parma medica

n.5

dicembre/07 - gennaio/08

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma - Spedizione in a.p. - 45% - art 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Parma

Speciale

Una nuova sede per l'Ordine e un ruolo sempre più incisivo

Il Presidente Tiberio D'Aloia nel corso dell'Assemblea ordinaria di fine anno ha annunciato il cambio indirizzo per l'Ente di Parma in primavera

Allegato

parma medica *notiziario*

IN QUESTO NUMERO:

- *Lezione Magistrale di Giorgio Cosmacini: Ars, scienza, pietas*
- *Bilancio Preventivo 2008: approvato dall'assemblea*
- *L'attività libero-professionale? Opportunità per l'Azienda*
- *Profilo degli odontotecnici... "Non s'ha da fare"*

EDICTA EDIZIONI

POLIAMBULATORIO DALLA ROSA PRATI S.R.L

CONVENZIONATO / ACCREDITATO AUSL

Via Duomo, 7-43100 Parma - Tel.0521/238810- Fax. 0521/204000
e-mail:info@poliambulatoriodallarosaprati.it – www.poliambulatoriodallarosaprati.it
Direttore Sanitario:Dott. Guidobaldo Dalla Rosa Prati – Specialista in Fisiatria – Aut. SAN. 42595 DEL 22/03/01

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE **a magnete aperto total body** **convenzionato AUSL**	**Dott. ROBERTO RIZZOLI** Radiologo **Dott. ANDREA MISELLI** Radiologo	**Dott. RAFFAELE CONTI** Radiologo	**Dott. GIACOMO CORSI** Radiologo
ECOGRAFIA **convenzionato AUSL**	**Dott. ROBERTO RIZZOLI** Radiologo **Dott. ANDREA MISELLI** Radiologo	**Dott. GIACOMO CORSI** Radiologo **Dott. GIUSEPPE CAVALLI** Ecografista	**Dott. RAFFAELE CONTI** Radiologo
MAMMOGRAFIA **convenzionato AUSL**	**Dott. ssa GABRIELLA DURANTE-MARTINA** Radiologo		**Dott. RAFFAELE CONTI** Radiologo
FISIATRIA **convenzionato AUSL**	**Dott. GUIDOBALDO DALLA ROSA PRATI**	**Dott. PAOLO ALBERTO DELPIANO**	**Dott.ssa ANTONIA PEZZANI**
ORTOPEDIA	**Dott. MASSIMO CATTANI**		
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA	**Dott.ssa LORENA PAOLUCCI** CHIRURGO PLASTICO		

POLIAMBULATORIO DALLA ROSA PRATI S.R.L.
Direttore Sanitario:Dott. Guidobaldo Dalla Rosa Prati
Spec. in Fisiatria
Aut. SAN. 42595 DEL 22/03/01

S O M M A R I O

L'EDITORIALE
Non tutti i cervelli sono uguali
di Pierantonio Muzzetto
p.3

FOCUS
D'Aloia: "Puntiamo a un ruolo sempre più incisivo dell'Ordine"
p.5

Cosmacini: Ars, scienza, pietas
Le tre categorie dell'agire medico
p.9

Bilancio Preventivo 2008: approvato dall'assemblea degli iscritti
di Paolo Dall'Aglio
p.12

MEDICINA E ATTUALITA'
Un pensiero divergente
Galateo per i malati e i loro parenti
di Angelo Campanini
p.14

L'attività libero-professionale? Opportunità anche per l'Azienda
di Maurizio Monica
p.16

Spazio Internet. Aggiornarsi in Medicina
Le funzioni di PubMed
di Giancarlo Gazzola e Daniela Percudani
p.17

"Parma campaign": per prevenire la chetoacidosi
di Maurizio Vanelli
p.20

24° Congresso Nazionale SIMG
La sfida possibile
di Fernanda Bastiani
p.22

CULTURA
Alimentazione, clima e storia dell'uomo
p.25

ODONTOIATRIA
Profilo degli odontotecnici... "Non s'ha da fare"
di Angelo Di Mola
p.26

I NOSTRI LUTTI
p.29

NON TUTTI I CERVELLI SONO UGUALI

di Pierantonio Muzzetto

La fuga dei cervelli ed il loro rientro sta facendo penare gli italiani "che contano". Recita il corriere.it di sabato 17 novembre "Cervelli, seconda fuga. Su 466 si fermano 45. Il magro bilancio dell'operazione rientro dei cervelli. Il modello spagnolo 800 tornano, 400 diventano docenti".

Si apre uno scenario importante. Un vulnus fra docenti stanziali e docenti esportati. Le voci contro dicono che, sì, è vero per fare ricerca bisogna andare via, perché in Italia mancano mezzi e cultura imprenditoriale (quella, ad esempio, che porta gli USA ad assoldare con contributi importanti e non da fame giovani vogliosi, a volte anche intelligenti e produttivi, dando loro mezzi ed incentivi) per cui rimane solo chi abbia buoni risultati. Ma, di contro, ci sono coloro che sostengono che non è sufficiente andar via per avere "i gradi" di generale della ricerca e, quindi, ottenere tout court, sic et simpliciter, il posto di docente D.O.C. o D.O.P., come un buon vino certificato.

L'Italica abitudine di abiurare la ricerca nostra e di denigrare gli stanziali non ci trova d'accordo; e con ci può trovare d'accordo per il fatto che coloro che ricercano "in affanno" non sono meno validi di coloro che ricercano, seppur lontano da casa, nell'agio.

"Chi ha più filo, tesse". E' l'adagio del fare consapevole. Così come è giusto che chi ha meriti vada avanti, sia esso un locale, un locale emigrato od un oriundo. Il titolo di emigrante della ricerca di per sé non è titolo unico ed indispensabile per dispensare – scusando l'assonanza - posti e docenze. Non si è d'accordo cogli spagnoli. Certi cervelli, o supposti tali, magari hanno fatto una sola ricerca nel loro stare all'estero, importante e ben pubblicata, ma ben poca cosa se si pensa che su riviste internazionali molti dei nostri deprecati ricercatori indigeni, hanno il pregio di pubblicare con continuità e pure bene. Il vero problema, se si consente, non è tanto la produzione a chili o quintali di lavori – ad un concorso per professore ordinario uno dei commissari apostrofò uno dei candidati dicendo se con una produzione pari ad un lavoro ogni 3-4 giorni avesse avuto il tempo perlomeno di dormire –, quanto pochi lavori, ma buoni e frutto di vera ed importante ricerca. I puristi potrebbero insorgere dicendo che la ricerca è ricerca e che non si può né limitarla né condizionarla. Vero. Ma condizionarla all'uso ottimale per la vita e per la salute, in ambito medico s'intende, questo, sì.

Se una responsabilità v'è, è certo che sia della macchina universitaria che dovrà oliare i suoi meccanismi molto arrugginiti, magari riprendendo l'antica usanza di far girare i suoi figlioli in terra nazionale, fino a farli tornare con esperienza, grinta e capacità indubbie alla sede della scuola. Sì, bisogna pensare di riprendere a fare "scuola". Meno professori di nome e poco di fatto. Molti Caballeros e pochi comandanti. Però buoni.

Quindi l'aver usufruito ora, in questa realtà, di un biglietto di volo e di permanenza all'estero non è credenziale unica e ottimale e credibile per pretendere ciò di cui non v'è alcun merito. Ma nel nostro paese, si sa, tra uguali capacità ci sono "più uguali" meriti. Che sia un caso?

POLIAMBULATORIO PRIVATO
AIRONE
SPAZIO SALUTE

CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA - MASSAGGI
PALESTRE - PISCINA - ANALISI MEDICHE - CENTRO PRELIEVI

Viale Matteotti, 49 bis - Salsomaggiore Terme (PR)
Tel. 0524 583131 - Fax 0524 581435
info@aironeonline.com - www.aironeonline.com

Direttore Sanitario Dott. Francesco Petrelli
Medico Chirurgo - Odontoiatra
Aut. San. N°953 del 19/11/2004
Sede Autorizzata dal Ministero della Salute per corsi E.C.M.

SERVIZI ANALISI CENTRO PRELIEVI
Dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 10.30

CARDIOCHIRURGIA	Dott. Alessandro Parolari
CHIRURGIA	Dott. Roberto Del Frate Dott. Marzio Montanari Dott. Stefano Rollo Dott. Salvatore Napolitano
CHIRURGIA ESTETICA	Dott. Gerardo Gasparini
OTORINOLARINGOIATRIA	Prof. Maurizio Vento
CARDIOLOGIA	Dott. Luigi Amedeo Bastoni Dott. Alessandro Varacca *MEDICINA DELLO SPORT* Dott. Gianni Rastelli *DIABETOLOGIA, IPERTENSIONE ARTERIOSA*
DERMATOLOGIA	Dott.ssa Maria Elena Guareschi Dott. Romolo Nouvenne
ECOGRAFIA, ECO-DOPPLER	Dott.ssa Mara Costa
GINECOLOGIA e OSTETRICIA	Dott. Federico Amone Dott. Adriano Galletti Dott.ssa Antonella Padovani Dott. Michele Caltabiano
ORTOPEDIA	Dott. Jean Claude De Mauroy Prof. Carlo Fioruzzi Dott. Marco Pedretti
FISIATRIA/ORTOPEDIA	Dott.ssa Pieremilia Lusenti
FISIATRIA/REUMATOLOGIA	Dott.ssa Anna Maria Ferrari
ENDOCRINOLOGIA MEDICINA INTERNA	Dott.ssa Maria Cristina Cimicchi
ENDOCRINOLOGIA DIABETOLOGIA	Dott.ssa Rosa Trianni
ENDOCRINOLOGIA	Dott.ssa Simona Cataldo
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA/AUXOLOGIA	Prof. Giulio Gilli
DIETOLOGIA, OMOTOSSICOLOGIA, OMEOPATIA, MEDICINA BIOLOGICA	Dott. Giampiero Di Tullio
AGOPUNTURA	Dott. Veisi Zadeh Mohammad Said
FONIATRIA OTORINOLARINGOIATRIA	Dott.ssa Maria Elena Berioli
ENDOSCOPIA e GASTROENTEROLOGIA	Dott. Paolo Orsi Dott. Ovidio Pinazzi
LOGOPEDIA	Dott.ssa Annalisa Amadasi
MEDICINA DEL LAVORO	Dott. Jean Paulin Mbissoko
MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI	Dott. Marco Barboso
NEUROLOGIA	Dott. Enrico Montanari Dott.ssa Ilaria Pesci
NEUROLOGIA Servizio di Elettromiografia	Dott. Claudio Grassa
NEUROPSICOLOGIA	Dott.ssa Ilaria Sterbizzi
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Dott.ssa Emanuela Rastelli
PSICOLOGIA	Dott.ssa Vincenza Rizzitelli
PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO	Dott. Arianna Benaglia
PSICHIATRIA	Dott. Bruno Fontanesi Dott. Fabrizio Bucci
OCULISTICA	Dott.ssa Cinzia Granelli Dott.ssa Pierangela Rubino
OMEOPATIA	Dott. Andrea Lozzi
PNEUMOLOGIA	Dott. Severino Aimi
AMBULATORIO DI SENOLOGIA	Dott. Marzio Montanari Dott. Salvatore Napolitano Dott. Rocco Paolucci
UROLOGIA	Dott. Roberto Arnaudi

D'Aloia: "Puntiamo a un ruolo sempre più incisivo dell'Ordine"

Il 24 Novembre a Palazzo Soragna si è svolta la seconda Assemblea annuale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, convocata per l'approvazione del bilancio preventivo.
Per l'occasione i presenti sono stati anche informati dell'acquisto della nuova sede: un'operazione che traduce un forte credo nel valore dell'Ente

La mattinata introdotta e coordinata dal vice presidente Pierantonio Muzzetto è suddivisa in due momenti. Il primo è stato caratterizzato dalle relazioni del Presidente Tiberio D'Aloia, del Presidente Commissione Odontoiatri Angelo Di Mola, sul fenomeno dell'abusivismo e sul nuovo profilo degli odontotecnici, del Tesoriere Paolo Dall'Aglio, sull'approvazione Bilancio Preventivo per l'anno 2008, e del Presidente Collegio dei Revisori dei Conti Ornella Cappelli. Un appuntamento importante nel corso del quale sono stati affrontati temi di scottante attualità, come il problema del contratto formazione lavoro degli Specializzandi, la gestione dell'emergenza medica, la medicina declinata al femminile e la posizione degli Ordini a livello regionale circa la questione degli inceneritori e dell'impatto ambientale dello smaltimento dei rifiuti. Ma l'argomento principale della mattinata ha riguardato l'illustrazione della nuova sede acquistata dall'Ordine in una palazzina direzionale di via Po. Dopo 42 anni, di cui sette spesi nella ricerca del luogo più idoneo, infatti, l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Parma, cambia indirizzo.
La seconda parte, introdotta da Roberto Delsignore, Direttore della Clinica Medica, ha previsto la lezione magistrale, intitolata "Ars, scientia, pietas: le tre categorie dell'agire medico", di Giorgio Cosmacini, Medico, laureato in filosofia. Primario nell'Istituto Scientifico Ospedale Maggiore di Milano, insegna Storia della sanità nella facoltà di Lettere e filosofia dell'Università degli Studi di Milano.

di Tiberio D'Aloia

Lo spirito della seconda assemblea annuale dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Parma spazia fra l'annuncio dell'acquisto della nuova sede in via Po, l'aggiornamento sui problemi che si sono verificati e presentati alla valutazione dell'Ordine professionale in questi mesi e la riflessione sull'essere medico e sulla responsabilità dello stesso.

LA NUOVA SEDE

Acquistando la nuova sede abbiamo remato contro i cattivi profeti che si interrogavano sul futuro ruolo degli Ordini.
Ma noi con le nostre considerazioni, le nostre moderate prese di posizione, i nostri giudizi e raccomandazioni siamo riusciti ad entrare nel mondo sanitario sempre più negli anni e crediamo che il nostro operato nel futuro avrà sempre più significato e valore.
L'acquisto della nuova sede è l'affermazione che crediamo al ruolo di questa istituzione che non è solo espressione e custode delle norme del codice deontologico comportamentale dei medici, ma anche punto di riferimento sui temi previdenziali della professione medica.
E' inoltre un organo di consultazione sull'organizzazione sanitaria, visto il nostro osservatorio privilegiato su tutte le categorie mediche.
Quelle stesse che dovrebbero credere sempre più al loro Ordine perché al di fuori di esso non c'è regolamento, ma prevale l'individualismo interpretativo e il relativismo morale.

La nuova sede dell'Ordine è sita in un condominio direzionale sul lungoparma.
La decisione dell'acquisto viene dal lontano 2000 e ha avuto motivazioni molteplici: l'accesso in zona ZTL, che è pressoché proibitivo per tutti i medici che utilizzano la macchina e in particolare per i colleghi che operano in provincia; l'angustia dei locali che hanno costretto a far lavorare il personale di segreteria in una unica stanza; la non idoneità della sala riunioni, senza uscite a norme di legge.
La sede che vi presentiamo è nuova, di accesso facile, è dotato di 27 posti auto, si sviluppa su due piani per un totale di 450 mq: il piano terra è destinato al personale amministrativo e al direzionale mentre il piano superiore è adibito alle riunioni consigliari in una stanza ad hoc e assembleari in una sala di circa 80 posti.
Inoltre apprezziamo lo sforzo che l'ANDI sta facendo per acquistare nel nuovo condominio locali idonei sia alla propria associazione sia alle riunioni dei sindacati che contribuiranno.
Queste osservazioni sulla sede sono il frutto di decine di riunioni che abbiamo fatto con la commissione composta dal Vicepresidente, Dott. Muzzetto, dal Segretario, Dott. Ronchini, dal Tesoriere, Dott. Dall'Aglio, dal Presidente della Commissioni Odontoiatri, Dott. Di Mola, dalla presidente dei Revisori dei conti Dott.ssa Cappelli, dall'Avv. Pinardi, dall'Ing. Pavarani, dalla Dott.ssa Landi con la super consulenza dell'Avv.

Pagliari e con gli atti notarili del notaio Almansi e più recentemente con lo studio di architettura Ceruti-Ghiretti.
Il Consiglio ha deliberato l'aumento della quota di iscrizione per l'anno 2008 di Euro 7,00 che passerà quindi da 178 a 185 euro, per fronteggiare le spese del rogito e dell'arredamento della nuova sede.
Saremo così stabilmente in grado di fronteggiare il mutuo ventennale (con una rata annuale di Euro 120.000,00).

GLI INCENERITORI

L'art. 5 del Nuovo codice di Deontologia medica recita: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini".
Da due anni siamo stati sensibilizzati dal gruppo dei medici per l'Ambiente a valutare l'impatto ambientale degli inceneritori per lo smaltimento dei rifiuti (termovalorizzatori). Abbiamo preso visione dell'inceneritore di Piacenza, traendone una buona impressione, ed abbiamo seguito di contro l'azione giudiziaria dell'Ordine dei Medici di Modena contro il raddoppio dell'inceneritore di Modena.
Sul tema ha preso posizione anche l'Ordine di Forlì per una analisi che è stata fatta sullo smaltimento dei rifiuti solidi urbani nel territorio forlivese. L'aumento della quantità dei rifiuti, della loro potenziale tossicità e di nuovi composti plastici ed elettronici, complica la possibilità di portare allo smaltimento ciò che resta dopo tutti i processi di riduzione, riutilizzo, recupero e riciclo come raccomandato dall'OMS.
Alla luce delle valutazioni degli esperti degli ordini di Modena e di Forlì, il Presidente della Frer Dott. Pizza, membro della Commissione Regionale ad hoc predisposta (volta a seguire il divenire degli inceneritori in Emilia Romagna e la loro influenza sulla sicurezza degli abitanti che confinano con queste strutture), ha valutato che le amministrazioni provinciali e comunali si sarebbero già attivate per l'estensione di tali impianti e ha espresso in modo deciso, sentiti i presidenti di Ordine, che la Frer sarebbe contraria a soluzioni non controllate alla costruzione indiscriminata di nuovi inceneritori.
L'opposizione della Frer ha creato una querelle con il ministro Bersani per il modo in cui quest'ultimo aveva sancito che esulasse dal compito degli Ordini professionali valutare l'inquinamento e intervenire contro le direzioni delle amministrazioni provinciali e regionali bloccando così i provvedimenti amministrativi. Poi i media hanno estremizzato le posizioni reciproche.
Il problema dello smaltimento dei rifiuti è stato anche un punto di dibattito da parte della Fnomceo che ha stretto un patto di alleanza con l'Isde per controllare l'igiene ambientale.

Il nostro Consiglio è stato contrario ad affermare una sicura nocività degli inceneritori, qualora fossero realizzati secondo le più moderne tecniche impiantistiche e di controllo delle emissioni, specie se rapportato all'inquinamento in atto nella Val Padana e in cui ci sono gli attraversamenti di più autostrade con un alto traffico di macchine. In assenza di dati scientifici incontrovertibili e non essendo a conoscenza di modalità alternative, il Consiglio non ha posto parere favorevole ad una critica indiscriminata agli inceneritori ma ha solidarizzato con la Frer contro le asserzioni del ministro Bersani che relegherebbero gli Ordini ad Enti burocratici. Siamo in attesa degli sviluppi per i chiarimenti richiesti dal ministro della Salute sulle motivazioni scientifiche della posizione degli Ordini della Regione.
Non tutte le posizioni sono concordi però.
Per esempio il prof. Veronesi in data 26/10/2007 su Greenreport sancisce che l'incidenza di mortalità per cancro nel raggio degli inceneritori non cala aumentando la distanza dall'inceneritore stesso e che non esistono prove concrete di un legame fra le esposizioni alle emissioni di inceneritori e l'aumento di tumori.
Capite quindi le perplessità che abbiamo avuto come Consiglio ad esprimerci, non essendo noi degli esperti nel settore e non essendo noi alla conoscenza delle macroorganizzazioni che regolano lo smaltimento dei rifiuti con interessi diversificati.

LE DONNE MEDICO

Il panorama dei medici attivi nelle professioni si va colorando sempre più di rosa e come avete visto i neolaureati ogni anno sono per 8-9 decimi donne per cui andrà rivista la tipologia professionale, anche tenendo conto del ruolo della donna nella società. Dire che si vuole declinare al femminile è facile, vedere come la professionalità delle donne potrà essere inserita negli ambienti ospedalieri e universitari, nella medicina generale, negli Ordini e nelle associazioni sindacali con un ruolo anche dirigenziale è tutto da vedere per il futuro. Con tutto il rispetto per la scuola, in cui prevalgono insegnanti al femminile, non vorrei che la medicina fosse più a portata del femminile perché il sesso maschile preferisce altre più remunerativi posizioni manageriali.
Come sapete a Parma c'è l'Associazione Donne Medico, che a livello nazionale è nata nel 1921 proprio a Salsomaggiore, ora diretta dalla Dott.ssa Antonella Vezzani e a livello nazionale dalla Dott.ssa Cappelli.
L'analisi fatta al Convegno di Caserta ha valutato le posizioni rivestite dalle donne nella società medica, le specialità nelle quali figurano, la loro presenza in ambito ordinistico e sindacale, facendo qui notare la riduzione della loro presenza nelle cariche dirigenziali.
La presenza della donna medico dovrà apportare opportune innovazioni nei servizi sanitari, promuovere modifiche legislative e contrattuali per le attività della donna come madre e come medico, quindi orari di lavori più flessibili, sostituzioni garantita, part-time.
Quello delle donne medico è un valore aggiunto: dapprima inserite quasi sempre come pediatre, hanno poi occupato posti di responsabilità nei settori organizzativi e negli ultimi anni in numerose specialità.
Sarà indispensabile per il futuro che il mondo fem-

minile partecipi di più per ottenere un reale impegno nei consigli provinciali degli Ordini e per una presenza femminile sempre più crescente.
Spero che le donne aderiscano all'Associazione donne medico di Parma e che diano un contributo contenutistico alla tipologia del loro lavoro, spesso conflittuale con le funzioni che la donna ha nella casa e nella famiglia, ma indispensabile per l'umanizzazione dei reparti.

GLI SPECIALIZZANDI

Quello degli specializzandi è un tema che seguiamo da anni: ci siamo molto interessati alla loro formazione, al loro tutoraggio e al loro impiego nelle aziende.
E' stata ponderata dall'Ordine la posizione dei medici in formazione che, nelle nostre aspettative, avrebbero dovuto essere tutelati e non buttati allo sbaraglio: si deve ad un impegno del Consiglio e della Presidenza se anche nel recente passato in Parma sono state fatte alcune correzioni "di tiro" sugli specializzandi.
In particolare anche la non applicazione del contratto formazione lavoro dal 1999 e la minaccia di non pagare le borse di studio ha portato allo sciopero generale dei colleghi di Parma. Erano anni che la pentola bolliva. Come nostro compito, venuti a conoscenza delle intenzioni di sciopero, abbiamo informato il preside di facoltà, Prof. Borghi, che si è attivato con il Rettore per corrispondere almeno le borse di studio e scongiurare lo sciopero. Tale azione di tamponamento non è riuscita, per cui gli specializzandi sono scesi in campo per le giuste rivendicazioni, con una manifestazione di 500 colleghi in camice per le vie della città. Sul problema del mal utilizzo dei colleghi ci si è espressi a chiare lettere: è un problema datato e grave e non per questo deve rimanere irrisolto. C'è utilizzo di manodopera a basso costo, c'è disutilizzo, non ci sono le garanzie dovute. Spiace che alcuni giovani colleghi sull'onda dell'emotività e della rabbia abbiamo deciso di misconoscere quanto in loro favore fatto dall'Associazione degli specializzandi, che avevamo contribuito a formare appunto per razionalizzare l'azione sia per le rivendicazioni economiche che per la valutazione della formazione scientifica.
Né l'Università, né l'Azienda, né gli specializzandi attivati hanno pensato di coinvolgere nella mediazione la presidenza dell'Ordine che è stata avvisata a sciopero ormai in atto.
Solidarietà viene data a questi giovani colleghi che

UNA DELIBERA DELL'ORDINE SUGLI SPECIALIZZANDI

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dopo aver preso atto della situazione dei medici specializzandi operanti nell'azienda ospedaliera-Universitaria che è culminata nello sciopero delle categorie:
- esprime solidarietà ai colleghi per le giuste rivendicazioni sul piano economico;
- stigmatizza il grave ritardo delle istituzioni preposte alla applicazione del dlgs 368/99 che regolamenta la parte normativa ed economica del contratto di formazione-lavoro degli specializzandi;
- auspica che siano firmati gli atti necessari di recepimento ed applicazione del contratto sia per quel che riguarda gli arretrati 2006-2007 sia per il prosieguo 2007-2008;
- l'Ordine si ritiene disponibile, come in passato è sempre stato disponibile, ad affiancare gli specializzandi ed a partecipare alla commissione che regola i rapporti fra le direzioni delle scuole di specializzazione ed i rappresentanti degli specializzandi.

sono i professionisti di domani. Comunque pare che i soldi siano arrivati dal Ministero per pagare gli arretrati 2006-2007 applicando il contratto di formazione lavoro. Andrà seguito anche il pagamento per il futuro e la componente dell'assistenza previdenziale.

IL 118

L'Ordine è stato coinvolto nella problematica dell'utilizzo di infermieri nell'attività di emergenza-urgenza del 118 e sono stati presentati dei protocolli che il personale infermieristico può applicare nel verificarsi di emergenze. Abbiamo constatato che non è stata prevista un'opportuna integrazione con le unità mediche operanti nel settore.
Il campo è un po' confuso. Abbiamo dibattuto in Consiglio quale posizione debba prendere l'Ordine professionale perché si tratta di valutare se gli infermieri possano compiere attività e applicare protocolli che, corretti nella loro stesura, debbano in primis essere applicati da mano medica. Certo è che vanno addestrati i medici ed è per questo che dovremo intervenire sulle direzioni sanitarie delle due aziende per verificare l'utilizzo degli specializzandi e dei medici di guardia medica.
Deve essere considerato che l'Ordine si ritiene indisponibile a soluzioni surrogate che possano minare il corretto rapporto fra medico e paziente ed esprime perplessità sul fatto che per una mera questione di bilancio si debbano attribuire mansioni improprie a personale sanitario, mansioni di pertinenza medica.
Anche questo è un problema che ha radici lontane e viene da dire che non è mai stato razionalmente risolto né voluto risolvere. Spesso le riunioni delle Commissioni nel nostro sistema servono per annacquare i problemi mentre le vere scelte vengono fatte altrove e sopra la nostra testa specie nel settore della Guardia Medica.

L'ERRORE MEDICO

Le responsabilità del medico, la medicina difensiva e l'errore in medicina sono stati oggetto di un convegno a Cagliari e anche di uno a Parma per iniziativa dell'Associazione Marino Savini.
Innanzitutto c'è da dire che la sicurezza delle cure rappresenta un obiettivo irrinunciabile. Un tempo, in presenza di una medicina povera di tecnologia e di una sanità a bassa organizzazione, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l'esperienza e l'autorevolezza, erano alla base del processo diagnostico terapeutico. Allora l'errore era attribuibile a responsabilità individuale, mentre ora lo sviluppo verticale delle conoscenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, il massiccio ingresso orizzontale nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie, hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie.
Il processo clinico assistenziale, anche sotto la spinta di esasperate politiche aziendalistiche alla ricerca di efficienza, è diventato simile ad una linea di produzione di merce che mantiene però un altissimo contenuto etico e civile. In questo processo ed intorno ad esso si muovono più attori con i propri ambiti di autonomia e di responsabilità e un universo di domande e di bisogni ai quali non sempre possono corrispondere i medici e la medicina. Tutto ciò va contestualizzato all'interno di un rapporto medico paziente in continuo cambiamento, che i medici vedono sintetizzato nel concetto di alleanza terapeutica. Un contesto in cui le aspettative, più o meno giustificate, del paziente hanno una grande rilevanza. La complessità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra e interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni che favoriscono il manifestarsi di errori. In questo senso, senza nulla voler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove presente, l'errore in sanità modifica sostanzialmente la propria natura. Le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono, dunque, innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti errori latenti, quelli cioè che appartengono all'area organizzativo – gestionale dei processi clinico assistenziali. In questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema: in altre parole è l'effettore dell'evento indesiderato.
Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza e quindi della qualità, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi. Cosa fare per migliorare l'organizzazione dei servizi? Cosa fare per produrre e trasmettere la cultura dell'errore, del rischio clinico, e della sicurezza delle cure? Formazione universitaria, formazione specialistica, programmi Ecm, Ebm, valutazione dei servizi sanitari, gli audit clinici: sono queste le risposte?
Quanto detto su questo argomento fa parte della sofferenza della medicina ufficiale. Ma mentre da una parte gli infermieri sostituiscono i medici e i tecnici fanno le diagnosi, non va sottaciuto il proliferare della nuove professioni sanitarie degli odontotecnici laureati, degli ortottica optometristi, delle laurea in scienze motorie, dei dietisti, dei laboratoristi che elaborano test di allergie toto orbe, degli osteopati, dei chiropratici e di tutto un corteo di professioni, anche non convenzionali, pseudo para sanitarie che si espandono sempre più, anche con il silenzio politico delle aziende che schiacciano un occhio laddove è possibile ridurre il ruolo del medico.
A tutto questo si aggiunga che per vedere una lastra semplice al torace in due proiezioni bisogna accendere il computer ed introdurre i cd, dimenticando magari i crepitii alla base del torace in regione ascellare, la persistenza delle febbre, il tipo di espettorato. Meno archivio senz'altro, meno carta, ma forse anche meno diagnosi.

Cosmacini: Ars, scienza, pietas
Le tre categorie dell'agire medico

La medicina odierna, secondo il Medico e Storico della Medicina che ha tenuto una lezione magistrale nell'ambito dell'Assemblea dell'Ordine, esigerebbe più che mai la compresenza di una religiosità interumana coessenziale e imprescindibile. Senza di essa, la medicina si dimezzerebbe

"Il Prof. Giorgio Cosmacini è Medico, è stato Primario Radiologo al Policlinico di Milano, Laureato in Filosofia, insegna Storia della Medicina Italiana nell'Università Vita e Salute dell'Ospedale S. Raffaele di Milano e scrive sulla pagina di cultura del Corriere della Sera.
La Storia della Medicina è una disciplina passata da una fase storica in cui per molti aspetti era considerata aneddotica alla dignità di Corso Integrato nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e in molti Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Quando la Commissione Formazione, coordinata dal Prof. Cocconi, su richiesta del Presidente Tiberio D'Aloia, ha dovuto scegliere un Relatore per la Lettura Magistrale per la nostra Assemblea Annuale, vi è stata una convergenza unanime sul nome del Prof. Giorgio Cosmacini, Medico e Storico della Medicina, noto anche nella nostra città, dove alcuni anni orsono ha tenuto una Lettura alla Biblioteca Palatina su 'La vita e i tempi di Giovanni Rasori'. Giorgio Cosmacini è ora un affermato scrittore. Tra le numerose opere che Cosmacini ha scritto – 'Storia della Medicina e della Sanità in Italia' (3 volumi 1989-1998), 'La qualità del tuo Medico' (1995), 'Medici nella Storia d'Italia', 'Introduzione alla Medicina' (con Claudio Rugarli, 2000), 'Il Medico ciarlatano' (2001) ed altri ancora - ve n'è uno che io apprezzo particolarmente e che consiglio ai miei Specializzandi: 'Lettera a un medico sulla cura degli uomini', scritto in collaborazione con Roberto Satolli, medico e giornalista. Il libro, nella forma di una lettera piena di esperienza e di intelligenza critica, è rivolto a Medici e Pazienti. Ai primi perché si riscuotano dal miraggio tecnologico per tornare alla qualità umana della loro professione; ai secondi perché sviluppino un sano e consapevole atteggiamento critico e usino la medicina senza farsi usare. Ritengo che la Sua Lezione Magistrale "Ars, Scientia, Pietas: le tre categorie dell'agire medico" affronti un tema di grande interesse per tutti i medici".

dalla presentazione di Roberto Delsignore

di Giorgio Cosmacini

Dalla tèchne iatriké del medico ippocratico fino alla professione odierna, l'arte medica era ed è un'attività laica, da laòs, "popolo", che la qualifica come professione rivolta a "tutti", senza distinzione di ceto o di censo, di confessione o di razza. Originariamente il mestiere del medico era letteralmente profano (pro fano) in quanto esercitato fuori dal tempio, nella bottega artigianale o ambulatorio, situato non nella "città alta" o acropoli come il tempio, ma nella "città bassa", vicina all'agorà, alla piazza del porto o del mercato. Laico e profano senza misteri o misticismi, era un mestiere dotato di un suo metodo, di un suo sapere, di un suo proprio umanesimo. Il metodo era il metodo clinico, che induceva dall'esperienza, dai fatti empirici, e che deduceva dall'evidenza e dai suoi postulati. Il sapere o episteme, diversa dalla doxa o "opinione", era la concezione e la conoscenza del soma come crasi di umori, della psiche come armonia di temperamenti, dell'interazione equilibrata dell'uno con l'altra e della loro relazione somatopsichica, o psicosomatica, con l'ambiente di appartenenza.
L'umanesimo, infine, era l'antropologia "duale", interumana, del rapporto tra medico e paziente ed era l'antropologia "plurale" del medico e del paziente con la comunità. La pòlis, di cui erano entrambi parte integrante. L'Atene del medico ippocratico era la stessa città del dialogo di Socrate e della democrazia di Pericle. Questa, non altra, era la medicina laica, dialogica, democratica, professata anticamente dai seguaci d'Ippocrate. Facciamo un balzo di secoli per incontrare la seconda categoria del tripode categoriale indicato: la scientia prodotta nella scuola attraverso lo studium (Studio e Scuola erano sinonimo di Università, fosse questa quella di Bologna, Padova, Parigi o Oxford). Per una scienza di lunga durata come quella medievale, coltivata nel segno dell'auctoritas in un mondo di pergamene, intesa come accumulazione di conoscenze tratte da testi autorevoli, il Trecento è il secolo in cui essa si problematizza, nel segno di una ratio analiticamente operante. L'itinerario di procedure del sapere è il tramite di collegamento logico-didattico tra la dottrina impartita dal doctor, dal docente, e la disciplina appresa dal discepulus, dal discente. Dottrina e disciplina sono i dueaspetti speculari di un unico procedimento: il motus de cognitis ad incognita, attraverso il quale dal docere e dal discere emerge lo scire. La scientia è conoscenza rigorosa che procede per auctoritates e rationes.
Entro questo apparato dottrinale trovano posto anche i prontuari pratici e trattatelli divulgativi, come i "regimi", frutto di competenze che afferiscono non

all scienza, ma all'ars. Anche l'arte, complesso di comportamenti che nascono dall'esperienza diretta del medico, viene così inserita nella dottrina trasmissibile ex cathedra, nonché vagliata, problematizzata, sofisticata, arricchita tramite inspectio, revelato, exquisitio, autenticatio dei testi consegnati alla traditio. Essa viene in tal modo uniformata alla scienza. Nei modi contemplati dalla logica formale del discorso aristotelico, la medicina operativa, pratica, è unificata alla medicina speculativa, teorica. Quel che resta fuori dalla sintesi, afferendo a un'arte che non è "liberale" ma "meccanica", è convogliato nella operatio, oggetto non di didattica logico verbale, ma di ammaestramento pratico-manuale. Il "fare con le mani", a chirurgia, che insegna e si apprende per imitazione, afferisce quindi non alla dottrina, ma all'usus.Legittimata a scienza, cioè fondata sulla speculazione e sul metodo dialettico-disputatorio come la scienza del diritto, raccordata a questa da analogie tecnico-procedurali e didattiche, la medicina ha validi motivi per pretendere parità di grado rispetto alla giurisprudenza e per rivendicare un'autonomia tra le arti. La sua rivalutazione passa attraverso questa trasformazione struttuale interna, che la accredita di una propria dottrina, di una propria tradizione.

Ma il suo nuovo statuto non è il solo risultato di questa trasformazione interna; esso è anche la conseguenza di rinnovarte condizioni culturali, di nuove filosofie. Uomo e natura, liberandosi da interventi divini, da origini e fini soprannaturali, diventano gli oggetti di filosofie umanistiche e naturalitiche. Diventano gli oggetti di un'indagine medica a sé per la quale il corpo umano è un insieme ordinato di fenomeni naturali direttamente osservabili, di cui la ragione può ricavare le leggi. Scientificamente fondata, autonoma, inseria in modo organico nel contesto filosofico-culturale del tempo, la medicina è dunque, nel Trecento, dotata di una propria identità.

A questa nuova identità manca tuttavia qualcosa, che nell'epoca caritativa del Mediovo cristiano non afferisce né all'ars, che pur era dotata fin dall'origine di un proprio iusiurandum o "giuramento d'Ippocrate", né alla scientia che dallo stesso ceppo originario, problematizzato e arricchito, deriva. Essa afferisce piuttosto all'etica caritativa di un cristianesimo che si proclama e vuol essere anzitutto "religione dei poveri", e dunque in primis, dei pauperese Christi, "poveri cristi" quali sono appunto i "poveri malati", senza distinzione, in quella dark age che era l'"autunno del Medioevo", tra indigenza economica, crisi di sussistenza ed emergenza sanitaria. Cardine di un'etica caritativa che esulava dalla schola e dalla "scolastica, ma che si integrava o avrebbe dovuto integrarsi nella formazione dei medici "curanti", era la carità, parola latina che deriva dal greco chàris, che significa "grazia", ma che è anche legata all'aggettivo carus, che significa "prezioso". La carità è una virtù gratificante e preziosa che arricchisce grandemente chi la possiede e la pratica, e che altrettanto grandemente arricchisce chi la riceve e ne è consolato. "Nel concetto cristiano", dice la teologi, "la carità è la più alta delle tre virtù teologali, quella da cui procede l'amore di Dio e del prossimo". San Paolo, nella Prima lettera ai Corinzi (13, 1-3), ne tesse l'elogio: "La carità è paziente, è buona; la carità non è invidiosa, non è sconsiderata, non si gonfia con orgoglio, non fa nulla di sconveniente, non cerca l'interesse proprio, non pensa male, non si compiace dell'ingiustizia, ma si rallegra del godimento della verità; a tutto s'accomoda, crede tutto, spera tutto, sopporta tutto. La carità non passerà mai". C'è un'altra parola latina che, a mio avviso, meglio si attaglia al mestiere del medico come categoria dell'agire. E' una prola con un contenuto all'apparenza meno edificante, ma certamente più condivisibile. E' la parola pietas, che nel mondo precristiano, romano, esprime una qualità civica, una virtù che il civis manifestava nel riguardo per la famiglia, nel culto degli dèi.

Voluntas grata in parentes, "volontà grata verso i genitori", la definisce una prima volta cicerone (Pro Plancio, 80). Iustitia adversus deos, "giustizia verso gli dèi", la definisce una seconda volta Cicerone stesso (De natura deorum, 1, 116). Essa esprime un sentire che si amplia dalla famiglia e dai lari domestici verso la patria, come "senso del dovere", dove il pater familias è pius come il pater patriae e l'uno e l'altro sono incarnati nel pius Aeneas, nel "pio Enea" che Virgilio (Eneide, 1, 378) fa portatore di valori di humanitas e di misericordia cioè di umanità e "cordialità per i miseri" (diseredati, emarginati, poveri, malati), per i quali si propone la categoria del rispetto. Con questo sostantivo può essere oggi meglio espresso il contenuto di un agire che non vuol essere "pietoso", "compassionevole", ma che vuole e dev'essere "rispettoso"? L'etica della pietas, come ci suggerisce Roberta De Monticelli, è un'etica del rispetto? Kant traduce l'etica del rispetto per l'altro con la parola Achtung che si-

gnifica “attenzione”, e l’associa alla parla Ehrfurcht che significa “venerazione”: un rispetto, un’attenzione, una venerazione che in Kant hanno valenza universale, come valenza universale ha la legge morale che risuona come imperativo categorico nella coscienza di ciascuno di noi, tanto più se egli è medico. In medicina, questa pietas significante rispetto, trasformata in “rispetto del malato”, in “attenzione per le sue sofferenze”, finanche in “venerazione per il suo patire” (da rispettare, ma da quale sottrarre il dolore fisico), è il fondamento di un’etica ad personam che può manifestarsi in tre modi: come etica dell’ascolto; come etica del silenzio; come etica della durata. Come etica dell’ascolto, essa è tutt’altra cosa dalla tecnica dell’auscultazione. Nella stessa stagione storica in cui Laennec inventava lo stetoscopio per meglio auscultare cuore e polmoni, la filosofia morale di Giacomo Leopardi induceva il poeta, spesso malato, a “esplorare il proprio petto” alla ricerca del vero senso del vivere.
Come etica del silenzio, essa è la risposta tacita che si fa largo tra le ciarle e le menzogne che negano la “verità al malato”, per dire a questi la verità finanche tacendo, per fargli trovare, nell’ascolto assorto e silenzioso da parte del medico, lo spazio dove coltivare la propria memoria, non quella fisiopatologica esaurita nell’anamnesi, ma soprattutto quella esistenziale recuperata nei tempi lunghi o brevi della malattia inguaribile. Come etica della durata, essa è il “fare visita” e l’”aver cura” senza scadenza, calibrata sull’ad-sistere, cioè sullo “stare ripetutamente accanto”, misurata non con il metro del tempo oggettivo, fisico, scandito dall’orologio, ma con la regolaaurea del tempo necessario, soggettivo, psichico, dilatato, appunto, in “durata” come ci ha insegnato Henri Bergson in Metière et mémorie, doe nelle ore fuggitive di una “vita a termine”, tramonto dopo tramonto, si ricapitola a volte una intera esistenza.Per questa terza categoria, per questa pietas moderna, io propongo la parola religio.
Religio: “Due sono le etimologie latine del termine”, ci dice Régis Debray, filosofo e presidente onorario del parigino Istituto Europeo in Scienze delle Religioni, scrivendone si “Kos” (gennaio-febbraio 2007, pp. 12-19). L’una è “religàre, quindi ‘ciò che unisce insieme’”; l’altra è “relégere, quindi “ciò che raccoglie’”. Unione o raccolta, “nelle nostre lingue sacre non ritroviamo la parola”.
Aggiunge al riguardo Debray: “Il termine non compare nei Vangeli, non esiste in greco (la lingua del Nuovo Testamento) [...]. Per una buona metà dell’umanità attuale la religione – intesa come credanza in Dio, professione di fede, dogma, sacre scritture – rappresenta una realtà completamente estranea”.
Il filosofo conclude la propria riflessione etimologica affermando che tale pensiero “dovrebbe permetterci di non cedere più alla tentazione di confondere la religione con il clericalismo, con una confessione religiosa oppure con una credenza in Dio”. E conclude il proprio saggio, che ha per titolo “La religione; evanescenza o perennità?”, asserendo che: “Abbiamo il dovere di ampliare la nostra visione e di cercare di individuare quello che esiste di comune a tutte le visioni del mondo. Ebbene, questo denominatore comune è l’esistenza di un punto sublime, di un riferimento ideale che sussiste sia nel passato [...] sia nel futuro”. Ebbene sia consentito affermare che questo “punto sublime”, che “unisce insieme” ed “esiste in comune”, è sì la religio, intesa però non come “religione” ma come “religiosità”.
La religiosità è altra cosa dalla religione. Laddove essa esiste non c’è posto per guerre di religione. Se ne ha la controprova nel fatto che i riemergenti dogmatismi e integralismi favoriscono la ricomparsa, nel “civilizzato” mondo d’oggi, di anacronistici “scontri di civiltà” che non hanno nulla di religioso. La religiosità laica è una “religiosità fuori dal tempio”. E’, quindi, letteralmente una religiosità profana, assimilabile a quella che Enzo Bianchi, fondatore e priore della Comunità monastica di Bose (interprete della tendenza “concliare” diffusa nella Chiesa cattolica e di una “controchiesa” critica di “chi uccide l’anima con il denaro e il potere”), definisce “laicità di rispetto”, nella quale tutti possono essere considerati allo stesso modo, sostitutiva della contrapposta “laicità di rifiuto” degenerante in laicismo. La laicità propria del mestiere del medico prescinde dalla religione da questi eventualmente professata. Se dovesse cercare ormeggio in una religione, essa lo troverebbe o sceglierebbe nella “religione di quel che si deve” avente sede elettiva nella voce udita da Immanuel Kant e da lui chiamata “coscienza morale”, radice e motrice di “ciò che si deve fare”.
Di tale “religione del dovere” ci parlano molte storie esemplari di una religiosità tutta umana, che ammette altri apporti, aggiuntivi mano sostitutivi, e che non teme confronti. Oggi, ancor più chi in passato, il “curare” la malattia come “affezione” o guasto dell’organismo (la lingua inglese usa al riguardo il verbo to cure e il sostantivo disease) non può prescindere in alcun modo, anche se spesso lo fa, dal “prendersi cura” del malato in quanto portatore di una “afflizione” o sofferenza personale (la lingua inglese usa al riguardo il verbo to care e il sostantivo illness). La medicina odierna esige più che mai la compresenza di una religiosità interumana coessenziale e imprescindibile. Senza di essa, la medicina si dimezza: dimezzata, perde la propria identità istituzionale di ars, scienza, pietas al servizio e a vantaggio dell’uomo.

Bilancio Preventivo 2008: approvato dall'assemblea degli iscritti

Il tesoriere ha effettuato nel corso della riunione ordinaria di fine anno la lettura di tutte le voci del documento chiedendo e ottenendo un voto favorevole

di Paolo Dall'Aglio

In ottemperanza alle disposizioni di legge ed al regolamento per l'amministrazione e la contabilità del nostro Ente, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha approvato, nella seduta del 26/11/2004, il Bilancio di previsione per l'anno 2007.
Per l'anno 2008 la quota di iscrizione è stabilita in Euro 185,00 di cui Euro 23,00 è la quota di competenza della FNOMCeO.
Per quanto riguarda le entrate è previsto un avanzo di amministrazione al 31/12/2007 pari a Euro 918.00,00.

ENTRATE

Avanzo presunto di amministrazione 2006	918.00,00
Quote di iscrizione:	
a ruolo n. 3.250 quote a Euro 162,00	
a ruolo n. 239 quote doppia iscrizione a Euro 162,00	
n. 90 quote a esazione diretta a Euro 162,00	576.558,00
Tasse per certificati, pareri e rimborsi vari	2.000,00
Interessi bancari su depositi c/c	5.000,00
Poste correttive e compensative (rimborsi vari)	23.030,00
Entrate per alienazione beni mobili	5.000,00
Entrate per alienazione beni immobili (vecchia sede)	526.000,00
Entrate aventi natura di partite di giro	169.460,00

Se per le entrate è abbastanza agevole la lettura del bilancio di previsione per il numero delle voci contenute, per le uscite essa risulta un po' più difficoltosa essendo le voci più numerose ed articolate.
Per facilitare la lettura le spese più significative che il Consiglio ha programmato per l'anno 2008 sono state raggruppate per categorie omogenee.

USCITE

SPESE ORGANI ISTITUZIONALI

- Spese per rinnovo organi istituzionali 20.000,00
- Spese convocazione assemblea 1.500,00
- Spese per assicurazioni
sono in essere polizze assicurative per infortunio e responsabilità civile dei componenti gli Organi Istituzionali 13.000,00
- Spese per rimborso spese di viaggio
E' compito del Presidente e dei Componenti il Consiglio partecipare a diverse iniziative di interesse professionale e culturale 20.000,00
- Spese per indennità di carica e gettoni di presenza 55.000,00

SPESE PER IL PERSONALE DIPENDENTE

- Spese per il personale dipendente
Spesa per stipendi, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. dei dipendenti degli enti pubblici non economici 168.800,00
Contributi previdenziali e assistenziali personale dipendente 35.000,00

SPESE CORRENTI

In questo titolo di bilancio rientrano diverse voci di spesa.
Le più significative sono:

- Spese pubblicazione Notiziario e Parma Medica 29.500,00
- Spese cancelleria e tipografia 13.000,00
- Spese di rappresentanza 14.000,00
- Spese condominiali comprensive delle spese di riscaldamento 10.000,00
- Spese di affitto abbiamo in essere un contratto per i locali uso archivio 3.500,00
- Spese per pulizie ordinarie e straordinarie 30.000,00
- Spese per manutenzione macchine ufficio, attrezzature sono comprese le spese per i contratti di assistenza software 20.000,00
- Spese per manutenzione sede e trasloco 12.000,00
- Spese postali e telefoniche 14.000,00
- Spese per aggiornamento culturale e professionale 35.000,00
- Energia elettrica, acqua e gas 15.600,00
- Consulenze diverse
Saranno confermati i contratti già in essere nel 2008 e precisamente:
Avv. Giovanni Pinardi – consulenza legale. Dott.ssa Alessandra Landi – consulenza amministrativa e fiscale. Rag. Maria Cristina Catellani – consulenza del lavoro. Ing. Pavarani e Architetto Ceruti 72.000,00
- Interessi passivi su mutuo ENPAM 75.000,00
- Oneri previdenziali, tributari e altri obbligatori
- Contributi previdenziali e assistenziali, lavoro assimilato a lav. dipendente
- IRAP personale dipendente e lavoro assimilato a lav. dipendente
- Imposte, tasse e tributi vari 30.000,00
- Spese varie emissioni ruoli 15.000,00
- Fondo di riserva per stanziamenti insufficienti
Questo capitolo potrà essere utilizzato esclusivamente per integrare le eventuali necessità dei capitoli con storni deliberati dal Consiglio 20.000,00
- Fondo di riserva per spese impreviste o straordinarie
Fondo obbligatorio ai sensi dell'art. 34 DPR 221/50 20.000,00

SPESE IN CONTO CAPITALE

- Acquisto beni immobili	
Saldo nuova sede + Notaio +impiantistica	858.158,00
- Acquisto macchine e attrezzature per uffici	50.000,00
- Acquisto valori mobiliari	250.000,00
- Accantonamento per estinzione anticipata mutuo	100.000,00
- Rimborso rata capitale mutuo ENPAM	50.00,00

PARTITE DI GIRO

- Spese aventi natura di partite di giro 169.460,00

Sperando di essere stato sufficientemente chiaro e ringraziando per l'attenzione, chiedo all'Assemblea l'approvazione del Bilancio Preventivo 2008

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: "PARERE FAVOREVOLE ALL'APPROVAZIONE DEL BILANCIO"

di Ornella Cappelli

Il Bilancio di Previsione per l'esercizio 2008 che è stato sottoposto al nostro esame è stato redatto in conformità al vigente Regolamento di amministrazione e contabilità adottato dal questo Ordine.
Nel Bilancio di Previsione sono stati rispettati i seguenti criteri:
Annualità: le entrate e le uscite sono riferibili all'anno in esame e non ad altri esercizi
Universalità: Le entrate e le spese sono state tutte iscritte in bilancio nel lo importo integrale
Integrità: le entrate e le spese sono iscritte senza riduzione per effetto di correlative spese o entrate
Pareggio finanziario complessivo. Viene rispettato il criterio del pareggio di bilancio.
Il Bilancio di previsione risulta inoltre redatto secondo principi di veridicità, correttezza nel rispetto delle norme e del Regolamento di amministrazione e contabilità per gli ordini locali e di coerenza fra la previsione, i documenti accompagnatori e il consuntivo dell'esercizio precedente.
Il preventivo rileva un avanzo presunto al 31/12/2007 di Euro 918.000.
Alla luce di quanto sopra esposto il Collegio dei Revisori esprime il proprio parere favorevole all'approvazione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2008 nella stesura predisposta dal Vostro Tesoriere.

BIOMEDICA

POLIAMBULATORIO BIOMEDICA SAS
Poliambulatorio Privato di Fisiokinesiterapia e Rieducazione Funzionale

Direttore Sanitario dott. Mario Ghinelli
Aut.San. n° 3/2730 del 08/01/2007
Tel.e fax 0521/782328
Via Pasubio,4/b - Parma

Si eseguono trattamenti fisioterapici domiciliari

Fisiochinesiterapia Ortopedica	-Visita specialistica fisiatrica e ortopedica - Bendaggio funzionale - Manipolazioni vertebrali e di altre articolazioni
Terapie fisiche	- Laserterapia al CO2 - DIATERMIA RESISTIVO-CAPACITIVA (TECAR) - Elettroterapia analgesica ad alto voltaggio - TERAPIA AD ONDE D'URTO - Elettroterapia di potenziamento muscolare - Elettroterapia analgesica Tens - Magnetoterapia - Ultrasuonoterapia - Ionoforesi medicata - ALGONIX

Dir. San.
dott. Mario Ghinelli
Aut.San. n° 3/2730
del 08/01/2007

Terapie riabilitative	- Riabilitazione post-operatoria - R.P.G. (Rieducazione Posturale Globale) - Kinesiterapia - Massoterapia - Linfodrenaggio manuale - Potenziamento muscolare - Ginnastica medica per osteoporosi - Rieducazione vertebrale post-gravidanza - Rieducazione neuro motoria - Rieducazione motoria segmentale individuale - Trazioni vertebrali - Fisioterapia respiratoria - Esercizi posturali propiocettivi - Risoluzione manuale di aderenze articolari e cicatriziali

Dir. San.
dott. Mario Ghinelli
Aut.San. n° 3/2730
del 08/01/2007

Un pensiero divergente: Galateo per i malati e i loro parenti

Riprende la lettura del "Saggio di Galateo", pubblicato in Pesaro nel 1924, dal punto in cui l'avevamo lasciata nello scorso numero di Parmamedica. Il Dr. Campanini ringrazia Mario Baruchello per aver salvato dall'oblio questo documento, frutto delle sue ricerche di "medical humanities"

di Angelo Campanini
(Parte seconda)

Riprendendo la lettura del "Saggio di Galateo per gli Ammalati ed i loro parenti" pubblicato in Pesaro nel 1924 dal punto in cui l'avevamo lasciata, si potrebbe pensare che la "compliance" sia un problema nato nella medicina contemporanea, in stretta relazione alla massiccia polifarmacoterapia cui spesso i nostri pazienti sono sottoposti. Ed invece no, così almeno non sembra:
"Eseguisci a puntino ciò che il medico ti ordina di fare. Tu devi avere nell'opera sua e nelle sue prescrizioni la più completa fiducia. Se fosse altrimenti, sta pur certo che visite e cure non rappresenterebbero altro che danari sprecati."
Allora per la povertà diffusa e la mancanza di "comodità", l'igiene personale risultava piuttosto aleatoria, ma si deve constatare che anche oggi l'uso delle meraviglie che l'architettura e l'idraulica ci hanno donato, bagni, forniti di docce e di vasche anche con idromassaggio, non sono così ampiamente, o per lo meno tempestivamente, impiegati. Ed anche i benefici della chimica dell'industria cosmetica non sono utilizzati con accettabile e diffusa razionalità. Ciò conduce ad apprezzare il paragrafo successivo del nostro Galateo:
"Se devi far visitare qualche tuo congiunto dal medico, oppure se devi presentare qualche parte del tuo corpo per esame, procura che sia rispettata sempre la più scrupolosa pulizia."

SAGGIO
DI
GALATEO PER GLI AMMALATI
ED I LORO PARENTI

IN PESARO: M. CM. XXIV.

COI TIPI DE LA POLIGRAFICA S. A.

Chi come il sottoscritto esercita la professione come Medico di Famiglia sa bene con quali terrificanti pezzi di sapone, troneggianti su discutibili lavabo, si debba a volte lottare, così come si debba sviluppare l'arte di individuare l'asciugamano meno compromesso con i padroni di casa. E la cosa strana è che questo fastidioso confronto prende corpo nelle case dei cittadini di più giovane età, che probabilmente hanno ricevuto una minore educazione specifica circa la preparazione della casa in occasione di una visita medica. A loro soprattutto, e non solo ai cittadini della provincia di Pesaro, viventi all'inizio del secolo, vanno ricordate le parole che chiudono il paragrafo dedicato all'igiene personale:
"Prima ancora della visita devono essere preparati il catino coll'acqua, il sapone e l'asciugamano di bucato. Non attendere che egli te li chieda."
Non è usanza esclusiva dei giorni nostri il "doctor shopping", con le conseguenze note ai Medici di Famiglia Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, che possono vedersi revocati dalla sera alla mattina per motivi generalmente ingiustificati ed ingiustificabili (salvo rari casi naturalmente), e con la ridda di consulenze specialistiche auto prescritte. No, evidentemente ciò è antica usanza, certamente doveva essere consuetudine anche nel primo ventennio del secolo scorso se i nostri Colleghi pesaresi dedicano tre poderosi paragrafi a questo tema:
"Il diritto per il malato di cambiare il proprio medico è incontestabile. Però devono anche esservi – per far ciò – delle serie ragioni: altrimenti si dovrà ritenere che si tratta di scortesia ingiustificata. Ricordati che il medico di cui non si desidera più la cura, deve essere trattato con cortesia e soddisfatto completamente. Se così non farai, nessun altro medico vorrà continuare la cura ed il rifiuto sarà pienamente giustificato."
Quest'ultima affermazione appare oggi nella classe medica meno graniticamente condivisa.
"Il ricorrere contemporaneamente a più medici, oppure il fare visitare un malato ad altro medico, all'insaputa del medico curante, è atto di persona non educata. Ricordati che il medico curante ha diritto – se viene a cognizione del fatto – di rifiutarsi di continuare la cura. Ma ricorda pure che, quando più medici curano un malato, chi ne soffre non è che il malato stesso.
Quando si voglia sentire il parere di altro medico si ricorre al consulto. Ma il consulto deve essere fatto d'accordo col medico curante, il quale in genere sceglie anche il consulente. Ma il malato, o la sua famiglia, possono anche far conoscere qualche loro preferenza. La famiglia potrà essere incaricata dal medico curante di prendere accordi col consulente: in tal caso essa si farà premura di informare tosto il medico curante del giorno e dell'ora che sono state scelte dal consulente."
Il successivo capoverso fa pensare che a quei tempi non fosse saggio favorire l'automedicazione, anche per disturbi che oggi definiamo minori:
"Ricorri al medico anche per quei disturbi che a te possano parere di poca entità. Talvolta lievi sofferenze iniziali possono preludere la insorgenza di forme gravi. Non dimenticare che curate a tempo, molte malattie guariscono. Le stesse attenzioni usa

per i tuoi di casa e specialmente per i tuoi bambini. Fa in modo che mai tu debba rimpiangere di aver ritardato nel chiedere il consiglio del medico."

Il lettore smaliziato, o malizioso, potrebbe suggerire che il motivo del dettame risieda nel meccanismo della remunerazione a notula allora in uso. Colgo invece l'aspetto positivo del suggerimento, specchio di un'epoca in cui la mancanza di terapie efficaci, e di una alimentazione adeguata, rendevano non guaribili con assoluta certezza la maggior parte delle malattie in fase conclamata.

La ricerca svolta dal Prof. Cocconi sulle medicine alternative avrebbe avuto ragione di essere anche nel 1924, quando veniva constatato che:

"Vi è ancora, purtroppo, chi ricorre ai consigli ed alle prestazioni di incompetenti o di donnicciuole per curare i propri malanni o quelli dei propri congiunti. Eppure non vi è cosa più assurda. Se tu avessi una macchina guasta in uno stabilimento, ricorreresti forse al primo che passa per la strada, o non piuttosto ti rivolgeresti ad un meccanico che conosca a fondo i congegni ed i meccanismi che si sono guastati?così avviene per le malattie.

È possibile che l'incompetente e la donnicciuola ne sappiano più del medico che ha studiato lunghi anni nelle Università, che ha imparato l'arte sua da maestri valenti, che ha più volte sezionato corpi dei tuoi simili e guardato entro le loro viscere?".

Avviandosi alla fine il "Galateo" non si lascia sfuggire una nota forse prosaica, ma fondamentale, relativa alle competenze ed agli onorari:

"Ricordati che il medico è uomo come te ed egli pure deve provvedere ai propri bisogni ed a quelli della propria famiglia. Tieni nota delle visite che egli ti ha fatto; e a fine di malattia chiedi quanto è il tuo debito verso di lui. Non aspettare che egli ti mandi la parcella."

Ma la corresponsione del dovuto non esaurisce il vincolo di riconoscenza che il malato, la famiglia, dovrebbero nutrire e mantenere nei confronti del curante. Con parole e modalità espressive certo datate, e se vogliamo chiaramente tardo romantiche, l'ultimo paragrafo del nostro pamphlet rimette al centro la difficile realtà emotiva della professione medica, la sua componente empatica, ed in fondo la necessaria pulsione etica che hanno fatto definire in passato, e ricordare in modo anacronistico oggi, il nostro operare "una missione":

"Anche quando avrai soddisfatto il medico, facendogli tenere quanto gli devi, conserva per lui un po' di riconoscenza. Pensa che non è vero affatto che egli abbia il cuore indurito per continuo spettacolo di sofferenze cui assiste. In realtà la sua vita ha qualcosa di triste: sia per i lamenti che di continuo giungono al suo orecchio, sia per la sequela di dolori che passano davanti ai suoi occhi, che per l'impotenza in cui egli, purtroppo, si trova, talvolta, di salvare qualche malato. Ma come ogni medaglia ha il suo rovescio, così vi è pure per il medico motivo di alto conforto e di rara

soddisfazione: e ciò avviene sempre quando egli può riuscire a tergere una lagrima, a lenire un dolore, a strappare alla morte un individuo in pericolo."

Ringrazio da queste pagine l'amico Mario Baruchello per aver salvato dall'oblio questo documento, frutto delle sue ricerche di *"medical humanities"*, per averlo offerto all'attenzione ed alle riflessioni degli amici ed ora, tramite queste pagine, ad un più ampio numero di Colleghi.

Concludo ricordando a me stesso le parole di Fedro: *"Sibi non cavere et aliis consilium dare stultum est"*.

L'attività libero-professionale? Opportunità anche per l'Azienda

La possibilità di effettuare la libera professione, per i medici dipendenti del servizio sanitario nazionale e universitari, è un diritto sancito dal contratto nazionale di lavoro, nonostante una "demonizzazione" ideologica strisciante che tenta da sempre di insinuare sospetti e dubbi

di Maurizio Monica

La possibilità di effettuare attività libero professionale, per i medici dipendenti del servizio sanitario nazionale e universitari, è un diritto sancito dal contratto nazionale di lavoro (legge dello Stato) da decine d'anni, nonostante una "demonizzazione" ideologica strisciante che tenta da sempre di insinuare sospetti e dubbi; ma così come è permesso a giudici, docenti, forze dell'ordine ed altre categorie di pubblici dipendenti di avere un'attività di libera professione, a maggior ragione deve essere permesso ai medici. Tale diritto infatti è strettamente legato al diritto inalienabile del cittadino di affidare la propria salute al professionista medico o all'equipe di sua fiducia.
Occorre peraltro sottolineare con forza come mai e poi mai si abbia il "coraggio", da parte dei responsabili a qualsiasi titolo della sanità pubblica, di divulgare con semplice chiarezza quello che è un principio fondamentale di funzionamento del servizio sanitario nazionale: viene garantita dal SSN la prestazione richiesta ma non viene garantito al paziente "CHI" effettuerà quella prestazione. Questo è ancora più vero se si pensa a quanto sia diversificata l'attività all'interno dei vari presidi e nel contesto delle varie unità operative; la rotazione dei medici di ciascuna unità operativa nelle varie attività assistenziali (ambulatorio, degenza, sala operatoria, guardie...) è infatti ben presente a tutti noi ma, volutamente temo, molto meno ai nostri amministratori.

La confusione che ne deriva non giova a nessuno e tanto meno a noi medici. Dello stesso atteggiamento fa parte integrante la convinzione erronea che il paziente-utente ricorra alla prestazione a pagamento sostanzialmente per evitare le lunghe liste d'attesa che affliggono il sistema sanitario. Bene, noi dobbiamo affermare senza remore, perché questa è la realtà, che il paziente che sceglie di affidarsi ad un determinato medico in regime libero professionale è spinto prima di tutto dalla fiducia e dalla stima che nutre nei suoi confronti, supportato poi in molti casi dal sostegno di coperture assicurative private. Non è infatti pensabile che il paziente sia totalmente sprovveduto e che la sua scelta sia determinata dal caso per il solo desiderio di fare presto, anche perchè la vera urgenza è posta giustamente dalla legge al di fuori del regime libero professionale!
La scelta deriva da informazioni, consigli o da precedenti esperienze personali positive che gli fanno preferire, in quel caso, un medico in particolare. Ancora: di quanto sarebbero più lunghe le liste d'attesa se non ci fosse l'attività libero professionale?
Per quanto attiene più specificatamente l'attività "intramoenia", sarebbe davvero auspicabile che la libero professione venisse interpretata come una grande opportunità per l'intera azienda, che ne trae comunque benefici sia direttamente che indirettamente, se non altro per la maggior gratificazione dei suoi dipendenti. Sarebbe auspicabile che la giusta e necessaria regolamentazione della stessa non fosse trasformata, nei vari passaggi da legge dello Stato fino al regolamento aziendale, in eccessiva limitazione tesa a proibire tanto prima perché si debba controllare poco poi!
Sarebbe auspicabile che gli spazi e le strutture dove si lavora in regime di libera professione fossero separati e distinti dall'attività istituzionale, per chiarezza ideologica e facilità di individuazione non certo per spirito classista. Sarebbe auspicabile che il centro prenotazioni si presentasse davvero come un interlocutore efficiente e disponibile sia per gli utenti che per i medici.
Sarebbe infine auspicabile che, in caso di carenze strutturali interne, dovendo individuare presidi sanitari privati ove trasferire parte della "intramoenia", si scegliessero strutture adeguate e senza alcun aggravio di spesa per i medici, a vantaggio del privato, rispetto a quanto previsto dal regolamento aziendale. Già, quante migliorie sarebbero auspicabili! Noi ne siamo ben consapevoli. Altri lo sono, ma quanta fatica per poter migliorare la realizzazione nel quotidiano di questo nostro diritto!

Spazio Internet

Aggiornarsi in Medicina

Le funzioni di PubMed

di Giancarlo Gazzola e Daniela Percudani

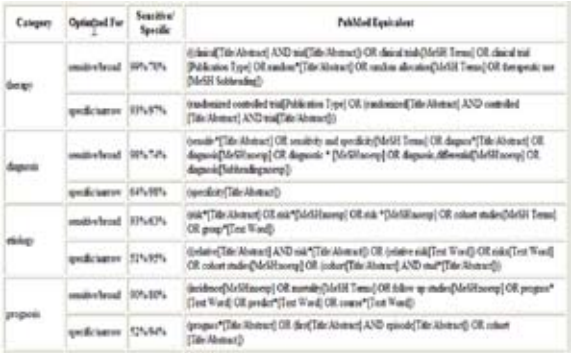
Concludiamo questa rassegna dedicata a PubMed, analizzando a grandi linee alcune importanti funzioni di questo database bibliografico.
Abbiamo descritto la struttura di PubMed, studiato le tecniche di indagine bibliografica, costruito strategie di ricerca, familiarizzando con il linguaggio naturale e quello controllato. Vediamo ora come trattare una strategia di ricerca e come gestirne il risultato, ovvero le citazioni bibliografiche.

Trattamento della strategia di ricerca: le Clinical Queries

Il metodo di indagine sinora descritto ci ha consentito di individuare, con buona approssimazione, citazioni pertinenti rispetto ad una domanda iniziale. Abbiamo ora la possibilità di personalizzare la nostra strategia di ricerca: la funzione "Clinical Queries" permette infatti di selezionare tra i lavori pertinenti già individuati, solo quelli rilevanti rispetto al quesito clinico.
Se, riprendendo l'esempio descritto negli articoli precedenti, consideriamo come area di pertinenza i bifosfonati e l'osteoporosi postmenopausale (definita da appropriati termini Mesh e/o parole libere), con lo strumento "Clinical Queries" possiamo specificare che cosa ci interessa in particolare. A seconda delle necessità infatti potremo essere interessati ad esempio a quali sono i trattamenti farmacologici più efficaci, piuttosto che alla prevenzione delle fratture in una popolazione di pazienti affette da osteoporosi. "Clinical Queries", classificando i possibili quesiti clinici in quattro categorie: eziologia, prognosi, diagnosi e terapia, risponde ad ogni categoria di quesito selezionando gli studi clinici metodologicamente più appropriati secondo lo schema seguente:

Quesito clinico	Studio clinico
Eziologia	Caso controllo e di coorte
Prognosi	Longitudinale e di coorte
Diagnosi	Cross-sectional
Terapia	Trial clinici randomizzati e controllati (RCT)

La selezione degli studi clinici adeguati al tipo di quesito avviene in modo automatico: il sistema aggiunge alla strategia di ricerca iniziale un filtro metodologico di ricerca costruito secondo la tabella illustrata in figura 1:



Category	Optimized For	Sensitive/ Specific	PubMed Equivalent
therapy	sensitive/broad	99%/78%	(clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials[MeSH Terms] OR clinical trial [Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use [MeSH Subheading])
	specific/narrow	93%/87%	(randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled [Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))
diagnosis	sensitive/broad	98%/74%	(sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH Subheading] OR diagnostic * [MeSH Subheading] OR diagnosis, differential[MeSH Subheading] OR diagnosis[Subheading:noexp])
	specific/narrow	64%/98%	(specificity[Title/Abstract])
etiology	sensitive/broad	85%/42%	(risk*[Title/Abstract] OR risk*[MeSH Subheading] OR risk *[MeSH Subheading] OR cohort studies[MeSH Terms] OR group*[Text Word])
	specific/narrow	51%/95%	((relative[Title/Abstract]) AND risk*[Title/Abstract]) OR (relative risk[Text Word]) OR risks[Text Word] OR cohort studies[MeSH Subheading] OR (cohort[Title/Abstract] AND stud*[Title/Abstract]))
prognosis	sensitive/broad	80%/80%	(incidence[MeSH Subheading] OR mortality[MeSH Terms] OR follow up studies[MeSH Subheading] OR prognos* [Text Word] OR predict*[Text Word] OR course*[Text Word])
	specific/narrow	52%/84%	(prognos*[Title/Abstract] OR (first[Title/Abstract] AND episode[Title/Abstract]) OR cohort [Title/Abstract])

Figura 1: I filtri metodologici applicati con le Clinical Queries

Partendo dalla "History" della strategia già costruita, vediamo come procedere con l'ausilio delle figure 2 e 3:

Figura 2: Da PubMed alla sezione Clinical Queries

Figura 3: La ricerca per categoria di studi clinici

Osserviamo la figura 3: vengono proposte due strategie di ricerca, una con raggio d'azione (scope) sensibile (broad) e una con raggio d'azione specifico (narrow). Scegliendo la strategia sensibile si recupereranno quasi tutti gli articoli rilevanti, ma anche qualcuno poco rilevante. Con la strategia specifica gli articoli recuperati saranno tutti rilevanti, ma se ne perderà qualcuno potenzialmente utile. Come scegliere una strategia invece dell'altra? Dipenderà dal numero di lavori che presumiamo esistano sull'argomento: se ci aspettiamo di trovare pochi lavori, partiremo da una strategia sensibile; se al contrario ce ne aspettiamo molti, partiremo da una strategia specifica. Nella maggior parte dei casi la ricerca andrà effettuata comunque con entrambe le strategie, per poi scegliere quella più adatta.
Naturalmente l'applicazione dei filtri metodologici ha senso solo se la ricerca iniziale con Mesh e/o parole libere ha prodotto molti risultati. In caso contrario, possiamo considerare conclusa la ricerca a quel punto.
Una volta impostata la ricerca per categoria di studio clinico, cliccando "Go", la videata ritorna su PubMed restituendoci i lavori selezionati con l'applicazione simultanea dei filtri terminologici (Mesh e/o parole libere) e metodologici. Il ciclo si è così completato (figura 4): dai lavori pertinenti abbiamo enucleato quelli rilevanti. Uno sguardo veloce ai titoli consentirà di capire

rapidamente se l'obbiettivo è stato centrato, quasi centrato o clamorosamente mancato! E' sempre consigliabile ripetere la ricerca scegliendo eventuali altri soggetti Mesh e/o parole libere e provando entrambe le strategie del quesito clinico.

Figura 4: Risultato della ricerca combinando filtri terminologici e metodologici

Trattamento della strategia di ricerca: My NCBI
A volte può essere utile memorizzare una strategia di ricerca che ha dato buoni risultati, per poterla richiamare a distanza di tempo e tenersi quindi aggiornati su un argomento di nostro interesse; è ciò che permette di fare la funzione "My NCBI". L'uso di tale strumento richiede una registrazione preliminare gratuita. E' un procedimento molto rapido; occorre scegliere username, password ed una parola di riserva da usare nel caso in cui si dimentichi la password . Vediamo i vari passaggi illustrati nella figura 5:
1. dalla pagina iniziale di PubMed selezionare"MY NCBI"
2. attivare il link per un nuovo account
3. compilare il modulo e darne conferma con il pulsante Register

Figura 5: La registrazione a My NCBI

Una volta effettuata la registrazione, per accedere a My NCBI è sufficiente inserire username e password nella schermata n° 2 illustrata in figura 5: in questo modo potremo visualizzare le strategie salvate ed eventualmente rilanciarle.
Vediamo invece come procedere se nel corso di una qualsiasi sessione di lavoro decidiamo di salvare una strategia particolarmente ben costruita! (figura 6):

Figura 6: Memorizzazione della strategia di ricerca in MY NCBI

Il percorso ora da seguire è semplice ed intuitivo: dopo aver digitato username e password, il sistema ci chiederà di scegliere alcune opzioni per personalizzare la memorizzazione; c'è anche l'opzione che consente di ricevere nella nostra casella di posta elettronica gli aggiornamenti a periodicità regolare: evitiamo di eccedere, altrimenti corriamo il rischio di essere sopraffatti dalle citazioni bibliografiche!
La strategia memorizzata si presenterà come nella figura 7:

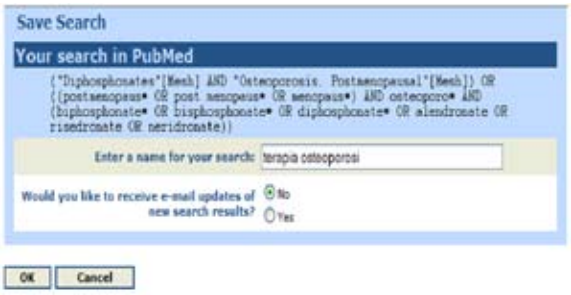


Figura 7: La strategia salvata in MY NCBI

Gestione delle citazioni bibliografiche
Giunti al termine di questa rassegna dedicata alla ricerca su PubMed, non possiamo trascurare l'aspetto pratico che riguarda la gestione delle citazioni bibliografiche: come stamparle o salvarle senza cadere in banali trabocchetti che appesantiscono la fase finale del lavoro?
E' bene precisare che in PubMed quello che si vede sullo schermo è quello che verrà stampato o salvato.
Se non si vede l'abstract, nessun abstract verrà stampato. Riprendiamo dunque il risultato della nostra ricerca (figura 8) e vediamo come procedere.

Figura 8: La gestione dei risultati: salvare o stampare

Dapprima è necessario agire sui menu a tendina "Display", selezionando Abstract e "Show", selezionando un numero superiore ai record trovati (nel nostro caso 50): in questo modo il sistema mostrerà i record comprensivi di abstract e potremo visualizzarli in modo consecutivo. Con tale stratagemma eviteremo di vederci stampare un record per pagina, risparmiando carta e tempo! Successivamente, lavoreremo sul menu a tendina "Send to", scegliendo, secondo la necessità:

- Text: per visualizzare, e di conseguenza salvare o stampare, i record in formato testo piuttosto che in formato html come compaiono a video.
- File: per salvare su disco fisso, cd, usb.
- Printer : per stampare.
- Clipdoard: per memorizzare temporaneamente il risultato di una o più ricerche in uno spazio messo a disposizione da PubMed per la durata della sessione di lavoro e per non più di 500 record.
- E-mail: per inviare i record a un indirizzo di posta elettronica.

Ricordiamo che è possibile selezionare solo alcuni tra i record trovati, spuntandoli nel quadratino a fianco di ognuno; in assenza di record selezionati, il sistema salverà o stamperà tutti i record.

Consapevoli di non avere trattato in modo esaustivo i contenuti di questa rassegna, ci auguriamo che possano comunque rappresentare un punto di partenza per acquisire una metodologia di base nella ricerca bibliografica. Nel caso qualcuno desiderasse approfondire questi argomenti, ricordiamo l'indirizzo e-mail al quale scrivere: daniela.percudani@unipr.it

CENTRO MEDICO
SPALLANZANI
Parma, via Mazzini 3
Tel. 0521.287178/0521.282635 - Fax. 0521.232285

LABORATORIO ANALISI

Presso il Laboratorio SPALLANZANI
si esegue qualunque tipo di analisi

ORARI Prelievi: senza appuntamento
dalle 7.30 alle 10.00 da Lunedì a Sabato

RITIRO Esiti: per esami di routine;
dalle ore 16.00 della stessa giornata del prelievo
per esami urgenti dalle ore 15.00

Prelievi a DOMICILIO
su appuntamento da Lunedì a Sabato

Prelievi presso AZIENDE
su appuntamento da Lunedì a Sabato

Si eseguono anche PAP-TEST,
elettrocardiogrammi, tamponi faringei, ecc..

POLIAMBULATORIO

Allergologia	Dr.ssa Patrizia BARCELLA
	Dr. Carlo CAFFARELLI
	Prof. Giovanni CAVAGNI
Cardiologia	Dr. Giuliano BIANCONCINI
	Dr.ssa Silvia BURATTI
Dermatologia	Dr.ssa Lorenza CAGNOLATI
	Dr.ssa Donata FERRARI
	Prof. Giuliano MANFREDI
Ecografia eco-color-doppler	Dr. Cesare MOSCHINI
	Dr. Giuliano BIANCONCINI
Endocrinologia	Prof. Giuseppe MAGNATI
Fisiatria	Dr. Giovanni MAGNANI
	Dr. Maurizio OLIVIERI
Medicina Interna	Dr. Giuliano BIANCONCINI
Neurologia	Dr.ssa Fernanda OLIVIERI
Oculistica	Dr.ssa Patrizia SOTTOTETTI
Oncologia	Dr.ssa Renata LOTTICI
Ortopedia	Dr. Philippe CHARRET
Ostetricia-Ginecologia	Dr.ssa Sonja ANDERSEN
	Prof. Francesco COPPOLA
	Prof. Eugenio VADORA
Otorinolaringoiatria - ORL	Dr. Stefano PONZI
Psichiatria	Dr.ssa Esther VALLA
Psicologia	Dr.ssa Luana RANDIS
Reumatologia	Dr. Gianni BUTICCHI
Scienze dell'Alimentazione	Prof. Giuseppe MAGNATI
Rieducazione Alimentare	Dr.ssa Rosamaria CHIERICI (Biologo nutrizionista)
Urologia	Prof. Bruno MONICA

INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI
Tel. 0521.287178/0521.282635
E-mail: info.spallanzani@san-camillo.it
Autorizzazione Sanitaria n° 167659 del 27/12/04
Direttore Sanitario: Dott.ssa L. Cagnolati, spec. Dermatologia
Direttore Tecnico Laboratorio: Dott.ssa L. Ivaldi

“Parma campaign”: per prevenire la chetoacidosi

L’Associazione giovani diabetici di Parma, in collaborazione con il Centro di riferimento regionale di Diabetologia pediatrica “Margherita Borri Cocconcelli” dell’Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, farà il bis della campagna degli anni Novanta, per prevenire la chetoacidosi alla diagnosi di diabete nel bambino. La seconda edizione sta facendo il giro del mondo

di Maurizio Vanelli
Professore Ordinario di Pediatria, Expert IDF Panel Member for the Youth Charter

La chetoacidosi è una condizione clinica che molti giovani con diabete e le loro famiglie conoscono bene, interessando dal 40 all’ 80% dei soggetti al momento della diagnosi. A causa della chetoacidosi, la mortalità continua ad essere elevata: un bambino su cento soccombe ancora oggi alla tempesta metabolica che la caratterizza. L’indice è stabile da decenni nonostante i grandi progressi compiuti nello studio della patogenesi della malattia, nella terapia con insulina, nei presidi per il controllo della glicemia, nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Alla base di questa situazione stazionaria vi è il ritardo con il quale si continua a formulare la diagnosi di diabete nel bambino, anche di fronte ai sintomi tipici dell’iperglicemia ingravescente quali poliuria, polidipsia e dimagramento.
La ritardata diagnosi è un fenomeno diffuso in tutti i Paesi e ha indotto l’International Diabetes Federation (IDF) a lanciare, in occasione dell’ Anno dedicato al bambino con diabete, una campagna per il riconoscimento precoce dei sintomi della malattia, unico mezzo rivelatosi finora efficace per prevenire la chetoacidosi alla diagnosi. Nella Youth Charter che accompagna la risoluzione dell’ ONU sul diabete, l’IDF ha indicato fra le poche strategie esistenti in questo campo quella sperimentata con successo a Parma all’ inizio degli anni Novanta, imperniata su un intervento di informazione presso insegnanti, famiglie e Pediatri. L’iniziativa, unica nel suo gene-

Figura n. 1. Il nuovo poster di “Parma campaign”

saluser s.r.l.
Laboratorio di Ricerche
Immunologiche e di Analisi
Chimico-Cliniche battereologiche
Dir. San. Dott.ssa Magliani Magda
Aut. San. N. 49799
Orario Prelievi: in sede 7.30 – 12.00
a domicilio su appuntamento
Orario apertura: 7.30/12.30 – 16.30/18.30
Sabato 7.30/12.30
Associato al controllo
di qualità regionale VEQ Certificato ISO 9001:2000
Viale Bottego, 3 - 43100 Parma (Pr)
Tel. e Fax 0521 772 620
www.saluser.it e-mail: info@saluser.it

re, è stata monitorata per otto anni durante i quali l'incidenza della chetoacidosi grave all'esordio del diabete è precipitata dal 78 al 12,5% nei bambini provenienti dalla provincia di Parma, mentre si è mantenuta a quote costantemente elevate in quelli appartenenti alle due province scelte come controllo nelle quali nessuna campagna informativa era stata intrapresa (Diabetes Care 1999; 2: 7-9). La chiave del successo di questa campagna è stata la segnalazione di un sintomo precocissimo dell'iperglicemia latente che il 98% dei genitori puntualmente riferisce e che con altrettanta frequenza viene sottovalutato: la comparsa di un'inusuale enuresi notturna in un bambino tradizionalmente "asciutto". Su questa informazione è stato costruito un poster molto espressivo sul quale erano riportati cinque messaggi pratici:

- Il tuo bambino beve e urina più del solito?
- Ha ripreso a fare la pipì a letto ?
- Accertati che non abbia lo zucchero alto nel sangue
- Consulta oggi stesso il tuo pediatra
- Anche i bambini possono avere il diabete

Il poster è stato distribuito in scuole, ambulatori e ospedali. I Pediatri che hanno accettato d'essere coinvolti nella campagna sono stati attrezzati anche di un reflettometro per la misurazione della glicemia e stick urine per misurare il livello di glucosio e di chetoni nelle urine. L'Associazione Giovani Diabetici di Parma ha messo a disposizione un numero verde per informazioni e consulenze che è tuttora attivo (800848043).

Allo studio di Parma, universalmente conosciuto come "Parma campaign", si è ispirata di recente anche la federazione Diabete-Italia che raccoglie tutte le associazioni scientifiche e di volontariato sul diabete del nostro Paese, per celebrare la prima Giornata mondiale del diabete sancita dalla Risoluzione ONU il 20 dicembre 2006. Una nuova edizione del poster di "Parma camping" è stata distribuita in 17.000 farmacie italiane al preciso scopo di attirare l'attenzione di tutti gli utenti sulla possibilità di riconoscere in anticipo il diabete all'esordio nel bambino a partire da un sintomo all'apparenza "banale" ma carico di potenzialità diagnostiche.

Sull'onda di questa promozione a livello nazionale, l'Associazione giovani diabetici di Parma, in collaborazione con il Centro di riferimento regionale di Diabetologia pediatrica "Margherita Borri Cocconcelli" dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, farà il bis della "Parma campaign" degli anni Novanta. Il rilancio ha almeno tre motivazioni: negli ultimi tre anni sono ricomparse nella provincia di Parma alcuni inaspettati casi di chetoacidosi grave; gran parte dei poster è scomparsa dai punti di esposizione; il livello di attenzione è generalmente diminuito (Diabetes Care 2007;30:e12). L'intervento ricalcherà quello originario. Il poster sarà lo stesso che è stato distribuito nelle farmacie (Figura 1) e sarà accompagnato da due cartoline che riproducono il disegno di un bambino con diabete che ha vissuto l'esperienza del "letto bagnato". Una cartolina è destinata ai Medici di Medicina generale e ai Pediatri di famiglia che la troveranno inserita in questa edizione del bollettino dell' Ordine; e l' altra alle famiglie.

La seconda edizione di "Parma Campaign" sta facendo il giro del mondo. Il suo nuovo poster e le cartoline stanno per essere tradotte in molte lingue e porteranno a milioni di persone e medici un messaggio semplice ed efficace, senz'altro utile per raggiungere l'obiettivo dell'IDF nell'Anno del diabete in età pediatrica: "nessun bambino dovrebbe morire di diabete". Diamoci e dateci una mano. Ce la possiamo fare. Insieme.

SANTACHIARA
POLIAMBULATORIO MEDICO DIAGNOSTICO

43015 Noceto (Parma)
Via Romanina, 2
Tel. 0521 628331 fax 0521 621526
e-mail: info@rxsantachiara.it

Direttore Sanitario Dott. Adele Bianchi
Specialista in Radiologia Diagnostica
Aut. San. n. 9236 del 13.05.2006

ECOGRAFIA
- addominale ed ostetrico-ginecologica
- muscolo-tendinea
- transcutanea - pediatrica

dott. Adele Bianchi
specialista in Radiologia

RADIOLOGIA
diagnostica per immagini
plurispecialistica digitalizzata

dott. Adele Bianchi
specialista in Radiologia
dott. Giancarlo Bertolino
specialista in Radiologia

CARDIOLOGIA
visite ambulatoriali
ecografia cardiaca

dott. Pietro Pisciotta
specialista in Cardiologia

POLIAMBULATORIO SANTA CHIARA
Dir. San. Dott. Adele Bianchi
Spec. in Radiologia Diagnostica
Aut. San. n. 9236 del 13.05.2006

FISIATRIA
visite ambulatoriali

dott. Claudio Rovacchi
specialista in Fisiatria

DERMATOLOGIA
visite ambulatoriali

dott.ssa Stella Mirizzi
dott.ssa Carla Maria Costa
specialiste in Dermatologia

GINECOLOGIA
visite ambulatoriali

dott.ssa Laura Bedocchi
specialista in Ginecologia

UROLOGIA
visite ambulatoriali

dott. Michele Potenzoni
specialista in Urologia

POLIAMBULATORIO SANTA CHIARA
Dir. San. Dott. Adele Bianchi
Spec. in Radiologia Diagnostica
Aut. San. n. 9236 del 13.05.2006

MEDICINA LEGALE
consulenze

dott. Carmine Lombardo
specialista in Medicina Legale

OCULISTICA
visite ambulatoriali

dott. Marco Vecchi
specialista in Oculistica

NEUROLOGIA
visite ambulatoriali
ecocolor doppler transcranico
e dei TSA

dott.ssa Chiara Bertolino
specialista in Neurologia

CHIRURGIA GENERALE
visite ambulatoriali

dott. Marco Bertolani
specialista in Chirurgia Generale
dott. Francesco Fontanazza
specialista in Chirurgia Generale

POLIAMBULATORIO SANTA CHIARA
Dir. San. Dott. Adele Bianchi
Spec. in Radiologia Diagnostica
Aut. San. n. 9236 del 13.05.2006

24° Congresso Nazionale SIMG La sfida possibile

"La sfida possibile" è stato il tema del 24° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale che si è svolto a Firenze dal 22 al 24 novembre. Circa un migliaio i partecipanti che hanno messo a confronto, nelle diverse e numerose sessioni, conoscenze, esperienze e risultati di un'attività clinica che si sta rivelando sempre più complessa

di Fernanda Bastiani

In che cosa consiste la sfida possibile secondo la SIMG? Nell'implementazione di percorsi uniformi e condivisi di clinical govenance adeguati al nuovo setting della Medicina Generale e all'importanza crescente del territorio in campo sanitario.
A conclusione del convegno si è svolta una tavola rotonda alla presenza del Ministro della Salute Livia Turco in cui si sono confrontati sul tema "Il valore della competenza clinica e della qualità professionale del Medico di Medicina Generale", G. Milillo (Segretario Nazionale FIMMG), P.N.Mengozzi (Presidente Nazionale FederSanità ANCI), N. Martini (Direttore Generale AIFA), Sassoni (FIASO), A. Ancona (Direttore Agenzia Regionale) e C.Cricelli (Presidente SIMG).
Mengozzi di ANCI ha sottolineato la necessità che il sistema debba essere solidale con il governo centrale e ha criticato le differenze regionali in campo sanitario e l'eccessiva autoreferenzialità dei di-

versi soggetti in campo. Rivendicando la necessità di un sistema integrato, ha espresso il crescente interesse dei sindaci per la salute dei cittadini e la necessità che i comuni abbiano la facoltà di decidere in tema di scelte sanitarie, in quanto a suo dire a questo delegati dal voto dei cittadini. Sassoni (FIASO) ha ricordato la stima che il nostro SSN gode in tutto il mondo poiché svolge un servizio fondamentale a basso costo (cfr. dati OMS). Ha inoltre affermato che secondo Confindustria e Banca-Intesa la sanità in Italia costa meno di quanto produce poiché mette in moto tutta una serie di driver che veicolano risorse nel sistema. Ha infine lanciato la proposta di alcuni obiettivi: il perfezionamento di percorsi di integrazione ospedale-territorio, l'implementazione della medicina di iniziativa che va a scoprire i bisogni di salute e infine la responsabilità delle parti nello svolgimento del proprio ruolo (in particolare auspicando un incremento delle forme di associazionismo in MG). Replicando a Mengozzi ha affermato che il coinvolgimento degli Enti Locali non può prescindere da una loro assunzione di responsabilità fattiva (economica? ndr). Martini (AIFA) si è chiesto quanto e come il MMG partecipa alle scelte che governano la spesa farmaceutica. Ha ripreso un'affermazione

di C. Cricelli secondo la quale i MMG vivono una condizione di asimmetria decisionale e ha rilevato la difficoltà di prescrivere farmaci che nascono in setting diversi da quelli della Medicina Generale, augurandosi che un'adeguata legislazione permetta anche in Italia ciò che è già possibile altrove (cfr. Regno Unito), cioè che la MG generi conoscenze proprie e sperimentazioni dei farmaci nel territorio. Secondo G. Mililllo (FIMMG) la Medicina Generale è viva, cresce, inventa. C'è una sintonia intelligente fra SIMG e sindacati per ritrovare e ricostruire un'autonomia decisionale: infatti entrambi chiedono in modi diversi uno sforzo di qualità sempre maggiore e sempre maggior fiducia nel mondo medico, i MMG sono disposti, in cambio, a impegnare sempre maggior competenza e responsabilità. Gli obiettivi del sindacato sono quelli di creare le condizioni affinché sia possibile il cambiamento cioè una diversa struttura del compenso, il cambiamento del sistema e delle sue regole, l'intervento sui fattori di predizione, la possibilità di collaborazione con personale non medico. Da parte sua il MMG deve però sforzarsi di superare l'autoreferenzialità: rivendicando il diritto del medico di essere padrone dello strumento deve però fornire garanzie di un suo uso corretto. Infine afferma che autonomia e responsabilità si raggiungono anche trovando sinergie con altre professionalità. In questo contesto si fonda la proposta FIMMG di Rifondazione della Medicina Generale che si esplicita nelle Unità di Medicina Generale. Le proposte sindacali sono state ascoltate e discusse dal Ministero e nell'art. 6 della nuova legge finanziaria, che delega la fiducia al Ministro della Salute, si esprime un atto di fiducia del Governo nei confronti della Medicina Generale. I problemi vengono invece dalle Regioni.

C. Cricelli nel suo intervento conclusivo ricorda come un tempo i Medici di Medicina generale erano mondi separati che non comunicavano fra loro, mentre oggi lo scenario è totalmente cambiato pur in presenza di numerosi elementi critici, in un contesto che ha fatto del territorio la chiave di volta delle politiche sanitarie. Governare questo sistema è oggi una questione di responsabilità che i MMG vogliono assumersi e non delegare ad altri. Pur vivendo tuttora in una condizione di asimmetria informativa e decisionale, essi possiedono già strumenti per analizzare la propria attività, selezionare le scelte cliniche più appropriate, effettuare le decisioni migliori, misurare l'impatto clinico ed economico dei loro comportamenti sugli obiettivi del sistema. Un siste-

Poliambulatorio Privato di Medicina Fisica e Riabilitazione

M.F.R

Centro Emiliano

Aut. San. n°143773 del 11-11-2002

Convenzionato con il sistema sanitario nazionale

certificato UNI EN ISO 9001: 2000

Piazzale Santo Stefano, 3
43100 PARMA
Tel. 0521 287893

Direttore Sanitario
Dott. Paolo Lorenzini
specialista in fisiokinesiterapia
specialista in medicina dello sport

Fisiochinesiterapia Ortopedica

- Visita specialistica fisiatrica
- Manipolazioni vertebrali e di altre articolazioni
- Mesoterapia
- Infiltrazioni
- Bendaggio funzionale
- Valutazione protesica

Direttore Sanitario
Dott. Paolo Lorenzini
specialista in fisiokinesiterapia
specialista in medicina dello sport

Terapie fisiche

- Laserterapia al CO2
- Diatermia resistivo – capacitiva (TECAR)
- Magnetoterapia
- Elettroterapia analgesica ad alto voltaggio
- Elettroterapia analgesica Tens
- Elettroterapia analgesica diadinamica
- Elettroterapia di potenziamento muscolare
- Ionoforesi medicata
- Ultrasuonoterapia
- Radarterapia
- Marconiterapia
- Paraffinoterapia
- Irradiazione infrarossi
- Idrogalvanoterapia

Direttore Sanitario
Dott. Paolo Lorenzini
specialista in fisiokinesiterapia
specialista in medicina dello sport

Terapie Riabilitative

- Massoterapia
- Linfodrenaggio manuale
- Kinesiterapia
- Ginnastica medica per osteoporosi
- Potenziamento muscolare
- Rieducazione motoria segmentale individuale
- Rieducazione neuro motoria
- Trazioni vertebrali
- Risoluzione manuale di aderenze articolari e cicatriziali
- Esercizi posturali propiocettivi
- Esercizi respiratori
- Trainig deambulatori e del passo
- Terapia occupazionale
- Logopedia

Direttore Sanitario
Dott. Paolo Lorenzini
specialista in fisiokinesiterapia
specialista in medicina dello sport

ma che non valuta e non pesa, un sistema che non riconosce il merito, è un sistema alla lunga inefficace. Occorre invece incentivare la qualità professionale anche attraverso una forma di pagamento per performance. Quello che i Medici di Medicina Generale hanno a cuore è la cura globale della persona. Gli uomini non si interfacciano con l'efficienza ma con l'umanità. I principi fondamentali della proposta SIMG sono: il principio di beneficialità, il principio di qualità professionale, il principio di affidabilità ed eticità della professione il principio di accontabilità e verificabilità, il principio di completezza di informazione e infine il principio di autonomia e responsabilità. I MMG si prendono cura dei cittadini di questo paese con passione, competenza e responsabilità. A conclusione l'intervento del Ministro della Salute On. Turco che inizia con un grazie a conferma della sua fiducia e della suo affetto nei confronti dei MMG, in un rapporto di stima reciproca. Nel suo discorso ribadisce la necessità che nel nostro Paese cresca un sistema sanitario pubblico, universalistico e solidale e individua nel Governo la responsabilità di creare le condizioni affinché ciò avvenga e affinché il MMG possa lavorare nelle migliori condizioni possibili.

Il Ministro dice di investire molto sulla MG perché ad essa deve la realizzazione di un sistema così capillare e universale. Secondo il Ministro il MMG è il punto di incontro fra storia e innovazione, il motore di una proposta di cambiamento. Nell'art. 6 della nuova legge finanziaria, condiviso con i sindacati, si esprime appunto questa fiducia. La legge è permeata dal punto di vista della professione del MMG. La legge è solo uno strumento di ammodernamento. Equità, efficienza, efficacia infine le parole d'ordine programmatiche.
Nessun accenno al rinnovo della convenzione e neppure al finanziamento di questo ambizioso progetto .Tuttavia l'innovazione del sistema delle Cure Primarie e del setting della Medicina Generale è ormai alle porte, gli eserciti sono schierati. Particolarmente significativi gli accenni da più parti alla responsabilità e alla professionalità che, comunque le si voglia intendere, costituiscono l'autentica spinta al cambiamento, nonché la vera risorsa del sistema. Nell'intervento di Cricelli emerge di più: la coscienza che lo scopo del nostro lavoro è quello di prendersi cura della persona, secondo un approccio integrale. E questo non è poco. Avviarsi verso il cambiamento con questa certezza non è la stessa cosa che consegnarsi inermi ai giochi della politica. Di questo sarà sempre più necessario chiedersi conto a vicenda in un interlocutorio oggi quanto mai urgente fra colleghi ma anche con sindacati e società scientifiche.

XXVII CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO

di Ornella Cappelli
Presidente Nazionale Aidm

Dal 16 al 18 novembre 2007 si è tenuto a Roma, presso il Museo di Storia Della Medicina, il XXVII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Donne Medico – Secondo convegno del MWIA del Sud Europa. Al Convegno hanno partecipato, oltre a numerosissime socie italiane provenienti da tutto il Paese, la Presidente Internazionale Dott.ssa Atsuko Heshiki, la Vice Presidente del Sud Europa, Dott.ssa Gwénaelle Vidal-Trecan, la Vice Presidente del centro Europa, Dott.ssa Waltraud Diekhaus, la Presidente della GMWA, Dott.ssa Nino Zhvania, accompagnata da numerose socie, la past Vice Presidente del Sud Europa dott.ssa Myriam Van Moffaert ed una delegazione di socie dela Alianza Panamericana de Médicas dall'Equador. Nel Congresso sono stati trattati importanti ed attuali temi che riguardano la salute delle donne: i problemi relativi alle donne immigrate, la recente introduzione nel nostro Paese della vaccinazione contro il Virus del Papilloma umano, le complicanze trombotiche in gravidanza, il trattamento e la prevenzione del dolore di tipo cronico che colpisce diversi apparati femminili, la patologie più gravi ed invalidanti dell'anziano.
Sono state poi affrontate, in workshop, alcune problematiche che sono all'attenzione delle Donne Medico in tutti i paesi del Mondo e cioè la "Medicina di genere" e "la femminilizzazione della professione": dai gruppi di lavoro sono scaturite proposte operative che verranno sviluppate nel corso dei prossimi mesi.
Il Congresso è stato onorato dalla presenza della Ministra della Salute On. Livia Turco che non solo ha portato il suo saluto, parole di apprezzamento per i contenuti del programma del convegno, ma ha voluto anche manifestare la sua stima per le donne medico e la sua attenzione ed il suo interesse per l'adozione di meccanismi che garantiscano loro il giusto riconoscimento nella professione.

Alimentazione, clima e storia dell'uomo

Il nuovo libro di Leone Arsenio: dall'ultima glaciazione ai giorni nostri, l'autore ha ripercorso tutte le tappe del binomio clima - alimentazione nella storia

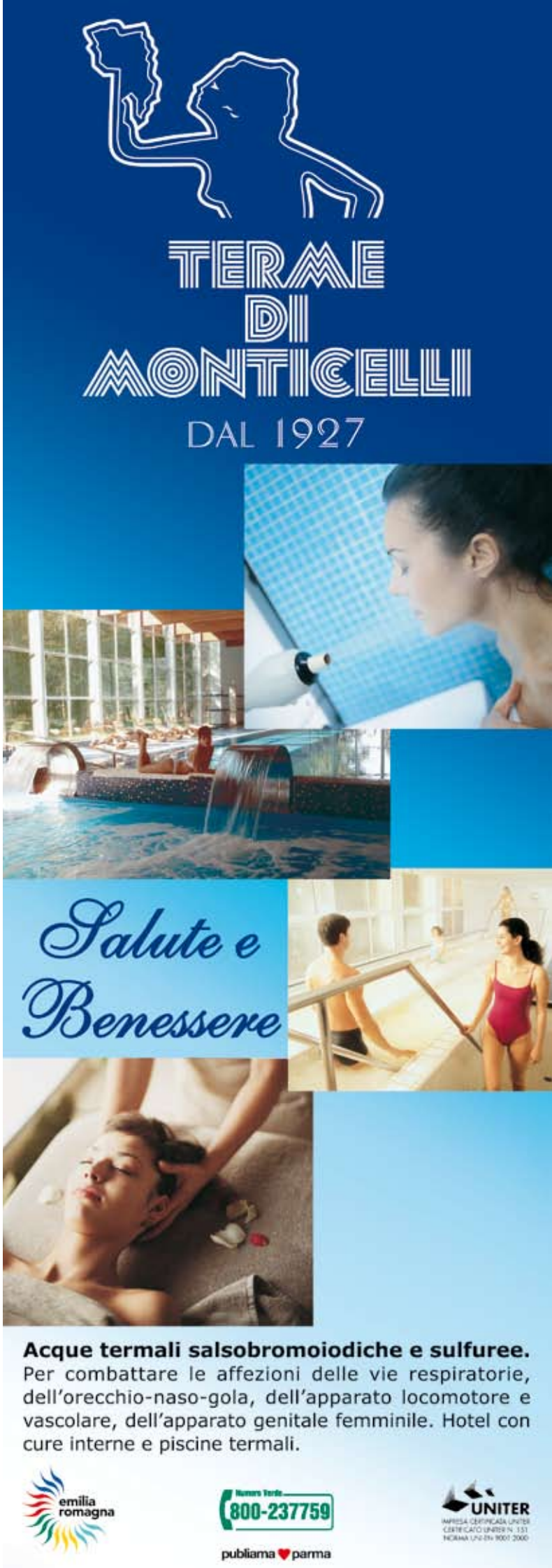
La scienza dell'alimentazione da sempre s'intreccia con la storia dell'uomo e con le variazioni climatiche. Ecco perché Leone Arsenio, responsabile della SSD Malattie del Ricambio e Diabetologia presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, con la sua nuova pubblicazione intitolata "Alimentazione, clima e storia dell'uomo" (Mattioli), ha voluto tracciare un interessante excursus storico-scientifico per scoprire come e perché è cambiata l'alimentazione dell'uomo attraverso i secoli.

Per milioni d'anni la ricerca del cibo ha condizionato l'evoluzione, il benessere e la crescita delle popolazioni, ha contribuito a plasmare lo sviluppo sociale, ha ispirato scontri e guerre, ha affrettato la scoperta di nuovi territori e di nuovi mondi. Tutto questo si è intrecciato con le variazioni del clima, che hanno avuto un ruolo fondamentale nel modificare l'ambiente e quindi anche l'alimentazione e la storia dell'umanità.

Il cibo, con i suoi nutrienti, in particolare proteine, omega 3 e colesterolo, ha contribuito alle variazioni del menoma e quindi alla selezione naturale, modificando la struttura corporea degli ominidi, rispetto ai Primati, fino alla comparsa dell'Homo sapiens: in particolare hanno contribuito all'andatura verticale (bipedismo) e all'aumento del volume del cervello. Ed è impressionante vedere, come ha verificato Arsenio, come le principali tappe della storia dell'uomo siano in qualche modo collegate alle condizioni ambientali.

Infatti "gli uomini non hanno mai subito passivamente le condizioni ambientali, ma hanno svolto, nel bene e nel male, un ruolo attivo ed importante nel determinismo delle loro vicende storiche. Anche nelle situazioni più difficili l'uomo non si è appiattito nella semplice ricerca della sopravvivenza e non ha mai rinunciato al bello a favore dell'utile, ad onorare i morti, a dedicarsi all'arte, alla filosofia, alla religione, in una parola alla cultura: persino nel freddo dell'ultima glaciazione, il maddaleniano si è dedicato alle bellissime pitture nelle grotte", ha spiegato l'autore. L'evoluzione culturale, a differenza di quella biologica non sarebbe casuale "ma si trasmette con le 'idee', con il bagaglio di informazioni comunicate da famiglia e società. Le 'mutazioni' culturali possono avere velocità estremamente variabili, da molto lente a rapidissime, al contrario di quelle genetiche, che sono sempre molto lente, soprattutto nell'uomo che si riproduce con lentezza. Il singolo individuo, geneticamente molto predisposto all'apprendimento e alla comunicazione, può a sua volta influenzare la selezione biologica, agendo sull'ambiente", si legge nella prefazione.

Dall'ultima glaciazione, 12-13mila anni fa, ai giorni nostri, passando attraverso innumerevoli fatti curiosi (come ad esempio quello secondo cui la pianta della patata sarebbe stata indirettamente la causa della più importante emigrazione verso l'America e della nascita del far west, perchè la malattia del tubero determinò la famosa carestia della metà dell'Ottocento in Europa), l'autore ha ripercorso tutte le tappe del binomio clima – alimentazione gettando infine anche uno sguardo al futuro.



Profilo degli odontotecnici... "Non s'ha da fare"

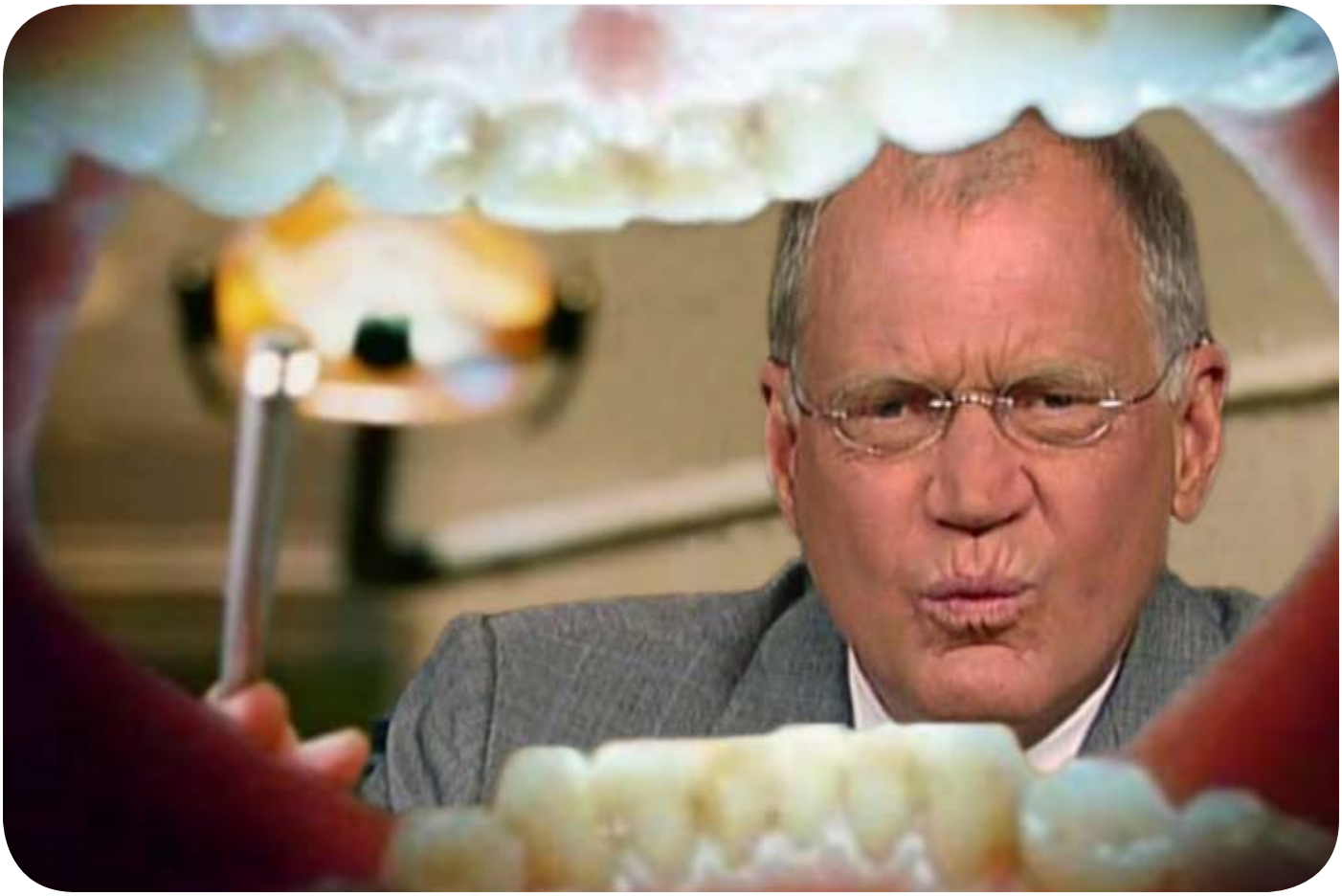
Il presidente della Commissione odontoiatri di Parma nel corso dell'Assemblea dell'Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri di fine anno ha affrontato diversi problemi, tra cui l'Ecm, il fenomeno dell'abusivismo e il nuovo profilo degli odontotecnici cui si oppone la comunità dei dentisti

di Angelo Di Mola

Cronistoria - Nei mesi scorsi si è stata discussa dal Consiglio Superiore della Sanità, che è l'organo preposto a fornire al Ministero della Salute parere tecnico sulle leggi in materia sanitaria, una proposta di legge sull'istituzione di un nuovo corso di laurea, in ambito sanitario, per odontotecnici.
Il disegno di legge originario prevedeva la creazione di un nuovo operatore sanitario, l'odontoprotesista che grazie ad un corso universitario triennale avrebbe ottenuto l'abilitazione a provvedere "agli atti di verifica di congruità dei dispositivi medici su misura, al solo scopo di ottimizzare tutti gli elementi relativi esclusivamente al manufatto che egli stesso realizza". Tutto questo ovviamente "su richiesta, alla presenza e sotto la responsabilità dell'abilitato a norma di legge all'esercizio dell'odontoiatria".
Fin da subito associazioni odontoiatriche e degli Ordini professionali hanno espresso la loro contrarietà alla proposta di legge mettendo in essere tutte le possibili azioni di dissuasione prima e di contrasto poi nei confronti del Ministero della Salute.

Sull'argomento si giunse a definire un documento comune che esprimeva la netta contrarietà alla proposta di legge da parte di tutte le rappresentanze della professione odontoiatrica adducendo numerose motivazioni.

Le motivazioni della contrarietà espresse furono:
- La bozza del profilo degli odontotecnici, se approvata, aumenterà le difficoltà degli Organi preposti ai controlli per poter verificare se viene realizzata una violazione dell'art. 348 del C.P.
- L'art.5 della legge n.43/2006 subordina l'individuazione di nuove professioni sanitarie in base ai fabbisogni connessi agli obbiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale o nei Piani Sanitari Regionali che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute. Tuttavia non risulta si sia attivata alcuna definizione del fabbisogno di nuove figure sanitarie.



- Si verrebbero, inevitabilmente, a creare delle sovrapposizioni con le competenze dei laureati del corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.
- Gli odontotecnici si devono occupare di resine, ceramiche, metalli e relativi punti di cottura e di fusione, per cui un eventuale loro miglioramento culturale/formativo non può prescindere da una formazione in un'area esclusivamente tecnica (fisico-chimica), che nulla ha a che vedere con un'area sanitaria, come, invece, prospettato.
- Una eventuale nuova introduzione di una figura sanitaria con un percorso sovrapponibile a quello del C.L.S.O.P.D. (Classe delle Lauree Specialistiche in Odontoiatria e Protesi Dentaria), ma di livello inferiore, renderebbe più difficoltoso, da parte dei pazienti, identificare chi è legittimato a fornire delle prestazioni che, comunque, risulterebbero di minor qualità.
- L'odontoiatra grazie al suo percorso di studi è già in grado autonomamente di ottimizzare i manufatti protesici.

La contrarietà della comunità odontoiatrica non è nei confronti di un giusto miglioramento professionale degli odontotecnici mediante un opportuno corso di laurea, ma è nella collocazione di tale corso in ambito sanitario piuttosto che in quello dell'area tecnico-ingegneristica, come già avviene d'altronde in altri paesi europei.

Insomma tutto ciò sembra celare un subdolo tentativo di legalizzare posizioni di abusivismo e prestanomismo purtroppo molto diffuse.

Purtroppo nonostante le importanti pressioni e le mobilitazioni poste in essere il disegno di legge sul profilo dell'odontotecnico è stato approvato a maggioranza dall'apposita commissione istituita presso il Consiglio Superiore della Sanità.

Risultati positivi ottenuti:

Sono state apportate modifiche al testo originale.
Il testo prevedeva infatti la possibilità di intervento diretto dell'odontotecnico sul paziente, sia pure per interventi incruenti e sotto la supervisione dell'odontoiatra. Grazie alla massiccia mobilitazione delle associazioni odontoiatriche e degli Ordini professionali, è stato soppresso, nella versione definitiva, l'articolo che consentiva questa possibilità.
Il testo finale del disegno di legge approvato dal CSS presenta le seguenti novità:
Al paragrafo 1 comma 3, è stato inserita al penultimo rigo la modifica "al di fuori del cavo orale", dunque il paragrafo 1 comma 3 recita ora nel seguente modo:
"l'odontotecnico, su richiesta, alla presenza e sotto la responsabilità dell'abilitato a norma di legge all'esercizio dell'odontoiatria, può collaborare... agli atti di verifica e congruità dei dispositivi medici su misura al solo scopo di ottimizzare, al di fuori del cavo orale, tutti gli elementi relativi esclusivamente al manufatto che egli stesso realizza".
Inoltre nel testo approvato il capoverso 'b', del comma 2 del paragrafo 2, recita: "esegue, su indicazione dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria, le modifiche etc."

CORSA AI CREDITI ECM: C'È TEMPO FINO A FINE ANNO

Che fossero ormai obbligatori non ci pioveva, ma forse non tutti ancora sapevano che tra qualche mese chi sarà trovato senza il necessario punteggio rischierà di incappare in pesanti sanzioni. Ovviamente si parla di crediti Ecm, per ottenere i quali, come tutti ben conoscono, è necessario tra l'altro frequentare i corsi accreditati istituiti dagli Ordini di categoria e che consentono di accumulare un certo numero di punti. Per l'esattezza il numero fissato dalla Commissione Ecm ammonta ad un minimo di trenta crediti annuali ed un massimo di settanta, per un totale di centocinquanta nel triennio 2008/2010. In particolare, almeno novanta dei crediti acquisiti durante i tre anni, dovranno essere dei "nuovi crediti", mentre fino a sessanta potranno derivare dal riconoscimento dei punteggi acquisiti durante il periodo di transizione cominciato col 2004. Nel caso in cui il professionista non abbia acquisito un numero sufficiente di crediti nel triennio 2004/2006, dovrà provvedere al debito formativo 2008/2010, ottenendo un numero totale di crediti tale da raggiungere in ogni caso la soglia prevista dei 150 Ecm. La gestione di un'anagrafica dei crediti formativi acquisiti dagli operatori sanitari sarà gestita direttamente dagli Ordini e dai Collegi e Associazioni professionali.
Il sistema in questione riguarda anche i liberi professionisti, che devono trovare in esso un metodo di formazione continua ed uno strumento costante di attestazione della qualificazione professionale, obiettivo nell'ambito del quale gli Ordini rivestono la funzione fondamentale di produttori di formazione continua, limitatamente agli argomenti dell'etica, della deontologia e della legislazione.
E'evidente dunque, che ogni eventuale obbligo per i liberi professionisti, debba fondarsi su alcune precise garanzie normative ed individuare agevolazioni sui costi supportati.
Il riscontro del punteggio raggiunto sarà richiesto ai liberi professionisti a partire dall'inizio del prossimo 2008 e riguarderà i crediti accumulati durante i quattro anni precedenti. A chi non ne fosse dotato saranno dati sei mesi di tempo per adeguarsi all'attuale normativa in questione e raggiungere il punteggio necessario tramite la frequenza dei corsi specifici.
Liberi professionisti avvisati, la posta in gioco è abbastanza alta: chi si dimostrerà recidivo nella mancata assunzione dei crediti rischierà infatti la sospensione dell'attività professionale fino a quando non si metterà in regola.
Per quanto riguarda gli odontoiatri soci dell'Andi la situazione potrà essere facilmente portata alla regolarità tramite la frequenza ai corsi organizzati dall'Associazione e disponibili gratuitamente per gli affiliati. Sono infatti previste date di corsi di aggiornamento che permetteranno l'ottenimento di crediti Ecm.

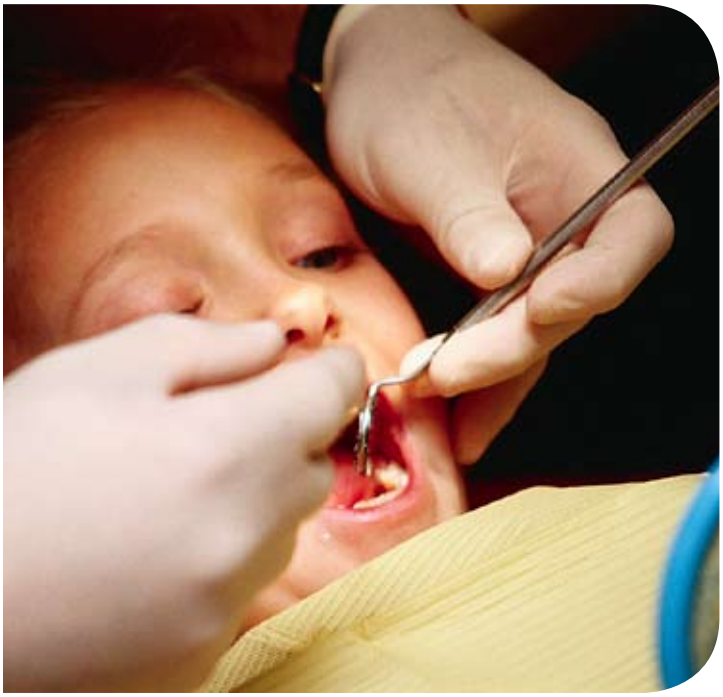
All'odontoiatra inoltre, viene riservato in via esclusiva ogni atto preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo. Infine la formazione dell'odontotecnico verrà garantita dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia in collaborazione con altre facoltà.

Nonostante le modifiche apportate, la comunità odontoiatrica mantiene la sua netta contrarietà al progetto di legge in quanto si ritiene sbagliato e sconveniente prima di tutto per i pazienti, far diventare l'odontotecnico una figura sanitaria per le ragioni espresse in precedenza. Si ritiene che il rapporto di collaborazione tra odontoiatra ed odontotecnico potrebbe trarre giovamento dalla maggiore formazione degli odontotecnici sulle metodiche di realizzazione dei manufatti e non certo dalla sovrapposizione di competenze.

Abusivismo: dopo il tesserino, un vademecum per i cittadini

Dopo l'obbligo per i dentisti di rendersi riconoscibili, l'Ordine ha pensato di diramare a mezzo stampa una serie di consigli per mettere in guardia i pazienti

Cosa direste se a curarvi una carie fosse il vostro meccanico? Uno scenario decisamente poco rassicurante, che però alcune volte non si discosta molto dalla realtà. Così per prevenire questo pericolo, dopo l'obbligo per i dentisti di rendersi riconoscibili, l'Ordine ha pensato di diramare a mezzo stampa un vademecum per mettere in guardia i cittadini.
Un'azione necessaria se si pensa che su 450 iscritti all'Ordine dei medici e odontoiatri di Parma e 370 studi dentistici autorizzati sul territorio, in circa il 30% si praticherebbe la professione abusivamente. E coloro che cavalcherebbero questo illecito sarebbero soprattutto gli odontotecnici: artigiani abilitati unicamente a fabbricare, su specifica richiesta dell'odontoiatra, protesi dentarie. Gli abusivi sarebbero infatti il più delle volte i suddetti o assistenti alla poltrona, che in realtà non potrebbero assolutamente curare i denti dei pazienti e che spesso finirebbero anche per procurargli dei danni di tipo igienico-sanitario, non ultima la diffusione di rischiose infezioni e malattie come l'epatiti e tante altre.
Per contribuire alla lotta contro l'abusivismo della professione, un primo piccolo ma importante risultato è stato ottenuto grazie all'idea promossa a livello nazionale dal presidente della Commissione odontoiatri di Parma Angelo Di Mola: "L'istituzione di un apposito tesserino di identificazione professionale con foto (o il ripristino e l'adeguamento di quello di cui già tutti dovrebbero essere dotati) per tutti i legittimi esercenti, allo scopo di dare piena riconoscibilità e corretta informazione ai cittadini, con l'obbligo di esposizione sul camice o nella stanza di lavoro".



Fatto questo adesso sarebbe importante il contributo dei cittadini, sottolinea Di Mola: "L'utente può pretendere di accertarsi dell'identità di chi lo sta curando e deve quantomeno dubitare quando non vede nessun tesserino di riconoscimento esposto. Infatti è bene ribadire che è autorizzato a curare i denti solo colui che si chiama dentista oppure odontoiatra, laureato e iscritto all'Albo specifico. Non può mettere le mani in bocca, invece, l'odontotecnico e nessun assistente alla poltrona, a meno che non si tratti di un igienista dentale (laurea triennale) solo per l'igiene professionale. Quindi, nel caso in cui un paziente dubiti del titolo professionale di chi lo sta curando può rivolgersi all'Ordine dei Medici (Tel. 0521.208818) chiedendo informazioni sul dentista o consultare l'elenco degli odontoiatri sul sito www.fnomceo.it. E' sufficiente inserire cognome e nome per verificare se è autorizzato ad esercitare la professione di odontoiatra. In caso di accertamento di un illecito il cittadino può denunciare l'abusivo alla procura della Repubblica in quanto le cure, essendo state eseguite da un soggetto non abilitato, divengono lesioni personali penalmente perseguibili su querela di parte; alla Guardia di Finanza poichè non essendo un dentista, evade il fisco; e in sede civile può richiedere il risarcimento del danno subito".
Con un po' di attenzione da parte dei pazienti si può così aiutare a contrastare un problema difficile da sconfiggere perché "sorretto dal fenomeno del prestanomismo, che interessa alcuni presidi: una società apre un ambulatorio, assume un dentista come direttore sanitario della stessa e poi fa lavorare a volte dei non abilitati alla professione", conclude Di Mola.

Stimato medico, grande uomo. Chi era Leopoldo Andreoli?

Per più di trent'anni apprezzato consigliere dell'Ordine dei Medici, fu sempre fautore acceso di una ineccepibile etica professionale, schierato a favore di quella dignità che nei suoi intendimenti doveva fondere in armonia la componente tecnica e quella umana.
Così lo ricordano i suoi amici a poche settimane dalla sua scomparsa

Se uno ponesse questa domanda alla gente che lo ha conosciuto e stimato dal punto di vista umano e professionale, potrebbe sentirsi dire che Leopoldo era un medico molto dotato che svolgeva la propria professione con grande dedizione e spirito di servizio: uomo buono e generoso per natura che sapeva calarsi nella necessità dei pazienti a medicarne i bisogni materiali e morali. Un medico, insomma, formato in tempi difficili, quando l'attività non era sostenuta dalla tecnica e dalla organizzazione sanitaria attuale ed in cui il professionista doveva spesso sopperire a carenze strumentali con quella perseveranza, per giungere alla diagnosi, che poneva il medico a così stretto contatto con il malato da attribuirgli il carattere carismatico di un dispensatore di speranza. A noi piace sottolineare, a questo riguardo, che Leopoldo, laureato con il massimo dei voti a giugno del sesto anno di Facoltà all'Università di Parma, fu assistente di quella Clinica Medica nella quale si sono formati professionisti di valore e diversi docenti, tra i quali ricordiamo con sentimenti di amicizia i professori Salvi, Dettoli, Starcich, Ambanelli, Visioli, Botti, Portioli, Cucurachi ed altri, allievi tutti di quel compianto maestro che fu il Professor Carlo Bianchi, uno dei primi in quei tempi ormai lontani a cogliere l'evoluzione della medicina e ad intuirne la inevitabile frammentazione.

Fu proprio con questo spirito che quel lungimirante maestro cercò di abbozzare nell'ambito della Medicina Interna (che così concepita non poteva più stare al passo dei tempi per la vastità della materia) le relative specialità indirizzando i suoi allievi verso specifici settori e avviando così quel dialogo multidisciplinare dal quale la medicina moderna non può oggi prescindere. Fu proprio con questo spirito che il Professor Carlo Bianchi affidò a Leopoldo il compito di iniziare una attività cardiologica all'ospedale di Fidenza, perché portasse là quella impronta, allora agli albori, di cui godeva la Clinica Medica di Parma. Egli accettò di iniziare così un lavoro pionieristico con la grande soddisfazione, nel tempo, di poter attrezzare un reparto di grande efficienza e di somma utilità per il territorio, gestito con competenza e professionalità. Anche noi medici suoi amici ci siamo rivolti in più occasioni alla sua assistenza ed abbiamo provato viva riconoscenza per i benefici ricevuti.

A tutto questo va aggiunto che fu per più di trent'anni stimato consigliere dell'Ordine dei Medici, sempre fautore acceso di una ineccepibile etica professionale, schierato a favore di quella dignità che nei suoi intendimenti doveva fondere in armonia la componente tecnica e quella umana.

Quanto detto, per delineare la figura del medico e dell'uomo. Ma noi, amici da sempre, che serbiamo con nostalgia ricordi lontani nel tempo, non possiamo non far cenno di alcuni tratti del carattere del giovane, quando ancora non aveva indossato l'abito professionale.

Gli amici di Leopoldo Andreoli

parma medica

Autorizzazione del Tribunale di Parma n.131 del 4.7.1952. Sped. In A.P. – D.L. 353/2003 conv. In L. 27/02/2004 n.46 art. 1, comma 1, DCB Parma

Direttore Responsabile
Dr. Tiberio d'Aloia

Direttore Editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione
Giornalisti
Massimo Capuccini
Antonella Del Gesso

Medici
Dr. Angelo Di Mola
Dr. Maurizio Monica
Dr. Silvia Mattei
Prof. Raffaele Virdis
Dr. Gianfranco Cervellin
Dr. Fernanda Bastiani
Prof. Leopoldo Sarli
Dr. Angelo Campanini
Dr. Beatrice Di Blasio

Art Director
Pietro Spagnulo

Editore
Edicta p.s.c.
Via Torrente Termina 3/b
43100 Parma
Per la pubblicità: 0521/251848
Stampa: Stamperia Scrl Parma

Segreteria dell'Ordine
Orari: Lunedì 9 – 13
Martedì 9-17 / Mercoledì 9- 16
Giovedì 9-17 / Venerdì 9- 13

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma
Consiglio Direttivo 2006 – 2008
www.ordinemedicidiparma.it
segreteria@ordinemedicidiparma.it
Tel. 0521/208818 - 0521/234276
Fax.0521/234276

Presidente
Dr. Tiberio D'Aloia

Vice Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Segretario
Dr. Paolo Ronchini

Tesoriere
Dr. Paolo Dall'Aglio

Consiglieri:
Dr. Michele Campari
Prof. Piergiorgio Cocconi
Dr. Nicola Cucurachi
Prof. Roberto Delsignore
Dr. Angelo Di Mola
Prof. Federica Gardini
Dr. Giorgio Gazzola
Dr. Andrea Manotti
Dr. Carla Marcato
Dr. Roberto Minari
Dr. Maurizio Monica
Dr. Gianni Rastelli
Dr. Patrizia Sottotetti

Revisori dei Conti
Dr. Ornella Cappelli (Presidente)
Dr. Silvia Mattei
Dr. Francesco S. Renzulli
Dr. Matteo Curti (Supplente)

Commissione Odontoiatri
odontoiatri@ordinemedicidiparma.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

Consiglieri
Dr. Lorenzo Barbacovi
Dr. Paolo Dall'Aglio
Dr. Federico Maffei
Dr. Paolo Pesci

I nostri lutti

PARMA MEDICA

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

Partecipa con profondo cordoglio al lutto dei familiari per la scomparsa dei colleghi:

DOTT. ANDREOLI LEOPOLDO
Di anni 74
Deceduto il 7 ottobre 2007

PROF. MANARA ERASMO
Di anni 84
Deceduto il 18 ottobre 2007

DOTT. BUCCIERO GUIDO
Di anni 55
Deceduto il 14 novembre 2007

DOTT. FERRI MARCELLO
Di anni 79
Deceduto il 15 novembre 2007

NUOVO SERVIZIO

scipioni sanitari® e

PARAFARMACIA

- √ *Farmaci da banco (O.T.C.)*
- √ *Farmaci senza prescrizione medica (S.O.P.)*
- √ *Omeopatia, erboristeria*
- √ *Dermocosmesi*
- √ *Automedicazione e autoanalisi*

... Il consiglio professionale del tuo farmacista

Via Marchesi, 4/b/c/d - Parma
tel. 0521.290630 r.a. - fax 0521.291713
e-mail: scipio.c@libero.it
www.scipionisanitari.it

SCONTI dal 20 al 40%

Numero Verde
848 800 051

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Internet: www.valparmahospital.it
e-mail: info@valparmahospital.it

VALPARMA HOSPITAL - LANGHIRANO
Tel. 0521.8648
Direttore Sanitario Poli dr. Tullio - Autor. n 10437 del 27/06/2000

REPARTI DI RICOVERO

Medicina Generale
Dr. Tullio Poli
Dr.ssa Vourna Stavroula
Dr. Claudio Gatti
Dr.ssa Lucetta Martella

Riabilitazione e Recupero Funzionale
Dr.ssa Anna Maria Mele
Dr. Nicolò Tridente

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VALPARMA
Direttore Sanitario Poli dr. Tullio - Autor. n 10437 del 27/06/2000

SERVIZI AMBULATORIALI

LABORATORIO DI ANALISI
- Dr.ssa Lucia Feldmann
- Dr.ssa Mariangela Gerboni

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- Dr. Pierangelo Maccarini
- Dr. Angelo Piovani
- Dr. Roberto Mandrioli
- Dr. Francesco Bisceglie

ECOGRAFIA
- Dr. Raffaele Tarzia
- Dr.ssa Gloria Repetti
- Dr.ssa Adele Bianchi

FISIOKINESITERAPIA
- Dr.ssa Mele Anna Maria

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
- Dr. Federico Cioni

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- Dr.ssa Stefania Liatopoulou

RISONANZA MAGNETICA ARTICOLARE
- Dr.ssa Adele Bianchi
- Dr. Giulio Pasta

UROLOGIA
- Dr. Mauro Biagini

SENOLOGIA CLINICA, MAMMOGRAFIA - ECO MAMMARIA
- Dr. Angelo Piovani
- Dr. Roberto Fratta

ENDOCRINOLOGIA
- Dr. Emanuele Ciccarone

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VALPARMA
Direttore Sanitario Poli dr. Tullio - Autor. n 10437 del 27/06/2000

SERVIZI AMBULATORIALI

CARDIOLOGIA
- Dr. Bernardini Bernardino
- Dr.ssa Lorella Marinucci

FISIATRA
- Dr.ssa Mele Anna Maria
- Dr. Nicolò Tridente

GINECOLOGIA
- Dr.ssa Cinzia Cosenza
- Dr. Medardo Tagliavini

CHIRURGIA
- Dr. Medici Costantino

OCULISTICA
- Dr. Giovanni Baratta

DERMATOLOGIA
- Dr.ssa Carla Maria Costa
- Dr.ssa Stefania Pizzigoni

OTORINOLARINGOIATRIA
- Dr. Guido Bacchi
- Dr. Paolo Vignali

PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA
- Prof. Alessandro Rabinovici

NEUROLOGIA
- Dr. Giovanni Messa

ORTOPEDIA
- Dr. Massimo Cattani
- Dr. Walter Valisnieri

PEDIATRA
- Prof. Renzo Malvicini

MEDICINA INTERNA
- Dr. Tullio Poli

Check-up di base
Check-up personalizzato

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VALPARMA
Direttore Sanitario Poli dr. Tullio - Autor. n 10437 del 27/06/2000