
- segretario/tesoriere: Roberto Luongo, tel. 347/1608057, e-mail : [roberlu@hotmail.it](mailto:roberlu@hotmail.it)

# Il progetto trentino per un centro oncologico di proton terapia

Dott. Maurizio Amichetti

Direttore medico  
Agenzia Provinciale per la Protonterapia (ATreP)  
Via F.lli Perini 181, Trento  
Tel. 0461/390409  
Fax 0461/391648  
E-mail amichett@atrep.ect.it

Con l'inizio dell'anno 2005 è stato attivato il progetto per la costruzione in Trentino di un centro per la terapia medica con protoni grazie alla attivazione di una specifica Agenzia provinciale per la progettazione, la realizzazione e l'attivazione di un centro di protonterapia medica a Trento (ATreP).

La progettazione e la costruzione della nuova struttura sarà responsabilità di un gruppo di medici specialisti, fisici, ingegneri, e altri esperti tecnici, nell'ambito dell'ATreP guidata dal prof. R. Leonardi, Direttore generale dell'agenzia.

Al termine dei cinque anni previsti per la conclusione del progetto il Trentino sarà dotato di un centro all'avanguardia nella cura dei tumori, basato sulla utilizzazione medica di fasci di protoni.

I protoni sono costituenti elementari del nucleo atomico con carica positiva. Essi vengono estratti ed accelerati ad opportune energie grazie ad appositi e complessi macchinari (ciclotroni e sincrotroni) e, attraverso linee di trasporto dedicate, sono portati fino al paziente per colpire il tumore con precisione chirurgica.

La moderna radioterapia utilizza i raggi-x che, per le loro caratteristiche, danneggiano le cellule tumorali ma inevitabilmente colpiscono anche le cellule sane. La dose rilasciata al tumore e quindi la possibilità di curarlo sono perciò limitate dalla necessità di evitare il danneggiamento di eventuali organi vicini e/o critici e quindi di evitare gravi effetti collaterali.

Il fascio di protoni, consente un trattamento di tumori profondi più "conforme" al bersaglio tumorale che si vuole raggiungere grazie alla capacità di rilasciare il massimo dell'energia nel punto desiderato (cosiddetto picco di Bragg – figura 1). L'uso dei protoni permette quindi di ridurre la dose erogata ai tessuti sani, e perciò l'impiego di dosi maggiori con cui colpire il tumore, aumentando la possibilità di poterlo eliminare. Il grafico esposto in figura 1 evidenzia chiaramente le differenze di diffusione e deposizione d'energia in profondità tra fotoni X e protoni.

I componenti di un impianto di protonterapia sono molto simili a quelli delle apparecchiature per la terapia a raggi X, ma un impianto di protonterapia è per molti aspetti più grande e più complesso.

Un impianto per la protonterapia è costituito infatti da: (1) un acceleratore che produce un fascio di protoni ad alta energia; (2) un sistema di trasporto del fascio (che usa magneti per direzionare i protoni dovunque sia necessario); (3) un sistema di deposizione del fascio, generalmente consistente in una camera rotante che dà forma al fascio di protoni e dirigere il fascio di protoni, in direzione del tumore, da ogni direzione; (4) un lettino regolabile, sul quale sta il paziente e 5) un sistema di controllo computerizzato per l'intero sistema che ne garantiscono la sicurezza. Uno schema tipo per un centro medico di protonterapia è riportato in figura 2.

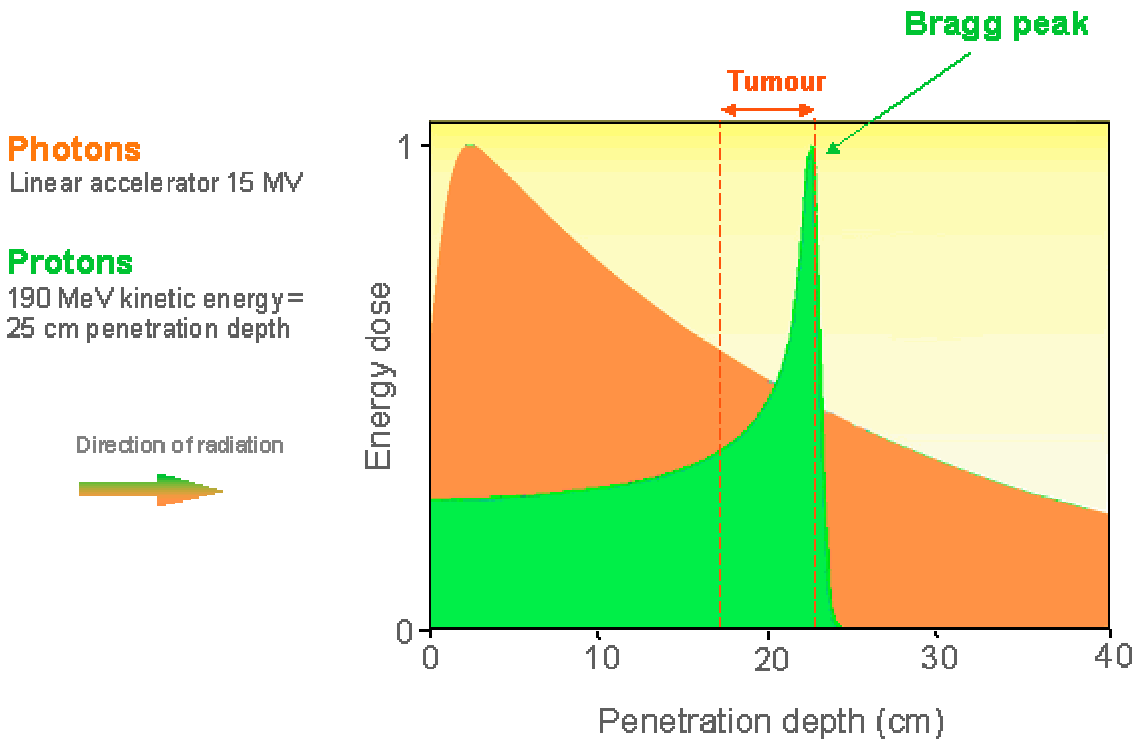


Figura 1: penetrazione in profondità di raggi x (fotoni) – (in arancione) e protoni (in verde) rispetto al tumore localizzato in profondità schematizzato nelle linee tratteggiate in rosso

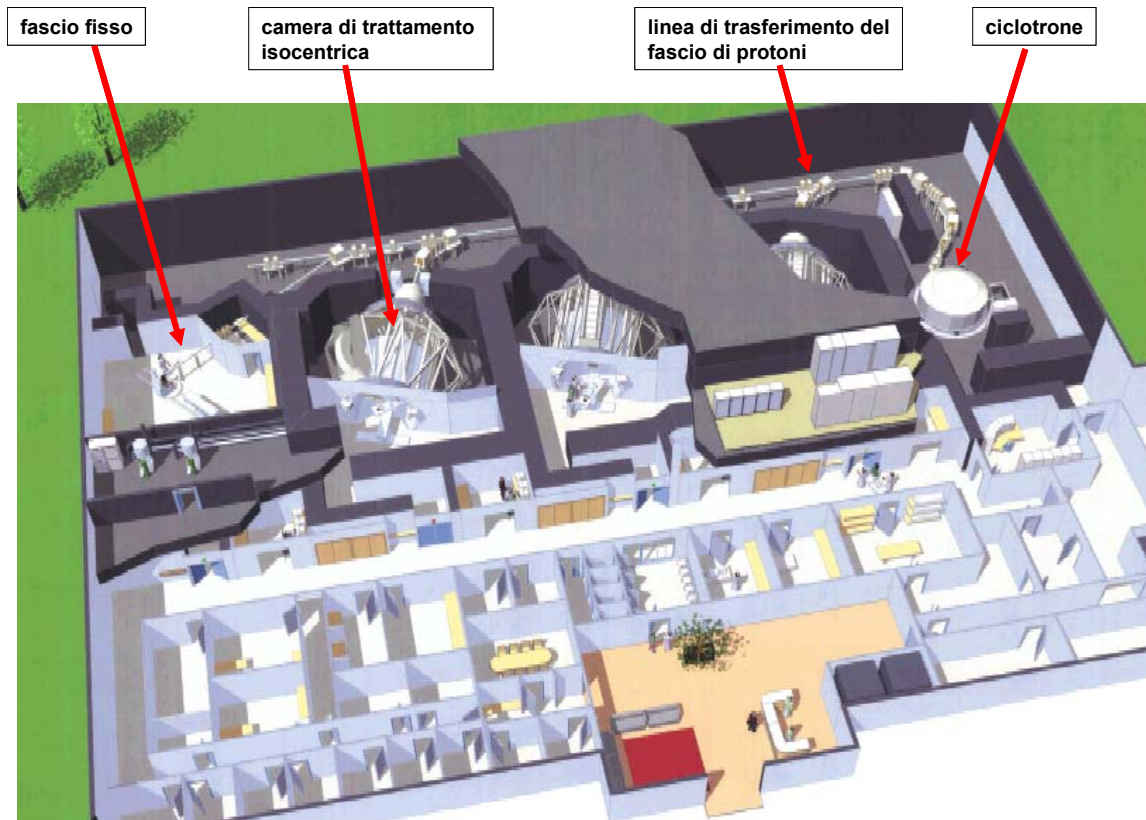


Figura 2: rappresentazione schematica di un centro di proton terapia medica.

La terapia con protoni e' stata sinora eseguita nel mondo in centri di ricerca fisica dedicati solo parzialmente e per brevi periodi dell'anno ad un uso medico con attrezzature relativamente semplici da un punto di vista radioterapico. Solo negli anni più recenti, sulla base dei risultati favorevoli di questa terapia e grazie allo sviluppo tecnologico delle applicazioni radioterapiche, si è cominciato a costruire centri di protonterapia medica dedicati negli Stati Uniti ed in Giappone e ora sono in fase di costruzione o di progettazione in altre parti del mondo e d' Europa.

Il progetto della Provincia di Trento ha trovato piena corrispondenza nel programma di sviluppo della adroterapia a livello nazionale del Ministero della Sanità proposto dalla associazione scientifica nazionale di radioterapia (AIRO).

Numerose saranno le opzioni terapeutiche in organi ora curati con metodiche convenzionali (es. tumori del capo collo, prostata, polmone ecc...) e possibilmente in tumori di interesse neurochirurgico, oculistico, pediatrico ecc. attualmente non curati in Trentino. Tale impegno presuppone una specializzazione multidisciplinare a livello diagnostico e terapeutico in campo oncologico che dovrà coinvolgere gli specialisti già impegnati in questo campo affinando le conoscenze e sviluppare anche nuove competenze cliniche.

In Trentino il centro in progettazione avra' caratteristiche peculiari che lo differenzieranno dagli altri, ovvero l' essere completamente finanziato con fondi pubblici e votato ad uso pubblico ed essere inserito in un normale contesto ospedaliero; si prevede infatti che il centro di protonterapia medica possa costituire il primo nucleo del nuovo ospedale del trentino (N.O.T.) che verrà costruito a Trento sud (figura 3).

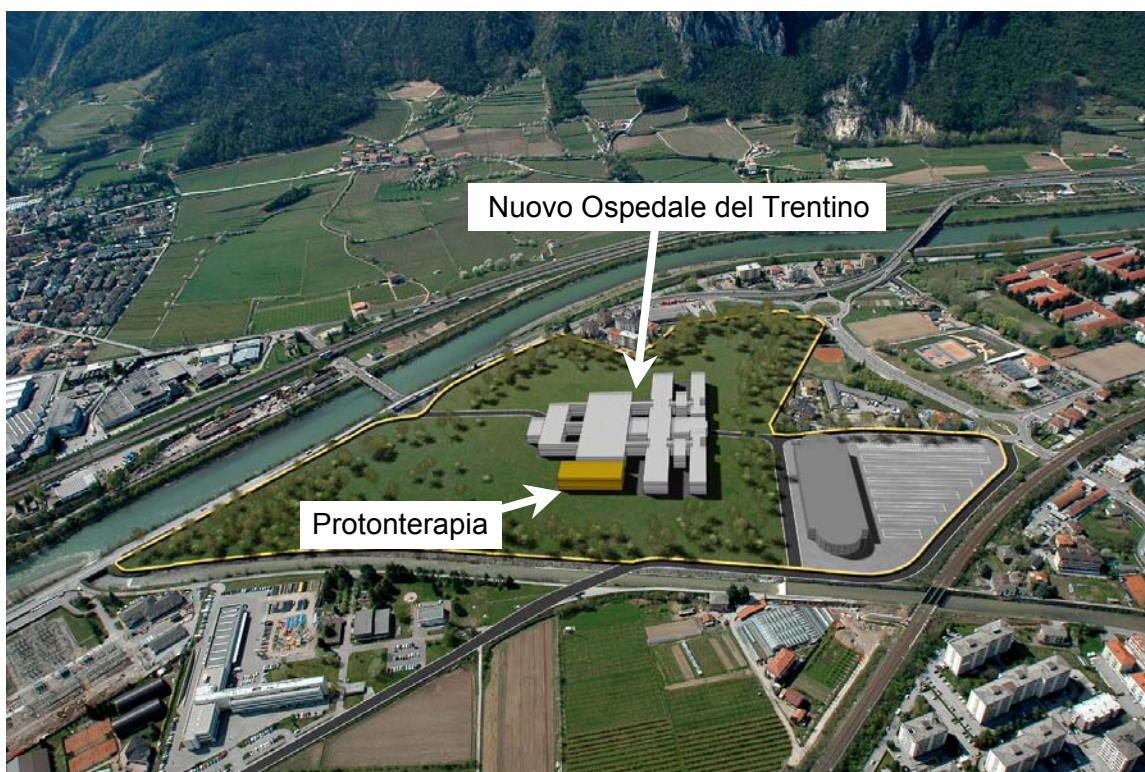


Figura 3: rappresentazione schematica della posizione prevista per il N.O.T. e per il centro di protonterapia nell'area a sud di Trento.

La realizzazione del progetto stimolerà inoltre le realtà industriali locali allo sviluppo di tecnologie innovative a supporto del progetto. Le ricadute quindi non saranno solo nel campo della sanità, ma anche della ricerca applicata, dell'ingegneria, della fisica e dell'informatica per le aziende locali che vorranno partecipare.

Il progetto prevede quindi, attraverso l'introduzione di tecnologie innovative, di migliorare nel suo insieme l'offerta terapeutica in campo oncologico che la sanità trentina sarà in grado di fornire nel giro di pochi anni.

## Applicazione provinciale dei L.E.A.

# Riduzione dell'odontoiatria pubblica in Trentino

*Nelle pagine seguenti riportiamo la locandina (ci scusiamo per la cattiva qualità dell'immagine, non reperibile come file e quindi caricata con scanner) con la quale l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari porta a conoscenza della popolazione e degli operatori sanitari (già al corrente) quelle che sono le prestazioni odontoiatriche erogate dal Servizio Sanitario Provinciale in seguito al recepimento della normativa nazionale sui Livelli Minimi Essenziali da garantirsi in Italia.*

*Va precisato che, al di là dei toni ottimistico-trionfalistici del depliant, in realtà vi è stata una contrazione dell'assistenza odontoiatrica globale provinciale, con l'esclusione di tutta l'utenza di fascia 15-70 anni non in indigenza economica, eccettuate le urgenze.*

*Questa situazione, che ha ridotto il numero delle prestazioni erogate negli ambulatori odontoiatrici pubblici al punto di aprire ampi spazi vuoti nelle liste di prenotazione e ha prodotto alcune reazioni apparse recentemente sulla stampa locale, ci ha indotto a inviare la lettera sottoriparatata all'Assessore alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, alla Direzione Cura e Riabilitazione e al Coordinatore Dipartimento di Odontostomatologia .*

*Pierluigi Amadori*

Trento, 28.06.05

Assessore alla Sanità PAT

Direttore Azienda Sanitaria PAT

Direzione Cura e Riabilitazione

Coordinatore Dipartimento di Odontostomatologia

Oggetto: Situazione Odontoiatria Pubblica

Con la presente lettera vogliamo segnalarLe la preoccupante situazione, a nostro avviso, che si sta creando nell'odontoiatria pubblica della nostra provincia.

Come ben saprà, con l'entrata in vigore della delibera n. 1788 "Livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza – Area Odontoiatrica" del 06.08.04 , si è completamente modificata la tipologia dei possibili utenti degli ambulatori odontoiatrici pubblici.

La situazione attuale è a dir poco paradossale con liste di attesa inesistenti e, addirittura, numerosi spazi vuoti nel programma di lavoro giornaliero degli Specialisti Ambulatoriali della branca di Odontoiatria.

Probabilmente ad una eccessiva riduzione delle fasce di possibili utenti, si è aggiunta una scarsa informazione su chi ha invece diritto all'accesso. Va da sé che il risultato è quello sopra descritto.

Desideravamo informarLa di questa situazione oltre che in ottemperanza all'articolo n. 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Ambulatoriale, recepito anche dalla PAT, anche nella speranza che vengano fatti opportuni cambiamenti alla delibera al fine di un utilizzo migliore del servizio pubblico.

Distinti saluti.

Dott. Pierluigi Amadori

Segretario Provinciale SUMAI

Dott. Giulio Scalet e Dott. Giorgio Martini

Rappresentanti degli Specialisti Ambulatoriali Odontoiatri nel Dipartimento di Odontostomatologia

# La nuova assistenza odontoiatrica in provincia di Trento



*Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento*

2005  
Anno del cittadino

La tutela della salute orale e l'assistenza odontoiatrica rappresentano un bisogno ampiamente sentito da tutta la popolazione. Per tanto la Provincia Autonoma di Trento ha riorganizzato le prestazioni odontoiatriche per fornire un livello di assistenza omogeneo ed uniforme su tutto il territorio provinciale. L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari è oggi in grado di assicurare tipologie differenziate di prestazioni preventive e assistenziali. Vengono garantite anche le prestazioni di urgenza a tutti i cittadini.



## Prenotazioni

Le prenotazioni per tutte le prestazioni diagnostiche e curative, ad eccezione delle urgenze che sono ad accesso diretto, sono effettuate dal CUP al numero **848.816.816** dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle ore 8.00 alle ore 16.30.

## Le strutture di riferimento

Poliambulatorio di Predazzo	via Degasperi, 12	0462 508814
Poliambulatorio di Tonadico	via Roma, 1	0439 762060
Ospedale di Borgo Valsugana	corso Vicenza, 9	0461 755218
Poliambulatorio di Pergine Valsugana	via S. Pietro, 2	0461 515232
Poliambulatorio di Levico Terme	via Slucca de Matteoni, 10	0461 727831
Poliambulatorio Centro per i Servizi Sanitari	viale Verona - Trento sud	0461 902336
Poliambulatorio di Mezzolombardo	via degli Alpini, 1	0461 611248
Poliambulatorio di Cles	via Degasperi, 31	0463 660284
Poliambulatorio di Malé	via 4 Novembre, 8	0463 909422
Ospedale di Tione	via Ospedale, 8	0465 331362
Poliambulatorio di Riva del Garda	via Rosmini, 5/b	0464 582685
Poliambulatorio di Rovereto	via S. Giovanni Bosco, 6	0464 453670
Poliambulatorio di Ala	p.zza Giovanni XXIII, 13	0464 675849
Poliambulatorio di Pozza di Fassa	via Milano, 11	0462 761035
*Clinica s.r.l. - Mezzocorona	via IV Novembre, 23	0461 605060
*Clinica s.r.l. - Trento	via Menguzzato, 87/8	0461 934642

*\*Struttura privata accreditata; accesso con impegnativa S.S.N.*

# Quali prestazioni sono garantite e quali soggetti ne possono beneficiare

## Bambini fino ai 14 anni

Sono garantite a titolo gratuito la **promozione della salute orale** e della **sana alimentazione** a livello prescolare e scolastico attraverso interventi di educazione sanitaria che coinvolgono insegnanti e genitori a vario livello.

È garantita la **fluoroprofilassi**: la prima confezione di fluoro viene consegnata gratuitamente al sesto mese di vita in occasione delle vaccinazioni dell'infanzia, mentre le successive possono essere ritirate dai genitori nel distretto sanitario di residenza - settore igiene pubblica.

Ai bambini fino ai 14 anni presenti sul territorio provinciale vengono assicurate dalle strutture sanitarie pubbliche varie prestazioni: i **controlli odontoiatrici periodici**, la **sigillatura dei solchi dentari** quando indicato, l'**igiene orale con rimozione del tartaro** e i **trattamenti della carie**.

Tutte queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket secondo il regime vigente.

A partire dall'anno scolastico 2005-2006 verrà attivato un programma di controllo della salute orale rivolto a tutti i bambini di seconda elementare.

Le **cure ortodontiche** - per malocclusione o difetti di masticazione - sono garantite a coloro che si trovano in particolari situazioni di reddito come previsto dalla legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20. I **contributi** sono erogati dai comuni di Trento e Rovereto e per gli altri comuni del Trentino dai comprensori.

## Anziani

L'applicazione di **protesi mobili** alle persone con più di 60 anni è garantita a coloro che si trovano nelle particolari condizioni di reddito previste dalla legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20.

Le persone di età superiore ai 70 anni residenti sul territorio provinciale possono usufruire, pagando il ticket secondo il regime vigente, delle **prestazioni diagnostiche e curative** previste per i bambini fino ai 14 anni.

## Donne in gravidanza

Alle donne in gravidanza oltre il terzo mese residenti in provincia di Trento è garantita la **visita specialistica odontoiatrica** e, ove indicate, prestazioni di igiene orale come ad esempio l'ablazione del tartaro. Le prestazioni sono soggette al pagamento del ticket secondo il regime vigente.

## Popolazione residente sul territorio provinciale

Alla popolazione residente sul territorio provinciale sono garantite le visite specialistiche per **consulenze odontoiatriche** e una serie di prestazioni di chirurgia ambulatoriale orale (ad esempio estrazioni dei denti del giudizio inclusi).

Queste prestazioni sono garantite solamente su prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista in presenza di quadri clinici particolarmente complessi o in presenza di rischi particolari per il paziente e sono erogate dalle Unità operative ospedaliere di Trento e di Borgo Valsugana. Le prestazioni sono soggette al pagamento del ticket secondo il regime vigente.



## Persone in particolari condizioni di vulnerabilità sanitaria o economica

I soggetti disabili psichici e psicofisici e i soggetti affetti da patologie generali gravi possono beneficiare delle prestazioni di assistenza odontoiatrica. In questo capitolo rientrano patologie a cui sono già attribuiti dei codici di esenzione dal ticket.

cod. 011	cod. 023 (in emodialisi)	cod. 046
cod. 015	cod. 029	cod. 047
cod. 018	cod. 034	cod. 050 (esclusa cornea)
cod. 020	cod. 038	cod. 052
cod. 021	cod. 044	

Chi è in possesso della relativa attestazione può prenotare le prestazioni di assistenza odontoiatrica dichiarando il suo codice al CUP.

L'elenco completo e dettagliato di tutte le patologie e delle relative prestazioni è disponibile presso i Distretti sanitari e comunque verrà data comunicazione anche agli interessati. Possono altresì beneficiare dell'assistenza odontoiatrica gratuita i soggetti in stato di indigenza economica in possesso di idonea documentazione rilasciata da comuni e comprensori.

## Urgenze

Sono assicurati a tutta la popolazione presente sul territorio provinciale gli interventi di prima urgenza per le situazioni che richiedono un immediato intervento odontoiatrico. Durante i giorni feriali il servizio è garantito dalle strutture specialistiche poliambulatoriali dei distretti secondo i normali calendari. La mattina del sabato e dei giorni festivi il servizio è assicurato dall'Unità operativa di chirurgia maxillo-facciale dell'Ospedale di Trento con accesso tramite il pronto soccorso.





## Elezioni ENPAM - Risultati

*Il Consiglio Nazionale dell'Enpam, composto dai 103 Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici e degli Odontoiatri o loro delegati, ha confermato, nelle elezioni del 26 giugno, con larghissima maggioranza alla guida dell'Ente, l'On Eolo Parodi. Al termine delle procedure elettorali e di nomina statutariamente previste, gli Organi Collegiali per il quinquennio 2005-2010 risaltano così costituiti:*

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
Prof. Eolo PARODI (Presidente) Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario) Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI
Dr. Alberto OLIVETI Dr. Giuseppe GRECO Dr. Nunzio ROMEO Dr. Arcangelo LACAGNINA Prof. Marco PERELLI ERCOLINI Dr. Gerardo D'URZO Dr. Eliano MARIOTTI Dr. Gian Mario SANTAMARIA Dr. Bruno DI LASCIO Dr. Francesco LOSURDO Prof. Aurelio GRASSO Dr. Giuseppe DEL BARONE (nom. dalla FNOMCeO) Dr. Benito MELEDANDRI (nom. dalla FNOMCeO) Dr. Paolo ORIANA (nom. Dalla FNOMCeO) Dr. Antonio SILI SCAVALLI (nom. dal Min. della Salute) Dr. Mario CARLETTI (nom. Dal Min. Lav. e delle Pol. Soc.) Dr. Giovanni DE SIMONE (nom. dal Min. dell'Econ. e delle Fin.) Prof. Maurizio DALLOCCHIO (esperto in materia finanziaria) Geom. Carlo SFRISI (esperto in materia di gestione del patrimonio) Dr. Alberto VOLPONI (esperto in materia previdenziale) Dr. Luigi PEPE (design. dal Com. Consult. Generici) Dr. Alfonso CELENZA (design. dal Com. Consul. Ambulatoriali) Prof. Salvatore SCIACCHITANO (design. dal Com. Consul. Special. esterni) Prof. Giuseppe GUARNIERI (design. dal Com. Consul. Libera Prof. "Quota B")

COMITATO ESECUTIVO
Prof. Eolo PARODI (Presidente) Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario) Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI
Dr. Giuseppe DEL BARONE Dr. Benito MELEDANDRI Dr. Paolo ORIANA Dr. Alberto OLIVETI Dr. Arcangelo LACAGNINA

**COLLEGIO SINDACALE**

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente effettivo nom. dal Min. Lav. e delle Pol. Soc.)

Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente supplente nom dal Min. Lav. e delle Pol. Soc.)

**SINDACI**

Dr. Vittorio CERRACCHIO (effettivo nom. dal Min. dell'Econ. e delle Fin.)

Dr. Francesco VINCI (effettivo)

Dr. Francesco NOCE (effettivo)

Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI (effettivo)

Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE (supplente nom. dal Min. dell'Econ. e delle Fin.)

Dr. Bruno DI IORIO (supplente)

Dr. Giancarlo MARINANGELI (supplente)

Dr. Marco GIONCADA (supplente)

## segreteria organizzativa

Fondazione Trentina per il Volontariato Sociale  
Via Dordani, 8  
38100 TRENTO  
Tel. 0461.261681 - Fax 0461.264560

## convegno

Il convegno è realizzato con il patrocinio di:

- Provincia Autonoma di Trento - Assessorato alla Salute e Attività Sociali
- Comune di Trento
- Comune di Rovereto

ed in collaborazione con:

- Associazione Limen

# dignità della persona e qualità della cura nelle ultime fasi della vita

**Sabato 15 ottobre 2005**  
Sala Piave del Centro Tecnofin  
Via Zeni, 8 - Rovereto (TN)



La Fondazione Trentina  
per il Volontariato Sociale  
è patrocinata dalla



FONDAZIONE  
CASSA DI RISPARMIO  
DI TRENTO E ROVERETO



**Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari**  
Provincia Autonoma di Trento



## finalità della Fondazione

La Fondazione Trentina per il Volontariato Sociale, patrocinata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto, si pone come soggetto al servizio del volontariato. Essa agisce con il concorso attivo delle associazioni di volontariato e intende mettere a disposizione, oltre ad eventuali dotazioni finanziarie, un centro ove confrontarsi, attivare stimoli e formulare programmi coordinati. La Fondazione Trentina per il Volontariato Sociale si pone le seguenti finalità:

- favorire la diffusione di una cultura del volontariato alla persona, con riferimento non solo alla dimensione assistenziale, ma anche a quella progettuale, in relazione alle politiche sociali;
  - studiare le tematiche sociali, culturali ed economiche;
  - promuovere le attività di volontariato sociale rivolto alla persona, con particolare riguardo agli anziani, ai malati, ai minori in stato di abbandono e ai soggetti socialmente deboli in genere.
- Essa è retta da un Consiglio di Amministrazione composto da nove membri, di cui cinque sono espressione delle Associazioni di Volontariato operanti nella Provincia di Trento.

## obiettivi del convegno

- Sensibilizzare la collettività ai problemi legati al morire nella società contemporanea
- Presentare modelli assistenziali volti a favorire la qualità della vita nel suo tempo ultimo

## programma

8.30 – 9.00	<b>Apertura dei lavori</b> dott.ssa Francesca Paris Kirchner – Presidente Fondazione dott. Paolo Romiti – Direttore del Distretto Vallagarina Saluto delle autorità e del moderatore.  Moderatore del convegno dott. Fabrizio Fontana – Direttore della Direzione Cura e Riabilitazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
9.00 – 9.15	<b>“Il valore delle cure domiciliari nell'evoluzione dei sistemi sanitari”</b> dott. Fabrizio Fontana Direttore della Direzione Cura e Riabilitazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
9.15 – 9.45	<b>“La morte e il morire nella società occidentale: aspetti antropologici”</b> Flavio Cruciati Ph. D., antropologia Coordinamento scientifico programmi Hospice e UCP, Istituto Geriatrico Pio Albergo Trivulzio, Milano
9.45 – 10.15	<b>L'accompagnamento del malato terminale: presupposti antropologici ed istanze etiche</b> prof. Corrado Viafora Professore associato Facoltà di Scienze della Formazione di Padova
10.15 – 10.30	Dibattito
10.30 – 10.45	<i>Pausa caffè</i>
10.45 – 11.45	<b>“Le cure palliative domiciliari nel distretto della Vallagarina”</b> dott. Alessandro Fedrizzi Responsabile del Servizio di cure palliative del Distretto della Vallagarina
11.45 – 12.15	<b>“La presa in carico domiciliare del Paziente oncologico terminale: aspetti organizzativi e assistenziali”</b> coord. inf. Cinzia Suriani Coordinatrice infermieri cure palliative del Distretto della Vallagarina
12.15 – 12.45	<b>“Esperienze di Hospice”</b> dott.ssa Annamaria Marzi Responsabile dell'Hospice “Casa Madonna dell'Oliveto” di Reggio Emilia dott. Giovanni Zaninetta Primario dell'Hospice Domus Salutis di Brescia
12.45 – 13.00	<b>“Supporto psicorelazionale e ruolo del volontario nell'assistenza al malato terminale”</b> dott.ssa Maria Gabriella Petrillo Psicologa della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
13.00 – 13.45	Dibattito
13.45 – 14.00	<b>Conclusioni dei lavori</b> dott. Remo Andreoli Assessore alle Politiche per la salute della Provincia Autonoma di Trento

convegno

## dignità della persona e qualità della cura nelle ultime fasi della vita

Sabato 15 ottobre 2005 - Sala Piave del Centro Tecnofin - Via Zeni, 8 - Rovereto (TN)

### scheda di adesione

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

*I dati personali raccolti nella presente scheda per scopi organizzativi saranno trattati in piena osservanza della L. 675 del 31/12/1996. I diritti dell'interessato inerenti il trattamento dei dati personali sono quelli previsti dall'art. 13 della citata legge. Prendo atto dell'informativa di cui sopra e consento espressamente al trattamento dei dati personali conferiti.*

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma



Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento

SERVIZIO FORMAZIONE  
**Venerdì 28 ottobre 2005**  
**La gestione del dolore post-operatorio**

SEDE, Sala della Cooperazione,  
Via Segantini 10, Trento

**III EDIZIONE**

Organizzatore: Comitato Ospedale senza Dolore

L'iniziativa partecipa al sistema crediti ECM

**POMERIGGIO ORE 14.30 – 18.30**

Moderatore: *Dott. Fabrizio Fontana, direttore Direzione Cura e Riabilitazione*

- 14.30 - 14.45 Introduzione al programma  
*Dott. F. Fontana*
- 14.45 – 15.15 Il Comitato Ospedale senza Dolore: finalità e programma operativo  
*Dott.ssa M. Monterosso*
- 15.15 – 15.45 Fisiopatologia del dolore: il dolore post-operatorio  
*Dott.ssa L. Rigotti*
- 15.45 – 16.15 Strumenti per la valutazione del dolore  
*Sig.ra F. Dallapè*
- 16.15 – 16.30 Pausa
- 16.30 – 17.00 Farmaci d'impiego nel dolore post-operatorio  
*Dott.ssa M. G. Allegretti*
- 17.00 - 17.30 Il controllo del dolore post-operatorio  
*Dott. D. Pedrotti*
- 17.30 - 18.15 Dibattito e conclusioni  
*Dott. F. Fontana*
- 18.15 - 18.30 Valutazione di apprendimento e di gradimento

**DESTINATARI:**

**DIRIGENTI MEDICI E PERSONALE INFERMIERISTICO DELLE UU.OO.  
CHIRURGICHE DI ORTOPEDIA E DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE, DIRIGENTI  
FARMACISTI E DIRIGENTI PSICOLOGI.**

È condizione obbligatoria per la partecipazione l'iscrizione entro il giorno  
10 ottobre 2005

Componenti del Comitato Tecnico Scientifico Provider Aziendale:  
Adriana Dalponte - Fabio Cembrani - Iole Caola - Riccardo Roni - Amelia Marzano  
Rosanna Tabarelli - Marco Clerici - Mariangela Soverini



SISTEMA  
DI GESTIONE  
CERTIFICATO  
**SINCERT**

Reg. n. 5029  
9001 : 2000

Servizio Formazione

COD. CORSO PF-S-05-003

Pagina 1 di 1

**Titolo "La gestione del dolore post operatorio"**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ MATRICOLA N° \_\_\_\_\_

RESIDENTE a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

U.O./SERVIZIO IN CUI LAVORA \_\_\_\_\_ TEL. LAVORO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ TEL. DOMICILIO \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

OSPEDALE  DISTRETTO  DIREZIONE  (specificare) \_\_\_\_\_

SEGNALARE IL NUMERO DEI CREDITI GIÀ ACQUISITI PER L'ANNO IN CORSO

QUALIFICA ( Si prega di barrare la qualifica di appartenenza)

<input type="checkbox"/> Medici disciplina _____	<input type="checkbox"/> Psicologi	<input type="checkbox"/> Assistenti sanitari	<input type="checkbox"/> Igienisti dentali	<input type="checkbox"/> Ortottisti/ ass.oftalmologia	<input type="checkbox"/> tecnici fisiopat. cardiocircolatoria
<input type="checkbox"/> Veterinari disciplina _____	<input type="checkbox"/> Chimici	<input type="checkbox"/> Dietiste	<input type="checkbox"/> Infermieri	<input type="checkbox"/> Ostetriche	<input type="checkbox"/> Terapisti occupazionali
<input type="checkbox"/> Odontoiatri disciplina _____	<input type="checkbox"/> Biologi	<input type="checkbox"/> Fisioterapisti	<input type="checkbox"/> Infermieri pediatrici	<input type="checkbox"/> Podologi	<input type="checkbox"/> tecnici sanitari di lab. biomedico
<input type="checkbox"/> Farmacisti disciplina _____	<input type="checkbox"/> Fisici	<input type="checkbox"/> Educatori professionali	<input type="checkbox"/> Logopedisti	<input type="checkbox"/> tecnici riab. psichiatrica	<input type="checkbox"/> tecnici sanitari di radiologia med.
<input type="checkbox"/> tecnici audiometristi	<input type="checkbox"/> Tecnici audioprotesisti	<input type="checkbox"/> Tecnici prevenz.ambiente	<input type="checkbox"/> -tecnici neurofisiopat.	<input type="checkbox"/> Tecnici ortopedici	<input type="checkbox"/> Terapisti neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/> Ottici	<input type="checkbox"/> Odontotecnici	<input type="checkbox"/> Professioni non accreditate			

FIRMA \_\_\_\_\_ FIRMA del RESPONSABILE \_\_\_\_\_

**Il seminario si terrà il venerdì 28 ottobre 2005 presso la Sala della Cooperazione, via Segantini 10, Trento.**

**N.B.:**

**Da inviare al SERVIZIO FORMAZIONE - via P. Orsi, 1 - Trento**

**Fax 0461-903563 entro il 10 ottobre 2005**

**N.B.**

Nel caso in cui non fosse possibile accettare la Sua iscrizione al corso in oggetto (non soddisfacimento dei prerequisiti, si veda il programma allegato, ritardo termini di iscrizione, esubero domande) riceverà un fax di sconferma. Si specifica che in caso di esubero domande pervenute, lo scrivente servizio provvederà ad una selezione come previsto da procedura.