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

NOVEMBRE 2015

3

Legge sulla responsabilità: un'altra 566 mascherata

Cosa sono i LEA e le 208 prestazioni potenzialmente inappropriate

L'agire del medico in rete nell'evoluzione sanitaria delle professioni

Il medico, la formazione, il senso di responsabilità e la coesione

Autunno caldo per la sanità. Appropriatezza e risorse

Tutte le volte che è in varo una manovra finanziaria il SSN trema. Certo è che allo stato attuale il nostro sistema a "copertura universalistica" regge a fatica l'impatto dei costi e se non si vuole passare ad un sistema a copertura assicurativa è necessaria maggior responsabilità da parte di tutti: medici, pazienti e politica, che dovrebbe considerare i professionisti della sanità validi interlocutori, valorizzandone il sacrificio e la capacità di proporre e innovare.

VALPARMA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

REPARTI DI RICOVERO

• Medicina generale • Riabilitazione e recupero funzionale
• Chirurgia generale e Daysurgery Multidisciplinare:
• Chirurgia generale • Oculistica • Vascolare • Ortopedica
• Chirurgia otorinolaringoiatrica • Chirurgia ginecologica
• Plastica ricostruttiva 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
- 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*
- Podologia
- Reumatologia

LABORATORIO ANALISI

- Chimico-cliniche e microbiologiche
(sottoposto a verifiche di qualità)
in particolare si eseguono i seguenti profili:
- Tiroideo · Epatico · Cardiaco
- Renale · Coagulazione completa
(consegna dei referti urgenti in giornata)

* CONVENZIONATI S.S.N.

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

PRENOTAZIONI
0521-8648

Direttore responsabile ed editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

Giornalisti
Antonella Del Gesso

Medici consiglieri
Dott. Mario Scali
Dott. Michele Meschi
Dott. Mariangela Dardani
Dott. Angelo Di Mola
Dr.ssa Ilaria Crialesi Esposito
Dr.ssa Lavinia Volpi

Medici 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
Orari estivi: Lunedì - Venerdì 9.00-14.00

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma
www.omceopr.it
segreteria@omceopr.it
Tel. 0521/208818
Fax.0521/234276

Consiglio Direttivo 2015 – 2017

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. Angelo Di Mola
Dr.ssa Mariangela Dardani
Dr. Maurizio Falzoi
Dr. Giorgio Gazzola
Dr. Luigi Ippolito
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. Francesco S. Renzulli
Dr.ssa Ilaria Crialesi Esposito
Dr.ssa Lavinia Volpi (supplente)

Commissione Albo Odontoiatri
odontoiatri@omceopr.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

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

Editoriale

Legge sulla responsabilità: un'altra 566 mascherata.

Relatore il medico fiorentino On. Gelli

di Pierantonio Muzzetto

Giovedì 1 ottobre segnava uno dei tanti limiti che si sono poi succeduti per la presentazione degli emendamenti al testo unico della legge sul Rischio Clinico e sulla responsabilità, nato come sintesi delle varie proposte di legge (fra cui quella che riguarda l'atto medico, in questo contesto neanche menzionato, anzi per meglio dire proprio cassato) presentate dai componenti della Commissione affari sociali (XII) della Camera dei Deputati.
Una linea Maginot quella delle varie PDL che cade sotto i colpi dei detrattori dell'atto medico, al punto da vederlo sostituito integralmente all'art.1 dall'atto sanitario, che peraltro non considera neanche quelle proposte riconosciute di buon senso dagli stessi esponenti (sebbene non parlamentari) della maggioranza.
Il dato politico, prima di qualsiasi considerazione di merito, è la comprensione. Capire cioè il perché della volontà di escludere il medico, anche solo nominalmente, dal testo di legge; come anche il perché lo stesso testo sia invece così tanto sostenuto dalle professioni sanitarie, visto che prevede un ulteriore carico sulle loro spalle e ben altre responsabilità, da considerare sproporzionate e improprie in relazione al percorso formativo sia del pre che del post laurea.
Capire anche, ma questo è un aspetto più finemente politico e categoriale, il perché da parte di taluni componenti della maggioranza, presenti in Commissione XII, ci sia così tanta ostilità, al punto da leggerlo come atteggiamento acrimonioso verso il medico, tanto da voler proporre di togliere ogni riferimento al medico nel vari articoli ove sia citato. Al punto di vedere nell'atto sanitario ogni aspetto proprio del medico genericamente e valutato in modo estensivo, uniformando le responsabilità con ciò legittimando proprio il comma - legge 566/2014.
E ci sarebbe da chiedersi se questa impostazione sia alla fine così moderna e davvero così antiquata sia invece, da vero antiquariato di ritorno, sostenere la professione medica che, nonostante il passare degli anni e dei secoli, è ancora rimasta integra e attuale, a fronte del profondo cambiamento della medicina.
L'aspetto collaterale è vedere nella manovra la vittoria della tecnocrazia, che giustifica le conoscenze settoriali acquisite sul campo come indicatore di professione di funzione.
Si spera davvero che un gruppo di deputati così agguerriti contro il mondo medico non voglia rottamare, nel segno della filosofia del loro schieramento, una professione effettivamente non più giovane, visto che nell'era moderna la si conosce da ben 2500 anni.
Certo è che la discussione dalla Commissione si trasferisce in Aula, all'insegna *del doman non c'è certezza*, per cui non è lontano dalla realtà pensare che l'orientamento al voto possa essere, per così dire, reso obbligatorio dal fatto che un parere contrario equivarrebbe a votare la sfiducia, visto che la proposta di legge la si vuole inserire in forma di articoli o commi della Legge di stabilità. Possibilità non trascurabile enunciata dallo stesso relatore in pubblica riunione.
Ciò riporta alla memoria il misterioso percorso del comma - Legge 566/2014, che la volgata vuole originata nelle stanze ministeriali. Entrando nel merito, tutto gira intorno al concetto di atto sanitario e del suo significato, come superamento dell'atto medico. Sul tema si registra ampia convergenza degli Ordini e dello stesso Consiglio nazionale della FNOMCeO, disponibili non solo all'appoggio per un sensato percorso legislativo e normativo dell'agire medico, ma anche ad un confronto politico, a partire dalla non accettazione del comma-Legge 566/2014. Alla base due constatazioni: che del medico e del suo futuro si parla con tutti fuorché con i medici; e che si stabilisce la scaletta delle autonomia delle professioni sanitarie, senza una valutazione programma-

Mattioli 1885 Direttore Generale **Paolo Cioni**
Editing manager **Anna Scotti**
Project manager **Natalie Cerioli**
Responsabile Area ECM **Simone Agnello**

Sommario

EDITORIALE
Legge sulla responsabilità: un'altra 566 mascherata.
di Pierantonio Muzzetto
p.3

IL FONDO
E, io pago. Cambiano i tempi e i fattori di critica non cambiano.
di Pierantonio Muzzetto
p.5

FOCUS
Autunno caldo per la sanità
di Fernanda Bastiani
p.7

Mobilitazione: l'impegno della Fnomceo continua
Tratto da comunicati FNOMCeO
p.9

Cosa sono i LEA e le 208 prestazioni potenzialmente inappropriate
di Bruno Agnetti
p.11

L'agire del medico in rete nell'evoluzione sanitaria delle professioni
di Mariangela Dardani
p.13

PAROLA AI GIOVANI
Il medico, la formazione, il senso di responsabilità e coesione.
di Giovanni Allegretti
p.14

VITA DELL'ORDINE DEI MEDICI
Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma
Sintesi dei verbali
a cura dell'Ufficio Stampa Omceo Parma
p.16

Dalle malattie digestive al fenomeno "cadute" come marker di fragilità nel soggetto anziano. Focus ai Martedì dell'Ordine
di Antonella Del Gesso
p.23

MEDICINA E ATTUALITÀ
Bando per l'assegnazione del premio "Claudio Carosino"
A cura del Comitato "I ragazzi del '51" e dell' Associazione "Margherita Barezzi"
p. 26

La fine della «medicina difensiva»?
di Michele Meschi
p.27

Ospedale di Parma 1915 – 2015 Cento anni di cura, insegnamento e ricerca
Tratto dal comunicato stampa Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma
p.28

I NOSTRI LUTTI
p.30

Segue da pagina 3

tica d'insieme e senza che ci sia un piano formativo adeguato e differenziato, come dev'essere, se non si vuole che Facoltà differenti sfornino il medesimo professionista. Scenario senz'altro inappropriato e per giunta, questo sì, dispendioso per il sistema, dunque non sostenibile, di là da qualsiasi altra considerazione di legittimità e di costituzionalità.

Ma in tutto ciò non va dimenticato che la classe medica, per quanto apparentemente indifferente alle novelle legislative, ancorché sottostimate e piene di sorprese, non abdica al suo ruolo e alla sua precipua funzione professionale e si dice indisposta a esser sempre sottoposta a giudizio. Sono, questi, elementi dell'intensa discussione in atto nel mondo medico che si raffronta con tutti i particolarismi teorici e partitici del momento, non certo godendo della considerazione, a ben vedere, di certo ambito politico.

Il vero problema è oggi affrontare in modo costruttivo il sistema degli assetti lavorativi, delle pertinenze (derivanti dalla laurea) e delle competenze del post laurea. Siamo infatti in assenza di una linea organica di programmazione degli studi universitari delle professioni sanitarie e di una normativa che determini gli ambiti e i limiti delle professioni. Le troppe mutevolezze legislative, spesso contraddittorie, infatti, non fanno che minare alla base i rapporti interprofessionali nel sistema salute.

Il punto nodale della formazione è che essa passa dall'università alle Regioni, e, in forza delle autonomie dettate dalla modifica del tiolo V della Costituzione, con dinamiche di insegnamento e di giudizio sulle competenze acquisite che suonano piuttosto come tentativi di bypassare le normative vigenti.

In questo la 566 e la proposta sull'atto sanitario sembra vadano a modificare lo status quo e a mutare gli equilibri professionali, andando contro leggi preesistenti e la stessa tradizione, forse per questo intesa da certi medici parlamentari come antiquariato della medicina.

Tornando alla considerazione iniziale dell'atto sanitario e della cassazione dell'atto medico in commissione XII della Camera non si capisce quest'animus nel trascurare la posizione del mondo medico, tra l'altro, oggi più che mai, chiamato a responsabilità crescenti nell'ambito della cura e degli out come, ma poi non tutelato nell'ambito della valutazione penale dell'errore medico, così come accade in Messico e nella sola Polonia.

Infatti, invece che fare riferimento all'unicità del reato e della colpa, si attivano i meccanismi della rivalsa economica anche in caso di assoluzione penale, ossia, seppur assolti in ambito penale, si può essere ritenuti colpevoli da punto di vista contabile-erariale.

Anche se in punta di diritto si può eccepire sulla diversità dei reati penale o civile o contabile, sorge sempre il dubbio del perché per uno stesso fatto, di fatto non commesso e da cui dunque assolto, vi siano, contravvenendo al principio di unicità del reato, ulteriori gradi di giudizio con pena pecuniaria.

E questo deve esser chiaro ai nostri rappresentanti in Parlamento, soprattutto laddove vi sia la volontà di far chiarezza e di programmare seriamente in sanità, arrivando all'armonia delle professioni e non certo a quel conflitto la cui attivazione, e prosecuzione, è una responsabilità di chi lo attui o favorisca. Nessuno escluso.

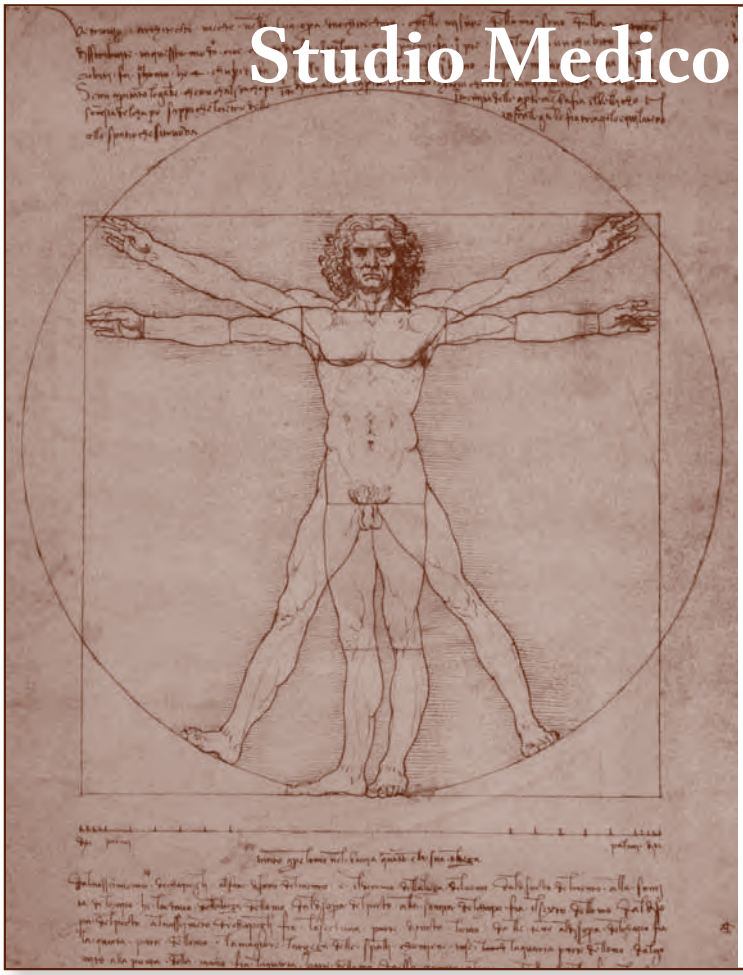
E, io pago. Cambiano i tempi e i fattori di critica non cambiano

Chi furbo è, furbo rimane.

di Pierantonio Muzzetto

Eresia richiedere di investire in sanità, quando media e TV snocciolano statistiche secondo cui, e lo dice la Corte dei Conti, la pressione fiscale sugli enti locali diventa insostenibile per cui questi si devono rivalere sul cittadino, così esposto ad un esborso tributario oggi intollerabile. Trecento euro nei piccoli comuni e ottocento e passa in quelli maggiori. Un tributo in crescita esponenziale reputato, sulla pelle del contribuente, ben oltre il 70%, dal 74 al 76 per l'esattezza, fra tasse dirette e indirette.
Ma tale carico fiscale su chi è distribuito? Su tutti coloro che pagano le tasse. E chi sono coloro che pagano le tasse? I poveri cittadini della classe ex- media, che si impoveriscono di giorno in giorno e quelli oggi considerati, a torto, ricchi ma che sono numericamente ancor meno della classe media di una volta. A vario titolo metà degli italioti sopportano il peso fiscale della nazione.
Da encomiare? Macché! Da sfruttare. E sennò chi garantisce le entrate? Visto che il sommerso fiscale, che rappresenta il contro bilancio, maggiorato, dell'Italia non esiste e perciò non può essere certo tassato.
E io, pago! La considerazione dell'italiano che paga le tasse perché vuole pagarle e anche se non volesse farlo, non potrebbe.
Quello stesso che in silenzio si beve le chiacchiere del Paese che esce dallo stallo economico e che fatica a mantenere risorse per garantire i servizi. Lo dice la Corte dei Conti: pur pagando tante tasse i servizi languono, sono insufficienti e non più garantibili. Dalla salute, all'istruzione, ai trasporti, ai servizi comunali.
Tragedia nella tragedia. E magari qualche sprovveduto, forsennato idealista, va a proporre oggi d'investire nei settori cruciali e nei servizi, dalla salute all'istruzione ad esempio.
L'adagio degli aruspici del benessere è costante: mancano i fondi e le risorse e, se mancano, non si può fare. Investire.
Che avesse ragione quel Presidente del Consiglio che diceva che l'Italia andava bene perché tutti andavano al ristorante, dunque spendevano, e lo potevano fare solo se avevano i mezzi per farlo? Elementare. Non si può dare ciò che non si possieda. E perciò il denaro c'era e c'è.
Se fosse vero significherebbe che viviamo davvero nel benessere e che la riduzione degli acquisti, con contrazione delle spese sarebbe solo una prerogativa delle famiglie dei poveri lavoratori iper-controllati e l'entità della percentuale di riduzione è sovrapponibile solo al numero delle famiglie oggi meno abbienti. Ciò anche se i conti dell'Agenzia dell'Entrate sembrerebbero, come vedremo dopo, confermare il contrario, ossia che di non abbienti ce ne sono circa 1:2, perché il 50% degli italiani non paga le tasse.
Da qui una considerazione di fondo che la percentuale della contrazione della spesa delle famiglie è sensibile, ma modesta, perché esiste un patrimonio di lavoratori a stipendio fisso, su cui vi è l'occhio attento dello Stato, la cui disponibilità di mezzi economici è genericamente bassa, fra essi includendo anche i pensionati, oggi oggetto di continue attenzioni di politica fiscale. E proprio questi non spendevano e non spendono. D'altra parte, invece, molti altri vanno in vacanza, spendono in ristoranti e, nonostante tutto, comperano merci voluttuarie in numero ancora consistente. Questo ha una manciata di giustificazioni, a maggior ragione se consideriamo anche il carico fiscale medio: o guadagnano molto in modo non controllabile per cui quel 70% è poca cosa, o meglio non incide sui redditi di per sé alti, oppure, se lo stipendio è modesto, è facile che modesto sarà l'introito noto con, invece, la parte più corposa decisamente occulta.
Ci sarebbe una terza ragione: non pagano affatto le tasse perché non dichiarano i redditi. Non si sfugge dalla legge dei numeri semplici. Se tanto ho tanto do: al ristorante o nei negozi non va chi non ha i soldi per pagare, e i pagherò, o meglio i debiti, sono solo sulle grandi operazioni o per altre finalità, anch'esse perseguibili.
E allora, se la stima del Tesoro è che esiste un contro bilancio dello Stato, occulto o sommerso, e che negli anni si potrebbe ridurre il debito sovrano con quanto si riuscisse a far emergere, allora ci sono da fare due ulteriori considerazioni: che non si voglia punire chi froda lo Stato, che significa i cittadini disonesti, o che si considerino tutti gli italiani dei minorati, sempre riferendosi a quelli ipoteticamente onesti, perché non sanno approfittare delle situazioni favorevoli.
Ma proseguendo il ragionamento, a far chiarezza sono i dati ufficiali dello Stato, come riportato recentemente dal Corriere, in sintesi il 13 giu 2015: per stralci, in altre parole, quasi la metà degli italiani non ha redditi e quindi vive a carico di altri... i contribuenti (circa 13 milioni di abitanti) pagano un'Irpef media di 649 euro: in pratica si lavora per i 2/3 per lo Stato e solo per 1/3 per le famiglie. Entrando più nel dettaglio: la fotografia ritrae un'Italia, che non può essere l'Italia-potenza del G7.
In estrema sintesi dei circa 61 milioni di abitanti i contribuenti conosciuti, perché presentano la dichiarazione dei redditi, sono circa 41 milioni (500 mila in meno rispetto al

2012); i contribuenti effettivi (e lo è chi paga anche un euro di tasse) sono circa 31 milioni. Che, tradotto in soldoni, significa che quasi la metà degli italiani non ha reddito ed è a carico di chi, invece, lo ha.
In relazione all'Irpef media versata, in rapporto al numero al numero di abitanti: a ogni dichiarante corrispondono 1,48 abitanti, che dimostra appunto come il 50% circa siano i non paganti.
Perché tutto ciò? Perché siamo un manipolo di marioli o di impenitenti *frega* popolo? Ma a parte le considerazioni più o meno colorite, o l'accondiscendenza di molti, impensabili, concittadini che sono sulla lunghezza d'onda di quel politico prima citato che affermava che per vivere si fosse costretti ad evadere, in qualche modo giustificandolo e facendo balenare il pensiero che la colpa fosse del singolo e non dei governanti incapaci o scaltri, la realtà vera è che il sommerso garantirebbe sviluppo. Consentirebbe il mantenimento dei servizi e quel benessere oggi desiderato e non realizzato.
La ricetta del miglioramento è tra l'ideale e l'utopia, guardandoci in casa, ma non può non passare attraverso la riconquista etica del vivere comune, che è poi dare il giusto valore alle cose ed alle persone facendo una rivoluzione copernicana per primi entro noi stessi.
Ma questo rientra nei romanzi d'essai, in cui a prevalere sono i buoni sentimenti e ove buon senso e giustizia sono a prevalere, magari come in quello di Frances Hodgson Burnett.
Romanzando la realtà potremmo pensare d'avere risorse per una sanità prospera ed efficace e chiedere d'investire non stonerebbe di certo. Ma, ritornando alla realtà, occorre che si dia una virata alle parole, onomatopeicamente dette dai nostri ancor giovani governanti, ma anche da non più giovani, ora come in passato, mirando ai fatti. Ma anche si chiede di non tirare troppo la corda colpendo i soliti noti, che garantiscono col loro quotidiano sacrificio la tenuta dello Stato. Quegli stessi che, ironia della sorte, invece che dell'encomio sono progressivamente considerati dal fisco inasprendo l'esborso fiscale. E, oltre al danno, la beffa: sacrificati nel quotidiano e sbeffeggiati dalle leggi tributarie per cui chi ride continua a ridere e che fa sacrifici continua a tirare la cinghia.
Tanto, per i soliti noti, è valido l'adagio: e, io, pago!
Tanto, in Italia, chi furbo è, furbo rimane. Sempre.


Studio Medico di Scienza
dell'Alimentazione
Via Rasori, 5 - Parma

Dott. Federico Cioni
Specialista in:
- Scienza dell'Alimentazione
- Medicina Interna

Tel. 0521.294723
Cell. 335.7623853

E-mail: info@dottfedericocioni.it
Web: www.dottfedericocioni.it

Autunno caldo per la sanità

Appropriatezza e risorse

di Fernanda Bastiani

I tagli e le correzioni

Il Sole 24 in un recente articolo sulla pesante manovra finanziaria 2016 cita Ungaretti per descrivere la condizione attuale del SSN: *si sta come d'autunno sugli alberi le foglie.* Le quali come si sa prima o poi cadono. Tutte le volte che è in varo una manovra finanziaria il SSN trema. E non a torto se venisse ulteriormente razionato il suo finanziamento, già percentualmente misero rispetto al PIL.
I numeri della manovra: la cifra su cui si aggirerà l'intera Legge di Stabilità 2016 è di -30 miliardi di euro. Si baserà su 3 pilastri: 1. spending review: -10 mld (centralizzazione degli acquisti anche per regioni ed enti locali, tagli a ministeri, enti inutili e partecipate) 2. Sterilizzazione delle cause di salvaguardia fiscali: - 16 mld 3. Taglio delle tasse -5mld. Un bel giro di vite. È prevista una quota di risorse recuperabili di +1-1,3 mld dall'attuazione della riforma della pubblica amministrazione.
I comunicati e le dichiarazioni ufficiali che arrivano dal Governo sono però tranquillizzanti: il pianeta Sanità ha già dato con il varo del DL 78 2015 sugli Enti Locali (- 2,35 mld) con tagli che coinvolgono beni e servizi, dispositivi, farmaci, ricoveri eliminabili e prescrizioni inappropriate. Riassumendo: i tagli sono già in corso. Così il Ministro Lorenzin si affretta a chiarire che il contributo della Sanità sarà in termini di razionalizzazioni e non di tagli e che, in un clima di concertazione con Società Scientifiche, Sindacati e associazioni, si rivedranno il Prontuario Farmaceutico, i criteri per la nomina dei manager, la riduzione delle Asl, la centralizzazione degli acquisti, l'applicazione dei costi standard.
In tale contesto si situa anche il Decreto denominato "Appropriatezza prescrittiva", di recente emanato dal Ministero della Salute dopo parere preliminare positivo del Consiglio Superiore di Sanità. Il decreto, che riguarda 208 prestazioni, ha suscitato non poche perplessità e polemiche sui media, soprattutto per quanto concerne le sanzioni previste per i medici inadempienti, il rischio di minare ulteriormente il rapporto fiduciale medico-paziente, il fatto che i pazienti debbano pagare interamente il costo di alcuni esami. Le prestazioni soggette a restrizione sono 208 e possono essere attivate solo in presenza di condizioni di erogabilità oggettive e appropriate.

L'appropriatezza conviene?

Scremando dal problema il tam tam dei media che ha disorientato i cittadini con insistenti messaggi su catastrofiche conseguenze per la loro salute (realisticamente nessuna) e per le loro tasche)se le prescrizioni sono inappropriate è giusto che non siano a carico del SSN) va detto innanzitutto che ai professionisti e ai pazienti l'appropriatezza conviene perché migliora la cura e giustificata l'uso delle risorse. Come pure conviene che il SSN applichi regole uniformi in tutto il suo territorio in modo che i cittadini abbiano ovunque uguali opportunità. Nella nostra regione, e nella nostra provincia in particolare, da anni si persegue l'appropriatezza anche attraverso sistemi di valutazione qualitativa degli outcomes clinici, gestionali e di spesa farmaceutica, sia nel territorio che in ambito ospedaliero. Il Ministero insiste sulla possibilità, che pare quasi infinita, di ridurre lo spreco facendo un taglio trasversale della spesa sanitaria delle singole Regioni. Il taglio però sta mettendo in ginocchio soprattutto sistemi di qualità ed efficienti (es. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana). In tal modo si rischia di mortificare le eccellenze, gli esistenti ambiti di qualità di cure ospedaliere e territoriali, ottenendo una sanità mediocre appiattita verso il basso. In che modo allora salvare un SSN universalista e di qualità applicando in modo corretto criteri più appropriati?
Nino Cartabellotta, presidente Fondazione **GIMBE**, propone 10 punti chiave per un approccio di sistema al tema dell'appropriatezza.

1. I criteri di appropriatezza professionale derivano dalle evidenze scientifiche o, in assenza di queste, da processi di consenso formale.
2. **Il primum movens dell'inappropriatezza professionale è l'asimmetria informativa tra evidenze scientifiche disponibili conoscenze integrate dai medici nelle proprie decisioni, e le informazioni utilizzate da cittadini e pazienti**.
3. **L'inappropriatezza** professionale può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza professionale deve essere guidata dal principio del **"disinvestimento e riallocazione**", perché in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di *overuse* e di *underuse*.
4. **Una prescrizione non può essere dicotomicamente classificata come appropriata/inappropriata**: esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie della ricerca, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative di cittadini e pazienti.
5. **L'inappropriatezza professionale, in particolare quella relativa ai test diagnostici, non può essere attribuita solo dalla medicina difensiva**, alla quale si affiancano altre determinanti di sovra-utilizzo**: ipotrofia del ragionamento diagnostico ipotetico-deduttivo, logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione di prestazioni, medi-**

calizzazione della società, aspettative di cittadini e pazienti, turnover delle tecnologie sanitarie, conflitti di interesse.

6. Secondo la scienza che studia come modificare i comportamenti professionali, **non esistono evidenze che supportano l'efficacia delle sanzioni economiche per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva**.
7. **Il continuo incremento dell'offerta e l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie diagnostiche contribuisce all'eccesso di medicalizzazione della società perché la tecnologia, profondamente radicata nel nostro concetto di malattia e nella nostra cultura, genera atti di fede non basati sulle evidenze**.
8. È indifferibile una reale implementazione dell'HTA per **migliorare la governance delle innovazioni tecnologiche**, dismettendo quelle obsolete e introducendo nella pratica clinica solo quelle che, oltre a presentare chiare evidenze di reali benefici, hanno un elevato *value*.
9. **È indispensabile ricostruire un'adeguata relazione medico-paziente, fornendo informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendo così al paziente di prendere decisioni realmente informate.**
10. **Le Istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell'asimmetria informativa tra ricerca e assistenza, che genera aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando il contenzioso medico legale**

Alcune considerazioni

Allo stato attuale il nostro sistema sanitario regge a fatica l'impatto dei costi: pur garantendo tutto a tutti in passato non ha effettuato adeguati controlli su qualità e appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali specialistiche erogate. Siamo l'ultimo paese occidentale oltre a RU ad avere un sistema a "copertura universalistica". In altri Paesi Europei (Francia, Spagna, Germania) e negli Stati Uniti d'America la copertura delle prestazioni ambulatoriali specialistiche è garantita da assicurazioni sociali e/o private attivate e pagate dai singoli. Ora se non si vuole passare ad un sistema a copertura assicurativa, bisogna necessariamente fare uno sforzo di ottimizzazione evitando gli sprechi.
Una cattiva educazione (responsabili i media?) induce gli utenti a considerare il SSN in termini consumistici alla stregua di "*supermarket della salute*": più accertamenti di laboratorio o radiologici si fanno maggiore è la probabilità di star bene e di ottenere un *tagliando di buona salute.*
Infine la copertura della responsabilità civile per colpa grave è ormai passata come costo assicurativo in carico totalmente ai Medici e non più a carico degli Ospedali. Per poter diminuire il costo della medicina difensiva, solo in parte è responsabile dell'eccesso delle prescrizioni ambulatoriali specialistiche, è necessaria maggior chiarezza sia dal punto di vista giudiziario (regolamentazione dei contenziosi) che assicurativo (i premi assicurativi infatti sono cresciuti a dismisura per i medici delle discipline chirurgiche) con regole certe e scientificamente condivise.

È necessaria maggior responsabilità da parte di tutti

A) I medici dovrebbero tornare ad investire più tempo in termini di educazione alla salute, evitando l'eccesso di prescrizioni inutili "per far contento il paziente". Tale educazione comprende diversi fattori tra cui: indicazione di corretti stili di vita, verifica dell'aderenza terapeutica e attenzione all'aspetto ambientale. I professionisti desiderano per primi investire maggiormente sulla qualità del loro lavoro ma questo delicato passaggio è possibile solo creando reti di condivisione fra colleghi e operatori della salute come fra ospedale e territorio. Esempi virtuosi in tal senso sono presenti in varie parti d'Italia dove si sono realizzati percorsi di cura nei quali il paziente è accolto, curato e accudito attraverso obiettivi comuni e scelte confrontate.

B) I pazienti dovrebbero diventare parte attiva del sistema contribuendo ad utilizzare il sistema sanitario in modo corretto evitando di dissiparne senza benefici le risorse e imparando a non "medicalizzare" tutti i disturbi o problemi; in tal modo potrebbero diventare più prudenti nell'avviare contenziosi con i medici, spesso senza giustificati motivi oggettivi di malpractice ("cause temerarie") Evidenziamo anche un diffuso malcostume di parte dell'ambiente legale che favorisce o suggerisce simili comportamenti.

C) Alla politica e al governo si chiede chiarezza sui contenuti e sulle reali ricadute della spending -review sulla sanità in merito al livello delle cure e alla qualità' del servizio offerto. Occorre infatti riconoscere che in molte realtà ospedaliere e territoriali si sta già da tempo "raschiando il fondo del barile". Il mondo dei politici deve considerare i professionisti della sanità validi interlocutori, valorizzandone il sacrificio e la capacità di proporre e innovare. Altrettanto indispensabile è accelerare l'iter politico di adeguamento dei procedimenti per responsabilità professionale alle norme europee che non prevedono l'avvio delle cause da una presunzione di colpevolezza, dalla quale invece ancora i medici nel nostro Paese devono sempre e comunque difendersi anche qualora il fatto non sussista.

Se questa "restrizione" legislativa è vista come possibilità di responsabilizzazione e corretta educazione da parte di tutti, può trasformarsi in uno strumento utile e in una opportunità positiva per comprendere come poter utilizzare al meglio le risorse ed i servizi sanitari.
Perché il compito di ogni operatore è portare nel lavoro la concezione di sé ed assumersi la responsabilità che gli compete con realismo rispetto alle circostanze concrete in cui opera.

Mobilitazione: l'impegno della FNOMCeO continua

Una grande manifestazione nazionale a Roma, sabato 28 novembre

Tratto da comunicati FNOMCeO

Una grande manifestazione nazionale a ROMA, **sabato 28 novembre alle ore 14,** medici e cittadini insieme, per ribadire i NO e i SÌ a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale: è questo il nuovo impegno della Fnomceo e dei Sindacati medici e odontoiatrici, assunto a pochi giorni dalla conclusione degli "Stati Generali della Professione Medica e Odontoiatrica". Di seguito, le loro motivazioni.

"Gli Stati Generali del 21 ottobre hanno registrato una compatta partecipazione e un lusinghiero successo, rafforzando in tutte le componenti l'orgoglio di appartenenza a una professione secolare, gloriosa, dalla grande connotazione sociale a fianco delle persone malate e sane.

La battaglia contro l'imperante tecnocrazia ed il pervasivo ed ottuso potere burocratico centrale e regionale è appena iniziata. L'impegno ora continua con una grande manifestazione nazionale a ROMA, nel pomeriggio di sabato 28 novembre, per ribadire i nostri NO ed i nostri SI a sostegno del SSN.

E al nostro fianco invitiamo tutti i cittadini attraverso le associazioni di volontariato e di difesa dei diritti per far sentire chiaro, alto e forte il NO deciso ad ogni forma di sottofinanziamento del SSN che porta inevitabilmente al razionamento delle risorse utili a rispondere ai bisogni di salute delle persone.

La sanità non è un costo ma un investimento: un paese più sano è un paese più ricco e nelle condizioni di creare maggiore ricchezza.

I soldi che vengono tagliati alla sanità vanno a coprire le esigenze clientelari di una politica affaristica e di sacche di corruzione e malaffare che ogni giorno evidenziano la loro faccia peggiore e la loro pervasività.

Rifiutiamo la svalorizzazione del nostro ruolo professionale, che mortifica il nostro impegno quotidiano; denunciamo l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro che toglie serenità alla relazione di cura nella tutela del diritto alla salute di ogni cittadino.

I cittadini devono sapere che, mentre il governo taglia le tasse sulla casa, lesina risorse per curarli e riduce l'operatività e l'efficienza delle strutture sanitarie.

Chiediamo al Ministro della Salute un intervento forte e deciso che, al di là delle enunciazioni generiche, porti in primo piano, ai massimi livelli decisionali delle Istituzioni, la questione SALUTE del nostro paese. La Salute è un bene fondamentale primario che va difeso e valorizzato:mai, e per nessuna ragione, può essere oggetto di scambio".

Stato di mobilitazione generale di Ottobre

A innescare la reazione della categoria medica è stato decreto ministeriale sulle condizioni di erogabilità di 208 prestazioni a carico del SSN individuate dal Ministro della Salute.

La Fnomceo ritiene, non da ora, che la "appropriatezza" investa il moderno esercizio professionale medico ed odontoiatrico ed in generale sanitario, trovando grande spazio nel codice di deontologia medica. Il suo perseguimento, però, non si ottiene per legge paventando punizioni per chi non lo applica ma valorizzando - e non umiliando - i professionisti.

I Medici devono lavorare in autonomia, libertà e responsabilità, se si vuole tutelare il diritto costituzionale alla salute dei pazienti, perseguire il miglioramento delle cure e porre in equilibrio questi valori con una più efficiente allocazione delle risorse. Obiettivi, questi, importanti in tutti i sistemi sanitari, compreso il nostro che, dopo avere registrato un aumento della spesa fino al 2012, ha imboccato negli anni della crisi la strada della discesa del finanziamento fino al congelamento sostanziale degli ultimi cinque anni. L'Italia è il paese dell'**Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)** dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, sia pro capite che in relazione al PIL, associata a risultati in diversi aspetti migliori, un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi, ottenuto grazie a professionisti della salute prima che dell'economia. Rimane però l'evidenza di una aumento della spesa "out of pocket" che ci segnala , e ci dovrebbe allarmare, la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, a causa di quella riduzione delle prestazioni che constatiamo nell'esercizio professionale quotidiano.

È QUESTA LA SANITÀ CHE SI VUOLE PER QUESTO PAESE ?

La mobilitazione generale della professione medica ed odontoiatrica, indetta a fine ottobre con l'adesione di tutti i medici appartenenti alle associazioni sindacali e alle maggiori società scientifiche ed associazioni, è nata quindi dalla consapevolezza che la presenza di nodi irrisolti legislativi, contrattuali, organizzativi e di ruolo professionale crea disagio e malessere crescente nella categoria fino a metterne in crisi la identità.

Il futuro del SSN non dipende solo dal finanziamento, ma da modelli di governance innovativi e ritrovati equilibri istituzionali capaci di superare l'attuale impianto regionalista. Ma soprattutto dal ruolo e dalle correlate responsabilità da assegnare ai Medici, dal valore che si attri-

buisce al lavoro dei professionisti, dal recupero di politiche nazionali che garantiscano una omogenea esigibilità del diritto alla salute in tutto il paese.

I medici italiani, a fronte di un grande spirito collaborativo, sono stati ripagati con limitazione delle competenze, impoverimento numerico e retributivo, espulsione dai processi decisionali, sette anni di blocco del contratto di lavoro e delle convenzioni, blocco del turnover, disoccupazione, precarietà ed emigrazione dei giovani colleghi, turni massacranti, intollerabile confusione e assenza di programmazione coerente nell'accesso alla formazione pre e post laurea, decretazioni che fissano cervellotici obblighi burocratici che aumentano il carico di lavoro a danno dello spazio clinico, mancanza di attenzione al problema della responsabilità professionale, mancata adozione del DPR sui requisiti minimi delle assicurazioni e del fondo di garanzia. Eppure hanno tenuto in piedi la sanità pubblica in tempi avari di risorse e gratificazioni.

NON POSSIAMO A QUESTO PUNTO CHE DIRE "BASTA"

Gli Stati Generali della Professione medica ed odontoiatrica a Roma dello scorso ottobre, in attesa della grande manifestazione di novembre, hanno inteso dare vita ad una piattaforma professionale che nel rilancio del SSN veda lo strumento per restituire, ai medici, il ruolo dovuto alla lunghezza del percorso formativo ed alla centralità del lavoro che svolgono e, ai cittadini, una esigibilità piena del diritto costituzionale.

10 PUNTI PER PROGETTARE IL FUTURO DEL SSN

"Dieci punti per progettare il futuro del Servizio Sanitario nazionale" approvati a conclusione e sintesi degli "Stati generali della Professione Medica e Odontoiatrica" il 21 ottobre

10 punti per progettare il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

NO al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del SSN ed al razionamento dei servizi al cittadino

NO alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone

NO agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura

NO ad una formazione che non si confronta con i bisogni di salute

NO a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure

SÌ a una Professione libera di curare in un SSN che offra equità e pari opportunità di accesso

SÌ a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale

SÌ a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute

SÌ alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia

SÌ ai medici con e per le Persone

VOGLIAMO DAL GOVERNO RISPOSTE CONCRETE.
NON È PIÙ IL TEMPO DELLA DIPLOMAZIA

SIAMO ORGANI AUSILIARI DELLO STATO QUANDO QUESTO STATO CI CONSIDERA RISORSE FUNZIONALI ALLE POLITICHE PER LA SALUTE, NON CI RICONOSCIAMO COME TALI SE SIAMO SOLO STRUMENTI PER TAGLI AL SSN.

Sempre SÌ al nostro impegno professionale, civile ed etico

Cosa sono i LEA e le 208 prestazioni potenzialmente inappropriate

Un numero maggiore dei 180 annunciati dapprima come "a rischio"

di Bruno Agnetti

A livello ministeriale le commissioni stanno attualmente lavorando per pubblicare un nuovo elenco dei LEA e quindi, al momento, i riferimenti restano quelli già stabiliti a suo tempo ed ancora in vigore; non sono disponibili elenchi di LEA aggiornati. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sono prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini o gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).
I LEA vigenti sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del Ministri del 29 novembre 2001 attivati il 23 febbraio 2002 e si fondano su risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro: comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);

- l'assistenza distrettuale:
  comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio (dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali come i consultori familiari, i SERT, i servizi per la salute mentale, i servizi di riabilitazione per i disabili, le strutture semiresidenziali e residenziali come le residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

- l'assistenza ospedaliera:
  in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione e così via.

È molto importante ricordare che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini ma le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, potranno utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.
Le principali fonti normative sui Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) sono rappresentate dal decreto legislativo n. 502 del 1992, aggiornato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, e dalla legge n. 405 del 2001.
Il d.lgs. n. 502/1992 definisce i LEA, all'Art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile
o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (cioè sono più costose di altre).
In attuazione della legge n. 405 è stato emanato il DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" che elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni.
In dettaglio:
- l'allegato 1 riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta della "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", dell'"Assistenza distrettuale" e dell'"Assistenza ospedaliera";
- l'allegato 2 A elenca le prestazioni escluse dai LEA, gli allegati 2B e 2C elencano le prestazioni erogabili in particolari condizioni;
- l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei LEA
- l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di LEA
- l'allegato 5 riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni Specialistiche ambulatoriali e di ricovero. Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza protesica, il DPCM 29 novembre 2001 fa riferimento agli allegati del DM 26 luglio 1996 e al DM n. 332/1999.

Normative di riferimento vigenti.
Il Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" rappresenta uno strumento indispensabile per verificare l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il decreto definisce un'insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza, attraverso i quali, partendo da dati di base, è possibile ottenere informazioni sintetiche sull'attività svolta dalle Aziende Sanitarie Locali, sulla diffusione dei servizi, sulle risorse impiegate, i costi e i risultati ottenuti.
All'interno del testo del decreto, sono disponibili:
- l'elenco degli indicatori
- le schede che riportano, per ciascun indicatore, la definizione, i dati di base per la costruzione dell'indicatore, la fonte dei dati, il parametro di riferimento
- le definizioni metodologiche per individuare i dati di base

Il DPCM 16 aprile 2002 è il provvedimento che ha poi inserito nel D.P.C.M. 29 novembre 2001 ("Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), l'allegato 5 sulle liste di attesa.
L'art. 54 della Legge 27 dicembre 2002, n.289, (Legge finanziaria 2003) ha specificato la procedura per modificare i Lea.
Il successivo DPCM 28 novembre 2003 ha ulteriormente modificato il decreto sui Lea, inserendo nei Livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.
Il comma 169 della Legge 30 dicembre 2004, n.311, (Legge finanziaria 2005) ha affidato al Ministro della Salute il compito di fissare "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza" anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sul territorio nazionale.
L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e il DM del 21 novembre 2005 prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con appropriatezza ed efficienza secondo un adeguato utilizzo delle risorse secondo una stretta congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.
Infine il DPCM del 5 marzo 2007 affronta la problematica dei LEA e della non autosufficienza.
In agosto la Ministra della Salute Lorenzin ha annunciato la preparazione di un prossimo decreto sull'appropriatezza per limitare quelle che la Ministra ha definito distorsioni negli ambiti dell'assistenza odontoiatrica, degli esami di laboratorio (es. test genetici, test allergologici, esami di laboratorio senza sospetti diagnostici indicativi) e delle prestazioni ad alto costo (TC e RM). Il decreto ha ricevuto il via libera dal Consiglio Superiore di Sanità. La razionalizzazione della spesa sanitaria è frutto del maxiemendamento ddl enti locali approvato durante l'estate e toglierà dall'assistenza 208 prestazioni (dapprima ne erano stati annunciati 180) considerate a rischio di inappropriatezza sulle oltre 1700 previste dal nomenclatore. La motivazione politica per questa iniziativa si basa anche sul fatto che la c.d. medicina difensiva finalizzata a "proteggere" i professionisti da eventuali contenziosi costa allo stato 13 miliardi l'anno.
Il SSN punta quindi ad offrire prestazioni di comprovata efficacia introducendo indicazioni necessarie al fine di sancire il diritto alla prestazione. Per raggiungere questo obiettivo sarà diramato un decreto ad hoc per fissare le condizioni di derogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni. Se l'esame, la visita o comunque la prestazione rientreranno tra le 208 individuate come inappropriate, il costo sarà interamente a carico dell'assistito.
Ad essere sanzionato potrebbe essere anche il medico prescrittore nel caso il suo comportamento non fosse conforme alle indicazioni del decreto ed in caso di assenza di "ragioni" o "giustificazioni" lo stesso medico potrebbe essere costretto a pagare di tasca propria con "una riduzione del trattamento economico accessorio" (vedi Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria versione in vigore per le attività dell'anno 2013).

L'agire del medico in rete nell'evoluzione sanitaria delle professioni

Ripensare un cambiamento dei modelli, significa rimodellare i servizi, identificare nuovi target, verificare ed unire le risorse, attivare i servizi in base ai bisogni.

di Mariangela Dardani

Potremmo paragonare, appropriandoci dei termini utilizzati in economia aziendale, il sistema delle professioni che operano in sanità, ad una forma organizzata, una sorta di rete.
In prima approssimazione una rete può essere definita come un insieme di nodi legati tra loro tra relazioni e connessioni di vario tipo. All'interno della rete troviamo alcuni attori che animano il suo funzionamento e ne sono protagonisti ;essi vengono chiamati "nodi" e operano in un sistema di interconnessione e trasversalità collaborativi
In molti casi gli attori di un network non decidono volontariamente di mettersi in rete ma si trovano a volte a farne parte ; tale interdipendenza deriva dalla presenza di alcuni fattori quali impossibilità a raggiungere taluni obiettivi autonomamente, modificata disponibilità di risorse, l'eterogenea distribuzione di informazione e comunicazione tra gli attori.
Essere parte di una rete per il medico, che è il responsabile della cura, significa avere la capacità di stabilire nel suo interno delle connessioni, quindi sapersi connettere.
Il processo di connessione non è immediato ma implica un percorso evolutivo non privo di difficoltà che deve tener conto anche di alcuni elementi quali la scarsità di risorse, la percezione che la cooperazione fornisca valore aggiunto, percezione e poi effettiva consapevolezza che lo sforzo organizzativo richiesto sia sopportabile ed adeguato, percezione che la cooperazione sia coerente rispetto all'interesse della organizzazione.
Finora abbiamo parlato della rete come luogo in cui, idealmente, si configura essenzialmente un clima di collaborazione. Collaborare e convergere sono due termini a cui si arriva come risultato di sforzi prolungati nel tempo e di attività di condivisione che ha portato ad una sorta di equilibrio precario, nel nome della collaborazione e della cooperazione e dei benefici percepiti e riconosciuti dai nodi di tale equilibrio.
Infatti nelle fasi iniziali della loro evoluzione le reti si possono presentare come teatri caotici dove possono svilupparsi dinamiche conflittuali e rivalità ; esistono infatti interessi comuni che giustificano la collaborazione all'interno della rete e dei singoli nodi-attori non necessariamente compatibili con gli scopi dell'intera rete.
Inoltre per evitare disaccordi tra la pluralità di attori che, con obiettivi convergenti e autonomie differenziate, ruotano e agiscono nel sistema dinamico con confini così mobili,le nuove assunte responsabilità attribuite a ciascun attore, devono essere percepite e assunte come coerenti e consistenti, coerenti rispetto agli scopi ultimi della rete e consistenti in relazione alle caratteristiche distintive, formative e culturali dei singoli professionisti con atti che rendono tipica ed univoca ogni singola categoria professionale
Anche in sanità ripensare un cambiamento dei modelli, significa rimodellare i servizi, identificare nuovi target, verificare ed unire le risorse, attivare i servizi in base ai bisogni e meno in base alle domande/prestazioni, aprire i perimetri stabilendo nuove modalità di connessione e di atti relazionali tra professioni che hanno ciascuna uno specifico ambito operativo e di competenze, né sovrapponibile né intrecciabile ma tra loro necessariamente complementare e coesistente,in una sintesi di pluralità di esperienze, in una concezione moderna di clinical governance, per dare attuazione al diritto alla salute individuale e collettiva che è costituzionalmente tutelata per gli individui e rappresenta un obiettivo deontologico per tutti gli operatori della salute.

Il medico, la formazione, il senso di responsabilità e coesione

Occorre tornare ad essere i fautori delle proprie scelte, protagonisti della trama e non comparse

di Giovanni Allegretti

Per chi si affaccia per la prima volta al mondo della professione medica, gli interrogativi sono moltissimi e spesso le risposte non giungono mai.
In questo periodo storico, le poche certezze che caratterizzavano la professione del Medico, stanno mutando, a partire dalla ridefinizione dell'atto e del ruolo del medico, inteso non in senso onorifico o glorifico, ma quale figura professionale responsabile e competente, oltre che esperta e capace, purché adeguatamente formata: aspetto critico e determinante.
Tutti potranno essere d'accordo nel definire la formazione come quel percorso di esperienze universitarie, cliniche, professionali e personali che consentono al medico, come a qualunque altro lavoratore, di acquisire competenza e responsabilità.
Questo percorso è il momento più importante nella vita professionale di ciascuno.
Per il Medico, superata la fase accademica, la formazione coincide con l'accesso alla Scuola di Formazione in Medicina Generale o alla Scuola di Specializzazione: gli anni in cui si iniziano ad acquisire realmente le competenze al letto del malato, primario interesse, e a concretizzare quelle conoscenze (troppo spesso solo teoriche, seppur di estremo valore) che faranno divenire un giovane neolaureato, negli anni, un Medico.
Nell'ottobre 2014 una rivoluzione ha cambiato il sistema di accesso alla formazione specialistica, determinando profonde fratture tra giovani medici e classe politica. Cosa ancor più grave, tra medici stessi. In estrema sintesi, le ostilità nascono a causa di un processo selettivo ancora incapace di garantire trasparenza, correttezza e meritocrazia. E certamente a causa di una politica avara e preoccupata più del portafogli che delle necessità reali di salute del Paese.
Ma non è questo l'argomento.
Il punto su cui invito ad una riflessione è il senso di responsabilità che ciascun giovane medico, così come ciascun individuo, dovrebbe possedere nell'operare le proprie scelte.
Si assiste quotidianamente ad uno scontro di opinioni, riferite in particolare al sistema di accesso alla formazione, privo di regole e ragionevolezza. Un frenetico vomitare sulla rete di pareri personalissimi e parziali, spesso privi di spunti di riflessione e derivanti più da necessità contingenti che da volontà razionali di apportare i dovuti correttivi al sistema. Si procede, insomma, privi di senso dell'orientamento, in un caos mediatico e culturale terrificante.
Questo certamente denuncia un malessere generale tra le nuove generazioni di professionisti, da prendere attentamente in considerazione.
Ogni cambiamento determina un mutamento degli equilibri e, per forza di cose, non accontenta mai tutti. L'unico punto di riferimento, in questo smarrirsi tra novità e mutamenti, è il senso di responsabilità, per evitare di sommare ai danni già patiti, quelli derivanti da un atteggiamento superficiale, individualista ed egocentrico.
La personale esperienza vissuta in due concorsi mi ha portato a comprendere che esistono due attori antagonisti (e purtroppo non protagonisti!), in scena: da un lato chi offre la formazione e dall'altro chi la riceve.
Il desiderio di trovare un incontro tra le due parti è il motore che ha alimentato i miei passi fino ad oggi, nella speranza che chi decide e deciderà del futuro di un medico provi ad ascoltare ciò che ha da dire quel medico.
Ed allo stesso modo vorrei che ciascuno di noi, giovani colleghi, superasse l'ostacolo del proprio "io" per tornare a credere nella possibilità di lavorare insieme. Una semplice idea di confronto, di partecipazione e di comunione di intenti.
Una rivoluzione culturale che l'Italia aspetta da troppo tempo.
Un esempio di coesione sociale, prima che di classe, che potrebbe divenire il modello a cui ispirarsi, l'esperienza da percorrere, il sogno da realizzare.
Ciascuno dei giovani colleghi che ho incontrato, in questi pochi anni, ha condiviso con me le sue piccole o grandi esperienze. Diverse, meravigliose, terribili esperienze.
Ma l'elemento comune presente in ciascuna di quelle vite, professionali e personali, è il profondo senso di rassegnazione ed impotenza di fronte al "sistema Italia". In ogni suo aspetto. In ogni sua sfumatura. Ascoltare uomini e donne di età inferiore ai 30 anni, medici oltre che cittadini, esprimersi con parole quali rassegnazione, abitudine, impossibilità, impotenza... mi ha scosso profondamente.
Tuttavia due sono le possibili reazioni a questi sentimenti, secondo me: ci si può adeguare,
assuefatti e assopiti dalla sedazione sociale, oppure tornare ad essere i fautori delle proprie scelte, protagonisti della trama e non comparse. Timonieri della propria vita, sebbene burrascosa.
Io credo però, che tutto questo si debba e si possa fare insieme. Guidati dai principi e dal senso di responsabilità.
Siamo nell'epoca della condivisione. Ma non basta l'immagine di se stessi sui social. È ormai necessario condividere idee, progetti, sentimenti. E tornare a vivere e costruire insieme.

Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma SINTESI DEI VERBALI

a cura dell'Ufficio Stampa Omceo Parma

La rubrica dedicata al lavoro del Consiglio continua con le principali delibere di gennaio, febbraio, marzo, ottobre, aprile, maggio, giugno 2015. Riunioni del Consiglio dell'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Parma, in carica per il triennio 2015-2017: Presidente Pierantonio Muzzetto, Vicepresidente Paolo Ronchini, Segretario Paolo Dall'Aglio, Tesoriere Michele Campari. Consiglieri Maria Cristina Baroni, Ornella Cappelli, Mariangela Dardani, Angelo Di Mola, Maurizio Falzoi, Giorgio Gazzola, Luigi Ippolito, Maurizio Leccabue, Francesco Leonardi, Andrea Manotti, Gianni Rastelli, Mario Scali e Patrizia Sottotetti. Revisori dei Conti Matteo Curti, Ilaria Crialesi Esposito, Francesco Renzulli. Supplente Lavinia Volpi.

20 GENNAIO 2015

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 20 Gennaio 2015.

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.
Albo Medici: 1 iscrizione per trasferimento, 14 cancellazioni
Albo Odontoiatri: 2 nuove iscrizioni.

PATROCINIO

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la concessione del patrocinio all'evento denominato "GastroParma", 21 e 22 Giugno 2014, Piazza Garibaldi.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Il Presidente all'inizio del nuovo triennio mette in evidenza le tematiche attuali sul tappeto e su cui dovranno farsi le opportune valutazioni e accenna anche ai temi che saranno oggetto di valutazione nel corso dei prossimi mesi e che saranno di fondamentale importanza per la professione.

Certificazioni

L'incontro richiesto all'INPS per le irregolarità certificative si inserisce nella programmazione a suo tempo fatta al nostro Ordine dall'INAIL a nome anche dell'INPS, perché si attivasse una collaborazione per una migliore informativa da dare alla classe medica per ottenere una maggiore pertinenza e regolarità certificativa di malattia.
All'ordine del giorno vi era anche l'aspetto relativo ai rapporti fra Enti dello Stato in merito alla trasmissione di dati sensibili nell'esercizio delle rispettive funzioni.

- DELIBERA**: Rinnovo delle consulenze**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato di avvalersi, anche per l'anno 2015, dell'attività di addetta stampa, nella persona della Dr.ssa Antonella Del Gesso; di rinnovare l'incarico di consulente legale all'Avv. Giovanni Pinardi; di rinnovare l'incarico alla Dr.ssa Alessandra Landi di consulenza fiscale; di rinnovare l'incarico alla Rag. Maria Cristina Catellani per la consulenza del lavoro.

- DELIBERA**: Consulenza Medico Legale**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, considerato che l'Ordine da alcuni anni ha un attivo supporto di consulenza medico legale al Presidente, per i casi ritenuti idonei e di sua valutazione, ritenuto altresì necessario di avvalersi di tale supporto di consulenza anche per l'anno 2015 anche per i medici che si rivolgono all'Ordine per dare loro risposte specifiche adeguate, ha deliberato di attivare l'incarico di Consulenza Medico Legale affidandola al Dr. Cucurachi Nicola.

- DELIBERA**: Supporto per le attività Ordinistiche serali e festive**

In considerazione della crescita degli impegni formativi con la previsione di una maggiore frequenze di riunioni ECM presso l'Ordine, coi martedì dell'Ordine e in particolare per gli eventi richiesti da Associazioni o Sindacati, relativamente all'apertura della sede e assistenza tecnica durante le riunioni, si ritiene opportuno avvalersi anche per il 2015 della collaborazione del Sig.Magnani Maurizio.

PATROCINIO

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la concessione del patrocinio ai seguenti eventi:
- "Il volto nuovo della tiroide", 28 marzo 2015, Azienda USL di Parma
- "Dalla ricerca alla pratica clinica nel trattamento del carcinoma mammario: quali evidenze", 13 Marzo 2015, Azenda Ospedaliero Universitaria di Parma.
- "Le alterazioni muscolari dell'atleta", 27-28 Marzo 2015.

10 FEBBRAIO 2015

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 10 Febbraio 2015.

- DELIBERA**: Approvazione proposta Bilancio preventivo 2015**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, **esaminato** lo schema di Bilancio di previsione dell'esercizio finanziario dell'anno 2014, **sentita** la relazione del Tesoriere, ha deliberato di sottoporre all'approvazione della prossima Assemblea dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri iscritti nei rispettivi Albi **il Bilancio di previsione delle entrate e delle spese per l'anno finanziario 2015.**

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.

Albo Medici: 67 nuove iscrizioni

- DELIBERA: **Approvazione Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2015-2017 e programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, viste le norme contenute nella legge 190/2012 recante " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", visto che tali norme si applicano a tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs 165/2011, ivi compresi pertanto tutti gli enti pubblici non economici, ha deliberato l'approvazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2015-2017 e del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017.

- DELIBERA: **Istituzioni Commissioni**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, valutata la necessita di istituire delle Commissioni interne di lavoro di supporto alla Presidenza per una maggiore disanima dei problemi, ha deliberato le seguenti **COMMISSIONI PER IL TRIENNIO 2015-2017:**

DIRETTIVO
Presidente
Dott. Ronchini Paolo
Dott. Campari Michele
Dott. Dall'Aglio Paolo
Dott. Di Mola Angelo

COMMISSIONE DEONTOLOGICA
Medica
Presidente
Dott. Ronchini Paolo
Dott. Campari Michele
Dott. Rastelli Gianni

Odontoiatrica
Presidente
Dott. Di Mola Angelo
Dott. Cucurachi Nicola (consulente)

COMITATO di REDAZIONE Presidente: Direttore Responsabile
Interni
Dott.ssa Del Gesso Antonella - Addetta stampa
Dott.ssa Dardani Mariangela
Dott. Meschi Michele
Dott. Scali Mario
Dott. Di Mola Angelo
Dott.ssa Crialesi Esposito Ilaria
Dott.ssa Volpi Lavinia

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

COMMISSIONE ESAMI DI STATO (COMPONENTE ORDINISTICA)
Presidente
Dott. Ronchini Paolo
Dott. Campari Michele
Dott. Manotti Andrea

COMMISSIONE INVALIDITA' ENPAM
Prof. Salvi Giuseppe Presidente
Dott. Campari Michele
Prof. Masotti Guglielmo

Commissioni interne gestionali:

COMMISSIONE TUTELA E VERIFICA FINANZIARIA
Presidente
Dott. Campari Michele
Dott. Curti Matteo
Dott.ssa Landi Alessandra

COMMISSIONE GESTIONE PROBLEMATICHE UFFICI
Presidente
Ristretta
Dott. Dall'Aglio Paolo
Cantarelli Renata
Allargata
Asti Lisa - Pelosi Francesca – Braglia Chiara

COMMISSIONE RAPPORTI FRA ALTRI ORDINI E COLLEGI
Presidente
Dott. Ronchini Paolo
Dott. Campari Michele
+ di volta in volta Consiglieri su Temi specifici

COMMISSIONE PUBBLICITA' (On demand)
Presidente
Dott.ssa Cappelli Ornella
Dott. Falzoi Maurizio
Dott. Pesci Paolo

COMMISSIONE DI BIOETICA in coming
Presidente
Dott. Ronchini Paolo
Dott. Campari Michele
Dott. Cucurachi Nicola

COMMISSIONI CONSILIARI

1- **COMMISSIONE INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO (COORDINAMENTO MEDICINA DIPENDENZA E MEDICINA CONVENZIONATA) - Incontri due commissioni - MOBBING E BURNOUT**

DOTT. RONCHINI PAOLO Referente Responsabile (commissione congiunta 1 A e 1 B)
1 A
Dott. Gazzola Giorgio
Dott. Manotti Andrea
Dott.ssa Dardani Mariangela
Dott. Scali Mario
Dott.ssa Sottotetti Patrizia
1 B
Dott. Leonardi Francesco
Dott. Leccabue Maurizio
Dott. Rastelli Gianni
Dott. Ippolito Luigi

1A-COMMISSIONE PROBLEMATICHE MEDICINA TERRITORIALE - QUALITA' E APPROPRIATEZZADELLE CURE in MG e PF e MS
Dott. Gazzola Giorgio referente
Dott. Manotti Andrea
Dott.ssa Dardani Mariangela
Dott. Scali Mario
Dott.ssa Sottotetti Patrizia

1B-COMMISSIONE PROBLEMATICHE DELL'OSPEDALITA' PUBBLICA - QUALITA' delle prestazioni - APPROPRIATEZZA delle CURE – RISCHIO CLINICO in Medicina Ospedaliera BURNOUT E MOBBING
Dott. Rastelli Gianni referente
Dott. Leccabue Maurizio
Dott. Leonardi Francesco
Dott. Ippolito Luigi
Prof.ssa Baroni Maria Cristina

2-COMMISSIONE FORMAZIONE - eventi ECM
Interni
Prof.ssa Baroni Maria Cristina referente
Dott. Scali Mario
Dott. Dall'Aglio Paolo
Dott. Gazzola Giorgio
Dott. Falzoi Maurizio
Esterni
Dott. Reverberi Claudio
Dott. Carbognani Paolo

3-COMMISSIONE problematiche dei GIOVANI MEDICI e degli Specializzandi
Interni
Presidente
Dott.ssa Volpi Lavinia
Dott. Curti Matteo
Dott.ssa Crialesi Ilaria
Esterni
Dott.ssa Costi Sara
Dott.ssa Conforti Caterina
Dott. Reni Gabriele

4-COMMISSIONE PARI OPPORTUNITA'
Dott. Sottotetti Patrizia referente
Dott.ssa Cappelli Ornella
Prof.ssa Baroni Maria Cristina
Dott.ssa Dardani Mariangela
Dott.ssa Rabajotti Claudia
Dott.ssa Crialesi Ilaria
Dott.ssa Lavinia Volpi

5-COMMISSIONE AMBIENTE - SICUREZZA SUL LAVORO E PROBLEMATICHE DELLA MEDICINA DEL LAVORO
Interni
Dott. Renzulli Mario Saverio referente
Dott. Campari Michele
Dott. Leonardi Francesco
Dott. Falzoi Maurizio
Esterni
Prof. Franchini Innocente
Dott. Riccò Matteo
Dott. Guerra Manrico

6-COMMISSIONE MEDICINE NON CONVENZIONALI
Interni
Dott.ssa Cappelli Ornella referente
Dott. Gazzola Giorgio
Dott. Di Mola Angelo
Dott. Leccabue Maurizio
Esterni
Dott. Sacchelli Pier Luigi
Prof. Borsalino Giovanni

7-COMMISSIONE PROBLEMATICHE SANITA' PRIVATA
Interni
Dott. Falzoi Maurizio referente
Dott. Di Mola Angelo
Dott. Manotti Andrea
Dott. Dall'Aglio Paolo (supplente)
Esterni
Dott. Robuschi Giuseppe
Dott. Poli Tullio
Dott. Cocchi Tiziano

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:
- Gradutatoria di Azienda finalizzata ad incarichi a tempo determinato nella medicina generale per la Continuità assistenziale.
Accettata la richiesta avanzata dalla Presidenza FRER. Il termine è stato spostato al 23.2.2015. I neolaureati pertanto potranno presentare domanda.
Sempre in merito alle Graduatorie per incarichi a tempo determinato nei settori della continuità assistenziale, una delegazione di colleghi operanti da anni in tale servizio hanno evidenziato alla Presidenza di quest'Ordine le problematiche legate alle modalità di assegnazione degli incarichi.
Per tali assegnazioni prevale il criterio anagrafico, che tiene conto della data di nascita e quella del conseguimento della laurea. Non vengono tenute in considerazioni competenza ed anzianità acquisite.

Per evidenziare tali problematiche si è sentito l'Ufficio regionale preposto e, in accordo, è stata inviata una nota all'Assessore Regionale ed al Responsabile del servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per una valutazione da farsi a livello regionale.

Certificazioni INPS
È stata inviata una convocazione ufficiale, visti i problemi non risolti, per ottenere un incontro tra le aziende, l'INPS e l'Ordine al fine di arrivare ad una soluzione del problema.

Fattura elettronica
Dal 31 marzo sarà la modalità standard accettata per tutto quanto passa nell'amministrazione pubblica, secondo canoni specifici evidenziati dalla legge.
Semplificazione totale e ricerca dei costi migliori: fatta una nota alla Federazione (dott. Cavallo) per la valutazione di una convenzione per tutti i medici che devono utilizzare questo sistema per il loro rapporto lavorativo con una pubblica amministrazione.

Personale
Comunicato ufficialmente il pensionamento della dipendente Renata Cantarelli a far tempo da giugno; è necessario rivalutare la pianta organica e decidere per l'eventuale assunzione di nuovo personale (e con quali modalità).

---

10 MARZO 2015
Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 10 marzo 2015.

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.
Albo Medici: 2 iscrizioni per trasferimento; 5 cancellazioni.
Albo Odontoiatri: 1 cancellazione.

- DELIBERA**: Bando per offerte di lavoro a tempo determinato**

il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, rilevata la necessità di procedere alla sostituzione della Sig.ra Braglia per il periodo di assenza per gravidanza; in considerazione inoltre del posto che si renderà vacante per il pensionamento della dipendente Renata Cantarelli, ha deliberato di attivare le procedure per il bando di offerta di lavoro, previa selezione per un posto d'organico di A2 a tempo determinato per mesi 5 (sostituzione per gravidanza)e di N. 1 posto d'organico di A2 a tempo determinato per mesi 5 per posto vacante.

- DELIBERA**: Pianta organica**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la pianta organica, ai sensi del DPR 25.7.1996 N. 404, come appresso indicato:

POSIZIONE	N.	EX Q.F.	Profilo Professionale
A2	2	IV q.f.	ARCHIVISTA – di cui uno vacante
B2	1	VI q.f.	Assistente di amministrazione
C1	1	VII q.f.	Collaboratore di amministrazione Ad esaurimento con il passaggio a C2
C2	1		Collaboratore di amministrazione Da attivarsi al momento della cessazione di N. 1 posizione C1
C4	1	X q.f.	Funzionario capo - ad esaurimento per pensionamento

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:
- Fatturazione elettronica
È stato richiesto alla FNOMCeO l'interessamento per la scelta di uno o più 'provider' che siano convenienti e siano utilizzabili dall'Ordine per tali nuove incombenze.
Viene posto inoltre il quesito alla Federazione, circa i medici con un rapporto di convenzione, se siano o meno soggetti all'obbligo di fatturazione elettronica in quanto il compenso è già stabilito a monte da accordi ed il conteggio di quanto dovuto è effettuato dalle Aziende. È stato posto un quesito di tale natura da parte dell'INPS per i medici fiscali e l'agenzia delle entrate ha risposto che i medici fiscali non sono soggetti alla Fatturazione elettronica.

- **Incontro avvenuto al MIUR con il Sottosegretario Andrea Faraone** insieme al Presidente Amato di Palermo.
Dopo aver dato disponibilità all'ultimo momento la scorsa settimana vi è stato l'incontro presso il Ministero. Si è avuto modo di presentare alcuni progetti di collaborazione col Ministero: sull'orientamento alla professione lasciato agli Ordini (vedi iscrizione a Medicina), il progetto Parma d'insegnamento universitario dell'Etica e Deontologia affidato agli Ordini, l'insegnamento della Medicina Generale in Corso di studio di medicina presso l'Università di Parma, iniziativa da estendere alle altre università italiane. Manifestato non solo formale interesse sulle iniziative e valutazione molto positiva da parte del sottosegretario. Si auspica un inizio di possibile collaborazione con il Ministero.

- **Precisazioni contabili a fini interni- Applicazione del Regolamento della Contabilità dell'Ordine**: a fini prettamente contabili e di metodo, si specifica che le attività correlate alla funzione ordinistica in ambito provinciale o extra-provinciale, che impegnano il Presidente d'Ordine in prima persona o suoi delegati sono sempre istituzionali e vengono sempre rendicontate, documentate e per prassi portate alla conoscenza del Consiglio.
Sono quelle spese dirette o indirette con rimborso spese, purché sostenute in ambito istituzionale dal Presidente o da suo delegato riguardo attività di gestione, di politica e di promozione ordinistica oppure altre attività come la partecipazione a eventi significativi, o attività connesse al miglioramento del benessere del personale o dei componenti degli organi istituzionali, devono essere allocate fra quelle previste nel Regolamento della Contabilità, deliberato e in vigenza, in applicazione della Legge Istitutiva degli Ordini e rientrano nel capitolo relativo alle spese di rappresentanza.
Per trasparenza si precisa, stante la legge vigente, che è considerata come attività di rappresentanza, e dunque non personale bensì di tipo istituzionale, ogni iniziativa di promozione della professione

e dell'Ordine, di contatto con le altre autorità in ambito sanitario e non; come anche la partecipazione a convegni, riunioni organizzative o di lavoro, seminari; per questo il sostegno delle spese documentate, così come tutte le spese di pertinenza ordinaria, rientra nelle attività istituzionali dell'Ordine la cui copertura è pertanto espressa nel Regolamento economico o della Contabilità, in applicazione della legge istitutiva.

- Delegazione dal Prefetto degli Ordini in rappresentanza delle professioni: composta dal presidente dell'Ordine degli Ingegneri, quale presidente del CUP, dal presidente dei Commercialisti quale rappresentante delle professioni nel Consiglio Camerale, e dal Presidente Omceo di Parma, quale presidente della Co nsulta delle Professioni.

- È stata espressa **la disponibilità del Prefetto** a collaborare a tutte le iniziative suggerite dagli Ordini, come ad esempio le precedenti iniziative quali quella del Corso sulla prevenzione della violenza di genere e del Tavolo Provinciale sulla violenza di genere.

- Ricevuto come **visita ufficiale all'atto del suo insediamento il dottor Massimo Fabi** nuovo direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma. L'incontro è stato cordiale e complessivamente positivo rinsaldando il rapporto collaborativo finora seguito.

- **Situazione FNOMCeO e le Elezioni del Comitato centrale** e degli Organi esecutivi.
In occasione del Consiglio Nazionale di fine febbraio dopo il discorso di "addio" del Presidente Bianco, la presidente di Gorizia Roberta Chersevani ha proceduto alla presentazione della nuova lista per le elezioni nazionali, dove ella è capolista e candidata alla presidenza.
Il Consiglio nazionale ha espresso in modo variegato il proprio disappunto, anche da parte dei favorevoli alla lista presentata.
Il tenore degli interventi ha dimostrato una sorta di spaccatura a metà del Consiglio Nazionale.
Dopo la presentazione della Chersevani sono intervenuti i due presidenti di Parma e di Palermo, che hanno fatto un richiamo all'unità del Consiglio nazionale e hanno richiamato ad un altro modo di procedere.
Hanno richiesto di operare tutti per l'unità dimostrando un'apertura della discussione per arrivare ad una lista inclusiva comune, non collidente o contrapposta, dimostrando di considerare il parere dei presidenti e consentendo una scelta non soltanto sindacale ma più democratica: ossia una lista aperta che fosse davvero espressione della totalità degli Ordini e nascesse dalla consultazione della base degli Ordini provinciali.
Proposta che non ha avuto il consenso del gruppo Chersevani.
Il presidente Amato di Palermo ha altresì annunciato che aveva avuto una sollecitazione ad impegnarsi da parte di vari presidenti ma, ad un primo suo disimpegno, viste le insistenze si era trovato a Bologna insieme a 24 presidenti e delegati degli Ordini di varie parti d'Italia, avendo avuto la delega a formare una squadra che potesse in qualche modo unificare e non dividere gli Ordini.
Passaggio che ha portato al sodalizio fra Palermo e Parma, e, insieme si è detto di voler procedere alla costituzione di un movimento interno chiamato 'Costruire insieme la professione' costruendo un 'Blog aperto, su cui far confluire le aspettative, le proposte e le valutazione dei presidenti che intendessero dare un contributo per il miglioramento della sanità, con proposte da discutere e condividere, sempre tesi a perseguire l'unità del consiglio nazionale, in vista delle impegnative scadenze per la professione.
In questa prospettiva in Consiglio nazionale è stata espressa proprio la volontà di procedere ad una lista 'inclusiva' che consentisse di ampliare la scelta dei presidenti posti invece di fronte a una scelta obbligata, denominata "Costruire insieme la professione".
A fronte di questa situazione e fatte queste premesse, poiché è pressante l'invito a partecipare come candidato al Comitato centrale alle elezioni di fine mese, è intenzione richiedere il parere e il sostegno del Consiglio Provinciale di Parma, in modo da prendere una decisione congiunta sulla possibile candidatura, chiedendo espressamente al Consiglio se intenda sostenerla.

Il **Presidente** dopo aver ascoltato il parere e la decisione unanime dei consiglieri afferma che il percorso non è certamente facile, ma comunque non si può stare in attesa degli eventi. Partecipare significa dare la disponibilità ad essere presenti e, comunque vada, ora non bisogna tirarsi indietro.
Non va trascurato il fatto che il vero problema è che in questi mesi si gioca il futuro della professione e i prossimi anni saranno cruciali per la classe medica sottoposta com'è agli attacchi dei politici e della politica miope e partigiana: ne sono un esempio il comma 566 dell'art.1 della legge di stabilità che rivoluzione le professioni con quell'assegnazione di competenze mediche agli infermieri, il Patto per la salute, l'anomala equiparazione di nuove figure professionali al medico nella dirigenza, il task shifting, che denotavi siano aspetti negativi nella politica sanitaria che di fatto fanno parte di un programma che procede verso la perdita di valore della professione medica.

- DELIBERA**: Appoggio e sostegno della candidatura del Presidente Omceo di Parma al Comitato Centrale della FNOMCEO. Applicazione del Regolamento vigente della Contabilità per le spese sostenute che rientrano in quelle di rappresentanza, sostenute nell'esercizio della funzione di Presidente.**
Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato il sostegno alla Candidatura del Presidente dell'Ordine di Parma a componente del Comitato Centrale FNOMCEO;

---

14 APRILE 2015
Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 14 aprile 2015.

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.
Albo Medici: 2 iscrizioni per trasferimento; 9 cancellazioni.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- DELIBERA: Approvazione proposta Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2014

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, esaminato lo schema del Conto Consuntivo e della Gestione dei Residui dell'esercizio finanziario 2014; sentita la relazione del Tesoriere; vista la relazione del Collegio dei Revisori dei conti; ha deliberato di sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma iscritti ai rispettivi Albi, il Conto consuntivo dell'esercizio finanziario anno 2014

- **DELIBERA: Assestamento di Bilancio di previsione per l'anno 2015**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riunito in data 14 aprile 2015; esaminato il Conto Finanziario relativo all'anno 2014; considerato che il Bilancio di Previsione per l'anno 2015; tenuto conto dei residui attivi e passivi che sono stati rilevati alla chiusura del Bilancio consuntivo 2014; rilevato l'accertamento del maggior avanzo di amministrazione registrato alla fine della gestione 2014; rilevato l'esatto numero delle quote da inserire nei ruoli per l'anno 2015; ha deliberato un assestamento da apportare al Bilancio di Previsione per l'anno 2015 per il conseguimento del necessario pareggio dello stato previsionale delle "Entrate" e delle "Spese" per l'esercizio finanziario 2015.

PATROCINIO

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la concessione del patrocinio ai seguenti eventi:

- Congresso 'La guerra non l'abbiamo voluta noi ma è nostro obbligo difenderci: il tumore della prostata', organizzato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma,16 6 2015
- Convegno "Il percorso della gravidanza fisiologica: dalle linee guida alla nuova cartella regionale", organizzato dall'Azienda USL di Parma, 16 5 2015.

- DELIBERA**: Regolamento concessione patrocinio**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma,

visto che con sempre maggiore frequenza vengono richiesti patrocini per eventi riguardanti più professionalità,

- al fine di definire nel dettaglio l'analisi degli elementi essenziali e delle informazioni generali costituenti le singole iniziative o manifestazioni proposte, che rispondano alla volontà del Consiglio Direttivo, che la concessione del Patrocinio rappresenti un elemento aggiuntivo di prestigio per la manifestazione per la quale è richiesto, e nel contempo salvaguardi l'immagine dell'Ordine, come Ente istituzionalmente preposto alla promozione culturale-scientifica dei propri iscritti agli Albi e alla qualità dell'assistenza dei cittadini e garante di esse

- viene pertanto integrato all'articolo 1 di seguito riportato con l'articolo 1 Bis per evidenziare i criteri di concessione in caso di più professionalità:

1) Il Patrocinio può essere concesso per manifestazioni aventi finalità di formazione e aggiornamento, su tematiche attinenti le attività professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e coerenti con reali ed attuali interessi culturali, scientifici, operativi ed educazionali dei destinatari.

1/bis - **Nel caso di eventi rivolti anche ad altre professionalità in ambito sanitario o divulgativi per la cittadinanza, il patrocinio, potrà essere concesso, dopo specifica valutazione,**

- **per particolari motivazioni di prestigio per l'immagine e la valorizzazione della medicina o dell'odontoiatria, anche in ambito multidisciplinare;**
- **siano iniziative d'interesse generale rispetto alle quali la professione assume rilevanza sotto il profilo dei valori umani, sociali, etici, scientifici e culturali;**
- **siano eventi dei quali si vuole incentivare la continuità e lo sviluppo in quanto qualificanti per la professione;**
- **siano eventi o incontri diretti a incentivare l'attività professionale;**
- **siano utili a favorire l'aggiornamento professionale e coerenti con il fabbisogno formativo della professione;**
- **abbiano una adeguata rappresentanza di professionisti medici/odontoiatri tra i relatori**

DELIBERA**: Istituzione corsi BLSD**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma

valutata la necessità di fornire agli iscritti un sempre maggiore formazione professionale, propria della Legge istitutiva degli Ordini, finalizzata oltre ad una competenza sia teorica che pratica; viste le numerose richieste avanzate dagli iscritti circa l'attivazione dei corsi BLSD; considerata la disponibilità ad una fattiva collaborazione espressa dal Presidente della Croce Rossa Italiana all'effettuazione di corsi BLSD rivolti ai medici sia per pazienti adulti che pediatrici, consistente nell'effettuazione di un corso al mese, con la partecipazione di circa 18/20 medici; vista la dichiarazione di intenti firmata dal Presidente dell'Ordine e dal Presidente della Croce Rossa circa la collaborazione nel progetto di attivazione dei Corsi BLSD; ha deliberato di procedere all'organizzazione dei Corsi BLSD aperti a tutti i medici chirurghi ed agli odontoiatri tramite la Croce Rossa. A tale scopo verrà richiesta ai medici una conferma di interesse per procedere poi all'organizzazione dei Corsi.

I corsi si terranno presso la CRI di Parma e prevedono una compartecipazione economica da parte dell'iscritto.

---

12 MAGGIO 2015

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 12 maggio 2015

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.

Albo Medici: 2 iscrizioni per trasferimento, 4 cancellazioni

Albo Odontoiatri: 1 nuova iscrizione, 1 cancellazione

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Giuramento per neo iscritti: il giorno 6 giugno 2015 si terrà presso la sede dell'Ordine dalle ore 10 alle ore 12 il giuramento per i colleghi iscritti nel 2014 che non hanno presenziato alla convocazione precedente.

- Elezioni ENPAM: Sono state indette le elezioni dei rappresentanti nell'Assemblea Nazionale e dei Comitati Consultivi ENPAM. È pervenuto il regolamento per le elezioni che verranno svolte domenica 7 giugno dalle ore 8 alle ore 21,30. Seguiranno a fine mese le elezioni nazionali.

Corsi BLSD – riferimenti e novità. Dopo l'accordo con la CRI per l'attivazione di Corsi BLSD, è stata inviata una nota agli iscritti per richiedere una loro eventuale adesione. La scadenza di tale interesse scade il 15 Maggio; ad oggi è pervenuta l'adesione per circa un centinaio di iscritti.

Roma – coordinamento Nazionale dei Presidenti. Si è tenuto nei giorni 8-9 maggio a Roma. La tematica trattata è stata la revisione del D.L. 566.

23 maggio a Brindisi – Convegno sull'atto medico – Con presenza del Presidente di Parma e l'inserimento dell'atto medico all'interno del governo clinico e dell'organizzazione.

PATROCINIO

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la concessione del patrocinio ai seguenti eventi:

- LILT Parma – giornata mondiale senza tabacco, 30 5 2015
- Pianeta Nutrizione: Vi Convegno "Pianeta Nutrizione e Integrazione", dal 25 al 27 Giugno 2015 presso l'EXPO di Milano
- Centro Cardinal Ferrari – Convegno " La gestione della complessità nella riabilitazione delle gravi cerebrolesioni in età evolutiva", 3 6 2015
- Ospedale San Camillo di Cremona: Corso "La patologia di fegato: ecografia diagnostica e interventistica ecografica", 27 6 2015
- Azienda Ospedaliera Parma - Congresso "Novità nel percorso del paziente con NSCLC avanzato EGFR mutato dopo ASCO e WCLC 2015", Parma il 25 9 2015

LAVORI COMMISSIONE ORDINISTICHE

- Commissione Medicina del Territorio e Dipendenza

Il giorno 28 Aprile 2015 si è tenuta la riunione della Commissione

Il Dr. Ronchini relaziona in merito: si è preso in esame la problematica emersa recentemente, relativa alla prescrizione, in ambito specialistico ospedaliero, in corso di ricovero o in fase di dimissione post ricovero, di farmaci non inseriti nell'elenco AVEN.

La Commissione constata che effettivamente, contrariamente a quanto prescritto dalla Regione, in ambito specialistico ospedaliero (segnatamente, per quanto riguarda i casi emersi per l'occasione in terapia del dolore), vengono utilizzati durante la degenza e prescritti in dimissione, farmaci che non sono inseriti nell'elenco AVEN.

Stessa cosa succede per consulenze specialistiche richieste con ricettario rosso.

La questione, fatta emergere da una segnalazione dell'AUSL di Reggio Emilia, è stata sottoposta anche all'attenzione della Direzione Sanitaria e della responsabile della politica del farmaco dell'AUSL di Parma, che hanno confermato la non correttezza di tale pratica.

La Commissione ha ritenuto di non entrare tanto nel merito della questione in sé dal punto di vista clinico o amministrativo, quanto delle sue ricadute sul lavoro dei Medici del territorio e del loro rapporto coi Pazienti divenendo così un problema di tipo deontologico di rapporti tra Colleghi. Spesso infatti i farmaci in questione sono soggetti a prescrizione con nota AIFA non corrispondente alla patologia manifestata dal paziente, oppure sono "off label": questa situazione crea conflittualità col paziente, che si vede negare la prescrizione del farmaco consigliato dallo specialista attraverso il SSN e non ne capisce il motivo. Forse potrebbe essere utile che nella comunicazione ospedale-territorio si facesse riferimento alla molecola e non al nome commerciale del farmaco.

La Commissione ritiene che l'Ordine possa intervenire contattando i vertici ospedalieri per individuare soluzioni condivise.

---

9 GIUGNO 2015

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 9 Giugno 2015.

- DELIBERA: **Variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, a norma della Legge N. 221/50, dopo valutazione dei fascicoli personali ha deliberato la variazioni all'Albo Medici e all'Albo Odontoiatri in seguito a nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni.

Albo Medici: 1 nuova iscrizione, 1 iscrizione per trasferimento, 1 cancellazione

Albo Odontoiatri: 1 cancellazione

LAVORI COMMISSIONE ORDINISTICHE

- Commissione Medicine non convenzionali

Il Presidente invita la consigliera Ornella Cappelli di relazione circa le attività della commissione provinciale sulle MNC

Cappelli: Presso l'Ordine di Parma è stata da anni costituita la Commissione, ora prevista da recenti disposizioni (vedi accordo stato regioni ed ultima circolare del ministero che ora non so dire, ma recentissima, cui ha fatto seguito una nota di Bianco, che la cita), che già da subito rispettava nella composizione ora definita in tali documenti.

In un primo tempo, ha lavorato per l'iscrizione nel registro delle MNC dei medici esercitanti le attività di cui alle 7 tipologie riconosciute anche da FNOMCeO e poi, recentemente, dopo la pubblicazione dell'accordo stato regioni (data, per favore), ha invece operato per l'iscrizione nel registro per chi esercita le sole tre discipline identificate nell'Accordo stesso, fitoterapia, omeopatia (omeopatia e omotossicologia) e medicina tradizionale cinese.

Nell'ultima riunione, sono stati valutati anche i requisiti relativi ad "agopuntura ", anche se non ricompresi, in quanto richiesta, prevedendo un'iscrizione " a latere".

Esistono dei problemi, in quanto i requisiti attualmente previsti in questa fase "transitoria" non saranno più sufficienti dal 6 febbraio 2016, ma attualmente non si è dato seguito alla previsione di attivare le procedure per l'accreditamento dei centri di formazione in quasi nessuna Regione.

Occorre fare presente che il Dr Muzzetto, nella sua veste di presidente Frer, si è attivati con le istituzioni regionali, ma ancora non ha avuto riscontro.

Commissione ECM

La Consigliera Baroni viene invitata dal Presidente a relazionare sulle attività della Commissione aggiornamento.

- DELIBERA: **Calendario Martedì dell'Ordine**
Sentita la relazione della responsabile della Commissione Aggiornamento, Consigliera Baroni, si prende atto delle scelte fatte per i MARTEDI' DELL'ORDINE per il II semestre 2015 **si delibera** il seguente calendario:
16 giugno – La cataratta congenita
30 giugno – Centro LDV: liberiamoci della violenza – Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini
22 settembre – Aggiornamento in diagnostica e terapia delle malattie delle prime vie digestive
29 settembre – Terapia biologiche in oncologia
6 ottobre – Obesity week – Alimentazione e tumori
20 ottobre – Cadute in persone anziane: epidemiologia, impatto sanitario, screening e prevenzione
3 novembre – Vaccinazioni
17 novembre – Contraccezione e trombofilia
1 dicembre – Oncologia toracica: percorso diagnostico terapeutico presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Si parla anche di un rilancio del progetto sulla violenza di genere, con il lavoro già fatto a Parma

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:
- Incontro con INPS e aziende per la certificazione
Dopo il precedente e interlocutorio incontro con l'INPS si è tenuto all'Ordine l'incontro fra le Azienda Ospedaliero- Universitarie e USL e l'INPS. Hanno partecipato il Dott. Fabi e la Dott.ssa Saccenti Direttori Generali, il Dott. Brianti Direttore santiario ASL, il vice direttore dell'INPS Dott. Speranzoni e la Direttrice sanitaria INPS Dott.ssa Annigoni e per l'Ordine il Presidente e il Vicepresidente.
Dopo la disanima della situazione fatta dal Presidente su aspetti per altro ben conosciuti e già in parte trattati nella precedente riunione del 20/01/2015 è emerso da parte di tutti i convenuti la volontà di operare per risolvere la situazione di difficoltà in cui versano sia l'INPS che i medici cercando di evitare alla fonte incomprensioni certificative e quindi consentire il normale iter di riconoscimento dell'assenza per malattia dei lavoratori, alla luce anche delle nuove disposizioni che portano ad allargare al settore pubblico il controllo da parte dell'INPS.
Sono stati ribaditi i problemi di fondo che coinvolgono INPS, pazienti e MMG determinate da alcune inesattezze dei certificati che non contribuiscono a rasserenare i rapporti. Per cui si è convenuto di agire preventivamente su tale aspetto evidenziando in particolare le metodologie certificative e agendo sulle possibili inesattezze che non consentono di attivare correttamente la procedura di riconoscimento delle assenze per malattia.
È stato significato come in caso di non corretta interpretazione delle certificazioni per via telematica venga prodotto un documento/richiesta consegnato al paziente e a sua volta da consegnare al proprio medico curante nel quale si chiede la modifica del certificato in quanto inidoneo per la certificazione di malattia. Situazione che di per sé ingenera sfiducia nel paziente nei riguardi del medico curante e in esso si ravvisano elementi discutibili anche da un punto di vista deontologico.
Si definisce la costituzione della Commissione congiunta.
Verranno comunicati dalle Aziende e dall'INPS i loro componenti della Commissione.

- Incontro con la Guardia di Finanza.
Si è svolto l'incontro tra il Colonnello Comandate Russo e l'Ordine, rappresentato dal Presidente e dal Presidente della commissione odontoiatri, cordiale e incentrato sulle problematiche della sanità, ponendo in evidenza gli aspetti anche dell'abusivismo Professione e della fiscalità in generale. L'incontro si è chiuso con l'invito al Comandante a visitare la sede dell'Ordine, ricambiando in questo modo la visita fatta.

- Incontro della CSST
Ci si è incontrati, fra l'altro, per fare il punto della situazione delle aziende anche in previsione del periodo estivo che ha da sempre portato alla contrazione dei posti letti ospedalieri. Per questo è divenuto importante definire realmente la dotazione totale dei posti letto utilizzabili per i pazienti acuti.
I Posti letto censiti come dichiarato dal Direttore Generale Fabi e dai suoi direttori, nell'ambito dell'azienda sono 1100, risultando in apparenza superiori a quelli finora conosciuti.
Da un punto di vista della gestione sempre della rete ospedaliera è stato significato come in provincia di Parma vi siano in realtà distribuiti sul territorio, e quindi posti nel novero dei letti utilizzati per degenza, anche quelli convenzionati il che va a ridurre il numero dei letti utilizzati nell'acuzie presso i nosocomi della provincia.
La nota positiva è quella dei letti realmente utilizzati una volta detratti quelli per le attività di degenza giornaliere nei settori medico e chirurgico. Alla luce della situazione dei vari PS e della reale richiesta per prestazioni in acuto si è resa necessaria una rivalutazione delle dotazioni in posti letto che deve passare attraverso una nuova revisione dei LEA a livello provinciale.

- Vaccini – progetto per informare la popolazione
Il Presidente porta a conoscenza della problematica delle vaccinazione in considerazione anche dei pareri espressi e delle posizioni prese dai pediatri che hanno inteso portare all'attenzione il problema con una decisione per certo verso molto forte e che è quella di ricusare i pazienti che per volontà dei genitori non vengano sottoposti alle vaccinazioni di legge. Questo è un problema che coinvolge non soltanto i bambini per la prevenzione di malattie debellate come la difterite o la poliomelite, ma anche e soprattutto la popolazione anziana riguardo le vaccinazioni anti influenzali, avendo registrato nel corso dell'anno 2014 e inizio 2015 dei dati non certo confortanti sulla morbilità e sulla mortalità in quei pazienti pluripatologici in cui le complicanze virale hanno avuto un ruolo non secondario. È certo che il fenomeno clinico non può lasciare indifferente l'Ordine che svolge anch'esso un ruolo importante e per quanto possa apparire non sempre evidente è una parte dello Stato, cui sono demandate determinate funzioni. Il Presidente chiede al consigliere Gazzola di essere informato sugli sviluppi della forte iniziativa su un problema così delicato.

Il Consigliere Gazzola: espone la posizione dei pediatri riguardo il problema della vaccinazione. Afferma che stanno sponsorizzando le vaccinazioni e arrivano veramente a ricusare il paziente i cui genitori non accettano il consiglio del pediatra.
Oggi arrivano le lettere ai pazienti nelle quali c'è il modulo che viene firmato per non accettare le vaccinazioni che viene fatto arrivare al sindaco e al pediatra.
Viene segnalato come tanti medici, d'altra parte, non sponsorizzano la vaccinazione proprio perché questo porta alla ricomparsa di molte malattie come si diceva prima ridotte o scomparse.
L'Obbligatorietà oggi non è certamente decaduta ma purtroppo a volte è disapplicata.
Si ritiene necessario formare i medici, a livello locale e nazionale, sulle

Dalle malattie digestive al fenomeno "cadute" come marker di fragilità nel soggetto anziano focus ai Martedì dell'Ordine

Temi di grande attualità stanno caratterizzando il secondo semestre formativo organizzato dall'Omceo di Parma.

di Antonella Del Gesso

Il programma di formazione medica dell'Ordine dei Medici di Parma, denominato "I Martedì dell'Ordine" continua con aggiornamenti e materie di grande attualità. Intanto, dopo la pausa estiva sono stati vari gli argomenti affrontati: dall'"Aggiornamento in diagnostica e terapia delle malattie delle prime vie digestive" al "Target therapy in oncologia: nuovi farmaci biologici, meccanismo d'azione, efficacia e gestione per il Mmg", da "Obesità e tumori" al tema "Il fenomeno 'cadute' come marker di fragilità nel soggetto anziano".

AGGIORNAMENTO IN DIAGNOSTICA E TERAPIA DELLE MALATTIE DELLE PRIME VIE DIGESTIVE

- Diagnostica non invasiva delle malattie delle prime vie digestive
  Francesco Di Mario, Professore Ordinario di Gastroenterologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma.
- Terapia ragionata delle malattie acido-correlate e delle gastriti
  Carmelo Scarpignato, Professore Associato di Farmacologia, Dipartimento di Anatomia Umana, Farmacologia e Scienze Medico-Forensi – Università degli Studi di Parma.
- Studio funzionale delle malattie delle prime vie digestive
  Anna Bertelè, Medico Dirigente U.O. Medicina Interna a indirizzo angiologico e coagulativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Fattori di rischio nelle malattie delle prime vie digestive. L'interazione con lo specialista nel modello GastroParma
  Angelo Campanini, Medico di Medicina Generale – Fidenza

La Gastroenterologia, per il tipo di patologia a forte componente di gestione ambulatoriale, con riconosciuti fattori di rischio su cui è possibile intervenire e per la sua specifica di disciplina ad alto tasso di tecnologia diagnostica in rapida evoluzione, si presta a portare avanti un modello sanitario integrato ospedale-territorio (Modello Parma). Da questa considerazione è nato il progetto GastroParma pensato per condurre, grazie a iniziative sul territorio in un contesto pubblico al di fuori della dimensione ospedaliera, la cittadi-

campagne vaccinali, intervenendo in maniera chiara sulle controcampagne averse alle vaccinazioni, richiamando i medici a vari livelli al rispetto dell'obbligatorietà.
Vi è la necessità che vi siano le segnalazioni all'autorità, serate d'aggiornamento, articoli e documentazioni delle situazioni attuali su cui poi intervenire.
È certo che bisogna essere informati non solo sulla situazione attuale bensì anche sulla vaccino terapia in modo da poter dare consigli circostanziati e non certo su base autoreferenziale.

- Ricorsi per restituzione quota Ordine
A seguito di una sentenza della Suprema Corte di Cassazione con la quale è stato attribuito il diritto al rimborso della tassa annuale di iscrizione all'albo speciale nei confronti di un avvocato che esercitava la professione in via esclusiva quale dipendente pubblico, sono partiti alcuni ricorsi anche da parte di medici con richiesta all'ordine di certificazione dei pagamenti fatti negli ultimi dieci anni per valutare l'eventuale rimborso dell'Azienda di riferimento (teoricamente potrebbe essere esclusa l'iscrizione all'albo: tutto da confermare).

PATROCINIO
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha deliberato la concessione del patrocinio alle seguenti manifestazioni:
1) 26 Settembre 2015 – Entrare Nel Ciclo Della Vita per conoscere e riflettere insieme sulle tecniche di PMA
2) 24 Ottobre 2015 – Simposio Regionale ARCA: Parma per un cuore sano

Altri punti agli ordini del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

nanza in un viaggio lungo l'apparato gastrointestinale, per informare circa la possibilità di prevenire alcune patologie (a partire da una dieta equilibrata) e circa l'esistenza di alternative ad esami invasivi come la colonscopia e la gastroscopia, come l'esame del sangue che permette di verificare la presenza di helicobacter, oppure è possibile ricorrere ad un semplice test del respiro. La diagnosi precoce del resto è oggi fondamentale per intervenire nei tumori all'esofago, stomaco, pancreas, colon e fegato.
Il miglior test non invasivo per la diagnosi delle condizioni precancerose dello stomaco è il Gastropanel.
In medicina si va oggi sempre più diffondendo la tendenza a sostituire le metodiche invasive con quelle non invasive, con lo scopo di ridurre i disagi per i pazienti, accorciare le liste di attesa, migliorare l'appropriatezza diagnostica degli esami.
In presenza di sintomi a carico delle prime vie digestive, quali il mal di stomaco, il bruciore, la nausea, il senso di peso post-prandiale, il rigurgito, le eruttazioni, il gonfiore ed altri ancora, l'esame di riferimento è come si sa la gastroscopia, ma si può far ricorso oggi anche a un prelievo di sangue che si chiama appunto Gastropanel che consiste nel dosaggio di un "pannello" di quattro parametri, i pepsinogeni I e II, un ormone chiamato gastrina che controlla la produzione di acido da parte dello stomaco e gli anticorpi contro in batterio, l' Helicobacter pylori che causa la più comune forma di gastrite, ma è anche stato classificato nel 1994 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come un carcinogeno per lo sviluppo del cancro gastrico. Il Gastropanel non sostituisce la gastroscopia, ma permette di selezionare i soggetti da sottoporre alla manovra invasiva, evitando gli esami inutili.
Si tratta, quindi, di indirizzare correttamente i soggetti da avviare a questo esame invasivo, indagando caso per caso sulla base della storia clinica, dell' intensità e durata dei sintomi, della presenza di segni e sintomi di allarme (perdita di appetito, calo di peso, anemia ecc…).

TARGET THERAPY IN ONCOLOGIA: NUOVI FARMACI BIOLOGICI, MECCANISMO D'AZIONE, EFFICACIA E GESTIONE PER IL MMG

- Attese formative del MMG
  Paolo Ronchini, Medico di Medicina Generale - Busseto
- Farmaci biologici nelle neoplasie renali
  Sebastiano Buti, Medico Dirigente U.O. Oncologia Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Farmaci biologici nelle neoplasie polmonari
  Marcello Tiseo, Medico Dirigente U.O. Oncologia Medica.
- Farmaci biologici nelle neoplasie del colon retto
  Francesco Leonardi, Direttore f.f. U.O. Oncologia Medica.
- Farmaci biologici e Immunologici nel Melanoma
  Maria Michiara, Medico Dirigente U.O. Oncologia Medica.

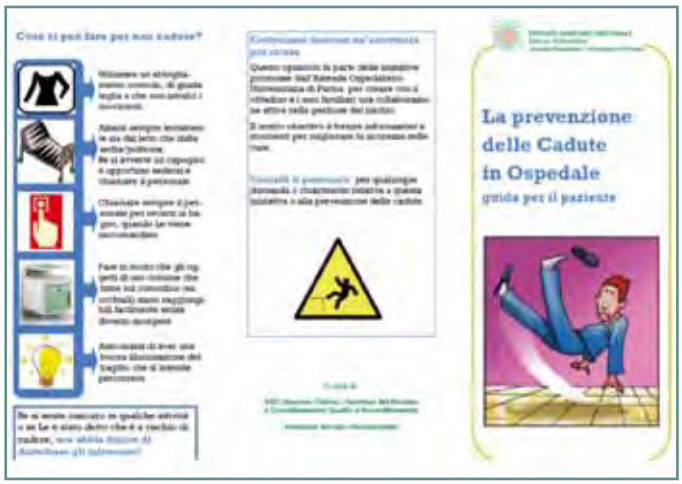
Negli ultimi 10-11 anni l'oncologie è completamente cambiata. Il riconoscimento di specifiche alterazioni molecolari all'interno delle cellule neoplastiche ha infatti permesso di caratterizzare meglio le neoplasie rispetto ai classici criteri istologici e celluari del passato. La disponibilità di farmaci mirati sta sempre più permettendo trattamenti molto personalizzati sulla singola alterazione e quindi sul singolo paziente.
Queste nuove conoscenze associate alla disponibilità di nuovi farmaci in combinazione con la chemioterapia ha permesso negli ultimi anni di quadriplicare la sopravvivenza dei malati con neoplasie del colon in fase avanzata, ma apre nuove difficoltà nella gestione complessiva del paziente e nella gestione degli effetti collaterali specifici, per cui si necessita di un approccio multidisciplinare.
Anche la terapia del tumore del rene metastatico negli ultimi anni ha notevolmente allungato la sopravvivenza dei pazienti, grazie all'introduzione di 7 nuove molecole a target molecolare. Ciò ha inoltre permesso di percorrere percorsi terapeutici personalizzati con l'integrazione della chirurgia e della radioterapia con lo scopo di controllare più a lungo la malattia. Tuttavia la gestione degli effetti tossici (e delle possibili farmaco-interazioni) di questi nuovi farmaci non è sempre maneggevole (terapia cronica e non a cicli), seppur in alcuni casi indicativa di maggior efficacia dei farmaci stessi. In futuro l'immunoterapia di nuova generazione da sola o associata ai farmaci oggi un uso, sembra rappresentare la strategia più promettente.
Quanto al trattamento delle neoplasie sono stati fatti importanti passi in avanti grazie al riscontro di specifiche alterazioni molecolari per le quali sono disponibili farmaci mirati. Questi progressi hanno portato ad una diverse gestione del paziente sia nella fase diagnostica che nella fase terapeutica.
In particolare, le mutazioni di EGFR e ALK nel tumore polmonare appresentano le alterazioni molecolari per le quali sono disponibili farmaci di impiego nella comune pratica clinica. Tali trattamenti hanno dimostrato migliore efficacia e tollerabilità rispetto alla chemioterapia ed è pertanto indispensabile individuare i pazienti portatori di tali alterazioni al fine di avviarli quanto prima possibile al trattamento con specifici inibitori. La ricerca di tali alterazioni molecolari ha ricadute nella fase diagnostica, presenta alcune problematiche tecniche e sicuramente necessita di una stretta collaborazione multidisciplinare. Il trattamento con specifici inibitori presenta aspetti peculiari in termini di tossicità e di durata con insorgenza di specifici meccanismi di resistenza; tali farmaci hanno aperto inoltre nuove prospettive terapeutiche in ambito chirurgico e radioterapico.

OBESITÀ E TUMORI

- Moderatori: *Enzo Molina, Presidente della Sezione Provinciale di Parma della LILT*
  Vittorio Franciosi, Medico Dirigente U.O. Oncologia Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Strategie di prevenzione dei tumori e prove di efficacia
  Domenico Francesco Rivelli, Specialista in Oncologia, Presidente della Sezione Provinciale di Bologna e Componente del Consiglio Direttivo Nazionale della LILT
- Obesità e tumori: quali legami
  Elisabetta Dall'Aglio, Specialista in Scienze dell'Alimentazione e in Diabetologia, Ricercatore Confermato, Università degli Studi di Parma
- Obesità, cervello e tumori

Leone Arsenio, Docente Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Parma
- Indicazioni e controindicazioni alla pratica sportiva in Oncologia
Alberto Anedda, Direttore U.O. Sviluppo attività motorie e Medicina dello Sport, Azienda USL di Parma
- L'esercizio fisico nella terapia del paziente oncologico
Antonio Bonetti, Cattedra di Medicina dello Sport, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università degli Studi di Parma

L'evento ha inaugurato l'VIII settimana dell'Obesity Week. L'obesità è in rapida diffusione tanto da essere divenuta un'emergenza a livello planetario, come ha rilevato l'Organizzazione Mondiale della Sanità. I costi diretti e indiretti di questa patologia incidono sempre di più a livello nazionale. Da qui l'importanza della prevenzione e dell'informazione, fin dall'infanzia, su un tema, quello dell'obesità, che ha riflessi sulla salute dell'uomo con ripercussioni negative quali l'aumento dell'incidenza dell'infarto e del tumore. Ridurre di 1 punto percentuale il numero di persone obese può evitare da 1 a 3 milioni di casi di tumore, malattie cardiovascolari, diabete e ipertensione tra i cittadini europei; se questa riduzione fosse del 5 per cento, i casi evitati sarebbero tra i 2 e i 9 milioni.
"Secondo il report "Health at a Glance Europe 2010", messo a punto dall'OCSE e dalla Commissione Europea, oltre la metà degli abitanti del Vecchio Continente è in sovrappeso, con un tasso di obesità che è addirittura raddoppiato negli ultimi 20 anni nella maggior parte degli Stati membri dell'UE.
In Italia, circa il 10% della popolazione è obeso e il 40% in sovrappeso, ma si prevede che in 15 anni salirà al 70.
A preoccupare sono soprattutto i più piccoli: è tra i bambini, infatti, che l'obesità si configura come una vera e propria epidemia, soprattutto in Italia.
Un bambino su sette in Europa è sovrappeso o obeso e la situazione sembra peggiorare di anno in anno.
Nonostante tutti gli sforzi fin qui compiuti, l'obesità resta un gravissimo problema sanitario. Globalmente l'indice di massa corporea (BMI) è aumentato fra il 1980 ed il 2008 di 0,4 kg/m2 per decade negli uomini e di 0,5 kg/m2 per decade nelle donne.
La cattiva alimentazione è responsabile di circa un terzo dei tumori che si sviluppano. Occorre ridurre i carboidrati, soprattutto i raffinati (pane, pasta, dolci), il sale e le carni rosse. Bisogna invece fare abbondante uso di frutta e verdura.
Il sovrappeso e l'obesità sono tra i maggiori fattori di insorgenza dei tumori alla mammella, alla prostata e al colon retto. È dimostrato inoltre l'esercizio fisico aerobico anche di moderata entità riduca l'incidenza dei tumori. Un corretto stile di vita, inoltre, riduce anche il rischio di recidiva.



IL FENOMENO "CADUTE" COME MARKER DI FRAGILITÀ NEL SOGGETTO ANZIANO: EPIDEMIOLOGIA, IMPATTO SANITARIO, SCREENING E PREVENZIONE

- Attese formative del MMG
Mario Scali, Medico di Medicina Generale - Parma
- Epidemiologia del fenomeno e impatto sul sistema ospedaliero
Gianfranco Cervellin, Direttore U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Azioni di prevenzione delle cadute per i pazienti ricoverati
Giovanna Campaniello, Responsabile SSD Governo Clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Il fenomeno "fragilità": definizione, epidemiologia e strumenti di valutazione
Fulvio Lauretani, Medico Dirigente U.O. Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Presentazione dell'ambulatorio per l'identificazione e il trattamento della fragilità
Marcello Maggio, Ricercatore Universitario in Medicina Interna - Medico Dirigente Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

La fragilità è stata riconosciuta come una distinta sindrome biologica. È generalmente definita come uno stato di aumentata vulnerabilità agli agenti stressogeni, caratterizzata da una ridotta capacità di mantenere l'omeostasi, e si associa ad un crescente (con l'avanzare dell'età) declino di svariati sistemi fisiologici. La fragilità conferisce un aumentato rischio di eventi avversi, quali cadute, ospedalizzazione, delirium, disabilità, dipendenza e mortalità. La crescente tendenza all'invecchiamento della popolazione comporta prevedibilmente un incremento della prevalenza di fragilità, e ciò costituisce una delle principali sfide per la sostenibilità dei sistemi sanitari dei prossimi decenni. Per tali ragioni è auspicabile un'identificazione precoce della fragilità, anche attraverso idonei strumenti di screening, in considerazione della possibilità di rallentarne l'evoluzione.
Nella nostra provincia le sole cadute dei soggetti ultra65enni comportano un numero di degenze ospedaliere paragonabile all'attività di un reparto ospedaliero. L'utilizzo di diverse categorie di farmaci – molti dei quali di frequente prescrizione negli anziani (antiipertensivi, psicofarmaci, oppioidi) - ha dimostrato essere fortemente associato ad un aumentato rischio di cadute, se poi il pz assume anticoagulanti, antiaggreganti, psicofarmaci, la caduta può avere come conseguenza un traumatismo grave, e da ciò nasce la necessità di una maggiore consapevolezza ed attenzione al problema. Purtroppo la stessa ospedalizzazione comporta un aumentato rischio di cadute che ha reso necessario l'adozione di una serie di azioni volte ad identificare i pazienti a rischio per ridurne l'impatto durante la degenza ospedaliera.
Al fine di intercettare precocemente e di mettere in essere azioni preventive e terapeutiche mirate a ridurre l'impatto della fragilità, nella nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria è stato attivato un ambulatorio di prevenzione della disabilità. L'attività ambulatoriale è al centro di Percorsi extra (screening) ed intra-ospedalieri (accessi per cadute in PS) e si caratterizza per una Valutazione multidimensionale Geriatrica Moderna incentrata sull' assessment della performance fisica e nutrizionale non disgiunta da un esame Clinico e da un' attenta ricognizione farmacologica. L'Ambulatorio cerca di rispondere all'esigenza crescente nel Territorio (Case della Salute) di attività integrate con Ospedale-Università e mirate al continuum di cure nel paziente anziano fragile a rischio di disabilità.

Bando per l'assegnazione del premio "Claudio Carosino"

IV Edizione – Anno Accademico 2014/2015

A cura del Comitato "I ragazzi del '51" e dell' Associazione "Margherita Barezzi"

Il Comitato "I ragazzi del '51" e l'Associazione "Margherita Barezzi", con il patrocinio e il sostegno del Comune di Busseto e dell'Ordine dei Medici di Parma, istituiscono un Premio del valore di euro 2.500 per ricordare la figura del dott. Claudio Carosino affinché il suo magnifico esempio di vita possa rinnovarsi anche nell'ambito della professione da lui così pienamente e nobilmente esercitata.

Possono partecipare al concorso gli studenti iscritti per l'anno accademico 2014/2015 alla facoltà di medicina, corso di laurea in medicina e chirurgia laurea magistrale sessennale, dell'Università degli Studi di Parma che siano in regola con gli esami inseriti nel piano di studi e con una media non inferiore a 27/30 oppure i laureati in medicina e chirurgia laurea magistrale sessennale presso la facoltà di medicina dell'Università degli studi di Parma nell'anno accademico 2014/15, che abbiano riportato la votazione di 110/110 e che siano sempre stati in regola con gli esami inseriti nel piano degli studi, oppure i laureati in medicina e chirurgia alle precedenti condizioni e che stiano frequentando un corso di specializzazione presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Parma. I candidati residenti nel comune di Busseto avranno la priorità in caso di sostanziale parità.

Un'apposita commissione giudicatrice, formata da un componente della famiglia Carosino, un rappresentante del Comune di Busseto, dell'Ordine dei Medici di Parma, del Comitato "I ragazzi del '51", dell'Associazione "Margherita Barezzi", esaminerà le domande e proclamerà, a suo insindacabile giudizio, il vincitore del concorso.

Le domande, redatte sul modulo allegato, accompagnate dal certificato rilasciato dall'università di competenza (autocertificazione) attestante gli esami sostenuti con relativa votazione e la votazione finale in caso di studenti laureati, dovranno pervenire entro il 31 gennaio 2016 al seguente indirizzo: Comune di Busseto Premio "Claudio Carosino" Piazza Verdi, 10 43011 Busseto.

La cerimonia di conferimento del Premio si terrà a Busseto presumibilmente il 12 marzo 2016.

Per ogni eventuale informazione, rivolgersi alla Segreteria del Comitato Promotore: premio.carosino@gmail.com

Libro: La Coscienza corporea nell'uomo e nell'animale

Questo libro del Dr. Nello Castaldo, di 123 pagine, esce nelle Edizioni Improprie - Parma e affronta il problema della Coscienza nella duplice ottica di indagine filosofica e neuroscientifica che, invece di contrapporsi, integra lo stato dell'arte dell'una e dell'altra, avvalendosi di una lettura critica di Paul Schilder, psichiatra austriaco noto per l'Opera "Immagine di sè e schema corporeo". L'enfasi è posta sul movimento nello spazio delle Specie animali (Aristotele ne parlava diffusamente in un Opera sugli Animali) ed il suo vissuto che è prevalentemente dell'Uomo, ma azzarda anche l'ipotesi che anche gli Animali hanno un'immagine di sè a seconda delle percezioni/rappresentazioni provenienti da proprie specializzazioni evolutive dell'Ordine e Classe. Ad esempio: uccello-ala-esperienza del volo così come pinna-esperienza del nuoto-pesci etc secondo la teoria dell'Evoluzione darwiniana. Vengono presi in esame i principali testi editi negli ultimi anni sulla Coscienza in Neuroscienze ed in relazione agli studi dei neuroni specchio. Sul versante filosofico trovano ospitalità nel saggio Husserl, Straus, Merleau Ponty e l'Antropologia filosofica.

Il testo è corredato dalle foto dell'Autore, dalla Appendice di Angelo Tartabini e dalla Postfazione di Luciano Mazzoni Benoni.

Il volumetto è stato presentato alla libreria Feltrinelli di via Farini dal Dr. Pietro Pellegrini Direttore del Dipartimento assistenziale integrato Salute mentale Dipendenze patologiche.

Per contatti: nellocastaldo@gmail.com

La fine della «medicina difensiva»?

La legge di stabilità del Governo dovrebbe prevedere specifiche misure contro il tema delle «denunce o liti temerarie».

di Michele Meschi

L'idea che si possa imporre per decreto la fine della *malpractice* è un *tòpos* dell'attività legislativa a vari livelli. Ancora una volta, rinunciamo alle ipocrisie e al «politicamente corretto»: in un certo senso ben venga il metter mano, anche mediante imposizione, ad un vulcano in procinto di esplodere definitivamente. In fondo, le agenzie regionali deputate alla *governance* socio-sanitaria hanno anche un compito educativo e formativo (e con qualunque mezzo, se di *governance* vera si tratta).

Se mai è la modalità dell'«*Index Librorum Prohibitorum*» degli esami «inutili» o «non indicati» che può e deve essere messa in discussione: verosimilmente, fatte salve le possibili smentite, può avere utilità solo parziale, e soprattutto non riveste alcun significato in senso civile, penale o giurisprudenziale *tout court.*
Allo stato attuale delle cose, davanti alle richieste di risarcimento o, più in generale, di fronte ad una controversia, il magistrato è costretto a ragionare della medicina non nei termini di una «scienza dell'incertezza, arte della probabilità», ma di una sorta di mercato del tempio in cui, a domanda, si deve «erogare» (un giorno si scoprirà chi ha inventato questo lessico nello stile di Isaac Asimov) tutto, subito, gratis e senza errore alcuno.
Il *vulnus* all'origine sta nel separare gli aspetti civili da quelli penali, quando vi è la presunta volontà di migliorare il rapporto tra cittadino e assistenza socio-sanitaria. Sino a quando, con una pur legittima interpretazione dell'intangibilità dei principi costituzionali («La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»), il quotidiano, umano, spesso inevitabile errore medico, motivo di decesso, sarà rubricato entro l'«omicidio colposo», saremo indegni di guardare negli occhi le schiere di colleghi infamati, distrutti, annientati dopo una vita spesa per il bene dell'altro; e saremo davvero miseri, ogni volta che ci infarciremo la bocca di frasi fatte davanti ai loro figli, alle loro spose e ai genitori che li hanno fatti studiare, spesso con sacrificio.
Chi sbaglia è drammaticamente solo: emblematico il caso dell'alto dirigente di una struttura pubblica italiana, che nei confronti di una giovane collega coinvolta in una morte al termine di una caotica giornata lavorativa, si affrettò a sottolineare alla televisione: «Non si tratta di una nostra dipendente in senso stretto, ha con noi un contratto libero-professionale».
In secondo luogo, è triste che si affronti il problema della «medicina difensiva» solo perché, in parole povere, essa «costa troppo» e costituisce il *primum movens* dello sforamento di bilancio di una regione; e che lo si affronti su strade e canali separati, a cura del Ministero della Salute piuttosto che di quello della Giustizia.
Come conciliare il giusto orientamento degli amministratori, che puntano al risparmio, all'appropriatezza, al mantenimento dell'equità, con quello del potere giudiziario, che altrettanto correttamente mira all'integrità del singolo utente? La legge di stabilità del Governo dovrebbe prevedere specifiche misure contro il tema delle «denunce o liti temerarie», ovvero contro quelle azioni legali che, secondo il lessico giuridico italiano, sono esperite con malafede e colpa grave, ossia con consapevolezza del proprio torto o con intenti dilatori o defatigatori.
Nella realtà l'ordinamento vigente è già chiaro nel merito, e occorrerebbe parlare, come precisato da alcuni, di «controversie senza alcun fondamento». Il sistema assicurativo contingente prevede un risarcimento pressoché scontato al cittadino che ne porge richiesta, anche e soprattutto in caso di incertezza di giudizio. Lo stesso sistema, peraltro più o meno direttamente imposto ai professionisti con la stipula di una polizza personale, in larghe parti del mondo è imploso nella ricusazione, da parte delle compagnie assicurative, di alcune specializzazioni «a perdita scontata», quali ginecologia e ostetricia, ortopedia, chirurgia estetica, anestesia e rianimazione. Guarda caso, proprio quelle in cui è meno facile «garantire» un risultato. Alcuni chirurghi, che arrivano a pagare al mese un premio di alcune migliaia di euro, non hanno avuto altra strada che la cessazione della propria attività.
Sarebbe sufficiente per un incompleto, comunque soddisfacente, riequilibrio dei rapporti la traduzione nei fatti di un unico provvedimento: che l'onere della prova spetti alla presunta parte lesa. In questo modo le eventuali cause, se fondate, non avrebbero alcunché da temere dall'iter giuridico, forti di evidenze documentali incontrovertibili e pertanto con garanzia di esito favorevole al cittadino. Anche nell'ottica della prevenzione e della repressione dei reali, accertabili casi di malasanità, che i medici per primi desiderano perseguire.

OSPEDALE DI PARMA 1915 – 2015

Cento anni di cura, insegnamento e ricerca.

Tratto dal comunicato stampa Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Con un ricchissimo calendario di iniziative in ottobre hanno preso avvio le celebrazioni per i cento anni dell'Ospedale Maggiore di Parma. Con in programma mostre fotografiche e storico documentarie, presentazioni di libri, convegni, conferenze e incontri. Momenti, personaggi e curiosità della storia dell'ospedale e della sanità a Parma per ricordare anche al di fuori dai contesti di cura, i 100 anni dell'Ospedale Maggiore dalla posa della prima pietra avvenuta il 31 ottobre 1915 fino ai giorni nostri.

L'Ospedale di Parma

La storia delle istituzioni ospedaliere della città di Parma affonda le sue radici nel Medioevo. Il nucleo originale di quello che viene definito Ospedale Maggiore va fatto risalire all'iniziativa del ricco filantropo Rodolfo Tanzi che nel 1201 fonda questa istituzione nei pressi di Santa Maria di Borgo Taschieri, nell'attuale borgo Cocconi.

La crescita demografica della città ed il conseguente aumento degli ammalati, aggravato da un'epidemia di peste, porta in seguito alla richiesta da parte degli Anziani del Comune di unificare le numerose istituzioni medico-assistenziali presenti nella città e nel contado parmense. Dopo aver ricevuto l'assenso di papa Sisto IV attraverso la Bolla del 4 dicembre 1471 all'unificazione dei presidi medici e all'edificazione di un nuovo Ospedale, nel 1477 cominciano i lavori su progetto di Gian Antonio da Erba. Nonostante le aggiunte ed i miglioramenti operati nel tempo sull'edificio, già sul finire del XIX secolo questo non risulta più rispondente alle mutate esigenze della medicina e della pratica ospedaliera e nel primo decennio del Novecento la necessità di procedere all'edificazione di un nuovo ospedale si è ormai imposta in maniera sostanzialmente unanime nell'opinione pubblica cittadina.

A partire dal 1912 le pratiche per la realizzazione del nuovo Ospedale subiscono una decisa accelerazione: viene dapprima individuata l'area per l'edificazione, nella zona detta Prati di Valera, fuori da Porta Massimo D'Azeglio. In seguito è indetto un concorso per la presentazione di un progetto tecnico, da stilare secondo le condizioni e le modalità decise da un'apposita commissione istituita dal Consiglio d'Amministrazione degli Ospizi Civili.

Nel 1914 ai progettisti Giulio Marcovigi e Ildebrando Tabarroni è affidata la creazione di un progetto definitivo, approvato nel

novembre 1914. Nell'estate 1915 si giunge alla pubblicazione del bando d'appalto per il primo lotto dei lavori.
Così il 31 ottobre 1915, alla presenza del Presidente del Consiglio Antonio Salandra, delle autorità cittadine, dei rappresentanti delle società popolari e di numeroso pubblico si procede alla cerimonia solenne della posa della prima pietra del Nuovo Ospedale di Parma.
È un momento di straordinaria importanza per la città, in cui tutte le componenti politiche e sociali concorrono in maniera unanime per uno scopo unico e lungimirante: investire sul progresso civile e morale della società attraverso un'opera che rappresenti non soltanto un esempio di modernità ed efficienza ma un elemento di orgoglio che sintetizzi e coordini le forze cittadine dedite all'assistenza ed alla beneficenza.

La tipologia architettonica scelta per il "nuovo" ospedale della città, quella a padiglioni, guidò la costruzione degli ospedali per circa un secolo, fino alla metà del 1900. La struttura a padiglioni con finalità diversificate era innovativa rispetto alle strutture a corsia unica del tempo e intendeva migliorare la circolazione dell'aria, l'illuminazione naturale e le condizioni igieniche e consentiva di valorizzare l'accoglienza del malato e curarlo nella sua specificità.
In seguito la disponibilità di nuove tecnologie e gli orientamenti volti a realizzare un uso ottimale degli impianti di illuminazione e riscaldamento e a ridurre tempi e spostamenti del personale tra le strutture sanitarie hanno suggerito di investire in tipologie più adatte alla condivisione dei servizi, arrivando alla progettazione di strutture più unitarie, da cui nacque l'area del "monoblocco".
Oggi l'Ospedale Maggiore di Parma, è una realtà che ha saputo evolversi e trasformarsi nella stessa area in cui fu posata la prima pietra 100 anni fa.
Tuttavia molto è cambiato. Il baricentro dell'ospedale si è spostato verso via Volturno dove è stato costruito un vero e proprio nuovo ospedale in questi ultimi anni, in coerenza con la programmazione e gli investimenti sul nostro territorio della Regione Emilia-Romagna e della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria di Parma.
Un ospedale che vive e cresce insieme alla città, alla società e ai bisogni e che vede nell'integrazione tra cultura assistenziale e competenze di didattica e ricerca il proprio elemento distintivo che coniuga l'alta complessità tecnologica della cura con la prossimità al paziente e alla sua famiglia, in grado di garantire opportunità e qualità dell'insegnamento.

I NOSTRI LUTTI

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

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

dott. Alessandra Bersiga
di anni 60
deceduto il 24/06/2015

dott. Paolo Cavazzini
di anni 63
deceduto il 14/07/2015

dott. Enore Gotti
di anni 85
deceduto il 16/07/2015

prof. Gino Del Boca
di anni 90
deceduto il 20/07/2015

dott. Aldo Brizzi Albertelli
di anni 88
deceduto il 21/07/2015

dott. Francesco Di Dio
di anni 86
deceduto il 01/08/2015

dott. Renzo Negri
di anni 90
deceduto il 11/08/2015

dott. Marco Pelizziari
di anni 61
deceduto il 16/08/2015

prof. Alberto Maestri
di anni 90
deceduto il 04/09/2015

dott. Catamo Antonio
di anni 66
deceduto il 16/09/2015

dott. Celestino Bocchialini
di anni 90
deceduto il 28/09/2015

prof. Riccardo Emilio Brizzi
di anni 95
deceduto il 27/09/2015

dott. Ernesto De Bernardis
di anni 87
deceduto il 02/10/2015

dott. Giulio Cesare Rizzi
di anni 90
deceduto il 20/10/2015

prof. Tito Campanini
di anni 86
deceduto il 23/10/2015

Mattioli 1885

EDUCATIONAL | FAD

formazione a distanza | e-learning

La competenza è, per gli operatori sanitari, un bisogno fondamentale. Se la soddisfazione di tale bisogno è ostacolata, l'autostima, l'impegno e lo stimolo motivazionale sono minacciati e si scatena una risposta individuale caratterizzata da stress, tensione nervosa e, infine, burnout. Se, al contrario, vengono predisposte condizioni tali da supportare questo bisogno, assisteremo all'innesco di un circolo virtuoso grazie al quale i problemi non verranno più vissuti come eventi stressanti, ma come sfide stimolanti capaci di accrescere la motivazione al lavoro e alla competenza. A partire da tali considerazioni e date le molteplici esperienze maturate da Mattioli 1885 nella divulgazione editoriale di contenuti medico-scientifici, è stata sviluppata Educational, la divisione dedicata alla formazione. L'obiettivo è quello di fornire, a coloro che si occupano di salute, le risorse cognitive necessarie ad affrontare adeguatamente i livelli di incertezza e dinamismo che caratterizzano il loro lavoro.
MATTIOLI 1885 partecipa dal 2003 al programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) come provider nazionale (rif. Organizzatore 740) accreditato per la Formazione Residenziale, sul Campo e a distanza (FaD). Nel 2005, al fine di validare i processi di progettazione ed erogazione di eventi formativi, ha ottenuto la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001.
http://www.mattioli1885.com/ecm

CORSI IN PROGRAMMAZIONE

Mattioli 1885

EDUCATIONAL | FAD

formazione a distanza | e-learning

Corso ECM di formazione a distanza (FAD)

ESPOSIZIONE AD AMIANTO E PATOLOGIE CORRELATE

Responsabile scientifico
A.C. Pesatori
Ore Formative 10 / Crediti ECM assegnati 10

DESTINATARI DELL'INIZIATIVA

Medici del Lavoro, tutte le altre specializzazioni

Mattioli 1885

EDUCATIONAL | FAD

formazione a distanza | e-learning

Corso ECM di formazione a distanza (FAD)

EMERGENZE IN PEDIATRIA

Responsabili scientifici
M. Vanelli, G.L. de' Angelis, A. Agnetti
Ore Formative 10 / Crediti ECM assegnati 10

DESTINATARI DELL'INIZIATIVA

Pediatri, tutte le altre specializzazioni

ISCRIZIONE

Per accedere ai corsi FAD occorre iscriversi alla piattaforma Mattioli Educational ed effettuare la registrazione come Nuovo Utente.
http://www.mattioli1885fad.com/

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
08,00/20,30 - **Sabato** 08,00/13,00

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

GEMINI

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

Direttore Sanitario Dott. Giovanni Tarasconi Medico Chirurgo - Aut. San. prot. N. 47188 del 13/03/2011 e succ. provv. di aggiornamento

SISTEMA DI QUALITA' CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE