parma medica

n.3

novembre 2009

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

Non fare colazione può causare obesità

Studi epidemiologici recenti rivelano che ben il 20-30% di bambini ed adolescenti non mangiano al mattino

IN QUESTO NUMERO:

I piccoli ospedali sono pericolosi per la salute?

Il disagio e il malessere della classe medica

La palestra del confronto. Valutazioni in seno alla Professione

La disfagia e la malnutrizione del paziente in riabilitazione

A9921109

EDICTA EDIZIONI

Allergologia e Immunologia	Dott. Sergio Scarpa**
Andrologia	Dott. Carlo Maretti
Anestesiologia e Terapia Antalgica	Dott. Luigi Follini
Cardiologia	Dott.ssa Maria Gloria Fesani Dott. Angelo Finardi Dott. Pietro Pisciotta
Chirurgia del Piede	Dott. Francesco Caravaggio
Chirurgia Generale	Dott. Pierluigi Piccolo Dott. Rinaldo Lampugnani
Chirurgia Generale e della Tiroide	Dott. Rinaldo Lampugnani
Chirurgia Maxillo Facciale	Dott. Marco Collini
Chirurgia Plastica	Dott. Paolo Costa Dott. Romolo Nouvenne
Chirurgia Protesica articolare	Prof Aldo Guardoli** Prof. Enrico Vaienti**
Chirurgia della Spalla	Dott. Dario Petriccioli
Chirurgia Vascolare	Dott. Gioacchino Iapichino
Colonproctologia	Dott. Pasquale Talento
Dermatologia e Venereologia	Dott.ssa Paola Bassissi Dott. Roberto Cavagna Dott.ssa Carla Maria Costa Dott. Romolo Nouvenne
Diabetologia	Prof. Carlo Coscelli
Dietologia	Dott.ssa Maria Angela Dallasta Dott. Danilo Manari
Endocrinologia	Prof. Giuseppe Robuschi Dott.ssa Simona Cataldo
Endocrinologia Pediatrica	Prof.ssa Lucia Ghizzoni
Epatologia	Prof. Giovanni Pedretti**
Fisiatria	Dott.ssa Daniela Delaidini**

Ginecologia ed Ostetricia	Prof. Danilo Debiasi Dott.ssa Francesca Gazza Dott.ssa Patrizia Greci** Dott. Maurizio Rinaldi** Dott.ssa Paola Salvini** Ost. Federica Bellingeri Ost. Cinzia Tognocchi
Malattie Infettive	Prof. Giovanni Pedretti**
Medicina Interna	Prof. Giovanni Pedretti**
Medicina dello Sport	Dott. Massimo Manara
Nefrologia Pediatrica	Prof.ssa Anita Ammenti
Neurochirurgia	Prof. Vitaliano Nizzoli Prof. Gianpaolo Paini
Neuropsichiatria	Prof. Stefano Passeri
Neurologia	Prof. Stefano Passeri Dott. Augusto Scaglioni
Oculistica	Prof. Giuseppe Nuzzi
Odontoiatria e Odontostomatologia	Dott. Carlo Bacchi
Oncologia e Senologia	Dott. Guido Ceci Dott. Pierluigi Piccolo
Ortognatodonzia	Dott. Fabio Costa
Ortopedia	Prof. Aldo Guardoli** Prof. Enrico Vaienti** Dott. Francesco Caravaggio Dott. Dario Petriccioli
Otorinolaringoiatria	Prof. Fabio Piazza Dott. Guido Bacchi Dott. Marco Collini Dott. Enrico Pasetti
Pneumologia	Dott. Paolo Spagnolo
Pneumologia Pediatrica	Prof. Gianluigi Grzincich
Radiologia	Prof. Alberto Maestri Dott. Ferdinando Cusmano** Dott.ssa Gabriella Durante-Martina Dott. Giovanni Marchitelli Dott. Giulio Pasta Dott. Claudio Tosi
Urologia	Dott. Carlo Cantoni Dott. Francesco Dinale

**Intramoenia AUSL

Cardiologia
responsabile Dott. Pietro Pisciotta

Ecocardiogramma	Dott. Pietro Pisciotta
ECG	
ECG da sforzo	
Holter cardiaco	
Holter pressorio	
Check-up cardiologico	

Ginecologia
responsabile Prof. Danilo Debiasi

Colposcopia	Prof. Danilo Debiasi Dott.ssa Patrizia Greci**
Ostetricia	Ost. Federica Bellingeri Ost. Cinzia Tognocchi corsi di preparazione alla nascita

Radiologia
responsabile Prof. Alberto Maestri

Ecocolordoppler	Prof. Gioacchino Iapichino Dott. Giovanni Marchitelli Dott. Claudio Tosi
Ecografia	Prof. Alberto Maestri Dott. Giovanni Marchitelli Dott. Giulio Pasta Dott. Claudio Tosi
Elettromiografia	Dott. Augusto Scaglioni
Elettromiografia Gnatologica	Dott. Fabio Costa

Radiologia
responsabile Prof. Alberto Maestri

Mammografia e Senologia	Prof. Alberto Maestri Dott.ssa Gabriella Durante-Martina
Risonanza Magnetica Aperta	Dott. Ferdinando Cusmano** Dott. Giulio Pasta
Radiografia e Ortopantomografia	Prof. Alberto Maestri Dott. Ferdinando Cusmano** Dott. Giovanni Marchitelli Dott. Giulio Pasta Dott. Claudio Tosi

Oculistica
responsabile Prof. Giuseppe Nuzzi

Perimetria computerizzata	Prof. Giuseppe Nuzzi
OCT - Tomografia a coerenza ottica	Prof. Giuseppe Nuzzi

Psichiatria e Psicologia
responsabile Dott. Mauro Mozzani

	Psichiatri
Psichiatria	Dott.ssa Clelia Chinni** Dott.ssa Silvia Codeluppi** Dott. Mauro Mozzani**
Sessuologia Clinica e Consulenza di Coppia	Dott. Carlo Maretti spec. Andrologia
	Psicologi
Psicologia	Dott.ssa Ksenija Stojic

Ortopedia, Traumatologia e Fisiochinesiterapia Ortopedica
responsabile Dott. Francesco Caravaggio

Ortopedia	Prof. Aldo Guardoli** Prof. Enrico Vaienti** Dott. Francesco Caravaggio Dott. Dario Petriccioli
Chiropratica	Dott. Giovanni Tarasconi
Fisioterapia Massoterapia	Fis. Filippo Soncini - T.E.C.A.R. Terapy e LASER YAG
Traumatologia	Dott. Massimo Manara

GEMINI
POLIAMBULATORIO PRIVATO DI MEDICINA SPECIALISTICA

Orario d'apertura 07,30 / 20,00
Sabato 08,00 / 20,00

Servizio Quotidiano
Radiologia, Ecografia, Risonanza Magnetica e Prelievi Ematici

Gemini Medicina Specialistica s.r.l.
P.le Badalocchio S.R., 3/a
43100 Parma
Tel. 0521 985454 - Fax 0521 983027
info@geminimedicina.it
Direttore Sanitario Dott. Guido Bacchi
Specialista in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico Facciale
Aut. San. N° 113497 del 05/08/2005

studio associato di radiologia del

Dott. Pasta

dal Lunedì al Venerdì
ORARIO CONTINUATO
Sabato 8-12,30

B. go della Posta, 12 - 43100 PARMA
Tel. 0521 230472/231894 Fax 0521 507255
e-mail: info@radiologiapasta.it
Internet: www.radiologiapasta.it

Autorizzazione Sanitaria n.142560 del 7/11/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

RADIOLOGIA
Digitale
Tradizionale
Dentale

TAC
Dentale
Maxillo-facciale

MAMMOGRAFIA
ECOGRAFIA
ECOCOLORDOPPLER
ISTEROSALPINGO-GRAFIA
RMN

Convenzionato con
FASI - CASSA INTESA

Studio Associato di Radiologia del Dott. Pasta
Direttore Sanitario Dott. Giulio Sergio Pasta
Specialista in Radiologia

Autorizzazione Sanitaria n.142560 del 7/11/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

Dott. Giulio Sergio Pasta
Specialista in Radiologia

Dott. Giovanni Maria Conti*
Specialista in Radiologia

Dott. Cesare Moschini
Specialista in Radiologia

Dott. Giulio Pasta
Specialista in Radiologia

Dott. Claudio Tosi
Specialista in Radiologia

Studio Associato di Radiologia del Dott. Pasta
Direttore Sanitario Dott. Giulio Sergio Pasta
Specialista in Radiologia

CARIFIN ITALIA s.p.a.
www.carifinitalia.it

CAP SERVICE

Da più di 20 anni al vostro servizio

FINANZIAMENTI PERSONALI A TUTTE LE CATEGORIE

CONVENZIONATI PER CESSIONE PENSIONATI
INPS INPDAP

- Condizioni speciali di finanziamento riservato al personale medico
- Importi erogabili fino a 100.000 euro
- Firma singola senza garanzie aggiuntive

- Prestiti con bollettini postali fino a 30.000 euro
- Cessione del 5° dello stipendio fino a 50.000 euro con rateizzazione fino a 10 anni
- Cessione del 5° a tutti i pensionati

UIC n° A4201

PARMA Via Cavour, 15 - Tel. 0521.283927
Via D'Azeglio, 4 - Tel. 0521.281073

S O M M A R I O

L'EDITORIALE
Le necessità virtuali nello scenario della sanità pubblica diventano reali nella gestione del quotidiano. I have a dream
di Pierantonio Mazzetto
p.5

FOCUS
Prima colazione: necessità alimentare e strumento di prevenzione sanitaria
di Raffaele Virdis
p.6

MEDICINA E ATTUALITÀ
La disfagia e la malnutrizione del paziente in riabilitazione
di Mariangela Dardani
p.10

ODONTOIATRIA
Oral cancer day: prevenzione, musica e beneficienza
di Antonella Del Gesso
P.12

MEDICINA E ATTUALITÀ
I piccoli ospedali sono pericolosi per la salute?
di Pierantonio Muzzetto
p.13

LA PALESTRA DEL CONFRONTO
Valutazioni in seno alla Professione
Formazione in Medicina generale: chi deve farla?
p.18

MEDICINA E ATTUALITÀ
Il disagio e il malessere della classe medica
di Bruno Agnetti
p.20

Collaborare in strutture sanitarie
di Fernanda Bastiani
p.24

Riconoscere precocemente il deterioramento clinico e implementare i sistemi di risposta rapida
di Antonella Vezzani e Maria Barbagallo
p.26

La Qualità nella formazione del MMG
di Angelo Campanini e Giobatta Gottardi
p.28

LUTTI
p.30

LE NECESSITÀ VIRTUALI NELLO SCENARIO DELLA SANITÀ PUBBLICA DIVENTANO REALI NELLA GESTIONE DEL QUOTIDIANO. I HAVE A DREAM

di Pierantonio Muzzetto

Pensare ad una sanità migliore ci induce a ragionare sull'entità degli interventi in seno alla compagine di governo cittadino e provinciale. Non sempre quanto viene somministrato in termini di assistenza è realmente la medicina giusta.
Somministrare salute significa modulare gli interventi non solo commisurati alla gravità delle situazioni, quanto prevedere in una politica di intervento una programmazione efficace, mirante a porre le basi per il recupero di una competitività sanitaria ormai perduta ma, sperando che ciò non sia una pia illusione, non irrimediabilmente.
Una sanità, elevata negli anni passati, che non è un delitto pensarne ad un recupero. Un recupero quasi fosse un sogno, come quello che declamò quel Martin Luther King in altro "dove": "I have a dream". Che diventa, però, certezza. Non solo un sogno ma un impegno per tradurlo in realtà: una realtà di una sanità efficiente e resa efficiente dagli oculati interventi di risanamento.
Parma ha bisogno di un risanamento efficace, rafforzato da una puntuale programmazione sanitaria, da scelte strategiche di sostanza e non di facciata; di comunicazione e collaborazione con mutualità delle esigenze dei cittadini coi dogmi di bilancio.
Una situazione, caratterizzata dalla necessità, cioè, di una concertazione politica a più livelli, ove tutti coloro che hanno pertinenze specifiche, e non certamente di parte o demagogiche, debbono incontrarsi e ragionare insieme. Ora, ciò che caratterizza questi momenti suona come una maldestra abitudine al canto solitario nel deserto, senza che vi possa essere una concomitante, considerata, conciliazione delle necessità con i "massimi sistemi".
Una delle più sensibili e vere necessità in seno alla comunità politico amministrativa è da sempre quella di saper conciliare gli "interessi di bottega" con quelli di "facciata" e con quelli di "sostanza", in cui a prevalere sia il buon senso e l'equilibrio nel rispetto dei valori oggettivi, a discapito, lasciatemelo dire, della ragion di stato.
Entrare dunque nelle dinamiche della programmazione concertata in tema di salute, ove il colore è solo quello della speranza, che sommerge qualsiasi altro colore del drappo politico d'appartenenza, deve mettere in condizione di fare scelte. Al primo posto della politica sana e non insana c'è per ovvia conseguenza sillogica il buon senso delle scelte. Oculate, precise, orientate al rispetto della persona malata e del cittadino.
E i giudizi sono doverosi su tutti. Sui direttori generali, come anche sui loro staff, senza condizionamenti diretti, ma col solo condizionamento positivo delle scelte finalizzate al recupero della sanità parmense. Come anche sulle scelte degli strumenti, delle attrezzature che, in questi anni ha visto Parma esser non certo ai primi posti rispetto anche a città viciniore. Offuscata da una politica di interventi che ha fatto sì di privilegiare le grandi macchine, dai non grandi risultati – come quella della Tac 64 strati, su cui si sono spesi convegni e parole, ma che in fondo non pare rispettare compiutamente le aspettative, a detta anche di addetti ai lavori.
Oppure la politica sulle Risonanze, sulla PET, sulla strumentazione endoscopica, rianimatoria, non al passo forse coi tempi rispetto alle strumentazioni di cui sono dotati taluni piccoli nosocomi. Ai più ha fatto specie la recente disposizione per l'acquisto dei respiratori, ora e non prima, da parte della Regione dopo i noti spiacevoli fatti e dopo l'interpellanza fatta sempre a livello Regionale. Cosa dire poi su un altro argomento scottante che tocca gli avvicendamenti del personale ospedaliero nel tourbillon degli incarichi.
Quella del personale è una delle vicende che deve dimostrare all'opinione pubblica, ed agli stessi addetti ai lavori, che la politica di Parma sta diventando adulta, conscia dei limiti dell'andar divisi sulle cose comuni, privilegiando quella agognata qualità che, molto spesso, ancor oggi, lascia il posto a scelte d'opportunità, apparentemente le migliori, ma i cui risultati diventano risibili. I vertici devono essere di qualità vera: è meglio un nemico politico bravo che un compagno di cordata insulso ed incapace. Non è qualunquismo o dabbenaggine esigerlo. E non è un gridare allo scandalo il sentir pronunciare queste cose. Ma necessita raggiungere una consapevolezza nuova, ma vecchia nell'essenza, che porti ad essere consci che anche in talune apparenti contraddizioni "politiche" alberghi la verità. Dall'errore al rimedio. Sinonimo d'intelligenza non solo politica. Laddove vi sia una scelta seria e motivata, non di parte soltanto, là vi potrebbe essere quel bonum che farebbe fare un salto in avanti alla claudicante sanità parmense.
Salto di qualità che non passa e non è passata attraverso quella voluta "normalizzazione politica" che ha visto progressivamente impoverirsi il mondo accademico ed i vertici sanitari del nostro nosocomio maggiore, andando di pari passo al ridotto numero dei posti letto ospedalieri. Scelte se ne son fatte: non sempre in linea col concetto di operare, forse, per il meglio

Continua a pag. 6

Prima colazione: necessità alimentare e strumento di prevenzione sanitaria

Studi epidemiologici recenti rivelano che ben il 20-30% di bambini ed adolescenti non fa la prima colazione, e che solo il 30% la fa in modo adeguato quantitativamente e qualitativamente.

di Raffaele Virdis

I consigli sull'alimentazione dell'ammalato e del sano sono sempre stati fra i capisaldi della medicina ed uno dei principali compiti dei medici. Celebri sono le indicazioni dietetiche attribuite ad Ippocrate e celeberrimo il "Regimen Sanitatis" della Scuola Salernitana, vero compendio della vita sana con regole dietetiche, consigli sullo stile di vita, sul ritmo veglia-sonno, sull'attività fisica ed anche sui luoghi ove soggiornare. In tempi meno lontani grande risonanza ebbero nella seconda metà dell'Ottocento i consigli, spesso un po' salottieri, del fisiologo Paolo Mantegazza. Questi con i suoi libri, "scientifici" per i tempi ma rivolti anche a tutto il pubblico istruito: La fisiologia dell'amore (1873), Igiene dell'amore (1877) e La fisiologia del piacere (1880) e soprattutto con l'annuale "Almanacco Igienico-popolare", pubblicato dal 1866 fino all'inizio del novecento, dettava regole igieniche e alimentari e per primo infrangeva in Italia il tabù della sessualità. Per quanto riguarda l'alimentazione, a quei tempi il problema di gran parte della popolazione era di avere qualcosa da mangiare, non lo scegliere fra tanti cibi o come distribuirli nella giornata. La prima colazione, per esempio, era un lusso dei ricchi e sebbene fosse anche una necessità dei lavoratori, spesso andati a letto la sera precedente ancora affamati, non sempre poteva essere fatta. A differenza di oggi il problema era quello di avere qualcosa da mangiare a colazione, non "farla o non farla". Il poterla fare era segno di appartenenza ad una classe sociale elevata, oggi che è alla portata di tutti, il non farla è ancora segno di bassa estrazione, non per motivi economici ma culturali, questa cattiva abitudine, però, sta diventando trasversale e sempre più bambini e giovani d'ogni origine non mangiano più al mattino prima della scuola.
Studi epidemiologici recenti rivelano che ben il 20-30% di bambini ed adolescenti non fa la prima colazione, e che solo il 30% la fa in modo adeguato quantitativamen-

Continua da pag. 5

e che stanno comportando un vero e proprio affossamento di valori ritenuti fondamentali e, in una città a vocazione tradizionalmente ed anticamente universitaria. E se vi sono responsabilità oggettive si deve avere il coraggio non solo morale, bensì civile, di riconoscerle e adeguatamente sanzionarle. Anche con l'allontanamento. È etica politica ma, soprattutto, etica sociale. Il dovere sopra ogni plausibile diritto.
L'imperativo è dunque questo. Andare avanti salvando l'ospedale claudicante, riproponendo un'università che è defedata e depauperata delle sue forze migliori, ma che si arrabatta con una realtà non certo voluta, impossibilitata com'è financo a mantenere gli organici necessari per la sua stessa sopravvivenza, ponendo così il serio problema del futuro universitario della nostra città. Come fare dunque?
Mettendo in riga i problemi, analizzandoli e, insieme, tentando di risolverli. Badate bene, tutti nel giusto modo, insieme: parti contrapposte comunali e provinciali, forze sociali ed Enti dello Stato. Università in primis. Considerando che in questo mondo di tuttologi e di profeti, seguendo consigli affrettati e sconsiderati abbiamo ottenuto, secondo quelle logiche di bottega di cui si parlava prima, di vedere la nostra polis sanitaria passare dal terzo posto degli anni ottanta all'attuale posizione di rincalzo della graduatoria nazionale dei valori.
Vera o falsa che sia è stata un'amara sconfitta. Noni solo di certi profeti ma di tutti. Di tutti coloro che, in particolare, hanno perseguito una politica di privilegio delle "conoscenze" piuttosto che quella delle realtà oggettive, anche se in buona fede delle volte.
"La sfida è aperta". La battaglia è in corso. Il terreno infido è sotto gli occhi di tutti.
Che sia la soluzione quella più semplice? Lavorare insieme nel rispetto, in modo integrato cioè – come va di moda adesso - Comune e Provincia e forze Istituzionali, di quella Parma che accomuna tutti, dai piccoli centri della provincia alla città. In una conferenza che sia attiva, che operi nel rispetto dei ruoli, non solo politici, che consenta di creare una sorta di comitato paritetico che risponda alle logiche di qualità e non solo di parte, vestite da giustificazioni che non sarebbe illogico definire falsamente economiche bensì economicistiche.
Vedremo. Aspettiamo in vigile attesa. Non sono molte le occasioni che potrebbero esserci date. Speriamo però che a rimanere non sia solo quel "I have a dream".

te e qualitativamente.
Cosa intendiamo per “modo adeguato” in età evolutiva? Ci risponde un Consensus sulla prima colazione (1,2) elaborato da un gruppo di esperti nominati dalle più importanti società scientifiche del settore: quelle di Pediatria (SIP), di medicina generale (SIMG), di endocrinologia pediatrica (SIEDP), dell’obesità (SIO), di dietetica (ADI) e nutrizione umana (SINU) e pediatrica (SINUPE), la federazione dei pediatri (FIMP), i medici diabetologi (AMD) e i rappresentanti della “Nutrition Foundation of Italy”, organismo scientifico che, occorre dirlo, è sostenuto dall’industria alimentare. Questi ultimi hanno svolto il ruolo di coordinatori (e probabilmente hanno sponsorizzato gli incontri), ma i risultati e le raccomandazioni sono rigorosamente neutre, senza mai porre l’accento sui prodotti dell’industria. Il Consensus raccomanda che a colazione si assuma il 15-20% del fabbisogno calorico giornaliero, e che questo sia rappresentato per il 50-60% da carboidrati, inoltre che procuri una buona parte della quota quotidiana di micronutrienti e di fibre. Recentemente a Parma si sono discusse queste “linee guida” in una tavola rotonda con alcuni degli estensori ed altri esperti esterni, quali giornalisti scientifici, medici e pediatri di base, di comunità ed ospedalieri (Giornate Pediatriche “A. Laurinsich”: Problematiche di Nutrizione Pediatrica. 25-26 Settembre).
I fini della colazione sono principalmente quelli di fornire energia per l’attività del mattino, specie dopo il prolungato digiuno notturno. Oggi, noi adulti tendiamo ad essere quasi tutti ipernutriti e, dopo una certa età, anche sovrappeso, perciò non è più importante come una volta avere a disposizione calorie alimentari pronte all’uso; in età evolutiva al contrario, quando si è impegnati con la scuola e lo studio, una colazione abbondante ed adeguata provvede energia per l’attività fisica, l’attenzione e la concentrazione, ed evita la sonnolenza da eccessive calorie e da digestione pesante per i troppi grassi. Una corretta colazione serve poi a migliorare la qualità della dieta giornaliera, evitando numerosi snack, il bisogno di zuccheri semplici o di cibi-spazzatura (salatini, patatine e prodotti simili) per rompere il digiuno, inoltre previene l’abbuffata a pranzo per troppa fame dopo 16-18 ore dall’ultimo pasto della sera precedente.
Composizione della prima colazione: i cibi ideali sono i carboidrati complessi a basso indice glicemico solitamente presenti nei prodotti da forno, dal pane alle fette biscottate ai biscotti ai dolci casalinghi (con poco zucchero e grassi), e nei cereali pronti per la prima colazione. Nonostante l’industria alle spalle, fra i cibi suggeriti non ci sono le tante merendine pubblicizzate alla televisione, per il possibile eccesso di conservanti e grassi saturi, ma il loro consumo non viene demonizzato. I carboidrati sono

particolarmente "buoni" se accompagnati a fibre, perciò è importante rivalutare quelli integrali e consumare regolarmente la frutta fin dalla colazione. La presenza di fibre permette una riduzione di calorie per peso di prodotto, modula l'assorbimento degli zuccheri migliorando sia la risposta insulinica, sia la tolleranza glucidica ed aumenta il senso di sazietà.

La prima colazione deve anche fornire una modesta quota di zuccheri semplici, di proteine e di lipidi. Una tazza di latte di 200 ml circa completa i carboidrati in questo senso, per cui è importante scoraggiare l'abbandono del latte per supposte intolleranze, o per coliti o altre idiosincrasie parentali o famigliari. A questo proposito, uno studio fatto a Parma fra i bambini che frequentavano il Giocampus ha mostrato che nell'80% dei casi la scelta della colazione dipende dalla madre (3) e quindi dai suoi gusti, dalle sue impressioni, conoscenze e credenze. Purtroppo non si possono cambiare le abitudini da un giorno all'altro, perciò in caso d'abbandono del latte da tempo, lo scrivente consiglierebbe di utilizzare succedanei vegetali quali latte di soia o, nel caso si preferisca il the, incrementare i prodotti da forno con grassi e utilizzare le creme da spalmare quali minime quantità di burro o margarina o la graditissima nutella, senza però esagerare. Marmellate di frutta, nutella, cioccolato sono previsti in alcuni dei tanti modelli di colazione che gli esperti consigliano; tanti perché come per il pranzo e la cena è bene variare, ed anche il breakfast è più gradito se non è sempre lo stesso e se può offrire una scelta in base ai gusti, ai desideri, all'umore ed anche al tempo a disposizione quel giorno.

Le proteine sono fornite soprattutto dal latte (o yogurt) e la loro qualità è alta, e in minore misura da pane, prodotti da forno e cereali per colazione, specie se integrali. Anche la maggior parte dei lipidi dovrebbe derivare dal latte, per cui preferire la forma intera a quella parzialmente sgrassata o integrare quest'ultima, senza però eccedere il 20-25% delle calorie totali, come invece succede nei breakfast anglo-sassoni a base di uova, bacon, salsicce, formaggi e condimenti vari.

Se la tipologia delle colazioni proposte è tipicamente italiana, a base fondamentalmente di latte e carboidrati, una certa importanza è data ai cereali da colazione, ormai diffusi anche da noi ma non tipici della nostra cultura alimentare. La loro importanza deriva dalla possibilità di trovare prodotti integrali che hanno le caratteristiche metaboliche dette in precedenza, essendo ricchi di fibre, e dal fatto che sono integrati con vitamine e micronutrienti al punto che una porzione tipica di 30 grammi, poco più di un pugno di questi prodotti, riesce a dare oltre il 50% dei LARN per buona parte di loro. Recenti studi americani hanno mostrato che il loro regolare consumo correla con BMI minori (quindi aiuta a prevenire sovrappeso ed obesità) e con più bassi livelli di colesterolo LDL e di lipoproteine ad alta densità (4). Gli stessi studi epidemiologici rivelano che il consumo di cereali per la prima colazione cala con l'età, più nelle femmine che nei maschi, come anche l'abitudine a consumare il breakfast (4) Al contrario in Italia sembra che questa abitudine sia in aumento negli adulti, certamente non abituati da giovani a consumarli, e anche indipendentemente dai risultati del "Phisician's Health Study" americano che ha mostrato una riduzione del 20% del rischio di mortalità per cause cardiovascolari fra i 40 e gli 84 anni nei soggetti con consumo regolare di questi prodotti da colazione (5)

Molti non avvezzi a fare colazione al mattino si giustificano affermando che non hanno tempo, tale scusa può essere comprensibile a metà giornata, sul lavoro con tanti impegni presenti a qualsiasi ora, ma per la prima

colazione è sufficiente alzarsi 15 minuti prima ed eventualmente avere a disposizione prodotti pronti o in parte prepararli dalla sera precedente. I genitori preoccupati per il sonno dei figli ricordino che per la loro salute fisica e mentale, presente e futura, è meglio alzarsi mezzora prima piuttosto che saltare la colazione. Inoltre che rincomincino a mandare a dormire i figli ad un'ora adeguata, vale a dire presto, massimo alle 9.30 di sera.
Importanza della colazione: una colazione di tipo mediterraneo, ma in genere il fare colazione, ha importanti effetti metabolici e preventivi. Essa aiuta a regolare il senso della fame, limitando l'assunzione di un eccesso di calorie nella giornata e il desiderio di mangiare cibi ipercalorici e di bassa qualità nutrizionale. Studi epidemiologici su adulti e bambini hanno mostrato che il non consumare la colazione si correla alla presenza di obesità, allo sviluppo della stessa nelle età successive e di conseguenza alle malattie cardiovascolari ed al diabete mellito di tipo 2. Addirittura il saltare la colazione si associa all'obesità ancor più del consumo di alcolici e dell'inattività fisica, e nei bambini che non fanno colazione l'obesità è 2-3 volte più frequente che negli altri (vedi bibliografia del Consensus -1,2-).
Rimanendo all'età evolutiva, un regolare consumo del breakfast significa maggiore energia per lo sport e il gioco, più attenzione e concentrazione e miglior rendimento scolastico. In particolare con la colazione aumentano i livelli di attenzione, la capacità di memorizzazione e di risoluzione dei problemi matematici e la comprensione della lettura e dell'ascolto. Gli effetti non riguardano solo le prime ore postprandiali, ma possono durare per tutta la mattina, specie se la quota di micronutrienti e di fibre è adeguata e, se la buona abitudine è regolare e continua, durano nel tempo migliorando l'efficienza dei processi cognitivi.
Dalla Tavola Rotonda di Parma è emersa qualche critica alle linee guida da parte di alcuni relatori e di alcuni esperti presenti fra il pubblico, come quella di escludere forme "nordiche" di colazione: anche da noi operai ed artigiani che fanno un lavoro pesante hanno bisogno di una bella quantità di calorie al risveglio che spesso introducono sottoforma di uova, formaggio o panini imbottiti e in certe regioni, ma erroneamente, anche di alcol. Altri hanno dichiarato che, di fronte all'evenienza di un digiuno prolungato o di una lunga giornata di lavoro senza soste, l'integrare saltuariamente la colazione mediterranea con un pezzo di parmigiano o un panino imbottito permette di saltare o ritardare il pranzo senza problemi di concentrazione o di debolezza fisica. In realtà, l'invito degli esperti a variare la colazione per evitarne il rifiuto da noia permette queste integrazioni saltuarie, purché non siano la regola. A mio parere, inoltre non bisogna condannare a priori le abbondanti colazioni "nordiche" o l'abitudine di mangiare un vero pasto di mattino, presente in tanti popoli, per affrontare meglio le fatiche della giornata e del lavoro, purché si riducano i pasti successivi in modo di non superare l'introito calorico consigliato riguardo ai bisogni fisiologici ed al consumo giornaliero.

Note bibliografiche

1) Marangoni, F, Poli A, Agostani C et al.: Documento di consenso sul ruolo della prima colazione nella ricerca e nel mantenimento della buona salute e del benessere. ADI Magazine22009;2:1-10,
2) Marangoni, F, A Poli, C Agostani et al.: A consensus document on the role of breakfast in the attainment and maintenance of health and wellness.
Acta Biomedica 2009;80:166-171,
3) Vanelli M, Iovane B, Bernardini A, et al.: Breakfast habits of 1,202 Northern italian children admitted to a summer sport school. Breakfast skipping is associated with overweight and obesity. Acta Biomedica 2005;76:79-85
4) Albertson AM, Affenito AG, Bauserman R, et al.: The relationship of ready-to-it cereal consumption to nutrient intake, blood lipids, and body mass index of children as they age through adolescence. J Am Diet Assoc 2009;109:1557-1565
5) Liu S, Sesso HD, Manson JE etr al.: Is intake of breakfast cereals related to total and cause-specific mortality in men? Am J Clin Nutr 2003;77:594-599.

www.scuolatao.com

SCUOLATAO
WWW.SCUOLATAO.COM

Corso di Agopuntura e tecniche complementari
4 anni
Il corso prevede l'apprendimento teorico e pratico dell'agopuntura e di molte altre tecniche, che fanno parte della medicina cinese.Tra le tecniche complementari sono incluse: stimolazione dei punti auricolari, stimolazione cromatica dei punti agopunturali, elettroagopressione, moxibustione.

I medici e gli odontoiatri possono conseguire, in convenzione con l'Università La Sapienza di Roma, un diploma universitario, titolo con valore legale per i concorsi pubblici.

Corso di Farmacologia Cinese (fitoterapia)
2 anni
La farmacologia cinese usa rimedi naturali (vegetali, animali e minerali) per curare le malattie. Durante i due anni di corso vengono studiati rimedi e formule raggruppati a seconda della loro azione terapeutica. Rilascia un attestato di esperto in Farmacologia Tradizionale Cinese.

Inizio corsi: 12 dicembre 2009 - Sede dei corsi: Bologna
Iscrizione: entro il 10 dicembre

Per informazioni e iscrizioni:
Segreteria Scuolatao - 0523623168 - 3466183551 (dal lun. al ven. ore 9-13)
info@scuolatao.com - www.scuolatao.com

La disfagia e la malnutrizione del paziente in riabilitazione

Un'evenienza diffusa che è possibile prevenire grazie alla valutazione dello stato di nutrizione, al suo monitoraggio, nonché alla scelta della via di somministrazione più corretta.

di Mariangela Dardani

Uno dei problemi della riabilitazione che un medico si trova a gestire più frequentemente è quello della disfagia e della malnutrizione. Convenzionalmente si tende a definire la deglutizione come il processo digestivo che sottende il passaggio del cibo o di qualsiasi altra sostanza dalla bocca allo stomaco. Pertanto la disfagia non è sbagliato definirla come un qualsiasi disagio nel deglutire od una disfunzione deglutitoria obiettivamente rilevabile direttamente o indirettamente per le sue conseguenze.
Alcuni segni tipici della disfagia possono essere l'aspirazione tracheo-bronchiale, la penetrazione laringea, i ristagni faringei. Le complicanze più importanti della disfagia si riconducono sostanzialmente alla polmonite ab ingestis in seguito ad aspirazione, la malnutrizione, la disidratazione, la perdita di peso, con ricadute negative sulla gestione delle fasi acute e tempi di degenza ed incidenza negativa in termini di morbilità e mortalità.
Nella popolazione adulta ed involutiva prevalgono disturbi della deglutizione per compromissione della fase orale, faringea, esofagea.
Le cause di alterata deglutizione nell'anziano si possono ricondurre a patologie organiche, neuromuscolari, traumi cranici, corpi estranei, farmaci.
Il percorso diagnostico della disfagia prevede l'anamnesi, la valutazione clinica, la valutazione strumentale. Il percorso terapeutico prevede aree di intervento generali ed aspecifiche che agiscono sull'interazione del paziente con l'ambiente, sulla sensibilità e funzionalità degli organi coinvolti nella deglutizione ed un'area di intervento più specifica con metodiche di compenso, tecniche rieducative e provvedimenti adattativi.
Di ciò si è anche discusso recentemente in un convegno dell'azienda USL, evidenziando temi particolarmente importanti e lasciati ad alcuni addetti ai lavori che nel quotidiano si trovano a valutarli de visu ed a gestirli sul territorio. Uno degli aspetti peraltro evidenziati nel PAL dall'apposita commissione è certamente quello della prevenzione della malnutrizione nel paziente anziano possibile grazie a strategie di intervento nutrizionale che necessariamente devono essere finalizzate alla valutazione dello stato di nutrizione, al suo monitoraggio nell'evoluzione della patologia di base, nonché alla scelta della via di somministrazione più corretta dei nutrienti.

Dal punto di vista epidemiologico la malnutrizione è presente dal 23 % all '85% nei pazienti anziani istituzionalizzati e circa il 3% degli anziani a domicilio.
Passaggio indispensabile è quindi consederare da parte del nutrizionista alcuni valori quali il bilancio energetico, la misurazione delle richieste energetiche, i cambiamenti delle richieste nutrizionali, la valutazione dello stato nutrizionale, elementi utili per formulare la diagnosi di rischio nutrizionale e successivamente indirizzare verso un supporto nutrizionale che utilizzi prodotti dietetici per fini medici indipendentemente dalla via di somministrazione.
Un aspetto che al giorno d'oggi, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni, si ritiene di una certa importanza è quello della gestione infermieristica della nutrizione artificiale domiciliare soffermandosi sull'importanza delle norme comportamentali , della standardizzazione delle procedure e della formazione del personale addetto per evitare errori e prevenire complicanze.
Ma in tutto ciò dove sta il fisiatra? Si può ragionevolmente affermare che non vada trascurata, e dunque considerata, la rilevanza dell' approccio diagnostico del medico fisiatra alla disfagia.
Sempre nel corso della riunione di recente tenutasi si è evidenziato come in effetti il percorso disfagia veda coinvolto il fisiatra sia nella fase iniziale diagnostica/valutativa, sia nella fase prescrittiva dei nutrienti, che nella fase del progetto riabilitativo.
E' all'interno del progetto riabilitativo, di cui è responsabile il medico fisiatra, che si definiscono la stesura dei programmi dedicati, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve e lungo termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica dei risultati.
La fase diagnostica/valutativa prevede da parte del medico fisiatra un raccordo anamnestico con storia dell'aspirazione o dell'alto rischio di aspirazione;anamnesi farmacologica della terapia in corso; eventuale riscontro di rigurgito nasale, soffocamento o frequente tosse durante la deglutizione, analisi della qualità della voce ed in particolare se

gorgogliante dopo la deglutizione, o ritardato o lento riflesso di deglutizione; valutazione della motricità linguale, presenza di disturbi motori orali come scialorrea, ristagno orale del cibo, o perdita di cibo o liquidi posti nel cavo; alterazione della funzionalità della ghiandola salivare e/o presenza di lesioni strutturali locali nella cavità orale o in faringe; incoordinazione, perdita di sensibilità, difficoltà posturali o altre alterazioni neuromotorie interessanti le abilità orofaringee necessarie per chiudere la cavità orale e/o per morsicare, masticare, succhiare, preparare e/o schiacciare il bolo alimentare nella parte superiore dell'esofago, mentre vengono protette le vie aeree; perdita di peso documentata e/o malnutrizione di eziologia sconosciuta che deve richiedere una valutazione approfondita in collaborazione con altri specialisti del settore; presenza di tracheotomia, sondino nasogastrico o gastrico; ridotte o inadeguate elevazione laringea, chiusura labiale, gestione dei problemi delle vie aeree, chiusura velofaringea, chiusura laringea o peristalsi faringea; o disfunzioni cricofaringee;esistenza di altre condizioni che interessano l'integrità strutturale o funzionale dell'area faringea.
La valutazione clinica deve determinare la necessità di altri test clinici quali la somministrazione di boli di diverso volume e consistenza per valutare la successiva comparsa di tosse, raschio in gola o modificazioni della qualità vocale o accertamenti strumentali. Inoltre fornisce importanti informazioni per il piano di trattamento, in particolare nelle alterazioni della fase orale. Per pazienti con sospetta disfagia o ad alto rischio di disfagia è quindi indicata anche la valutazione strumentale (es. studio della deglutizione al bario modificato, valutazione endoscopica della deglutizione con il fibroscopio flessibile con test della sensibilità laringea, deglutizione di bario modificato con manofluorografia).
La valutazione fluoroscopica dinamica della deglutizione con registrazione video, conosciuta come deglutizione al bario modificato è una videofluoroscopia, test radiografico che differisce dalla procedura tradizionale di valutazione della deglutizione al bario. L'esame unisce una serie di modificazioni della densità, delle dimensioni del bolo, della consistenza, della posizione del paziente, e punti radiografici per facilitare un'ottima visualizzazione delle strutture orali, faringee e laringee e delle loro funzioni durante la deglutizione. L'effetto di manovre di compenso e di modificazioni dietetiche sulla prevenzione dell'aspirazione e /o sul transito del bolo durante la deglutizione possono essere studiate radiograficamente per determinare una dieta sicura e per aumentare al massimo l'efficienza della deglutizione.
La valutazione fluoroscopica dinamica della deglutizione con registrazione video con manofluorografia in simultanea registra cambiamenti di pressione orofaringea; situazione anatomica, biomeccanica e fisiologica della deglutizione e transito del bolo su videotape. Cambiamenti di pressione associati ad ogni deglutizione sono mostrati in simultanea in analoga forma come onde pressorie negative o positive. Può essere studiata la relazione tra le forze create dall'opposizione della lingua, della faringe, della laringe, dell'esofago e del bolo.
La valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (anche chiamata Valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES) utilizza la rinofaringolaringoscopia a fibre ottiche per valutare la fase faringea. Si ottengono informazioni dettagliate sulla funzione deglutitoria e relative funzioni delle strutture del tratto aereodigestivo superiore. Durante questo esame vengono effettuate manovre terapeutiche per determinare una dieta sicura e per migliorare l'efficacia delle deglutizione. La valutazione endoscopica della deglutizione, con registrazione video della deglutizione testando la sensibilità laringea (anche chiamato valutazione endoscopica della deglutizione con test della sensibilità FEESST) utilizza la rinofaringolaringoscopia a fibre ottiche per valutare la funzione deglutitoria e le funzioni correlate delle strutture del tratto aereodigestivo superiore con in contemporanea il test della sensibilità. La valutazione della sensibilità è completata somministrando ritmicamente aria con pressioni in sequenza per elicitare l'adduzione laringea.
Ma in tutto ciò dove sta il fisiatra? Si può ragionevolmente affermare che non vada trascurata , e dunque considerata, la rilevanza dell' approccio diagnostico del medico fisiatra alla disfagia. Sempre nel corso della riunione di recente tenutasi si è evidenziato come in effetti il percorso disfagia veda coinvolto il fisiatra sia nella fase iniziale diagnostica/valutativa, sia nella fase prescrittiva dei nutrienti, che nella fase del progetto riabilitativo. E' all'interno del progetto riabilitativo, di cui è responsabile il medico fisiatra, che si definiscono la stesura dei programmi dedicati, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve e lungo termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti , la verifica dei risultati.
In un programma articolato e corretto del problema non si può sottintendere il ruolo e la funzione dei logoterapisti e fisioterapisti, in un programma riabilitativo individuale ove assumono una primaria importanza oltre ai consigli pratici da dispensare a coloro che assistano i pazienti anche le posture facilitanti, le tecniche rieducative, i cosiddetti compensi con ausili speciali per l'alimentazione ed i compensi dietetici.
Sempre restando all'analisi del quotidiano e valutando gli aspetti, a questo punto interdisciplinari con una certa sicurezza si può affermare che la disfagia può essere considerata un disturbo di tipo "trasversale"che tocca varie professionalità, fra loro interagenti e, dunque, complementari in un sistema sodale e collaborativo teso al miglior risultato per l'ammalato. Ovvia è la conseguenza in campo riabilitativo ove l' insieme di tutte le informazioni derivanti dalle valutazioni dei singoli professionisti permettono una corretta diagnosi e la stesura di un progetto riabilitativo individualizzato. La necessità di un'integrazione fra diverse figure che operano sul campo si evince dal fatto che proprio le possibilità riabilitative e nutrizionali rendono indispensabile la diagnosi precoce al fine di prevenire le complicanze principali e garantire al paziente una migliore qualità di vita. Per prima cosa, perciò, è necessario l'occhio attento del medico fisiatra che fa diagnosi, confortato anche da altre figure che con lui possono collaborare nella gestione proprio della diagnosi e per la sua accuratezza, come l'internista, l'otorinolaringoiatra, il gastroenterologo endoscopista, il radiologo, cui segue l'apporto del nutrizionista puro.
Sia nella fase diagnostica preliminare e di progetto terapeutico, ma anche, in quella successiva, si ritiene che sia fondamentale per l'èquipe che segue il paziente in questo delicato percorso, la definizione del ruolo specifico di ciascun operatore, la condivisione di un il linguaggio comune e l'adozione di comuni ed intergrate strategie operative.

Note bibliografiche

ESPEN Guidelines on enteral nutrition 2006
Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione 30 maggio 1998, GU n.124
S.I.G.N. Management of patients with stroke:identification and management of dysphagia n.78
"Cough and aspiration of food and liquids due to oral-phayngeal dysphagia" ACCP evidence based clinical practice guideline. American College of Chest Physicians - Medical Specialty Society.2006 Jan. NGC:004829

Oral cancer day: prevenzione, musica e beneficienza

"Curare la salute piuttosto che la malattia" è il messaggio principe emerso dall'evento - concerto, organizzato da Andi e Ordine dei Medici e Odontoiatri di Parma, nella giornata contro il tumore del cavo orale.

di Antonella Del Gesso

"Smetti di fumare e non abusare di alcolici. Assumi una dieta ricca di frutta e verdura. Migliora la tua igiene orale. Esegui visite periodiche ogni 6 mesi da uno specialista. Fatti insegnare dal tuo dentista l'auto esame della bocca". Sono solo alcuni dei tanti consigli pratici dispensati, durante la terza edizione dell'Oral Cancer Day, al fine di prevenire il tumore del cavo orale. L'evento, voluto dall'Andi, è stato organizzato a Parma dall'associazione locale e dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri provinciale. Copiosa l'affluenza ai banchetti informativi siti in piazzale della Pilotta e molto soddisfacente la partecipazione della cittadinanza all'iniziativa predisposta all'Auditorium Paganini. Prevenzione, musica e beneficienza al centro della serata.
Il tumore del cavo orale è tra le prime forme tumorali più diffuse al mondo, altamente invasivo ed invalidante. Gli studi condotti sul carcinoma orale dimostrano che se la diagnosi viene effettuata precocemente, le probabilità di essere curato con il minimo danno e senza gravi deformazioni del volto, aumentano in modo notevole. "Ecco perché nella giornata mondiale della prevenzione dei tumori del cavo orale ci è sembrato opportuno organizzare una conferenza nel corso della quale informare i cittadini su come prevenire e difendersi da questo male", spiega Angelo di Mola, presidente della Commissione Odontoiatri dell'Ordine di Parma.
Il tumore è legato nel 75% dei casi ad abuso di alcol e fumo. Infatti il rischio aumenta da 6 a 28 volte nei fumatori ed aumenta ancora di più se si associa al consumo di alcolici, responsabile di carenze nutrizionali, epatopatia alcolica e immunodeficienza. "Inoltre tumore del cavo orale è legato a numerosi fattori di rischio riconducibili a cause ambientali (esposizione a cancerogeni di natura chimica), cattiva igiene orale, una dieta povera di verdura e frutta, agenti virali, cause genetiche e sistemiche", spiega il dottor Paolo Vescovi.
In Italia il carcinoma orale rappresenta il 4-8% di tutte le neoplasie maligne e il rapporto maschi/femmine attuale è di circa 4 a 1. Si è assistito nel tempo ad un incremento della mortalità femminile spesso in rapporto con il diffondersi del tabagismo nelle donne e, in una parte dei casi, in relazione alla presenza virus epatite C.

La dottoressa Silvia Pizzi interviee poi sull'importanza della prevenzione: "E' importante dare alla popolazione i messaggi giusti, ecco perché abbiamo programmi di prevenzione nelle scuole, per le donne gravide, per gli anziani". La prevenzione primaria si attua semplicemente attraverso un corretto stile di vita: la diminuzione del consumo di tabacco e di alcool e una corretta alimentazione. Determinante è poi la prevenzione secondaria attraverso la diagnosi precoce in pazienti asintomatici e la sorveglianza clinica dei soggetti.
Al dottor Enrico Sesenna il compito di illustrare poi le possibilità terapeutiche (chirurgia, chemioterapia e radioterapia a seconda della gravità e grandezza): "La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 80-90% per i tumori più piccoli e 34% per quelli più estesi".
Non è mancato, durante la manifestazione, l'intervento del presidente dell'Andi nazionale Roberto Caglioni che ha ribadito l'importanza di "curare la salute piuttosto che la malattia".
Al convegno è seguito il concerto Note per te eseguito dall'Ensemble d'Arpe Floriana, composta da ragazze che frequentano la Scuola d'Arpa all'Istituto Barbarigo di Padova. Il ricavato della serata (a offerta) è stato devoluto all'Associazione Noi per Loro che da anni si occupa dei bambini dell'Oncoematologia pediatrica di Parma. "Non tutto del bambino malato è malato e i volontari ci accompagnano affinchè il percorso di vita e di crescita dei piccoli possa continuare ad avvenire nel modo più naturale e normale possibile", ringrazia il direttore del reparto Giancarlo Izzi.

I piccoli ospedali sono pericolosi per la salute?

Secondo il Ministro Sacconi sì perché non possono avere adeguate concentrazioni di tecnologie e di professionalità", nè numeri di interventi tali da garantire la giusta esperienza. Visione vetusta o realtà oggettiva?

di Pierantonio Muzzetto

"Lo ha ribadito il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, intervenendo alla conferenza stampa a Roma per la presentazione del Festival della salute, promosso dalla Fondazione Italianieuropei. Sacconi ha sottolineato che diffondere questo messaggio nella popolazione è importante, e deve essere un lavoro condiviso, perché "chiunque sarà al Governo dovrà affrontare il difficile rapporto con le comunità locali di fronte ai cambiamenti necessari per una riorganizzazione più efficace della sanità". "Non farei mai partorire mia moglie - ha detto Sacconi - in un ospedale dove ci sono pochi parti, perché l'esperienza limitata offre meno sicurezza". Bisogna contrastare l'illusione ottica che l'ospedale sotto casa sia garanzia di salute, ha detto Sacconi ricordando la vicenda del giovane siciliano vittima di un incidente, morto nelle scorse settimane a Mazzarino per non aver trovato la sala operatoria disponibile. "In questo caso si è trattato di un problema di 118: è stato portato nel posto sbagliato", ha concluso Sacconi, spiegando che l'assetto di una sanità efficace deve basarsi su servizi territoriali efficienti, un buon servizio di emergenza e urgenza e un'ospedalità di media e alta specializzazione". (Doctornews del 16.9.09)

Corre l'obbligo dire che la politica del taglio indiscriminato dei posti letto negli ospedali e la rimozione dei rami secchi abbia portato ad un depauperamento della forza d'impatto sul problema salute della cittadinanza italiana, costringendo ad alchimie sostitutive come l'assistenza domiciliare, non sempre articolata nel modo giusto – e con soddisfazione della parti- ai parti a domicilio, ad esempio, che ancor meno garantirebbero - seguendo il ragionamento del quasi "fu" ministro in attesa del nuovo, Fazio, impalmato a

STUDIO TERAPICO KAISER S.a.s.

POLIAMBULATORIO PRIVATO DI FISIOKINESITERAPIA

Direttore Sanitario Dr. Luigi Lagnerini - Medico Chirurgo, Medico Sportivo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Autorizz. Sanitaria n° 60047 del 26/04/01

POLIAMBULATORIO MEDICO

- Visite ortopediche
- Visite fisiatriche
- Diagnosi e cura delle patologie vertebrali

REPARTO DI IDROKINESITERAPIA

- Riabilitazione: Anca - Ginocchio - Spalla - Rachide
- Ginnastica per mal di schiena
- Ginnastica propriocettiva
- Potenziamento muscolare
- Idromassaggio in deambulazione
- Ginnastica medica di gruppo
- Attività motorie in acqua

REPARTO DI RIABILITAZIONE

- Rieducazione funzionale (caviglia - anca - ginocchio)
- Riabilitazione della spalla (metodo Liotard)
- Riabilitazione della mano
- Potenziamento muscolare
- Rieducazione propriocettiva
- Kinesiterapia individuale assistita

REPARTO DI FISIOTERAPIA

- Massaggi curativi
- Terapie fisiche classiche
- Bio - Risonanza Magnetica
- T.E.C.A.R.
- Laser Yag
- Onde d'urto

43100 PARMA - Via Trento, 15/A • Tel. 0521 773198 - Fax 0521 791316

www.studiokaiser.com • e-mail: stk@studiokaiser.com

quanto si dice a fine d'anno dal governo in carica - rispetto ai piccoli ospedali in cui un'equipe specialistica accudirebbe le gestanti e farebbe, sicuramente a prova di smentita oggettivabile, un miglior lavoro alle partorienti.
Gli ultimi vent'anni ci hanno offerto alla considerazione tutta una serie di modifiche dell'assistenza sanitaria, attraverso una vera e propria rivoluzione copernicana, vedendo modificati gli approcci formali della riforma, e cercando di mettere al centro della vicenda sanitaria il solo cittadino su cui ruota, come attorno al sole, tutto un nugolo di satelliti dell'assistenza, costituiti dai medici –falsamente considerati "al centro della riforma"-, dai non medici e da tutti coloro che a titolo indotto contribuiscono all'assistenza. Il procedimento mentale e "metafisico" è stato quello di prevedere una serie di figure complementari, che insieme, e con dignità nuova, determinano il prodotto salute. Il prodotto, in quanto di industria della salute si parla: ciò è il vero scoop dell'industria sanitaria portata a domicilio.
Tanto vi è da dire e tanto si è detto sul concetto improprio di azienda e di industria della salute: limitativo ed aberrante. Fuori luogo e fuori dalla logica del buon senso, lo si va dicendo fin dalla nascita, dopo parto distocico, di questa riforma sanitaria geneticamente ammalata. Secondo noi addetti ai lavori vi è un secondo aspetto è stato evidenziato, su cui c'è invero concordia.
Che la struttura ospedaliera un tempo elefantiaca doveva, come è stata, essere semplificata. Ma, come sempre succede, spesso i rimedi sono peggiori dei mali, per cui si è valutata l'efficienza del sistema in base ai risparmi, che, tradotti in termini reali, significa riduzione delle degenze, gestione dell'episodio acuto, lasciando i casi intermedi – acuto intermedio, ossia il non proprio "acuto acuto" o quasi acuto o non ancora acuto o post acuto precoce quasi risolto – all'assistenza domiciliare, spostando fisicamente l'intervento fuori le mura ospedaliere, con, ovviamente, dispendio di forze lavoro e danaro. E insoddisfazione palese dell'ammalato, in quest'accezione. malcapitato.
Si è passati dunque alla centralità dell'assistenza medica territoriale, in cui gioca un ruolo di controllo il medico di famiglia e cui concorrono altri attori corresponsabili, o meglio con responsabilità differenziata, che partecipano al processo di assistenza e cura. Fin qui sarebbe tutto bello e dipinto con colori pastello tendenti al chiaro. Rasserenanti.

Se concettualmente questa rivoluzione dell'impostazione sanitaria è stata venduta – e lo è ancor oggi – come una conquista, però si iniziano ad intravedersi le prime, profonde, crepe.
E la prima è stata la fretta di cambiare in corsa un sistema che si ritiene, non a torto, ancora attuale e – senza voler essere considerati dei detrattori – ottimale: lo si può dire dopo un decennio di esperienze. Anche nell'assistenza ci vuole coordinamento ed ordine: i ritmi degli interventi devono essere coordinati e finalizzati. Nessun libero arbitrio, dunque, ma risposta alle necessità in modo articolato e compiuto. Questa la seconda delle crepe: quella generalizzazione degli interventi e la promozione sul campo di figure che non ne hanno pertinenza specifica, attribuendo – o surrogando loro – compiti impropri, forse nella logica non tanto della promozione sul campo per meriti, quanto rispondendo ad una mera logica di risparmio.
Amara considerazione: ma non lontana dalla realtà.
Viene da dire, dando voce ai postulanti del nuovo corso, che la differenziazione delle professionalità è un segno di maturità e di miglior approccio ai problemi. È un adagio, questo, battuto e ribattuto con ritmica musicale a tutti i convegni e corsi di aggiornamento specifici. Un quasi indottrinamento essenziale, finalizzato all'acquisizione del nuovo corso, ove l'uguaglianza dei soggetti si percepisce nella scomparsa del ruolo e delle funzioni. A tutti lo stesso messaggio. Un ricordo nostalgico di metodologie che si credeva dimenticate. Ma questo lo dicono i detrattori. O no?
Siamo onesti, sono fole. O almeno poniamo in dubbio che tale metodologia e tali azioni possano esserlo. Delle fole.
Che tutti concorrono a tutto ma con ordine e responsabilità nell'uguaglianza del mandato. In dubio, veritas. Ci vuole chi coordina e ci vuole che esegua.
Ci vuole fiducia e ci vuole sincronismo. Ma chi faccia da primo motore, è bene dircelo, in sanità - volente o non volente – è proprio il medico. Ed il medico in tutto ciò ci vuole, e si richiede che sia collocato in una posizione che gli competa. Il medico deve fare il medico e deve coordinare, nel processo di diagnosi e cura – perché è la sua funzione per cui si è formato, per cui si è aggiornato e che la Legge gli attribuisce-tutti coloro che con lui concorrono alla salute del paziente. E queste non solo fole. Sennò è il caos.
Ma torniamo alla premessa: il discorso partiva dai piccoli ospedali di Sacconi che sarebbero, portando ad estremizzare il discorso, una vera iattura. Tralascio quello che un vecchio maestro – termine e concetto da tempo in disuso e considerato fuori luogo ma in taluni casi ancora rimpianto – che affermava che in ogni caso "è meglio un medico asino che un non medico", sul cui significato magari vi sarebbe da discutere, anche se, ritengo, questa frase in un certo qual senso provocatoria, detta circa quarant'anni fa, possa racchiudere una grande verità e sia esegetica per i nostri tempi. Ci riporta il concetto semplice che è legato alla consapevolezza che ognuno ha la sua arte e che quell'arte particolarizza e connota chi l'abbia.
Per cui suonerebbe politicamente scorretto quanto si sta perseguendo in campo medico sanitario, riferendosi in particolare all'assegnazione di compiti

impropri al personale non medico o depauperando lo stesso di funzioni proprie. In ciò stona quel voler far fare a chi non ne ha titolo o competenza cose che non gli si addicano nel campo della stretta competenza.
Perciò, se un non medico vuole fare il medico, lo si aiuti e lo si porti a svolgere la funzione ma solo dopo che questi abbia studiato nello specifico (leggasi frequenza in Corso di laurea in Medicina e Chirurgia) e conseguito il giusto e meritato diploma di laurea che lo abilita alla professione di medico.
Sennò, si torna a dire, il medico lo può fare anche il barbiere che, sapendo usare il rasoio, se del caso, diventa provetto cerusico. Ma questa era storia antica, da film western, non certo realtà sanitaria dei nostri tempi.
Ma il problema che si è posto all'inizio , per bocca del ministro, è la giustificazione della politica di chiusura dei piccoli ospedali, dai vari governi fatta e approvata anche dalla controparte governativa succedutasi. Lo dobbiamo proprio constatare.
Ma un'osservazione è necessario fare: non sempre erano rami secchi e loci minoris resistentia della sanità pubblica. In essi vi erano professionalità talvolta non eccelse, ma anche – è storia della medicina - personalità di elevata cultura e preparazione, per di più magari dotate di quell'umanità che taluni novelli Soloni stanno richiamando a pieni polmoni e che oggi non alberga più nei nosocomi più tecnologici. Eppoi sono davvero affidabili quei grandi mostri di tecnologia che sono i grandi ospedali? E davvero sono così ben condotte le attività di rinnovo tecnologico al punto di voler asserire senza possibilità di smentita che gli strumenti di cui sono dotati sono all'avanguardia?
Non vorremmo che i fatti ci smentissero e, ahinoi, smentissero quel serio politico, apprezzato, che è il ministro del Welfare, o all'italiana, dell'Assistenza Sociale o dello Stato Sociale. Abbiamo il coraggio di farci un esame di coscienza. Laicissimo, per carità. Facendolo capiremmo che quanto è avvenuto nel complesso mondo sanitario è solo un capitolo della storia e come tutti i corsi arriverà il conseguente "ricorso" che è come dire che quegli ospedali, forse, magari con personale altrettanto preparato potevano, e possono ancor oggi, essere la sede di hospice, di lungodegenze gestite da competenti e soprattutto da medici in quanto vi sono – per asserzione diretta dei responsabili sanitari – patologie "non da lungo degenza bensì da ospedale"; ma anche di reparti in cui il post acuto non stabilizzato riceva cure complete e competenti, senza ulteriore spesa in termini di tempo o danaro. Luoghi dove si faccia quella medicina di primo - secondo livello (iniziale) che non è ancora da famiglia sul territorio ed è troppo per l'ospedale di II o III livello.
Che ci sia una dicotomia nell'assistenza è sotto gli occhi di tutti. Chi ha la sfortuna di avere contatti con gli ospedali – e parlo dalla parte degli ammalati – subisce dimissioni affrettate, cure parziali – pazienti appena operati dimessi con drenaggi ancora attivi, sub febbrili, poco idratati etc. – creando problemi a tutto l'entourage sanitario territoriale.
Ciò, a guardar bene, è un vulnus nell'assistenza sanitaria e le stesse amministrazioni se ne stanno accorgendo. Invertire la tendenza e recuperare l'esistente diventa un pressante messaggio. Tradotto: dover dare un giusto significato ancora al processo di diagnosi e cura, in cui l'alleanza terapeutica si instaura, che lo si voglia o no, fra il medico e chi lo curi.
Volendo rispondere all'affermazione del Ministro Sacconi, non si è distanti dalla realtà nell'affermare che riguardo i piccoli ospedali è stata una vera iattura averli così indiscriminatamente cancellati. Ma, ironia della sorte, essi, ospedali, sono ancora lì. Erti come monumenti alla memoria ma ancora pronti a risorgere a nuova vita.
E termino con un quesito: potremmo oggi fare finalmente qualcosa di chiaro, semplice e costruttivo, senza alchimie di sorta, che possa finalmente soddisfare coloro che ne hanno bisogno?

Centro Medico Spallanzani

Poliambulatorio Medico e Punto Prelievi per ogni tipo di Analisi

Via Mazzini, 3 – Parma
Tel.: 0521.282635
www.centrospallanzani.it
Resp. San. dr.ssa Lorenza Cagnolati, Spec. Dermatologia e Venereol
Aut. San. 167659-27/12/04 Comune di Parma

ESTETICA
Acido Ialuronico e Botulino
Depilazione a Luce pulsata
Ringiovanimento cutaneo
Riduzione pannicoli adiposi
Iniezioni sclerosanti - Mesoterapia
Rivitalizzazione cellulare
Radiofrequenza Thermotone Plus

PSICOLOGIA
Psicoterapia - Consueling - Sessuologia
Dr. G.**B**raidi - Dr. M.**B**ruschi - Dr.ssa E.**C**ampanini
Dr. A.**P**ezzatini - Dr.ssa A.**F**ochi - Dr.ssa C.**F**errari

PRELIEVI
per ogni tipo di analisi Chimico-Clinica

► Punto Prelievi: **7.30-10.00 da Lunedì a Sabato** (non serve prenotazione, né richiesta Medica)
► Ritiro esiti: **Dalle 16.30 del giorno del prelievo**
► **Invio esiti per posta elettronica** (a richiesta)

POLIAMBULATORIO

Allergologia	Dr.ssa P.**B**arcella
	Prof. G.**C**avagni
Anestesiologia e **T**erapia del **D**olore	Dr.M.**V**eronesi
	Prof. G.**C**avagni
Cardiologia	Dr. G.**B**ianconcini
Chirurgia **P**lastica	Dr. G.**V**entriglia
Dermatologia	Dr.ssa L.**C**agnolati
	Dr. G.**M**anfredi
	Dr.ssa V.**V**escovi
Dietista	Dr.ssa C.J.**D**ella **B**ona
Ecografia - **E**co-color doppler	Dr. C.**M**oschini
Endocrinologia	Dr.ssa D.**U**golotti
	Dr. G.**B**ianconcini
Fisiatria	Dr. M.**O**livieri
Ginecologia e **O**stetricia	Dr.ssa B.**G**ualerzi
	Prof. **F**.Coppola
	Ostetrica C.**T**ognocchi
Medicina del **L**avoro (626)	Dr.ssa S.**V**anni
	Dr.ssa S.**T**anzi
	Dr.ssa MC.**B**occhi
	Dr.ssa C.**D**imaggio
	Dr.ssa M.**D**e Santis
Medicina Interna	Dr. A.**C**avatorta
	Dr. G.**B**ianconcini
Neurologia	Dr.ssa F.**O**livieri
	Dr.ssa F.**B**rindani
Rieducazione **A**limentare	Dr.ssa RM.**C**hierici, biologa
Oculistica	Dr.ssa P.**S**ottotetti
Oncologia	Dr.ssa R.**L**ottici
Ortopedia	Prof. P.**C**harret
Otorinolaringoiatria	Dr.ssa D.**B**aldo
	Dr.ssa MC.**N**iccoli
Psichiatria	Dr. B.**F**ontanesi
	Dr.ssa E.**V**alla
Psicol. **M**edica – **S**essuologia	Prof. C.**N**onnis **M**arzano
Disessuefazione al **F**umo	Dott. M.**M**oroni

Orari di apertura
Da Lun a Ven 7.30-12.00/14.30.19
Sabato 7.30 alle 13.00
Tel.: 0521.287178 / 282635
o mail a info@centrospallanzani.it

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacittadiparma.it

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO MEDICO

MEDICINA INTERNA
Prof. Giuseppe Salvi
Dott. Massimo Moine
Dott. M. Vittoria Valdrè
Dott. Renata Lottici
Dott. Vincenzo De Lisi
Dott. Shpetim Baci

MEDICINA AD INDIRIZZO CARDIOLOGICO
Dott. Dimitri Linardis
Dott. Antonella Pezzani
Dott. Roberto Giacosa

NEUROLOGIA
Dott. Roberto Maione
Dott. Paolo Ghizzoni
Dott. Mariano Rossi

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

CHIRURGIA GENERALE
Dott. Leonardo Bianchi
Dott. Paolo Casoni
Dott. Gianfranco De Lorenzis
Dott. Lelio Denti
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Innocente Fioriti
Prof. Enrico Foggi
Dott. Alessandra Galimberti
Prof. Rinaldo Lampugnani
Dott. Federico Marchesi
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Costantino Medici
Dott. Marzio Montanari
Prof. Giulio Pampari
Prof. Rocco Paolucci
Dott. Marco Pattonieri
Dott. Vincenzo Pezza
Dott. Pierluigi Piccolo
Dott. Stefano Saccani
Prof. Ugo Ugolotti
Dott. Francesco Zini

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Guido Bacchi
Dott. Luca Banchini
Dott. Stefano Banchini
Dott. Giorgio Bortesi
Dott. Paolo Vignali
Dott. Valerio Vighi
Prof. Carlo Zini

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Corrado Contini
Prof. Enrico Foggi

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

MAXILLO - FACCIALE
Dott. Stefano Spaggiari

CHIRURGIA PLASTICA
Dott. Cesare Azzolini
Dott. Paolo Costa

UROLOGIA
Dott. Carlo Cantoni
Dott. Paolo Ferrari
Dott. Matteo Bisi

Litotrissia urologica
Dott. Paolo Ferrari
Dott. Bisi Matteo

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

OSTETRICIA GINECOLOGIA
Dott. Antonella Padovani
Dott. Maurizio Poletti
Dott. Maurella Vaccà

CHIRURGIA MININVASIVA GINECOLOGICA
Dott. Vittorino Calestani
Dott. Cosimo Basile
Dott. Cosimo Barletta
Prof. Luigi Benassi
Dott. Roberto Benatti
Dott. Claudio Bertoli
Dott. Arturo Bianchini
Dott. Ermanno Cabrini
Dott. Renato De Dominicis
Dott. Beatrice Gualerzi
Dott. Sandro Magugliani
Dott. Antonella Nani

NURSERY
Dott. Francesca Cassaro
Dott. Renzo Malvicini

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

ORTOPEDIA
Dott. Paolo Adravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Pietro Banchini
Dott. Pier Luigi Bonucci
Dott. Francesco Caravaggio
Dott. Massimo Cattani
Dott. Philippe Charret
Dott. Luigi Lagnerini
Dott. Marcello Marcialis
Dott. Francesca Morici
Dott. Stefano Nicoletti
Dott. Gian Paolo Paini
Dott. Tariel Tcherkes-Zade

Litotrissia ortopedica
Dott. Alberto Ape

MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA SPINALE
Dott. Andrea Fontanella

OCULISTICA
Dott. Roberto Carnevali
Dott. Giuseppe Cavallero
Dott. Vincenzo Zanaboni

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

ANGIOLOGIA - CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Lelio Denti
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Stefano Saccani
Dott. Fabio Villa

CARDIOLOGIA
Dott. Dimitri Linardis

CENTRO MALATTIE DELLA MAMMELLA
Prof. Rocco Paolucci

CHIRURGIA GENERALE
Dott. Gianfranco De Lorenzis
Dott. Lelio Denti
Dott. Federico Marchesi
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Marzio Montanari
Prof. Giulio Pampari
Dott. Marco Pattonieri
Dott. Vincenzo Pezza
Dott. Pierluigi Piccolo

CHIRURGIA PLASTICA
Dott. Cesare Azzolini
Dott. Paolo Costa

DERMATOLOGIA
Dott. Francesco Antonaccio
Dott. Carla Maria Costa
Dott. M. Emanuela Pretto

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

DIETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA
Dott. Antonella Pezzani

FISIATRIA
Dott. Alberto Ape
Dott. Pieremilia Lusenti

FISIOTERAPIA E TERAPIA DEL DOLORE
Prof. Gastone Uleri

GASTROENTEROLOGIA
Dott. Corrado Contini

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Corrado Contini
Proff. Enrico Foggi

GINECOLOGIA
Dott. Cosimo Barletta
Dott. Roberto Benatti
Dott. Beatrice Gualerzi
Dott. Ermanno Cabrini
Dott. Antonella Nani
Dott. Antonella Padovani
Dott. Maurella Vaccà

Vaccinazioni Hpv
Dott. Antonella Padovani
Ostetrica Antonella Regia Corte

LABORATORIO DI ANALISI
Dott. Luciano Curti
Dott. Francesco Barbieri Palmieri

MAXILLO - FACCIALE
Dott. Stefano Spaggiari

MEDICINA INTERNA
Prof. Giuseppe Salvi
Prof. Achille Guariglia

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

MOC
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Alberto Ape

NEUROCHIRURGIA
Dott. Andrea Fontanella
Prof. Gian Paolo Paini

NEUROLOGIA
Dott. Paolo Ghizzoni
Dott. Roberto Maione
Dott. Mariano Rossi

Elettroencefalografia
Dott. Roberto Maione

Elettromiografia e potenziali evocati
Dott. Mariano Rossi

OCULISTICA
Dott. Roberto Carnevali
Dott. Giuseppe Cavallero
Dott. Vito Mastronardi
Dott. Renata Vinciguerra
Dott. Vincenzo Zanaboni

LOGOPEDIA
Dott. Mariangela Amati

ODONTOIATRIA
Dott. Paolo Caccioli
Dott. G. Franco Donetti
Prof. Nazario Marini
Dott. Stefano Medioli
Dott. Stefano Spaggiari

ORTODONZIA
Dott. Antonio Costa

NEFROLOGIA
Prof. Achille Guariglia

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

ONCOLOGIA CLINICA
Dott. Renata Lottici
Dott. Vincenzo De Lisi

ORTOPEDIA
Dott. Paolo Adravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Pietro Banchini
Dott. Massimo Cattani
Dott. Luigi Lagnerini
Dott. Marcello Marcialis
Dott. Francesca Morici
Dott. Stefano Nicoletti
Dott. T. Tcherckes-Zade

OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Giorgio Bortesi
Dott. Valerio Vighi
Dott. Paolo Vignali

PEDIATRIA
Dott. Francesca Cassaro

PSICOLOGIA PSICOTERAPIA
Dott. Francesca Fochi

RADIOLOGIA
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Stefano Moine
Dott. Adele Bianchi
Dott. Claudio Tosi

Radiologia vascolare
Prof. Ugo Ugolotti

Ecografia con mezzo di contrasto
Dott. Roberto Giocosa

Spirometria
Dott. Massimo Moine

UROLOGIA
Dott. Carlo Cantoni
Dott. Paolo Ferrari
Prof. Giacomo Macaluso

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

NUMERI UTILI

CENTRALINO	0521.249611
UFFICIO PUBBLICHE RELAZIONI	0521.249689
DIREZIONE SANITARIA	0521.249687
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	0521.249681
UFFICIO ACCETTAZIONE	0521.249699
SEGRETERIA RADIOLOGIA	0521.249714
SEGRETERIA ODONTOIATRIA	0521.249688
SEGRETERIA POLIAMBULATORIO	0521.249662 0521.249729
SEGRETERIA CARDIOLOGIA	0521.249663
SEGR. FISIOTERAPIA E FISIATRIA	0521.249674
SEGR. ONCOLOGIA CLINICA	0521.249742
SEGR. OCULISTICA - NEUROCHIRURGIA, CENTRO MALATTIE DELLA MAMMELLA	0521.249678

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43100 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacittadiparma.it

Formazione in Medicina generale: chi deve farla?

Valutazioni in seno alla Professione

Apriamo, su sollecitazione di vari colleghi, una nuova rubrica sul nostro giornale cercando di ricondurre il dibattito interno nell'alveo della professione ed utilizzando come "palestra delle opinioni" il giornale dei medici.
Contribuendo, così, a "riportare a casa" dissensi e disparità di opinioni, con l'intento di trovare una condivisione, laddove possibile, ma di non oltrepassare il limite della dialettica e del rispetto vicendevole. Rispetto, cioè, di quella collegialità e colleganza di sempre invocate e basilari nel vissuto deontologico della professione sostenuta da anni dalla Presidenza dell'Ordine e dal Consiglio tutto.
Con quest'intento accogliamo le lettere di due nostri colleghi che dissertano, in apparenza con toni forti, sul tema della cultura, su chi e come debba essere affrontato.
Ognuno si farà la propria opinione, ma resta il punto nodale che vede nello spirito collaborativo fra le individualità professionali, spesso illustri, un vero "plus valore" per la formazione medica, anche nei casi in cui le opinioni possano non collimare e, a volte, anche collidere, in un clima critico, quale è oggi, ma pur sempre costruttivo. Così la rubrica aperta si pone come ideale palestra di confronto di idee.

La Direzione editoriale

Lettera aperta al Prof. Giuseppe Salvi, responsabile del Programma ECM 2009 della Casa di Cura Città di Parma.

Caro professor Salvi ti scrivo, perchè vedo che anche quest'anno ripeti la tua strana iniziativa. Scusa il tono, non vuol essere assolutamente irriverente, ma ammetterai che far parlare di ginecologia a ortopedici o di pronto soccorso a geriatri apparirebbe a tutti, perlomeno "curioso". Questa è comunque l'impressione che fa a noi medici generalisti il tuo "progetto medicina generale", tenuto da tutti meno che da coloro che esercitano questa professione.
Eppure qualche anno fa, avevamo cooperato per presentare il nostro lavoro, evidentemente l'iniziativa non ti è piaciuta o non abbiamo interpretato quello che tu pensi sia la medicina generale.
Veramente anche noi, ormai non più neo-laureati, siamo incorsi a suo tempo nel tuo stesso errore, pensavamo di fare un altro lavoro, pensavamo di partare la medicina interna sul territorio e di creare così la medicina generale. Ormai questo errore è superato: esiste una specialità in medicina generale, esistono competenze precipue, esiste un insegnamento della medicina generale durante il corso di laurea (dal prossimo anno anche a Parma), esiste un esame di stato dove il futuro collega viene da noi valutato. La medicina generale italiana e parmense fa ricerca, pubblica anche all'estero, ed è indispensabile per coinvolgere capillarmente il cittadino in iniziative di salute pubblica. Purtroppo la gran mole di lavoro fatta, ha scarsa visibilità sui media, forse perchè non esiste una carriera del medico generalista, un corso specialistico universitario. Forse anche perchè, parlando il linguaggio dei nostri assistiti, siamo borderline tra la scienza medica e quella umanista, ma ti assicuriamo di aver ancora tante cose da dire.

Cordialmente
Paolo Schianchi

Risposta alla lettera aperta del Dr. Paolo Schianchi

Caro Presidente,
leggo il j'accuse che il Collega Paolo Schianchi formula nella lettera aperta a me indirizzata e che intendeva far pubblicare su Parma Medica sull'organizzazione dei Simposi medici che da oltre 20 anni organizzo, attualmente in Collaborazione con la nostra AUSL, presso la Casa di Cura Città di Parma, simposi definiti dal Dott. Schianchi una "strana iniziativa".
Con molta sensibilità ordinistica, mi hai trasmesso la lettera e mi hai precisato che verrà pubblicata, solo se seguita da una una replica. Dopo averla letta attentamente, non Ti nascondo le mie perplessità per la inconsislenza degli argomenti, per il sarcasmo sotteso e per la sostanziale supponenza che emerge dalla stessa.
Comunque per riguardo del Tuo ruolo istituzionale, cercherò di esporre le Mie considerazioni.
Sgombro innanzitutto la discussione da un argomento, forse non del tutto secondario, accennato dallo Schianchi in preambolo.
E' vero che anni fa, informato e positivamente colpito dalla notizia che un gruppo di giovani e preparati Colleghi si era collegato per realizzare in modo autonomo un aggiornamento medico (la Sanità parmense in quel tempo stava attraversando, in molti settori, una fase di relativo oscurantismo culturale cui corrispondeano come prime reazioni iniziative quali quelle di Parma cuore. Ti ricorda qualcosa?), li avevo invitati come relatori e correlatori ad alcuni Simposi. Ho constatato la loro pressoché sistematica assenza nelle conferenze che non li coinvolgevano come relatori, e soprattutto ho preso atto di non essere mai stato da loro invitato, almeno come auditore ad una loro iniziativa.
Veniamo comunque alla sostanza.
Dalla lettera del collega emerge una diversa visione del medico di medicina generale, oggi chiamato generalista, con la conseguente necessità di uno specifico suo aggiornamento. In considerazione tuttavia che le malattie a domicilio o in ambito ospedaliero sono le stesse, non riesco a capire a fondo le argometazioni formulate o auspicate dal collega, se non la necessità, questa sì espressa in modo chiaro, che la gestione di questo aggiornamento deve essere affidata al gerneralista stesso.
E' indubbio invece che ogni settore della Medicina interna richiede approfondimeni specifici ed è utile che questi vengano trasmessi da chi precipuamente si occupa dello specifico settore.
Al Medico che lavora sul territorio ad esempio si richiedono anche conoscenze approfondite sull'interferenza dell'alimentazione, dell'ambiente, sui rischi

epidemiologici, sulle vaccinazioni di massa, su tutto quanto in altre parole può incidere sull' equilibrio psicofisico dei cittadini, il tutto condotto con intendimenti plevalentemente profilattici.
Al Medico internista ospedaliero si richiedono ovviamente altre competenze su cui è inutile dissertare. Ma tutto ciò non intacca la necessità dell'aggiornamento medico in senso stretto che deve coinvolgere tutti i Colleghi indistintamente.
L'aggiornamento culturale del Medico di Medicina Generale, sia che operi in ambito ospedaliero che sul territorio (vogliamo chiamare quest'ultimo generalista? Chiamiamolo pure), e l'acquisizione dei continui progressi nei vari ambiti specialistici, come possono essere realizzati? Ovviamente attraverso uno studio continuo, mediante la comunicazione della propria esperienza ricorrendo sempre ad una autocritica puntuale del proprio operato, infine dal confronto con i Colleghi e con gli specialisti.
Se il Medico, Internista o generalista che sia, vuole mantenere una capacità di sintesi ed una corretta gestione dei propri ammalati deve infatti confrontarsi anche con i vari specialisti, invitati a trasferire con semplicità e spirito collaborativo, la loro esperienza.
Questo e non altro è lo spirito informatore dei nostri simposi.
Da quanto sopra detto, e desidero sottolinearlo, questa è una delle forme di aggiornamento possibile. Il ritenere, come lascia trapelare il Dott. Schianchi, che il confronto culturale con altri Colleghi specialisti sia tempo perso, mi lascia perplesso e preoccupato... sulla futura completezza professionale del Collega, che ritengo caratterialmente polemico, ma professionalmente impegnato.
Dopo decenni di intensa attività professionale, sento ancora forte la curiosità e la necessità di un continuo aggiornamento e del confronto quotidiano con tutti i Colleghi coinvolti nel mio operato, lo sento soprattutto come doveroso impegno umano e professionale nei riguardi dei pazienti che si affidano alle mie cure.
Che sia un errore?
Non penso.

Giuseppe Salvi

Poliambulatorio Privato di Medicina Fisica e Riabilitazione

M.F.R

Centro Emiliano

Aut. San. n°143773 del 11-11-2002

Convenzionato con il sistema sanitario nazionale

certificato UNI EN ISO 9001: 2000

SINCERT

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

Piazzale Santo Stefano, 3
43100 PARMA
Tel. 0521 287893
Fax 0521 039714

Fisiochinesiterapia Ortopedica

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

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

Terapie fisiche

- Laserterapia YAG
- Laserterapia al CO2
- TECAR Terapia
- Magnetoterapia
- Elettroterapia analgesica ad alto voltaggio
- Elettroterapia analgesica Tens
- Elettroterapia analgesica diadinamica
- Elettroterapia di potenziamento muscolare
- Ionoforesi medicata
- Ultrasuonoterapia
- Radarterapia
- Paraffinoterapia
- Irradiazione infrarossi
- Idrogalvanoterapia

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

Terapie Riabilitative

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

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

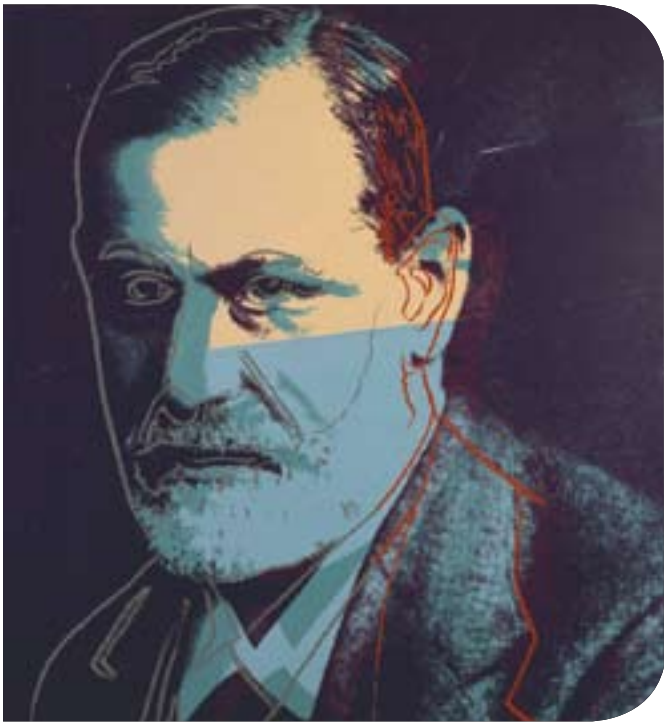
Il disagio e il malessere della classe medica

La psicologia medica come strumento non retorico per reperire strategie risolutive… nel medio periodo.

di Bruno Agnetti

La psicologia è quella disciplina che studia il comportamento umano (ed animale). Nella moderna psicologia il concetto di comportamento implica anche l'aspetto cognitivo in quanto i fenomeni mentali, di qualsiasi ordine e grado, sono considerati comportamenti. Da questa semplice ed essenziale definizione deriva l'ambito di applicazione: la psicologia analizza le modificazioni del comportamento (adattive o disadattive) e ipotizza programmi terapeutici (per ottenere modificazioni adattive del comportamento stesso nel suo insieme).
La psicologia medica è la psicologia applicata alla medicina ed esercitata da medici.
Oltre a tutti gli ambiti caratteristici della disciplina psicologia, la Psicologia Medica si occupa in particolare di alcuni aspetti che riguardano da vicino l'attività lavorativa dei medici: le relazioni professionali medico/assistito, il confronto tra medico e medico, i rapporti che il medico intrattiene con le istituzioni/organizzazioni (aziende AUSL e AO). In questo senso la psicologia medica progetta ricerche specifiche (utilizzando strumenti come le interviste, i questionari, la raccolta di narrazioni) che tentano di analizzare la situazione occupazionale e relazionale che i colleghi sperimentano all'interno delle diverse situazioni professionali. È forse utile ricordare, in questa sede, che una delle primissime ricerche sul burn-out compiute in Italia (1988) è stata eseguita proprio nella nostra provincia da alcuni colleghi che hanno intervistato un certo numero di medici analizzando, in modo dettagliato, la natura dello stress occupazionale di alcune professionalità mediche con lo scopo di suggerire soluzioni precorribili a tutta la categoria medica. Più recentemente su Il Sole24Ore Sanità (2008) è comparso il commento preliminare di una ricerca (realizzata attraverso l'analisi delle opinioni e dei pareri di colleghi medici selezionate con la tecnica della raccolta delle narrazioni) che riportava alcuni dati riguardanti il malessere espresso da colleghi dipendenti e parasubordinati (convenzionati) nei confronti delle organizzazioni istituzionali ed in particolare nei confronti delle dirigenze aziendali USL e AO.

La rigorosa osservanza dell'anonimato ha permesso di far emergere fenomeni comportamentali molto preoccupanti: in alcune aziende i colleghi medici sono letteralmente terrorizzati, temono le alte dirigenze, ne sono impauriti e non si permettono quindi di esprimere pareri ne tanto meno critiche pur se costruttive. Ci si chiede a questo punto a che servono le enfatizzazioni sul Risck Management e sulle relative flow-chart se la fonte dell'infelicità dei medici e di molti pericoli professionali sono palesemente di tipo psico-ambientale.
La competenza psicologica è una modalità tecnica di studio scientifico ma, da sempre, rappresenta anche uno strumento distintivo essenziale per la professione. Gran parte dell'autorevolezza medica, riconosciuta dagli assistiti, deriva dalla naturale e quotidiana frequentazione che il medico ha con la gioia e con il dolore, con la salute e la malattia, con i singoli, le famiglie e le comunità. C'erano infatti, una volta, in ogni territorio, il prete, il medico ed il farmacista.
Il sacerdote c'è ancora ed ha aumentato nel tempo la sua leadership. Il farmacista è talmente radicato nel proprio ambiente ed è riuscito a conquistare una solida posizione economica. Chi manca all'appello e che ha abbandonato la compagnia è proprio il medico.
Le motivazioni che ci hanno portato a questa disastrosa evanescente presenza sono innumerevoli. Un elenco analitico sarebbe utile ma un po' retorico. Ogni collega può presentarne una o mille ragioni. E' certo, comunque, che qualcuno in questi ultimi decenni deve essersi distratto. E molto. Addormentato? Così, piano piano, nel tempo, mentre i



medici, convinti del loro millenario potere e del loro carisma si sono in altre faccende affaccendati, altre figure e professioni vicine a quella medica hanno occupato gli spazi lasciati liberi dai medici (umanizzazione, comunicazione, relazione, ascolto, visite e contatto con il corpo dei malati o pseudo-malati secondo il vecchio schema semeiologico IPPA, pressione sull'appropriatezza, sul risparmio, sulla razionalizzazione, ecc.)
Un certo numero di intellettuali, politicamente corretti, ha convinto molte persone e molti medici sul fatto che il termine (ed il concetto) di paziente fosse obsoleto e che fosse assolutamente necessario sostituirlo con le parole utente, cittadino, assistito, iscritto, cliente. Questa modificazione avrebbe garantito il superamento della fase paternalistica della medicina aprendo le porte alla fase... già, a che fase? L'impressione è che all'interno del disorientamento totale degli assistiti frastornati da un battage sanitario commerciale-finanziario-tecnologico e bioetico e passata la fase della convinta difesa del diritto e della necessità di relazioni paritarie di contrattazione, molti malati desiderino ritrovare medici che possano comportarsi come guide solidamente etiche, morali e paterne (o materne). Anche l'aziendalizzazione, non ben compresa dai più a suo tempo, pare per molti una spiacevole sorpresa inattesa quando le persone diventano improvvisamente consapevoli che il termine aziendalizzazione richiama effettivamente significati attinenti alle imprese, alle industrie, all'economia finanziaria e non è collegabile ad aspettative ingenuamente popolari che continuano a considerare le istituzioni sanitarie come enti umanitari, buoni, altruistici, caritatevoli, misericordiosi.
Abbiamo perso le uova e la gallina. E il pollaio. L'occupazione degli spazi professionali medici è diventata talmente radicata che si è trasformata in leggi, direttive, normative, circolari passate in un primo tempo inosservate, ma poi emerse in tutta la loro drammatica (per i medici) ineluttabilità.
Per più di un motivo l'erosione della professione medica pare essere diventata un imperativo morale generalizzato sostenuto da politici ed amministratori locali e nazionali. La legge n.56 del 18 febbraio 1989 (sic!) può, a ragione, essere considerata la madre di tutti gli assedi alla professione. Paradossalmente il principale relatore e primo firmatario del disegno di legge poi subito approvato dal parlamento è stato proprio

saluser s.r.l.

Laboratorio di Ricerche Immunologiche e di Analisi Chimico-Cliniche battereologiche

Dir. San. Dott.ssa Magliani Magda
Aut. San. N. 49799

Orario Prelievi:
in sede 7.30 - 12.00
a domicilio su appuntamento

Orario apertura:
7.30/12.30 - 16.30/18.30
Sabato 7.30/12.30

Associato al controllo di qualità regionale VEQ
Certificato ISO 9001:2000

Viale Bottego, 3 - 43100 Parma (Pr)
Tel. e Fax 0521 772 620
www.saluser.it - e-mail: info@saluser.it

un medico (sic!). Della serie: lasciateli fare che si faranno male da soli. Condensando il contenuto, la legge sosteneva e sostiene un concetto talmente paradossale ed assurdo che nessuno, inizialmente ha voluto credere ad una normativa così ridicola ma poi, alla fine, tutti i colleghi hanno dovuto ricredersi a fronte di numerose sentenze, altrettanto assurde, del TAR che ha più volte ribadito come l'attività psicologica applicata alla clinica (termine divenuto alquanto ambiguo come si potrà constatare di seguito) rappresenta una competenza degli psicologi e non dei medici. Ne consegue che ogni forma di psicoterapia formale od informale (attività quotidiana insita in ogni atto medico) sarebbe proibita ai medici che rischiano di compiere un abuso di attività psicologica (!).

Per dimostrare come normative apparentemente aleatorie e lontane possano poi condizionare la vita professionale è possibile richiamare la deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL di Parma n. 265 del 19/03/1999. In questo documento si accoglie una richiesta dell'Associazione Unitaria degli Psicologi Italiani (AUPI) con la quale si sostiene che il termine "medico" utilizzato fino a quel momento nei documenti aziendali e regionali sarebbe stato da considerare eccessivamente restrittivo. Nello stesso tempo la sostituzione della parola "medico" con il termine "sanitario", sempre secondo l'AUPI, sarebbe da considerare, al contrario, eccessivamente estensivo. Si suggerisce quindi, da parte dell'AUPI, di utilizzare il termine "clinico" intendendo con questo termine medico e psicologo alla faccia di ogni derivazione etimologica. In questo modo tutti i "clinici", considerati dirigenti aziendali dalle normative riguardanti l'aziendalizzazione, possono partecipare a concorsi e a ruoli gerarchici delle aziende sanitarie.

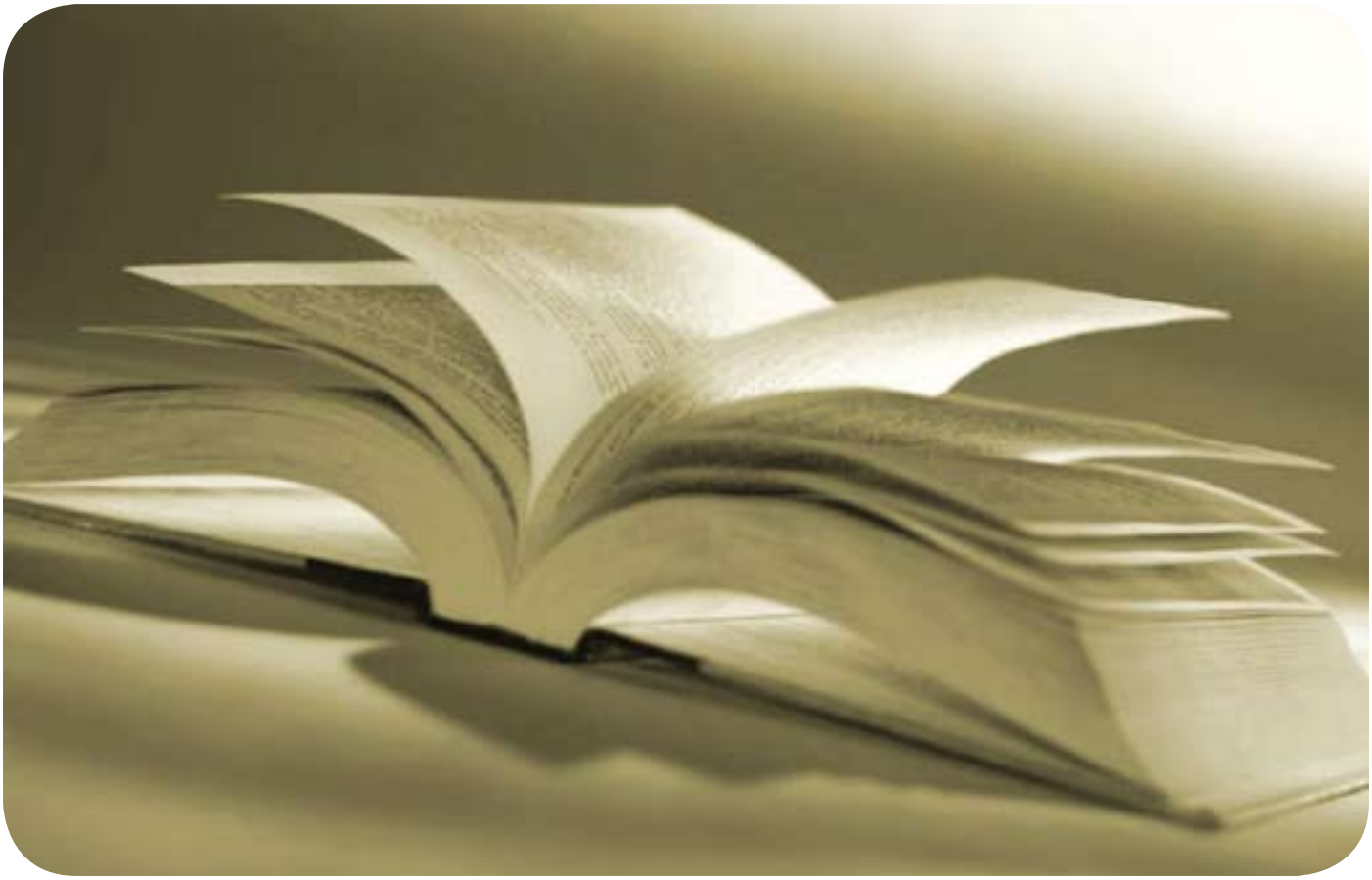
La legge 502/1992 (aziendalizzazione), a suo tempo, aveva provveduto ad eliminare termini e configurazioni gerarchiche e posizioni di responsabilità storicamente ben definite (es.: primario, aiuto, assistente) in favore di descrizione ben più generiche e diluite come dirigente, responsabile, direttore che non sono mai automaticamente sinonimi di "medico" cosi come ormai la parola "clinico" non significa solo medico ma anche psicologo.

Nelle aziende sanitarie sono così diventati direttori (ex primari) di Sert, Servizi Materno Infantili, consultori, Centri di Riabilitazione Psichiatrica, Servizi di Salute mentale, laboratori di analisi ospedalieri vari professionisti come gli psicologi, i pedagogisti, i laureati al DAMS, i biologi, gli architetti, gli avvocati, anche qualche geometra attualmente è responsabile di qualche cosa in qualche azienda usl regionale...

E' una facoltà demandata alle alte dirigenze. Un Direttore Generale di una azienda sanitaria, può scegliere, secondo le normative, per una data posizione gerarchica un medico o una professionalità non medica. Queste decisioni sarebbero sostenute da convinzioni aziendali secondo le quali, in certe strutture, la componente organizzativa-gestionale rivestirebbe una importanza significativa e quindi si ritiene che la direzione di queste unità possa essere affidata a dirigenti o responsabili o direttori (ex-primari) non medici.

Al di fuori di una evidente logica tautologica il ragionamento ha evidenti finalità funzionali per politiche aziendali più nepotistiche che di efficienza. Per tacere di alcune posizioni primariali, per nulla credibili a causa della completa mancanza di curriculum scientifico e di pubblicazioni considerate oggi il bagaglio minimo necessario per poter parlare di appropriatezza e competenza.

Sarebbe come sostenere che in un reparto di anestesia o di rianimazione, assodato che l'aspetto organizzativo è di estrema importanza, la direzione possa anche essere affidata a non medici.



Questi ruoli gerarchici hanno inoltre una caratteristica stupefacente: ottengono tutti gli adeguamenti economici di stipendio e di trattamento pensionistico primariali, hanno visibilità ed onori ma demandano le reali responsabilità di tipo penale o civile ai medici, anche se subordinati.
Lapalisse non sarebbe stato in grado di essere più laconico: ai medici gli oneri e le responsabilità agli altri vantaggi economici, onori e visibilità. Anche la diseconomicità di queste posizioni è eclatante.
Molte ricerche di psicologia medica fanno emergere situazioni di forte diseconomia: servizi che proprio per problemi relazionali e comunicativi diventano inefficienti e riversano, da anni, le problematiche interne su altri servizi dando origine a concatenamenti di inefficienza senza fine. Personaggi evanescenti con ruoli gerarchici importanti che dimostrano una incompetenza gestionale disarmante, dirigenti con carichi di lavoro che definire risibili sarebbe usare un eufemismo di indulgenza eccessiva, altri talmente impegnati in altre cose (riunioni) da non sapere nemmeno dove è situato il servizio che dovrebbero dirigere e che quindi viene frequentato pochissimo.
Tutto ciò può creare difficoltà alla comunità per quanto riguarda la gestione delle risorse e delle potenzialità e non sarà sempre possibile, come a volte capita, chiedere ai medici di medicina generale la quadratura del cerchio (economico). Quando i carichi di responsabilità e di lavoro si trovano ad essere eccessivamente sbilanciati tra le diverse figure coinvolte che manifestano assunzioni di responsabilità troppo difformi può risultare compromessa l'attuazione pratica di molti strumenti necessari alla tanto decantata realizzazione del governo clinico.
Il recupero delle posizioni è senz'altro possibile ma molto faticoso. I peana e le doleances sulle urgenze o sulle emergenze riguardanti l'aggressione alla professione medica non hanno effettivamente ottenuto, fino ad ora, risultati. Anzi (vedi movimento pro-infermieri in posizioni simil mediche con riduzione di posti e sedi di Continuità Assistenziale o di medici del 118). Tutte le analisi economiche sociali riguardanti la nostra categoria continuano a sostenere una drastica uscita dall'ambiente lavorativo di molti medici del territorio e dell'ospedale nel giro di pochi anni (8-10). Non sembra però che questo abbia turbato qualcuno. E quindi sarà necessario prepararsi ad una prossima, annunciata, prevista stagione che all'ultimo momento, come al solito, da coloro che sono deputati alla previsione e alla programmazione, verrà definita emergenza improvvisa. In Inghilterra pare abbiano affrontato questo problema ingaggiando medici pachistani e incentivando qualsiasi altro medico comunitario ad andare a lavorare in quel paese.
E' possibile riconquistare spazi, tempi, mentalità, comportamenti, ruoli?
La risposta è affermativa ma pare che siano necessari passaggi generazionali. Ciò che ora è rotto è possibile ripararlo. Alcune colle tecnicamente avanzate fanno miracoli. Resteranno segni che lasciamo in consegna alle nuove generazioni di medici. Per il momento la soluzione più percorribile è quella del rispetto.
I medici devono re-imparare a rispettarsi tra loro, a considerare i colleghi come persone importanti e significative per la comunità per il tragitto culturale e formativo percorso per diventare medico proseguito poi con quella formazione continua a contatto quotidiano con il mistero della vita che rende, nella maggioranza dei casi, la professione medica, esercitata, una delle arti più complesse tra quelle umane.
Medici prima di tutto rispettosi dei colleghi (i medici francesi ancora oggi quando si inviano comunicazioni o lettere o mail iniziano lo scritto con l'intestazione Cher frére) potranno poi pretendere (e sperare di ottenere, ma non è scontato) anche il rispetto delle istituzioni e delle aziende.

Collaborare in strutture sanitarie

All'origine della cura c'è il rapporto medico-paziente. Quest'alleanza nei secoli si è trasformata dovendo sempre in maggior misura fare i conti con l'organizzazione, prima quella degli ospedali, poi quella del territorio.

di Fernanda Bastiani

All'origine della cura c'è il rapporto medico-paziente. Quest'alleanza nei secoli si è trasformata dovendo sempre in maggior misura fare i conti con l'organizzazione, prima quella degli ospedali, poi, sino ad arrivare ai giorni nostri, quella del territorio. Pensate a che cosa erano nel nostro paese, solo vent'anni fa, la medicina di famiglia e il distretto: monadi, per dirla con Leibniz . Ogni medico di Medicina Generale lavorava infatti per conto proprio e si organizzava in modo del tutto indipendente dai colleghi e dalle strutture sanitarie. Queste poi si sono fatte via via sempre più complesse e ciò ha richiesto un grande impegno, anche economico, nell'organizzazione e nell'integrazione delle competenze. Dopo i reparti (termine importato dall'esercito e utilizzato anche nelle fabbriche) sono nati le aziende, i dipartimenti, i nuclei di cure primarie che con ospedali, assessorati e ministeri compongono oggi l'insieme del nostro sistema sanitario. Anche la Medicina Generale, in modo prima spontaneo poi istituzionale, ha dato vita a forme associative di organizzazione, sia strutturale (medicina di gruppo) che funzionale (medicina in rete nelle quali si esprime l'integrazione fra colleghi e altre figure professionali sanitarie e sociali.
Non è pensabile che tutto ciò possa reggersi e funzionare solo per il buon senso e la professionalità dei soggetti in gioco, come a volte saremmo tentati di credere. Queste organizzazioni complesse necessitano di metodo e obiettivi così come tutte le aziende. Ma, a differenza di altri, questo modello aziendale mette al centro la persona e non il profitto, almeno così dovrebbe essere. Spesso succede però che in corso d'opera lo scopo del lavoro si perda, allora ogni cosa si complica e può diventare occasione di conflitto.

RAPPORTO TRA PERSONA ED ORGANIZZAZIONE: CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ

PERSONA

Il rapporto fra persona e organizzazione è stato oggetto di studi e ricerche, tali competenze oggi aiutano a comprendere le dinamiche di lavoro nelle aziende.

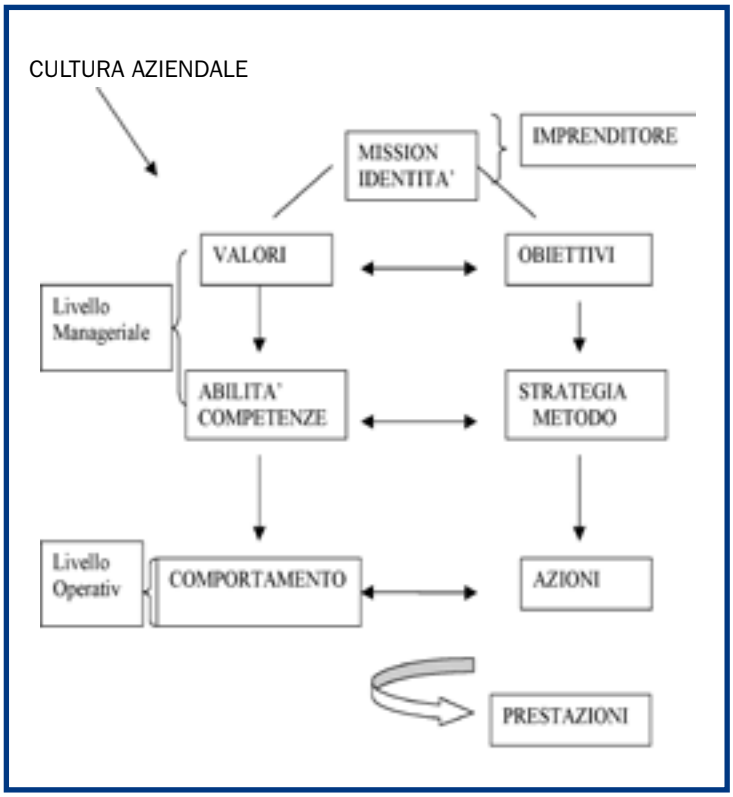
La scala dei livelli logici rappresenta i macrofattori che sottendono l'agire della persona.
Il livello inferiore, quello cioè del comportamento è determinato dalle abilità nelle quali si esplicitano valori che scaturiscono dall'identità, che a sua volta è espressione degli ideali. Tutte queste categorie diventano visibili attraverso il comportamento e il livello superiore motiva quello sotteso. Gli ideali sono i riferimenti ultimi cui ognuno si ispira ma nessun ideale diventa valore senza un "io" che gli dia peso. Spesso i valori non sono del tutto coscienti ma è impossibile che non ci siano ideali in quanto tutti gli uomini hanno, pur in modo diverso, riferimenti ultimi. Lo schema spiega fra l'altro come un'eccessiva focalizzazione sui comportamenti sia inefficace.

L'ORGANIZZAZIONE

Nell'organizzazione, ad esempio di un ospedale, osservando il comportamento ci rendiamo conto di abilità e competenze.
Queste ultime sono orientate ad uno scopo organizzativo sotteso da valori e principi. L'ospedale poi ha un'identità (il tipo di cura, es. ad alta o bassa intensità, come nell'orientamento dei più moderni modelli organizzativi), la mission infine è la ragion d'essere per cui un ospedale esiste. E questa non la vede nessuno.

CRITICITÀ

L'identità è il punto focale sia della persona che dell'organizzazione (vedi ospedale o territorio) perché un'organizzazione è fatta di persone: tutto dipende dallo scopo ultimo per cui esiste.
Ebbene lo scopo ultimo per cui si lavora spesso sfugge o non si conosce più. Le motivazioni di ciò vanno ricercate in tutta una serie di fattori personali e sociali che non sto ad elencare, ma senz'altro,



parlando come qui voglio fare, di organizzazioni sempre più complesse nelle quali lo scopo non è direttamente incarnato da persone e quindi interpersonale e immediato ma è mediato da circolari, mail, cartelli e direttive, si capisce come diventi sempre più difficile aver presente lo scopo e questo spiega la grande diffidenza dei professionisti nei confronti della burocrazia (e il fatto che le scartoffie vengano a volte ignorate o proditoriamente cestinate).
Quando non c'è più comunicazione immediata occorrerebbe un coinvolgimento personale più forte, più cosciente ed esplicito, perché è necessario riflettere per creare il nesso fra lo scopo ultimo e le diverse parti della scala.
Tuttavia a ciascuno di noi non sfugge il fatto che spesso si lavori o si viva incuranti dello scopo, innestando il pilota automatico, e questo è quasi fisiologico.
Ma se c'è una cosa che è realisticamente presente in ogni azione dell'uomo, sia essa cosciente o incosciente, questa è l'obiettivo.
E proprio a livello degli obiettivi si gioca o si dovrebbe giocare la collaborazione fra i professionisti nelle strutture sanitarie.
Perché però spesso è a tema solo l'azione?
Quando si pone in discussione solo l'azione non si ottengono risposte efficaci, se uno sbaglia già sa di averlo fatto.
Altra cosa sarebbe interrogarsi sugli obiettivi, che appunto dell'azione sono lo scopo, affinché ne risulti un metodo. Quando gli obiettivi non sono condivisi vince sempre chi è più forte. Le azioni sono solo indicatori/ sintomi che sottendono dei perché . Problemi, difficoltà, incongruenze andrebbero allora meglio gestiti al livello degli obiettivi.
Nelle grandi organizzazioni invece si da per scontato che esistano obiettivi e metodo. Così ci si adatta, si china la testa e ci si dimentica di chiedere: perché?
Quando accade l'errore, a volte tanto clamoroso da far sì che la notizia sia riportata nelle prime pagine dei giornali, ci si interroga sul perché, quale fosse l'obiettivo o invece si cerca un capro espiatorio e si pone in atto una nuova sfilza di procedure tale da ridurre al massimo il margine di errore, dando per scontata l'inaffidabilità dei professionisti?
In questo modo la struttura finisce tristemente con l'eliminare il fattore umano per garantire il perfetto benessere organizzativo. Si può costruire un'organizzazione con lo scopo di valorizzare il meglio che ognuno può dare, oppure un'organizzazione in cui non fare errori. Quale delle due è migliore? La risposta è scontata .
L'organizzazione senza errori è un' utopia.
Nemmeno i discorsi sui principi / valori sono efficaci e spesso hanno esito zero. Infatti le prediche non le ascolta più nessuno.
Sarebbe invece tutto più semplice se il punto di partenza fossero gli obiettivi. Ad esempio comunicare il bisogno del paziente per poi arrivare al metodo (è infatti l'oggetto a suggerire il metodo) e infine ai valori . Gli obiettivi sono il punto nevralgico della questione, perché conducono allo scopo, e senza uno scopo non si può lavorare.
Opportunità
Molti sono convinti che se fossero da soli potrebbero lavorare meglio. L'attuale complessità del sistema sanitario ha però posto sfide che nessuno di noi è in grado di affrontare da solo. Così anche i professionisti della medicina hanno dovuto fare lo stesso passaggio che hanno fatto gli artigiani verso l'impresa.
I quali per integrarsi nell'azienda con altre competenze hanno dovuto fare un passo culturale spesso drammatico.
L'organizzazione potrebbe però diventare una condizione per realizzare al meglio sé stessi. Ma come?
In sanità uno deve "salvare" il paziente, questo è lo scopo. Ma se non c'è chi mi aiuta, lo scopo da solo non lo raggiungo.
Quindi devo fare un passo indietro per ottenere un passo avanti, perché il paziente non lo salvo io ma do il mio contributo, assieme ad altri che hanno competenze che io non ho. In questo modo realizzo me stesso contribuendo, facendo cioè l'esperienza di qualcosa che da solo non avrei mai potuto realizzare.
A questo punto però l'organizzazione deve dare al professionista la possibilità di realizzare al meglio ciò che sa fare, investendolo di responsabilità e non affossando tale responsabilità con procedure che la sviliscono o che sono finalizzate a sostituirla.
Sugli obiettivi e sull'organizzazione del lavoro, ma anche sulle procedure stesse, è tempo di porre domande.
Ed è più realistico concepirsi assieme. La conflittualità è fisiologica, non altrettanto l'alienazione dallo scopo.
A partire da un obiettivo, anche il più semplice, si può creare o ricostruire sia la responsabilità personale che una trama di collaborazione fra colleghi in cui essa possa emergere al meglio. Da qui è più semplice giungere allo scopo e ricavare assieme un metodo.
Questo lavoro infine, nel tempo, potrebbe portare a condividere anche identità e ideali, ma in tale processo comunque la diversità sarebbe vissuta come arricchimento e non mortificata.
Nella nostra provincia le esperienze di aggregazione fra medici di Medicina Generale, nate a partire da obiettivi condivisi che nel tempo hanno realizzato un metodo ed esplicitato un'identità (cfr. il Club del Giovedì e Koinè) giungendo ad investire anche la sfera dei valori, ampliando le conoscenze e generando soddisfazione nel lavoro, ne sono un concreto esempio.

Il deterioramento clinico e i sistemi di risposta rapida

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma insieme all'Ospedale Maggiore di Bologna e l'Ospedale Bufalini di Forlì sta realizzando un progetto per aiutare gli operatori a riconoscere i pazienti in condizioni di rischio clinico e attivare l'intervento del rianimatore in tempo utile.

di Antonella Vezzani e Maria Barbagallo

La mortalità intra-ospedaliera è attualmente considerata un indicatore globale della qualità delle cure erogate ai pazienti ricoverati (1). La mortalità intra-ospedaliera deve essere posta in relazione al case-mix dei pazienti afferenti al singolo ospedale e alle loro comorbilità e deve essere distinta in mortalità inevitabile (che costituisce l'evento finale di una patologia evolutiva non più trattabile) e mortalità potenzialmente evitabile.

Una parte della mortalità intra-ospedaliera è potenzialmente prevenibile poiché l'evento avverso acuto che la determina non è improvviso, ma annunciato da un progressivo deterioramento dei segni vitali registrabile da 6 a 24 ore prima nell'80% degli arresti cardiaci, nel 50% dei decessi non attesi e nel 70% dei ricoveri non programmati in Terapia Intensiva (2).

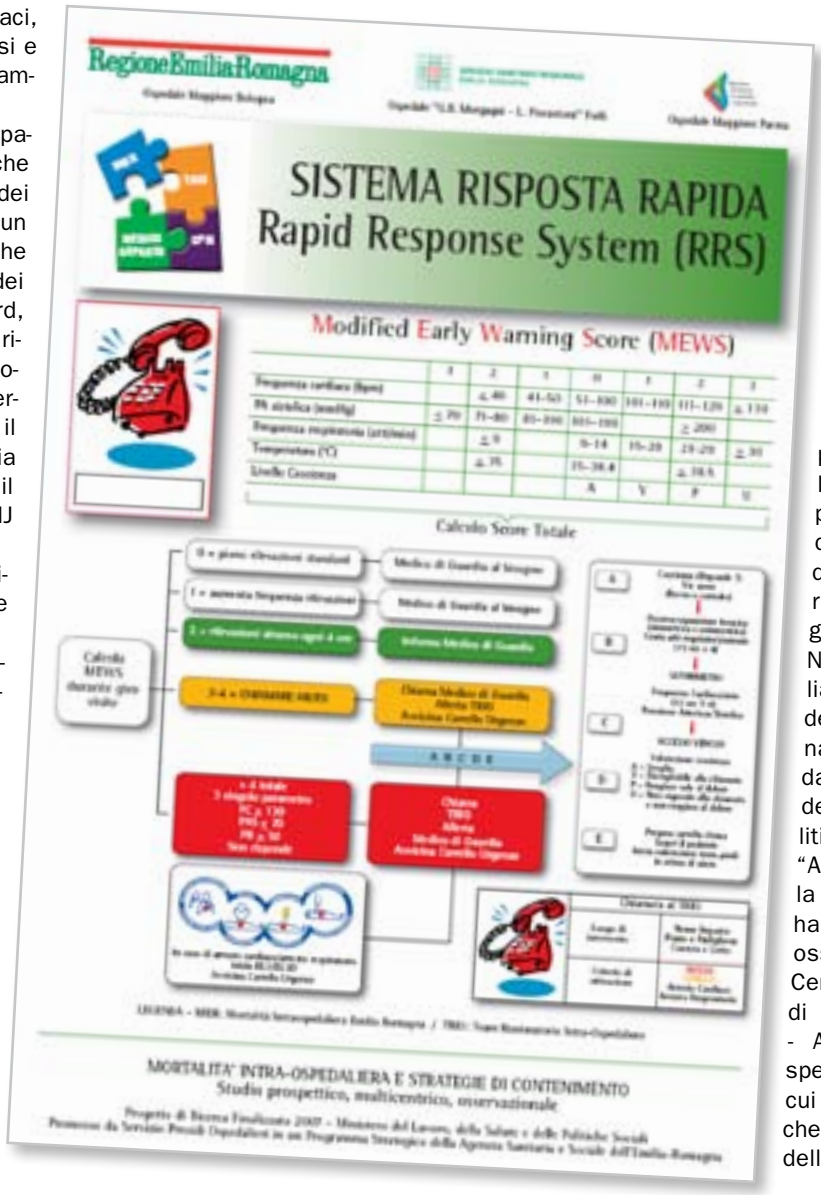
Alcuni studi dimostrano che i pazienti in degenza ordinaria che presentano deterioramento dei segni clinici ricevono spesso un trattamento sub-ottimale che contribuisce ad un aumento dei decessi pari al 20% (Seward, Clinical Medicine, 2003), a ricovero in Terapia Intensiva potenzialmente evitabile in un percentuale variabile fra il 21% e il 41% o ad un ricovero in Terapia Intensiva tardivo in almeno il 39% dei casi (Mc Quillan, BMJ 1998 - NCEPOD 2005).

Le strategie volte al contenimento della mortalità evitabile prevedono quindi:

1. modalità di riconoscimento precoce del deterioramento clinico dei pazienti degenti nei reparti ordinari,
2. modalità precodificate di allertamento di una risposta sanitaria adeguata al deterioramento,
3. disponibilità di un supporto intensivo al personale sanitario dei reparti nei casi di deterioramento più marcato.

Le diverse strategie elaborate nel mondo per rispondere a questa esigenza sono state recentemente sistematizzate in un modello di implementazione di risposta rapida alle emergenze definito Rapid Response System (RRS), caratterizzato da un "braccio afferente" in grado di intercettare l'evento avverso acuto e attivare una risposta basata su criteri pre-definiti e da un "braccio efferente" composto da personale altamente qualificato per la risposta all'emergenza e alle cure intensive (Medical Emergency Team – MET) e dalla disponibilità di un sistema di raccolta dati idoneo.

Anche se, per la difficoltà di disegnare studi randomizzati sul tema, ad oggi non sono disponibili robuste evidenze scientifiche, l'implementazione del sistema RRS è consigliata da tutte le linee guida nazionali e internazionali. Le diverse società scientifiche (ERC Guidelines 2005; Linee guida SIARTI-IRC 2007; NICE clinical guideline 2007), raccomandano a tutte le strutture sanitarie per acuti l'adozione del RRS come strategia per ridurre/contenere la mortalità ospedaliera prevenibile e il numero degli arresti cardiaci e delle ammissioni in Terapia Intensiva non programmate.



Nel 2008 la Regione Emilia Romagna, nell'ambito del Bando di Ricerca Finalizzata 2007 approvato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sul tema "Approcci di sistema per la gestione del rischio" ha intrapreso uno Studio osservazionale sulle Gravi Cerebrolesioni Acquisite di origine Post-Anossica - Arresti Cardiaci Intraospedalieri (Studio GCA-PA) cui hanno partecipato anche le Terapie Intensive dell'Azienda Ospedaliera

Universitaria di Parma. I risultati preliminari di questa indagine (non pubblicati, in quanto ancora in fase di elaborazione statistica) nella loro globalità hanno evidenziato importanti criticità.
Per tale motivo la Regione Emilia Romagna ha ritenuto opportuno avviare un nuovo progetto di ricerca: "Studio della Mortalità Intraospedaliera e delle strategie di contenimento" con l'obiettivo di:

1. descrivere la mortalità intra-ospedaliera, utilizzando i dati di organizzazione della risposta alle emergenze intra-ospedaliere, mortalità e arresti cardiaci intra-ospedalieri raccolti nell'ambito del progetto GCA-PA nell'anno 2008;

2. implementare un sistema Rapid Response System: in tre ospedali (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Ospedale Maggiore di Bologna e Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì), selezionati in funzione dell'area geografica di appartenenza, del numero di posti letto, del volume dei dimessi, dell'interesse dimostrato sull'utilizzo dei sistemi di risposta rapida e dei risultati del precedente studio GCA-PA, verrà implementato il sistema Rapid Response System con particolare attenzione alla standardizzazione del braccio afferente di allertamento;

3. rilevare indicatori di processo e di esito: nell'anno 2010 tutti i nove ospedali della Regione Emilia Romagna rileveranno gli indicatori di processo (tempi di risposta, indicatori di gravità nelle 24 ore precedenti l'evento-MEWS) e di esito (durata della degenza ospedaliera e in Terapia Intensiva, incidenza di arresti cardiaci intra-ospedalieri, tasso di mortalità ospedaliera). La raccolta dei dati rilevati confluirà in un unico database, creato con compartimentazione del database degli arresti cardiaci Italiani di Italian Resuscitation Council, come già avvenuto nel 2008 per lo studio GCA-PA. L'obiettivo dell'analisi è confrontare per ciascun ospedale i dati relativi all'anno 2008 con i dati relativi all'anno 2010 per valutare se l'implementazione dei sistemi RRS determina una variazione negli indicatori di processo e/o di esito. L'analisi statistica verrà condotta centralmente dalla RER che garantisce, inoltre, le procedure ottemperanti le attuali normative vigenti sulla privacy.

Attualmente presso l'Azienda Ospedaliera di Parma è in corso la seconda fase della studio: l'implementazione del sistema RRS. Come specificato in precedenza va organizzato il braccio afferente e quello efferente. Per il primo, braccio afferente:

a) è stato scelto dai tre centri partecipanti lo score MEWS (in quanto risultato dai dati di letteratura quello a più alta predittività) da utilizzare nei reparti di degenza ordinaria. Lo score valuta e dà un punteggio a parametri vitali già abitualmente rilevati dal personale infermieristico, per seguirne l'evoluzione;
b) sono stati definiti dei criteri standardizzati secondo i quali il personale infermieristico mantiene lo status quo, intensifica il monitoraggio MEWS, allerta il medico di reparto o il medico di guardia e/o il MET (definito TRIO Team di Rianimazione IntraOspedaliera, nel nostro studio). L'esito di ogni valutazione è rappresentato anche da un codice colore (bianco, verde, giallo, rosso).
c) sono stati organizzati:

a. l'addestramento identico per i tre ospedali dei formatori individuati per implementare il sistema RRS al fine di garantire omogeneità del messaggio didattico;
b. la formazione teorico-pratica di tutto il personale sanitario dei reparti di degenza ordinaria dei tre ospedali all'utilizzo dello score per il monitoraggio dei pazienti e all'impiego dei criteri di allertamento del Team Rianimazione Intraospedalira anche mediante simulazioni di casi clinici.

Per il secondo, **braccio efferente**, è stata:

a) identificata l'équipe per l'erogazione della risposta alla richiesta di intervento, generalmente composta da medico ed infermiere di Terapia Intensiva;
b) effettuata formazione del personale che eroga la risposta per renderne omogenea la tipologia in funzione del caso considerato.

Il disegno dello studio è schematizzato nella flow chart riportata di seguito e distribuita in tutti i reparti di degenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Note bibliografiche

1. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/
2. Hodgetts TJ., Kenward G, Vlachonikolis IG, Payne S, Castle N. The identification of risk factors for cardiac arrest and formulation of activation criteria to alert a medical emergency team – Resuscitation 54 (2002) 125-131
3. European Resuscitation Council (ERC), Guidelines for Resuscitation 2005, Resuscitation 67 (2005), Suppl 1
4. National Insitute for Health and Clinical Excellence: NICE clinical guideline 50: "Acutely ill patients in hospital – recognition of and response to acute illness in adults in hospital" www.nice.org.uk
5. The Cochrane Library 2007, Issue 4. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M
6. De Vita, Bellomo, Hilmann et al: "Findings of the First Consensus Conference on Medical Emergency Teams" Critical Care Med 2006 Vol 34, n. 9
7. SIAARTI – IRC Working Group: "Recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies" Minerva Anestesiol 2007;73:533-53

Qualità nella formazione del Mmg

Gli sforzi indirizzati al miglioramento della qualità non avranno successo se non ci si impegna a "rivisitare" il modo in cui si educano e preparano gli studenti e si aggiornano i colleghi

di Angelo Campanini e Giobatta Gottardi

Quando, agli inizi degli anni '90, l'Audit medico fu incoraggiato nel contratto del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) britannico, si diede per scontato che fosse necessario implementare nei MMG le competenze per intraprendere nella pratica tale tipologia di intervento migliorativo. Tuttavia ci si rese rapidamente conto che le abilità di base sarebbero dovute transitare anche a livello universitario: ciò avrebbe garantito un apprendimento diffuso di abilità cognitive negli studenti di medicina e maturato una più ampia motivazione all'uso di tale metodica .
Anche nei paesi "latini" i programmi dei corsi di medicina, che prevedono nella loro organicità l'insegnamento della Medicina di Famiglia, nel terzo ciclo pongono gli studenti di fronte a metodologie di lavoro e di studio che hanno per fondamento la medicina basata sulle prove.
Si propone, a titolo d'esempio, non derivato dal mondo anglosassone, il programma dell'Università di Lisbona relativo al 5° anno di corso, anno accademico 2003 - 2004, così come sintetizzato nel Box 1.
Tali attività didattiche rappresentano le fondamenta della peculiare metodologia operativa della MG e consentono di prendere confidenza con gli strumenti scientifici che sono i presupposti teorici di progetti di miglioramento della qualità.
Esse abituano ad un approccio critico, predispongono al processo di sviluppo professionale continuo (Continuing Professional Development), aiutano ad interpretare la professione non come un rigido dogma, ma come una meravigliosa fusione di scienza ed arte che necessita d'adattamento al cambiamento. Infatti il nodo da svolgere per arrivare alla qualità dell'assistenza non è la misurazione (o la valutazione) dell'attività quotidiana, ma il cambiamento che si deve attuare per migliorare (sessioni 5 e 6 del box).
All'interno dei percorsi didattici del Tirocinio Specifico Post Laurea introdotto in Italia per i laureati dopo il 1994 quale periodo formativo obbligatorio per poter esercitare la professione di MMG, trova spazio la formazione alla Verifica e Revisione della Qualità in MG (VRQ). Nelle guide didattiche delle Scuole Regionali di formazione alla MG si trova tale tematica nell'elenco dei Seminari Teorici, che assommano ad un terzo del monte ore globale di formazione. A titolo di esempio nel Box 2 viene illustrato il programma del Seminario dedicato alla VRQ ed al Miglioramento della Qualità nel corso di Formazione Specifico in MG della Regione Emilia Romagna, tenuto da uno degli AA. In esso si rimanda ad un modello di attività formativa alla VRQ che costituisce la guida alla conduzione dei seminari su tale tema presso la Scuola del Veneto di Formazione Specifica in MG2.
Di norma le attività seminariali dedicate alla VRQ durano, nei percorsi educativi del MMG in formazione, al massimo 20 ore. Solo in casi più fortunati può capitare che ai tirocinanti spetti il compito di partecipare anche a qualche attività seminariale d'introduzione alla metodologia dell'Audit, qualora sia previsto dal piano di studi la realizzazione di un progetto di ricerca finale, come nel caso della Scuola di Formazione Specifica del Veneto3. Per quanto attiene, infine, la formazione continua in MG in Italia, non si hanno che notizie di attività sporadiche e legate alle necessità contingenti di avvio, a livello territoriale locale (distrettuale o al massimo aziendale, di progetti di miglioramento qualitativo. Non si hanno notizie di piani organici diffusi di implementazione di programmi educativi volti all'acquisizione delle competenze più sopra descritte. In

Box 1

DISCIPLINA DI MEDICINA GENERALE / MEDICINA DI FAMIGLIA

5 Anno (Anno Accademico 2003 - 2004)
Programma Riassuntivo

I - Sessioni in aula (ogni sessione ha una durata di due ore)

1. Introduzione al corso: Origini della Medicina Generale / Medicina di Famiglia (MG/MdF)
2. Caratterizzazione dell'attività ambulatoriale: chi consulta il MG, perché e con quali problemi
3. Principi di base della MG/MdF: caratteristiche ed attivita del MG.
4. Metodo Clinico (1): Procedure Diagnostiche e situazioni indifferenziate. Valore Predittivo dell'incontro.
5. Metodo Clinico (2): L'approccio centrato sul paziente. Tecniche di colloquio.
6. Metodo Clinico (3): MG/MdF Basata sull'Evidenza. POEMs and DOEs (Patient Oriented Evidence that Matters e Disease Oriented Evidence)
7. Multipatologia e co-morbidità. Il paziente cronico.
8. Il ruolo della famiglia nella salute e nella malattia (1). Teoria Sistematica. Classificazione strutturata delle famiglie.
9. Il ruolo della famiglia nella salute e nella malattia (2). Ciclo familiare. Strumenti di valutazione. Il genogramma.
10. La cartella clinica orientata per problemi.
11. Il Ruolo del MG/MdF nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie.
12. Le Cure Palliative e della fase terminale della vita. La visita domiciliare.

II - Formazione pratica (ogni sessione ha una durata di due ore)
- Lettura critica della letteratura scientifica
- Co-morbidita: studio di casi
- Sistemi informativi MG/MdF (dimostrazione pratica)
- Famiglia, salute e malattia: studio di casi
- Promozione della salute e prevenzione delle malattie: studio di casi
- Malattia cronica ed assistenza alla famiglia: studio di casi

III - Lavoro di gruppo (durata di circa due settimane)
- Stesura di un progetto di ricerca presso un centro sanitatio, sotto la supervisione di un Tutor MG/MdF.
- Presentazione dei risultati durante un seminario conclusivo.

Per gentile concessione del Prof. J. Pereira Miguel, Direttore dell' Istituto di Medicina Preventiva - Facoltà di Medicina - Lisbona - Portogallo.

Box 2

SEMINARIO INTERDISCIPLINARE: LA VRQ IN MEDICINA GENERALE.

OBIETTIVI DIDATTICI GENERALI

Al termine del seminario, i tirocinanti dovranno avere acquisito le abilità atte a individuare, attraverso l'uso di metodi adeguati,

• problemi di Qualità in Medicina Generale, ritenuti avere carattere di priorità e modificabilità;

• progettare un piano di Audit realizzabile nello studio del Medico di Medicina Generale.

OBIETTIVI DIDATTICI SPECIFICI

1. Acquisire conoscenze su:
- l'Audit medico
- gli approcci per struttura, processo ed esito nella valutazione di Qualità dell'assistenza
- alcuni metodi di individuazione delle priorità
- il ciclo del miglioramento qualitativo continuo dell'assistenza

2. Acquisire abilità per:
- costruire una definizione di Qualità delle cure in Medicina Generale
- applicare metodi di individuazione di problemi prioritari e rilevanti di VRQ
- costruire un progetto di miglioramento qualitativo realizzabile nella pratica.
- saper valutare criticamente un progetto di VRQ in Medicina Generale
- saper progettare una metodica di Audit nello studio del MMG

I SESSIONE (2 lezioni)

Metodo: lezione integrata, lavoro di gruppo, lettura di gruppo e individuale, discussione.

Lavori in piccolo gruppo: capire e condividere le definizioni di audit in MG, costruire insieme una definizione di qualità dell'assistenza sanitaria in Medicina Generale e poi confrontare i risultati con una lettura sull'argomento; i diversi punti di vista sulla Qualità; gli approcci per struttura, processo ed esito.

Successiva discussione in assemblea con l'intervento del docente.

FASE INTERMEDIA

Metodo: studio individuale

Lettura di materiale su ciclo di VRQ e sull'approccio per struttura, processo ed esito.

II SESSIONE (2 lezioni)

Metodo: Lavoro in piccoli gruppi, discussione in assemblea plenaria.

Lavoro in piccolo gruppo: strumenti per la scelta degli argomenti da sottoporre a valutazione di qualità; il ciclo per il miglioramento della qualità; progettare un piano di VRQ da attuare nello studio del Medico di Medicina Generale.

Confronto degli elaborati fra gruppi e successivo confronto col docente in assemblea plenaria.

BIBLIOGRAFIA FORNITA dal Docente:

• *John Marwick, Richard Grol, Alexander Borgiel: Verifica e revisione di qualità (VRQ) per Medici di medicina Generale. Rapporto del gruppo di lavoro sulla verifica e revisione di qualità in medicina generale della Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia (W.O.N.C.A.), traduzione italiana, Marano Vicentino, 1995.*

• *QA Volume 9, numero 4, dicembre 1998*

• *P. Longoni: Cosa sto facendo? Il self – audit in Mrdicina Generale. Analisi di tre anni di richieste di esami di laboratorio per autovalutare il comportamento professionale di un medico di Medicina Generale. Ricerca &Pratica, 1996; 12: 139-149. (utilizzo nei lavori di gruppo).*

• *P. Longoni: Cosa sto facendo? Analisi dei ricoveri di un anno in un ambulatorio di medicina generale. Ricerca & Pratica, 1999; 15: 131-138. (utilizzo nella fase intermedia di studio individuale)*

• *C. Carosino. Esperienza di self – audit sul diabete mellito QQ – Atti del Seminario Internazionale di Verona 1999 – Dal Self-Audit ai Trial : 28 – 29.*

• *Kunti K, Goyder E, Baker R.: Collation and comparison of multi-practice audit data: prevalence and treatment of known diabetes mellitus. Br J Gen Pract 1999; 49: 375-379.*

• *Gina Gava, Tirocinante e Giorgio Brigato, Tutore - VRQ in medicina Generale : un'esperienza presso le residenze protette dell'A.S.L. n. 17 del Veneto. QQ – Atti del Seminario Internazionale di Verona 1999 – Dal Self-Audit ai Trial : 29 – 31.*

• *Stefano Varotto, Tirocinante e Mario Baruchello, Tutore – Il ricovero in ospedale. Migliorare la comunicazione QQ – Atti del Seminario Internazionale di Verona 1998 – La Ricerca in Medicina Generale: 27 – 32.*

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

1. J. Brooks, I, Borgards: La qualità totale in medicina Generale, Centro Scientifico Editore.

2. V. Alles, M. Makela, L. Persson, L. Seuntjens: Strumenti e metodi per il miglioramento della qualità in Medicina Generale – Edizione Italiana a cura di A. Campanini, GB. Gottardi, G. Lemetre – Centro Scientifico Editore.

altre realtà nazionali, invece, esistono ormai piani stabili di appoggio educativo alla metodologia dell'Audit nella formazione continua del MMG4. Non ci si stupisca quindi che di fronte al fatto che richieste di "qualità gestionali o di sistemi di standardizzazione o di appropriatezza prescrittiva" generino attitudini negative e vengano percepite come minacce alla creatività e all'apprendimento dall'esperienza quotidiana, alla libertà dell'arte medica. Inoltre gli obiettivi economici dei managers, cui il medico deve sottostare, sono, in genere, orientati al miglioramento della Qualità, solo se questo è a costo zero.

Un MMG, invece, intraprende la strada della valutazione della sua pratica professionale sulla base di una decisione personale: quella di entrare nel territorio del miglioramento della qualità delle cure prestate ai propri pazienti.

L'attitudine al cambiamento va quindi progettata sin dall'inizio della via di preparazione alla professione, cioè già dal percorso di base universitario. I medici sono spesso restii a collaborare, o collaborano controvoglia ai progetti di Miglioramento della Qualità anche se è dimostrato che questi sono fondamentali e portano sempre a risultati di grande interesse sia per la Qualità delle cure sia per i pazienti.

Gli sforzi indirizzati al miglioramento della qualità non avranno successo se non ci impegneremo con determinazione e sistematicamente a "rivisitare" il modo in cui educhiamo e prepariamo gli studenti, insegniamo ai giovani medici in formazione specifica, aggiorniamo i colleghi MMG nel campo del miglioramento della qualità. Medici così preparati saranno effettivamente in grado di collaborare con le autorità sanitarie alla pianificazione ed alla distribuzione di servizi assistenziali delle cure primarie.

Note bibliografiche

1. Morrison J.M., Sullivan F.M. Audit: teaching medical students in general practice. Med. Educ. 1993; 27:495-502

2. QA Volume 9, numero 4, dicembre 1998.

3. Programma Didattico deliberato dal Consiglio di Scuola di cui alla D.G.R. n.477 del 5/3/2002

4. ANAES. 2002. L'évaluation des pratiques professionelles en médecine libérale. Guide pratique.

parma medica

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

Direttore Responsabile
Dr. Tiberio d'Aloia

Direttore Editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione
Giornalisti
Antonella Del Gesso

Medici
Dott. Paolo Pesci
Dott. Michele Meschi
Dott. Mnariangela Dardani
Esterni
Prof. Raffaele Virdis
Dott. Gianfranco Cervellin
Dott. Fernanda Bastiani
Dott. Angelo Campanini

Art Director
Pietro Spagnulo

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

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

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma
Consiglio Direttivo 2009 – 2011
www.ordinemedicidiparma.it
segreteria@ordinemedicidiparma.it
Tel. 0521/208818 - 0521/234276
Fax.0521/234276

Presidente
Dr. Tiberio D'Aloia

Vice Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Segretario
Dr. Paolo Ronchini

Tesoriere
Dr. Paolo Dall'Aglio

Consiglieri:
Dr. Michele Campari
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

PARMA MEDICA

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

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

Dott. Chibli Al Hajaleh
di anni 65
deceduto il 27 luglio 2009

Dott. Giovannino Giacomi
di anni 60
deceduto il 16 agosto 2009

Prof. Roberto Berti
di anni 74
deceduto il 12 settembre 2009

AGENZIA

F.B.F. s.n.c.
di Roberto Ferrari & C.

Le grandi emozioni, lasciale al cinema

nella vita di tutti i giorni scegli

Agenzia F.B.F.

F.B.F. s.n.c.

Consulenza Assicurativa Settore Medico

Sede Reggio Emilia
Viale regina Margherita 3/1 - 42100 Reggio Emilia
Tel. 0522.514692 / 924033
Fax 0522.271662

Sede Parma
Viale Mentana 41 - 43100 Parma
Tel. 0521.781863
Fax 0521.270266

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

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

REPARTI DI RICOVERO

- **Medicina Generale**
  Dr. Tullio Poli
  Dr.ssa Vourna Stavroula
  Dr. Claudio Gatti
- **Riabilitazione e Recupero Funzionale**
  Dr.ssa Anna Maria Mele
  Dr. Nicolò Tridente
- **Day Hospital Chirurgico**

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

SERVIZI AMBULATORIALI

LABORATORIODI ANALISI
- Dr.ssa Lucia Feldmann
- Dr.ssa Mariangela Gerboni

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

ECOGRAFIA
- Dr. Raffaele Tarzia
- Dr.ssa Gloria Repetti
- Dr. Giuseppe Ventrelli
- Dr. Stefano Folzani

FISIOKINESITERAPIA
- Dr.ssa Mele Anna Maria

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
- Dr. Federico Cioni

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- Dr.ssa Stefania Liatopoulou
- Dr.Gian Carlo Colla

RISONANZA MAGNETICA
- Prof. Francesco Ferrozzi
- Dr. Giulio Pasta
- Dr. Branislav Stojkov

UROLOGIA
- Dr. Mauro Biagini
- Prof. Paolo Ferrari

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

ENDOCRINOLOGIA
- Dr. Emanuele Ciccarone

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

SERVIZI AMBULATORIALI

CARDIOLOGIA
- Dr. Bernardini Bernardino
- Dr. Angelo Finardi

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

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

CHIRURGIA
- Dr. Medici Costantino

OCULISTICA
- Dr. Giovanni Baratta
- Dr.ssa Stefania Gonzales

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

OTORINOLARINGOIATRIA
- Dr. Guido Bacchi
- Dr. Paolo Vignali

PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA
- Prof. Alessandro Rabinovici

NEUROLOGIA
- Dr. Giovanni Messa

ORTOPEDIA
- Dr. Massimo Cattani
- Dr. Walter Valisnieri
- Dr. Giovanni Belledi
- Dr. Gabriele Cavazzuti

MEDICINA INTERNA
- Dr. Tullio Poli

Check-up di base
Check-up personalizzato

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