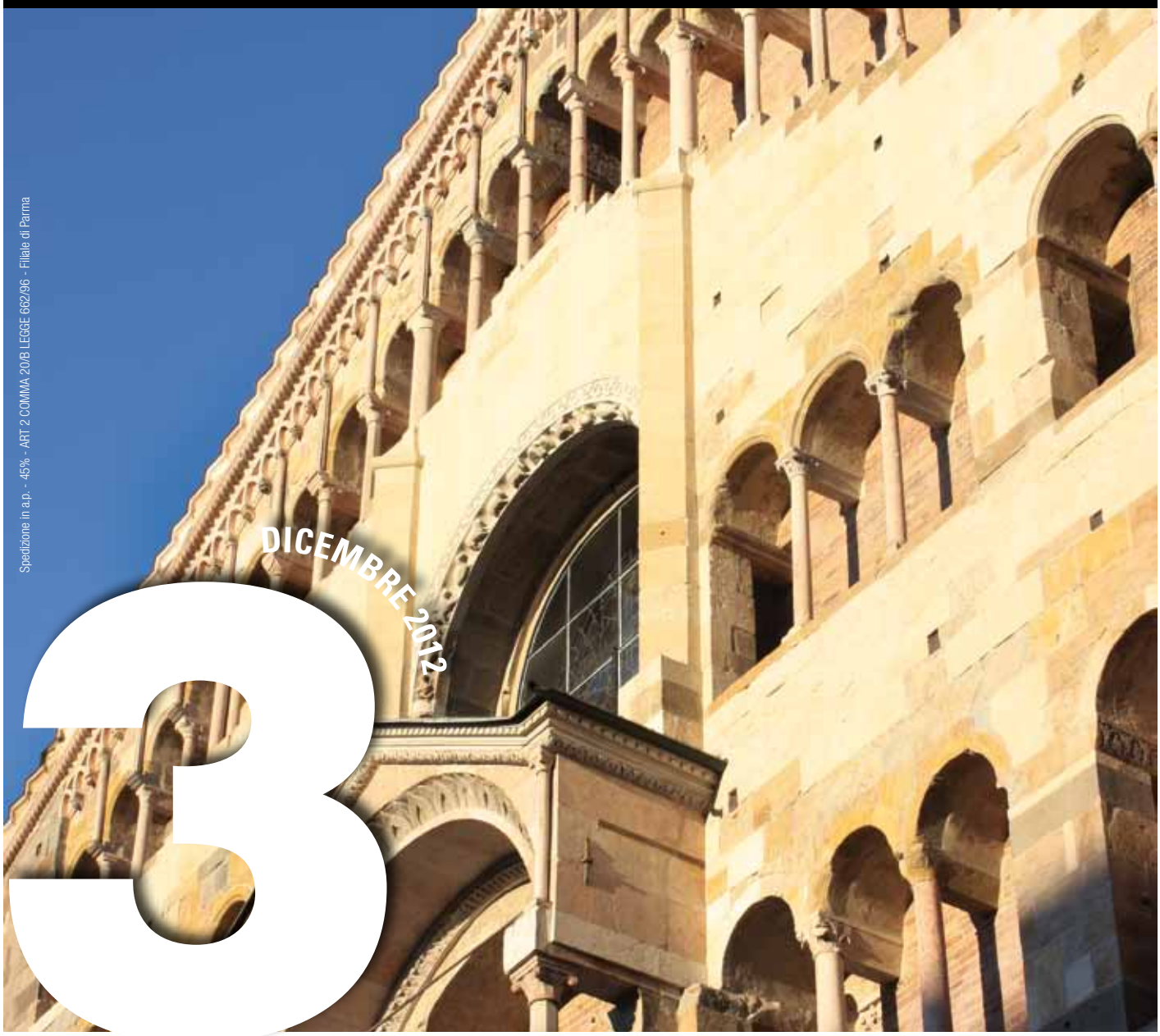
# PARMA MEDICA

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI PARMA


Spedizione in a.p. - 45% - ART 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 - Filiale di Parma

DICEMBRE 2012

3


**Camici bianchi sfilano a Roma: "Diritto alla cura e diritto a curare"**

**UK HEMS – Servizio di elisoccorso in Gran Bretagna.** Emergenza medica preospedaliera in Inghilterra. Una realtà all'avanguardia

**Infezioni delle vie urinarie nell'adulto.** Indagini richieste routinariamente e non guidate dalla clinica andrebbero evitate

**Il sonno nella storia.** Già Ippocrate e Galeno intuirono che la frenesia (l'eccitazione phrenitis) poteva generare insonnia

## Decreto Balduzzi tra luci ed ombre. Un focus su tagli, riorganizzazione territoriale, farmaci e formazione

**La nuova legge consegna una preoccupante idea di sanità: ma per la nostra regione, che da tempo ha investito grandi risorse sul territorio sarà tutto più semplice, e l'esperienza di Parma guiderà, forse, le sue scelte future.**

# VALPARMA HOSPITAL

## OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

### REPARTI DI RICOVERO

• MEDICINA GENERALE • RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE

### DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE

• CHIRURGIA GENERALE • OCULISTICA • VASCOLARE • ORTOPEDICA
• OTORINOLARINGOIATRA • GINECOLOGIA • PLASTICA ED ESTETICA • UROLOGICA

### DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- RISONANZA MAGNETICA*
- RADIOLOGIA*
- ECOGRAFIA*
- MAMMOGRAFIA*

### SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

- RIEDUCAZIONE MOTORIA*
- KINESITERAPIA
- CORSI DI BACK SCOOL, MC KENZIE
- RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE INDIVIDUALE O DI GRUPPO
- ULTRASUONI
- MAGNETOTERAPIA
- INOFORESI
- TENS
- INFRAROSSI*
- DIADINAMICA
- ELETTROSTIMOLI*
- TRAZIONI
- LASERTERAPIA
- U.V. • MASSAGGI
- TECAR

### RIABILITAZIONE IN ACQUA

- IDROKINESITERAPIA

### POLIAMBULATORI

- CARDIOLOGIA*
- CHIRURGIA*
- DERMATOLOGIA
- ENDOCRINOLOGIA
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA*
- GINECOLOGIA*
- FISIATRIA*
- OCULISTICA*
- ORTOPEDIA*
- OTORINOLARINGOIATRIA*
- PNEUMOLOGIA/ALLERGOLOGIA
- SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
- SENOLOGIA CLINICA*
- UROLOGIA*

### LABORATORIO ANALISI

• CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGICHE
**(sottoposto a verifiche di qualità)**
in particolare si eseguono i seguenti profili:
• TIROIDEO • EPATICO • CARDIACO
• RENALE • COAUGULAZIONE COMPLETA
**(consegna dei referti urgenti in giornata)**

* CONVENZIONATI S.S.N.

PRENOTAZIONI: 0521 8648

**VALPARMA**
HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

**Direttore Responsabile**
Dr. Pierantonio Muzzetto

**Direttore Editoriale**
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

**Giornalisti**
Antonella Del Gesso

**Medici**
Dott. Mario Scali
Dott. Michele Meschi
Dott. Mariangela Dardani
Dott. Angelo Di Mola

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

**Segreteria dell'Ordine**

Orari:
Lunedì 9.00 - 13.00
Martedì 9.00-17.00 / Mercoledì 9.00-16.00
Giovedì 9.00-17.00 / Venerdì 9.00-13.00
**Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma**

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

Consiglio Direttivo 2012 – 2014

**Presidente**
Dr. Pierantonio Muzzetto

**Vice Presidente**
Dr. Paolo Ronchini

**Segretario**
Dr. Paolo Dall'Aglio

**Tesoriere**
Dr. Michele Campari

Consiglieri:
Prof. Baroni Maria Cristina
Dr. Ornella Cappelli
Dr. Nicola Cucurachi
Dr. Angelo Di Mola
Dr. Davide Dazzi
Dr. Maurizio Falzoi
Dr. Giorgio Gazzola
Dr. Maurizio Leccabue
Dr. Francesco Leonardi
Dr. Andrea Manotti
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



# Editoriale

## Davvero è una vittoria ed un passo avanti la punibilità della colpa lieve in tema di responsabilità civile del medico?

*di Pierantonio Muzzetto*

*Roma, 12 ott. (Adnkronos Salute) - Il medico, in sede civile, sarà chiamato a rispondere anche per colpa lieve. Questa la novità in materia di responsabilità professionale dei camici bianchi, dopo il passaggio del decreto Balduzzi in Commissione Giustizia della Camera. Resta fermo invece, in sede penale, l'obbligo di risarcimento solo per colpa grave. Sempre che il professionista, durante la propria attività, si sia attenuto alle linee guida.*
*"Ringrazio la Commissione Giustizia - sottolinea all'Adnkronos Salute il relatore del provvedimento in Commissione Affari sociali Lucio Barani - per il lavoro svolto. Un lavoro che ha migliorato il testo. Con questo decreto - aggiunge Barani - sono stati fatti importanti passi in avanti in tema di responsabiltà professionale" dei camici bianchi.*

Nel leggere il contenuto della nota d'agenzia non ho voluto sapere chi sia il relatore o meglio quale sia il suo colore politico. Non importa lì appartenenza, importano i fatti e gli atti. E sono oggetto di riflessione di giudizio.
La notizia fa indubbiamente scalpore non tanto per gli effetti, noti e dirompenti ed in controtendenza rispetto alle necessità, quanto per le parole dello stesso relatore in Commissione Affari Sociali dopo il passaggio del provvedimento – decreto Balduzzi in Commissione Giustizia della Camera. Secondo cui sono stati fatti importanti passi in avanti in tema di responsabilità professionale dei camici bianchi.
In controtendenza, si diceva, rispetto al comune sentire che è evidente e da cui scaturisce una richiesta di cambiamento di indirizzo con rivalutazione del concetto di punibilità della colpa lieve e soprattutto della depenalizzazione dell'errore medico, non a torto considerati, anche in tema di spesa e non solo da un punto di vista sociale, un vulnus.
Una richiesta dovuta al fatto che si sta modificando il rapporto di cura fra medico e paziente o, come si sta affermando, con la persona assistita, valorizzando cioè l'aspetto umano, psicologico e sociale, non solo legato all'essere ammalato. E porre in essere la colpa come veicolo di equivoco, perché questo è il problema, va a falsare proprio il rapporto fiduciario. Laddove v'è colpa e dolo ci sono da una vita i percorsi di ristoro, legittimi e indubbi.
Ne è testimonianza il fatto che in ambito medico vi siano più cause risarcitorie in quest'ultimo decennio rispetto a qualsiasi altra professione, e il numero dei sinistri registrati in ambito sanitario parla chiaro. Rispetto a qualsiasi altra professione si

*Continua a pagina 4*

Mattioli 1885 Direttore Generale **Paolo Cioni**

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

# Sommario

**Davvero è una vittoria ed un passo avanti la punibilità della colpa lieve in tema di responsabilità civile del medico?**
*di Pierantonio Muzzetto*
p.3

**FOCUS DECRETO BALDUZZI**

**Commentario al Decreto Balduzzi**
*di Fernanda Bastiani*
p.5

**Case della salute e Medicina Riabilitativa territoriale: quale integrazione?**
*di Mariangela Dardani*
p.7

**Farmaco equivalente: vademecum della prescrizione**
*di Paolo Ronchini e Mario Scali*
p.8

**Formazione Specifica in Medicina Generale. Il Decreto Balduzzi non introduce modifiche sostanziali**
*di Angelo Campanini*
p.12

**MEDICINA E ATTUALITÀ**

**E adesso? Il Decreto Balduzzi ci consegna una preoccupante idea di sanità**
*di Bruno Agnetti*
p.14

**UK HEMS – Servizio di elisoccorso in Gran Bretagna**
*di Michele Zasa*
p.18

**Infezioni delle vie urinarie nell'adulto (Seconda parte)**
*di Giovanni Garini e Maurizio Falzoi*
p.21

**CULTURA MEDICA**

**Il sonno nella storia**
*di Raffaele Virdis*
p.25

**MEDICI SCRITTORI**

**Difetto di fabbrica**
*di Michele Meschi*
p.29

**I nostri Lutti**
p.30

*Foto di copertina*
*Autore: Roberto Rota*

*Segue da pagina 3*

è registrato il 490 (quattrocento novanta!) per cento di aumento dei contenziosi.
Una situazione simile non si riscontra nel mondo legale, notarile, ingegneristico o commerciale, solo per fare alcuni esempi.
Gli effetti sono fin troppo evidenti. E talune professioni approfittano, bisogna dirlo, di questa ondata giustizialrisarcitoria pur anche incuranti delle possibili ripercussioni sull'opinione pubblica, e nonostante siano artefici di una sorta di turbativa sui malati con quel "anche se non pensate di aver subito un danno dalle cure mediche" sui giornali, negli stadi, nella TV nazionale insospettabili cultori del diritto vendono la loro opera solo inizialmente gratuita.
Patrocinando clienti inconsapevoli di aver subito danni da parte di sciagurati e non sciagurati camici bianchi promettono di procedere attraverso i vari gradi di giudizio e solo dopo aver avuto il giusto risarcimento verrà pagata la loro parcella.
Davvero c'è da pensare se il continuare a considerare la ricerca della colpa lieve, che in ambito civilistico si traduce in risarcimento, comporta che da parte delle assicurazioni, anche se non vi sia nera colpa, le si accetti un risarcimento minimo piuttosto che impelagarsi in processi che alla fine risulterebbero ben più costosi della cifra risarcita.
Una simile situazione non è certamente una conquista, ma un incentivo a richiedere risarcimenti attraverso cause che non faranno che aumentare i proventi delle assicurazioni, sempre più costose, e calerà il desiderio di indossare, come medici, quel camice bianco una volta distintivo di una professione alta.
Il relatore dovrà ragionare, insieme a coloro che lo sostengono, anche sul fatto che l'aumento dei contenziosi aumenterà e aumenteranno i costi del cittadino perché porterà a consolidarsi la medicina della desistenza, ancor più naturale in momenti di scarse risorse, ma innaturale di fronte al paziente malato o alla persona assistita che dir si voglia.
Per cui non si farà solo una medicina difensiva, a tutela, ma anche quella desistente o di desistenza. È un modo per far passare il desiderio di fare il medico, ma anche di impostare un rapporto alleante con il paziente che da persona assistita potrà essere visto come potenziale accusatore e i parenti, suoi tutori nelle richieste risarcitorie.
Chiaro che tanto più una professione sarà rischiosa, tanto più alti saranno i costi per esercitarla con riverbero alla fine sul cittadino: cittadino medico e cittadino paziente.
Pertanto è una vera conquista questa modifica della colpa lieve in sede civile? In tutta onestà è da ritenere che migliori sforzi sarebbero ad orientarsi in tanti di quei settori che stanno impunemente dilagando nei soprusi: dalla telefonia, all'approvvigionamento energetico, al crescente costo dei beni primari, alle truffe, alle concussioni, all'evasione generalizzata.
Ma all'assise parlamentare dovrebbe stare a cuore la salute e la sicurezza, l'istruzione e la giustizia che sono beni primari da salvaguardare; e farebbero cosa meritoria aiutando coloro che li rappresentano e non certo creando loro inutili problemi o ingenerando dubbi nell'opinione pubblica con la generalizzazione dei comportamenti.
Non solo non è una conquista ma vera e propria miopia civile e sociale. Ci dispiace davvero signor relatore!

# Commentario al Decreto Balduzzi

Una lettura critica che evidenzia luci ed ombre delle nuove disposizioni a confronto con il contesto nazionale, regionale e locale.

*di Fernanda Bastiani*

Il recentissimo decreto legge "salva Italia" ci impone una lettura attenta con gli occhi di chi vive la realtà sanitaria della nostra nazione e per le ripercussioni in positivo o in negativo che potrebbe indurre. Da qui una rilettura dei passaggi considerati cruciali con alcune osservazioni di fondo.

Il DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158 attraverso ***Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più' alto livello di tutela della salute*** si propone di promulgare alcune *norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria in conseguenza della straordinaria necessità ed urgenza di procedere al riassetto dell'organizzazione sanitaria e tenuto conto della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Ssn.*

Il decreto inizia nell'art. 1 con il Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie:

a) *Prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate fra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale…*
   I LEA restano un punto di riferimento stabile per le cure attualmente erogate dal SSN. Nel nostro paese comprendono un panorama fra i più vasti di servizi al cittadino. Per ora resteranno tali anche se corre voce di una loro possibile revisione.

b) *b-bis) …nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività' assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana…*
   Al contrario di quanto recepito dai media questa non è una novità. Nella nostra regione ad esempio e in particolare nella nostra provincia la riorganizzazione del territorio iniziata nel lontano 2000 ha portato ad un'apertura oraria sempre più ampia degli ambulatori dei medici di medicina generale attraverso forme funzionali di aggregazione (reti) e successivamente organizzazioni residenziali più complesse fino alle attuali Case della Salute, aperte 12 ore al giorno e in continuità con il servizio di CA (Guardia Medica) per notti, prefestivi e festivi.
   *…nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative mono-professionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi-professionali, denominate: "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria…*
   Si fa riferimento nelle forme organizzative mono-professionali a un modello a Parma e provincia già da tempo sperimentato: i NucleiCurePrimarie (istituiti nel 2000) che dal 2005 oltre alla rete assistenziale condividono anche percorsi di governo clinico. Le nostre Case della Salute, forme organizzative multiprofessionali, sono invece, secondo il dettato del decreto, unità complesse di cure primarie.

   *b-ter) Prevedere che per le forme organizzative multi-professionali le aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget.*
   Questo punto, molto interessante, potrebbe aprire scenari nuovi per il nostro paese ma già realizzati in Spagna (Catalogna) con risultati molto avanzati sia dal punto di vista del contenimento della spesa che da quello della qualità delle cure. La Liguria sta avviando a tale riguardo una sperimentazione con Alassio Salute.

   *b-quater) …definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);*

   *b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità' con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative sulla base di accordi regionali o aziendali;*

   *b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività' delle forme aggregative e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);*
   La nostra azienda sanitaria locale negli accordi locali 2012-2014 aveva stabilito obiettivi conformi agli indirizzi nazionali prima ancora che questi uscissero in forma di legge.

   *m-ter) …prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità' ed alla continuità' delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi…*
   Indicatori e percorsi applicativi sono strumenti indispensabili per valutare la qualità delle prestazioni assistenziali fornite, come abbiamo avuto modo di apprendere in questi anni, sperimentandoli.

*…prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria… nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.*

L'informatizzazione delle cartelle cliniche e delle procedure (certificati, ricette etc.) ha senz'altro migliorato la qualità del lavoro ma non ha ridotto a tutt'oggi le pastoie burocratiche, viaggiamo ancora infatti in un sistema misto nel quale ad es. dopo l'invio telematico dei certificati per invalidità dobbiamo produrre ben 4 fogli di cartaceo, fattura compresa, al paziente che dovrà consegnarli al patronato che dovrà spedirli all'INPS in forma di domanda etc. Tranquilli, siamo ancora il paese con il primato di scartoffie ed enti vari…

*2. Le regioni provvedono all'attuazione di quanto disposto (dall'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992,n. 502, come modificato dal comma 1 del presente articolo), nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Ssn a legislazione vigente. Le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere, nonché' prevedendo, sulla base della convenzione nazionale, la possibilità della presenza di personale esercente altre professioni sanitarie già dipendente presso le medesime strutture, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura ospedaliera. Le regioni disciplinano altresì le forme di coinvolgimento delle organizzazioni sindacali interessate.*

*3. Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale …le regioni possono attuare processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità' di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie.*

Dal Decreto si evince che saranno le regioni ad avere l'onere maggiore nella razionalizzazione e nel riassetto organizzativo dell'attività assistenziale e sanitaria.

## LUCI ED OMBRE

### LUCI

La riorganizzazione del nostro territorio è già molto avanti rispetto alla media regionale e nazionale, sia dal punto di vista organizzativo che nella qualità dei processi di governo clinico. Siamo ben oltre la metà del guado, benché non ancora del tutto approdati. La nostra provincia è stata recentemente indicata come punta più avanzata nel nuovo assetto delle cure territoriali dalle principali testate nazionali (Corriere e Repubblica), nelle quali è stata citata anche per l'uso del Web 2.0 nei progetti di governo clinico (vedi dcpfidenza@wordpress.com) e ha ottenuto riconoscimenti internazionali per un eccellente lavoro di ricerca nell'ambito della MG (Dr. Stefano del Canale, Dr. Vittorio Mayo).

Il decreto Balduzzi non ci spaventa, ci vuole altro. La Medicina Generale già in passato ha dato prova di capacità di adattamento creativo ai grandi cambiamenti sociali e alle esigenze sanitarie emergenti (medico di famiglia, condotto, della mutua, di base etc.) rimanendo sempre il riferimento unitario e il medico della persona. Tuttavia le novità previste dalla legge si inseriscano in un contesto nazionale molto variegato. Per molte regioni, specie per quelle con piani di rientro, il processo sarà lento e difficile. Per altre come Liguria, Toscana, Lombardia, Veneto dove sono già in atto processi di riorganizzazione e sperimentazioni, il percorso sarà più agevole. Per la nostra regione che da tempo ha investito grandi risorse sul territorio sarà tutto più semplice, e l'esperienza di Parma guiderà forse, con nostra grande soddisfazione, le sue scelte future.

### OMBRE

1. L'impatto mediatico del decreto Balduzzi è stato devastante. Si è giocato principalmente su h 24 generando confusione e facendo balenare, agli occhi di tutti, l'immagine di medici che devono lavorare sempre e senza un attimo di respiro, con grande soddisfazione dei pazienti che hanno avvallato tale immagine come un nuovo diritto, da esercitarsi nell'immediato.
2. L'apertura delle strutture territoriali H 24, è provato, non ridurrà gli accessi al Ps né è pensabile che il territorio venga organizzato in funzione degli ospedali (o programmato con le stesse modalità di questi). Incentiverà comunque l'allegra concezione dei supermarket gratuiti della salute, sempre aperti. Così attraverso l'ampliarsi dell'offerta si moltiplicherà la domanda, e di conseguenza le pretese, nell'ottica della salute-diritto. A questo punto vien fatto di chiedersi: cui prodest? Speriamo non al solito consenso politico, peraltro allo stato attuale piuttosto negletto.
3. In tempi di crisi, come potrà essere sostenibile dal punto di vista finanziario una così vasta offerta del territorio ? (In Catalogna è notizia recente la chiusura alle 18 delle EAP, prima aperte H-12)
4. Quali e quante regioni potranno reperire le risorse necessarie?
5. Come realizzare una rivoluzione culturale delle Cure Primarie senza alcun progetto formativo omogeneo su tutto il territorio nazionale?
6. Quando e come si deciderà di uscire dall'ideologia del welfare come diritto assoluto e si educheranno le persone ad un uso adeguato delle risorse disponibili, peraltro sempre più limitate? E chi lo farà ?

Ci vuole coraggio, chiarezza negli obiettivi e responsabilità, evitando di delegare ad altri quanto compete, credo ormai sia chiaro, un po' a tutti. Questa, probabilmente, è la parte del guado che resta ancora da percorrere.

# Case della salute e Medicina Riabilitativa territoriale: quale integrazione?

Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale della nostra provincia esistono già "aggregazioni funzionali territoriali"che condividono obiettivi e percorsi assistenziali.

*di Mariangela Dardani*

La riorganizzazione della Medicina Territoriale prevista dall'articolo 1 del Decreto Balduzzi è un processo avviato in molte regioni seguendo modelli differenti che ha portato in alcune realtà a sperimentare le cosidette "Case della Salute".
La realizzazione delle Case della Salute è inserita nel percorso di ridefinizione dei servizi territoriali avviato dalla Regione Emilia-Romagna per migliorare presa in carico, prossimità delle cure, continuità assistenziale.
Sempre secondo il Decreto, alle regioni vengono demandate le modalità organizzative più congrue al proprio territorio con il compito comune di realizzare una maggiore integrazione tra le categorie professionali operanti nel SSN.
Essere orientati verso l'integrazione vuole dire mettere al centro degli interventi gestionali il paziente, valorizzare il sapere specialistico, mettere a disposizione le competenze dei professionisti per i bisogni dei cittadini, valorizzare le autonomie e le competenze per l'utilizzo pieno, completo e consapevole degli strumenti del governo clinico.
E' infatti attraverso un lavoro di squadra e di équipe con i professionisti medici e le altre professioni già operanti sul territorio che avviene la presa in carico i pazienti con patologie croniche.

La Medicina Riabilitativa territoriale si occupa della gestione della non autosufficienza, nella fase extra ospedaliera della patologia gestendo, in collaborazione con altre professioni, i percorsi di deospedalizzazione e il reinserimento delle persone a domicilio o in strutture alternative al domicilio, contribuendo all'attivazione ed erogazione di interventi riabilitativi, di sostegno economico e reinserimento sociale e lavorativo.
La sede dove tutto questo si realizza è la Casa della Salute, sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e i servizi sociali.
Come l'ospedale è riferimento per la patologia acuta, così la casa della salute vuole essere la risposta concreta e facilmente identificabile sia per i professionisti che, in maniera integrata, lavorano sulla patologia cronica e sull'intercettazione del bisogno territoriale, sia per i pazienti che, sul territorio, possono identificare dei luoghi certi di riferimento per l'assistenza primaria.
Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della salute, alcune di natura sanitaria, altre di natura sociale e altre ancora di natura amministrativa, aggregate in 4 aree principali a diverso grado di complessità:

- Area dei Servizi Sanitari
- Area dei Servizi socio sanitari
- Area dell'accesso del segretariato sociale e del CUP
- Area dei servizi sociali

La Medicina Riabilitativa Territoriale è inserita sia nell'Area dei Servizi Sanitari sia nell'area dei Servizi Socio-sanitari.

Per quanto riguarda l'**Area dei Servizi Sanitari**, la Medicina Riabilitativa territoriale si occupa della gestione della non autosufficienza , nella fase extra ospedaliera della malattia, attraverso un complesso di interventi terapeutici e di misure assistenziali alla persona che ordinariamente possono essere erogati a livello ambulatoriale o a domicilio.
Medici fisiatri e tecnici della riabilitazione, infatti, lavorando in equipe, seguono la patologia cronica e intercettano i bisogni territoriali legati ai pazienti con disabilità, orientando le risposte in base alla tipologia dei bisogni.
A seconda dell'intensità dei bisogni, vengono assicurati, previa visita specialistica e/o valutazione funzionale, sia trattamenti riabilitativi e prescrizioni di ausili inseriti in un progetto riabilitativo individualizzato, sia valutazioni ambientali finalizzate al superamento delle barriere architettoniche. All'interno della rete è presente anche l'ufficio protesica che, in base alla prescrizione del medico fisiatra, assicura l'erogazione degli ausili protesici ai cittadini aventi diritto.

All'interno invece dell'**Area dei Servizi Socio-Sanitari**, la Medicina Riabilitativa territoriale entra a far parte come componente fissa dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM Disabili).
Con la delibera regionale 1230/08 le la conseguente strutturazione dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM), è nato a livello distrettuale un sistema innovativo di programmazione degli interventi sull'area disabili e ad una diversa modalità di risposta ai bisogni delle persone con disabilità .
Tali percorsi vengono valutati da una commissione multiprofessionale integrata in un contesto dove professionisti di estrazione sanitaria e sociale, con un approccio multidisciplinare, individuano, a seconda delle competenze, i bisogni del paziente e delineano il progetto più idoneo alla risposta dei bisogni stessi, attivando la rete di risorse territoriali, risorse residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare (progetto di vita e di cure).
La riabilitazione costituisce un settore di intervento per il quale è importante garantire una pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale dei pazienti in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità che tenga conto della necessità di una visione organica e integrata tra sistema sanitario e sociale.
Lo svolgimento delle attività riabilitative deve essere pertanto costantemente aggiornato, al fine di garantire gli interventi sanitari

# Farmaco equivalente vademecum della prescrizione

L'entrata in vigore dal 15 agosto 2012 della nuova Legge sulla ricettazione nel Servizio sanitario nazionale ha cambiato le regole

*di Paolo Ronchini e Mario Scali*

Il "farmaco generico" o "equivalente"è stato introdotto con la legge finanziaria del 1996 (L. 28/12/95) che lo definisce: "Farmaco, la cui formulazione non sia più protetta da brevetto, a denominazione generica del principio attivo seguita dal nome del titolare della A.I.C. (Autorizzazione alla Immissione in Commercio).
Il concetto di equivalenza tra farmaco generico e farmaco di origine (cosiddetto di "marca" o "branded") si basa su studi comparativi di bioequivalenza. Il produttore di un farmaco equivalente infatti per ottenere l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio, deve produrre dati che ne dimostrino la qualità e la bioequivalenza, ovvero un profilo farmacocinetico (curva delle concentrazioni plasmatiche nel tempo), sovrapponibile a quello del prodotto di marca.

**Le autorità regolatorie ritengono che la bioequivalenza sia di per sé garanzia di piena efficacia.**

Gli studi di bioequivalenza vengono generalmente condotti in persone giovani, sane, che non assumono altri farmaci, quindi in condizioni diverse dalla realtà clinica, in cui molto spesso vengono trattati pazienti anziani i quali, presentando numerose malattie concomitanti, richiedono sovente una specifica politerapia. Il confronto di bioequivalenza è sempre applicato rispetto al Brand, mentre la realtà clinica registra frequenti sostituzioni fra un generico ed un altro, senza che vi siano

*Continua da pagina 7*

appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse con interventi integrati.
Tali attività comprendono:

- promozione della salute, prevenzione e diagnosi funzionale precoce;
- cura e riabilitazione attraverso la pianificazione, l'attuazione e la valutazione degli interventi;
- facilitazione dell'integrazione socio-sanitaria;
- scelta di ausili e adattamenti ambientali;
- ergonomia nella prevenzione;
- interazione sociale.

Tutto ciò si può realizzare in una sede territoriale che rappresenti un centro attivo e dinamico della comunità locale, per la salute ed il benessere, sede che sia in grado anche di raccogliere la domanda dei pazienti e organizzi la risposta nelle forme e nei luoghi più idonei.
Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale della nostra provincia esistono già "aggregazioni funzionali territoriali"che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, utilizzando gli strumenti di valutazione della qualità e del governo clinico.
All'interno di queste "aggregazioni" opera anche la Medicina Riabilitativa, branca della Medicina territoriale che tramite il lavoro in equipe, in integrazione con altri professionisti e altre professioni sanitarie e non sanitarie, prende in carico, dopo la fase acuta ospedaliera, le persone non autosufficienti, garantendo, a seconda dei bisogni individuati, percorsi di continuità assistenziale della patologia cronica, sia a domicilio sia in strutture territoriali dedicate.

dati a verifica della interscambiabilità e bioequivalenza terapeutica fra loro stessi. Inoltre la bioequivalenza è relativa al principio attivo, ma prevede che diversi possano essere gli eccipienti nei generici, oppure le forme di salificazione, le modalità di disgregazione della compressa, provocati da differenti modalità di fabbricazione, tanto che la bioequivalenza può non corrispondere all'"equivalenza terapeutica".

Nonostante queste premesse in tema di equivalenza terapeutica necessaria a garantire la risposta terapeutica ottenuta la sostituibilità dei farmaci deve essere attentamente valutata, in quanto tocca la sfera della responsabilità professionale medica, che sempre più spesso è all'attenzione dei giudici, sia in sede civile che penale.
Il medico può essere chiamato, infatti, a rispondere per i danni lamentati dal paziente (ricondotti alla assistenza medica ricevuta) e conseguentemente esposto alle pretese risarcitorie avanzate contro di lui e/o a denunce che sollecitano l'intervento - nei suoi confronti - dello stesso giudice penale.
Il paziente, nelle sentenze della giurisprudenza civile, viene considerato il soggetto più debole nel rapporto di cura, quindi più bisognoso di tutela da parte del giudice.
In passato, la sostituibilità del farmaco prescritto dal medico con altra medicina, di eguale composizione ed indicazione terapeutica, era fatto sporadico se non eccezionale, che si verificava al sussistere di due condizioni:

1. mancata esplicita indicazione di "non sostituibilità" da parte del medico stesso
2. non disponibilità del farmaco né in farmacia, né nel normale ciclo di distribuzione

Prima del 15 agosto 2012 la disciplina normativa vigente *(leggi n. 388/2000, n. 405/2001, 178/2002, 149/2005; d.lgs. n. 216/2006),* obbligava il farmacista, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi eguale composizione in principi attivi, nonché uguale forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario, ed a fornirlo, su richiesta del paziente, se avente un prezzo più basso.
L'inosservanza di tale obbligo costituiva illecito amministrativo, punito con la sanzione pecuniaria da 500 a 3000 euro, nonché, in caso di reiterazione, con la chiusura temporanea della farmacia per un periodo non inferiore ai quindici giorni.
L'obbligo in questione veniva meno allorché il sanitario avesse posto, nella prescrizione, l'indicazione di "non sostituibilità" del farmaco indicato.

Con l'entrata in vigore dal 15 agosto 2012 della nuova Legge sulla ricettazione nel Servizio sanitario nazionale, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale col *n. 189 del 14 agosto 2012 - Suppl. Ordinario n.173*, cambia la norma prescrittiva. In particolare la nuova ricetta prevede l'indicazione del principio attivo al posto del nome commerciale del farmaco.
Queste in sintesi le **nuove regole delle ricette mediche**:

- Il medico nel prescrivere un farmaco deve indicarne il principio attivo e non il nome commerciale. (Tale indicazione è accompagnata, ovviamente, dagli altri elementi identificativi del medicinale: dosaggio, forma farmaceutica e, se necessaria, via di somministrazione);
- **L'obbligo riguarda solo le prescrizioni dei farmaci di Fascia A, ossia di quelli che prevedono il rimborso del servizio sanitario nazionale**;
- La regola vale per tutti i pazienti, tranne che per i malati cronici già in terapia. Per loro il medico ha la facoltà di prescrivere il farmaco già utilizzato scrivendo sulla ricetta il nome commerciale;
- Nel prescrivere il medicinale destinato alla cura di una malattia cronica di un nuovo paziente, o alla cura di un nuovo episodio di malattia non cronica, il medico ha anche la facoltà di aggiungere all'indicazione del principio attivo, sempre obbligatoria, l'indicazione di un farmaco specifico a base di quel principio attivo (e cioè un medicinale con nome di fantasia o un medicinale con denominazione generica, costituita dalla denominazione del principio attivo. seguita dalla denominazione del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco).
- In casi particolari, se il medico, ad esempio per i malati cronici alla prima visita, ritiene necessario indicare un nome commerciale **deve giustificare la scelta** e scrivere sulla ricetta "**non sostituibile**".

Le regole determinate dalle Leggi vigenti stabiliscono che:

- Il farmacista, in base a quanto stabilito dalle norme già in vigore (articolo 11, c. 12, del decreto-legge n. 1/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 27/2012), è tenuto a fornire al paziente il medicinale avente il prezzo più basso, fra quelli a base del principio attivo indicato dal medico;
- Se più medicinali hanno il prezzo più basso, potrà essere consegnato uno qualsiasi di essi, eventualmente **secondo la preferenza dell'assistito**. Resta ferma la possibilità dell'assistito di chiedere al farmacista un farmaco a prezzo più alto, ma in questo caso egli dovrà corrispondere al farmacista **una somma pari alla differenza fra i due prezzi**.

Sulle leggi vigenti, a proposito dei farmaci generici, ci si chiede se vi sia una responsabilità giuridica (civile e/o penale), in capo a chi (tra medico, farmacista e paziente), e se il farmaco generico-equivalente assunto dal paziente (naturalmente con il suo consenso), abbia arrecato allo stesso effetti pregiudizievoli.

Bisogna certo dire che anche se gli studi comparativi di bioequivalenza tra farmaco generico e farmaco originatore dimostrano sostanziali sovrapponibilità sia di efficacia sia di equivalenza clinica, non bisogna dimenticare le criticità di cui il medico prescrittore, all'atto della sostituzione della terapia precedente con un farmaco generico, deve farsi carico.

Si deve considerare che il giudizio di bioequivalenza tra generico e originatore non implica un'assoluta identità di sicurezza ed efficacia tra di essi, ma tollera uno scarto differenziale, tra le loro cosiddette biodisponibilità, che è fissato nel 20% (in più o in meno).
E' stato anche segnalato che gli studi di equivalenza clinica (non numerosi, peraltro) sono stati condotti generalmente in piccoli gruppi di pazienti: l'assenza di differenze apprezzabili nella media dei risultati ottenuti non esclude che nel singolo paziente l'assunzione del generico possa determinare un risultato diverso da quello ottenuto in precedenza.

La molteplicità degli specifici fattori sopradescritti deve chiaramente indurre nel medico - per evitare di incorrere in responsabilità - il massimo impegno ed attenzione nella valutazione e nel monitoraggio degli effetti prodotti nel singolo paziente dalla somministrazione del farmaco equivalente, dato in sostituzione di quello originale.

Nel quotidiano può verificarsi che il farmaco generico, dispensato dal farmacista in sostituzione e quindi "legalmente" equivalente a quello prescritto (perché portatore di una quantità di principio attivo diverso, ma rientrante nella percentuale "di scarto di tolleranza" convenzionalmente prevista, pari al 20% del principio medesimo), possa risultare "inadeguato ed incongruo" per difetto, attesa la quantità del principio attivo necessaria per le specifiche e particolari esigenze di cura del paziente (nel caso in cui la quantità "maggiore" di principio presente nel prodotto prescritto dal medico sia indispensabile per il miglior effetto terapeutico).

In questa ipotesi, sulle eventuali **responsabilità del "danno"** subito paziente si può ragionevolmente affermare che:

- non si può escludere la "non risarcibilità" del danno eventualmente subito dal paziente, per il fatto di essere stato, unicamente questi, responsabile del pregiudizio sofferto, in conseguenza della sua accettazione del farmaco generico (poi risultato inadeguato) proposto dal farmacista; al paziente nessun rimprovero (con efficacia esimente di responsabilità altrui) potrebbe essere rivolto, essendo evidente il suo stato di **affidamento incolpevole nella professionalità del farmacista**, e, quindi, nella congruità della offerta (del farmaco generico) da questi proveniente, anche in quanto accompagnata dalla assicurazione della sostanziale equivalenza tra il farmaco prescritto dal sanitario e quello proposto in sostituzione;
- che **neppure possa configurarsi una responsabilità dello stesso farmacista, il quale si è adeguato al precetto del legislatore, proponendo e fornendo** (previo consenso informato del paziente) un farmaco da considerarsi ope legis equivalente a quello prescritto, **in un contesto di mancanza di indicazioni, da parte del medico**, circa la "**non sostituibilità**" di quest'ultimo;
- **che non possa, invece, escludersi un profilo di responsabilità civile e penale in capo al medico prescrittore.**

A questi, in effetti, potrebbe essere rimproverato di **non avere tenuto** in debito conto le particolari esigenze terapeutiche del suo paziente, avendo proceduto alla prescrizione di uno specifico farmaco senza apporre nella ricetta la clausola di "non sostituibilità" del farmaco stesso, e ciò pur essendo - o dovendo essere – consapevole che:

a) la mancanza di tale annotazione determinava la possibilità della sostituzione, del prodotto prescritto, con uno generico equivalente da parte del farmacista;

*Per approfondimenti, vedi anche:*

*Therapy perspectives*
*For rational drug use & Disease management*
*Anno XV, N°2, marzo 2012*
*Farmaci generici in gastroenterologia*
*Aspetti critici della Bioequivalenza e presunzione di Equivalenza terapeutica*

b) l'equivalente dato in sostituzione avrebbe potuto "legittimamente" contenere una quantità di principio attivo significativamente (fino al 20%) inferiore a quello proprio del farmaco originale da lui indicato in ricetta;
c) il deficit (o la minore presenza sia pure sino ad una tale misura percentuale) di principio attivo nel generico avrebbe potuto avere implicazioni svantaggiose o lesive per la salute del suo paziente (poi effettivamente concretizzatesi), e ciò a causa della gravità della patologia di cui questi era affetto e delle sue precarie condizioni (complessive) di salute.

Naturalmente, **il riconoscimento della responsabilità del medico** dovrebbe pur sempre transitare attraverso la dimostrazione processuale certa (secondo la ricordata prova "oltre ogni ragionevole dubbio") del fatto che, qualora il malato fosse stato curato con il farmaco originariamente prescritto dal medico, il pregiudizio alla salute (occorso) non si sarebbe verificato.

In conclusione, nella prescrizione dei farmaci, il medico deve prestare la massima attenzione alle specifiche condizioni di salute del proprio assistito e di conseguenza, nelle situazioni in cui sia necessaria a suo giudizio una più idonea cura del paziente, deve procedere alla somministrazione di uno specifico farmaco. In particolare ove sussista (come può concretamente sussistere) la possibilità che questo medicinale possa essere sostituito dal farmacista con un prodotto generico apparentemente "equivalente" (ma che in realtà possiede un contenuto ridotto di principio attivo o che abbia eccipienti diversi, o comunque di non pari efficacia), il medico deve prudentemente accompagnare la prescrizione del farmaco individuato e prescelto con l'annotazione scritta della sua "non-sostituibilità". **Va tenuto sempre presente che le esigenze della "migliore cura" (best practice) non possono soggiacere al contenimento della spesa farmaceutica pubblica, rappresentando fra l'altro un preciso dovere deontologico nel rispetto del paziente.**

Il medico, in base all'art. 13 del suo codice deontologico, è infatti tenuto ad una "adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili…".

Ne consegue che il sanitario non potrebbe facilmente giustificarsi, a fronte degli effetti dannosi subiti dal paziente in conseguenza della sostituzione del farmaco prescrittogli in ricetta, con la mancanza di consapevolezza della minore efficacia terapeutica del medicinale "sostituto", consegnato dal farmacista.

Va tenuto conto che **il medico che non indichi nella ricetta la non sostituibilità del farmaco prescritto, qualora malauguratamente quel medicinale sostituito dal farmacista produca al paziente effetti dannosi per la sua salute, può andare incontro a gravi problemi legali per responsabilità professionale diretta. Per di più nessuna responsabilità può essere imputata al farmacista autore della sostituzione, peraltro legittimamente consentita dal paziente.**

POLIAMBULATORIO DALLA ROSA PRATI
Centro Diagnostico Europeo

**Poliambulatorio Dalla Rosa Prati**
**Centro Diagnostico Europeo**
Via Emilia Ovest, 12
43100 Parma
Tel. +39 0521 29.81
Fax +39 0521 99.42.04

Via Duomo, 7
43100 Parma
Tel. +39 0521 23.88.10

info@poliambulatoriodallarosaprati.it
www.poliambulatoriodallarosaprati.it

# Formazione Specifica in Medicina Generale

Il Decreto Balduzzi non introduce modifiche sostanziali

*di Angelo Campanini*

Il Decreto Balduzzi (D.L. 158/2012) è stato modificato in parte e quindi licenziato per essere sottoposto alle Camere per il voto di fiducia dalla Commissione affari Sociali in data 17 ottobre u.s.
Il Capo I ha il titolo "NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E SANITARIA" e l'Articolo 1 quello di "Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie". Questo articolo è evidentemente di grande interesse, per le novità che introduce, sia la medicina convenzionata che opera nel comparto definito "Cure Primarie", sia per il personale sanitario dipendente. Non si vuole affrontare una discussione, in questa sede, del capo 1, che risulterebbe troppo ampia, e che viene comunque effettuata su queste pagine relativamente a specifici ed importantissimi argomenti (organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria).
Questa breve analisi del decreto si focalizza, secondo l'angolo visuale del Medico di Medicina Generale, solo su un aspetto, che per alcuni potrà essere considerato di secondaria importanza, che è quello attinente il comma 4 paragrafo h (il comma 4 nel suo insieme apporta modifiche all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni): l'accesso alla Medicina Generale.
E evidente per contro che per i giovani medici che voglio intraprendere la professione come Medici di Famiglia / Medici di Medicina Generale e per coloro che in questi anni si sono impegnati nell'ambito didattico ed organizzativo della Formazione Specifica in Medicina Generale, questo paragrafo rappresenta invece un nodo fondamentale.
In poche righe infatti vengono ribaditi i requisiti per accedere al ruolo di Medico di Medicina Generale.
In particolare il citato paragrafo h oggi recita:
"h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma".

Ricordiamo, per amore di chiarezza e di continuità storica, cosa recitava l'articolo 21 del DL 368: "per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, fermo restando la validità degli attestati già rilasciati ai sensi del decreto del Ministro della Sanità di concerto con il ministro della Pubblica Istruzione 10 ottobre 1988, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, serie generale n. 267 del 14 novembre 1988 e del DL 8 agosto 1991, n. 256." Nella eterna prassi della burocrazia, che procede per "rimandi", venivano richiamate le "Disposizioni tecniche concernenti il tirocinio teorico – pratico per la formazione specifica in medicina generale dei medici neolaureati" e la "Attuazione della Direttiva 86/457 CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell'articolo 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212".
Il paragrafo h ribadisce quindi la primazia, in un certo modo, del Dipoloma di Formazione specifica in MG, mantenendo aperto il canale per così dire parallelo dei medici che vengono definiti "quelli in possesso di titolo equipollente" che sono poi coloro con i requisiti previsti dall'articolo 30 del DL 368:

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 21, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di medici di medicina generale i medici chirurghi abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994.
2. Detto diritto è esteso ai medici Cittadini di uno Stato membro già iscritti all'albo dei medici chirurghi ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 217, che erano titolari, alla data del 31 dicembre 1996 di un rapporto convenzionale per l'attività di medico in medicina generale."

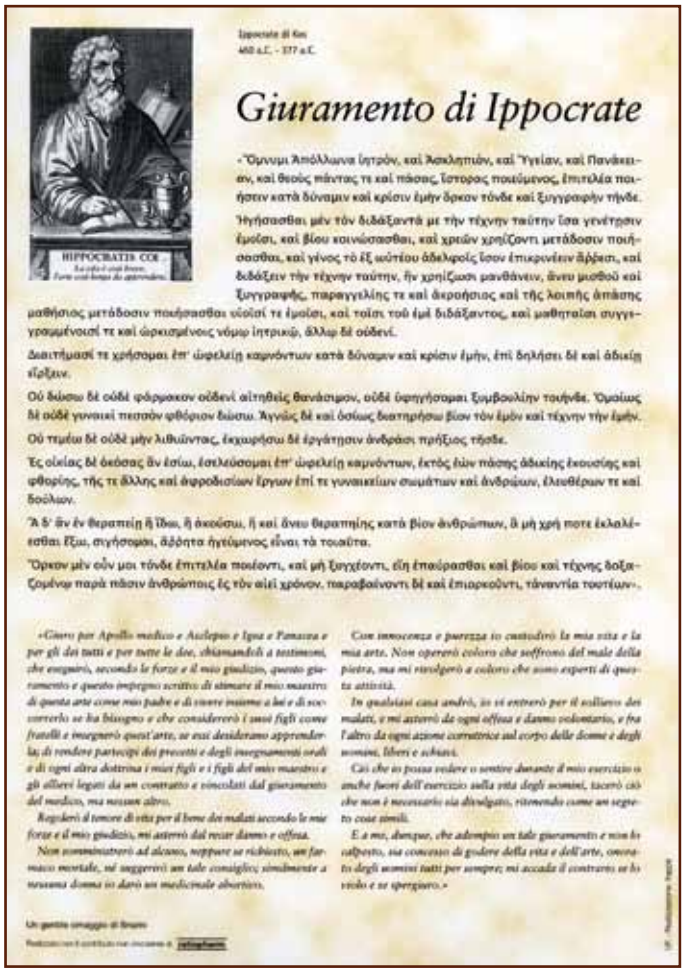
Quindi, dall'analisi del testo non sembra che il Decreto Balduzzi apporti modifiche sostanziali alle modalità di accesso alla Medicina Generale. Sono ancora ribaditi e tutelati anche gli interessi di Colleghi non più giovanissimi che in virtù del DL 368 possono trovare uno sbocco professionale.
In un periodo storico come l'attuale, carico di tensioni e di incertezze in merito al futuro della nostra professione ciò può apparire un problema secondario, ma per quanti da oltre venti anni si interessano della Formazione Specifica e operano a vario titolo in questo settore, il mantenimento de facto

et de jure dell'artico 30, che sancisce l'equipollenza dei titoli, può sembrare un vulnus, o essere interpretato come un ulteriore ritardo ad un effettivo riconoscimento della Medicina Generale/Medicina di Famiglia come disciplina specifica e peculiare.

Anche i Medici formati ed abilitati, vedono, ovviamente, in questa "equipollenza" come una certa forma di ingiustizia nei confronti di quanti hanno trascorso un tirocinio di studio e lavoro, rispetto ad altre branche specialistiche della medicina, sotto pagato o, quantomeno, economicamente discriminato rispetto alle scuole di specialità accademiche.

Non si può comunque chiudere con un semplice "nihil sub sole novi". Evidentemente vi è, anche da parte del ministero, una sensibilità, forse già presente negli anni passati, ma non mai ufficializzata negli articoli di legge, nei confronti del Diploma di Formazione Specifica. Infatti viene per la prima volta, a quanto risulta, inserita una forma di raccomandazione per coloro che si occupano della valutazione dei titoli e della conseguente redazione delle graduatorie regionali della medicina generale volta a: "Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma."

Una importante segnale, un significativo riconoscimento ed un buon viatico anche per il rinnovamento, in una solida tradizione culturale, della nostra professione.



Ippocrate di Kos
460 a.C. - 377 a.C.

## Giuramento di Ippocrate

«Ὄμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγείαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἵστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσειν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὅρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἡγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτῃσιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρῄζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄῤῥεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἢν χρῄζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγειλίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἁπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱέσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὡρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικείῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἁγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτῃσιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικείης ἑκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπί τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἃ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπηίης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄῤῥητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τἀναντία τουτέων».

*«Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.*

*Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.*

*Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.*

*Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.*

*In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.*

*Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.*

*E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro.»*

Un gentile omaggio di Bruno


KINE MOVE
REHABILITATION CENTERS

**DIRETTORE SANITARIO**
***Dott. Pietro Cavazzini***
*Medico Chirurgo e*
*Psicoterapeuta Specialista in*
*Medicina interna ed in*
*Fisiokinesiterapia Ortopedica*

**Costituisce una realtà nell'ambito della riabilitazione in senso generale e nel campo della riabilitazione d'eccellenza dello sportivo**

Via Naviglio Alto 20/A - Parma
Tel. 0521 776455 - Cell. 3347156531
www.kinemovecenter.it

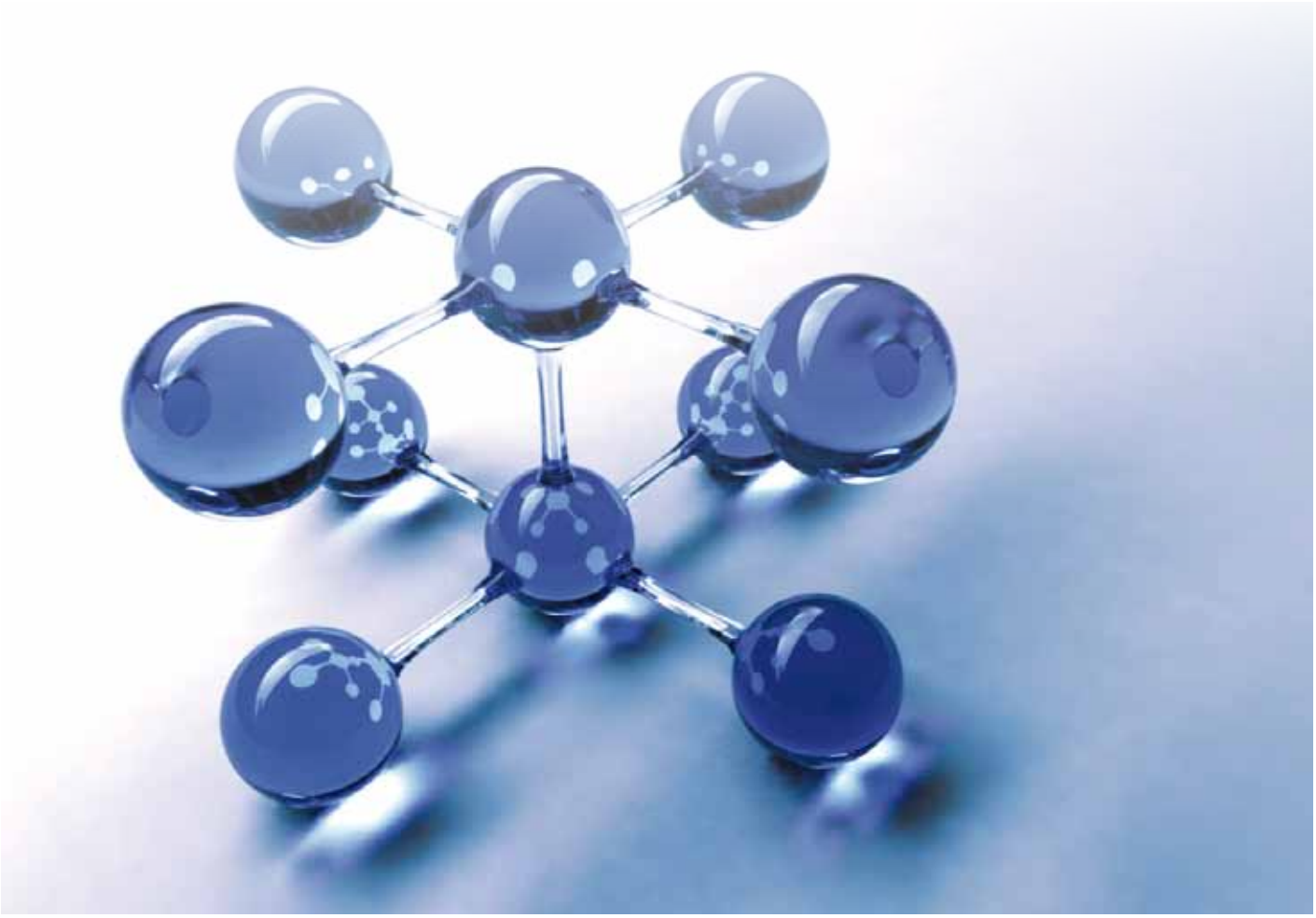
# E adesso?

Il decreto Balduzzi ci consegna una preoccupante idea di sanità. A fine ottobre i medici hanno sfilato a Roma per il "Diritto alla cura e diritto a curare".

*di Bruno Agnetti*

Dopo l'approvazione del DL Balduzzi, c'è stata la grande manifestazione del 27-10-2012 a Roma che ha visto la Fnomceo, tutti i sindacati medici del territorio e dell'ospedale insieme ai rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti e del tribunale del malato sfilare in difesa del SSN (slogan della manifestazione: "Diritto alla cura e diritto a curare").
Un corteo di 30mila persone (come ha dichiarato la portavoce dei partecipanti dal palco) molto colorato allegro, ordinato senza sbavature e che ha voluto esprimere la propria preoccupazione per il futuro della sanità italiana e della professione in particolare.
La televisione non pare però aver dato tanto rilievo all'evento.
Un altro corteo avvenuto nel pomeriggio sempre a Roma (il no monti day: una manifestazione di protesta nei confronti della politica sociale del governo Monti) che ha riportato scontri violenti, impiego di poliziotti e forze dell'ordine, forse anche per il numero di partecipanti (150.000) è stato invece citato e ripreso molte volte.
E' molto difficile che una manifestazione possa modificare il corso degli eventi, i macro fenomeni bio-psico-sociali, le modificazioni dei comportamenti collettivi che influenzano profondamente la nostra vita e la professione.
Ciò nonostante molti colleghi percepiscono concretamente e quotidianamente le conseguenze che possono derivare dall'attuale situazione economica-politica nazionale ed internazionale: l'intera categoria degli operatori del settore sanitario (coloro che quotidianamente operano in prima linea, che gestiscono oneri e responsabilità, reggono conflittualità crescenti tra aspettative soggettive degli assistiti e risorse disponibili con le quali eseguire scelte spesso discriminatorie) ha piena consapevolezza dell'insieme delle problematiche che investono il SSN, è persuasa di veleggiare sulla stessa fragile imbarcazione, di avere problematiche simili, di condividere visioni sovrapponibili e di dover operare al fine di orientare la rotta (= auto-governare) verso un'unica missione tentando di salvare il salvabile e creando iniziative riformiste innovative nel tentativo di prevenire così pericolose rivoluzioni massimaliste.
La storia del nostro SSN ci insegna come tutti i grandi riordini (dalla 132 Mariotti del 1968 alla 833 del 1978, alla 41 del 1991, alla 502 del 1992) abbiano comportato importanti e prolungati dibattiti e significative mediazioni tra le varie parti sociali. Difficilmente nel passato si è voluto agire su questioni di così grande impatto attraverso decreti legge perché la sanità ha una sua propria complessità difficilmente collegabile a soli calcoli numerici.
Il decreto Balduzzi piuttosto che affrontare problematiche specifiche ed emergenziali concrete (utilizzo delle risorse disponibili per l'assistenza sul territorio della cronicità e della fragilità; ipotizzare una seria alternativa ai ricoveri tramite l'organizzazione di strutture intermedie sempre e tragicamente troppo scarse; tempo pieno; emergenza territoriale anello fondamentale insieme ad una Guardia Medica/Continuità Assistenziale per un riordino importante delle cure primarie; incertezza sull'autorità terza per la nomina del DG e contraddittoria depenalizzazione/deburocratizzazione della colpa lieve; chiara eliminazione di atteggiamenti speculativi in merito all'informatizzazione; una concreta e convinta azione di inserimento dei giovani colleghi), pare presentare balbettii, debolissimi segnali inquinati da paradossali errori di comunicazione sull'H/24.
L'applicabilità dello stesso DL e l'adeguamento agli AIR (Accordi Integrativi Regionali) viene delegato alle regioni, ad isorisorse, senza nemmeno un minimo tentativo di ipotizzare una strategia alternativa o innovativa che possa in qualche modo reperire mezzi ed energie singolari ed originali. In opposizione, un recente disegno legge parlamentare propone, proprio in questi giorni, il ritorno del SSN allo Stato centrale ipotizzando una controriforma del federalismo attuato in sanità che ha praticamente creato 21 SSN (regionali).
Il decreto Balduzzi non cerca di chiarire la situazione ma ci consegna una preoccupante idea di sanità interessata più alle nomine e non orientata ad allargare gli orizzonti verso missioni e visioni che possano garantire un passaggio, il più indolore possibile, dei prossimi 5-7 anni che verosimilmente saranno pesantemente condizionati dalla crisi. La mancanza di prospettive è foriera di disastri prossimi venturi ed appiattisce inevitabilmente la professione sempre di più verso elementi di ridotta autonomia avvicinando i medici più alle caratteristiche tipiche del pubblico impiego che ad una collocazione giuridica istituzionale distintiva propria. Manca una dinamica moderna che preveda una attività mista sussidiaria, strategie inerenti la libera professionale e una diffusa attività intra moenia anche territoriale.
La realtà non si adegua ai DL o al nostro "pensiero piccolo" ma occorre comprenderla, interpretarla, tentare di apprendere e adeguarsi a ciò che essa ci impone.
Alcuni colleghi sostengono che gli attacchi più gravi alla professione non vengano tanto dall'esterno o dagli interessi politici che pervadono la sanità da ogni parte ma dall'interno stesso del mondo medico viziato troppo spesso dalla ricerca di interessi personali e da clamorosi errori di valutazione strategica.
Forse la causa è imputabile soprattutto all'immaturità o al disinteresse o al disimpegno diffuso nei confronti dell'etica e della deontologia diventati principi ancillari e succubi nei confronti degli interessi economici e del business. Il disastro

eclatante della politica nel suo complesso non può non condizionare ed influenzare a cascata tutto ciò che dalla politica dipende.
La manifestazione ha tentato, tra le altre cose, di ricordare che questi principi non possono essere abbandonati. Sono i colleghi più maturi e con più esperienza che devono essere in grado di essere testimoni delle caratteristiche distintive virtuose della professione medica in favore dei colleghi più giovani che potrebbero, a volte, essere sedotti da strade meno impegnative, meno faticose o più facili; nello stesso tempo è proprio il concreto inserimento di giovani medici responsabili e maturi che può garantire stabilità e continuità al sistema stesso.
Alcuni sostengono che la categoria dei medici, si sia appiattita su richieste utilitaristiche derivate dalla filosofia della contrazione spazio-temporale, causando così una deriva assistenziale ed organizzativa che provoca una effettiva disomogenizzazione territoriale delle cure e delle opportunità professionali.
Il malumore, la delusione e la rabbia di molti medici che ritengono di subire un calpestio continuo di quelle regole che essi considerano fondamentali per garantire un sereno svolgimento della professione può portare ad esasperazioni orientate al sistema con il pericolo, se queste manifestazioni non vengono ascoltate e prese in considerazione, che il disagio si diffonda sempre più ed arrivi a distruggere indiscriminatamente tutto senza distinzioni di sorta.
Eppure questa "malattia" ha una terapia ed una cura semplicissima (sic!): garanzie e trasparenza.
Una nota favola africana racconta che durante un incendio nella foresta, mentre tutti gli animali fuggivano, un colibrì volasse in senso contrario, con una goccia d'acqua nel becco.
"Cosa credi di fare?" gli chiese il leone. "Vado a spegnere l'incendio!" rispose il piccolo volatile. "Con una goccia d'acqua?" disse il leone con un sogghigno di irrisione. Ed il colibrì, proseguendo il volo, rispose: "Io faccio la mia parte!"...
Come alcuni colleghi hanno fatto notare, a volte, "fare la propria parte" potrebbe anche voler dire "farsi da parte", delegare, delegare e delegare: alcune posizioni restano solidamente in mano ad una oligarchia incrostata che non solo non si farà mai da parte ma che si è fatta e continuerà bellamente a farsi anche la nostra di parte. Altri colleghi delusi, stremati se non addirittura esasperati pensano che non sia più necessario combattere per spegnere gli incendi perché il vuoto che vedono intorno a loro e che sentono dentro rende finta ogni battaglia già manipolata prima ancora di essere iniziata e credono sia meglio quindi, per loro, tornare a casa finché le ferite sono ancora guaribili, dichiarando la resa personale ed umana ad un sistema sanitario non più comprensibile.
Vale la pena continuare a fare la nostra piccola parte?
Personalmente credo di sì ma occorre una forte modifica del paradigma corrente caratterizzato da decisi segni di cambiamento.



VOLVO

LA TUA VOLVO S60 LA TUA VOLVO V60

# LA SICUREZZA È UN VALORE

## SCOPRI LA PROPOSTA IN ESCLUSIVA PER TE SU ORDINEMEDICIPARMA.IT

Volvo Motoservice pensa a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici offrendo particolari condizioni riservate in esclusiva per loro. Scopri nel dettaglio la proposta studiata apposta per te sul sito ordinemediciparma.it. Troverai tante soluzioni **nate intorno a te**.

VOLVO V60 DA 115CV (84KW) A 304CV (224KW). DA 240 NM A 440 NM. VALORI MASSIMI NEL CICLO COMBINATO: CONSUMO 10,2 L/100KM. EMISSIONI $CO_2$ 237 G/KM.
VOLVO S60 DA 115CV (84KW) A 304CV (224KW). DA 240 NM A 440 NM. VALORI MASSIMI NEL CICLO COMBINATO: CONSUMO 9,9 L/100KM. EMISSIONI $CO_2$ 231 G/KM.

VOLVOCARS.IT

**Motoservice** SAN PANCRAZIO (PR) - Via Emilia Ovest 100/A - Tel. 0521.672344 - motoservice@volvomotoservice.com

# A Parma una società leader nella gestione congressuale e Provider accreditato ECM

- Esperienza più che trentennale nell'organizzazione di congressi nazionali ed internazionali
- Servizi per la gestione e lo sviluppo di Associazioni Scientifiche
- Approfondita conoscenza delle caratteristiche del territorio
- Provider accreditato e certificato ECM per la formazione residenziale e a distanza
- Certificazione di qualità per l'organizzazione e la formazione conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2008

FederCongressi

MV CONGRESSI
Meeting & Association Management

MV Congressi SpA
Via Marchesi 26/D 43123 Parma
tel. 0521.290191 fax 0521.291314
info@mvcongressi.it - www.mvcongressi.it

# UK HEMS – Servizio di elisoccorso in Gran Bretagna

Emergenza medica preospedaliera in Inghilterra. Una realtà all'avanguardia.

*di Michele Zasa**

*Chi non cambia è solo il saggio più elevato*
*o lo sciocco più ignorante*

*(Confucio)*

E' di questi giorni la notizia, ampiamente diffusa dai principali mezzi d'informazione britannici, dell'entrata in funzione di un nuovo velivolo dedicato al servizio di elisoccorso nella base di Cambridge. La ragione di tanto interesse sta nel fatto che quello di Cambridge sarà il primo elisoccorso del Regno Unito attrezzato ed abilitato alle operazioni notturne, assicurando dunque anche di notte interventi sanitari avanzati e rapidi trasporti verso gli ospedali. L'importanza di questo servizio è da non sottovalutare, soprattutto se si considera che l'area coperta dal servizio è piuttosto vasta ed include tutta le regione dell'East Anglia - area di 12500 km2 popolata da circa 2500000 persone.
Quello dell'operatività notturna è solo il più recente dei traguardi raggiunti dal servizio di elisoccorso - e più in generale di emergenza preospedaliera - inglese, un sistema in costante evoluzione ed all'incessante ricerca di forme di perfezionamento. Seppur non privo di criticità, è proprio questa continua voglia di migliorarsi che fa del sistema inglese un'eccellenza mondiale nel settore della medicina d'emergenza preospedaliera; non a caso, è proprio britannico il servizio di elisoccorso più noto al mondo: la London Air Ambulance, velivolo operante sulla città di Londra ed in grado di atterrare pressoché ovunque nell'area urbana, con atterraggi spettacolari che permettono allo staff sanitario di raggiungere la maggior parte dei pazienti in tempi estremamente rapidi. D'altronde la questione dell'emergenza preospedaliera è stata a lungo sottovalutata nel Paese, soprattutto nelle aree interne, nonostante ripetuti report abbiano a più riprese evidenziato criticità nella gestione del trauma.
Peraltro un ennesimo report pubblicato nel 2007 (1) ha fatto breccia nelle menti dei politici e dell'opinione pubblica, e da questo report ha preso piede la consapevolezza che qualcosa andava fatto. Da allora in verità molto è stato fatto. Anzitutto sono stanziati ingenti fondi per costituire un sistema adeguato, anche alla luce di un semplice ragionamento farmacoeconomico: il paziente traumatizzato, mediamente giovane ed in età lavorativa, rappresenta una notevole risorsa per il sistema economico, mentre al contrario un paziente mal gestito può comportare un'ingente spesa legata alla degenza in ambiente intensivo ed alle cure riabilitative. Alla luce di ciò si è lavorato per implementare il trauma network e, soprattutto, la gestione del trauma in fase preospedaliera, implementando le competenze cliniche dei paramedici e sviluppando un sistema che prevedesse la presenza di medici con professionalità adeguate ed opportuno addestramento. Il report del 2007 ha portato un cambiamento nella filosofia di fondo: non più una semplice corsa verso l'ospedale più vicino, con distanze spesso considerevoli che portavano a sprecare gran parte della cosiddetta 'golden hour' lungo il tragitto; ma piuttosto equipaggi sanitari completi con medici adeguati, al fine di portare un'assistenza ospedaliera avanzata fuori dall'ospedale ed effettuare le manovre necessarie fin dalle prime fasi del soccorso.
La realtà peraltro è ancora disomogenea all'interno del Paese, e persistono aree in cui il sistema preospedaliero permane carente. Una delle zone all'avanguardia e particolarmente attenta a questa evoluzione nel corso degli ultimi anni è rappresentata dall'East Anglia, a nord di Londra. Il servizio di elisoccorso nella regione è assicurato da una serie di charity, organizzazioni caritatevoli, che attraverso varie iniziative raccolgono fondi per permettere l'operatività dei propri mezzi ed equipaggi sanitari - il cosiddetto HEMS team, costituito da 1 medico ed 1 paramedico. Il sistema sanitario nazionale (NHS) non finanzia il servizio di elisoccorso, ma fornisce personale paramedico e parte dei presidi utilizzati. Alcuni consultant operanti presso la London Air Ambulance, centro di eccellenza del Paese, gestiscono gli aspetti di clinical governance presso queste basi di elisoccorso periferici, occupandosi della preparazione e dell'aggiornamento del personale sanitario, nonché della stesura di protocolli clinici che medici e paramedici sono obbligati a seguire. I medici impiegati nell'emergenza preo-

*Elisoccorso East Anglian Air Ambulance, Cambridge (mod. Eurocopter EC 135)*

** Prehospital Emergency Physician - East Anglian Air Ambulance - National Health System (UK)*

*Elisoccorso London Air Ambulance, Londra (mod. Explorer MD902)*

spedaliera sono specialisti in anestesia e rianimazione o in medicina d'emergenza. Il sistema prevede medici impiegati a tempo pieno, e medici che effettuano periodicamente turni in forma libero professionale - in Inghilterra non esiste alcun vincolo di esclusività di rapporto ed una volta soddisfatto il contratto ospedaliero, il medico può svolgere qualsivoglia attività all'esterno. Nell'attività quotidiana, le "regole d'ingaggio" sono alquanto interventistiche se comparate con quelle di molti altri Paesi (Italia inclusa), basti pensare alle toracotomie effettuate sui pazienti in arresto cardiaco causato da trauma penetrante nel torace (2). Con questa procedura, difficilmente applicabile in qualunque altro sistema, si riescono a salvare il 18% di vite umane. Peraltro l'approccio terapeutico non si basa sulla volontà di fare ad ogni costo, ma ogni protocollo clinico si basa su specifiche evidenze scientifiche ed è razionalmente argomentato, nella consapevolezza che il trattamento definitivo può essere soltanto fornito in ambiente ospedaliero.

Di rilievo è poi tutta l'organizzazione attinente al personale paramedico che opera nel sistema. Il personale paramedico, oltre ad affiancare il medico nei servizi di elisoccorso, viene impiegato sui mezzi terrestri (ambulanze e Rapid Response Vehicle) per assicurare una risposta territoriale il più possibile capillare. La figura del paramedico ha sostituito quella dell'infermiere, scomparsa quasi del tutto nel settore preospedaliero. Il percorso di studi per entrambe le professionalità è peraltro simile, della durata di 3 anni. Peraltro i paramedici ricevono una formazione teorica e pratica finalizzata a quello che sarà il lavoro sul territorio. In particolare, i paramedici in formazione frequentano sale operatorie e sono addestrati, tra l'altro, ad effettuare intubazioni endotracheali. Negli ultimi anni si è poi sviluppato il concetto di Critical Care Paramedic, un ulteriore titolo conquistato generalmente attraverso master universitari; in tal modo i paramedici acquisiscono ulteriori professionalità quali ad esempio la capacità di amministrare analgesia e sedazione con farmaci solitamente destinati a personale medico, o la capacità di effettuare toracostomie in caso di sospetto pneumotorace. Alla luce di un siffatto addestramento, i paramedici sono autorizzati ad effettuare manovre e somministrare farmaci. Peraltro farmaci e manovre, al pari delle indicazioni, sono codificate da specifiche linee guida a cui i paramedici sono tenuti ad attenersi scrupolosamente. Ad esempio, i paramedici possono intubare pazienti in arresto cardiaco, e congiuntamente somministrare farmaci secondo le comuni linee guida di rianimazione cardiopolmonare, ma in nessun caso possono effettuare un'anestesia preospedaliera qualora un paziente necessitasse essere intubato. L'intervento del personale paramedico con mezzi terrestri non esclude peraltro l'invio dell'HEMS team, e la figura del medico viene ritenuta comunque preminente nella gestione dei traumi e delle problematiche mediche severe. Questa suddivisione dei ruoli, lungi dal generare conflittualità, è condivisa da tutti i protagonisti del sistema e spesso i paramedici vedono come un privilegio la possibilità di intervenire in concomitanza ad un HEMS team. Alla pari, i medici vengono addestrati a gestire le risorse umane e professionali durante gli interventi (Crew Resource Management), mostrando sempre un profondo rispetto per il personale con cui si trovano ad operare ancora qualora le performance si mostrino al di sotto delle aspettative.

Dunque quello inglese è un sistema all'avanguardia, lontano dalla filosofia dello "scoop and run" ma al contempo attento alle tempistiche d'intervento e fortemente legato al concetto di 'golden hour'. Un sistema che, se analizzato con il necessario spirito critico, può rappresentare un modello per molti servizi di emergenza nel resto del Mondo.

## BIBLIOGRAFIA

1) Trauma: who cares? A report of the National Confidential Enquiry Into Patient Outcome and Death (2007)

2) Wise D, Davies G, Coats T, Lockey D, Hyde J, Good A. Emergency Thoracotomy: "how to do it". Emergency Med J 2005;22:22-24

CENTRO DI FORMAZIONE

# Mattioli 1885

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

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

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

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

# Infezioni delle vie urinarie nell'adulto (Seconda parte)

La diagnosi è basata sul rilievo di segni e sintomi e non sulla ricerca di batteriuria e/o leucocitaria. Indagini urinarie richieste routinariamente e non guidate dalla clinica andrebbero evitate.

*di Giovanni Garini* e Maurizio Falzoi***

**Infezioni urinarie ricorrenti (Box 3)**

Nell'ambito delle infezioni urinarie ricorrenti vanno valutate le possibilità di "ricadute" (infezioni con lo stesso germe dell'episodio precedente) dalle "reinfezioni" (infezioni con un germe diverso), che risultano del tutto prevalenti (90%).
Le IVU ricorrenti sono causa di frequenti visite ambulatoriali, di elevato ricorso ad esami laboratoristico-strumentali e di ripetuti trattamenti antibatterici con conseguente sviluppo di antibioticoresistenze. Le IVU ricorrenti sono comunemente riscontrate nelle giovani donne con tratto urogenitale normale. In questo gruppo le infezioni risultano associate con la frequenza dei rapporti sessuali che nell'analisi multivariata rappresenta il più importante fattore di rischio per la ricorrenza delle infezioni. L'ingresso in vescica degli uropatogeni eventualmente presenti nell'uretra femminile risulta infatti agevolato dall'attività meccanica connessa con i rapporti sessuali. Il rischio infettivo viene ulteriormente incrementato dall'impiego di contraccettivi meccanici e spermicidi. Un altro gruppo a rischio è rappresentato dalle donne in menopausa, nelle quali la ricorrenza delle infezioni è favorita dal ridotto livello di estrogeni e dall'assottigliamento e secchezza della mucosa vaginale, uretrale e vescicale. Nella patogenesi delle infezioni urinarie ricorrenti vanno anche tenuti presenti fattori genetici che, determinando la disponibilità e/o il numero dei recettori uroepiteliali su cui i batteri aderiscono, condizionerebbero una differenziata suscettibilità individuale alle infezioni.
In caso di ricaduta è opportuno richiedere una urinocoltura per identificare il germe, valutarne la sensibilità agli antibiotici ed eventualmente modificare la terapia attuata in precedenza. Il trattamento antibiotico dovrà essere prolungato (10-14 giorni) e seguito da una urinocoltura di controllo. Solo nei casi, che non rispondono a tale schema terapeutico, dovrebbero essere avviate indagini morfologiche delle vie urinarie.
Per quanto riguarda le reinfezioni il trattamento dell'episodio acuto non si differenzia da quello raccomandato per il trattamento delle cistiti acute non complicate. In caso di ricomparsa dei sintomi entro due settimane dalla fine della terapia antibiotica è indicata l'esecuzione di una urinocoltura per ottimizzare il trattamento.
Nelle donne con cistiti ricorrenti, che abbiano rivelato capacità di auto-diagnosi ("self-diagnosis") e siano risultate aderenti a precedenti trattamenti, può essere adottata la strategia dell'auto-medicazione ("self-treatment"). L'antibioticoterapia, iniziata autonomamente dalla paziente ai primi segni/sintomi di infezione con gli stessi antibiotici e tempi di trattamento indicati nelle IVU non complicate, potrebbe diminuire sia la frequenza degli episodi infettivi che il numero delle visite ambulatoriali e degli esami di laboratorio.
La profilassi antibiotica protratta (6-12 mesi), consistente nella somministrazione quotidiana o 3 volte la settimana, prima di coricarsi, della dose singola di uno dei seguenti agenti antibatterici: nitrofurantoina (50-100 mg), sulfametoxazolo + trimetoprim (40/200 mg), cefalexina (125-250 mg),

**BOX 3 – Gestione delle infezioni urinarie ricorrenti**

**Trattamento non-antibiotico:**

- ***Consigli comportamentali***
  - raccomandare l'astinenza o la riduzione della frequenza dei rapporti sessuali
  - sconsigliare l'impiego di metodi contracettivi, quali il diaframma o spermicidi
  - raccomandare la minzione subito dopo il rapporto sessuale e un abbondante introito di fluidi
- ***Mediatori biologici***
  - mirtillo rosso (la sua efficacia sarebbe dovuta all'inibizione dell'adesione di E. coli all'uroepitelio della vescica)
  - estrogeni topici (possibile normalizzazione della flora vaginale)

**Trattamento antibiotico:**

- ***Autodiagnosi e autotrattamento("self-diagnosis and self-treatment").*** Tale strategia terapeutica va riservata alle donne con cistiti ricorrenti che abbiano rivelato capacità di auto-diagnosi e siano risultate aderenti a precedenti trattamenti. L'automedicazione, iniziata ai primi sintomi di infezione, viene effettuata impiegando gli stessi antibiotici e tempi di trattamento indicati nelle IVU non complicate.
- ***Profilassi antibiotica post-coitale.*** Può essere praticata nei casi, in cui l'anamnesi suggerisca una correlazione con l'attività sessuale. Consiste nell'assunzione, entro le due ore dopo il coito e dopo aver svuotato la vescica, di una singola dose di uno dei seguenti farmaci: nitrofurantoina (50-100 mg), sulfametoxazolo + trimetoprim (40/200 mg o 80/400 mg), cefalexina (250 mg).
- ***Profilassi antibiotica protratta (6-12 mesi).*** Consiste nella somministrazione quotidiana o tre volte la settimana della dose singola di uno dei seguenti farmaci: nitrofurantoina (50-100 mg), sulmatexazolo + trimetoprim (40/200 mg) cefalexina (125-250 mg). Non è raccomandata di routine, dal momento che il suo effetto protettivo si esaurisce alla sospensione della profilassi e che il trattamento prolungato aumenta la resistenza agli antibiotici

**Specialista in Medicina Interna e Nefrologia*
***Direttore Sanitario Poliambulatorio Dalla Rosa Prati*

non è raccomandata come misura di routine, dal momento che il suo effetto protettivo si esaurisce alla sospensione della profilassi e che il trattamento prolungato aumenta la resistenza agli antibiotici.
In casi singoli, se l'anamnesi suggerisce una correlazione con l'attività sessuale, può essere proposta la profilassi antibiotica post-coitale, costituita dall'assunzione, entro le due ore dopo il coito e dopo aver svuotato la vescica, di una singola dose di uno dei seguenti farmaci: nitrofurantoina (50-100 mg), sulfametoxazolo + trimetoprim (40/200 mg oppure 80/400 mg), cefalexina (250 mg).
Tra gli interventi di profilassi non-antibiotica delle ricorrenze infettive va menzionato l'utilizzo del mirtillo rosso (tavolette, capsule, succo), la cui efficacia dipenderebbe dalla sua capacità di inibire l'adesione di E. coli all'uroepitelio della vescica. Poiché i prodotti a base di mirtillo rosso possono aumentare il tempo di protrombina, il loro impiego nelle donne in terapia anticoagulante orale richiede un più frequente monitoraggio dell'INR. Nelle donne in età postmenopausale l'uso topico di estrogeni sembrerebbe normalizzare la flora vaginale e ridurre il rischio di IVU ricorrenti. Gli estrogeni orali non si sono rivelati efficaci.

### Batteriuria asintomatica (Box 4)

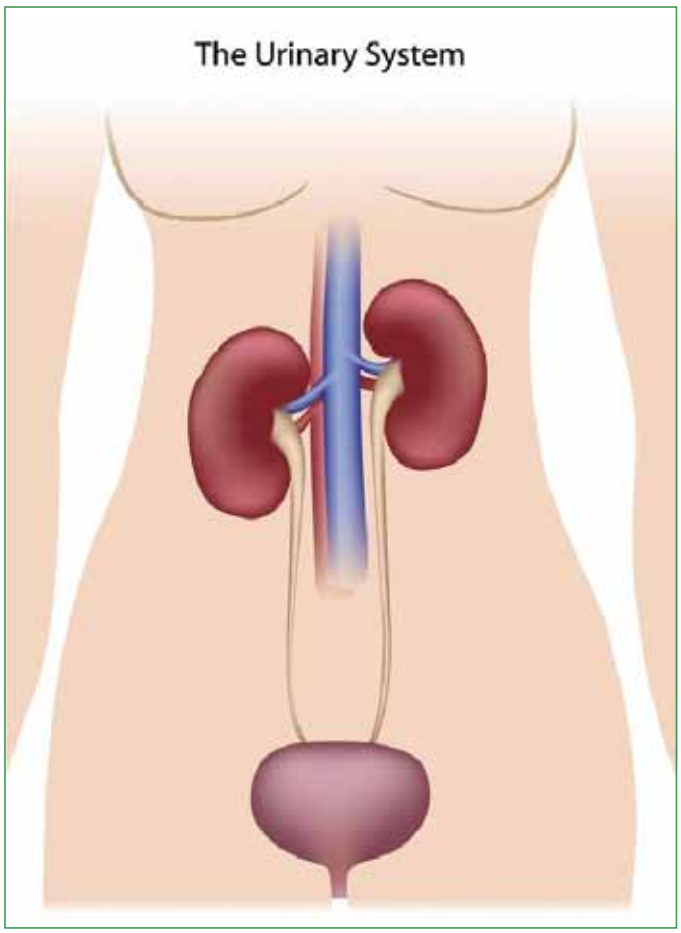
Il rilievo e la ricerca della batteriuria asintomatica vanno ricondotti, per quel che riguarda le eventuali scelte terapeutiche, alla valutazioni di particolari condizioni cliniche. Nell'adulto, lo screening della batteriuria asintomatica appare giustificato solo in due condizioni: nei pazienti che devono essere sottoposti a prostatectomia transuretrale o a interventi/procedure sul tratto genitourinario e durante la gravidanza. Nel primo caso, il riconoscimento preoperatorio della batteriuria e il suo trattamento servono a ridurre le complicanze infettive postoperatorie. In gravidanza l'opportunità del trattamento deriva dall'osservazione che in un terzo dei casi la batteriuria asintomatica evolve in PNA e che nelle donne gravide batteriuriche vi è una più alta incidenza di aborti, mortalità prenatale e peso ridotto alla nascita.
Per il trattamento delle infezioni urinarie asintomatiche in gravidanza valgono le stesse raccomandazioni e gli stessi regimi terapeutici indicati per le IVU sintomatiche non complicate. Dopo ogni trattamento sarà poi opportuno effettuare controlli urocolturali mensili al fine di svelare batteriurie ricorrenti.
Nelle donne non gravide il trattamento è controverso. Esso, infatti, non modifica la storia naturale della batteriuria asintomatica, dal momento che la comparsa di successivi episodi batteriurici avviene con la stessa frequenza nei soggetti trattati e non trattati.
Sino al 40% dei soggetti anziani di entrambi i sessi può presentare una batteriuria asintomatica, ma solo pochi di questi sviluppano infezioni sintomatiche (comprese PNA e sepsi). Per tale ragione non appare raccomandabile un trattamento routinario, tenuto anche conto che l'anziano è facilmente vunerabile alla tossicità antibiotica ed incline a presentare effetti secondari indesiderati.

**BOX 4 – Gestione della batteriuria asintomatica**
Lo screening della batteriuria asintomatica deve essere eseguito tramite urinocoltura (preferibilmente su due campioni urinari successivi):
- nelle donne gravide
- nei pazienti che devono essere sottoposti a prostatectomia transuretrale o a interventi/procedure sul tratto genitourinario con elevato rischio di sanguinamento della mucosa.

In tutti gli altri soggetti la batteriuria asintomatica non deve essere ricercata.

### Infezioni urinarie complicate e infezioni da catetere (Box 5)

Le IVU complicate sono sostenute da condizioni di patologia urologica, quali, ad es., la calcolosi, l'ostruzione e le malformazioni. Il quadro clinico può variare dalla cistite all'urosepsi, ma può essere anche caratterizzato da lunghi periodi di batteriuria asintomatica. Le infezioni urinarie complicate, a differenza di quelle non complicate, sono causate da un ampio spettro di germi: E. coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Serratia, Enterococchi, Stafilococchi e in genere sono sostenute da più specie batteriche (infezioni multiple).
L'urinocoltura deve sempre precedere il trattamento, che nelle forme lievi-moderate prevede, come prima scelta, l'impiego di un fluorchinolone (ad es., ciprofloxacina 500 mg x 2/die oppure levofloxacina 750 mg/die), da proseguire ambulatoriamente per un periodo di 10-14 giorni. In alternativa è possibile utilizzare sulfametoxazolo + trimetoprim (160/800 mg x 2/die per 14 giorni), che come i fluorchinoloni è dotato di una buona penetrazione tessutale, o amoxicillina + ac. clavulanico (1-2 g x 3/die). Nelle infezioni più gravi o in corso di urosepsi è opportuno ricoverare il paziente e iniziare una antibioticoterapia empirica per via parenterale con gentamicina (1-1,5 mg/kg ogni 8 ore) + ampicillina (1-2 g ogni 6 ore), una cefalosporina di II o III generazione (es., ceftriaxone 1 g/die) oppure meropenem (500-1000 mg ogni 8 ore), che sono provvisti di un'ampia attività antibatterica, comprendente lo Pseudomonas aeruginosa e la maggior parte degli enterococchi. Il trattamento antibiotico, che deve sempre seguire le indicazioni dell'urinocoltura, andrà continuato per almeno 10-14 giorni. Per prevenire ricorrenze infettive la terapia delle IVU complicate deve comunque mirare a correggere le anomalie urologiche sottostanti.
Particolare rilevanza clinica assumono le IVU da catetere urinario data l'alta prevalenza di esse soprattutto nei soggetti




con catetere vescicale a permanenza, nei quali la probabilità di colonizzazione del catetere è pari al 100% alla fine del quarto giorno di cateterismo. La colonizzazione del tratto urinario può avvenire per via extraluminale (più frequente nelle donne) o intraluminale (più frequente negli uomini).
Nelle urine dei pazienti con catetere vescicale a permanenza è generalmente presente una flora polimicrobica che, oltre agli enterobatteri, comprende Serratia, Providencia, Acinetobacter, enterococchi, miceti e stafilococchi. Il trattamento dell'IVU da catetere richiede molto discernimento. Premesso che la corretta gestione del catetere urinario7-9 può ritardare l'inizio dell'infezione o minimizzare l'acquisizione di patogeni resistenti agli antibiotici, i pazienti con IVU sintomatica dovrebbero essere trattati con gli stessi agenti antimicrobici impiegati per le IVU complicate. Prima di iniziare la terapia antibiotica è raccomandata la rimozione o sostituzione del catetere vescicale. Nei pazienti asintomatici il trattamento risulta di scarsa o nulla efficacia e può anzi selezionare germi resistenti alla terapia. Pure inefficace si è rivelata la profilassi antibiotica della batteriuria nel cateterismo di lunga durata o cronico.

## Conclusioni

Come conclusione, riteniamo utile richiamare l'attenzione su alcune importanti questioni riguardanti la diagnosi di IVU, la scelta e la durata dei trattamenti (anche in considerazione del crescente fenomeno dell'antibioticoresistenza) e le possibili conseguenze renali delle infezioni urinarie.
Le linee guida sono concordi nell'affermare che negli adulti la diagnosi di IVU è una diagnosi clinica, basata sul rilievo di segni e sintomi e non sulla ricerca di batteriuria e/o leucocitaria. Indagini urinarie (strisce reattive, esame microscopico, urinocoltura), richieste routinariamente e non guidate dalla clinica, andrebbero evitate.

**BOX 5 – Gestione delle infezioni urinarie complicate e delle infezioni da catetere**

**Infezioni urinarie complicate**

Sono sostenute da condizioni di patologia urologica (es., urolitiasi, ostruzione, malformazioni) e, a differenza delle infezioni urinarie non complicate, sono causate da un ampio spettro di germi.
Il trattamento è condizionato dalla gravità del quadro clinico

- Nelle ***forme lievi e moderate*** il trattamento, che deve essere sempre preceduto da una urinocoltura, può essere effettuato ambulatoriamente, impiegando un fluorochinolone (es., ciprofloxacina 500 mg x 2/die oppure levofloxacina 750 mg/die) da proseguire per 10-14 giorni; in alternativa: sulfametoxazolo + trimetoprim (160/800 mg x 2/die per 14 giorni) o amoxicillina + ac. clavulanico (1-2 g x 3/die per 10-14 giorni).
- Nelle ***forme gravi (urosepsi)*** è opportuno ricoverare il paziente e iniziare una antibioticoterapia empirica per via parenterale con ceftriaxone (1 g/die) o gentamicina (1-1,5 mg/kg ogni 8 ore) + ampicillina (1-2 g ogni 6 ore) o meropenem (500-1000 mg ogni 8 ore). La terapia antibiotica, che deve sempre basarsi sulle indicazioni delle urinocolture e delle emocolture, va proseguita per via parenterale sino alla remissione della febbre e poi continuata per os per 14 giorni.

**Infezioni da catetere**

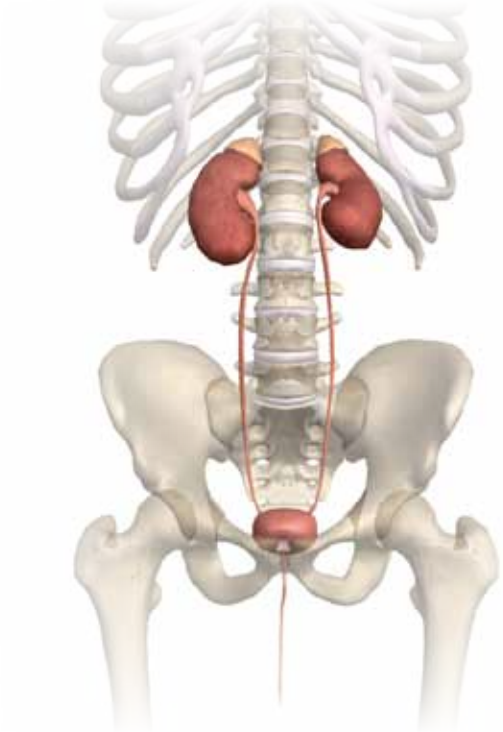
Nelle urine dei pazienti con catetere vescicale a permanenza è generalmente presente una flora polimicrobica.

- I pazienti con ***IVU sintomatica*** dovrebbero essere trattati con gli stessi agenti antimicrobici impiegati per le IVU complicate. Prima di iniziare l'antibioticoterapia è raccomandata la rimozione/sostituzione del catetere vescicale.
- Nei pazienti ***asintomatici*** il trattamento è di scarsa o nulla efficacia e può anzi selezionare germi resistenti alla terapia.

La profilassi antibiotica della batteriuria nel cateterismo di lunga durata è inefficace.

In presenza di una diagnosi certa di IVU si pone il problema della scelta e della durata del trattamento, che è condizionato dalla sede dell'infezione, dalla presenza o assenza di complicanze, dalla ricorrenza degli episodi infettivi. Nelle infezioni confinate alla vescica e non complicate viene raccomandata una terapia empirica di 3-5 giorni con nitrofurantoina o sulfametoxazolo + trimetoprim, mentre è sconsigliato l'impiego dei fluorochinoloni per l'aumento delle resistenze a questi antibiotici. Nel caso di infezioni propagate alle alte vie urinarie con eventuali complicanze urologiche può essere considerato appropriato un trattamento antibatterico, desunto dalle urinocolture, della durata di 10-14 giorni. Nelle IVU ricorrenti la profilassi antibiotica, in assenza di chiare evidenze di efficacia rispetto all'entità dei rischi, non è raccomandata di routine, mentre ancora limitato è l'impatto delle strategie di prevenzione basate sulla profilassi non-antibiotica. Poiché l'antibioticoresistenza è un problema globale di salute pubblica, ha assunto carattere d'urgenza l'attivazione di programmi di sorveglianza continua delle resistenze microbiche al fine di garantire un appropriato utilizzo degli antibiotici e ridurre al minimo la selezione dei microrganismi resistenti.

Per quanto riguarda le conseguenze a distanza di tempo delle infezioni urinarie e, precisamente, la temuta prospettiva della pielonefrite cronica e dell'insufficienza renale, l'esperienza clinica indica che la batteriuria non trattata, in assenza di anomalie od ostruzione delle vie urinarie, raramente dà luogo a complicanze renali ed evolve verso l'uremia cronica irreversibile. La possibilità che si sviluppi un danno renale si fa invece più concreta se coesistono fattori predisponenti e complicanti, quali le ostruzioni, i reflussi lungo le vie urinarie, l'ipertensione arteriosa, il diabete, la gotta, l'abuso di analgesici. Queste condizioni possono di per sé condurre all'insufficienza renale, mentre l'infezione rappresenta soltanto un fattore aggravante.



## BIBLIOGRAFIA

1) Hooton TM. Uncomplicated urinary tract infection. N Engl J Med 2012;366:1028-37
2) Guay D. Contemporary management of uncomplicated urinary tract infections. Drugs 2008;68:1169-1205
3) Nicolle LE. Update in adult urinary tract infection. Curr Infect Dis Rep 2011;13:552-560
4) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national Clinical Guideline. Edinburg (Scotland). SIGN publication n.88, 2006a (http://www.sign.ac.uk/pdf/sign88.pdf)
5) Gagliotti C, Buttazzi R, Capatti C., et al. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Dossier 173. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, febbraio 2009 (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana dossier/doss173.htm)
6) Gagliotti C, Nobilio L, Moro ML. Emilia-Romagna Antibiotic Resistance Study Group. Emergence of ciprofloxacin resistance in Escherichia coli isolates from outpatient urine sample. Clin Microbiol Infect 2007;13:328-331
7) Di Mario S, Gagliotti C, Marata AM, et al. Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2010 (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana dossier/doss190.htm).
8) Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatmentof acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011;52:e103-e120
9) Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2010;50:625-663

# Il sonno nella storia

I medici antichi (Ippocrate, Galeno e tanti altri) intuivano che la frenesia (l'eccitazione phrenitis), anche da amore, poteva generare insonnia e, come farebbe un medico moderno, consigliavano di curare la causa più che il sintomo.

*di Raffaele Virdis*

*Selene e Endyìimione. Tesoro di Bagram. National Museum, Kabul - Afghanistan Terracotta. Arte Ellenistica I secolo d.c.*

La medicina del sonno è una recente branca della neurologia sorta per studiare e curare le sue patologie e in particolare l'insonnia. Secondo molti studiosi, che si sono interessati al problema, l'insonnia è più diffusa nei tempi moderni a causa di sostanze, come the, caffè e altre, ad azione "stimolante" e arrivate e portate dalle "colonie" americane o dai commerci con l'oriente estremo soltanto con l'inizio dell'era moderna pochi secoli or sono. Altri motivi di insonnia dipendono dalle caratteristiche di vita dei tempi moderni di commercio, industrializzazione, globalizzazione, lavoro indefesso e senza orari, ansie e crescita d'importanza dell'individuo. L'uomo non è più servo, scudiero o cortigiano ma borghese, artigiano, imprenditore o anche solo operaio ma responsabile del suo lavoro, e del suo benessere, non più animale da soma che è costretto a lavorare per un tocco di pane o una ciottola di riso ma che associa all'ansia per la sopravvivenza anche quella per un lavoro che lo soddisfa e per la ricchezza, il divertimento e il superfluo. L'industrializzazione ha portato, inoltre, all'inquinamento luminoso ed acustico, rubando quindi spazio al buio riposante e silenzioso di un tempo.

Il sonno può essere considerato (non so se questa definizione possa essere condivisa dagli esperti, ma a me non dispiace) uno stadio attivo della vita perché come l'alimentazione è necessario per riposare, rigenerarsi e ripartire. Qualcuno lo definisce un istinto come la fame o il desiderio sessuale, ma è anche uno stato passivo (si casca dal sonno) che sottrae tempo al lavoro, allo studio, al divertimento (nel mondo di oggi ritenuto importante e necessario per la salute psichica), alla vita sociale in genere. Negli ultimi tempi lavoro, svago, televisione, ansie, caos della vita moderna hanno causato una diminuzione generale delle ore da dedicare al sonno che forse può essere considerata una delle tante cause che hanno portato alla grave crisi economica, morale, sociale e altro dei nostri tempi, della nostra nazione e di tutti i paesi occidentali. Per esempio, nel primo dopoguerra, circa 60 anni fa, i bambini venivano messi a letto alle 19.30, quando il padre tornava dal lavoro, e venivano svegliati al mattino a seconda delle necessità (ma in media dormivano 10-12 ore), poi i bambini sono andati a letto dopo "Carosello" verso le 21, ora spesso dopo le 22 o più tardi e al mattino ci si sveglia sempre prima perché le distanze, il traffico, gli impegni sono aumentati e si sostituiscono riti familiari come la colazione a casa, con il cappuccino e cornetto al bar o con nulla perché si è sempre in ritardo. Da qui la sonnolenza e la scarsa attenzione dei nostri ragazzi con calo del rendimento scolastico prima e lavorativo dopo.

Il Regimen sanitatis (XI-XII secolo) salernitano consigliava all'Anglus rex di alzarsi presto al mattino, di lavarsi con l'acqua fredda e di evitare il sonno pomeridiano, che impigriva e ostacolava digestione del pranzo e vivacità del cervello e delle membra. (Lumina mane manus surgens gelida lavet aqua. E "Sit brevis, aut nullus, tibi somnus meridianus.Febris, pigrities, capitis dolor atque catarrhus: haec tibi proveniunt ex somno meridian,". Le tre cose fondamentali che poi servivano ad una vita sana erano una mente lieta, una dieta moderata e il riposo (e quindi il dormire): "si tibi deficiant medici, medici tibi fiant / haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta."

*Cima da Conegliano (1459-1517) - ENDIMIONE DORMIENTE*
*Parma Pinacoteca nazionale*

*Pierre Auguste Renoir (1841-1919)*

Un tempo le guerre erano combattute solo di giorno e le azioni notturne spesso decisive e necessarie erano considerate non eroiche, ingannatrici. Troia venne conquistata di notte in modo inglorioso, e Dante pose Ulisse (simbolo eroico dell'uomo che tende sempre al sapere e alla conoscenza) all'inferno fra i consiglieri fraudolenti: fatti non foste a viver come bruti ma per seguire virtute e conoscenza. Anche le oche del Campidoglio- non so se i romani usassero il nome dell'animale per le persone "non particolarmente sveglie o furbe"- davano una mano a smascherare gli ingannevoli assalti notturni dei Galli. Oggi non c'è differenza fra giorno e notte, anzi molte azioni belliche hanno come campo naturale e come tempi preferiti la notte. Soffrivano d'insonnia gli arditi della Grande Guerra che dopo giorni d'inedia in trincea, partivano nel buio più assoluto ad assaltare le trincee nemiche, dopo aver fatto saltare i reticolati con esplosivi innescati con la brace del sigaro tenuto in bocca dalla parte accesa per non essere visti dalle sentinelle e dai cecchini nemici? Fra i soldati regolari ed irregolari delle guerre moderne, specie nei paesi in via di sviluppo, le droghe eccitanti come khat, cocaina ed altre, sono diffuse come e più di the e caffè ma con risultati ben peggiori.
Presso gli antichi e anche nei più vicini secoli passati, prima della grande rivoluzione industriale, l'insonnia era soprattutto quella d'amore, forse più fittizia, poetica, raccontata che reale, in ogni caso la passione amorosa, specie se folle, tragica o non appagata, generava insonnia (quella di Penelope - per amore di Ulisse o per sfuggire agli zotici, seppur nobili, Proci -, o quella di Didone innamorata di Enea, o Medea pazza di Giasone, e molti altri personaggi femminili trasformati dalle religioni antiche e dalla letteratura in mitiche eroine). Chissà perché quasi tutte donne, l'uomo preferiva, e purtroppo lo fa anche oggi, passare ai fatti e uccidere o punire l'amata che lo rifiutava o che credeva l'avesse tradito. Nel mito di Endimione, l'eroe era stato punito da Zeus con un sonno profondo che doveva durare cinquanta anni, perché si era invaghito di Era/Giunone (o viceversa, e vi sono anche altre versioni). Artemide, la dea della luna, che nel suo tragitto notturno gli passava sopra con il suo carro, s'innamorava di lui e lo visitava ogni notte come si può vedere in uno dei più bei dipinti della Pinacoteca di Parma (Cima da Conegliano) dove la Luna innamorata si limita a proteggere dall'alto il castigato eroe, o, come nella terracotta afgana, ma di epoca ellenistica, sensuale ed esplicita, dove la dea alata soddisfaceva i suoi desideri con il dormiente ma eccitabile Endimione.

I medici antichi (Ippocrate, Galeno e tanti altri), intuivano che la frenesia (l'eccitazione phrenitis), anche da amore poteva generare insonnia e giustamente, come farebbe un medico moderno, consigliavano di curare la causa più che il sintomo. "Il sangue riscalda il resto del corpo, quello in cui non ci sono i sentimenti che hanno generato la frenesia stessa, facendo perdere al paziente il controllo di sé", non solo mentale ma anche di varie funzioni causando sintomi generali quali tachicardia, bruciori di stomaco, diarrea, sudorazione, tremori, fino a pensieri e azioni farneticanti, paranoie, deliri e altro. Gli antichi attribuivano tutto ciò al temperamento melanconico, all'atrabile che corrompeva il sangue. Galeno che cercava di trovare nella dissezione dei cadaveri le mutazioni del corpo interno, si fermava davanti alla "porosa oscurità" della frenesia. "Come il buio genera paura" cosi "l'atrabile oscura la mente" e il "sonno della ragione genera mostri" nel settecento illuministico quando la medicina non era molto differente da quella di Galeno. Se questa interpretazione umorale di Ippocrate-Galeno (ricordo che fra i due ci sono ben sei secoli di differenza) è stata superata solo nell'ottocento, ancora oggi utilizziamo per problemi clinici e psichici termini derivanti da essa quali "un carattere bilioso" o gli "indici umorali" e altri. Lo stesso termine "umore", che letterariamente significa liquido prodotto o secreto da un organismo, è forse più utilizzato, oggi, in modo figurato con il significato di carattere, disposizione d'animo, temperamento.

*Gustav Klimt (1862-1918) - Danae*

*Georg Pencz c.(1500-1550) - VANITAS*

In altre civiltà l'insonnia poteva e può avere altri significati e interpretazioni e, per esempio, veniva attribuita ai potenti con significato positivo. Gli altri, i piccoli, la gente comune, cadevano dal sonno per la fatica o non parlavano dei loro problemi perché, se anche l'avessero fatto, nessuno se ne sarebbe curato né avrebbe prestato attenzione. Spesso i re mitici erano descritti come insonni per svolgere meglio e senza interruzioni il loro importante e responsabile lavoro e adempiere i loro doveri e le loro funzioni. Questa era mitologia ma i loro discendenti dovevano asserire di essere insonni per non sfigurare e per interpretare meglio il loro ruolo. Certamente vi sono persone che dormono poco e personaggi storici che dormivano solo poche ore per notte (Napoleone, Churchill, il divo Andreotti), gli short sleepers, e altri che pensano di dormire poco, che si alzano al mattino ancora stanchi e si lamentano di lunghe veglie notturne immersi nei propri pensieri e preoccupazioni ma che, studiati in laboratori neurofisiologici, rivelano invece un sonno normale, forse con molti risvegli e la convinzione di aver vegliato a lungo.
In Cina, per esempio, vi erano differenti modi di interpretare l'insonnia, quello positivo del re, del capo che resta sveglio facilmente perché la forza della sua virtù gli fa dimenticare di dormire, o quello rituale di chi ha avuto un lutto recente e per tre anni dovrebbe vegliare e dormire non in casa ma all'aperto vicino alla tomba del congiunto, senza comodità, cuscini o materassi! Un'altra tradizione cinese è legata al dualismo di Yin e Yang secondo cui la "forza della natura" (simile e differente alla/dalla "vis naturae" di Galeno) dà anche insonnia contemplativa e di partecipazione alla natura stessa. La filosofia yoga spinge alla condivisione, all'identificazione con lo spirito universale presente in ogni essere vivente e non, portando sollievo, concentrazione e pace interiore. Il Maestro yoghi veglia tutta notte nella meditazione più profonda e i seguaci lo devono imitare se vogliono avvicinarsi a lui e salire al suo livello. Questi aspetti di meditazione yoga o zen sono stati studiati dal punto di vista della neurofisiologia e si è visto che i più esperti sono in grado di produrre onde alfa ed anche delta e teta, tipiche del sonno, tenendo gli occhi aperti.
La medicina medievale mirava a una vita sana, a regole d'igiene di vita che preservassero la salute, ben conscia dell'impossibilità di curare, con le conoscenze di allora, le tante malattie che affliggevano l'umanità. Nelle ricette e nei consigli del tempo la dieta, oltre al riposo, era uno dei principali metodi di cura e di prevenzione. L'alimentazione non doveva essere eccessiva, ma a quei tempi la maggior parte della gente aveva problemi contrari come dimostrava, ancora nel 1926, uno studio di uno dei padri delle neuroscienze italiane Mario Camis, professore di fisiologia a Parma, che trovava che le calorie medie della dieta italiana erano ai limiti della sopravvivenza! Tutta l'attività dell'uomo doveva essere moderata per conservare la salute ed evitare malattie come proprio l'insonnia. Le regole che oggi gli esperti di medicina del sonno ci danno per evitare e curare l'insonnia erano in parte note già allora e possono essere trovate, magari non tutte assieme, in tanti trattati e "Theatrum sanitatis" di allora: andare a letto preferibilmente sempre alla stessa ora, fare una discreta attività fisica giornaliera, dopo la cena, non troppo tardiva, muoversi e attendere prima di coricarsi e tante altre indicazioni, anche ben note a tutti ma spesso ignorate.
Il protestantesimo, inizio, con la scoperta dell'America, dei tempi moderni, fece conoscere al popolo la Bibbia dove nell'Ecclesiaste (Qoèlet ebraico) si afferma che l'insonnia deriva dall'ansia e questa dalla fede nelle cose materiali. Il Calvinismo, una delle forme più diffuse di protestantesimo, però, afferma che la ricchezza è generata dalla fede perché la santità spinge al dovere, al lavoro, alla diligenza. Non a caso i vari calvinisti cacciati dalle loro terre (ugonotti dalla Francia, puritani dall'Inghilterra etc.) portarono con sé la loro industriosità e le loro conoscenze affossando alcune attività nella terra d'origine e fondandole nella nuova patria. Così l'industria orologiera si trasferì da Parigi a Ginevra, diventando addirittura simbolo di tutta la Svizzera, le filande e le seterie francesi incrementarono quelle fiamminghe, olandesi e inglesi e furono iniziate e sviluppate altre attività artigianali e industriali nella Germania orientale, fino allora più rurale di quella renana o settentrionale e, infine, i puritani inglesi furono i "padri fondatori" di quella che diventerà la più potente, moderna e industrializzata nazione al mondo: gli Stati Uniti d'America .
Se l'insonnia è una conseguenza del mondo moderno e della sempre maggiore importanza dell'economia, ricordiamo che la svolta alla perenne gara fra oriente estremo, mondo arabo-musulmano e quello che oggi chiamiamo occidente, ma che allora era il mondo cristiano è stata data dalle colonie prima americane e poi africane di quest'ultimo, con progressiva

*AMORE e PSICHE Antoon Van Dyck (1599–1641) - Royal Collection*

*Pieter-Paul Rubens (1577-1640) - Angelica e l'eremita*

ricchezza, avanzamento tecnologico e crescente distacco rispetto alle altre civiltà. Le colonie producevano grazie allo schiavismo, schiavi trovati localmente e soprattutto importati dall'Africa sub-sahariana, senza i quali sarebbe stata possibile solo un'agricoltura e un'economia di semplice sopravvivenza. Un'importante percentuale degli schiavi americani era impiegata nella coltivazione del caffè che abbiamo detto sia stata una delle principali cause della diffusione dell'insonnia nel mondo moderno.

In Italiano caffè ha un doppio significato quello della pianta e del suo prodotto ultimo, cioè la bevanda ricca di caffeina ad attività eccitante e quello di luogo di ritrovo, dove si beve il caffè ma dove si fa anche conversazione, si gioca a carte, dove si legge e si fuma e si svolgono varie altre attività sociali.

Forse i primi caffè, in questo senso, erano nati a Venezia nelle farmacie (o spezierie) nella seconda metà del Cinquecento, che non a caso erano tenute sotto controllo dalla polizia (segreta) della Serenissima per la possibilità di cospirazione e di traffici illegali, ma è soprattutto a Londra nel secolo successivo che si affermano, sostituendosi alle bettole e alle birrerie almeno per il ceto medio ed elevato.

R. Schmitdt in "Caffeine and the coming of enlightenment" (Raritan XXIII, 2003, p-129-49) afferma che la crisi dei buoni comportamenti nel sonno inizia con l'avvento dei caffè (coffe houses) nella cultura inglese e spiega molte altre caratteristiche della vita e del pensiero del '700. In quel secolo l'occupazione della notte, sottratta al sonno, è rapida e diffusa: alla corte di Versailles, dove il "Re Sole" aveva concentrato tutta la nobiltà francese per tenerla meglio sotto controllo, di notte si vegliava, si giocava, si facevano feste, si dava modo alle cortigiane, così importanti per la politica del tempo, di svolgere la loro importante e intrigante (con doppio significato) attività. Nel resto dell'Europa la notte non era più destinata solo al sonno, nei porti inglesi e olandesi il lavoro era frenetico, forse solo nel povero mediterraneo, nelle zone montuose e lontane dalle città importanti c'erano pace e tranquillità. Unici erano forse gli agricoltori, affaticati come bestie ad avere un po' di pace notturna (ma si sa, il contadino deve svegliarsi prima dell'alba per essere nei campi al primo chiarore o deve alzarsi più volte di notte a governare e mungere le bestie nella stalla). Anche in zone impervie come le alpi retiche, ma passaggio dal nord al sud, le carrozze postali viaggiavano giorno e notte come i nostri treni ma senza cuccette o wagon-lits. Goethe all'inizio del suo viaggio in Italia nel 1786, durante la notte, senza mai fermarsi fece proseguire la sua carrozza dal Brennero fino a Bolzano impiegando tutta la notte, senza l'illuminazione attuale o i fanali che potessero rischiarare la strada. Fortunatamente i cavalli conoscevano il percorso e forse i possibili ostacoli e sopperivano con il loro intuito all'oscurità. I caffè inglesi, le coffee houses di Londra del seicento e del settecento svolsero un importante ruolo nel diffondere l'insonnia, ma ancora più importante fu il loro contributo alla diffusione dell'idea di libertà dell'individuo, propria della società e della civiltà anglosassone. I caffè erano luoghi "dove ognuno aveva il diritto di leggere tutti i giornali, filo e anti governativi, e dove era di casa la libertà inglese" (abbé Prévost). La Jonathan's Coffee-House nel 1698 presentò una lista delle merci che evolse poi nel "London Stock Exchange" cioè la Borsa di Londra. I "Lloyd's di Londra" ebbero la loro origine in una coffee house gestita da Edward Lloyd, dove i sottoscrittori di assicurazioni sulle spedizioni navali, si incontravano per discutere i loro affari. Vendite all'asta realizzate in sale annesse alle coffee house diedero vita alle case d'aste di Sotheby's e Christie's.

L'argomento è vasto e potrebbe non aver fine per cui per concludere mi limiterò a un accenno al "sonno" nell'arte. Episodi biblici come il sogno di Giacobbe, Giuditta e Oloferne, la creazione di Eva dalla costola di Adamo dormiente (quasi a voler insinuare che se fosse stato sveglio si sarebbe opposto) e tanti altri miti delle civiltà antiche, il Gilgamesh sumerico, gli amori di Eros e Psiche, Endimione e Artemide, vari sogni profetici sono stati rappresentati in tutti tempi e con differenti stili e mezzi (pittura, mosaico, scultura, poesia e musica). L'arte figurativa sia antica sia moderna si è soffermata su donne addormentate, per lo più nude e mentre i pittori dell'ottocento e del novecento hanno potuto ritrarre belle dormienti senza problemi e censure, nei secoli precedenti il pudore generale e il rispetto religioso permettevano certe rappresentazioni solo se volevano raccontare scene storiche o mitologiche o se avevano intenti educativi. Così se i pittori romantici e neoclassici, gli impressionisti o gli altri moderni hanno raffigurato illustri, belle, e talvolta provocanti sconosciute, nei secoli precedenti gli artisti ci hanno tramandato (forse anche con non dichiarati ma impliciti intendimenti erotici) veneri dormienti, ninfe spiate dai satiri o altre dee o eroine, oppure rappresentazioni della vanità, della bellezza caduca e altri soggetti moraleggianti ma sempre sensuali e, per quei tempi, probabilmente scandalosi. Non a caso alcuni dipinti dal titolo "Il sonno delle donne fa sognare gli uomini" o qualcosa di simile ritraevano un uomo (uno sconosciuto o un eroe o un semidio come Eros) in contemplazione di una bella dormiente.

## BIBLIOGRAFIA


- Elio Lugaresi: Il sonno e i suoi disturbi. Il Mulino, (2008)
- Eluned Summers-Bremner: Insonnia. Una storia culturale. Donzelli (2008)
- Lilia Curzi-Dascalova , Lucien Curzi: Le Sommeil
- dans les Beaux-Arts . / Sleep in the fine arts. Non commercial bilingual edition at: www.sleep-in-arts.eu/ (2012)

# Difetto di fabbrica

*di Michele Meschi*

*[…] Talora ci si aspetta*
*di scoprire uno sbaglio di Natura,*
*il punto morto del mondo, l'anello che non tiene,*
*il filo da disbrogliare che finalmente ci metta*
*nel mezzo di una verità.*

*Eugenio Montale, I limoni*

Al secondo piano della Clinica (stanza numero sei, letto dodici) soggiorna il signor***, da due mesi almeno.
La diagnosi è di linfoma di derivazione B linfocitaria, in soggetto con ipertensione arteriosa ed epatopatia cronica correlata a virus C: il paziente giunge dalla Divisione, dov'era stato ricoverato per comparsa di acufeni, di vertigini e di cefalea, verosimilmente riferibili ad una sindrome da iperviscosità.
All'obiettività clinica si evidenziano adenomegalie latero-cervicali a sinistra, il fegato lievemente debordante dall'arcata costale, splenomegalia. Gli esami di laboratorio indicano anemia normocitica, leucopenia, piastrinopenia, incremento della velocità di eritrosedimentazione e movimento delle transaminasi, iperuricemia ed ipoalbuminemia; c'è una componente monoclonale in zona gamma all'elettroforesi delle sieroproteine.
Durante la degenza si eseguono indagini di tipo strumentale: ecografia addominale (fegato a struttura disomogenea; vie biliari, colecisti e pancreas nei limiti; assenza di lesioni focali alla milza), tomografia computerizzata toraco-addominale (non focolai di addensamento polmonare, non lesioni sostitutive epato-spleniche; linfoadenomegalie ascellari, ilari epatiche e celiaco-mesenteriche), radiografia dello scheletro (non lesioni ossee focali), ecocardiogramma (ventricolo sinistro con ipertrofia parietale concentrica, cinetica globale conservata, frazione di eiezione settanta per cento). La biopsia osteomidollare consente di reperire cellularità del trenta per cento, infiltrato linfoide plurifocale composto da elementi di piccole dimensioni.
Il signor*** è sottoposto ad alcune sedute di plasmaferesi e trattato per dieci giorni con chlorambucil dieci milligrammi. Cinquantadue anni, operaio, non è mai stato informato della malattia; egli però riconosce il linfoma sui capelli spettinati della moglie, tra le pagine del quotidiano locale l'ipertensione arteriosa, l'epatopatia nella mosca entrata dalla finestra, lungo i fili delle lenzuola, entro la muscolatura contratta del crocifisso alla parete, attraverso il vetro delle provette colorate.
I professori hanno terminato l'iter diagnostico e terapeutico, parlano di dimissione da un tempo ormai remoto.
Il fatto è che decine e decine di signori*** si susseguono al letto dodici della stanza numero sei, non è facile capire quando finisca uno ed inizi un altro. Non hanno tutti gli occhi verdi, non tutti sono calvi, si rimane sui cinquant'anni o poco oltre; anziché la moglie compare una sorella, ci sono figlie con la gonna corta, ragazzi in blue jeans, assistenti, badanti, suore, elettricisti e persino gente di passaggio.
È nostra opinione che il giaciglio al secondo piano – prima v'erano riposti i quattro mobili d'ufficio del direttore – sia riservato alle sviste dell'Universale Ingranaggio, agli errori non prevedibili del Sistema Eterno, alle pecche di Dio. Un giorno un giovane medico (non si sa che fine abbia fatto costui, nessuno ricorda di averlo incontrato in corsia) disse di un posto, poco distante dall'ospedale, che doveva – e dovrebbe – stare a sorgente di tutto, quasi polla primordiale. Ad ogni istante lì avrebbero inizio la Storia (con la maiuscola, i grandi eventi, le pagine dei libri di scuola) e la storia minore, il racconto di ogni singolo uomo, gli avvicendamenti più o meno fausti che accadono nella vita di ciascuno. Sgorgata, una data esistenza procede dunque con un meccanismo collaudato, in cui il minimo avanzamento è propedeutico al successivo, nonché conseguenza di uno scatto pregresso.
La macchina è soggetta ad usura, ahinoi, e il tempo approfitta di un Costruttore non sempre attento: i percorsi umani che incontrano una battuta di arresto, le sconfitte, gli anni bruscamente interrotti dal cosiddetto avverso destino, dalla malattia, dalla morte ne divengono il risultato amaro. Abbiamo saputo da un infermiere – ma la cosa rimanga tra noi, anche le sue fonti non son certe – che comunque è contemplato un piano di emergenza. Quando qualche incastro fa cilecca, quando si scoprono l'anello che non tiene o il punto morto del mondo, l'ospedale mette a disposizione uomini e mezzi affinché la casistica degli insuccessi sia adeguatamente contenuta: l'addetto ai trasporti, con la sua divisa rossa, la croce dello stesso colore appuntata al petto, aggrava l'ambulanza di un corpo esanime, di un volto nebbioso e indistinto, di un'anima mancata. Dopo un viaggio brevissimo – come si è detto, il fontanile del Tutto confina con le strutture sanitarie – il difetto di fabbrica viene poggiato sul letto dodici, stanza numero sei, al secondo piano della Clinica. Sul tabellone degli infermieri compare il nome del signor***, spuntano la relazione scritta di un precedente ricovero, la richiesta del medico curante, la documentazione del Pronto Soccorso.
Stamane i dottori sono stanchi, il crine azzurro o grigio non è separato dalla consueta riga; non v'è traccia, sui volti, del mezzo sorriso. Gli studenti sono invitati ad aprire la cartella clinica, nei loro occhi si leggono la noia ed una diagnosi di linfoma di derivazione B linfocitaria, in soggetto con ipertensione arteriosa ed epatopatia cronica correlata a virus C. Il signor*** offre volentieri il proprio addome, suggerisce una lezione sulla palpazione della milza.

# I NOSTRI LUTTI

*Medicus miles contra mortem*
*mortique ipse subjectus*

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

**Dott. Pietro Coppini**
di anni 58
deceduto il 5 luglio 2012

**Dott. Giovanni Monegatti**
di anni 91
deceduto l'11 luglio 2012

**Dott. Giuseppe Caressa**
di anni 57
deceduto il 16 luglio 2012

**Dott. Lucio Pinna**
di anni 50
deceduto il 16 agosto 2012

**Dott. Veisi Zadeh Mohammad Said**
di anni 49
deceduto il 20 ottobre 2012

**Dott.ssa Elisabetta Adorni**
di anni 57
deceduta il 26 ottobre 2012

# Un'isola di convenienza nel cuore di Parma.

**Il Banco di Sardegna è a Parma da più di 20 anni.** Molti clienti hanno provato con mano la cortesia e la disponibilità dei nostri addetti, oltre alla convenienza delle nostre offerte. Per esempio, oggi il Banco di Sardegna offre un **Conto Corrente a condizioni vantaggiose** agli iscritti dell'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma.**

- Canone trimestrale: 5 Euro
- 1 Carta Bancomat V-pay: canone gratuito
- 1 Carta di Credito Bper Classic: canone gratuito per 2 anni
- Home Banking informativo e dispositivo: 1 Euro

VI ASPETTIAMO IN FILIALE a **Parma in Via Farini 43** Tel. 0521/38071

Banco di Sardegna
Ogni giorno con te.

GRUPPO BPER

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per tutte le condizioni economiche e contrattuali si rinvia ai fogli informativi a disposizione in ogni filiale della Banca e sul sito www.bancosardegna.it
La consegna delle carte di debito e credito è soggetta all'approvazione da parte delle Direzioni di Filiale. Condizioni valide fino al 31/01/2013.

# GEMINI

**POLIAMBULATORIO PRIVATO DI MEDICINA SPECIALISTICA**

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

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

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

GEMINI

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

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

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

SISTEMA DI QUALITA' CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE