PARMA MEDICA

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

I Giovani e la Professione: le nuove generazioni di medici sono speranza e patrimonio, non solo formale, ma sostanziale.

Fare il "medico di famiglia" oggi: occorre una visione d'insieme, adottando un modello bio-psico-sociale.

Bilancio consuntivo 2010: approvato dall'assemblea degli iscritti

L'Ordine come appuntamento tra le generazioni.

Focus:
Grazie a tutti!
È stato un onore guidare la grande famiglia dei medici

Il Presidente Tiberio d'Aloia ha annunciato durante l'Assemblea annuale il proprio ritiro, dopo 12 anni, da guida dell'Ordine dei medici di Parma, confidando in un prossimo Consiglio "coeso e partecipe, che sappia dare continuità alla linea tracciata in questi anni, completando ed ampliando le tante iniziative avviate".

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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
- **RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE**
  Dr.ssa Anna Maria Mele • Dr. Nicolò Tridente
- **DAY HOSPITAL CHIRURGICO**

SERVIZI AMBULATORIALI

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

RADIOLOGIA*
- *Dr. Pierangelo Maccarini*
- *Dr. Angelo Piovani*
- *Dr. Roberto Mandrioli*

ECOGRAFIA*
- *Dr. Raffaele Tarzia*
- *Dr. Giuseppe Ventrelli*
- *Dr. Stefano Folzani*
- *Dr.ssa Gloria Repetti*
- *Dr. Francesco Zini*
- *Dr. Pietro Corona*

SERVIZI AMBULATORIALI

RISONANZA MAGNETICA*
- *Dr. Branislav Stojkov*
- *Dr. Giulio Pasta*
- *proff. Francesco Ferrozzi*

SENOLOGIA CLINICA*
- *Dr. Angelo Piovani*
- *Dr. Roberto Fratta*

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

SERVIZI AMBULATORIALI

OCULISTICA*
- *Dr. Giovanni Baratta*
- *Dr.ssa Stefania Gonzales*
- *Dr.ssa Francesca Manzotti*
- *Dr.ssa Costanza Schmidt*

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
- *Dr. Federico Cioni*

CARDIOLOGIA*
- *Dr. Bernardino Bernardini*
- *Dr. Angelo Finardi*

CHIRURGIA*
- *Dr. Paolo Bocchi*
- *Dr. Medici Costantino*

SERVIZI AMBULATORIALI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA*
- *Dr.Giancarlo Colla*
- *Prof. Enrico Foggi***

OTORINOLARINGOIATRIA*
- *Dr. Guido Bacchi*
- *Dr. Paolo Vignali*

UROLOGIA*
- *Dr. Paolo Ferrari*
- *Dr. Matteo Bisi*
- *Dr. Nicola Ghidini*

SERVIZI AMBULATORIALI

ENDOCRINOLOGIA
- *Dr. Emanuele Ciccarone*

MEDICINA INTERNA
- *Dr. Tullio Poli*
- *Dr.ssa Stavroula Vourna*

ORTOPEDIA*
- *Dr. Walter Valisnieri*
- *Dr. Massimo Cattani*
- *Dr. Gianpaolo Paini*
- *Dr. Giovanni Belledi*
- *Dr. Gabriele Cavazzuti*
- *Dr. Uhlenwinkel Oliver*
- *Dr. Vittorio Negri***

SERVIZI AMBULATORIALI

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

FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA
- *Prof. Alessandro Rabinovici*
- *Dr. Gian Carlo Cacciani*

FISIATRIA*
- *Dr.ssa Mele Anna Maria*
- *Dr. Nicolò Tridente*
- *Dr. Giovanni Tarasconi (Chiropratico)***

* CONVENZIONATI S.S.N.
** VISITE IN REGIME PRIVATO

PRENOTAZIONI: 0521 8648

VALPARMA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Tullio Poli

43013 Langhirano (Parma) via XX Settembre, 22
Tel. 0521 8648 Telefax 0521 864408
www.valparmahospital.it
e-mail: info@valparmahospital.it

Sommario

Grazie a tutti!
di Tiberio d'Aloia
p.3

Il Presidente Tiberio d'Aloia, dopo 12 anni, lascia il timone dell'Ordine dei medici di Parma
di Antonella Del Gesso
p.5

Il rapporto medico-paziente costituisce l'anello portante nell'esercizio della medicina di ieri, oggi e domani
di Tiberio d'Aloia
p.6

I Giovani e la Professione
Le nuove generazioni di medici sono speranza e patrimonio, non solo formale, ma sostanziale.
di Pierantonio Muzzetto
p.10

Fare il "medico di famiglia" oggi
Occorre una visione d'insieme, adottando un modello bio-psico-sociale.
di Paolo Ronchini
p.12

d'Aloia: "La passione è stata tanta. La vostra stima gratificante".
di Tiberio d'Aloia
p.14

Bilancio consuntivo 2010 approvato dall'assemblea degli iscritti
di Paolo Dall'Aglio
p.17

L'Ordine come appuntamento tra le generazioni
Proposte per il rinnovamento
di Michele Meschi
p.19

Il limite in Medicina, ovvero: l'ultima persona sana.
Descrizione del caso clinico.
di Gianfranco Cervellin
p.20

La musica e il cervello
di Leone Arsenio
p.23

Il Suicidio e il Tentato Suicidio
Psicopatologia e clinica – Parte Seconda
di Gianni Rastelli e Marco Trevia
p.26

Lutti
p.30

Editoriale

Grazie a tutti!

di Tiberio d'Aloia

Cari colleghi e colleghe,
dopo dodici anni alla guida della famiglia dei medici e ben 38 di vita ordinistica ho deciso di lasciare il timone, non ricandidandomi per il prossimo Consiglio.
La professione medica, come viene spesso ribadito, è sì una professione entusiasmante, ma presenta anche tante difficoltà e richiede pertanto, da parte di ciascuno, preparazione, umiltà, serietà, onestà e sacrificio.
Una professione che proprio perché va a toccare in profondità la vita di tante persone, necessita di regole, di indirizzi e a volte di paletti.
Di queste regole l'Ordine deve farsi garante attraverso il proprio Consiglio e per poter svolgere appieno il proprio compito ha assoluto bisogno del sostegno e della partecipazione di tutti gli iscritti.
Sono certo che il nuovo Consiglio sarà coeso e partecipe, e saprà dare continuità alla linea tracciata in questi anni, completando ed ampliando le tante iniziative avviate.
Un Consiglio inoltre che saprà mantenere quella indispensabile autonomia da tutti i poteri anche politici locali, regionali e nazionali, autonomia che in questi anni è stata garantita.
Quindi, un Ordine vicino alle Istituzioni ma diverso, che, banditi anche gli interessi personali, sia veramente al servizio della categoria che andrà a rappresentare.
Vigile nella difesa dei diritti ma altrettanto forte nel richiamo ai doveri.
Il mio mandato si conclude, altri continueranno in modi e in forme diverse e migliori.

Chiudo come ho iniziato questa avventura nel 2000, ricorrendo anche oggi alla tradizione cinese con un' aforisma di un pensatore taoista del V secolo a.c:

"Sappi fermarti un passo prima che un altro ti dica: basta!
Sappi interrompere il tuo cammino prima che un altro ti dica: basta!
Sappi lasciare il posto a lungo occupato, prima che un altro ti dica: basta!"

Tiberio d'Aloia

Mattioli 1885

Direttore Generale
Paolo Cioni
Vice Presidente e Direttore Scientifico
Federico Cioni

Editing manager
Anna Scotti
Direttore marketing
Luca Ranzato
Project manager
Natalie Cerioli
Responsabile Area ECM
Simone Agnello

Centro Polispecialistico CITTÁ DI FIDENZA

Dir. San. Dott.ssa Ornella Cappelli - Medico Chiurgo Spec. In Igiene Pubblica

Centro Specialistico
CITTÀ DI FIDENZA
Via XXV Aprile, 7
43036 Fidenza PR
Tel. 0524 526415 / 528793
Fax 0524 533056
info@cittadifidenza.it

Orari
Dal lunedì al venerdì
Mattino, dalle 8.00 alle 13.00
Pomeriggio, dalle 14.00 alle 19.30
Sabato dalle 8.00 alle 13.00

Analisi cliniche Punto prelievi

Si eseguono prelievi tutti i giorni
dalle 8.00 alle 10.00 - **senza appuntamento**

Referti in 6-24 ore, salvo tempi tecnici diversi

- Chimica clinica
- Microbiologia
- Ematologia
- Immunologia
- Profili Tiroidei
- Test Allergologici
- Marcatori tumorali
- Esami della coagulazione
- Dosaggi Ormonali
- Intolleranze alimentari
- Test Citotossici

Endocrinologia

Dott. Emanuele Ciccarone
Medico Chirurgo Specialista in Endocrinologia
- Visite specialistiche
- Ecografie

Gastroenterologia

Dott. Ovidio Pinazzi
Medico Chirurgo
- Visite gastroenterologiche

Neurologia

Dott. Augusto Scaglioni
Medico Chirurgo Specialista in Neurologia
- Visite Neurologiche
- Elettromiografia

Prof. Stefano Passeri
Medico Chirurgo Specialista in Neuropsichiatria
- Visite Neurologiche

Psichiatria

Prof. Stefano Passeri
Medico Chirurgo Specialista in Neuropsichiatria
- Consulenze psichiatriche

Allergologia

Dott.ssa Patrizia Barcella
Medico Chirurgo Specialista in Allergologia
- Visite specialistiche
- Patch test
- Prick test

Reumatologia Fisiatria

Dott.ssa Anna Maria Ferrari
Medico Chirurgo Specialista in Reumatologia e Fisiatria
- Visite specialistiche

Ginecologia

Prof. a.c. Bruno Andrei
Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia e Ostetricia
- Visite, Ecografie, Pap test

Dott.ssa Renza Bonini
Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia e Ostetricia
- Visite, Ecografie, Pap test

Dott.ssa Antonella Padovani
Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia e Ostetricia
- Visite, Ecografie, Pap test

Dermatologia

Dott.ssa Rosetta Foglia
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia

Dott.ssa Emanuela Pretto
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia, trattamenti di dermatologia estetica

Dott.ssa Francesca Satolli
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia, trattamenti di dermatologia estetica

Dott. Pierpaolo Pavanello
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia, trattamenti di dermatologia estetica

Dott. Rocco Tortorella
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia, trattamenti di dermatologia estetica

Dott. Pierpaolo Tricarico
Medico Chirurgo Specialista in Dermatologia
- Visite, Crioterapia, trattamenti di dermatologia estetica

Chirurgia generale e vascolare

Dott. Lelio Denti
Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Generale e Vascolare
- Visite specialistiche
- Visite proctologiche
- Terapie sclerosanti
- Eco color doppler

Otorinolaringoiatria

Dott. Egidio Ghilardotti
Medico Chirurgo Specialista in Otorinolaringoiatria
- Visite ORL
- Audiometrie

Dott. Francesco Avanzini
Medico Chirurgo Specialista in Otorinolaringoiatria
- Visite ORL
- Audiometrie
- Impedenzometrie
- Timpanogramma

Ecografia Ecocolor-doppler

Dott.ssa Mara Costa
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia
- Ecografie
- Ecocolor-doppler venosi e arteriosi
- TSA

Oculistica

Dott. Domenico Berardi
Medico Chirurgo Specialista in Oculistica
- Visite oculistiche

Dott.ssa Cinzia Granelli
Medico Chirurgo Specialista in Oculistica
- Visite oculistiche

Dott. Antonio Santelia
Medico Chirurgo Specialista in Oculistica
- Visite oculistiche

Chirurgia Generale e Senologia

Dott. Marzio Montanari
Medico Chirurgo Specialista in Chirurgia Generale
- Visite senologiche, ecografie senologiche

Cardiologia

Prof. Luigi Dallavalle
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
- Visite Cardiologiche
- ECG
- Ecocardiocolor doppler

Urologia e Andrologia

Dott. Carlo Cantoni
Medico Chirurgo Specialista in Urologia
- Visite, ecografie urologiche
- Consulenze andrologiche

Ortopedia e Fisiatria

Dott. Dante Simonini
Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Fisiatria
- Visite ortopediche
- Visite fisiatriche

Dott. Guido Squarcia
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia
- **Onde d'urto**

Ortopedia

Dott. Paolo Isola
Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia
- Visite ortopediche
- Infiltrazioni

Dietologia consulenze alimentari

Dott. Federico Cioni
Medico Chirurgo Specialista in Scienze dell'Alimentazione
- Visite dietologiche
- Piani dietetici

Dott.ssa Cristina Lamberti
Biologo Nutrizionista
- Consulenze e piani nutrizionali

Radiologia

Dott.ssa Mara Costa
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia
- Radiologia ossea, toracica e dentale
- MOC
- TAC dentale Sistema Cone Beam

Dott. Roberto Fratta
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia
- Mammografia ed ecografia al seno

Pneumologia

Dott. Camillo Vignolo
Medico Chirurgo Specialista in Pneumologia
- Visite specialistiche
- Spirometrie

Psicologia

Dott.ssa Francesca Cenci
Dott.ssa Lorenza Chiozzi
Dott.ssa Patrizia Finardi
Dott.ssa Giada Moreni
Dott. Pietro Domiano
- Colloqui

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE APERTA

Il Presidente Tiberio d'Aloia, dopo 12 anni, lascia il timone dell'Ordine dei Medici di Parma

Lo ha annunciato nel corso dell'Assemblea annuale degli iscritti, che si è svolta a fine settembre. L'uomo, "sempre disponibile e guidato dal buon senso", e il lavoro sinora svolto, grazie anche al supporto di tutti coloro che a vario titolo gli sono stati vicino, sono stati salutati con una standing ovation e sentiti rigraziamenti.

di Antonella Del Gesso

Sabato 24 settembre 2011, presso la Sala Riunioni dell'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Parma, in via Po 134, si è svolta l'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti.
Nel corso dell'incontro il Presidente, Tiberio d'Aloia, ha annunciato il proprio ritiro, dopo 12 anni, da guida della grande famiglia dei medici di Parma (3717 iscritti) confidando in un prossimo Consiglio "coeso e partecipe, che sappia dare continuità alla linea tracciata in questi anni, completando ed ampliando le tante iniziative avviate".
Un ringraziamento particolare d'Aloia lo ha fatto al Vicepresidente, dottor Muzzetto, "che in questi anni è stato assiduo frequentatore di queste stanze fornendo con intelligenza validi suggerimenti nell'affrontare e risolvere le molte difficoltà incontrate".
Spontanei gli applausi, la commozione di chi ha condiviso direttamente o indirettamente un'esperienza, quella ordinistica del dottor d'Aloia (prima consigliere, poi Vice e infine Presidente), durata complessivamente 38 anni.
Fraterno il saluto del dottor Muzzetto: "Siamo stati vicini in molte battaglie e grazie alla tua guida quest'Ordine ha rafforzato la sua dignità. Ha incrementato il suo ruolo nella società e la sua immagine, di concerto con il buon senso che ti ha sempre caratterizzato, ha innalzato il livello qualitativo. Hai dato molto sia con il cuore che con la ragione, come si fa in una famiglia, e questo è davvero molto prezioso".

LA PASSIONE DELLA MEDICINA

Medici, Tiberio d'Aloia lascia la guida dell'Ordine

Ieri all'assemblea annuale il discorso di addio ai colleghi: «Noi siamo testimoni di un umanesimo integrale, di atti di carità e voler bene». Alla fine, standing ovation

E proprio quella grande famiglia dei medici che finora ha rappresentato ha tributato al Presidente una standing ovation, cui sono seguire poche e sentite parole: "Vi lascio tranquillo di aver fatto il mio dovere. Perché ben ponderata, per paura di sbagliare, è stata sempre ogni mia decisione. Quello che posso dire – conclude d'Aloia con l'umorismo che lo ha sempre caratterizzato – e che penso di non aver sbagliato troppo!".
L'avere dei dubbi è umano e riconoscerlo vuol dire che "ancor prima di essere una buona guida istituzionale sei un bravo medico – interviene il dottor Almerico Novarini facendosi portavoce di tutti i colleghi -. Sii orgoglioso del servizio che hai svolto, sempre con intelligenza e disponibilità, perché noi siamo orgogliosi di averti avuto come Presidente".

La giornata si è poi sviluppata secondo programma.
La prima parte della mattinata è stata dedicata ai neolaureati e incentrata quindi sul tema "Il Giovane Medico che si affaccia alla professione".
Gli interventi, del presidente Tiberio d'Aloia, del vice presidente Pierantonio Muzzetto, del segretario Paolo Ronchini e di Paolo Dall'Aglio, Tesoriere, in rappresentanza dell'Albo Odontoiatri, si sono conclusi con la Cerimonia del Giuramento d'Ippocrate che ha coinvolto una ottantina di neolaureati.
Subito dopo si è entrati nel vivo dell'Assemblea. Un appuntamento particolarmente importante perché, appunto, posto a conclusione non solo dell'anno ordinistico ma dell'intero mandato triennale dell'attuale Consiglio.
A raccontare il percorso sinora svolto, da parte di un Ordine che ha sempre lavorato per esprimere i suoi pareri e le sue osservazioni a tutela della deontologia medica e in difesa del ruolo medico in una società sempre più multiculturale, è stato il presidente d'Aloia nel corso della sua relazione morale. Per i medici iscritti è stata poi la volta di votare il Bilancio Consuntivo 2010, presentato dal tesoriere Paolo Dall'Aglio. A chiudere la mattinata, dopo la relazione del presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Matteo Curti, è stata poi la Cerimonia di consegna delle medaglie d'oro ai medici che hanno raggiunto i 50 anni di laurea, tra cui l'Ordinario universitario di Fisiologia di fama internazionale Giacomo Rizzolatti.

Il rapporto medico-paziente costituisce l'anello portante nell'esercizio della medicina di ieri, oggi e domani

La prima parte dell'Assemblea ordinaria annuale è stata dedicata ai neolaureati e incentrata sul tema "Il Giovane Medico che si affaccia alla professione". Il Presidente d'Aloia ha parlato dei principi inalienabili che devono animare il percorso, ma anche delle sfide per il futuro.

di Tiberio d'Aloia

COS'E' L'ORDINE PROFESSIONALE

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è un Ente di Diritto Pubblico, ausiliario dello Stato, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute e coordinato nelle sue attività istituzionali dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

L' ordinamento giuridico ha voluto così tutelare il Cittadino, garantendo che Medici e Odontoiatri siano in possesso dei titoli necessari allo svolgimento delle due professioni e che l´esercizio stesso avvenga secondo principi di correttezza e decoro.

Per essere legittimati ad esercitare tali professioni è necessario sostenere e superare l'Esame di Stato ed essere iscritti nell' apposito albo professionale e che solo con detta iscrizione si acquisisce lo status professionale di medico chirurgo e quello di odontoiatra.

Il possesso dei titoli deve essere completato però dall´osservanza di specifiche norme comportamentali che insieme costituiscono il Codice di Deontologia Medica: precetti fondamentali che sono autonomamente elaborati dai Presidenti degli Ordini. Ogni Ordine è chiamato a garantirne il rispetto e a comminare sanzioni disciplinari nei confronti dei professionisti che li disattendono attraverso l'avvertimento, la censura, la sospensione e la radiazione a seconda della gravità del comportamento posto in essere.

L´ORDINE: FUNZIONI

l'Ordine quale organo ausiliario dello Stato art. 3 della legge istitutiva ha le seguenti funzioni:

1. Compilare e tenere l'Albo degli iscritti dell'Ordine

L´Ordine deve in primo luogo tenere e pubblicare gli Albi professionali, garantendo a tutti i cittadini la possibilità di verificare l´effettiva iscrizione di un medico o di un odontoiatra e, dunque, il possesso dei titoli e delle competenze indispensabili per esercitare la professione. (casi di abusivismo 2 casi di non medici, 10 casi di non odontoiatri)

2. Vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine

I principi contenuti nel Codice Deontologico non costituiscono un completo ed esaustivo elenco di norme da osservare ma, ispirando l´azione di vigilanza, consentono alla Commissione di disciplina di effettuare autonome valutazioni sulla correttezza comportamentale dei medici e degli odontoiatri.

3. Designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale

4. Promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti

È una funzione importante e strategica soprattutto in riferimento all´introduzione del progetto nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM). Chi non avrà acquisito i crediti formativi potrà essere sottoposto a procedimento disciplinare "nuova finanziaria". Abbiamo realizzato i martedì dell'Ordine (più di 70 incontri in 7 anni) certificati ognuno con 3 ECM. Il Vice presidente ha tenuto 8 incontri sulla responsabilità medica e sul rischio professionale. Abbiamo fatto assemblee e convegni con crediti ECM. Abbiamo inteso dare, con tali iniziative, un contributo nel veicolare "il sapere". Certo più complicato è verificare il "saper fare".

5. Dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine – vedi la partecipazione alle iniziative volte a valutare le criticità dell'Università di Medicina e lo status del Pronto Soccorso a cui abbiamo dato un fattivo contributo. Stiamo partecipando alla creazione di un laboratorio culturale all'interno dell'Università che avrà come finalità l'aggiornamento dei giovani medici e degli studenti di medicina sulle tematiche organizzative del Sistema Sanitario Nazionale.

6. Esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'Albo salvo, in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore

7. Interporsi, se richiesto, nelle controversie, fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti l'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

In sintesi:

l'Ordine è un ente terzo che si pone fra il medico e il cittadino e contribuisce a che il medico abbia una preparazione tale da garantire al cittadino

una prestazione tecnicamente e professionalmente valida e rispettosa del rapporto inter-pares con il paziente. Tenta di educare il medico e responsabilizza il paziente.

COMMENTI DEONTOLOGICI E SPUNTI COMPORTAMENTALI

Art. 1 Codice di Deontologia Medica

"Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione deve essere consono al decoro ed alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità ed impegno civile che la ispirano". E' un articolo alla cui stesura ho contribuito e che ho sottoscritto in quanto conscio delle valenze che il medico possiede e che deve saper trasferire e sostenere anche al di fuori della professione.

Fare il medico non è un mestiere.

A lui si mostrano gli uomini nella loro nudità, spogli e privi di difese. Ai suoi gesti e alle sue parole attribuiscono il valore che eleva la professione medica ad una missione sacrale.

In famiglia e nella società il suo dire ed il suo comportarsi deve essere espressivo della serietà del suo essere, della coerenza delle sue parole. Non è detentore della verità assoluta ma è testimone di valori di umanesimo integrale, di atti di carità e di voler bene che lo caratterizzano nella disponibilità di un servizio. Tali valori vanno traslati nella società e nell'incontro con gli altri uomini.

Se la nostra società ha ancora dei valori lo deve anche al grande numero di medici che hanno testimoniato, con l'azione e la disponibilità, i valori della fratellanza e della solidarietà.

Chi di voi sarà domani medico di famiglia, entrerà in tutte le case senza distinzioni sociali, raccogliendo problemi familiari enormi (a tal proposito elenco alcune mie esperienze vissute sul campo: deviazioni sessuali in una famiglia di poveri, incesti, atti di masochismo confusi con addome acuto, l'affrontare e comunicare la morte improvvisa ai familiari, la morte in culla, la drammatica crisi di asma cardiaca e a volte la non meno drammatica crisi di asma bronchiale, le violenze in famiglia, il problema delle dipendenze, i problemi delle psicosi, le demenze, i problemi dell'anziano nella sua totalità, i problemi del dolore) diventerà l'amico medico, valido aiuto nell'affrontare i problemi dei pazienti ma sempre nel rispetto della propria libertà e autonomia.

Dovrà avere una buona dose di coraggio, un buon carattere, saper ascoltare e comunicare.

Approfittare della propria posizione nei confronti di colui che versa in una situazione di disagio è controproducente, non giova. Importante è avere il senso del proprio limite e un sufficiente grado di umiltà tale da saper dire "non lo so" devo chiedere, devo informarmi.

La medicina si sa, non è una scienza esatta ed è in continua evoluzione. Le nuove generazioni di medici saranno a contatto non solo con la medicina basata sull'evidenza ma anche con le Medicine Non Convenzionali e la paramedicina, che in modo non scientifico daranno al paziente il senso del "miracolo" utilizzando la buona fede del paziente che si sente ascoltato. Le nove branche delle MNC (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese) vanno fatte da medici con opportuni attestati ed usate con finalità limitatamente integrative. Perché hanno avuto successo? Perché noi con la nostra medicina EBM non abbiamo creato quel rapporto empatico con il paziente che permette l'interscambio e la comunicazione.

Il rapporto medico paziente costituisce l'anello portante nell'esercizio della medicina ieri oggi domani. Ancora oggi le linee "ippocratiche" manifestano la loro imprescindibile forza.

Il rapporto medico paziente è entrato in crisi nel momento in cui il medico ha incominciato a spezzettare il paziente in una somma di organi scindibili; e nel momento in cui il paziente ha incominciato a vedere nel medico un punto di smistamento verso quello specialista o quell'altro.

È caduto il rapporto perché il malato si trova a dover interloquire con più medici di un reparto o di più reparti con rotazione di identità professionali diverse, lontane da lui per età, sesso, etnia, per convinzioni religiose, per cultura. C'è un'etica anche nell'organizzazione? Occorre attenzione.

La cartella clinica con l'esame obiettivo può costituire ancora il pilastro documentale?

La semeiotica fisica va rivisitata ed applicata?

Occorre fare in modo che il medico possa ancora essere il mediatore tra le macchine e l'uomo e che i risultati delle macchine non rallentino il rapporto interumano.

Rinasce dopo ogni visita il dubbio di aver capito, di aver dato consigli corretti rimane la necessità di confrontarsi con i maestri e con i colleghi con cui occorrerà rapportarsi in un clima di collegialità e di colleganza. Speriamo che rimangano i maestri.

L'aria politica che tira è che una persona vale l'altra e non è vero.

Dovete avere la padronanza della sessualità, rispetto delle persone anziane, rispetto delle religioni professate, rispetto delle ideologie in tempo di pace ed in tempo di guerra, rispetto del bambino.

Donne Medico

Vedo che negli ultimi anni c'è stata una crescita significativa dei camici bianchi al femminile. E' un traguardo che la donna ha conquistato con una "grinta" che le fa onore e con tanti sacrifici se si pensa che l'ingresso alla facoltà di medicina alle donne è sempre stato ostacolato. Solo alla fine dell'800 riscontriamo le prime pochissime donne laureate in medicina la cui presenza è aumentata agli inizi del '900.

Oggi incontro donne medico impegnate, competitive, preparate, attive nel conciliare le loro molteplici sfaccettature e ruoli sociali, entusiaste del loro lavoro. Ma anche donne soggette alle frustrazioni per la carriera spesso ostacolata, divisa tra ruoli coinvolgenti ma molto faticosi, disturbata dai limiti imposti dall'egemonia maschile del potere. Quello che ancora purtroppo rileva è la mancanza di uguali opportunità di carriera determinata anche dalla mancanza di servizi di sostegno. Poche donne

rivestono ruoli di apicalità e sono quasi assenti nella vita del sindacato con scarsa quindi possibilità di incidere.
È una professione a rischio in cui però la donna può trovare nuove realizzazioni non solo in senso tecnico ma proprio nel rapporto empatico medico/paziente valorizzando la particolare sensibilità e il particolare rapporto delle donne con la sofferenza e il dolore. Il prendersi cura è proprio dell'animo femminile; la pietas al femminile.

ACCENNI DI ETICA MEDICA

L'avvento delle tecnologie che ha come motore l'informatizzazione può far eseguire al medico delle diagnosi impensabili se paragonate ad un recente passato ma tali metodiche avveniristiche vengono esercitate su una persona a cui qualche volta, presi nel vortice del fare, né il medico né l'infermiere né il tecnico hanno potuto rivolgere una parola. Il paziente dice: "Non mi ha parlato".
Nei reparti il malato spesso rischia di essere spersonalizzato e la sua privacy violata.
Non aumenta l'etica se i medici devono "difendersi" dalle accuse di malasanità
Non aumenta l'etica se prevalgono le pastoie burocratiche gestionali nei reparti. Il medico che diventa un "buon" organizzatore è ancora un buon medico? Un buon "informatico" è un buon medico? La medicina clinica per essere sostenibile deve pagare il "prezzo" ad una organizzazione efficiente e complessa.
Non aumenta l'etica se ognuno degli operatori sanitari non rispetta il ruolo a cui è designato: il medico non deve fregiarsi del titolo di professore e l'infermiere non può prendere le funzioni del medico e lo specializzando non può fare lo specialista e il medico di famiglia non può fare lo specialista; il campo è difficile, ma il rispetto dei ruoli deve esserci.
Non aumenta l'etica se la professionalità esercitata nelle medicine di gruppo può far perdere al medico il rapporto "empatico" con quel paziente che è un suo paziente.
Non aumenta l'etica se aumentano le pubblicità "incongrue" e di asserite medicine miracolistiche a cui si espongono i colleghi intervistati dalla stampa.
Non aumenta l'etica se non daremo ai pazienti la sicurezza che noi stiamo lavorando insieme e per loro.
Non aumenta l'etica se non c'è rispetto fra colleghi e fra operatori in un momento in cui l'attività in equipe è indispensabile e l'integrazione fra ospedale e territorio irrinunciabile.
Non aumenta l'etica se i riconoscimenti non partono dal valore professionale dei singoli e dall'utilizzo da parte dell'Università dei giovani altamente dotati che escono preparatissimi dal nostro ateneo.
Non aumento l'etica né l'efficienza e l'efficacia professionale se nei progetti non c'è la condivisione di diversi attori medici-infermieri-tecnici che dovrebbero sentire come proprio il loro ospedale.
Le criticità appena elencate non vogliono certamente offuscare l'enorme mole di lavoro che viene espletata quotidianamente con sacrificio e grande professionalità dagli operatori sanitari in ogni ambito della medicina (medici, infermieri e tecnici), ma ovviamente devono essere motivo di riflessione e di stimolo ad operare sempre meglio nell'interesse del malato che, affiancato dal proprio medico, si sentirà meno solo nell'affrontare il dolore all'interno della propria casa e della propria famiglia.

Chiudo con una riflessione che prenderò da un messaggio che ha lasciato Anna Frank nel suo diario:
"è un gran miracolo che io non abbia rinunciato a tutte le mie speranze perché esse sembrano assurde e inattuabili. Le conservo ancora nonostante tutto perché continuo a credere nell'intima bontà dell'uomo. Mi è impossibile costruire tutto sulla base della morte, della miseria, della confusione. Vedo il mondo mutarsi lentamente in un deserto, odo sempre più forte l'avvicinarsi del rombo che ucciderà noi pure, partecipo al dolore di milioni di uomini, eppure, quando guardo il cielo penso che tutto svolgerà nuovamente al bene, che anche questa spietata durezza cesserà. Che ritorneranno l'ordine, la pace e la serenità. Intanto debbo conservare intatti i miei ideali; verrà un tempo in cui saranno ancora attuabili…"
Lo scrisse nel suo diario alla vigilia di affrontare la morte nel campo di sterminio di Bergen Belsen
È un messaggio che può essere rivolto a tutti i medici per affrontare con serenità e fiducia la vita nelle avversità e per dare ai giovani laureati speranza e fiducia nelle proprie potenzialità.

CENTRO DI FORMAZIONE

Mattioli 1885

A Fidenza, nel cuore della casa editrice, nasce un centro di formazione dotato di 4 aule di varia capienza più un'aula informatica.

Gli spazi permettono la gestione di corsi di formazione in ogni ambito con forte vocazione verso l'ambito medico scientifico.

Mattioli 1885 svolge funzione di provider riconosciuto dal Ministero della Sanità per la formazione continua del Medico.

Strada della Lodesana
649 sx | Fidenza PR
telefono 0524 530383
mail: ecm@mattioli1885.com

I Giovani e la Professione

Le nuove generazioni di medici sono speranza e patrimonio, non solo formale, ma sostanziale.

di Pierantonio Muzzetto

La professione medica è l'incognita delle nuove generazioni pressate da una insalubre situazione esistenziale che vede, in alcuni valori enunciati, di fatto dei disvalori sociale e professionali. Esempio ne è il mito leggendario e letterario di quel dottor Knock che fece del mercimonio della professione il suo credo, portando all'insicurezza un intero paese, preoccupato per la propria salute. Una professione sottoposta all'attenzione del cittadino e sotto la lente di altri professionisti che in essa trovano spunti di lavoro, o per meglio dire, clientela.

Ma viviamo in un'epoca per certo verso unica, avendo molti di noi vissuto una trasformazione della società che non a torto si può definire epocale, che ha visto l'avvento della tecnologia che in modo "prepotente" ha preso piede in ambito medico, trasformando approccio diagnostico e terapia verso il malato. Ma ha dato spunti di riflessione sulla bontà e necessità di ricorso proprio alla tecnologia, laddove i traguardi pensati e di fatto ottenuti sono risultati essere migliori, con un ottimizzazione del cosiddetto bilancio della salute del cittadino.

Ma il rischio che ancor oggi si corre è quello di sopravvalutare la tecnologia, laddove essa porti a dimenticare il paziente e la sua interezza, inserendolo in una dinamica di risultati che costituiscono solo casistica o numero di prestazione. È un rischio tutt'altro che peregrino. E la nostra funzione, come educatori, prima, e poi come depositari dell'ortodossia medica, poi, è quella di richiamare al senso dell'uomo e dell'humanitas, come valori fondanti della professione: vedendo nell'ammalato non un numero o una casistica, ma bensì, prima di tutto, una persona che necessita di un rapporto "caldo" col medico cui sia affidato.

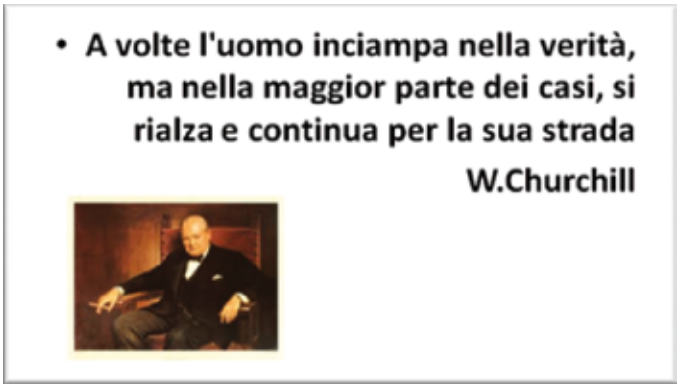
Verrebbe da parafrasare Oscar Wilde quando alla modernità dei suoi tempi contrapponeva una visione, sotto un certo aspetto "snob", di un vissuto per così dire fuori moda. Quasi che la modernità vissuta fosse a nocumento dello stile e dei contenuti. Sminuente lo stesso atto del vivere, o meglio, denigrandolo. Ma la realtà dei nostri giorni ci porta a pensare più in concreto alle difficoltà oggettive che s'incontrano nel quotidiano e che minano alla base quell'essere medici che potrebbe ai più apparire come solo teorico o romantico.

La nuda realtà che ci si offre è quella della litigiosità e del contendere. Aspetto che si concretizza in quella situazione che passa per il nome di contenzioso in medicina. Una situazione in cui giocano vari fattori, tra cui svetta la perdita del rapporto fra medico e paziente, ove il primo responsabile, e non solo per colpa del medico, è il "tempo medico", dalla dinamica delle cose, ridotto sempre più, al punto da portare all'incomunicabilità. Una condizione, questa, che offre il

fianco sia alla consapevolezza di non aver avuto una giusta considerazione per i problemi di salute ed ancor più, in caso di insuccesso o di non completo successo, sia alla convinzione di aver subito un torto o un danno.

Ed ecco che contendere diventa sinonimo di recupero di qualcosa. Un recupero in termini pecuniari di un torto subito, che lo si sia subito realmente o che lo si sospetti. In ciò ha un buon gioco quanto altri "iscritti ad un Ordine" stanno facendo. Mi riferisco a quei legali che, con molta disinvoltura, incitano il cittadino al risarcimento anche per situazioni non evidentemente "dolose". È loro il motto: "Se avete avuto una vicenda di salute, fateci avere i documenti, avreste potuto subire un danno senza saperlo. Vi patrociniamo gratuitamente e solo se avrete ragione pagherete il dovuto". Un atto deprecabile, un incitamento alla delazione e certamente non apprezzabili ed apprezzati da parte di professionisti chiamati al rispetto della deontologia, al pari dei medici. Ma se da un lato vi sono attacchi frontali alla professione, con anche una sorta di procurato allarme (sanitario) nella popolazione, che è come dire state attenti che i medici vi danneggiano oppure che la sanità italiana non è vero che sia al top mondiale, ma vi procura solo danni alla salute, dall'altro la famiglia medica italiana piange per alcune distorsioni. Gravi e sconsolanti. Quelle dei conflitti di interessi, tali da portare malnati colleghi a danneggiare e a danneggiarsi usando metodi illeciti per adire a proventi facili con la consapevolezza di farlo. Un esempio del non fare. Un esempio di vera malasanità che al nostro interno dobbiamo combattere con energia e risolutezza. E al conflitto di interessi si associa quello di errore medico e di rischio clinico.

Se è vero l'adagio che solo chi non lavora non commette errori è altrettanto vero che gli errori in campo medico come negli altri campi sono sempre dietro l'angolo. Si parla di errori, di situazioni casuali, fortuite e non certo dolose. Perché se tali, dolose, avrebbero ristoro in altre sedi. Da questo derivano due situazioni: la prima il ricorso alla medicina difensiva, la cui causa è certamente la messe di denuncie che arrivano ogni giorno, sebbene per oltre tre quarti infondate, dall'altro alla volontà di procedere alla formazione delle nuove classi professionali insegnando la cultura del rischio clinico.



Strumento di prevenzione e, senza alcun dubbio, di lavoro efficace. Calza in tutto ciò una bella frase di sir Winston Churchill, quando ricordava che a volte l'uomo inciampa nella verità e che nella prassi, invece che fermarsi a meditare su di essa, solitamente si rialzi per proseguire sulla sua strada trascurandola. Ebbene, la cultura del rischio porta a non dover mai nascondere la verità e dal comunicarla a tutti coloro che in qualche modo collaborano con noi sulla strada della salute.
Molti degli errori si evitano conoscendo quelli commessi e particolari che, magari evitati, avrebbero potuto condurre all'errore. Da qui il comunicare, il parlarsi, il ragionare insieme sui problemi e sugli errori evitati. Appunto entrare nelle dinamiche di gestione del rischio clinico, un rischio che riguarda tutti e di cui nessuno è esente, anche i più fortunati fra noi. Ma i motivi di incertezza, in questi ultimi anni sono sorti anche per tutta una serie di novità professionali che, in osservanza delle direttive comunitarie, hanno portato ad istituire i corsi di laurea delle professioni sanitarie non mediche. Questo ha

certamente determinato un innalzamento del valore culturale intrinseco alle professioni ma, nella mancanza di chiarezza fra i compiti e il possesso stesso della laurea, hanno portato ad alcune incomprensioni e talvolta distorsioni dei ruoli nella dinamica del processo di cura del cittadini ammalato. Al di là delle competenze che il ciclo di studi garantisce e determina, per ciascuna figura professionale dei medici e dei non medici, deve essere chiaro il concetto che nel processo di gestione della salute del cittadino e della diagnosi e cura dell'ammalato, ci sono ruoli definiti e precisi, cui le competenze di ciascuno hanno un posto importante. Detto ciò non va dimenticato assolutamente che tutte le professioni sanitarie sono come un grande orologio i cui meccanismi sono sincronizzati e correlati, ma che per funzionare e dare il risultato voluto (nell'orologio, l'ora esatta) ci vuole l'albero della corda ed il pomello: agendo su di essi si mette in moto il meccanismo complesso che è perciò il risultato del'assemblaggio di tante parti e di tanti altri piccoli meccanismi, per questo non meno importanti , che, se lasciati funzionare da soli, non produrrebbero lo stesso effetto. Una trasposizione doverosa, senza dover ricorrere ad altri più dotti esempi, come l'apologo di Menenio Agrippa.
Certo forti di queste considerazioni, rivendicando il ruolo e la dignità che ci compete, si deve capire come non sia mai passato di moda quel tanto propagandato "rapporto medico paziente e quell'alleanza terapeutica" che è fondante del rapporto di cura. Con ciò si è chiamati, per espressa volontà del paziente, a creare con buon senso una sorta di scaletta di priorità che fanno da base al nostro agire medico.
Il paziente ci richiede una dose di umanità nel rapportarsi con lui, ancor prima delle capacità e della perizia, che pur devono esserci, essendo assolutamente necessarie. E poi di seguito i modi di comportarsi, dal come ci si presenta a come ci si rivolge loro. Non semplici dettagli, fuori moda, ma aspetti che alla fin fine divengono sostanza e danno sicurezza.
Fare il medico, talvolta, è come perdere anche un po' di se stessi, finalizzandolo all'altro. In questo considerando l'esperienza come fattore di complemento e favorendo quell'osmosi professionale che passa dal vecchio medico al giovane medico. In un processo, cioè, in cui essa esperienza possa divenire una sorta di luce che consenta di vedere, magari, aspetti e particolari altrimenti non evidenti.
In questo semplice passaggio, ahinoi, non considerato da taluni governanti che troppo presto hanno escluso una generazione dalla vita professionale attiva, collocandola in pensione, sta peraltro la visione della professione "etica e deontologica". Un visione che è l'essenza stessa dell'essere medico e si racchiude in quelle semplici parole che ne diventano la sua espressione: collegialità e colleganza. Cui derivano altre connotazioni che ne fanno da logico complemento, quel rispetto, quella professionalità, che sono caratteri distintivi dell'essere medico come si deve, onorando il presupposto mai sopito che in medicina l'unica sicurezza che si deve possedere è quella socratica, del sapere di non sapere. Che tradotta in termini ancora più semplici significa, studio e umiltà. Che significa diagnostica differenziale. Che significa non essere referenti di se stessi o, con termine assai poco bello, autoreferenziali. Ai giovani che sono speranza e patrimonio, non solo formale, ma sostanziale, posso solo dire: non chiudetevi e non disperatevi nei momenti di difficoltà. Siate consapevoli che il vostro essere medici è vivere una professione alta, e poiché siete voi gli artefici della stessa, vedete come possa essere azzurro quel cielo che in una brutta giornata è solo momentaneamente coperto e grigio.
E con Bob Dylan vi auguro che l'oblò della speranza di far bene e far del bene sia sempre aperto.

Fare il "medico di famiglia" oggi. Occorre una visione d'insieme, adottando un modello bio-psico-sociale.

Il Mmg deve conciliare i bisogni del singolo e della comunità, attraverso strategie di promozione della salute e di prevenzione, con le risorse disponibili.

di Paolo Ronchini

Il nostro studio è il luogo del primo contatto, dove il paziente viene indirizzato sul cosa fare, dove l'accesso è diretto ed illimitato, con un aumento notevole man mano che passano gli anni, dove si viene a contatto con tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, tipo di patologia.
Il medico di famiglia, allora, dev'essere in grado di affrontare ogni caso.
Gli elementi costitutivi della Medicina Generale sono diversi: dall'utilizzo efficiente delle risorse, è importante in questo ambito un efficace coordinamento delle cure, lavorare insieme ad altri professionisti, interfacciarsi con altre specialità, sempre in difesa degli interessi dei pazienti, a un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla famiglia e alla comunità.
Tra il Mmg e il paziente si realizza un processo di consultazione che si traduce in una relazione protratta negli anni. E in questo tempo il medico eroga cure longitudinali e continue, e dà il via a un processo decisionale specifico: fa un calcolo probabilistico di Prevalenza ed Incidenza della malattia in quella comunità, gestisce problemi di salute acuti e cronici in contemporanea.
Il vero elemento costitutivo della Medicina Generale, comunque, è il capire di volta in volta cosa c'è dietro un malessere, un disturbo, un disagio. Bisogna essere in grado di riconoscere i sintomi anche se si presentano in maniera aspecifica, di individuare uno stadio iniziale o una possibile urgenza.
Il Mmg promuove la salute e il benessere del singolo e ha una responsabilità specifica della salute dell'intera comunità, infatti si occupa dei problemi fisici anche in relazione agli aspetti psicologici, sociali, culturali ed esistenziali di un individuo.

SPECIFICITÀ DEL METODO

In Medicina Generale l'uso del tempo è ben specifico: breve, per ogni consultazione, e protratto negli anni. L'attesa è uno "strumento di diagnosi" per il medico che, tra le attitudini, deve avere anche quella di decodificare il bisogno espresso (cosa avrà voluto dirmi?).
Il problem solving, infatti, rappresenta una priorità, fatta di decisioni prese in condizioni di incertezza, basandosi su strumenti a bassa tecnologia, per pazienti "normalmente" complessi, con pluripatologia, negoziando diagnosi e terapia, affrontando momenti conflittuali.
In questo contesto il Mmg deve avere una visione d'insieme, adottando un modello bio-psico-sociale che preveda una concezione olistica della persona in integrazione con il modello bio-medico (concezione biologica dell'organo, osservazione a distanza di un oggetto, scostamento di una variabile somatica dalla norma).
Di certo determinante nel processo di cura resta la relazione medico-paziente.

ABILITÀ DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Al Mmg è affidata la gestione delle cure primarie e il coordinamento delle stesse in modo efficace, appropriato e tale da essere il più possibile centrate sul paziente. Il Mmg deve saper gestire i sintomi indistinti, riconoscere l'urgenza e contemporaneamente affrontare i problemi acuti e cronici. Inoltre deve conciliare i bisogni del singolo e della comunità, attraverso strategie di promozione della salute e di prevenzione, con le risorse disponibili.

ORIGINALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE

La Medicina Generale si contraddistingue anche per una specificità organizzativa. A partire dalla gestione dello studio medico, dove spesso viene svolto un lavoro associato, alla tipicità del consulto telefonico (occorre essere abili a capire dalla voce la gravità di una situazione), alla redazione di una cartella medica orientata per problemi.
Abbiamo sviluppato una medicina di iniziativa, andando a cercare i grandi anziani ad esempio e li cataloghiamo per rischio.
Il Mmg è referente per il sistema delle cure domiciliari (Assistenza domiciliare per acuti, assistenza domiciliare integrata ADI, assistenza domiciliare programmata ADP) e della residenzialità (RSA, Hospice, Country hospital).

CONTENUTI PECULIARI

Il medico di famiglia può trovarsi di fronte a sintomi indistinti o aspecifici o a sintomi di allarme (Infezione delle vie aeree, infezione delle vie urinarie e patologia ostruttiva, colonpatia e dispepsia funzionale). Ha a che fare con il trattamento del dolore cronico, ma anche con il paziente difficile, il malato immaginario, il malato che non guarisce, il paziente terminale/la morte, il decadimento cerebrale/la demenza.

Inoltre il Mgg gestisce patologie croniche comuni: ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, obesità, terapia anticoagulante orale, menopausa, osteoartrosi, osteoporosi, Bpco e asma, follow up dei tumori. E svolge anche attività volte a modificare lo stile di vita, sensibilizzando sui rischi del fumo dell'alcool e della sedentarietà e sui benefici di una corretta alimentazione.

DENTISTI

Dai piccoli studi alle grandi strutture. Ecco come cambia l'Odontoiatria.

Così come la Medicina Generale si sta sviluppando sempre più in lavoro di gruppo, anche l'Odontoiatria sta modificando i propri orizzonti organizzativi.
La comparsa sul mercato di strutture sempre più grandi, la riduzione delle patologie tradizionali e l'alto numero degli esercenti stanno complicando la vita ai piccoli studi libero professionali, in difficoltà soprattutto per le innumerevoli spese che comporta la gestione singola. Ecco allora che il declino di una professione un tempo considerata "dorata" porta il giovane laureato più a orientarsi verso un lavoro di consulenza o collaborazione negli studi "tradizionali" o nelle nuove realtà associative che all'apertura di una propria attività.
Certo perché nella categoria possano verificarsi cambiamenti positivi per tutti, è necessario una maggiore presenza ai momenti partecipativi e decisionali delle nuove generazioni.

Le numerose problematiche che attanagliano la nostra professione, primo tra tutti l'annosa questione della lotta all'abusivismo, sono state ben descritte da diversi interventi sulla stampa. Dario Di Vico giornalista del Corriere della Sera, si è soffermato su "La solitudine del dentista globalizzato", approfondendo il tema della concorrenza spagnola e delle tariffe low-cost romene, con le conseguenti peripezie e guai dell'odontoiatra "made in Italy" (l'articolo completo all'indirizzo http://www.corriere.it/economia/10_febbraio_16/divico-dentisti-cure_187f1122-1acb-11df-af4a-00144f02aabe.shtml).
Lo stesso giornalista in un altro pezzo, intitolato "Dentisti, la paura del tracollo. Professione dorata al declino", commenta i preoccupanti risultati di un'indagine associativa. "Il dato è impressionante: nel 2010 gli Studi dentistici hanno fatto registrare 2,5 milioni di accessi in meno ovvero almeno 1,8 milioni di italiani si è dimesso da paziente. E i primi riscontri dell'anno in corso sono ancora più preoccupanti, evocano il termine «tracollo» e segnalano un ulteriore 30% in meno di visite. Secondo un'indagine promossa dall'Andi, l'Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani, il 30% dei medici odontoiatri sta valutando di rottamare lo studio. Un effetto automatico della Grande Crisi che ha fatto diminuire i soldi nelle tasche degli italiani? No, secondo la dirigenza Andi, c'è di più: due anni di recessione hanno ridotto i ricavi ma soprattutto hanno scavato in profondità e hanno determinato quello che viene considerato il declino di un modello professionale che aveva fatto dei dentisti italiani la serie A del ceto medio" (Corriere della Sera – 21/06/2011).

Paolo Dall'Aglio

d'Aloia: "La passione è stata tanta. La vostra stima gratificante".

Il presidente dell'Ordine dei medici di Parma nel corso della Relazione morale ha ringraziato tutta la categoria medica per l'affetto dimostrato e ha fatto un resoconto delle tante attività portate avanti.

di Tiberio d'Aloia

Cari Colleghi e amici,
questa è l'ultima Assemblea che presiederò e sento pertanto il dovere di farvi una sintesi di quanto fatto in questi anni.
La passione è stata tanta, la stima da parte vostra e dei medici in generale è stata gratificante, i risultati che abbiamo raggiunto sono elencabili in un numero considerevole di punti:

- Consigli, commissioni deontologiche, colloqui per art. 39, commissioni interne di approfondimento per i vari settori, riunioni provinciali e comunali, oltre quelle della Conferenza Sanitaria Territoriale.
- Abbiamo partecipato a molti Consigli Nazionali a cui in passato abbiamo dato qualche contributo, come ad esempio nella stesura del nuovo codice di deontologia medica;

- i Consigli ENPAM a cui abbiamo delegato il dr. Di Mola e il dr. Manotti.
- Il lavoro dei Revisori dei conti e del Tesoriere.
- L'inaugurazione di molti convegni, per il presidente dell'Ordine o per il delegato, è stata occasione non solo di "saluto" ma di poter avanzare osservazioni sulla organizzazione della sanità e sull'etica professionale e sul valore culturale delle iniziative, quindi sono un momento da non perdere.
- Molte assemblee sono state arricchite dalle relazioni di personalità mediche: Cavicchi, Pagni, Cosmacini, Migone, Bianco, Rizzolatti, Gardini, Achille Ardigò, Eolo Parodi, Cocconi.
- Un Convegno è stato dedicato all'Etica e deontologia medica nel ricordo del prof. Maurizio Gennari, docente Medico Legale e Consigliere dell'Ordine.
- Abbiamo fatto un convegno "ATTO E RUOLO MEDICO", seguito dal Dott. Muzzetto, sulle professionalità che si intersecano ed interagiscono per poi affermare il valore del ruolo e dell'atto medico, e al contempo abbiamo commemorato anche i cento anni dell'Istituzione degli Ordini dei Medici.
- Sono state coinvolte professionalità del mondo medico e culturale e sociologico a trattare diversi temi di grande attualità (vedi prof. Pezzani dell'Università Bocconi di Milano, Prof. De Rita e il Dott. Leonardi Direttore generale delle risorse Umane e membro del consiglio superiore di Sanità).
- 70 sono state le serate culturali dei "Martedì dell'Ordine" in cui sono stati sviluppati collegamenti e conoscenze fra la medicina ospedaliera universitaria e i medici del territorio. I MMG hanno funzionato come discussant. Sono stati toccati argomenti culturali non sviscerati usualmente, rapportandoci anche a tematiche che fanno capo al volontariato della città come l'associazione Parkinson, l'associazione Alzheimer, l'associazione Donatori di organo e Donatori di sangue. Tematiche di follow up, problematiche psichiatriche, numerosi temi neurologici e di pediatria, il disagio giovanile, problemi medico-legali, problemi sulla certificazione medica nella pratica clinica, la sterilità di coppia, problemi dell'immigrazione, problemi di genetica.

L'organizzazione di tali eventi e piccoli convegni è impegnativa per cui va prevista la riformulazione di una commissione ad hoc con un progetto.

- abbiamo onorato in più occasioni la tragica scomparsa del dott. Carosino, evento straordinario del rischio professionale. Abbiamo partecipato ad un convegno di MMG in suo ricordo. Era un medico responsabile e sempre disponibile sia sul versante assistenziale che al lavoro all'interno dell'Ordine.

- La Segreteria si è adoperata in modo particolare per stilare un documento contenente le implicazioni burocratiche, amministrative e sanitarie in aiuto ai giovani medici all'inizio della loro professione. Difficile è raggiungere i giovani colleghi, impegnati in vari settori, nonostante gli sforzi profusi dal Dott. Muzzetto e dal Dott. Meschi. Molto in futuro ci sarà da fare su questo versante.
- I rapporti con le Aziende Sanitarie, Ospedaliera e Territoriale, sono stati improntati al dialogo nonostante qualche difficoltà con la precedente Direzione Generale dell'Azienda ospedaliera.

Anche le pratiche deontologiche che riguardano i medici della dipendenza difficilmente ci vengono segnalate. Tutto il mondo della dipendenza si rifà ai contratti di categoria con le commissioni ad hoc, provinciali e regionali.

- è stato difficile relazionarsi con le categorie sindacali mediche non trovando le stesse nell'Ordine il luogo naturale di confronto e di dibattito. Di fatto, le categorie stesse trovano più opportuno relazionarsi con le Aziende sulla base dei contratti provinciali/regionali. Questo impedisce la conoscenza da parte dell'Ordine dei problemi reali dell'organizzazione sanitaria all'interno dell'Ospedale e sul territorio.

L'Ordine potrebbe essere invece elemento di coesione fra due mondi che nel lavoro dovrebbero trovare integrazione e collaborazione.

- i problemi sono stati tanti. In questi 12 anni abbiamo sviluppato tematiche deontologiche, sociali, culturali e formative a ogni livello. La presenza dei colleghi alle assemblee ed ai martedì dell'Ordine è stata più accentuata, anche se ancora carente rispetto ai 3400 medici ed odontoiatri che operano a Parma. Anche l'Odontoiatria è cresciuta nelle iniziative (Giornate sul cancro orale).
- positivo è stato il riscontro al questionario preparato dal prof. Cocconi sulle tematiche delle medicine non convenzionali e successiva indagine conoscitiva sulla recezione del nuovo codice di deontologia medica. E' stato quest'ultimo un modo per verificare quanto il mondo della deontologia sia abbastanza sconosciuto ed ostico. Penso che più che parlare del codice deontologico sia indispensabile l'esame di coscienza sull'eticità della vita. (Parlare non è fare)
- positivo invece, anche se difficile è stato il percorso voluto dal Consiglio, specialmente dal Dott. Muzzetto e dal Dott. Ronchini circa l'insegnamento della MMG nel corso di Laurea con lezioni frontali e con il tirocinio formativo. (Boghi, Vanelli, Novarini e Dall'Aglio)
- grandemente innovativa è stata la gestione degli esami di Stato la cui commissione è stata presieduta dal dr. Muzzetto con la collaborazione del dr. Campari, dr Manotti, dr. Ronchini . L'Ordine si è fatto parte attiva nella valutazione della parte teorica degli esami di Stato e nei tirocini pratici.
- il collante con la base è stato tenuto attraverso Parma Medica e il Notiziario, anche se ritengo che in periferia non sia arrivato in modo adeguato tutto l'impegno e il lavoro del Consiglio. Spero che in futuro più consiglieri si impegnino nella gestione della stampa e dell'informazione e nella gestione dei messaggi da dare alla base medica.
- passi avanti notevoli sono stati fatti con il sito dell'Ordine e con la newsletter. L'informatizzazione ad oggi tocca circa 2000 iscritti. Bisognerà che l'email non diventi però il solo mezzo di comunicazione fra consiglieri e fra consiglieri e iscritti specialmente su temi scottanti della deontologia e della rilevazione di comportamenti impropri. Il tutto dovrà essere riportato in Consiglio e improntato alla riservatezza. Essere consigliere impone una "giacca" improntata ad assoluta responsabilità.
- un punto debole rimane il problema della previdenza medica per la difficoltà di comprendere ciò che succede nella gestione dei patrimoni ENPAM e ONAOSI. A tal proposito, su questo argomento, l'Ordine ha organizzato 2 convegni con la speranza che abbiano fornito qualche elemento in più ai colleghi più vicini a tali tematiche. Occorrerebbe, all'interno dell'Ordine, una commissione ENPAM costituita da almeno tre persone che abbiano anche valenze amministrative ed economiche, al fine di seguire i problemi previdenziali, che sono di importanza vitale per gli iscritti. Stiamo affrontando, come Ordine, il problema delle domande di pensione e soprattutto dei riscatti degli anni di laurea e specializzazione, temi molto attuali e trattati nell'ultima Finanziaria. Questa materia comporta per Renata, come è evidente, un intenso lavoro e grande responsabilità.
- rimane del tutto scoperto il problema previdenziale dei medici della dipendenza, INPDAP, che hanno una gestione propria, diversa dall'ENPAM.
- il lavoro deontologico più impegnativo è stato assolto dal Dott. Muzzetto, dal Dott. Ronchini, dal Dott.Campari, dal dott. Cucurachi con l'indispensabile consulenza dell'Avv. Pinardi che è stato supporto prezioso e competente.

Altrettanto valido e apprezzato è stato in questi anni il supporto amministrativo fornito dalla Dott.ssa Alessandra Landi e dall'addetta stampa Dott.ssa Antonella Del Gesso.

- un documento significativo è stato formulato sotto la direzione della dott.ssa Cappelli sulla regolamentazione della pubblicità sanitaria rapportandoci al documento dell'Ordine dei Medici di Firenze.

La pubblicità sanitaria è una questione che merita attenzione per i messaggi distorti e per l'avvento di professionalità che esulano dalla vera medicina.

- resta da sviluppare e da concludere il lavoro per la creazione di una Camera di Conciliazione volta a mediare le controversie civili tra pazienti e medici con la collaborazione dell'Ordine degli Avvocati.

- andrà tenuto in considerazione e maggiormente sviluppato l'apporto numerico delle donne medico nel Consiglio tenuto conto che le iscritte all'Ordine di Parma sono circa1300, un terzo del totale quindi di tutti gli iscritti.

A questo proposito, ricordo, che, attualmente, all'interno del Consiglio sono presenti tre colleghe – Dott.ssa Cappelli, Dott.ssa Dardani, Dott.ssa Sottotetti che ringrazio per il loro costante e fattivo contributo.

- i temi della bioetica sono stati trattati in modo particolare dall'Associazione dei Medici Cattolici. Abbiamo seguito le problematiche in modo particolare in relazione all'eutanasia e all'accanimento terapeutico attraverso i convegni nazionali. Su questi temi occorrerà tornare in futuro anche in seno al nostro Ordine, avvalendoci di esperti qualificati.
- con il contributo anche dei consigli precedenti si è realizzata la nuova sede che, come ogni cosa, presenta qualche difetto ma anche tanti pregi. Tanti pregi per il personale amministrativo, tanti pregi anche per i medici per il facile accesso e la sufficiente funzionalità degli spazi.
- con esperti di igiene pubblica e alcuni componenti del Direttivo sono stati affrontati anche i temi sulla Responsabilità negli Studi professionali e sul rischio clinico.
- l'Ordine ultimamente ha affrontato un altro tema di grande attualità e importanza quale il rapporto tra il mondo medico e quello infermieristico. Un rapporto senz'altro non facile ma che comunque l'Ordine è tenuto a dare il proprio contributo nel risolvere le vertenze sia nell'interesse delle 2 componenti interessate che dei pazienti bisognosi di cure.
- un'azione di avvicinamento con l'associazione Medici dell'Ambiente (ISDE) è stata tentata ma è prevalsa, nonostante una commissione ad hoc, l'impraticabilità. Il problema rimane aperto e sarà oggetto di futuri dibattiti.
- anche l'eventuale mantenimento dell'EBSCO, quale mezzo culturale a disposizione dei colleghi, dovrà essere valutato attentamente entro dicembre 2011 in relazione all'effettiva utilità.
- da ultimo, si è realizzata, con la collaborazione della Casa Editrice Mattioli e Parmalat, una tabella degli alimenti che sembra abbia riscosso il gradimento di tanti colleghi e dalla quale spero possano trarre un aiuto nello svolgimento della loro attività professionale (circa 400 volumi distribuiti).

Cari colleghi e colleghe,
questo mio lungo discorso più che una relazione morale del Presidente dell'Ordine può sembrare un lungo elenco della spesa. Era mio dovere però, in questo momento particolare, mettere in evidenza, attraverso la memoria della iniziative realizzate in questi ultimi anni, il lungo e faticoso lavoro del Consiglio. Era doveroso soprattutto per tutti quei colleghi che, vivendo lontano dalle problematiche ordinistiche, sento scettici sulla funzione dell'Ordine che considerano quale Organismo ormai superato o, peggio ancora, inutile.
Vigile nella difesa dei diritti ma altrettanto forte nel richiamo ai doveri. E' un mio desiderio fra i doveri ricordare alle istituzioni la figura di Giancarlo Rastelli, cardiochirurgo pediatra figura etica e pionieristica e sarebbe bello che l'erigendo Ospedale del bambino possa a lui essere dedicato e intitolato.

Restano ora solo i ringraziamenti:
ringrazio con grande affetto tutti i consiglieri passati e presenti che con pazienza mi hanno seguito e sopportato ma che tanto si sono prodigati per la vita dell'Ordine, donando con generosità tempo prezioso sottratto alla famiglia e al loro sacrosanto riposo.
In modo particolare ringrazio il vicepresidente, dott. Muzzetto, che in questi anni è stato assiduo frequentatore di queste stanze fornendo con intelligenza validi suggerimenti nell'affrontare e risolvere le molte difficoltà incontrate.
Grazie a Renata, Lisa e Francesca che con la loro gentilezza rendono piacevole ai colleghi l'impatto con l'Ordine, fornendo informazioni e preziosi consigli nel disbrigo delle pratiche burocratico – amministrative e che con la loro competenza sono persino riuscite a rendere meno caotico e più leggero il mio lavoro quotidiano.
A Maurizio che ha lasciato da qualche mese l'incarico mantenuto per tanti anni alle dipendenze di questo Ordine, dimostrando sempre solerzia e totale disponibilità.

Bilancio consuntivo 2010 approvato dall'assemblea degli iscritti

Il tesoriere ha effettuato, nel corso della riunione ordinaria, la lettura di tutte le voci dei documenti, chiedendo e ottenendo voto favorevole.

Tratto dalla relazione di Paolo Dall'Aglio

Il bilancio consuntivo è la "risultante della dinamica tra entrate e uscite" relativamente all'esercizio 2010 e precedenti ed è stato predisposto secondo quanto previsto dal Regolamento di contabilità e di amministrazione.
A fronte di un avanzo di amministrazione anno 2009 di euro 430.301,00, l'anno 2010 si è chiuso con un avanzo di amministrazione di euro 473.480,00.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PARMA

Andamento economico ultimo triennio

ANNO 2007	Entrate € 3.265.639,26 Uscite € 2.892.977,92	+ 372.661,34
ANNO 2008	Entrate € 1.920.092,00 Uscite € 2.274.601,00	- 354.509,00
ANNO 2009	Entrate € 755.480,00 Uscite € 745.906,00	+ 9.574,00
ANNO 2010	Entrate € 1.350.076,00 Uscite € 1.309.876,00	+ 40.200,00

Sia le entrate come le uscite sono state contenute nei limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'Ordine, così come recita la legge istitutiva degli Ordini.

CONTENUTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO

Il bilancio consuntivo dell'esercizio 2010 si compone di:
1. Rendiconto finanziario gestionale (conto consuntivo di bilancio)
2. Situazione amministrativa
3. Stato patrimoniale
4. Conto economico

1) RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE - Allegato A

Il rendiconto finanziario comprende le risultanze della gestione delle entrate e delle uscite della gestione istituzionale, in conto corrente ed in conto capitale.
In particolare troverete esposte:
- le entrate di competenza dell'esercizio, previste, accertate, riscosse e da riscuotere;
- le uscite di competenza dell'esercizio, previste, impegnate, pagate o da pagare;
- le gestione dei residui attivi e passivi degli esercizi precedenti, iniziali, pagati e da pagare.

Seguirà una rapida carrellata delle entrate e delle uscite in conto competenza relative all'anno 2010; in allegato sono riportati i capitoli e articoli in dettaglio.

ENTRATE	
Avanzo di amministrazione 2009	430.301,00
Contributi associativi	619.216,00
Entrate diverse	20.561,00
Alienazioni valori mobiliari (operazioni pronti contro termini)	550.000,00
Entrate per partite di giro	160.299,00
USCITE	
Spese correnti	544.839,00
Spese in conto capitale	1.781,00
Acquisto valori mobiliari (operazioni pronti contro termini)	550.000,00
Estinzione di mutui	52.957,00
Uscite per partite di giro	160.299,00

Fra le spese correnti si segnala la presenza di interessi passivi pari a euro 69.902,00 riguardanti il pagamento delle due rate semestrali del mutuo Enpam.

2) SITUAZIONE AMMINISTRATIVA – Allegato B

La situazione amministrativa è un allegato al rendiconto generale che evidenzia:
- la consistenza iniziale della cassa
- gli incassi e i pagamenti eseguiti nell'esercizio, in conto competenza e in conto residui
- il saldo alla chiusura dell'esercizio
- il totale complessivo delle somme rimaste da riscuotere (residui attivi) e di quelle rimaste da pagare (residui passivi)
- il risultato di amministrazione finale

La consistenza iniziale della cassa pari a euro 571.926,00 è data da quanto avevamo in data 1/1/2010 sul conto di Tesoreria.
Per quanto riguarda gli incassi e i pagamenti eseguiti nell'esercizio, in conto competenza e in conto residui, possiamo dire che nel corso del 2010 abbiamo effettuato riscossioni per euro 1.028.102,00 (di cui euro 988.451,00 in c/competenza e euro 39.651,00 in c/residui) ed abbiamo effettuato pagamenti per euro 1.327.047,00 (di cui euro 1.137.800,00 in c/competenza e euro 189.247,00 in c/residui).

RELAZIONE DEI REVISORI SUL BILANCIO CONSUNTIVO DELL'ANNO 2010

Egregi Colleghi,
dopo aver scrupolosamente esaminato il bilancio consuntivo 2010, i libri e le risultanze che documentano tutto il movimento contabile dell'esercizio dell'Ordine della nostra provincia, il Collegio dei Revisori dei Conti, in ottemperanza a quanto disposto dal DPR 221/50 e dal Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità approvato dal nostro Consiglio, ritiene di potere affermare la veridicità e congruità delle risultanze contabili nonché la regolarità dell'amministrazione finanziaria dato atto che:

a. il Bilancio Consuntivo per l'esercizio 2010 risulta redatto in conformità alle risultanze delle scritture contabili;
b. le scritture contabili, regolarmente tenute, sono in perfetta rispondenza con le registrazioni del libro giornale;
c. tutte le entrate e le uscite sono precisamente documentate da riversali di incasso e mandati di pagamento nonché dagli appositi giustificativi di spesa.

È stata verificata la consistenza di cassa al 31.12.2010 presso la Tesoreria della Banca del Monte di Parma ammontante a euro 272.981,16, nonché i valori e il patrimonio dell'Ente come da specifica dello Stato Patrimoniale redatto al 31.12.2010.
Alla luce dei controlli effettuati il Collegio dei Revisori dei Conti certifica che il Bilancio Consuntivo 2010 risulta redatto in conformità a quanto disposto dal regolamento di esecuzione del DPR 221/50.
Conferma che il Consiglio Direttivo ha amministrato i beni nel pieno rispetto DLCPS 233/46 e di quanto deliberato dall'Assemblea Ordinaria degli iscritti convocata per l'approvazione del Bilancio Preventivo per l'esercizio 2010.
Quanto sopra premesso, il Collegio dei Revisori dei Conti, ultimate le operazioni di verifica, per quanto di sua competenza e conoscenza, esprime parere favorevole all'approvazione del Bilancio Consuntico al 31.12.2010 e ritiene responsabilmente di poter invitare questa Assemblea all'approvazione dello stesso.

Il Collegio dei Revisori dei conti
Presidente Dott. Matteo Curti
Componente Dott. Francesco S. Renzulli
Componente Dott. Michele Meschi
Supplente Dott.ssa Mariangela Dardani

Il saldo cassa alla chiusura dell'esercizio pari a euro 272.981,00 non è altro che la disponibilità finanziaria al 31/12/2010, cioè quanto avevamo al 31/12/2010 sul conto Tesoreria.
Per quanto riguarda il totale complessivo delle somme rimaste da riscuotere (residui attivi) e di quelle rimaste da pagare (residui passivi) possiamo dire che i residui attivi sono pari a euro 375.020,00, mentre i residui passivi sono pari a € 174.521,00.
L'avanzo di amministrazione finale nel 2010 è stato quindi di € 473.480,00 ed è determinato come segue:

consistenza di cassa iniziale	571.926,00
+ riscossioni	1.028.102,00
- pagamenti	1.327.047,00
+ residui attivi	375.020,00
- residui passivi	174.521,00
avanzo di amministrazione	*473.480,00*

3) STATO PATRIMONIALE – Allegato C
Lo stato patrimoniale comprende le attività e le passività derivanti dalla gestione economica e finanziaria, determinando la consistenza del patrimonio netto al termine dell'esercizio.
I valori delle immobilizzazioni materiali ed immateriali presenti nell'attivo sono esposti al costo storico, nel passivo sono annotati i relativi fondi di ammortamento.
I crediti e i debiti sono esposti al valore nominale.
Le disponibilità liquide sono rappresentate dal saldo attivo del conto corrente.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PARMA

Andamento economico ultimo triennio

ANNO 2007	Entrate € 3.265.639,26 Uscite € 2.892.977,92	+ 372.661,34
ANNO 2008	Entrate € 1.920.092,00 Uscite € 2.274.601,00	- 354.509,00
ANNO 2009	Entrate € 755.480,00 Uscite € 745.906,00	+ 9.574,00
ANNO 2010	Entrate € 1.350.076,00 Uscite € 1.309.876,00	+ 40.200,00

4) CONTO ECONOMICO – Allegato D
Ricordo che rimane a disposizione degli iscritti che desiderano visionarla tutta la documentazione relativa alle entrate e alle uscite dell'anno 2010.

MEDAGLIE D'ORO 50° ANNO DI LAUREA

"Grande il valore e il prestigio dei singoli che hanno dato così tanto alla medicina della città, molti sono cari amici, con i quali abbiamo lavorato e collaborato. Nel consegnare la medaglia d'oro, attesto il carattere 'simbolico' della qualificazione che si meritano".
Conqueste parole il Presidente dell'Ordine dei Medici Tiberio d'Aloia ha aperto la Cerimonia di consegna delle medaglie d'oro ai medici che hanno raggiunto i 50 anni di laurea.

Dr. Alfonso Leone De Magistris (Mmg), Prof. Giampaolo Gherardi (Pneumologo), Dr. Pier Malachia Dardani (Reumatologo), Prof. Luigi Dallavalle (Cardiologo), Dr.ssa Maria Vittoria Valdre' (Allergologa), Dr. Pietro De Angelis (Funzionario Usl), Prof. Giorgio Valenti (Endocrinologo), Prof. Sergio Peralta (Oculista), Dr. Daniele Soregaroli (Chirurgo), Prof. Vincenzo Cambi (Ordinario universitario Nefrologia), Prof. Giacomo Rizzolatti (Ordinadio universitario Fisiologia), Dr. Franco Paglia (Chirurgo).

L'Ordine come appuntamento tra le generazioni

Proposte per il rinnovamento

di Michele Meschi

> *A volte uno si crede incompleto*
> *ed è soltanto giovane.*
>
> *Italo Calvino, Il visconte dimezzato, 1952*

«Precari e inesperti» è il titolo di un corsivo del senatore Ignazio Marino nel numero estivo di un periodico. Al di là del personale orientamento politico che si deve al parlamentare, credo ci si debba soffermare sull'intervento di quest'ultimo riguardo al problema della formazione.

Partendo dalla proposta governativa di ridurre di un anno la durata dei corsi di specializzazione medica post lauream, con la possibilità di usufruire contestualmente di un primo contratto a tempo determinato con le strutture ospedaliere di afferenza, viene condotta una breve ma puntualissima, impietosa analisi sullo status culturale dei giovani medici italiani.

Se si volesse andare verso il modello anglosassone del teaching hospital » - sono più o meno le parole dell'autore, - «i neolaureati dovrebbero essere affiancati da un tutor più anziano in grado di garantire insegnamento e al tempo stesso sicurezza per i pazienti».

Ecco che la bozza di riforma, per quanto in sé non priva di intuizioni utili sulla carta, nella migliore delle ipotesi rischia di nascere gigante di ferro coi piedi di argilla; nella peggiore, di essere l'ennesimo stratagemma per fornire ai servizi sanitari manodopera a basso costo, non adeguatamente formata all'assistenza reale del malato.

«La verità che non si vuol dire» - continua Marino, - «è che, al momento di incorniciare alla parete il diploma di specializzazione, il chirurgo non è spesso in grado di eseguire in maniera autonoma un intervento comune». Lo stesso vale ovviamente per l'internista, ma certo il problema non si risolve accorciando gli anni di studio: in discussione andrebbe messa la qualità della formazione, anziché la durata di essa. Perché «alla nostra sanità servono energie fresche, ma soprattutto medici ben formati».

Sono convinto che il problema dell'insegnamento riguardi non solo le aule dell'Università, dal momento che, oggi come in passato, possono divenire punto di riferimento per i giovani anche i colleghi degli anni precedenti, il professionista del reparto ospedaliero, quello della medicina generale o di famiglia, i consulenti esterni, i docenti a contratto e via dicendo: ovvero il folto, ricco sottobosco di esperienze e di incontri lungo la strada del proprio io discente, secondo il pensiero del giornalista Tiziano Terzani per cui «l'unico, possibile maestro non è in nessuna foresta, in nessuna capanna, in nessuna caverna di ghiaccio dell'Himalaya, ma» - quasi agostinianamente, oso aggiungere - «nasce dentro di noi».

È emblematico che, nell'epoca di internet, in cui la diffusione delle nozioni è capillare e ubiquitaria, usufruibile a tutti, il tema della formazione divenga di così sostanziale impatto. Imparare per non sbagliare. Si sbagliava di più una volta, nella nostra professione? Oppure siamo più bravi adesso? È ovvio che un confronto sereno è impossibile, dati l'odierno vincolo della medicina difensiva e l'aura di intoccabilità della quasi-casta di allora. Se però dovessi scommettere, direi che i nostri colleghi nonni e genitori hanno ancora molto da insegnarci.

Da una ricerca americana sui desideri e sulle aspettative di centonovantadue persone interpellate, pubblicata su LiveScience e commissionata dalla Mayo Clinic, emerge che non sono più di sette le caratteristiche che un medico dovrebbe possedere per dimostrarsi all'altezza del proprio compito. Anzitutto il professionista potrebbe dimostrare una ragionevole sicurezza, ovvero far percepire al paziente la serietà della propria preparazione e la fondatezza delle esperienze quotidiane.

Segue (ma non si tratta di una classifica di merito) l'identificazione con chi si ha in cura. Consiglio personalmente, a tal proposito, la lettura del libro di memorie "Dall'altra parte: tre grandi medici si ammalano gravemente e raccontano la loro storia" di Sandro Bartoccioni, Gianni Bonadonna e Francesco Sartori, BUR Editore, oppure la straordinaria trilogia di romanzi di Marco Venturino, primario anestesista allo IEO di Milano. Andando avanti, cito ancora: «egli dev'essere umano e personale»; e non si sta parlando di sussulti del cuore o farfalle nella pancia come nelle fiction televisive: è sufficiente che si conoscano il nome del proprio assistito e la sua storia, e che le due entità destino un interesse almeno apparente (alzi la mano chi dà per scontata questa affermazione!).

Sono richiesti infine rispetto, completezza e, nei limiti del possibile, il dono della franchezza.

Aggiornamento della formazione, supporto in essa sicuramente ma, in un certo senso, una nuova, globale ermeneutica dell'etica. Si richiede questo. Ecco perché non vedo organi più adatti a farsi carico di questi bisogni degli Ordini professionali. Ne deriva la necessità assoluta, all'interno di essi, di aprirsi ad una rappresentanza più numerosa di giovani medici, perché le esperienze di chi è arrivato alla meta e di chi inizia il viaggio siano stimolate ad un confronto proficuo, alla collaborazione anziché allo scontro.

Walter Benjamin (Charlottenburg 1892, Portbou 1940), filosofo, scrittore, critico letterario e traduttore tedesco, perseguitato dai nazisti morì nel tentativo di imbarcarsi verso gli Stati Uniti: ci lasciò scritto, quasi a testamento, che «il passato reca con sé un indice segreto che lo rinvia alla redenzione; non sfiora forse anche a noi un soffio dell'aria che spirava a quelli prima di noi? Non c'è, nelle voci cui prestiamo ascolto, un'eco di voci ora mute? Se è così, allora esiste un appuntamento misterioso tra le generazioni che sono state e la nostra. Allora noi siamo stati attesi sulla terra. Allora a noi, come ad ogni generazione che fu prima di noi, è stata consegnata una debole ma vera forza messianica, a cui il passato ha diritto».

Il limite in Medicina, ovvero: l'ultima persona sana. Descrizone del caso clinico

di Gianfranco Cervellin

È più importante conoscere quale paziente ha una malattia, piuttosto che quale malattia ha il paziente.

Sir William Osler, 1849 – 1919

Scenario: un Paese del mondo occidentale, anno 2017.

Nell'ambito dell'Expo 2017, un padiglione offre screening gratuiti per tutte le malattie note.
Felice Eutimi ha 54 anni, da alcuni anni insegna matematica in un locale Liceo, ha due figli sani di 12 e 15 anni, dedica una mezza giornata alla settimana al volontariato presso una Casa di riposo, pratica sport in modo occasionale. A 13 anni è stato appendicectomizzato, poi non ha mai avuto problemi di salute che andassero oltre qualche sindrome influenzale. In definitiva, si è sempre considerato una persona sana, e soprattutto non si è mai occupato, in passato, della propria salute.
In realtà fino all'anno precedente era un agente di borsa, e la decisione di cambiare lavoro fu presa in seguito alla partecipazione alle sedute di un Gruppo autogestito per la riduzione dello stress, nel corso delle quali fu convinto, dopo essere stato sottoposto a vari tests psicometrici e di quantificazione dello stress, che sarebbe stato preferibile per lui optare per l'insegnamento in una piccola scuola caratterizzata da competitività non eccessiva. La batteria di psicotests comprendeva anche il SAST (Sexual Addiction Screening Test), ed i risultati lo convinsero di essere affetto da dipendenza sessuale. Egli si documentò e scoprì che il disturbo non era elencato come malattia nell'ultima edizione del DSM, tuttavia rimaneva classificato nell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10. Nel dubbio, la sera stessa comunicò alla moglie, in rapida sequenza, la decisione di cambiare lavoro e la futura drastica riduzione, imposta "ope legis", della loro attività sessuale. La moglie lo amava molto, e accettò di buon grado, seppure leggermente sconcertata, quanto le veniva comunicato. La città in cui vivevano non aveva un clima adatto a combattere lo stress, e così scelse la scuola in cui insegnare in una zona collinare con una temperatura media annuale di 15°, una giusta piovosità ed un basso tasso di polveri sottili. Ora la nuova occupazione gli lascia parecchie ore libere da dedicare al proprio benessere e così può visitare a fondo l'Expo, naturalmente adocchiando fin da subito il padiglione degli screening.
Felice si era sottoposto una sola volta, qualche anno prima e su insistenza della moglie, ad una batteria di esami di laboratorio e strumentali, e tutti avevano dato esito negativo, ma, si sa, il tarlo del dubbio…
Il Padiglione è veramente meraviglioso, e offre gratuitamente i tests più moderni e sofisticati. Naturalmente Felice vi si sottopone con zelo ed entusiasmo, senza alcuna presunzione o pretesa di intralciare il funzionamento di quella meravigliosa ed oliatissima "macchina" preserva-salute.

Quando le scarpe calzano bene, non si pensa più ai piedi.

Zhuāngzǐ, 4° sec. A.C.

Stesso Paese del mondo occidentale, attorno al 2023.

Quella visita all'Expo ha rappresentato una vera pietra miliare nella vita di Felice, che negli anni successivi si è alacremente dedicato alla ricerca di uno stato di salute perfetto. È stato sottoposto a due inutili colonscopie, dovute ad alcuni risultati falsi-positivi di ricerca del sangue occulto nelle feci. Ora ripete la ricerca del sangue occulto mensilmente. La sua prostata è stata asportata a causa del ritrovamento di alcune cellule sospette ad una serie di biopsie prostatiche transrettali, dovute al riscontro di valori anomali del PSA. Il prezzo da pagare è

stata una leggera incontinenza ed un drammatico crollo delle sue già autoridotte prestazioni sessuali, ma tutto ciò è stato stoicamente accettato quale necessario tributo a lei, la Salute Perfetta. La tiroide è stata biopsiata una sola volta, senza alcuna conseguenza negativa, e Felice si chiede spesso se gli altri nodulini riscontrati alle numerose ecografie effettuate siano davvero benigni, come gli vogliono far credere. Allo stato attuale delle cose ogni orifizio del suo corpo è stato esplorato e biopsiato più volte. L'unico piccolo intoppo si presentò quando Felice, accompagnando la consorte dal ginecologo, chiese allo stesso se potesse giovarsi anche lui del Pap-test, ma quello sfrontato si rifiutò pervicacemente di accondiscendere. Degli accertamenti non invasivi, fondati su gran parte delle forme di energia note (ultrasuoni, raggi X, campi magnetici, positroni, elettroni e altre varie particelle elementari) si è perso da tempo il conto, né d'altronde vale la pena contarli. In definitiva sono non invasivi, no?

Felice guarda con regolarità tutti i programmi televisivi specializzati in salute, e registra quelli che vengono trasmessi in orari a lui inaccessibili, per poterseli poi godere con calma. Frequenta un po' meno il web, nei confronti del quale nutre quel pizzico di diffidenza tipico di quelli della sua generazione. È invece abbonato ad una quantità di riviste specializzate, e conserva gli inserti salute di tutti i principali quotidiani e periodici. Alcune delle pagine più significative vengono periodicamente appiccicate alle pareti di casa o ai lati dello specchio in bagno: ben si conosce la facilità con cui si possono dimenticare i preziosi consigli elargiti!

È fin troppo facile comprendere come, ad ogni notizia di un nuovo contaminante alimentare o di un nuovo rischio inerente l'assunzione di qualche comune componente degli alimenti, la dieta di Felice vada restringendosi e riducendosi ad un'essenzialità assoluta ed ascetica, controbilanciata, sia ben chiaro, da un rigoroso calcolo delle percentuali di proteine, carboidrati (solo complessi, va da sé…), lipidi (comprendenti le giuste dosi di n-3 e altri ingredienti benefici). Naturalmente determinate restrizioni devono essere compensate dall'assunzione quotidiana di dosi ben calibrate di vitamine e integratori minerali. Per un periodo, in seguito alla notizia di uno studio secondo cui l'assunzione di tofu allungava la vita, Felice ne diventò un entusiasta consumatore, ma da qualche settimana l'insapore poltiglia è stata abbandonata. Infatti una successiva pubblicazione ha chiarito che l'assunzione di tofu in realtà non allunga l'intera vita, anche se pare possa aggiungere qualche settimana ad un coma terminale.

Anche l'Edilizia è stata piegata alla volontà di Felice. Infatti, benché egli pratichi regolarmente il jogging ed il cicloturismo, la sua casa è stata attrezzata con cyclette, vogatore e una variopinta serie di altri attrezzi (tutti conditi da cardiofrequenzimetro e altri sensori di importanti parametri vitali), che Felice utilizza saltuariamente e ondivagamente in base alle indicazioni più alla moda. Soprattutto, la casa è stata isolata dal sottosuolo con un efficiente scudo anti-radon. Felice non si è fatto naturalmente mancare rilevatori di fumo, di gas, di pollini ed un'efficace sistema di scale anti-incendio per i piani superiori. Ogni volta che esce all'aperto indossa occhiali da sole, con lenti calibrate per filtrare le componenti più perniciose dell'ultravioletto. Se rimane al sole per più di cinque minuti, si applica

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 - 43121 Parma (Pr)
Tel. e Fax 0521 772 620
www.saluser.it - e-mail: info@saluser.it

scrupolosamente una crema solare ad alto indice di protezione. Ogni anno lui e la moglie passano alcune ore davanti ad un grande specchio e, dotati di calibro millimetrico, misurano tutti i nevi del loro corpo, prendendo minuziosamente nota di tutto e fotografando (all'uopo è stata acquistata un'ottima reflex con obiettivo macro e flash anulare) ogni nevo che appaia sospetto ai loro occhi. Al momento in cui questa relazione clinica viene stilata, Felice ha registrato 237 nevi, e 18 di questi sono stati asportati e studiati istologicamente, risultando tutti benigni.
Appare del tutto superfluo sottolineare che Felice si è sottoposto ad ogni sorta di test psicologico, con l'intento di poter smascherare per tempo qualsivoglia patologia psichiatrica nota. Si sa, le scuole di pensiero, in quello sterminato ed esoterico ambito di indagine della mente umana, sono molte, e così questa attività ha impegnato il Nostro per un considerevole numero di mesi. Ciascun test di qualsivoglia Scuola ha rifiutato una diagnosi a Felice, etichettandolo sbrigativamente ma pervicacemente come normale. Per la verità, in tempi passati avrebbe potuto essere classificato come nevrotico ossessivo e compulsivo, ma tale diagnosi è stata cancellata dall'ultima edizione del DSM, e così Felice ne è rimasto orfano.

I sani sono tali solo perché non sanno di essere malati.

Jules Romains 1885-1972
Da: "Knock o il trionfo della medicina" 1923

Per farla breve, dopo anni di accanite indagini alla ricerca di una diagnosi, Felice ne è rimasto immune, ma impalpabilmente insoddisfatto. Anzi, decisamente insoddisfatto: in fondo tutte le persone da lui conosciute uno straccio di diagnosi nel corso della vita l'hanno pur sempre rimediato, no? "Perché devo essere l'unico?", si chiede insistentemente.
Ad un certo punto del suo percorso di ricerca, una notizia lo spiazza decisamente. Un'autorevole rivista medica (nientepopodimeno che il mitico BMJ) riporta che un gruppo di scienziati ha proposto di abolire la storica definizione di "salute" data dall'OMS nel lontano 1948, cioè "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattia o invalidità". In pratica, tale definizione corrispondeva al Santo Graal della sua assidua ricerca. La nuova definizione proposta recita invece così: "la salute viene definita come l'abilità di adattarsi e autogestirsi a fronte delle sfide sociali, fisiche ed emozionali". A Felice ciò suona quasi come una generica regressione al darwinismo più scontato, e gli fa letteralmente tremare la terra sotto i piedi. In attesa di ufficializzazione, meglio continuare a battere i sentieri conosciuti. Un bel giorno però, stufo e sfiduciato dalla Medicina ipertecnologica cui si era finora rivolto (ciò che più lo irrita è l'assoluta latitanza di un benedetto "test di salute": ma è mai possibile – pensa il nostro – che esistano migliaia di test di malattia, ma nessun topastro di laboratorio abbia mai inventato un esame che mi possa dire se sono in salute?), decide di bussare alla porta di un vecchio medico delle vicine campagne, ormai in pensione da anni, ma ancora arzillo e acutamente lucido. L'anamnesi raccolta dal vecchio medico è doviziosa e dettagliata, e quanto riportato nelle righe precedenti risulta esserne solo una stringatissima sintesi. L'esame obiettivo è altrettanto accurato, e al termine della visita il vecchio medico, dopo aver condiviso un caffè (Felice tenta di rifiutare – ha abbandonato il caffè da anni, perbacco! – ma il vecchio lo minaccia di non arrivare al dunque se non gli fa compagnia) con il paziente, pronuncia la sentenza: "Vede, caro Felice, io non so se tutto ciò che lei ha fatto per allungare la sua vita le consentirà di raggiungere tale scopo, ma di una cosa sono sicuro: tutto ciò le avrà fatto percepire la sua vita come molto, ma molto, più lunga!".

Visto l'intasamento dei non morti prodotto dalle cure e considerata la loro miseria modernizzata, è ormai tempo di rinunciare a voler guarire la vecchiaia.

Ivan Illich, 1926-2002

Fotografie dell'autore. Citazioni bibliografiche disponibili: gcervellin@ao.pr.it

La musica e il cervello

Una ricerca pubblicata sulla rivista Nature Neuroscience dimostra che l'ascolto della musica, in particolare di quella preferita, è capace di indurre nel cervello il rilascio di dopamina, il neurotrasmettitore del piacere.

*di Leone Arsenio**

La mia musica è una rivelazione più alta della filosofia.

Ludwig van Beethoven

Lo scopo di questo mio intervento è quello di ringraziare prima di tutto l'Ordine per avere dato spazio su Parma Medica a tematiche dal contenuto soltanto apparentemente umanistico e poco scientifico e poi l'amico Cervellin per la sua interessantissima comunicazione che ha acceso i riflettori sulle complesse interazioni tra musica e cervello, ricordando opportunamente l'affermazione di Oliver Sacks "Il nostro corpo è sintonizzato per la musica".

La musica è caratterizzata dalla sua onnipresenza e dalla sua antichità, perché non c'è una sola cultura contemporanea o primordiale che ne sia priva, come testimoniato dal ritrovamento di antichi strumenti musicali presso i più svariati siti archeologici. Nasce da un bisogno primordiale di comunicare, ha rappresentato un collante sociale e può essere definita un linguaggio, che coinvolge reti neurali differenti e aree più vaste dell'emisfero destro, attivando zone in stretta connessione con i centri responsabili delle facoltà visivo-spaziali e stimolando in modo più profondo e diretto le risposte emotive e i circuiti del piacere (Friedrich Engels: "Spesso le idee si accendono l'una con l'altra, come scintille elettriche).

Cervellin ha già ricordato i numerosi esperimenti che dimostrano come la musica di vari autori influenzi l'apparato cardiovascolare degli adulti. A dispetto della complessità della musica, numerosi dati indicano che anche nella primissima infanzia i bambini sono estremamente sensibili all'informazione musicale, essendo capaci di distinguere intonazione e ritmo, armonie e dissonanze, rilevare variazioni di ritmo, timbro e tempo, come pure la durata delle note e delle frasi musicali. D. Perani e M.C. Saccuman sono ricorsi alla risonanza magnetica funzionale per misurare l'attività cerebrale di neonati di uno-tre giorni, mentre ascoltavano brani di musica tonale occidentale e versioni alterate di quella stessa musica, nelle quali era stata alterata la chiave tonale o era fatto uso sistematico di dissonanze. L'ascolto della musica originale evocava un'attivazione predominante nella corteccia uditiva primaria e di ordine superiore dell'emisfero destro, che si riduceva notevolmente per i brani dissonanti, con i quali si manifestava una risposta nella corteccia frontale inferiore sinistra e nelle strutture limbiche. Questi risultati dimostrano che già nel neonato è presente una specializzazione emisferica per l'elaborazione della musica e che l'architettura neuronale sottostante all'elaborazione musicale nei neonati è sensibile ai cambiamenti di chiave tonale e alle armonie e dissonanze. Trenta minuti di musica mozartiana in un'unica sessione giornaliera producono un profondo rilassamento del bambino prematuro, che spende meno energia e ha quindi bisogno di una quantità minore di calorie per crescere rapidamente, mentre Beethoven, Bach o Bartok non danno le stesse risposte, probabilmente perché Mozart ha prodotto melodie altamente ripetitive (Lubetzky et al 2010). Qualcosa di simile era stato intuito nel 1993 da G. Shaw e F. Rauscher, che avevano proposto la teoria chiamata "effetto Mozart", cioè la capacità che avrebbe la sonata KV448 di migliorare le facoltà spaziali delle persone che l'ascoltano: il confronto tra il QI di un gruppo di bambini che aveva ascoltato questo brano prima del test rispetto ad un altro gruppo che non l'aveva ascoltato, avrebbe dimostrato che i primi ottenevano un punteggio più alto. L'esperimento, però, è stato ripetuto da numerosi ricercatori in una quarantina di Paesi su almeno 3.000 persone, senza che l'effetto Mozart si sia in qualche modo manifestato, a conferma che tutta la musica può esplicare effetti sul cervello, anche sulla base dell'educazione musicale ricevuta.

D. Loyd, filosofo del Trinity College di Hartford (USA), è riuscito ad ascoltare la musica del proprio cervello (New Scientist), identificando le zone del cervello dalla loro attività, in base all'accensione delle stesse durante l'esercizio di specifici compiti, e misurando l'intensità che corrisponde all'irrorazione. I risultati sono mappe del cervello con le varie aree colorate in modo diverso e scansioni a video. Egli ha trasformato in musica le immagini, associando, mediante un programma informatico, una nota musicale a ciascuna delle aree cerebrali e attribuendo un volume proporzionale all'intensità dell'attività. La musica dei cervelli di persone sane e di dementi o schizofrenici risultava molto diversa. Gli schizofrenici passavano da un'attività cerebrale intensa a una scarsa in modo casuale; chi soffriva di demenza manifestava le disfunzioni con ritmi irregolari. Alcuni cambi di melodia erano correlati a modifiche dell'attività cerebrale evidenti alla risonanza; altri non erano associati a variazioni altrettanto visibili: come se ascoltando il cervello, riuscissimo a distinguere ogni suo minimo mutamento di attività, meglio che guardandolo (Meli E 2009).

Questi studi fanno intuire che il cervello funzioni come un'orchestra, come peraltro confermato da una ricerca, condotta sui macachi, giunta alla conclusione che i neuroni, per farci compiere un'azione complessa come prendere al volo un pallone "suonano" all'unisono come musicisti di una grande orchestra: cellule indipendenti e poste in aree cerebrali distanti si sincronizzano ed emettono impulsi con la stessa frequenza, creando un ritmo comune, un'onda unica nel cervello per realizzare un'azione che richiede l'intervento di vari gruppi di neuroni (Takahashi et al 2010). Per meglio capire questo concetto è necessario ricordare brevemente la Geometria dei Frattali. Un frattale, termine coniato

da Mandelbrot nel 1975, è un oggetto geometrico che si ripete nella sua struttura allo stesso modo su scale diverse, ovvero che non cambia aspetto anche se visto con una lente d'ingrandimento. Questa caratteristica è spesso chiamata autosimilarità (self-similarity): i matematici dimostrano che qualsiasi zoom effettuato entro un frattale lo riproduce intatto senza limite, cioè fino a un numero infinito di zoom. Strutture frattali appaiono in moltissimi sistemi e processi naturali, in fisica, in biologia, in medicina, in cosmologia, in geologia, nella struttura delle galassie. In un albero ogni ramo è approssimativamente simile all'intero albero e ogni rametto è a sua volta simile al proprio ramo. Nell'Astrofisica, la cosmologia frattale afferma che la distribuzione della materia nell'Universo, o la struttura stessa dell'universo, è frattale. Le galassie si possono rappresentare come "grumi" di materia luminosa e illuminata (stelle, pianeti, asteroidi, ecc), queste a loro volta sono raggrumate a decine a formare gli ammassi di galassie. Dall'estremamente grande all'estremamente piccolo: le ultime ricerche sui cromosomi rivelano che il DNA di ogni cellula umana, lungo 2 metri, si ripiega nei 5 micrometri del nucleo, ripiegandosi non in modo casuale, come gli spaghetti in un piatto, ma disegnando una serie di curve, secondo la formula matematica detta "curva di Peano", riempiendo lo spazio, con brevi tratti a formare globuli, che formano altri globuli di globuli in uno stadio polimerico, seguendo una struttura frattale (Babbit 2011). Mandelbrot ritiene che in qualche modo i frattali abbiano delle corrispondenze con la struttura della mente umana, nella dinamica che accomuna i processi della corteccia cerebrale nei mammiferi, dal topo alla balena, passando per l'uomo, indipendentemente dalle dimensioni del cervello. Il fisico italiano Giuseppe Vitiello, professore di Fisica Teorica alla Facoltà di Scienze dell' Università di Salerno, in collaborazione con il neurobiologo californiano Walter J. Freeman, professore a Berkeley e con l'anestesiologo dell'Università dell'Arizona Stuart Hameroff, ha apportato un contributo originale all'applicazione di modelli frattali alla dinamica dei neuroni, dimostrando che la proprietà di auto-similarità che caratterizza i frattali è correlata, in termini di ben definite strutture matematiche, alla coerenza delle oscillazioni neuronali che sono osservate, attraverso l' EEG e le tecniche di fMRI, su regioni estese degli emisferi cerebrali nell'uomo e negli animali a riposo o impegnati in attività relazionali con l'ambiente. Inizialmente non capiva se la capacità del cervello di trasformare quasi istantaneamente i segnali dei sensi in percezioni coscienti, mobilitando collettivamente milioni di neuroni fosse un processo caotico o invece altamente coerente. I processi contemplati dalla normale biochimica dei trasmettitori nervosi e dalla fisica ordinaria della trasmissione degli impulsi nervosi sono troppo lenti per spiegare questo fenomeno. Secondo Vitiello, l'attività cerebrale presenta proprietà di auto-similarità e appare essere priva di una lunghezza fondamentale, di una scala, e al tempo stesso è caratterizzata dalla formazione di domini di oscillazioni neuronali coerenti. I componenti elementari si comportano in modo coerente quando, ad esempio, oscillano "in fase", realizzando così un ordine di natura temporale, come quello realizzato nell'esecuzione di un brano musicale da un'orchestra, oppure si distribuiscono con regolarità in un reticolo cristallino, producendo un ordine di natura spaziale.

Una ricerca pubblicata sulla rivista Nature Neuroscience dimostra che l'ascolto della musica, in particolare di quella preferita, è capace di indurre nel cervello il rilascio di dopamina, il neurotrasmettitore del piacere, che il grado di dopamina prodotto è direttamente proporzionale al gradimento della musica e che il suo rilascio inizia già al momento in cui si conosce che si ascolterà il proprio brano preferito (Salimpoor VN, 2011). Ricerche precedenti hanno già rivelato che la musica provoca intense commozioni e coinvolge, tra l'altro, anche le aree dell'orgasmo sessuale e del piacere legato al cibo, a conferma dello stretto rapporto tra funzioni ataviche, come sesso, cibo, musica e zone coinvolte nelle allucinazioni da droghe.

Anche gli uccelli cantano belle melodie: uno studio, condotto da un consorzio internazionale d ricerca, coordinato da R.K. Wilson della Washington University School of Medicine a St. Louis e pubblicato su Nature, ha chiarito che sono oltre 800 i geni coinvolti nella capacità del diamante mandarino (Taeniopygia guttata) di apprendere le articolate melodie canore del padre. Il piccolo, infatti, inizia a emettere suoni apparentemente casuali, e solo con la pratica e l'ascolto il giovane volatile si impadronisce del tipo di canto paterno, che utilizzerà per il resto della vita e trasmetterà alla generazione successiva. Questa dote di comunicare con vocalizzazioni apprese manca nelle femmine della specie, anche se esse distinguono e riconoscono i canti (International Zebra Finch Genome Sequencing Consortium. Nature, 2010). Questo studio conferma che la musica, presente nelle melodie degli uccelli, rappresenta soltanto un mezzo di comunicazione specie-specifico, geneticamente trasmesso, sempre uguale a sé stesso, e non ha niente da spartire con la capacità esclusiva dell'uomo di creare e godere i brani musicali. Nell'uomo il DNA svolgerebbe un ruolo nel gradimento del tipo di musica: uno studio condotto da Nokia e dal King's College London Department of Twin Research ha sondato le abitudini di ascolto di quasi quattromila gemelli omo ed eterozigoti e ha rivelato l'influsso del codice genetico sui gusti musicali: l'influenza genetica conterebbe più dell'educazione se si parla di pop, classica e hip-pop, incidendo per il 53%, mentre scenderebbe al 46% per jazz, blues e soul, al 40% per chi ama rock, indie ed heavy metal, e solo al 24% per il folk e il country (G. Spica, Repubblica 13/11/09).

Il problema vero, però, è cosa fa vibrare i neuroni e liberare dopamina? La risposta più semplice: la bellezza, è anche la più difficile, perché dovremmo spiegare cosa è la bellezza. Per Pitagora il segreto della bellezza è nei numeri; per Platone e i Sufi la bellezza è la manifestazione terrena di quella divina; per Voltaire la bellezza non esiste. Secondo un recente studio austriaco, condotto su 150.000 persone di ambo i sessi, i soggetti con un rapporto tra pressione arteriosa sistolica e diastolica pari a 1,618 hanno migliori condizioni di vita e una speranza di vita maggiore. I cardiologi austriaci non sapevano che questo numero è stato chiamato dagli antichi "proporzione divina" o "sezione divina o aurea", e architetti greci e romani e forse egizi si servirono della "proporzione divina": il Partenone, l'Arco di Costantino, il Pantheon, l'acquedotto di Segovia e del Gard e forse la piramide di Cheope hanno dimensioni calcolate sulla base di 1,618. Botticelli lo applicò alla Venere e Leonardo all'uomo vitruviano: se le proporzioni sono perfette, l'uomo è tagliato alla vita secondo il numero d'oro e nel medesimo rapporto stanno le varie parti tra loro, dal naso all'alluce. Le Corbusier, pur comunista e ateo, si rifece alla "proporzione divina" per disegnare,

sostenendo che era il segreto per ritrovare un'architettura a misura d'uomo, per contribuire così alla "pacificazione interiore". Il rapporto è presente in natura nella fisica, nella botanica, nella zoologia, nella mineralogia, nella chimica. La successione si riscontra in molti organismi viventi: pesci, uccelli, farfalle e nella complessa geometria del fiore di girasole. L'anatomia della stella di mare a cinque punte è tutta basata sul rapporto aureo ed ha affascinato l'uomo tanto da diventare simbolo religioso e massonico. Così come molte conchiglie, cioè spirali logaritmiche rette dagli stessi rapporti presenti pure in botanica, a partire dalle foglie che con questa disposizione godono della migliore insolazione. Il fiore di girasole dispone le migliaia di semi gialli in perfetta successione alla Fibonacci. Secondo la "successione di Fibonacci" ogni cifra è data dalla somma delle due precedenti: 0,1,1,2,3,5,8,13 ed il rapporto a partire da 34 diviene pari alla sezione aurea. Abitualmente utilizziamo immagini (banconote, quadri, schermi) a sviluppo orizzontale, con un rapporto tra lato orizzontale e verticale appunto di circa 1,6, perché i nostri occhi sono disposti orizzontalmente e vedono una scena orizzontale e rettangolare. Il tempo fisiologico spontaneo per spaziare con lo sguardo orizzontalmente su una scena visiva è più breve di quello richiesto per spaziarvi verticalmente ed il rapporto è prossimo al rapporto aureo. Quindi il campo visivo è ottimale perché rispetta questo rapporto. La molecola del DNA alterna un solco grande e uno piccolo con un rapporto di 1,618. Su Science è comparso uno studio in cui si dimostra che il rapporto tra le prime due frequenze di oscillazione quantistica in un mini-magnete (nimbato di cobalto) è proprio il rapporto aureo (M. Piattelli Palmarini 2010). Molti, dai tempi pagani ad oggi, dicono di scorgere nella sezione aurea le impronte digitali del Deus absconditus, che si cela e insieme si rivela lasciando indizi nella Sua creazione (V. Messori, 2009).
La musica non segue le regole dell'apparenza e della comunicazione: Susan Boyle, una anziana, brutta, goffa zitella inglese, vestita in modo dimesso, ad una trasmissione televisiva per esordienti, Britains Got Talent 2009, cominciò tra l'ilarità generale a cantare Memory from Cats ed incantò e trascinò l'uditorio. Decisamente ha ragione Oliver Sacks: "il nostro corpo è sintonizzato per la musica" e tutto questo ricorda il biblico "E prima fu il Verbo…".

*Responsabile SSD Malattie del Ricambio e Diabetologia
Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

BIBLIOGRAFIA

1) Arsenio L Sessualità, cibo e cervello. Mattioli 1882 Fidenza (PR) 2011.
2) Babbit GA Le Scienze agosto 2011, pag. 82-89
3) International Zebra Finch Genome Sequencing Consortium. 2010. The genome of the zebra finch: special insights into vocal learning and communication. Nature 464: 757-762
4) Lubetzky et al Effect of music by Mozart on energy expenditure in growing preterm infants. Pediatrics 2010 Jan;125(1):e24-8
5) Meli E La musica dei neuroni. Corriere della sera, 12 luglio 2009
6) Messori V Corriere della sera, 28 dicembre 2009
7) Piattelli Palmarini M Così occhio e mente colgono la bellezza. Corriere della sera 12 gennaio 2010
8) Perani D et al Functional specializations for music processing in the human newborn brain. Proc Natl Acad Sci USA 2010 Mar 9;107(10):4758-63. Epub 2010 Feb 22
9) Salimpoor VN et al Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. Nature Neuroscience Volume: 14, Pages: 257–262 (2011)
10) Takahashi N et al Circuit topology for synchronizing neurons in spontaneously active networks PNAS USA 2010 Jun 1;107(22):10244-9. Epub 2010 May 17

SESSUALITÀ, CIBO E CERVELLO

Per l'homo sapiens la sessualità arriva ad occupare uno spazio enorme, discostandosi così da quella delle altre specie animali dall'accoppiamento si è passati alla sessualità e all'erotismo, come dal pasto crudo si è arrivati alla cottura del cibo ed alla gastronomia.

ISBN: 978-88-6261-157-2
Prezzo: 22,00 Euro
www.mattioli1885.com

L'OPERA
Nel corso del processo evolutivo l'alimentazione ha certamente condizionato lo sviluppo del corpo umano ed in particolare del cervello, che a sua volta ha progressivamente modificato il comportamento alimentare, determinando una serrata concatenazione di rapporti causa-effetto che insieme hanno influenzato il comportamento sessuale e altri funzioni fondamentali come il sonno.

L'AUTORE
Leone Arsenio, è Responsabile della SSD di Malattie del Ricambio e Diabetologia dell'Azienda-Ospedaliero Universitaria di Parma. Insegna presso le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio dell'Università di Parma e la "Scuola Internazionale di Cucina Italiana" di Colorno.

Il Suicidio e il Tentato Suicidio Psicopatologia e clinica – Parte Seconda

La problematica nei contesti di emergenza-urgenza

di Gianni Rastelli e Marco Trevia***

PSICOPATOLOGIA E CLINICA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

Passando ad affrontare clinicamente le condotte suicidarie, potremo distinguere, nosograficamente: suicidio riuscito, tentato suicidio, la velleità suicidaria, i comportamenti autolesivi, la suicidosi, gli equivalenti suicidari. Il suicidio riuscito, che può essere razionale od impulsivo, lascia solo il tempo ai familiari per elaborare il lutto, darsi pace e superare la perdita nonché, a chi studia l'argomento, per effettuare la cosiddetta autopsia psicologica e cioè la raccolta anamnestica, dai parenti od altri conoscenti del suicida, di elementi psicopatologici pregressi di rilievo che possano essere utili nello studio, nella prevenzione e riduzione del rischio della condotte suicidarie. Il Tentato Suicidio (o suicidio mancato) è, di fatto, un suicidio vero e proprio che non è giunto a compimento solo per cause fortuite, casuali e non dipendenti dalla volontà del soggetto, che invece intendeva porre a compimento il suo intento. E' certamente quest'ultimo il caso più impegnativo, sia dal punto di vista clinico, psicopatologico che psicoterapico e relazionale. La Velleità suicidaria invece costituisce un tentativo appena abbozzato di suicidio, che spesso si traduce in tagli superficiali, assunzione di piccole quantità di farmaci e/o tentativi compiuti in presenza di familiari o altre persone, che sottende più la voglia di dormire, allontanarsi dai problemi o richiamare l'attenzione degli altri su di questi o su di sé. Non và tuttavia sottovalutata perché potrebbe avere il significato di prova generale. Quanto ai Comportamenti auto lesivi propriamente detti (o suicidio focale), si tratta di severi attacchi all'integrità del proprio corpo con intento non primariamente suicidario, quanto per constatare che si è vivi, e sensibili (o il contrario) al dolore, manipolare l'ambiente, gli altri, in modo da farsi accudire, oppure in modo da trasformare un dolore psichico in dolore fisico; sono questi sintomi e comportamenti (algofilia) assai caratteristici di pazienti affetti da gravi disturbi di personalità. Si parla invece di Suicidosi (o di stile suicidario) per riferirsi a quei tentativi ripetuti nel tempo, talvolta stereotipati, tanto da configurare quasi uno stile di vita, o quantomeno di comunicazione, del soggetto. In ultimo gli Equivalenti suicidari (suicidi subintenzionali), condotte che espongono in maniera volontaria o meno a rischio di morte (sport estremi, guida ad alta velocità, ecc.).

Gli studi sulla psicopatologia del suicidio si sono concentrati, anche psicoanaliticamente, sull'analisi dei vissuti e della sintomatologia depressiva. Sigmud Freud considera il suicidio come un omicidio mancato; l'introietto dell'oggetto perduto e la conseguente ostilità auto diretta consente all'individuo l'espiazione del senso di colpa provocati dalla consapevolezza di tale ostilità (vantaggio primario), nonché la punizione delle persone significative contro e per cui ci si suicida (vantaggio secondario). Herbert Hendin chiama in causa, più che la sola psicopatologia depressiva, diverse costellazioni psicodinamiche quali ritorsione verso l'altro, rinascita, fusione con l'amato, espiazione colpa-autopunizione. Ludwig Biswanger si concentra sulla dimensione tempo, sulla frammentazione del tempo e l'infuturazione del soggetto, incapace di proiettarsi più nel suo futuro. Franco Fornari sottolinea l'aspetto metacomunicativo dell'atto aggressivo, sottolineando come il suicida, pur negandolo, cerchi disperatamente un rapporto con il mondo. Gaetano Benedetti analizza la questione del suicidio nell'ambito della psicopatologia della Schizofrenia, considerandolo reazione alla frammentazione dell'Io nella psicosi nascente.

La valutazione del rischio di suicidio non può che essere multidimensionale e multifattoriale, e si deve sviluppare almeno su tre livelli: sovrastrutturale (aspetti ideologici, culturali e religiosi del gruppo di appartenenza del soggetto), strutturale (aspetti economici e sociali); sotto strutturale (aspetti individuali, intrapsichici, cioè dinamiche relazionali e stato psichico del soggetto).

I principali fattori di rischio sono: Anamnestici (familiarità per suicidio; pregressi TS); Generali: (Età >45 anni, sesso, maschi>femmine); Presenza di malattie croniche invalidanti (Ictus cerebri, IMA, Neoplasie, Lesioni cerebrali/spinali traumatiche. (Ruolo importante dei medici di base, come dei medici dei reparti internistici, di chirurgia e dei PS degli Ospedali come intercettatori potenziali della richiesta di aiuto); Socioeconomici e relazionali (stress economici-sociali, disoccupazione, migrazione, perdite, rottura equilibri). Psicopatologici (Disturbi Umore (Depressione Maggiore, fase depressiva del Disturbo Bipolare, Schizofrenia, Disturbi di Personalità con impulsività, Dipendenza da Sostanze, DCA, altri..); Soggettivi: sentimenti di "taedium vitae", colpa, autoaccusa, inguaribilità, solitudine; anedonia.

Per quanto non sufficientemente esaustive, e non sempre utili nel determinare o condizionare le valutazioni diagnostico terapeutiche, possono essere utile implementazione alla valutazione clinica alcune scale psicometriche, che mirano a rilevare e quantificare la gravità del rischio di suicidio; tra le più note ricordiamo: Scale of a suicidal ideation (SSI) di A.T.Beck (1979), una rating scale di 19 items strutturata per valutare l'ideazione suicidaria; Hopelessness scale di A.T.Beck (1974), scala di 20 items per valutare la visione pessimistica della vita del soggetto; Reasons for living inventory di Masha Linehan (1983),

composta da 48 items, che analizza le motivazioni che hanno i soggetti per prevenire i gesti auto lesivi; Suicide Assessment scale (SAS) di B.Stanley, (1986).
Nell'ambito poi, più strettamente, della psicopatologia, diversi sono gli ambiti in cui risulta elevato il rischio suicidario. Innanzitutto i Disturbi dell'Umore; la Depressione Maggiore e il Disturbo Bipolare sono frequenti in casi di suicidio e tentato suicidio. L'ideazione suicidaria è più grave al primo episodio, se l'età è più giovane, se sono presenti anedonia, ansia ed insonnia, Stati Misti, Depressione Atipica e Depressione Psicotica, fase depressiva del Disturbo Bipolare, nonché se vi è comorbidità con Disturbo Borderline di Personalità e con l'uso di alcol e sostanze. Anche alcuni Disturbi d'Ansia sono correlati all'emergere di ideazione e comportamenti suicidari: Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Ansia Generalizzata, Fobia Sociale e Disturbo Post Traumatico da Stress, specie se associati ad abuso di alcolici e tratti impulsivi di personalità. Nell'ambito del Disturbi Psicotici poi, è noto come il 10% di pazienti affetti da Schizofrenia muoia suicida, percentuale paragonabile a quella nei pazienti con Disturbo dell'Umore. Il rischio è più elevato nei soggetti maschi, giovani, soli e disoccupati, di istruzione più elevata, esposti a frequenti ricadute, con sintomi affettivi sovrapposti. Depressione post-psicotica, scarsa Qualità della Vita percepita e momenti di insight seguenti alla remissione dei sintomi positivi floridi aumentano il rischio; i metodi utilizzati sono in genere cruenti e bizzarri. E' importante considerare inoltre come la gravità dei sintomi depressivi e positivi (deliri ed allucinazioni, comportamento ed ideazione disorganizzata) sia associata ad aumento del rischio, quella dei sintomi negativi (apatia, avolizione, impoverimento affettivo e della personalità) a diminuzione dello stesso. Anche alcuni tra i Disturbi di Personalità (Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità e, in misura minore, il Disturbo Dipendente di Personalità) sono considerati quadri psicopatologici associati ad aumento del rischio suicidario. Nei disturbi di personalità si registra soprattutto però una suicidalità cronica (stile suicidario), quindi si tratta più tentativi-tentamen (con il frequente significato di comunicazione del disagio,controllo eventi e emozioni), che comportamenti suicidari veri e propri; metodo tradizionale è l'assunzione incongrua di farmaci.
A questo punto, è possibile riconoscere un denominatore comune, tra vissuti psicopatologici e drammi esistenziali? Sembra di poterlo vedere nell'intollerabile sentimento di solitudine e nell'impossibilità di comunicare. Dunque suicidio in quanto estrema modalità comunicativa che il soggetto sente d'aver perduto? Col suicidio un dramma privato rientra in una dimensione collettiva che il soggetto pensa d'aver perduto: "Mi suicido, quindi esisto! Ci sono, sono qui".

IL TENTATO SUICIDIO IN PRONTO SOCCORSO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO NEL DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale rappresenta il luogo in cui afferiscono l'80 % dei casi di Tentato Suicidio, ed è quindi il luogo privilegiato per la loro intercettazione. Il PS è per molte persone il primo punto di contatto con una fonte di aiuto. Spesso molte persone pochi giorni/settimane prima di commettere suicidio o di tentarlo seriamente hanno avuto contatti con il PS o con il MMG; siccome il rischio di ripetere il gesto è molto più elevato nelle settimane successive al tentativo precedente, è opportuna una rapida e solida presa in carico che parta proprio dal contatto con il P.S.
Sfortunatamente, vi è spesso un impressionante contrasto tra l'assistenza fornita ai pazienti con potenziali intenzioni suicide e l'assistenza garantita ai pazienti con diagnosi mediche, malgrado il fatto che il suicidio sia una così comune eppure spesso prevenibile causa di morte.
Per molti pazienti, una visita nel DEA può essere l'unica opportunità di intervento prima di un suicidio compiuto.
La preoccupazione immediata nel DEA è quella di assicurare la rianimazione e la stabilizzazione appropriate adatte al singolo paziente; tutti i pazienti che hanno effettuato un tentativo anticonservativo o si pensa abbiano tendenze suicide sono un potenziale continuo pericolo per se stessi. I pazienti necessitano di un ambiente sicuro e monitorizzato mentre sono nel DEA. Possono necessitare anche di un'osservazione a vista e di mezzi di restrizione fisici o chimici per poterli valutare. Così come nella cura pre-ospedaliera, si raccomanda di utilizzare il quantitativo minimo sufficiente di mezzi di restrizione fisici e/o chimichi. E' utile, spesso indispensabile, somministrare nel DEA una benzodiazepina (Diazepam o Lorazepam) ed un farmaco anti-psicotico (Aloperidolo, Clotiapina o Clorpromazina) per ridurre l'agitazione ed il pericolo potenziale per il paziente e per il personale. Il medico d'urgenza ha un ruolo importante nel "prosciogliere dal punto di vista medico" il paziente, nel determinare cioè se i sintomi psichiatrici del paziente possano essere secondari a una patologia medica che richieda un trattamento medico piuttosto che psichiatrico. Lo scopo primario dell'anamnesi è di stabilire il grado di rischio imminente per il paziente. Il rischio di suicidio viene stabilito lungo un continuum che va dall'ideazione suicida da sola (relativamente meno grave) all'ideazione suicida con un piano (più grave). Non vi sono tuttavia evidenze, come già detto, che provino come gli screening per il rischio di suicidio riducano i tentativi di suicidio o la mortalità e non vi è nessuna prova definitiva che suggerisca la superiorità di uno strumento di screening rispetto a qualsiasi altro, specialmente nello scenario del DEA.
Una elevata percentuale dei suicidi portati a termine sono associati con l'abuso di sostanze o con la depressione non trattati. I pazienti che non hanno tentato il suicidio ma che si presentano con una storia di depressione, abuso di sostanze, ansia o altri disturbi psichiatrici dovrebbero pertanto essere valutati di routine per l'ideazione suicida.
I dati demografici e i fattori di rischio possono aiutare il medico a determinare il grado di rischio. Un precedente tentativo di suicidio è considerato il migliore predittore di un futuro suicidio portato a termine.
Dopo la raccolta dell'anamnesi e la valutazione dell'evento, al medico di pronto soccorso rimane l'esame obiettivo (valutazione dei segni vitali, presenza di febbre, valutazione pupille ed addome, quali segni indiretti di intossicazione, ricerca segni di traumatismi, valutazione dello stato mentale) e l'effettuazione dei necessari esami ematochimici e strumentali. L'esame psichico comporta la valutazione dell'attenzione, del linguaggio, dell'orientamento, di memoria, capacità viso-spaziale e capacità concettuale, nonché della capacità introspettiva e di giudizio.

LA CONSULENZA CONGIUNTA MEDICO DI PRONTO SOCCORSO-PSICHIATRA

Completato l'iter di accoglienza e la visita medica di Pronto Soccorso, prosegue il percorso con la consulenza psichiatrica che dovrà poi portare alla decisione congiunta medico di PS-Psichiatra; il paziente rimarrà in carico al medico di pronto soccorso ma le decisioni operative dovranno essere tuttavia condivise tra il consulente ed il medico di pronto soccorso. Allo psichiatra pertanto viene richiesta una valutazione diagnostica più approfondita, che includa anche una stima del rischio di reiterazione; il consulente psichiatra ha il compito di definire un indirizzo diagnostico e un appropriato trattamento terapeutico che, nel caso del tentato suicidio, si configura nella scelta congiunta con il medico di pronto soccorso- della più opportuna destinazione del paziente, una volta che quest'ultimo sia stato prosciolto dal punto di vista medico.

A questo scopo, per poter operare la scelta più appropriata, il consulente dovrà considerare diversi parametri: le caratteristiche dell'evento (luogo, contesto, il tempo trascorso dal gesto all'arrivo in PS, ecc.); comprendere se il gesto è stato impulsivo oppure progettato; accertarsi sulla serietà dell'intenzionalità suicida e sulla letalità del mezzo utilizzato; sapere se ci sono stati precedenti contatti con il MMG o specialisti; sapere se c'era stata comunicazione propositi a familiari od altri (il gesto si può leggere come messaggio, impropria richiesta di aiuto oppure c'era seria intenzionalità autosoppressiva?); raccogliere notizie sull'anamnesi psicopatologica e sulla eventuale familiarità psicopatologica; informarsi su eventuali patologie presenti (internistiche, uso di sostanze, ecc.); conoscere i principali dati anagrafici del paziente, lo stato civile, l'occupazione, la composizione della famiglia; sapere se esiste una rete familiare-amicale od altre risorse disponibili; conoscere se c'è stata la presenza di eventi scatenanti (lutto, separazione, abbandono) e, in ultimo, capire se il paziente sia sollevato o stupito per essere sopravvissuto. Dopo la raccolta di tutte queste informazioni si inizierà il colloquio; la centralità del colloquio clinico e la costruzione della relazione rimangono i capisaldi su cui è opportuno basare la consulenza e dai quali poi, con l'opportuna integrazione delle precedenti notizie acquisite, deriveranno le decisioni operative e terapeutiche prese congiuntamente al medico del pronto soccorso. Il colloquio dovrà consentire al medico di valutare il grado di propensione al suicidio, la forza con la quale il paziente può riuscire a contrastare gli impulsi suicidi, la qualità delle risorse esterne disponibili ad offrire controllo e sostegno al paziente, capire se il rischio di nuovi atti anticonservativi sia in aumento, valutare la capacità del paziente di stare in colloquio e la sua risposta all'interazione personale con il medico (è rassicurato o ancora disperato dopo il colloquio? Non collabora?). E' importante verificate in ogni paziente le ideazioni suicide, i propositi e i piani prima di prendere delle decisioni; argomentare e documentare bene la decisione (il suicidio ha infatti implicazioni medico-legali). Lo standard professionale attuale è ricoverare, ai limiti anche coattivamente, ogni paziente che abbia compiuto un reale TS (necessità di un periodo protetto per

l'elaborazione dell'accaduto) e/o che mantenga ideazioni, piani o propositi anticonservativi nel DEA dopo la visita medica e la consulenza psichiatrica. Il luogo più adatto per seguire un paziente in imminente pericolo di suicidio è il reparto ospedaliero di psichiatria con un personale addestrato ad assistere questi pazienti. In alcuni casi i pazienti con ideazioni suicide, ma senza propositi e/o progetti , possono essere dimessi dopo approfondita valutazione. La decisione di dimettere deve essere presa con prudenza, condivisa tra lo psichiatra e il medico di Pronto Soccorso. Nel caso si decida per la dimissione deve essere soddisfacente il sistema di sostegno socio-familiare e si devono dare informazioni, riferimenti telefonici del CSM/Ospedale ed istruzioni adeguate al paziente ed ai familiari. Il follow-up è particolarmente importante per ogni paziente dimesso.

ALLEGATO: Algoritmo per la valutazione del rischio suicidario e trattamento

(Da Hirschfeld R.M.A. e Russel J.M.,loc.cit., con parziali modifiche e adattamenti)

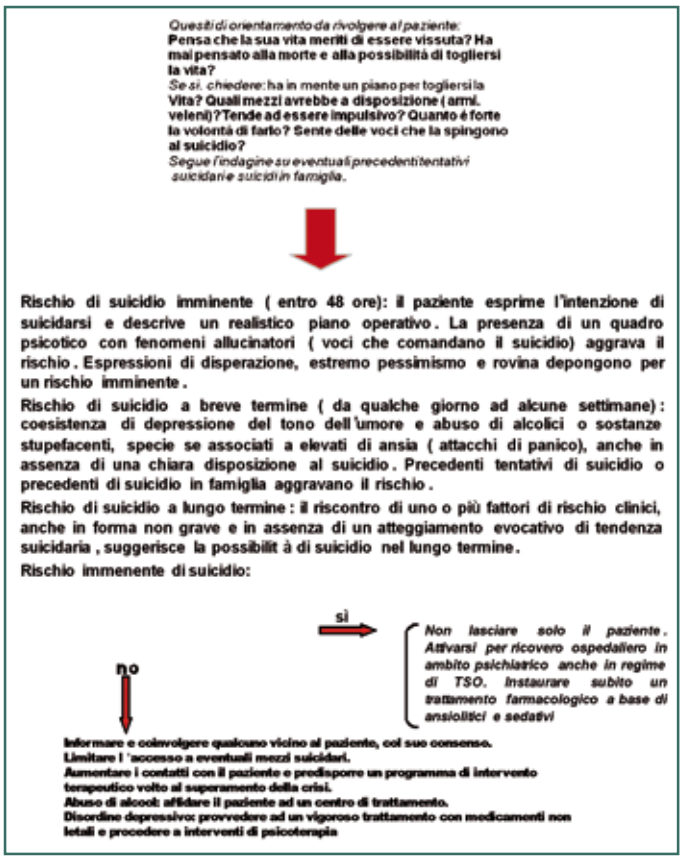
Fattori di rischio sociodemografici:

Soggetto di sesso maschile, di età superiore a 60 anni, vedovo o divorziato, che vive solo, disoccupato o con problemi economici, con recenti situazioni esistenziali sfavorevoli.

Fattori di rischio clinici:

Sindrome depressiva o schizofrenia, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, anamnesi positiva per precedenti tentativi o idee di suicidio, sentimenti di disperazione, grave stato ansioso, manifestazioni di attacco di panico, grave prostrazione.

Valutazione del rischio suicidario:



BIBLIOGRAFIA

1) American Psychiatric Association: "Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Arlington, VA. 2003.
2) Anzallo C., Tesolin et al.: <I disturbi di personalità e la condotta suicidaria>. In Noos. Aggiornamenti in psichiatria. Vol 10, num.4,ottobre-dicembre 2004: Il Suicidio. A cura di : Eugenio Aguglia.
3) Barbagli Marzio: "Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Occidente ed in Oriente. Ed. Il Mulino. 2010.
4) Borgna E., Manica M., Pagnoni A.: Il suicidio, amore tragico, tragedia d'amore. Ed. Borla, Roma 2006.
5) Cap. 62. "Il suicidio" (a cura di D.De Leo, L.Pavan, C.Baconcini), del Trattato Italiano di Psichiatria. II Edizione. Ed.Masson. Milano 1999.
6) D.De Martis: "Uno sguardo panoramico sui problemi del tentato suicidio adolescenziale". In: Lanzi G. L'adolescenza: psicologia, psichiatria e sociologia. Roma: Il Pensiero Scientifico 1983.
7) Drug Abuse Warning Network, 2008:National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Drug-related suicide attemps: ED visits involving drug-related suicide attempts, 2008. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality. wwwdawninfo.samhsa.gov/.
8) Duberstein P.R., Conwell: "La prevenzione del suicidio negli adulti meno giovani". Directions in Psychiatry. Num 1. Anno 2002. Società Italiana di Psichiatria. Ed. Centro Scientifico Editore.
9) Durkheim Emile: "Il suicidio. Studio di sociologia". BUR. Biblioteca Universale Rizzoli. 2007.
10) F.Fornari: "L'angoscia e il sentimento di colpa inconscio" in : "La lezione Freudiana", Ed.feltrinelli, Milano 1983.
11) F.Fornari: "La morte, l'anima". In : "Dieci psicoanalisti spiegano i temi centrali della vita (a cura di S.Rossini). Ed. Rizzoli. Milano.
12) Freud S.: "Lutto e Melanconia". OSF Vol.8. Ed.Boringhieri. Torino.
13) Gasparri L.: "Suicidio e filosofia. Dagli antichi a Leopardi". Ed. Il prato. 2008.
14) Giusti E., Bruni F., Pompili M.: "Rischio suicidio. Prevenzione e trattamento integrato nelle relazioni d'aiuto". Ed.Sovera. 2009.
15) Migliarinese G., Bernardo L., Zanaboni M.G., Mencacci C.: "Il tentato suicidio dell'adolescente tra pediatria e psichiatria: il progetto dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e dell'Associazione "L'amico Charly" di Milano. In : Giovani in Pronto Soccorso. Il corpo nelle emrgenze psicologiche (a cura di Fabio Vanni). 2009. Ed. Franco Angeli 2009.
16) Morand P.: "L'arte di morire". Ed.Sellerio. Palermo 2008.
17) Organizzazione Mondiale della sanità (WHO) SUicidal PREvention (SUPRE project): Suicidal prevention and special programmes. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/index.html
18) Pandolfi A.M.: "Il suicidio: voglia di vivere, voglia di morire". Ed. Franco Angeli. Milano, 2000.
19) Pietropolli Charmet G.: "Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza". Ed.Raffaello Cortina. Milano, 2009.
20) Pinguet Maurice: "La morte volontaria in Giappone". Ed.Luni. 2007.
21) Polito M.: "Suicidio.Guerra contro se stessi. Cause e prevenzione". Ed.Libreria Universitaria. 2009.
22) Pommereau Xavier: "La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio". Ed. Pgreco. 2010.
23) 23. Romolo Rossi, Lisa Attolini, Filippo Gabrielli: <Considerazioni sul suicidio: da Pirandello a Campana.>. In Noos. Aggiornamenti in psichiatria. Vol 10, num.4,ottobre-dicembre 2004: Il Suicidio. A cura di : Eugenio Aguglia.
24) 24. Russinov I, Clark M I pazienti suicidi: valutazione e trattamento dei pazienti che si presentano per tentativi o ideazioni suicide. Emergency Medicine Practice Ed. Italiana 2004; 11: 1-20.
25) Shneidmen E.S.: "Autopsia di una mente suicida". Ed.Fioritti. 2006
26) Vittorio Volterra: <Gli adolescenti che tentano il suicidio: disperazione e speranza>. In Noos. Aggiornamenti in psichiatria. Vol 10, num.4,ottobre-dicembre 2004: Il Suicidio. A cura di : Eugenio Aguglia.
27) World Report on Violence and Health. Chapter 7. Self-Directed Violence. (185-212). World Health Organization. Geneve. 2002.

Direttore Responsabile
Dr. Tiberio d'Aloia

Direttore Editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

Giornalisti
Antonella Del Gesso

Medici
Dott. Paolo Pesci
Dott. Michele Meschi
Dott. Mariangela Dardani

Esterni
Prof. Raffaele Virdis
Dott. Gianfranco Cervellin
Dott. Fernanda Bastiani
Dott. Angelo Campanini
Dott. Bruno Agnetti

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

www.ordinemedicidiparma.it
segreteria@ordinemedicidiparma.it
Tel. 0521/208818 - 0521/234276
Fax.0521/234276

Consiglio Direttivo 2009 – 2011

Presidente
Dr. Tiberio D'Aloia

Vice Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Segretario
Dr. Paolo Ronchini

Tesoriere
Dr. Paolo Dall'Aglio

Consiglieri:
Dr. Michele Campari
Dr. Ornella Cappelli
Dr. Nicola Cucurachi
Prof. Roberto Delsignore
Dr. Davide Dazzi
Dr. Giorgio Gazzola
Dr. Francesco Leonardi
Dr. Andrea Manotti
Dr. Roberto Minari
Dr. Paolo Pesci
Dr. Gianni Rastelli
Dr. Mario Scali
Dr. Patrizia Sottotetti

Revisori dei Conti
Dr. Matteo Curti (Presidente)
Dr. Michele Meschi
Dr. Francesco S. Renzulli
Dr.ssa Mariangela Dardani (Supplente)

Commissione Odontoiatri
odontoiatri@ordinemedicidiparma.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

Consiglieri
Dr. Paolo Dall'Aglio
Dr. Federico Maffei
Dr. Paolo Pesci
Dr. Claudia Rabajotti

I NOSTRI LUTTI

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

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

Prof. Paolo Bobbio
Di anni 75
Deceduto il 10 giugno 2011

Prof. Giancarlo Tella
Di anni 74
Deceduto il 29 giugno 2011

Dott. Romano Camorali
Di anni 77
Deceduto il 13 luglio 2011

Dott. Vincenzo Nieddu
Di anni 82
Deceduto il 18 luglio 2011

Prof. Emanuele Ferri
Di anni 75
Deceduto il 19 luglio 2011

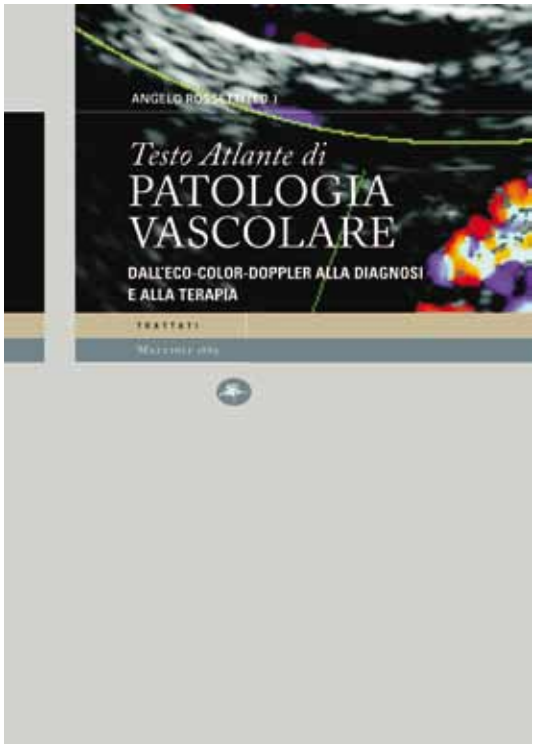
Dott. Giovanna Giavazzoli
Di anni 81
Deceduta il 29 luglio 2011

Dott. Elio Clarizia
Di anni 69
Deceduto il 21 agosto 2011

>>>
Explora

A. ROSSETTI (ED.)

Testo Atlante di PATOLOGIA VASCOLARE



La filosofia con cui è stato concepito questo testo è quella dell'utilità pratica: il testo mira ad essere essenziale, sintetico e di agevole consultazione. Il testo-atlante è rivolto a tutti gli Specialisti che si interessano di patologia vascolare, ai cultori delle metodiche ultrasonografiche, ai Medici di Medicina Generale, agli Studenti di Medicina e Chirurgia, agli specializzandi in Medicina Interna, Angiologia, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Chirurgia e Radiologia; il testo potrà inoltre essere di grande interesse per i dottori in scienze infermieristiche.
Il testo-atlante è strutturato in due parti: nella prima parte vengono descritte le metodiche ultrasonografiche che portano alla diagnosi delle più frequenti patologie di interesse vascolare, mentre nella seconda parte vengono trattati i farmaci di maggior impiego con le relative indicazioni terapeutiche, i nuovi anticoagulanti orali, le indicazioni chirurgiche e di radiologia interventistica. Questo testo-atlante è il frutto dell'esperienza di molti Specialisti che si dedicano alla diagnosi e alla cura dei pazienti affetti da malattie vascolari.

Caratteristiche editoriali dell'opera:

ISBN 978-88-6261-196-1
formato 20x27 pagine 276
brossura rilegata filo refe
prezzo di copertina: Euro 60,00
disponibile presso l'Editore
e le principali Librerie Scientifiche

Mattioli 1885

Euro 60,00

☐ DESIDERO RICEVERE UNA COPIA DELL'OPERA

Testo Atlante di Patologia Vascolare

INVIATE LA COPIA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

COGNOME
NOME
VIA
CITTÀ
CAP PROVINCIA
E-MAIL
P. IVA

PAGHERÒ L'IMPORTO PARI A **60,00 EURO** A MEZZO:

☐ BONIFICO BANCARIO
(allego fotocopia) intestato a: Mattioli 1885 spa Strada di Lodesana 649/sx, Loc. Vaio, 43036 Fidenza (PR), presso Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza, Ag. 3 di Fidenza; cod. IBAN IT 39 S 06230 65732 000094186751, cod. BIC CRPPIT2P487

☐ VISA ☐ MASTERCARD

N° CARTA
SCADENZA
FIRMA

INVIARE A:
Mattioli 1885
Strada di Lodesana 649/sx, Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Pr) fax 0524/825307

GEMINI

POLIAMBULATORIO PRIVATO DI MEDICINA SPECIALISTICA

Gemini Medicina Specialistica S.r.l.
Parma - P.le Badalocchio 3/a
Tel. 0521 985454 - Fax 0521 983027
www.geminimedicina.it
segreteria@geminimedicina.it

Orario di Apertura
08,00/20,00 - **Sabato** 08,00/13,00

ALLERGOLOGIA	*Dott. Sergio Scarpa*
ANDROLOGIA	*Dott. Carlo Maretti*
ANESTESIOLOGIA E TERAPIA ANTALGICA	*Dott. Luigi Follini*
CARDIOLOGIA Ecocardiogramma ECG - ECG da sforzo Holter cardiaco Holter pressorio Check-up cardiologico	*Dott.ssa Maria Gloria Fesani* *Dott. Angelo Finardi* *Dott. Massimo Gualerzi* *Dott. Pietro Pisciotta*
CHIROPRATICA	*Dott. Giovanni Tarasconi*
CHIRURGIA DEL PIEDE	*Dott. Francesco Caravaggio*
CHIRURGIA GENERALE	*Dott. Rinaldo Lampugnani* *Dott. Pierluigi Piccolo*
CHIRURGIA GENERALE E DELLA TIROIDE	*Dott. Rinaldo Lampugnani*
CHIRURGIA PLASTICA	*Dott. Paolo Costa* *Dott. Romolo Nouvenne*
CHIRURGIA PROTESICA ARTICOLARE	*Prof. Aldo Guardoli* *Prof. Enrico Vaienti*
CHIRURGIA DELLA SPALLA	*Dott. Mauro Braggion* *Dott. Dario Petriccioli*
CHIRURGIA VASCOLARE	*Prof. Gioacchino Iapichino*
COLONPROCTOLOGIA	*Dott. Pasquale Talento*
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	*Dott.ssa Paola Bassissi* *Dott.ssa Carla Maria Costa* *Dott. Romolo Nouvenne*
DIABETOLOGIA	*Prof. Antonio Pezzarossa*
DIETOLOGIA	*Dott.ssa Maria Angela Dallasta*
ENDOCRINOLOGIA	*Prof. Giuseppe Robuschi* *Prof. Antonio Pezzarossa*
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	*Prof.ssa Lucia Ghizzoni*
EPATOLOGIA	*Prof. Giovanni Pedretti*
FISIATRIA	*Dott.ssa Daniela Delaidini* *Dott.ssa Pieremilia Lusenti* *Dott. Luca Schianchi*
FISIOTERAPIA	*Fis. Filippo Soncini*
GINECOLOGIA Colposcopia Ecografia Pap-test Tamponi Corsi di preparazione alla nascita	*Prof. Danilo Debiasi* *Dott.ssa Francesca Gazza* *Dott.ssa Patrizia Greci* *Dott. Maurizio Rinaldi* *Ost. Nina Bottioni*
LOGOPEDIA	*Log. Elena Iiritano*
MALATTIE INFETTIVE	*Prof. Giovanni Pedretti*
MEDICINA INTERNA	*Prof. Giovanni Pedretti* *Prof. Antonio Pezzarossa* *Dott. Raffaele Ballini*
MEDICINA INTERNA E IPERTENSIONE	*Prof. Alberto Guido Caiazza*
MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI	*Dott. Antonio Ravazzoni*
NEUROCHIRURGIA	*Prof. Eugenio Benericetti* *Prof. Vitaliano Nizzoli* *Prof. Gianpaolo Paini*
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	*Dott. Carlo Capone* *Dott.ssa Emanuela Sani*
NEUROLOGIA	*Dott. Augusto Scaglioni*
NEFROLOGIA PEDIATRICA	*Prof.ssa Anita Ammenti*
OCULISTICA Perimetria Computerizzata tomografia a coerenza ottica OCT	*Prof. Giuseppe Nuzzi*
ONCOLOGIA E SENOLOGIA	*Dott. Guido Ceci* *Dott.ssa Beatrice Di Blasio* *Dott. Pierluigi Piccolo*
ORTOPEDIA	*Prof. Aldo Guardoli* *Prof. Enrico Vaienti* *Dott. Mauro Braggion* *Dott. Francesco Caravaggio* *Dott.ssa Pieremilia Lusenti* *Dott. Dario Petriccioli*
OTORINOLARINGOIATRIA	*Prof. Fabio Piazza* *Dott. Guido Bacchi* *Dott. Enrico Pasetti*
PNEUMOLOGIA	*Prof. Angelo Cuomo*
PNEUMOLOGIA PEDIATRICA	*Dott. Gianluigi Grzincich*
PSICHIATRIA	*Dott.ssa Clelia Chinni* *Dott.ssa Silvia Codeluppi* *Dott. Mauro Mozzani*
PSICOLOGIA	*Dott.ssa Ksenija Stojic*
RADIOLOGIA Ecocolordoppler Ecografia Radiografia Ortopantomografia Mammografia e senologia Risonanza Magnetica Aperta	*Prof. Ferdinando Cusmano* *Prof. Alberto Maestri* *Dott.ssa Gabriella Durante-Martina* *Dott. Giovanni Marchitelli* *Dott. Giulio Pasta* *Dott. Claudio Tosi*
REUMATOLOGIA	*Dott.ssa Elvira Rocca*
UROLOGIA	*Dott. Francesco Dinale* *Dott. Michele Potenzoni* *Dott.ssa Marta Simonazzi*

GEMINI

RISONANZA MAGNETICA APERTA
RADIOLOGIA COMPUTERIZZATA
ECOGRAFIA
PRELIEVI (SI ESEGUONO OGNI TIPO DI ANALISI, PAP-TEST, TAMPONI)

Direttore Sanitario Dott. Guido Bacchi Specialista in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico Facciale Aut. San. N. 47188 del 15/03/2011

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification
SISTEMA DI QUALITA' CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE