parma medica

n.1

giugno - luglio 2009

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

Bilancio preventivo 2009 approvato dagli iscritti

Si è svolta ad aprile l'assemblea ordinaria annuale.
Tra gli interventi, la lezione magistrale di Giorgio Cosmacini sulle rivoluzioni della Medicina moderna

IN QUESTO NUMERO:

D'Aloia: "Il progetto del nostro Consiglio è applicare il Codice"

Di Mola: "Grande impegno a tutela della libera professione"

Muzzetto: Comunicazione e relazione in Medicina

Commissione dipendenza-convenzionata: Forte richiamo dell'Ordine al rispetto tra colleghi

EDICTA EDIZIONI

ISTITUTO FYSIOIS

S O M M A R I O

L'EDITORIALE
9 maggio: una data
per una riflessione
di Pierantonio Muzzetto
p.3

VITA DELL'ORDINE
SPECIALE ASSEMBLEA

"Ogni Consiglio deve avere
un progetto, il nostro è applicare
il Codice"
di Tiberio D'Aloia
p.4

Di Mola: "Grande impegno
a tutela della professione"
di Angelo Di Mola
p.8

Bilancio preventivo 2009: approvato dall'assemblea degli iscritti
di Paolo Dall'Aglio
p.10

Le rivoluzioni della medicina
moderna.
Da Galileo alla biotecnologia
di Giorgio Cosmacini.
p.12

Muzzetto: comunicazione
e relazione in Medicina
di Pierantonio Muzzetto
p.18

VITA DELL'ORDINE

Forte richiamo dell'Ordine al
rispetto tra colleghi
da Ufficio stampa Ordine
p.22

Il ruolo della medicina nucleare?
Rispondono i "Martedì dell'Ordine"
di Antonella Del Gesso
p.24

MEDICINA E ATTUALITÀ

Emoglobinopatie: è importante
una accurata diagnostica
di Mariella Mercadanti
p.26

Specializzansi di Pediatria di
Parma: un impegno per la denutrizione infantile
di Raffaele Virdis
p.28

I NOSTRI LUTTI
P.30

9 MAGGIO 2009 UNA DATA PER UNA RIFLESSIONE

di Pierantonio Muzzetto

Ho partecipato al convegno dal titolo "La medicina del territorio: conoscenze scientifiche, rapporti, futuro e necessità di medico ed aziende".
Portando il saluto dell'Ordine mi sono trovato a fare una serie di considerazioni legate al fatto che tale evento era stato organizzato da un'organizzazione sindacale nel nome e per conto dell'innovazione in tema sanitario.
Lo stesso titolo è apparso sotto certi aspetti "intrigante" perché ha dato l'occasione per spaziare nell'empireo sanitario, sempre più diviso, e allo stesso tempo per chiarire taluni aspetti, ruoli, funzioni e rapporti istituzionali.
Quando si parla, infatti, di necessità di cambiamento della medicina e del medico e di scelte da effettuarsi nel momento attuale, e lo si mette in relazione ai mutamenti in campo scientifico, alle usanze che variano in relazione a nuove necessità, ad etnie integrate ed a situazioni sanitarie diversificate, si deve parlare dei etica del medico.
Di un comportamento omogeneo di fronte alla sanità nuova ma che richiede regole certe e condivise. Regole che siano valide per tutti: non si può concepire, in campo medico, un'etica del funzionario diversa da quella del medico di famiglia, come pure del politico o amministratore, se medici.
Un'etica comune, condivisa, e non "Ad usum delphini". Sarebbe troppo comodo perpetuare l'adagio, come troppo spesso è stato fatto. Un cambiamento che si richiede di sostanza, per quanto di mentalità.
Non stona ricordare, infatti, come si stia sempre più considerando il rapporto fra medico e paziente, nell'accezione sodale ed empatica, richiamando ad una medicina moderna e modernizzata, come moderna e modernizzata era quella rivoluzionaria di Ippocrate o quella sancita dal Platone ben prima della nascita di Nostro Signore.
Addirittura tracciando il solco indelebile del consenso informato, quale strumento di liceità delle cure ma anche di acquisizione di un "plus Valore" segnato dal fatto che tra medico e paziente si dovesse colloquiare.
Era il 386, circa, avanti Cristo, quando Platone così parlava ad uno dei suoi discepoli in Accademia. Ed ora diciamo le stesse cose: e le vanno dicendo anche coloro che non lo hanno mai detto prima d'ora. È, perciò, una grande conquista. Un ritorno al passato che proietta nel futuro.
Ma il senso di quella riunione si riassume in quell'"estote parati" al nuovo ed alla necessità di governarlo e, in un certo modo, condizionarlo: non esserne condizionati. Nuovo, nell'accezione che il medico, qualunque sia la sua specificità, è pur sempre un medico e per tutti valgono le stesse regole, come per tutti vale lo stesso codice comportamentale.
Di contro, l'innovazione vuole concordia di intenti e di interventi, per cui ne deriva semmai un messaggio forte, col richiamare ad un'unità della categoria medica, sempre più soggetta ad attacchi da parte delle altre professioni sanitarie, con limiti assai sfumati di pertinenze e con spazi sempre più lasciati liberi a causa di un'imperante impegno burocratico. È una situazione difficile in cui si crede che abolire talune certezze sia più produttivo che lasciarle: nella confusione dei ruoli, in ogni campo della società civile, nessuna struttura è progredita o ha proliferato dando risultati apprezzabili.
Se ad una massificazione delle professioni concorre un abbassamento dei costi, che è poi il vero verbo degli anni in corso, non sempre potrà essere garantita la buona cura al cittadino, un soggetto di cui si parla sempre e non sempre a proposito.
Quello che è il rispetto del cittadino si manifesta prioritariamente nel dargli quanto di nostra competenza, sia nell'agire da medici, direttamente, od indirettamente come amministratori e come organizzatori di servizi: l'imperativo kantiano è per tutti, pur sempre, fare bene e farlo insieme.
Da qui l'auspicio che i medici di famiglia, rappresentati in sindacati multiformi per la loro composizione, in quanto in essi vi possano trovare albergo medici di famiglia ospedalieri e del territorio, siano propositivi in un messaggio di unità della categoria, richiamandosi ai valori alti della buona cura verso il cittadino debole, in quanto ammalato.
Proprio col concorso di tutti si potrà realizzare quanto proposto: essere al passo coi tempi e fare bene il proprio lavoro che, più che mestiere, è una professione alta e come tale da salvaguardare. Ancor più se ciascuno faccia quanto gli competa. Riguardo le competenze sanitarie complementari.

"Ogni Consiglio deve avere un progetto, il nostro è di applicare il Codice"

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Parma, durante l'assemblea ordinaria annuale traccia un bilancio del lavoro svolto e guarda al futuro.

Il 4 aprile scorso si è svolta l'assemblea ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Parma.
Ad aprire la giornata è stato il Presidente Tiberio D'Aloia con la sua relazione di rendicontazione. Si sono succeduti il discorso del Presidente delle Commissione odontoiatri Angelo Di Mola, la presentazione del Bilancio preventivo 2009 da parte del Tesoriere Paolo Dall'Aglio, la relazione del Presidente del Collegio revisori dei conti.
La seconda parte della mattinata è stata invece dedicata a momenti di approfondimento culturale con interventi di illustri relatori tra cui il Professor Giorgio Cosmacini, Medico, laureato in filosofia. Primario dell'Istituto Scientifico Ospedale Maggiore di Milano – Insegna Storia della Sanità nella Facoltà di Lettere e filosofia dell'Università degli Studi di Milano, intervenuto su "Le rivoluzioni della medicina moderna", il preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma Loris Borghi e il vicepresidente dell'Ordine, Pierantonio Muzzetto.

Di seguito la relazione del Presidente.

di Tiberio D'Aloia

La seguente non vuole essere una relazione morale, ma dal taglio pratico, come rendicontazione del lavoro appena iniziato dal nuovo Consiglio. Siamo al quarto mandato e si prospetta un percorso in salita in cui l'Ordine esprimerà i suoi pareri e le sue osservazioni a tutela della deontologia medica e in difesa del ruolo medico in una società sempre più multiculturale. Il Consiglio non ha mutato in sostanza l'assetto dei consiglieri. Solo alcune la new entry: Davide Dazzi, Francesco Leonardi, Mario Scali, Mariangela Dardani, Michele Meschi,.
Il direttivo è composto dal Vicepresidente Pierantonio Muzzetto, dal Segretario Paolo Ronchini, dal Tesoriere Paolo Dall'Aglio e dal Presidente Commissione Albo Odontoiatri Angelo Di Mola. È entrato in Consiglio il dottor Paolo Pesci; il dottor Angelo Di Mola è stato riconfermato, appunto, presidente della Commissione Odontoiatri e recente è la sua nomina a presidente CAO Regionale. Nella Commissione Odontoiatri è entrata poi la dottoressa Claudia Rabajotti.
Nel ripresentarci abbiamo ancora una volta privilegiato i rappresentanti delle categorie, integrandoli con figure non sindacali e accogliendo consiglieri e "revisori" più giovani, al fine di preparare le "nuove leve" alle problematiche dell'Ordine. Occorre della propedeutica e gavetta ordinistica.

Le elezioni si sono svolte in due riprese perché è mancato il quorum dei votanti, equivalente a un numero di poco superiore a mille (1018), in prima battuta, si sono raggiunte poi 757 presenze (24,8%) al voto. Ci consoliamo, ma non troppo, è così in tutta Italia, ma ciò non ci giustifica, e ci siamo chiesti le motivazioni dell'assenteismo ormai cronico. Gli odontoiatri hanno però raggiunto il quorum alla prima tornata.
L'Ordine non è sentito dai medici, ma immaginiamo che non esistesse, e non lo avessimo come riferimento, al dilagare del non rispetto delle regole scritte nel Nuovo Codice di Deontologia Medica. Saremmo senza punti di riferimento su quello che si può fare, e non si può fare, nel rispetto dei principi regolatori della professione medica. Solo chi è ordinista da anni sa cosa bolle in pentola.
Ci sono state le elezioni per il comitato centrale. La lista Bianco targata FIMMG ANAAO SUMAI ha avuto pieno successo. A Roma, più che da noi, l'appartenenza sindacale, le frammentazioni politiche, le spinte laiche e non, si sono fatte sentire. Nella nostra realtà il sindacato ANAAO, così forte in tutta Italia, non manifesta a Parma i suoi muscoli e le sue potenzialità, anche se noi ne abbiamo considerato una consistente rappresentanza. Da noi l'Università è altamente rappresentata mentre a Roma è totalmente dimenticata. Chiederò al Presidente Nazionale di che politica si tratta.

Frer
Sono in preparazione le elezioni per il rinnovo della FRER, su nove Ordini in Emilia Romagna due sono nuovi presidenti (Aulizio di Forlì e Grossi di Rimini). La FRER, che si è già espressa su medicina e ambiente, potrebbe avallare la nostra iniziativa dei "cartellini" di riconoscimento, già realizzati dagli odontoiatri di Parma, che i medici nelle case di cura e nei poliambulatori dovrebbero appuntare sul camice per dare trasparenza, credibilità e uniformità in tutta l'Emilia Romagna, dato il pendolarismo vigente e la frammistione di professionalità nel nord Emilia. Potremo anche istituire una commissione regionale sulla pubblicità, così da costruire delle regole che la legge Bersani ha travolto.

Comunicazione
Continueremo la pubblicazione di Parma Medica e del notiziario con informazioni pratiche e possibilmente tempestive. Nelle pubblicazioni e nelle informazioni ai colleghi, vedremo di attivare di più la parte telematica. Avete anche visto il nostro sito rinnovato e la possibilità data a tutti di comunicarci le impressioni e le idee.
Dalla prima riunione del nuovo Consiglio è emersa la necessità di un maggior "occhio" ai problemi dei giovani. Siamo partiti quindi con la preparazione degli incontri del "martedì", aventi per tematiche (medico-legali, professionali, ecm, deontologia, fiscali, previdenza e assistenza) i problemi dei neo-laureati, degli specializzandi e di coloro che sono a 5 anni dalla laurea. Sono anni che aspettiamo che i giovani vedano nell'Ordine la loro casa affinchè non abbandonino, bruciati nella realtà, gli entusiasmi per questa professione.

Commissioni
Per affrontare i temi che la realtà sanitaria ci presenta abbiamo dato un taglio di maggior evidenza ai consiglieri, nominando per ogni commissione un responsabile, così da spostare la direzione appunto ad essi con successive verifiche delle attività da parte dell'intero Consiglio. Bisogna che i suddetti responsabili sentano come "proprio" l'Ordine. Abbiamo rafforzato le posizioni medico legali, aumentando l'impegno del prof. Cucurachi, che è il nostro consulente responsabile. Rimangono confermati inoltre il consulente legale l'avv. Giovanni Pinardi e la fiscalista dott. Alessandra Landi.
Queste le attuali Commissioni:

- Commissione Coordinamento Medicina Dipendenza e Medicina Convenzionata
- Commissione Formazione
- Commissione Pubblicità
- Commissione Deontologica
- Comitato di Redazione
- Commissione Esami di Stato
- Commissione Giovani Medici
- Commissione Pari Opportunità
- Commissione Ambiente
- Commissione Regolamento Interno Ordine
- Commissione Medicine Non Convenzionali

Le commissioni sono pronte e tre anni ci sono davanti per lavorare e aumentare la collaborazione. Il progetto è ambizioso e i membri delle commissioni ed i responsabili debbono operare in un clima di entusiasmo e di condivisione. Sto seminando il germe della collaborazione, non guardando quello che divide. Cosa non facile fra i medici. Bisogna esaltare il senso di unitarietà.
La commissione di formazione diretta dal prof. Roberto Delsignore ha già preparato ed attuato 4 eventi culturali sui temi: ischemie degli arti inferiori (Ugolotti, Saccani, Aimi), rapporti clinici tra psichiatria e medicina di base (Turrini De Ferri), epatiti virali (Ferrari Carlo), che hanno avuto un afflusso importante con alto livello dei relatori che hanno dato appassionato e disinteressato contributo. La commissione di medicina della dipendenza e convenzionata, coordinata dal dott. Ronchini, ha elaborato un documento in cui vengono esposte le criticità organizzative e dei rapporti fra colleghi (imbarbarimento) in un momento in cui lo spostamento sul territorio della gestione del malato necessiterebbe di una grande collaborazione con la dipendenza ospedaliera e/o universitaria, sempre più impegnata a risolvere le urgenze in medicina-chirurgia. Si è perso, caso mai ci fosse stato, il rapporto collegiale, con disguidi fra medici del medesimo comparto e medici di medicina generale questo si contrappone ai risultati clamorosi delle conquiste della medicina sul piano diagnostico e terapeutico.

Università
Abbiamo partecipato come Ordine alle assegnazioni delle Borse di Studio intitolate a Guido Erluison con la consegna delle stesse presso il Rotary. L'iniziativa ha

fatto capo al prof. Borghetti. Mi ha fatto piacere conoscere l'elevato livello scientifico di alcuni giovani ricercatori dell'Università e sarebbe auspicabile che l'Ordine potesse anche patrocinare iniziative che però necessitano di denaro e di organizzazione allo scopo di "arginare" la fuga dei cervelli. Vedremo il da farsi. Occorrerebbe una azione comune con l'Università, la facoltà di Medicina e il mondo economico. Non dovremo assistere alla fuga dei talenti. Il rapporto con l'Università è sostanzialmente tenuto in buona parte dal dott. Muzzetto e dai membri del CEST (universitari e ordinistici) come parte attiva nella attuazione degli esami di Stato e dai MMG e ospedalieri che come tutor valutatori sottopongono i giovani laureati ai tirocini valutativi. Questa pur imperfetta macchina degli esami di Stato è una oggettiva esperienza gratificante per gli insegnanti e gli allievi. È in atto e verso la conclusione il progetto di accordo fra Ordine - Università - Azienda circa un corso prelaurea per il 5° e 6° anno che avrà come attori i MMG che avranno anche la possibilità di tenere delle lezioni frontali all'Università. Fa parte del progetto anche l'inserimento del dott. Muzzetto quale docente di attività didattica integrativa nel corso di laurea di medicina per l'insegnamento dell'etica e della deontologia. Si tratta di un avvenimento molto importante. Si sono poste le basi per una costante "collaborazione" con l'Ordine, che interviene nella fase prelaurea a fare da ponte sia al ruolo della medicina generale nell'insegnamento, sia a sviluppare l'etica e la deontologia. Sarà anche nostro compito studiare con il preside la riattivazione della Commissione specializzandi che presente all'Ordine aveva fatto pensare ad un nuovo modo di affrontare la formazione e la utilizzazione degli specializzandi. Pensiamo che questa sia una strada volta all'ulteriore miglioramento della vita della nostra Università.

Istituzioni locali

Più volte da questo tavolo abbiamo dato il nostro assenso a che le istituzioni pubbliche (Comune e Provincia) ci dessero l'opportunità di partecipare nella CST e nella Commissione Sanità del Comune. Siamo entrati come sapete in punta di piedi nel CST ed abbiamo dato la nostra partecipazione di uomini ed idee nei vari PAL della salute,

ma il percorso di considerazione dell'Ordine all'interno degli organismi ed enti politici della "città" tarda a farsi sentire. Sembra che la gestione pratica della sanità non debba interessare l'istituzione primaria della medicina provinciale e che l'organizzazione politica ignori le valenze "professionali" del fare il medico. Gli interlocutori della sanità, anche a livello organizzativo, sono i medici di medicina generale ed i Pediatri di Libera Scelta, mentre meno ascoltati, anche perché divisi, sono i sindacati autonomi e non autonomi dei settori ospedalieri. Per dare il nostro contributo all'organizzazione dei servizi occorre che noi si sia all'altezza di dare un aiuto e che da parte delle direzioni aziendali ci sia la volontà di mettere in discussione i problemi. Il famoso discorso della concertazione. Da ultimo, e non è poco, è importante valutare il percepito dei cittadini sull'andamento dei percorsi sanitari da e per l'ospedale, da e per gli ambulatori specialistici, da e per gli ambulatori dei MMG. Con le aziende abbiamo contribuito alla realizzazione del servizio di pronto intervento del 118 nel paziente affetto da dolore toracico. Valutazioni critiche ma costruttive sull'utilizzo degli infermieri. E contributo critico alle esperienze delle ecografie nel campo della medicina generale e aspettiamo in questo settore i risultati del progetto sperimentale.
Siamo intervenuti su un laboratorio perché pubblicizzava l'esecuzione di prestazioni con lo sconto del 30%, l'abbiamo ritenuta una pubblicità improponibile per scorrettezze ed etica rispetto alle altre realtà laboratoristiche.

Pubblicità

Esiste sempre sul tavolo il tema etico di come fare informazione pubblicitaria. E' un tema complesso che le regole del codice deontologico non riescono a governare dato anche l'avvento dei siti internet, in cui qualche collega, autoreferenziandosi, asserisce titolarità di meravigliose terapie e diagnosi tecnologiche complesse favorendo illusorie speranze. La pubblicità sulla stampa mimetizzata dai colleghi che riferiscono di successi non personali, ma in modo occulto ancora autoreferenziandosi, con la partecipazione a congressi e convegni. Poi esiste il permesso di poter scrivere sulla targa o sui depliants le metodiche diagnostiche utilizzate e questo andrà regolamentato dalla commissione pubblicità, anche perché certe attività a tipo reclamistico le abbiamo "stigmatizzate". Liceità diverso da licenza. In questo settore invaso dall'immagine e dalla ostentazione di successi non valgono più le regole che ci siamo dati. La commissione deontologica dovrà affrontare i temi che la commissione della pubblicità presenta come possibili infrazioni al codice deontologico.
E' un campo arduo.

Bioetica

Abbiamo assistito in questo anno alla esposizione al pubblico di drammi umani sfociati nella scelta del protagonista o dal tutore di porre fine alla vita spesso ridotta ad una sopravvivenza drammatica. Noi abbiamo in mano due regole del codice deontologico: no all'accanimento terapeutico, no all'eutanasia. Ma sarà necessario che i medici crescano così da conoscere i temi e i limiti della questione. Dobbiamo darci noi il comportamento e le regole. Nel dramma e nelle polimiche che hanno invaso il Paese per la grande difficoltà del tema, non ci siamo schierati e il tutto è andato in

mano ai giudici ed ai politici. Si è verificato uno scontro frontale fra laici e cattolici con conseguenze etiche e conseguenze politiche. Ci sono state professioni di fede "cristiano cattolica", da chi cristiano cattolico non è, e professioni di laicità, in chi ne ha fatto una bandiera politica ed anticlericale.

Etica

Per un problema di etica abbiamo preso posizione contro il varo del Senato della Repubblica alla legge che abolisce l'obbligo di non denunciare l'immigrato clandestino.

Motivi etici ma anche la difesa della nostra comunità contro le malattie infettive e contagiose che gli immigrati possono portare a diffondere qualora non ricorrano con fiducia ai medici e operatori sanitari, non ci consigliano di ghettizzare tali persone. Consci che una regolamentazione va data ma non deve essere il medico a poter denunciare, salvi i casi di conoscenza di atti di violenza. Noi dobbiamo rispettare l'art. 3 del nuovo codice di deontologia medica che recita: "Doveri del medico: Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia,in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona".

Ogni Consiglio deve avere un progetto, il nostro è di applicare il Codice per una nuova medicina e per una nuova società. Un progetto che, attraverso le commissioni di lavoro e per iniziativa del Consiglio, permetta ai medici di compiere un passo avanti per migliorare il proprio essere di medico, non perdendo le radici della missione che ci eravamo preposti quando ci siamo iscritti alla facoltà di Medicina.

L'Italia è quel Paese democratico che è, anche per il grande apporto dei medici che hanno contribuito a tessere il connettivo del Paese. Ed il pensiero va a tutta l'opera silenziosa dei medici e infermieri che spesso retribuiti in modo precario compiono a rischio di giorno e di notte il loro lavoro con grande responsabilità.

STUDIO TERAPICO KAISER S.n.c.
POLIAMBULATORIO PRIVATO DI FISIOKINESITERAPIA
Direttore Sanitario Dr. Luigi Lagnerini - Medico Chirurgo, Medico Sportivo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Autorizz. Sanitaria n° 60047 del 26/04/01

POLIAMBULATORIO MEDICO
• Visite ortopediche
• Visite fisiatriche
• Diagnosi e cura delle patologie vertebrali

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

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

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

43100 PARMA - Via Trento, 15/A • Tel. 0521 773198 - Fax 0521 791316
www.studiokaiser.com • e-mail: stk@studiokaiser.com

Di Mola: "Grande impegno a tutela della libera professione"

Il Presidente dell'Albo degli Odontoiatri ribadisce lo sforzo passato, presente e futuro, a difesa dall'attacco del terzo pagante (convenzioni) e da altre figure professionali che potrebbero indurre in confusione il cittadino (vedi profilo dell'odontotecnico).

di Angelo Di Mola

Nei giorni 28, 29 e 30 novembre, in seconda convocazione, si è tenuta l'assemblea elettorale per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma. Sono stati confermati nella carica di presidente Tiberio D'Aloia, in quella di vice presidente Pierantonio Muzzetto, in quella di segretario Paolo Ronchini e tesoriere il dottor Paolo Dall'Aglio, odontoiatra.

Ma già il 7, 8 e 9 novembre, era stata rinnovata la Commissione dell'Albo Odontoiatri.
a Voi va quindi il mio sentito ringraziamento per aver partecipato così numerosi al momento elettorale. Infatti la Vostra puntuale adesione ha consentito a noi Odontoiatri di avere eletta la nostra Commissione Albo in prima convocazione.
Anche a fronte della presentazione di due liste contrapposte in quell'occasione, ci tengo a ribadire ancora oggi, personalmente e istituzionalmente, funzioni e responsabilità assunte e tuttora sostenute dalle Commissioni da me presiedute.
Gli Ordini sono Enti Pubblici, Organi Ausiliari dello Stato, che hanno il compito di controllo del rispetto delle regole in ambito medico ed odontoiatrico, rispetto cioè delle leggi e del Codice Deontologico che si pongono a salvaguardia della salute e a tutela dei colleghi.
I Sindacati e le Associazioni di categoria sono liberamente e autonomamente fondate da colleghi per e secondo i principi che sono enunciati nel loro relativo Statuto e Regolamento.
Il sottoscritto, insieme a tutti i membri della Commissione Albo Odontoiatri dello scorso mandato e di quello attuale, che grazie alla Vostra preferenza presiedo, è stato ed è per la difesa della libera professione. Difesa dall'attacco del terzo pagante (convenzioni) e da altre figure professionali che potrebbero indurre a confusione il cittadino (vedi profilo dell'odontotecnico) e non c'è titubanza su questo punto.
Quindi sia chiaro che il sottoscritto sia in sede ordinistica che sindacale si è sempre opposto e si opporrà ad ogni vessazione. Anche con il Vostro contributo, chiaramente e se lo vorrete: di fronte a decisioni importanti saranno convocate, infatti e come da nostra abitudine, assemblee per sentire il Vostro parere. E' stato così in passato (vedi Profilo dell'odontotecnico nel 2007) e così sarà per il futuro.
Del resto l'esito delle votazioni ha premiato il lavoro portato vanti in questi anni dalla Commissione, e di questo non posso che ringraziare tutti.

La commissione eletta nel corso della tornata elettorale è risultata composta da:
Dr. Dall'Aglio Paolo,
Dr. Di Mola Angelo,
Dr. Maffei Federico,
Dr. Pesci Paolo,
Dr.ssa Rabaiotti Claudia.

Successivamente, nel corso della riunione indetta, come da statuto, dal consigliere anziano Dr. Pesci Paolo, è stato designato, e quindi confermato, Presidente, su proposta del Dr. Pesci Paolo, il sottoscritto all'unanimità.
Di questi cinque nominati, i primi due eletti e cioè Dr. Pesci Paolo e il Dr. Dall'Aglio Paolo sono entrati anche nel consiglio dell'Ordine.
Poi, come segno di apprezzamento e stima nei riguardi della Commissione Odontoiatri, il Consiglio dell'Ordine ha all'unanimità deliberato l'ingresso nel Direttivo dell'Ordine del sottoscritto presidente della Commissione.
Un grosso ringraziamento, per l'impegno, la dedizione e la competenza, al Dr. Barbacovi Lorenzo, che diversi anni, facendosi onore, ha lavorato in questa Commissione e che purtroppo in questo turno è rimasto escluso per pochi voti. Ancora grazie.

Autorizzazioni
Il mio mandato ha avuto inizio con il gennaio del 2005. In quel periodo erano in atto i controlli della Commissione Ufficio Igiene per l'autorizzazione de-

gli studi odontoiatri, facendo seguito alla delibera regionale. Nella Commissione stessa erano presenti due rappresenatnti dell'Ordine non odontoiatri, ma visto che c'erano da visitare piu di trecento studi (370 per la precisione) ho ritenuto opportuno chiedere alla presidente della Commissione autorizzazioni dell'Ufficio Igiene, tramite il presidente dell'Ordine dei Medici di Parma, l'inserimento di un odontoiatra. La domanda è stata accettata ed è stato deliberato l'inserimento del sottoscritto in tale Commissione.
E' stato portato avanti un grosso lavoro: c'erano da visitare tutti gli studi per verificarne caratteristiche strutturali e normative, valutare il tutto e autorizzare oppure chiedere eventuali adeguamenti o integrazioni documentali, questo lavoro, che ha portato via tantissimo tempo e impegno, in quanto le commissioni giustamente venivano eseguite in orario di lavoro, adesso sono contento di poter dire che è finito.
Sono molto soddisfatto di come ha lavorato tutta la Commisssione e la ringrazio per l'attenta collaborazione e disponibilità a risolvere eventuali problemi interpretativi.
Cambiando discorso ma restando sempre nell'ambito dei problemi interpretativi è importante sapere
che le interviste o i redazionali su riviste a pagamento sono delle pubblicità mascherate.
Fate attenzione inoltre a non aderire a proposte di giornali che dietro pagamento vi fanno scrivere, perchè è stato deciso, a livello centrale, che tali comportamenti sono sanzionabili dal punto di vista disciplinare e denunciabili all'antitrast.
Vigilate poi che nei Vostri ambulatori vengano, per ogni figura, rispettati i mansionari. Questo vale anche per l'igiene orale che può essere eseguita solo da laureate in Igiene dentale, e non da assistenti alla poltrona che, ricordo, non possono assolutamente mettere le mani in bocca al paziente.
Massima vigilanza inoltre sul fenomeno prestanomismo: segnalateci i Vostri dubbi, al fine di poter attivare gli organi competenti per i controlli necessari.
Anche per i prestanomi si sono inasprite le norme: anche se assolti dal giudice possono essere sospesi o radiati dall'Ordine. Oltretutto il procedimento può andare avanti indipendentemente dal giudice del tribunale.
A tal proposito **ricordo che è obbligatorio avere il tesserino dell'ordine esposto**
Questo perché purtroppo pervengono con costanza notizie di stampa particolarmente preoccupanti in quanto riguardano comportamenti illeciti tenuti da odontoiatri allo scopo di lavorire l'esercizio abusivo della professione (cd prestanomismo).
In questo delicato campo dobbiamo essere assolutamente vigilanti ed intervenire per reprimere tali comportamenti.
Voglio ricordare che l'art. 8, della legge 175/92 prevede che: "Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere co di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore a un anno".
L'art. 67 del Codice di Deontologia medica prevede, inoltre, che: "E' vietato al medico collaborare a qualsiasi titolo o favorire, anche fungendo da prestanome, chi eserciti abusivamente la professione.
Il Medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione o di casi di favoreggiamento
dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente".
La Commissione Centrale Esercenti le Professioni sanitarie ha recentemente e chiaramente indicato la necessità di applicare la pena superiore prevista dalla legge 175/92 laddove venga dimostrato il dolo specifico del professionista.
Va invece applicata la norma deontologica della sospensione da uno a sei mesi laddove tale dolo non venga dimostrato (ad esempio: omessa vigilanza), mettendo in pratica quanto previsto dal già citato articolo del Codice.
Dobbiamo, ancora una volta, insieme, dimostrare di essere tutori della salute pubblica.

12 SETTEMBRE 2009: ORDINE DEI MEDICI E ANDI INSIEME PER L'ORAL CANCER DAY

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Parma in collaborazione con ANDI Parma, in occasione dell'Oral Cancer Day del 12 settembre 2009, ha organizzato un incontro sulla prevenzione, aperto a tutti i cittadini, che si terrà alle 20.30 presso l'Auditorium Paganini. Seguirà il concerto dell'Ensemble d'Arpe Floriana, diretto dalla professoressa Maria Chiara Bassi.
L'Ensemble d'Arpe Floriana è una straordinaria formazione orchestrale composta da ragazze che frequentano la Scuola d'Arpa all'Istituto Barbarigo di Padova. Le giovani arpiste, allieve diplomate, si esibiscono con arpe celtiche e classiche, dirette sin dal 2000 dalla Professoressa Maria Chiara Bassi.
Il gruppo già in passato ha partecipato a diversi scambi, manifestazioni culturali e tournée in Italia e all'Estero, riscuotendo sempre numerosi consensi di pubblico e di critica.
Il concerto, dal titolo Note per te vuole essere una dedica in musica a tutte le persone che lottano per la sopravvivenza, una carezza musicale per rendere meno amara la vita di chi soffre, un sorriso al valore inestimabile della vita.
Il ricavato del concerto sarà devoluto al centro Emato-oncologico-pediatrico dell'Ospedale di Parma, che lo destinerà alle cure per i bambini che soffrono di quelle patologie.

Quindi un esortazione particolare va a voi colleghi medici e odontoiatri: partecipate numerosi all'iniziativa, per dare un forte segnale di presenza e al tempo stesso una chiara testimonianza della vostra appartenenza.

Angelo Di Mola

Bilancio Preventivo 2009: approvato dall'assemblea degli iscritti

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

Dalla relazione del Tesoriere Paolo Dall'Aglio

In ottemperanza alle disposizioni di legge ed al regolamento per l'amministrazione e la contabilità del nostro Ente, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma ha approvato, nella seduta del 12 marzo 2009, il Bilancio di previsione per l'anno 2009.
Per l'anno 2009 la quota di iscrizione è stabilita in € 185,00 di cui € 23,00 è la quota di competenza della FNOMCeO.

Per quanto riguarda le entrate è previsto un avanzo di amministrazione al 31/12/2008 pari a € 420.608,00.

ENTRATE

Avanzo di amministrazione 2008	€ 420.608,00
Quote di iscrizione:	
a ruolo n. 3.265 quote a € 162,00	
a ruolo n. 235 quote doppia iscrizione a € 162,00	
n. 90 quote a esazione diretta a € 162,00	€ 581.580,00
Tasse per certificati, pareri e rimborsi vari	€ 2.000,00
Interessi bancari su depositi c/c	€ 10.000,00
Poste correttive e compensative (rimborsi vari)	€ 16.550,00
Entrate aventi natura di partite di giro	€ 174.265,00

Se per le entrate è abbastanza agevole la lettura del bilancio di previsione per il numero delle voci contenute, per le uscite essa risulta un po' più difficoltosa essendo le voci più numerose ed articolate.
Per facilitare la lettura le spese più significative che il Consiglio ha programmato per l'anno 2009 sono state raggruppate per categorie omogenee.

USCITE

Spese Organi Istituzionali

- Spese convocazione assemblea € 1.500,00
- Spese per assicurazioni:

sono in essere polizze assicurative per infortunio eresponsabilità civile dei componenti gli Organi Istituzionali € 13.000,00

- Spese per rimborso spese di viaggio:

E' compito del Presidente e dei Componenti il Consiglio partecipare a diverse iniziative di interesse professionale e culturale € 25.000,00

- Spese per indennità di carica e gettoni di presenza € 60.000,00

Spese per il personale dipendente

Spesa per stipendi, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. dei dipendenti degli enti pubblici non economici € 180.508,00
Contributi previdenziali e assistenziali personale dipendente € 35.000,00

Spese correnti

In questo titolo di bilancio rientrano diverse voci di spesa.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: "PARERE FAVOREVOLE ALL'APPROVAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO 2009"

In ottemperanza all'art. 2 comma 5 del Regolamento per l'amministrazione e la contabilità di questo Ordine è stata convocata la riunione del Collegio dei Revisori dei Conti per la valutazione dello schema del Bilancio di Previsione per l'anno 2009.
Nel Bilancio di Previsione sono stati rispettati i seguenti criteri:
Annualità: le entrate e le uscite sono riferibili all'anno in esame e non ad altri esercizi
Universalità: Le entrate e le spese sono state tutte iscritte in bilancio nel lo importo integrale
Integrità: le entrate e le spese sono iscritte senza riduzione per effetto di correlative spese o entrate
Pareggio finanziario complessivo. Viene rispettato il criterio del pareggio di bilancio.
Il Bilancio di previsione risulta inoltre redatto secondo principi di veridicità, correttezza nel rispetto delle norme e del Regolamento di amministrazione e contabilità per gli ordini locali e di coerenza fra la previsione, i documenti accompagnatori e il consuntivo dell'esercizio precedente. Il preventivo rileva un avanzo presunto al 31/12/2008 di € 420.608,00.
Alla luce di quanto sopra esposto il Collegio dei Revisori esprime il proprio parere favorevole all'approvazione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2009 nella stesura predisposta dal Tesoriere.

Dott. Matteo Curti
Dott. Francesco Renzulli
Dott.ssa Mariangela Dardani
Dott. Michele Meschi

Le più significative sono:
- Spese pubblicazione Notiziario e Parma Medica € 25.000,00
- Spese per eventuale stampa albo e abbonamenti riviste € 14.000,00
- Spese cancelleria e tipografia, noleggio fotocopiatrice € 19.680,00
- Spese di rappresentanza € 20.000,00
- Spese condominiali comprensive delle spese di riscaldamento € 10.000,00
- Spese per pulizie ordinarie e straordinarie € 15.000,00
- Spese per manutenzione macchine ufficio, attrezzature sono comprese le spese per i contratti di assistenza software € 25.000,00
- spese per manutenzione sede e trasloco € 14.000,00
- Spese postali e telefoniche € 9.000,00
- Spese per aggiornamento culturale e professionale € 40.000,00
- Energia elettrica, acqua e gas € 5.000,00
- Consulenze diverse

Saranno confermati i contratti già in essere nel 2008 e precisamente:
Avv. Giovanni Pinardi - consulenza legale
Dott.ssa Alessandra Landi - consulenza amministrativa e fiscale
Rag. Maria Cristina Catellani - consulenza del lavoro € 56.000,00
- Interessi passivi su mutuo ENPAM € 75.000,00
- Oneri previdenziali, tributari e altri obbligatori
- contributi previdenziali e assistenziali, lavoro assimilato a lav. Dipendente
- IRAP personale dipendente e lavoro assimilato a lav. Dipendente
-imposte, tasse e tributi vari € 32.500,00
- Spese varie emissioni ruoli € 15.000,00
- Fondo di riserva per stanziamenti insufficienti

Questo capitolo potrà essere utilizzato esclusivamente per integrare le eventuali necessità dei capitoli con storni deliberati dal Consiglio € 30.000,00
- Fondo di riserva per spese impreviste o straordinarie

Fondo obbligatorio ai sensi dell'art. 34 DPR 221/50 € 30.000,00

Spese in conto capitale

Acquisto macchine e attrezzature per uffici € 30.000,00
Accantonamento per estinzione anticipata mutuo € 200.000,00
Rimborso rata capitale mutuo ENPAM € 50.00,00

Partite di giro

- Spese aventi natura di partite di giro € 174.265,00.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PARMA

Andamento economico ultimo triennio

ANNO 2006	Entrate correnti 562.600,00 Uscite correnti € 446.000,00	+ 116.600,00
ANNO 2007	Entrate correnti € 585.600,00 Uscite correnti € 521.600,00	+ 64.000,00
ANNO 2008	Entrate correnti € 644.800,00 Uscite correnti € 861.000,00	Avanzo - € 216.200,00

Centro Medico Spallanzani

Poliambulatorio Medico e Punto Prelievi per ogni tipo di Analisi

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

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

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

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

POLIAMBULATORIO

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

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

Le rivoluzioni della medicina. Da Galileo alla biotecnologia

Dalla lezione magistrale del professor Cosmacini si desume che la "prima rivoluzione biologica" è coincidente con quella metodologica ed epistemologica di Galileo, una seconda è riferibile da un lato all'avvento delle "biotecnologie" e dall'altro al decollo delle "tecnologie biomediche".

di Giorgio Cosmacini*

Il termine "rivoluzione", mutuato dal campo politico ed economico, ha assunto nella storia della scienza il significato di un evento o processo nel quale un paradigma teorico più non regge all'assalto delle confutazioni sperimentali ed è quindi sostituito da un paradigma teorico nuovo, compatibile o coerente con i risultati di tali confutazioni e pertanto esplicativo di fatti altrimenti inesplicabili. Il paradigma innovatore resta valido fino a falsificazione contraria. In medicina il paradigma ippocratico-galenico, valido per due millenni, ha ceduto il passo, dal Seicento in poi, al paradigma della medicina sperimentale, definitivamente consolidato a metà Ottocento: un evento o processo veramente "rivoluzionario".
Nel campo extra-scientifico il termine "rivoluzione", sebbene inflazionato, ha avuto buoni motivi di applicazione, in età moderna, alla prima e seconda "rivoluzione industriale" (rispettivamente della macchina a vapore e dell'elettricità) e alla prima e seconda "rivoluzione politica" (rispettivamente francese e russa). Non diversamente, anche se con l'approssimazione sommaria che è propria delle categorie periodizzanti, nel campo medico-scientifico il termine "rivoluzione" è stato ritenuto appropriato a definire la "prima rivoluzione biologica", coincidente con quella metodologica ed epistemologica di Galileo (protrattasi fin oltre Claude Bernard).
Oggi può ritenersi altrettanto appropriato a definire una "seconda rivoluzione biologica", riferibile da un lato all'avvento delle "biotecnologie" e dall'altro al decollo delle "tecnologie biomediche".
L'avvento delle biotecnologie ha una data d'esordio ben precisa (come la scoperta dei raggi X da parte di Wilhelm Conrad Rontgen l'8 novembre 1896). E' datata infatti 7 marzo 1953 la descrizione strutturale del Dna (acido desossiribonucleico), materiale costutivo dei cromosomi nucleari e sede biomolecolare dell'informazione genetica. La descrizione, recante la firma congiunta dello statunitense James Watson e dell'inglese Francis Crick, fu pubblicata dalla rivista "Nature" il 25 aprile successivo.
Nello stesso periodo della scoperta di Watson e Crick, Renato Dulbecco (premio Nobel 1975) studiava le interazioni tra virus tumorali e materiale genetico delle cellule, e Rita Levi Montalcini (premio Nobel 1986) scopriva l'NGF o "fattore di crescita nervosa", molecola

BORGHI: ETICA E DEONTOLOGICA MEDICA IN UN CORSO DI LAUREA

Estratto dell'intervento del preside della Facoltà di Medicina e chirurgia, Loris Borghi, all'Assemblea dell'Ordine – Parte culturale.

Uno dei problemi che abbiamo come medici è quello di non avere più tempo per fermarci a riflettere. Si corre in continuazione: lo fanno i medici di Medicina generale, i medici ospedalieri, i medici della specialistica, i medici universitari. E se un medico non corre, oggi, rischia di essere tagliato fuori. Quindi tirando le somme: se i medici devono correre ciò potrebbe voler dire che c'è qualcuno che non vuole che si trovi il tempo per fermarsi a pensare.
Il merito dell'intervento del Prof. Cosmacini è quello di far emergere il Dna filosofico del medico ed è quello di averci fatto fermare a riflettere.
Anzitutto sul trionfalismo della scienza.
La Medicina è basata sulla scienza, ma non è una scienza, è anzi qualcosa di più. Il nostro ruolo di scienziati c'è quando un paziente si rivolge al medico e presenta problemi di carattere biologico-scientifico. Ma spesso il malato porta con sé problemi anche di carattere spirituale o psicologico di frequente legati alla malattia. E anche questi bisogna affrontare. Ecco allora che il trionfalismo della scienza, senza avere la consapevolezza che il paziente non è un oggetto ma un soggetto, può essere pericoloso per la nostra professione perché ogni giorno ci mette di fronte a una situazione per cui l'individuo e la società chiedono al medico l'impossibile. E diventa responsabilità del medico se non riesce a farlo, se non riesce cioè a risolvere qualsiasi tipo di problema (e da qui piovono molte denunce e la messa in discussione del ruolo che rivestiamo).
Allora è giusto chiedersi come possiamo uscire da questa situazione: correre e fare l'impossibile? Sono convinto che se il livello di consapevolezza delle motivazioni per cui siamo "nell'angolo" diventa un elemento acquisito, forse riusciremo non solo a difenderci, ma anche a uscire dall'angolo e dare un contributo a una concezione del medico diversa.
L'Ordine anche in questo senso è molto importante. L'Ente è un luogo ove tutti i tipi di medici possono incontrarsi e dove vige l'uguaglianza. C'è la necessità quindi che il suo ruolo cresca.
In nome del ruolo che rivesto, preside della Facoltà di Medicina, concludo dicendo poi che da parte nostra abbiamo fatto di tutto perché alcuni concetti che riguardano la medicina generale e la parte più etica e deontologica li abbiamo inseriti nel corso di laurea in Medicina e chirurgia.

DALLAROSA PRATI

regolatrice dell'accrescimento neurocellulare e coordinatrice dei sistemi nervoso, endocrino e immunitario che presiedono alla salute dell'organismo.
Crick era un fisico trentaquattrenne esperto di cristallografia (come cent'anni prima il chimico Pasteur); Watson era un venticinquenne biologo fisicalista, allievo di Salvador Luria (un torinese trapiantato nel Massachussets, premiato dal Nobel nel 1969) Erano ambedue convinti che la vita poteva essere compiutamente descritta e spiegata secondo le leggi della fisica (della fisica-chimica) senza il ricorso ad alcuna "forza vitale". Con le loro ricerche, premiate dal Nobel nel 1962, favorirono l'imporsi del paradigma fisico-chimico come modello esplicativo sia della riproduzione cellulare attraverso i geni collocati nei cromosomi, sia dell'informazione che tali geni trasmettono e sulla quale si basa il riprodursi della vita.
A partire dagli anni Sessanta, gli avanzamenti ulteriori delle conoscenze hanno reso possibile la nascita della "medicina molecolare" (di cui si è già fatto cenno), il cui obiettivo è stato in un primo tempo la messa a punto di tecniche sempre più raffinate e affidabili, atte a consentire il riconoscimento precoce delle malattie ereditarie.
In un secondo tempo l'obiettivo della "medicina molecolare", reso possibile dagli interventi della tecnicasulla natura vivente, cioè dalle ulteriori applicazioni pratiche delle biotecnologie (produzione in laboratorio di "organismi geneticamente modificati" dall'ingegneria genetica, è stato la sintesi di farmaci particolarmente utili, quali l'insulina umana, numerosi fattori antiemofilici, vari tipi di interferone. Quest'ultimo è una proteina rilasciata da alcune cellule infettate da virus che aumenta la resistenza di altre cellule sane all'attacco virale.
Si è aperta la strada alla "terapia genica". Nel 1986 Renato Dulbecco ha proposto, in un articolo pubblicato in marzo dalla rivista "Science", la mappatura del genoma umano. La proposta è diventata progetto – Human Genome Project – pilotato dapprima da James Watson e poi da Francis Collins, scienziato coordinatore di una ricerca pubblica internazionale alla quale si è affiancata nel 1998 la ricerca privata guidata dallo scienziato-manager Craig Venter. Il progetto è diventato realtà nel 2000, quando Collins e Venter, in data 26 giugno, hanno dato dalla Casa Bianca l'annuncio al mondo del compimento dell'impresa. A tale annuncio ha fatto eco il Presidente degli Stati Uniti, Bill Clinton, con la storica affremazione: "Oggi apprendiamo il linguaggio con il quale Iddio ha creato la vita".
Oggi è possibile studiare in termini biomolecolari lo sviluppo e il metabolismo di organismi viventi tra cui, al primo posto, l'uomo. La "medicina molecolare" è detta occuparsi "a fondo" dell'uomo sano-malato nel senso che ne disegna il profilo genetico per poi trarre dalla "carta d'identità genomica" le informazioni relative ai

suoi geni, ai pregi e difetti di questi e alle loro capacità o incapacità di utilizzare vantaggiosamente le eventuali correzioni dei loro "vizi d'origine".
Si parla di "rivoluzione copernicana" della medicina. Si prospetta la sostituzione dei geni viziati o malati con una loro copia sana. Oggi, e in un domani meno futuribile, si tratta di puntare su una terapia fondata su manipolazioni che aggiungano geni estranei contando sulla loro capacità di contrastare, contenere o annullare gli effetti nocivi dei cosiddetti "geni deleteri" o "geni del male".
Grazie alle biotecnologie, la medicina ci assicura un corpo umano ancora più longevo dell'attuale, peraltro con organi e tessuti sempre più attempati; ma a questo proposito ci promette di essere anche "rigenerativa" e ci garantisce che sarà capace di interventi non più "straordinari", ma "ordinari", i quali potranno, di volta in volta, sostituire gli organi logorati da questa o quella malattia o semplicemente logorati dall'inarrestabile scorrere degli anni.
Per realizzare tutto ciò, e per farlo su larga scala onde non creare disuguaglianze intollerabili ne campo della salute, è necessario avere a disposizione tessuti e organi in quantità e varietà sufficienti, il che non potrà essere realizzato se non attraverso cellule staminali più o meno totipotenti, in grado di fornire "pezzi di ricambio" alla macchina organica per il programmato tagliando dell'auspicabile "ringiovanimento". Siamo di nuovo, da un lato, all'ingegneria genetica e siamo, dall'altro, agli sviluppi più avanzati delle tecnologie biomediche.
Le predette tecnologie sono decollate negli anno Settanta con l'ingresso in medicina dell'elettronica e dell'informatica. Il computer ha rivoluzionato la fabbrica, l'ufficio, la casa; perché mai non avrebbe dovuto rivoluzionare l'ospedale, la clinica, l'ambulatorio, il laboratorio? Emblematica, la Tac (tomografia assiale computerizzata) ha introdotto nelle cose e nelle parole della medicina l'elemento di novità, la "macchina intelligente", la quale ha segnato un'ulteriore, decisiva, immissione di intelligenza (artificiale) nello strumentario del medico, pur non sostituendo l'intelligenza (naturale, culturale) di quest'ultimo. Ben si può dire, con il gusto del paradosso: "Benvenuta tecnologia, sei indispensabile però… dietro il computer ci dev'essere Ippocrate".
La "rivoluzione (bio)tecnologica" ha scosso la società, la cultura, la medicina dei paesi a modernizzazione avenzata. Per quanto attiene al campo chirurgico, basti citare, senza pretese di completezza, gli impianti di pace-maker, le protesi interne vascolari od ossee, le pompe infusorie della chemioterapia, i cateteri peridurali della terapia antidolore. Tutto questo apparato terapeutico non edaurisce o esaudisce, peraltro, tutto quanto il bisogno curativo del paziente cardiopatico, del malato di cancro, dell'uomo terminale. In tale contesto di alta tecnologia è importante, come e forse più che in passato, la figura del medico curante, elemento mediatore unificante nel rapporto tra la tecnica e il paziente, fra la macchina e l'uomo.
Per quanto attiene al campo farmacoterapico, l'elenco dei progressi compiuti sarebbe interminabile; qui basti dire che sono stati creati farmaci sempre nuovi, più efficaci, più puri e sicuri, somministrati anche con sistemi tecnologicamente sofisticati, quali spray nasali, cerotti transdermici, capsule a rilascio controllato. Anche in tale contesto la figura del medico curante ha importanza primaria, in quanto impedisce al paziente di compiere un grave errore: quello di credere di poter compensare la perdita di fiducia nel proprio medico con il fideismo, creduto vicariante, nel farmaco "guaritore". Non va dimenticato che spesso è il medico la prima e la miglior medicina.
Nell'ambito della tecnologia più avanzata, oggi siamo giunti alle "nanotecnologie" comprendenti microtrapianti, protesi miniaturizzate, interventi guidati da "nanovettori" o "nanosonde" che assumono la funzione nuovissima di "inviati speciali", esploratori delle parti più esterne e minute dell'intero corpo umano. Le diagnosi sempre più mirate e precise e le terapie sempre più perfezionate e specializzate fanno dunque della medicina una scienza esatta?
La medicina è dunque sul punto di realizzare il suo sogno multisecolare: diventare, da scienza empirica, scienza esatta?
Prima di rispondere alla domanda è opportuno riflettere su ciò che si intende per "scienza". Il termine è un'abbreviazione dei "conoscenza", nella fattispecie intesa come un saper coerente, organizzato secondo metodi e

principi rigorosi e con criteri propri delle diverse epoche storiche in cui si è sviluppato. La speculazione degli antichi è diversamente scientifica dalla sperimentazione dei moderni; la matematica euclidea è scientificamente diversa dalla matematica non euclidea. A partire dalla rivoluzione metodologica ed epistemologica del Seicento, il sapere scientifico si è configurato, quanto al metodo, in forma ipotetico-sperimentale e, quanto all'episteme di fondo, in forma logico-matematica. Galileo Galilei, protagonista di tale rivoluzione, si appellava alle ipotesi da convalidare "per sensate esperienze e per necessaria dimostrazione" e affermava che il "grandissimo libro" della natura, ivi compresa la natura umana, "è scritto in lingua matematica".
Le "scienze della natura", che hanno tra i loro oggetti l'organismo umano, hanno affiliato dal Seicento la fisica, dal Settecento la chimica e dall'Otto-Novecento la biologia onde spiegare l'organismo e descriverlo ai suoi vari livelli – macroscpico, microscopico, minimoscopico, nanoscopio – in termini matematico-meccanici, particellari, molecolari. Sotto questo aspetto fisica, chimica e biologia sono "scienze naturali" che riconoscono i metodi e i principi senza i quali, sempre al dire di Galileo, "il grandissimo libro [...] non si può intendere".
Ma l'organismo umano non è tutto l'uomo, il quale è oggetto anche di un sapere diverso, differenziato nelle "scienze umane". Queste si sono costituite a fine Ottocento, denominate al loro nascere "scienze dello spirito" in contrapposizione alle "scienze della natura" e poi chiamate via via con altri nomi – scienze della cultura, scienze storiche, scienze sociali -.
Una distinzione originaria tra scienze umane e scienze naturali è stata quella, proposta dallo storicismo tardo-ottocentesco, tra "scienze idiografiche", basate sul paradigma metodologico ed epistemiologico della "comprensione" storico-sociale, e "scienze nomotetiche", basate sul paadigma metodologico ed epistemiologico della "spiegazione" causale.
In Italia fu il clinico medico Achille De Giovanni (1838-1916), fondatore della Scuola costituzionalistica italiana, ad ambire alla sintesi in medicina tra il modello causalistico universalizzante (per cui la biologia è dovunque modellata sulle medesime leggi) e il modello storicistico individualizzante (per cui la clinica si confronta con i singoli malati, diversi l'uno dall'altro anche se affetti dalla stessa malattia). L'ambizione, delusa, di De Giovanni era quella di fondare una "scienza dell'individuale" in parallelo alla matematizzante "scienza dell'universale" (per cui due

più due fanno quattro dovunque) e basata sulla tipologia delle "costituzioni morfologiche" biometricamente studiate, intese quali ponti di collegamento tra la generalità biologica degli esseri umani e l'individualità clinica di ogni uomo malato.
Proprio quando, nel clima ideologico del positivismo scientista, si ambiva di fare della medicina una scienza, un medico e filosofo come Karl Jaspers (1883-1969) sottolineava l'evidenza di come in medicina fosse importante, oltre alla "spiegazione" dei fatti, la "comprensione" dei significati.
Il medico e il malato si trovano uniti da un legame prevalentemente umano, non scientificamente fondato; per questo è fondamentale che il medico abbia sempre presente che nella sua attività la spiegazione scientifica sia sempre accompagnata dalla consapevolezza che gli accadimenti patologici del suo malato hanno un senso che egli deve comprendere.
Su questa falsariga la medicina tende a configurarsi come un intreccio teorico-pratico tra le scienze naturali (fisica,chimica, biologia), con cui essa si rapporta ai fatti patologici che la malattia induce nell'organismo, e le scienze umane (psicologia, sociologia, antropologia), con cui essa si rapporta ai significati psicosociali, umani, che la malattia induce nella persona malata. E' una configurazione compendiata nel "modello biopsicosociale", indicante tre diversi livelli di un approccio globale unitario all'uomo sano-malato. A questo approccio integrale fa riferimento il termine antropologia medica.
L'antropologia medica qui considerata non ha l'accezione di un confronto sui problemi della salute e della malattia tra culture diverse e distanti (antropologia culturale), ma ha l'intenzione di una "scienza dell'uomo" mirante a una comprensione piena, volta a compensare l'accentuarsi in medicina dell'unilaterale ricorso alle spiegazione fornite da questa e quella "scienza della natura".
Ciò appare tanto più vero per l'area di un sapere – quello medico – che, come s'è visto, si colloca per così dire "a cavaliere" tra i due grandi gruppi di scienze, trattandosi di un sapere vuoi "naturalistico", vuoi "umanistico", strutturato in tal caso come comprensione dell'uomo sano-malato in termini non settoriali, ma globali: l'organismo somato-psichico, l'individuo psicosociale, la persona umana.

**Medico, laureato in filosofia. Primario dell'Istituto Scientifico Ospedale Maggiore di Milano – Insegna Storia della Sanità nella Facoltà di Lettere e filosofia dell'Università degli Studi di Milano.*

GEMINI

GEMINI

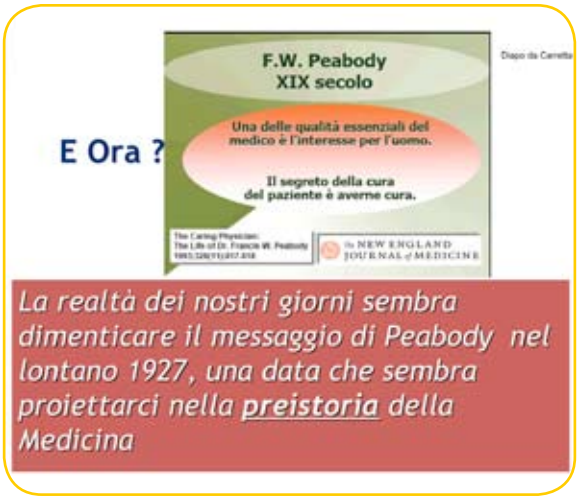
Muzzetto: comunicazione e relazione in Medicina

Il Vicepresidente dell'Ordine nella sua relazione asserisce che "l'essere medico che agisce in sintonia coi principi della buona cura è alla base di un corretto rapporto fra medico e paziente".

di Pierantonio Muzzetto

I nostri anni si stanno delineando come quelli in cui si sente maggiormente il peso della frammentazione dei saperi come conseguenza della iper - specializzazione, esempio della parcellizzazione dello scibile, il cui decorso verso la verità porta a considerare sempre più aspetti fra loro complementari ma numericamente aumentati.
La tendenza è perciò verso una sempre maggiore capacità d'analisi a discapito della capacità di sintesi che porta a considerare il paziente come oggetto della prestazione medica piuttosto come persona nella sua entità. Conseguenza estrema è certamente quella della "spersonalizzazione" del malato.
Il riverbero del rapporto medico paziente si riporta al rilievo che sempre più si instaura il silenzio fra "impari", il medico, appunto ed il paziente, che, nonostante si sia entrati nell'ottica della gestione condivisa del bene salute, il rapporto viene falsato proprio dalla sempre più ridotta conversazione ove ascolto e comunicazione diventano esigui artifizi nel percorso di cura.

Come in un quadro effigiante una natura morta, si assiste all'inanizione del rapporto medico paziente che viene meglio definito dalla "neutralità" piuttosto dall'atteso rapporto sodale. Con la conseguenza che, sempre nell'ambito della metafisica medica, la parola viene consegnata agli esseri inanimati, la cartella, gli esami, il monitor, così da far dire che si riconosce una sorta di "parola assegnata" consegnandola ad esempio all'esame diagnostico che "ha facoltà di parola".
Dunque neutralità quale sinonimo di irritualità e di distorsione del sodalizio fra chi cura e chi viene curato. Una sorta di "umanizzazione dell'oggetto inanimato", in un rapporto snaturato tra medico ed esame diagnostico, fra medico e cartella clinica, fra medico e computer. Cui consegue una sudditanza verso la tecnologia spinta marginalizzando l'atto medico così da far dire che il medico, tanto, non visita più.
Un passaggio che sancisce l'avvento della medicina silenziosa, evocante il silenzio non solo dell'animo ma soprattutto del rapporto in cui impera la tecnocrazia e la comunicazione essenziale, con ovvia modifica della tipologia del lavoro nella nuova "società del rischio".
Ed il Carneade dei nostri tempi è la "comunicazione" nella riduzione continua del "tempo Medico", considerando il tempo in cui l'ascolto, la comunicazione, l'informazione e la formazione del rapporto di cura diventava il caposaldo del rapporto fiduciale fra il medico ed il malato.
Il dottor Francis W. Peabody nel secolo XIX sentenziava "One of the essential qualities of the clinician is interest in umanity, for the secret of care of patients is caring for the patients": ove proprio quel prendersi



cura del paziente sta a significare rimettere in discussione i principi della cura - non cura del paziente. Quel mordi e fuggi dell'assistenza surrogata dall'economicismo modaiolo e poco sensibile ai reali bisogni di chi stia male. Un messaggio non della preistoria, quello di Peabody, ma un messaggio sempre attuale, che ci viene da lontano, ben prima dell'avvento di Nostro Signore: dunque non è preistoria ma storia, vera e sempre più attuale.
L'insegnamento ci viene da tanto tempo fa e quello del rapporto ottimale col paziente lo ritroviamo in Ruphus di Efeso nel I° secolo d.C., quando nei suoi Actii Medici postulava che il relazionarsi col paziente portava alla miglior risposta in termini di risultato della cura.
Ma ora, viviamo, per dirla con Karl Kasper, nell'"Età della Tecnica" ove i pericoli delle distorsione e delle distrazioni sono in agguato: siamo nell'era dell'Azienda ed impera il suo verbo, viviamo in una società "farmaceutizzata" in cui l'uso non proprio ortodosso del farmaco tende a contraddistinguerla. Così come subiamo gli influssi di un'imperante burocrazia, anche mentale nello stesso individuo, e l'incomunicabilità la fa da padrona.
E la conseguenza è la sempre più aspra visione del paziente oggetto e del medico tecnocrate.
Quello che faceva dire a J.Katz che viviamo in "The silente world of doctors and patients", insomma in una storia infinita di "silenzio". Mancando una fattiva comunicazione ne consegue una ridotta informazione con modifica dei comportamenti sia individuali che collettivi.

Il verbo della nuova medicina è, per i puristi, agire nel rispetto dell'economia ma, per i puritani, diventa sinonimo di de-professionalizzazione, di tendenza al profitto quali elementi limitanti il patto fiduciale fra medico e paziente teso a sollecitarne piuttosto la sfiducia. Ossia il massimo dell'incertezza nel cammino diagnosi e della cura.
Seguendo Ippocrate e secondo le sue direttive su cui si è fondata e si fonda la medicina moderna si può ragionevolmente fondare il convincimento che "laddove vi sia filantropia là c'è filotecnia" ma anche, come logica conseguenza sillogica, che non v'è medico che non sia anche filosofo".
Parlando della caduta del rapporto nel percorso di cura si riscontra il fatto che l'insoddisfazione del malato si fonda sulla convinzione di essere poco ascoltati o addirittura inascoltati, come anche nell'iter della condivisione si sia portati a non capire allorquando vengano usati termini roboanti e per molti poco comprensibili. E l'evocazione di Moliére nel suo Malato Immaginario calza a pennello, molto spesso sottintendendo, taluni termini spudoratamente utilizzati non tanto una scienza comprovata, quanto una impreparazione di fondo ed una insicurezza dell'attore.

Ed allora c'è da chiedersi quale siano le caratteristiche della buona

Poliambulatorio Privato di Medicina Fisica e Riabilitazione
M.F.R
Centro Emiliano
Aut. San. n°143773 del 11-11-2002
Convenzionato con il sistema sanitario nazionale
certificato UNI EN ISO 9001: 2000
Piazzale Santo Stefano, 3
43100 PARMA
Tel. 0521 287893
Fax 0521 039714
Direttore Sanitario
Dott. Paolo Lorenzini
specialista in fisiokinesiterapia
specialista in medicina dello sport

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

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

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

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

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

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

comunicazione che si oggettivano in semplici principi metodologici: quando cioè vi sia una vicendevole comprensione, soddisfazione reciproca, acquisizione e comprensione dei messaggi e dei contenuti. Nella buona compliance fra impari, il medico ed il malato, sta la soddisfazione, ove "compliance" sia condivisione vera e completa.
Così l'insoddisfazione qualora non sia fatta salva una buona e corretta comunicazione si considera tanto maggiore quanto sia cattiva la comunicazione e lo è rispetto a qualsiasi competenza tecnica anche elevata: a tale conclusione giunse R. Buckman nel suo "La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi" del 1992 e ancor prima nel suo "Cosa dire? Dialogo col malato grave" nel 1990.
Certamente, nel considerare l'ambito della comunicazione e dell'informazione nella pratica clinica, si deve valutare l'aspetto della discrezionalità del medico ed il diritto inalienabile del malato al quale deve essere garantito l'ascolto che diventa fondamentale e fondante nell'attivazione del processo che, partendo proprio dall'incontro, arriva alla comunicazione ed all'informazione.

Questo passaggio è in linea con l'aspetto evolutivo della medicina dell'ultimo secolo, caratterizzata dall'aspetto fondante della ricerca biologica, identificandone proprio nella biologia molecolare il paradigma del XX° secolo e segnando il passaggio ideale verso il contenuto della "relazione" che diventa il paradigma del XXI° secolo.
Un invito, perciò, al dialogo, alla parola con i contenuti oggettivi e con l'espressione dell'empatia medica. Seguendo Robert L. Stevenson vissuto nella seconda metà del XIX° secolo si può affermare che "le bugie più crudeli sono quelle spesso dette in silenzio", quasi che l'incomunicabilità e l'esercizio della non risposta segni uno stato di instabilità continua e insinui sempre più intimamente il germe della sfiducia vicendevole.
Va ricordato Jean Paul Sartre, uno degli scrittori, in

un certo qual modo, più discussi dell'inizio secolo, e filosofo, il quale peraltro rifiutò il Nobel per la letteratura asserendo "Non voglio essere letto perché Nobel ma solo se il mio lavoro lo merita" e "nessun uomo merita di essere consacrato da vivo". Egli in uno dei suoi passaggi filosofici dell'essere e del nulla era solito affermare: "E' vero che non sei responsabile di quello che sei, ma sei responsabile di quello che fai di ciò che sei".

<< E' vero che non sei responsabile di quello che sei, ma sei responsabile di quello che fai di ciò che sei>>

Jean Paul Sartre

L'essere è sempre in relazione a come ci si oggettivi e per ciascun medico la sua "espressione quotidiana", ossia il suo modo d'agire, diventa una responsabilità oggettiva: come dire che l'essere medico che agisce in sintonia coi principi della buona cura è alla base di un corretto rapporto fra medico e paziente, in una sorta di sublimazione dell'essere e del divenire, essendo medico di nome e di fatto.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

POLIZZE RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICI

RC POSTUMA ILLIMITATA

RETROATTIVITÀ ILLIMITATA

TUTELA LEGALE CON MASSIMALE ILLIMITATO

FORMULA YOUNG
SCONTO 25% PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DA NON PIÙ DI 3 ANNI

Agenzia TiAssicuro srl
via Trieste 39 - PARMA
Tel. 0521 27 27 53
info@tiassicuro.net

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

Porta il coupon in Agenzia ed avrai diritto a tariffe agevolate

Forte richiamo dell'Ordine al rispetto tra colleghi

I lavori della Commissione dipendenza-convenzionata hanno evidenziato come necessario un intervento ordinistico al fine di ricordare i principi di collegialità, colleganza e di corretta gestione amministrativa della cosa pubblica e sanitaria.

La commissione ordinistica della medicina della dipendenza e di quella convenzionata ha fornito al consiglio una serie di argomentazioni che sono state trattate nel corso delle riunioni.
E' stato così elaborato un primo documento che è frutto dell'analisi della complessa situazione e dei rapporti intercorrenti all'interno del mondo medico ospedaliero e territoriale, da cui deriva un appello volto ad evitare che si abbia un vero e proprio imbarbarimento dei rapporti fra medici a tutto discapito degli ammalati.
Sono state evidenziate alcune "criticità in essere", e, proprio analizzando i rapporti esistenti fra ospedalieri, medici di famiglia (mmg) e specialisti ambulatoriali, nonché fra classe medica ed Aziende Sanitarie, sono stati evidenziati elementi di "difficoltà oggettiva" che sono sempre più presenti e si sono progressivamente aggravati nel corso di questi ultimi anni.
E' stata concordemente evidenziata da tutti i componenti della commissione una situazione di disagio e sono state portate le esperienze dei componenti dei due mondi professionali, peraltro in linea con quelli già espressi dalla precedente commissione che ha lavorato durante lo scorso mandato ordinistico.
La commissione ha altresì segnalato uno stato di profondo disagio all'interno della categoria medica, stigmatizzando il fatto che i rapporti sono andati via via deteriorandosi a causa della condizione lavorativa sempre più incentrata sul rispetto di parametri "esteriori", che ben poco hanno a che vedere con la professione medica.

Tale evenienza è conseguenza in parte delle pastoie burocratiche ed amministrative in cui si trovano i medici nella quotidianità, ma anche di altre cause, che vedono quella preminente nella richiesta di comportamenti nell'espletamento della professione configgenti in molti casi con gli stessi Principi della Deontologia Medica.
E ciò vale nel mondo della medicina generale, dell'ospedale, in quella della specialistica convenzionata e nel privato.
Molti sono gli aspetti pregnanti che vengono segnalati e che sono relativi ad esempio alle difficoltà di comunicare sia verbalmente che telefonicamente; ma anche alla ben poca cura del rispetto dei principi di collegialità o di colleganza tra colleghi, che si manifesta anche nel momento della visita specialistica, così come nell'atto prescrittivo o di cura.
Esiste una continua e snervante diatriba sulla deburocratizzazione, come anche sulla gestione dei malati critici, così come della gestione dei ricoveri ospedalieri dei malati cronici o dei pazienti acuti ed urgenti. Od anche delle dimissioni protette e difficili, dei tempi d'attesa delle prestazioni diagnostiche specialistiche o dell'utilizzo sempre più diffuso nell'assistenza degli specializzandi e dei medici pensionati, quando diventa attuale e pressante il problema del precariato e della disoccupazione dei giovani medici.
La disamina della commissione evidenzia anche un altro degli aspetti significativi, che in ogni caso necessitano di approfondimenti ulteriori, ed è quello della comunicazione fra medici di famiglia e specialisti ospedalieri in cui il trait d'union è spesso lo stesso paziente, sballottato fra gli uni e gli altri risultandone quanto mai disorientato, con responsabilità equamente divisibili.
L'attenta ed accorata analisi fatta sulla situazione in cui versa la medicina pubblica deve però far meditare tutti i medici non escluse le stesse amministrazioni, la cui responsabilità nella situazione lavorativa del personale medico non è sicuramente secondaria, volta com'è alla quadratura del bilancio che comporta scelte dolorose e spesso non condivisibili, perché espressione di un economicismo spinto piuttosto che relative a scelte di mera economia sanitaria.
Ad essa sono rivolte molte delle doglianze del personale e ciò è anche relato al fatto che il clima di lavoro non sia certamente idilliaco e le incomprensioni fra chi gestisce e chi cura sono molto spesso

causa di grosse ed ulteriori tensioni, spesso dovute al timore proprio del clima che potrebbe essere considerato finanche intimidatorio.
C'è una profonda insoddisfazione, si ha il dovere di segnalare, fra il personale per le direttive "imposte" ed anche, esemplificando, le stesse Circolari Regionali emanate in tema di rintracciabilità delle prescrizioni diagnostiche, sebbene conseguenti ad apposita richiesta dell'Agenzia delle Entrate, contribuiscono ad accentuarla.
Nella prosecuzione dell'analisi non si manca di evidenziare la cronica carenza organizzativa e di risorse umane all'interno degli ospedali, situazione, questa, che costringe ad un ritmo di lavoro innaturale, e che certamente non incentiva un rapporto umano improntato alla serenità, all'ascolto ed alla comunicazione, mancando proprio quello che è definibile come tempo medico indispensabile. Ciò ovviamente comporta un immancabile ulteriore aumento del grado di incomprensione e di tensione cui può corrispondere un' accresciuta litigiosità fra i professionisti. Molto v'è da fare, secondo quanto viene detto, per migliorare la situazione che, se lasciata a se stessa, potrà condurre a conseguenze invero poco gestibili ma non per questo ora evitabili. Ma quello su cui ci si sofferma e si calca la mano è proprio la conflittualità che cresce e si aggrava quando vi siano elementi estranei alle persone e legate agli strumenti di lavoro quotidiano come, ad esempio, quando vi sia un oggettivo ritardo nell'approvvigionamento ed aggiornamento strumentale, anche più semplice, oppure nell'informatizzazione all'interno dell'ospedale o negli stessi ambulatori degli specialisti esterni. O come quando vi sia, banalizzando, una limitata quantità di ricettari regionali a disposizione dei medici o sia ostacolata la semplice stampa computerizzata delle prescrizioni a causa di scarsità di stampanti idonee, prolungando oltremodo i tempi di rilascio delle richieste.
In apparenza banalità, si diceva, ma limitazioni insormontabili per certo verso che ostacolano il percorso di cura del paziente e, dunque, non più tanto banali riverberandosi sul giudizio non sempre positivo che il cittadino esprime sulla sanità pubblica.
Errori metodologici ne sono stati fatti anche in fase di progettazione edilizia ed organizzativa dell'ospedale appena edificato, quando, per rispondere alla moderna impostazione open space del lavoro si sono limitati i luoghi idonei di comunicazione o di accoglimento riservato del paziente o dei colleghi, accolti nei corridoi o fra il chiacchiericcio delle persone che lavorano.
La cosa riveste i caratteri di gravità anche in relazione alla necessaria e dovuta riservatezza del rapporto fra medico e paziente e fra medico e familiari o fra colleghi; come anche per la custodia di carte e documenti, compresi i ricettari: anche questo è motivo di disorientamento, una non tanto larvata poca considerazione o vera e propria sensazione di disistima per il lavoro degli operatori, pur sempre espressione concreta di una ridotta vivibilità professionale in ospedale e negli ambulatori.
Limitare il configgere è pertanto un imperativo categorico e diventa compito precipuo dell'Ordine richiamare tutti gli attori del processo di cura ad un'osservanza deontologica, a cui non sono estranei anche quei medici che svolgono la mansione di amministratori, pena proprio l'imbarbarimento dei rapporti lavorativi.
Essere medici comporta anche degli obblighi e ad essi ci si deve richiamare nel quotidiano, consci che da un comportamento altamente etico possa scaturire una buona medicina.

L'Ordine allo scopo di risolvere i problemi sollevati dalle categorie è disponibile ad ulteriori e documentati approfondimenti delle singole tematiche.

Testo a cura dell'Ufficio stampa dell'Ordine

saluser s.r.l.

Laboratorio di Ricerche Immunologiche e di Analisi Chimico-Cliniche battereologiche

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

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

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

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

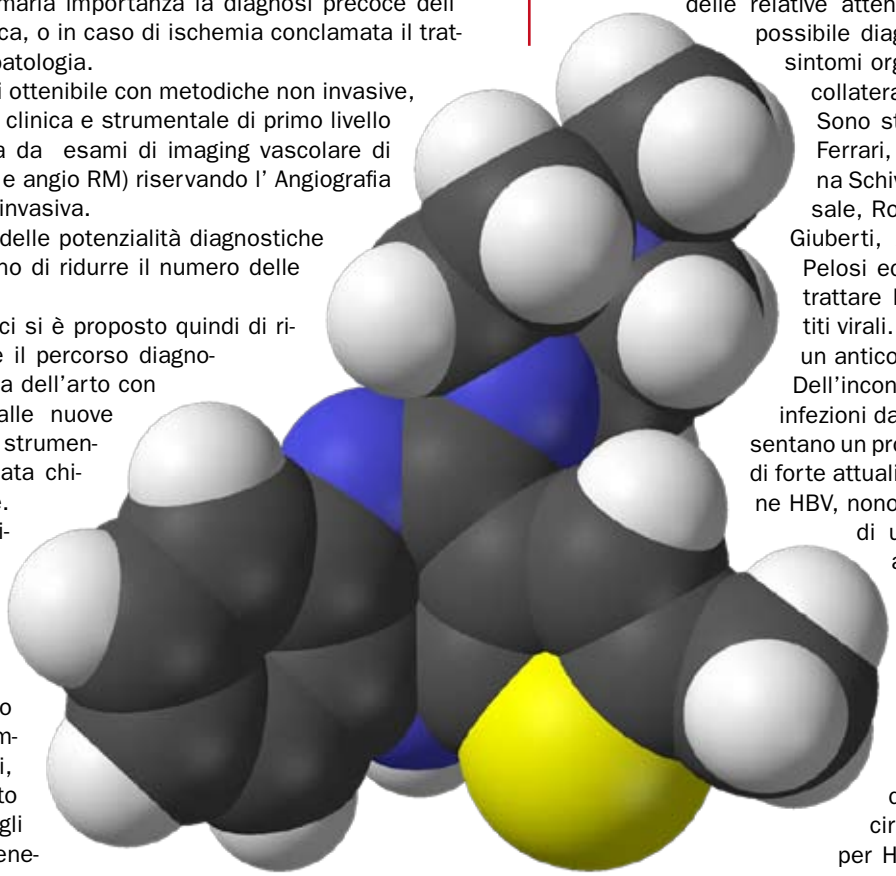
Viale Bottego, 3 - 43100 Parma (Pr)
Tel. e Fax 0521 772 620
www.saluser.it - e-mail: info@saluser.it

Il nuovo ruolo della medicina nucleare? Rispondono i "Martedì dell'Ordine"

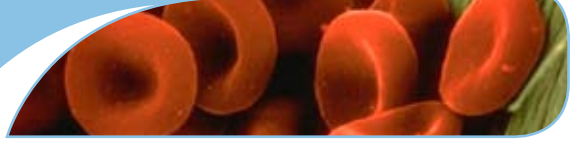
Dalla diagnosi e trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori ai rapporti clinici tra psichiatria e medicina di base, fino al nuovo ruolo della medicina nucleare. Una ricca stagione formativa dell'Ordine dei medici di Parma ha caratterizzato il primo semestre dell'anno.

di Antonella Del Gesso

Un ricco ciclo di appuntamenti dei "Martedì dell'ordine", dedicati alla formazione dei medici, ha caratterizzato il primo semestre dell'anno. Fitto di convegni e di contenuti. In particolare negli ultimi quattro incontri si è cercato di rispondere ai quesiti più frequentemente posti dai medici in merito alla diagnosi e trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori, ai rapporti clinici tra psichiatria e medicina di base, alle epatiti virali e al nuovo ruolo della medicina nucleare.
Le serate si sono svolte nella sala convegni della nuova sede dell'Ordine in via Po.
Per quanto riguarda le novità in merito alla diagnosi e trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori sono intervenuti come relatori i medici Giuseppe Ercolini, Stefano Sanni,Carlo Percudani, Giovanni Aimi, Ugo Ugolotti e Stefano Saccani. La sintesi della serata è che l'arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori è una manifestazione della malattia aterosclerotica frequentemente associata al diabete. Essa si sviluppa prevalentemente in sede popliteo-tibiale ed è spesso causa di una ischemia critica ad elevato rischio di amputazione d'arto. Il salvataggio dell'arto in questi pazienti si ottiene con la rivascolarizzazione chirurgica (convenzionale e/o endovascolare), con rivascolarizzazione chirurgica + terapia medica adiuvante o, nei pazienti non rivascolarizzabili, con la terapia medica.
Alla luce dei risultati insoddisfacenti della terapia farmacologica, ha acquisito un ruolo di primaria importanza la diagnosi precoce dell' ischemia in fase pre critica, o in caso di ischemia conclamata il trattamento integrato della patologia.
La diagnosi precoce, oggi ottenibile con metodiche non invasive, si basa sulla diagnostica clinica e strumentale di primo livello (ecocolordoppler) seguita da esami di imaging vascolare di secondo livello (angio TC e angio RM) riservando l' Angiografia alla fase terapeutica mininvasiva.
La corretta applicazione delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche consentono di ridurre il numero delle amputazioni d' arto.
Nell'ambito della serata ci si è proposto quindi di ripuntualizzare la clinica e il percorso diagnostico dell' ischemia critica dell'arto con particolare riferimento alle nuove metodologie di indagine strumentale e di terapia combinata chirurgica ed endovascolare.
I rapporti clinici tra psichiatria e medicina di base sono stati poi trattati, dai medici Franco Giubilini, Giuliano Turrini, Stefano Fontana, Alberto de Ferri, Stefano Del Canale, Samuele Lambertino e Stefano Ghidini, in due serate. L'argomento principe è stato quello degli antidepressivi di nuova generazione (SSRI, SRNI, NaSSA) e le Benzodiazepine.
Il corso d'aggiornamento si è proposto di fornire elementi teorici di richiamo alla conoscenza delle molecole e l'illustrazione degli elementi di rischio possibili nei trattamenti, attraverso riferimenti ai temi della psicopatologia corrispondente della clinica dell' ansia, delle forme depressive, delle loro complicanze più frequenti e dei quadri di comorbilità con situazioni organiche, anche attraverso l'esemplificazione di esperienze cliniche.
Sia le BDZ che gli Antidepressivi possono interferire con condizioni organiche o con altri trattamenti in atto; possono inoltre indurre alterazioni della condotta e dello stato psichico derivanti dal generarsi di fenomeni d'abuso e dipendenza; nella pratica quotidiana registriamo sempre più frequentemente abusi ed utilizzi incongrui di alcuni farmaci da parte di utenti che travisano o distorcono le indicazioni date dal curante. E' il caso di alcune benzodiazepine e per altri versi anche di antidepressivi. Ci si è proposto quindi l'obbiettivo di produrre una maggiore comprensione del fenomeno ed l'opportunità di affrontare i temi della psicopatologia, delle interazioni tra farmaci, delle relative attenzioni da tenere della possibile diagnosi differenziale tra sintomi organici propri ed effetti collaterali delle terapie.
Sono stati poi i medici Carlo Ferrari, Luca Sacchelli, Simona Schivazappa, Gabriele Missale, Roberto Bretoni, Tiziana Giuberti, Antonietta Valli, Guido Pelosi ed Elisabetta Biasini, a trattare l'argomento: "Le epatiti virali. La gestione attuale di un antico problema".
Dell'incontro è emerso che le infezioni da virus epatitici rappresentano un problema socio-sanitario di forte attualità. Per quanto concerne HBV, nonostante la disponibilità di un vaccino preventivo altamente efficiente, esistono attualmente al mondo oltre 350 milioni di portatori infettati cronicamente dal virus, fra i quali si realizzano circa 200.000 casi di morte all'anno per cirrosi e circa 300.000 per HCC. In Italia la preva-



lenza di infezione è significativamente diminuita negli ultimi decenni attestandosi al di sotto dell'1%, ponendo il nostro paese in una situazione di bassa endemia. Negli ultimi anni tuttavia si è registrata una riemergenza del problema epatite B in Italia, osservandosi un aumento delle nuove infezioni, soprattutto legate a trasmissione sessuale in soggetti non protetti dal vaccino, ed un aumento delle infezioni di importazione. Anche la gestione clinica dei pazienti con infezione da HBV è profondamente cambiata negli ultimi anni a seguito dell'avvento di nuove molecole anti-virali e allo sviluppo di tecniche diagnostiche molecolari sempre più avanzate per la valutazione della cinetica di replicazione di HBV e l'identificazione di mutazioni virali di resistenza ai farmaci. Queste nuove acquisizioni hanno reso sempre più complessa la gestione delle problematiche cliniche relative alle infezioni da HBV, creando il rischio di un utilizzo inappropriato dei farmaci disponibili, con la conseguente possibilità di selezione di resistenze crociate capaci di rendere il virus rapidamente resistente alle molecole disponibili attualmente, rappresentate dal PEG-IFN, citochina ad attività sia anti-virale che immunostimolante, e dagli analoghi mucleot(s)idici, ad azione esclusivamente antivirale.
Nel caso delle infezioni da HCV, la mancanza di un vaccino proteggente costituisce un importante problema, accentuato da fatto che le infezioni acute decorrono solitamente in modo asintomatico ed evolvono nella maggioranza dei casi in cronicità. Nonostante l'assenza di un vaccino, i nuovi casi di epatite acuta da HCV sono diminuiti negli ultimi anni, grazie ad una maggiore cultura sanitaria e all'adozione delle norme universali di protezione individuale contro le infezioni parenterali. Si continua tuttavia ad osservare in Italia, sotto forma di nuovi casi di epatite cronica, cirrosi ed HCC, la coda di una vera e propria epidemia di infezioni da HCV occorsa decenni or sono a seguito dell'uso di presidi sanitari non sufficientemente sterilizzati. La prevalenza media di infezione si attesta oggi intorno al 3%, con livelli più elevati nel sud dell'Italia. Inoltre, la maggioranza delle epatopatie croniche in Italia (oltre il 50%) riconoscono oggi nell'infezione da HCV la loro causa. Per esse esiste attualmente una terapia standardizzata, costituita dall'associazione di interferone alfa peghilato e ribavirina, che risulta efficace nel curare oltre il 50% dei casi di infezione. Studi recenti hanno inoltre fornito importanti informazioni per individualizzare l'utilizzo di tali farmaci, ottimizzandone il dosaggio e la durata di somministrazione, in relazione al genotipo virale infettante, alla carica virale presente al momento dell'inizio della terapia e al tipo di risposta iniziale alla terapia.
Utilizzando come spunto una serie di quesiti posti dai medici di famiglia sugli aspetti delle infezioni da HBV e HCV ritenuti più importanti, sono stati analizzati nel corso dell'incontro i problemi più attuali relativi ad epidemiologia, storia naturale, diagnostica, terapia e prevenzione di tali infezioni, allo scopo di condividere le modalità di gestione delle patologie associate a tali infezione e coordinare gli interventi messi in atto a livello di medicina di base e di medicina specialistica ospedaliera.
Infine, il "Nuovo ruolo della medicina nucleare: dall'imaging funzionale alla terapia mirata al bersaglio" è stato argomentato dai medici Livia Ruffini, Mario Scali, Caterina Ghetti, Maura Scarlattei, Carla Cidda.
Secondo i relatori la Medicina Nucleare rappresenta il paradigma del concetto di imaging funzionale mediante le immagini, ricavate con specifiche apparecchiature (SPECT-PET), della distribuzione di un tracciante radioattivo all'interno di un tessuto biologico.
Le metodiche diagnostiche di Medicina Nucleare consentono pertanto di passare da una mera definizione morfologico-anatomica di una struttura ad una caratterizzazione di tipo metabolico-funzionale: un'eventuale alterazione dell'assetto metabolico si presenta assai più precocemente rispetto ad un'alterazione anatomica e la possibilità di visualizzare tale cambiamento rende l'imaging medico-nucleare insostibuile nella valutazione funzionale di un tessuto biologico.
Nel corso dell'incontro sono state illustrate le nuove potenzialità della disciplina sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista tecnologico.
Nel settore terapeutico (Terapia radiometabolica) l'innovazione terapeutica è oggi rappresentata da trattamenti sempre più indirizzati a bersagli ("target") tumorali specifici spesso presenti nella sola cellula neoplastica e non nel tessuto sano.
La terapia mirata al bersaglio ("targeted therapy") ha come target uno specifico elemento della cellula cancerosa con elevata selettività risparmiando i tessuti normali e riducendo quindi gli effetti collaterali. Nel corso dell'incontro è stata illustrata l'implementazione di nuove procedure terapeutiche per pazienti affetti da linfoma e per il trattamento radiometabolico palliativo del dolore da metastasi ossee.

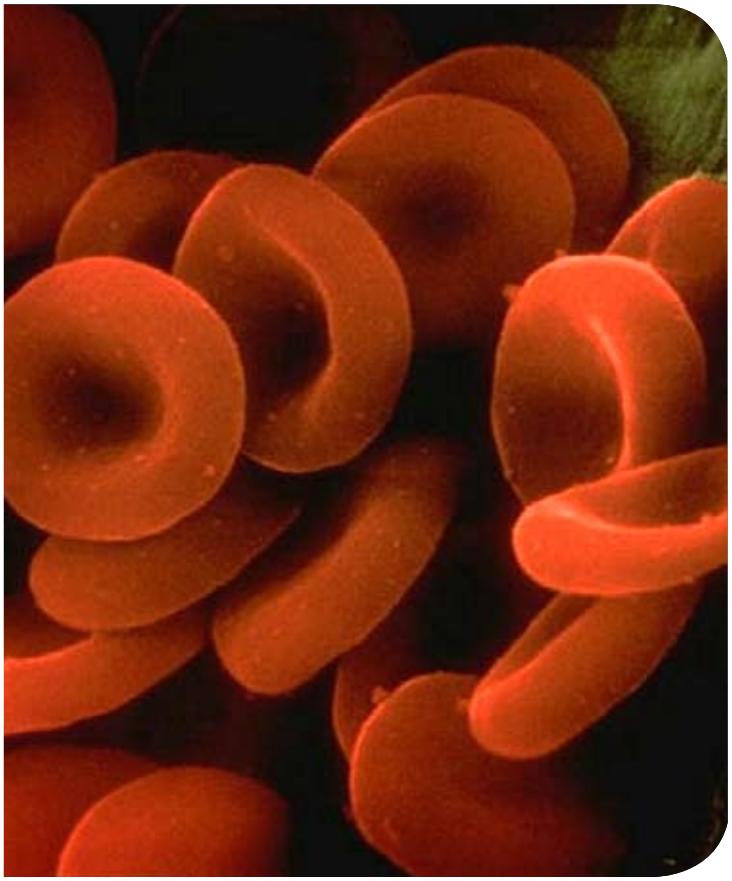


Emoglobinopatie: è importante una accurata diagnostica

Per i disordini ereditari della sintesi dell'emoglobina è fondamentale una prevenzione consapevole: perché contribuisce a ridurre la nascita di soggetti affetti forme cliniche severe.

di Mariella Mercadanti*

Le emoglobinopatie, disordini ereditari della sintesi dell'emoglobina, sono distinte in due gruppi principali: le talassemie caratterizzate dalla assente o ridotta sintesi di una o più catene globiniche strutturalmente normali (difetti quantitativi) e le varianti strutturali, comunemente denominate emoglobine patologiche, caratterizzate dalla sintesi alterata di una o più catene (difetti qualitativi). Esiste poi un terzo gruppo, le varianti strutturali con fenotipo talassemico, caratterizzate da una alterazione strutturale e da una sintesi deficitaria della emoglobina anomala (difetto quali-quantitativo), che presentano un fenotipo ematologico simile a quello delle talassemie, come ad esempio la Hb Lepore e la Hb E.
Le emoglobinopatie costituiscono le patologie ereditarie monogeniche più frequenti nel mondo: interessano i paesi del bacino del Mediterraneo, l'Africa, il Medio Oriente, il Sud-Est Asiatico. Di solito un pannello limitato di mutazioni geniche contraddistingue le varie aree geografiche, quindi è importante, alla luce dei flussi migratori transcontinentali che interessano anche la nostra nazione, avere informazioni sulla zona d'origine dei pazienti.
In Italia le zone storicamente endemiche sono le regioni insulari ed il delta Padano, tuttavia uno studio epidemiologico condotto sulla popolazione afferente al nostro laboratorio, nell'arco di 20 anni, dal 1985 al 2005, ha evidenziato una incidenza di β-talassemia eterozigote classica sovrapponibile a quella rilevata nelle zone storicamente endemiche, con un picco massimo del 23.2 % negli anni '80 che scende all'11.3 % nel 2005. L'incidenza di varianti strutturali ha mostrato un costante progressivo aumento negli anni, raggiungendo la percentuale del 5.1% nel 2005.



Le talassemie comprendono un vasto panorama di quadri clinici: da un lato le forme asintomatiche del soggetto eterozigote, il portatore sano, dall'altro le condizioni gravi del soggetto omozigote trasfusione-dipendente, con quadri intermedi di varia gravità e complessità diagnostica.
Al momento le varianti strutturali note, registrate nel database of Human Hemoglobin Variants and Thalassemias sono 983: di queste solo il 30-40% provoca patologie, mentre le rimanenti sono asintomatiche. Le forme più gravi sono le sindromi falcemiche, quali la Hb S in forma omozigote (la Hb S eterozigote è asintomatica), la HbS in eterozigosi con altre varianti come la C o la D, seguite dalle emoglobine instabili e dalle emoglobine ad alterata affinità per l'ossigeno. Tra queste ultime si annoverano varianti rare che non vengono rilevate nè in HPLC, nè in migrazione ma solo mediante analisi molecolare dei geni globinici, ricercate sulla base del sospetto clinico.
La diagnostica delle emoglobinopatie è complessa in quanto possono coesistere nello stesso soggetto più difetti. Ad esempio nella talassodrepanocitosi è presente una variante, la Hb S associata ad un difetto talassemico della catena β che configura la condizione di doppia eterozigosi per HbS/β-talassemia. Possono anche coesistere due difetti talassemici, sostenuti da mutazioni diverse, a carico delle due diverse catene β come nella talassemia intermedia, oppure possono essere presenti contemporaneamente un difetto della catena β, un difetto della catena β e la presenza di una variante, quale la Hb S o la Hb C. Per questa diagnostica esistono due livelli di indagine, un I livello svolto dai laboratori di base che attuano uno screening e laboratori di II livello che eseguono indagini di approfondimento avvalendosi di metodiche sofisticate nell'ambito della biologia molecolare. Il laboratorio di primo livello svolge un ruolo fondamentale di filtro nel discriminare quando una indagine è conclusa in modo univoco senza necessità di ulteriori accertamenti e quando invece è necessario ricorrere al II livello. Infatti da un lato non deve lasciarsi sfuggire casi complessi che richiedono approfondimenti, dall'altro non deve ricorrere inutilmente al livello specialistico con aggravio di lavoro e dispendio di risorse.
Lo screening per la determinazione delle frazioni emoglobiniche normali e patologiche viene eseguito con metodica cromatografica (HPLC: cromatografia liquida ad alta prestazione), metodo raccomandato dalle linee guida internazionali, che ha sostituito da parecchi anni la tradizionale migrazione elettroforetica, in quanto più precisa ed accurata, riservando l'utilizzo della tecnica

elettroforetica per eventuali tests di conferma. Anche se nella pratica corrente viene utilizzato il termine foresi dell'emoglobina per richiedere questa indagine, così come altre terminologie, quali ricerca emoglobine patologiche, dosaggio della Hb fetale, dosaggio della A2, è buona norma che il richiedente verifichi sul referto l' indicazione del metodo con cui viene eseguita.

Per la diagnosi di beta-talassemia eterozigote, che rappresenta la condizione più frequente nella nostra popolazione, esiste un marcatore caratteristico, rilevabile al primo livello, costituito dall'aumento significativo, oltre il 4 % della frazione A2, che, in presenza di microcitemia o lieve anemia microcitica, consente nella maggior parte dei casi una diagnosi definitiva. Valori di Hb A2 compresi fra 3.3-3.9% vanno valutati caso per caso. La β- talassemia omozigote, caratterizzata da una grave anemia normocromica o lievemente microcitica, generalmente diagnostica nei primi anni di vita, presenta una elevata percentuale di Hb F (80-90%) con valori di HbA2 normali, bassi o aumentati, assenza o piccola quota (10-20%) di Hb A.

A differenza della β-talassemia, per la β-talassemia non esiste un marcatore patognomonico rilevabile al primo livello; il sospetto di un difetto β viene posto in presenza di microcitosi dopo aver indagato ed escluso altre cause di microcitosi, quali carenza marziale, β-talassemia eterozigote, flogosi cronica, e confermato al II livello diagnostico. Poichè le catene alfa sono regolate da quattro geni, sono meno frequenti, specie nella nostra popolazione, le forme gravi sostenute dalla mancanza di tre geni, che configurano la malattia da Hb H, clinicamnte assimilabile alla talassemia intermedia, ove tuttavia il primo livello può rilevare la presenza della frazione anomala Hb H.

Riguardo alla diagnostica delle varianti, quando lo screening rileva la presenza di una frazione emoglobinica anomala, è necessario utilizzare tests di conferma per identificare la variante e definire una diagnosi certa. La combinazione di alcuni tests (elettroforesi a pH alcalino e acido, test di falcizzazione, ricerca corpi inclusi intraeritrocitari), consente la diagnosi di certezza per le Hb S e C, mentre per altre varianti meno comuni è possibile solo una indicazione di probabilità, ricorrendo al II livello per l'identificazione strutturale e funzionale.

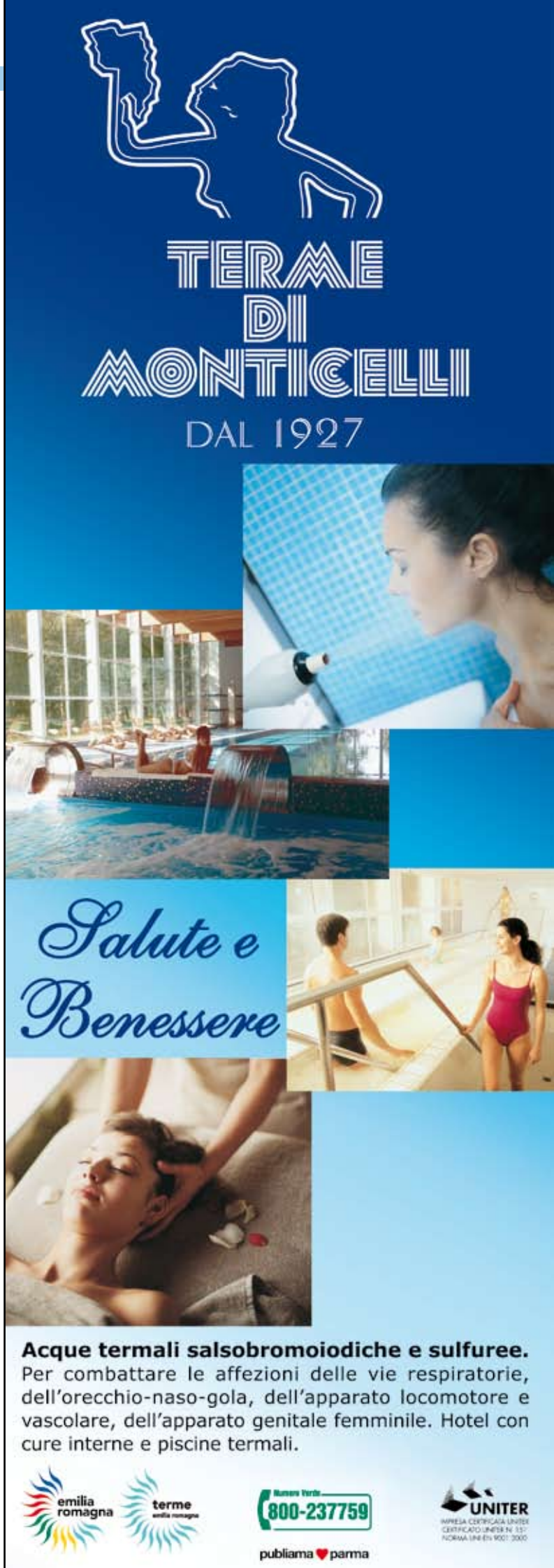
La diagnostica delle emoglobinopatie che rientra nella diagnostica differenziale delle microcitosi/anemie microcitiche viene richiesta sulla base delle alterazioni emocromocitometriche ma anche sulla base dell'anamnesi che deve comprendere la zona d'origine del paziente, poichè indici eritrocitari nella norma non escludono la presenza di una variante in forma eterozigote, come nel caso della Hb S.

Ricordiamo infine che questa diagnostica ha un risvolto eugenetico fondamentale poichè l'individuazione del soggetto eterozigote, cioè del portatore asintomatico, costituisce il primo passo per attuare una prevenzione consapevole atta a ridurre la nascita di soggetti affetti dalle forme più gravi.

* *Diagnostica Emato-Chimica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma*
Associazione Donne Medico Italiana-Sezione di Parma

Note bibliografiche

1. Old JM. Screening and genetic diagnosis of haemoglobin disorders. Blood Reviews 2003; 17 (1): 43-531
2. Galanello R, Eleftheriou A, Traeger-Synodinos J, Old J, Petrou M, Angastiniotis M. Prevention of Thalassaemias and other Haemoglobin Disorders. Nicosia: Thalassaemia International Federation Publ.; 2003
3. Mercadanti M, Caleffi A, Monica C. Incidenza di emoglobinopatie in una zona "non endemica". RIMeL/IJLaM 2007; 3: 256-261.



Specializzandi di Pediatria di Parma: un impegno per la denutrizione infantile

In Sierra Leone il 38 per cento dei bambini al di sotto dei 5 anni è denutrito. Per loro un progetto che è consistito nella messa a punto di un alimento ipercalorico e iperproteico, chiamato la "Pappa di Parma".

A cura di Raffaele Virdis
(con le Specializzande in Pediatria del Progetto Sierra Leone)

Nel maggio scorso si è tenuta presso la sede della "Fondazione Cassa di Risparmio di Parma" la presentazione dei risultati ottenuti, dopo 1 anno di lavoro in Africa, del progetto "Trattamento della malnutrizione grave e sua prevenzione nella popolazione infantile di età inferiore ai 5 anni in Sierra Leone".
Il progetto, ideato da alcuni docenti della Facoltà di Medicina e chirurgia, ha coinvolto la Scuola di Specializzazione in Pediatria, docenti delle Facoltà di Medicina, Agraria e Ingegneria, e lo staff del Centro Pediatrico di Emergency a Goderich, in Sierra Leone.
La realizzazione del progetto è stata resa possibile dal generoso contributo della "Fondazione Cassa di Risparmio di Parma", che aveva già sostenuto il programma di trattamento delle ustioni all'esofago causate nei bambini della Sierra Leone dall'ingestione di soda caustica, sempre presso il Centro Chirurgico dell'Ospedale di Emergency a Goderich, e portato avanti da alcuni anni dal Professor Sandro Contini.
Il progetto è consistito nella messa a punto di un alimento ipercalorico e iperproteico, chiamato la 'Pappa di Parma', da parte dei ricercatori del Dipartimento di Sanità Pubblica e della Facoltà di Agraria ed Ingegneria, per i bambini denutriti, da preparare direttamente sul posto con alimenti facilmente disponibili nel paese. In Sierra Leone il 38 per cento dei bambini al di sotto dei 5 anni è denutrito (dati UNDP – United Nation Development Program - Report 2007) e ha scarse chances di sopravvivenza. Per la sua originalità, il progetto "-Sierra Leone" è stato premiato l' anno scorso con un attestato di benemerenza in occasione del Premio San Giovanni 2008.
L'alimento, un RUTF – ready to use therapeutic food (alimento terapeutico pronto per l'uso)- ha il vantaggio rispetto a quelli costosi del commercio, di essere preparato con quanto è disponibile sul mercato locale a prezzo nettamente inferiore. Questi alimenti terapeutici devono avere la caratteristica di essere completi dal punto di vista nutrizionale oltre che ipercalorici ed iperproteici, devono essere gradevoli al palato infantile e ipervitaminici perché il bambino denutrito ha bisogno di quantità di vitamine ed oligoelementi ben maggiori dei LARN consigliati per una normale crescita. La "Pappa di Parma", in particolare, è a base di pasta di arachidi (di ottimo sapore e ricca di proteine e grassi vegetali), zucchero, olio di palma (il preferito per l'alimentazione in gran parte dell'Africa sub-sahariana), latte in polvere ed un integratore di vitamine preparato appositamente per la "pappa" su indicazione dei nutrizionisti che hanno sviluppato sia la ricetta sia il modo più semplice per prepararla, con risorse limitate e senza macchinari particolari. Le altre importanti caratteristiche dei RUFT sono la resistenza alla contaminazione batterica, perché il contenuto idrico è minimo e non necessita di aggiunta d'acqua per la preparazione, la lunga conservazione anche a temperatura ambiente (tropicale!) e la possibilità di consumarlo subito senza cottura o preparazione culinaria. Proprio l'assenza di acqua ha reso queste preparazioni nettamente superiori ai latti dietetici e completi dal punto di vista nutrizionale per bambini malnutriti (F-75 e F-100), facilmente contaminabili.
Il programma nutrizionale è stato realizzato grazie all'invio al Centro pediatrico di Goderich di medici

specializzandi in Pediatria, che hanno affiancato il personale di Emergency nelle attività assistenziali.
Da giugno 2008 a oggi, si sono alternate in Sierra Leone sei dottoresse, in ordine di partenza: Marta Verna, Blandina Pagano, Rosa Vitale, Maddalena Petraroli, Ilda Alessandra Mele, Giulia Cremonini e Francesca Monti, che ha appena iniziato la sua missione. Altri sono in lista di attesa e continueranno il progetto almeno per tutto il 2010.
Le sei Specializzande già tornate hanno trascorso 3-4 mesi al Centro pediatrico di Goderich dove hanno iniziato la produzione della "Pappa di Parma" insegnando a medici e infermieri come prepararla, confezionarla in "bolle" di plastica e alle madri come somministrarla. Hanno inoltre prestato assistenza pediatrica a centinaia di bambini che ogni giorno affluiscono agli ambulatori dell' ospedale di Goderich, e che riempiono il reparto pediatrico, realizzando così un' esperienza professionale di prima linea (e qualità) difficilmente ripetibile.
A un anno dall' inizio del progetto, è stato trattato con la "Pappa di Parma" un centinaio di bambini gravemente denutriti. Il prodotto, cremoso e dolce, è stato molto gradito. Le mamme, rassicurate anche

dal fatto che la pappa veniva realizzata con prodotti acquistati al mercato locale, hanno fornito una collaborazione preziosa garantendo la continuità del trattamento a domicilio, il più delle volte una capanna fatta di fango e foglie o di lamiera. Nell' arco di 14-30 giorni i bambini denutriti, alimentati con la "Pappa di Parma", hanno recuperato il proprio peso corporeo raggiungendo i valori normali in maniera duratura. Diverso il comportamento dei bambini alimentati con le sole procedure del tradizionale Feeding program (circa 140). Nell'ambito di questo, un programma pure sostenuto con i finanziamenti della "Fondazione Cassa di Risparmio di Parma", gli specializzandi pediatri di Parma hanno svolto un' intensa opera di educazione sulle mamme per abituarle a preparare i pasti utilizzando prodotti locali, facilmente reperibili al mercato o sul territorio e inizialmente forniti con i finanziamenti della Fondazione . La povertà, l' analfabetismo, la rassegnazione, la mancanza di alternative portano molto spesso queste mamme a non fare scelte, ad accettare tutto, anche di "alimentare" il proprio bambino con sola acqua. Nei bambini seguiti con il Feeding program, il recupero del peso è stato più lento; e in alcuni di essi non è avvenuto, al punto che hanno dovuto essere alimentati con la "Pappa di Parma" raggiungendo infine l' obiettivo di un peso adeguato.
La "Pappa di Parma" non solo sta ridando la vita ai figli delle mamme della Sierra Leone, ma ha rappresentato una vitale alternativa alle

miserie quotidiane. Alcune madri hanno incominciato ad andare al mercato (cosa che non facevano prima...) per rifornirsi di olio di palma , arachidi e zucchero, gli alimenti base della "Pappa di Parma" e provare a farla in casa artigianalmente.
Il programma di rialimentazione continua. I prossimi obiettivi sono: l' autonomia del personale locale nella preparazione della "Pappa di Parma" e la sua diffusione in altri distretti della Sierra Leone. A questo proposito sia i nostri missionari Saveriani sia altre associazioni onlus hanno manifestato un grande interesse.
Inoltre una volta finito il progetto parmense e l'invio di specializzandi, il programma alimentare e la preparazione della "pappa" potranno essere continuati dall'ospedale di Emergency utilizzando mano d'opera locale.

parma medica

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

Direttore Responsabile
Dr. Tiberio d'Aloia

Direttore Editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione
Giornalisti
Antonella Del Gesso

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

Art Director
Pietro Spagnulo

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

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

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

Presidente
Dr. Tiberio D'Aloia

Vice Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Segretario
Dr. Paolo Ronchini

Tesoriere
Dr. Paolo Dall'Aglio

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

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

Commissione Odontoiatri
odontoiatri@ordinemedicidiparma.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

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

I nostri lutti

PARMA MEDICA

Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus

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

Prof. Delio Bottazzi
Di anni 76
Deceduto 22 Dicembre 2008

Dott. Giuseppe Guidi
Di anni 66
Deceduto il 2 Gennaio 2009

Dott. Luigi Butturini
Di anni 51
Deceduto 10 Marzo 2009

Dott. Gianfranco Alberti
Di anni 81
Deceduto il 14 Marzo 2009

Dott. Lanfranco Pesci
Di anni 79
Deceduto il 21 Marzo 2009

Dott. Carlo Scarabello
Di anni 76
Deceduto 15 Maggio 2009

Dott. Marcello Sommi
Di anni 28
Deceduto il 21 maggio 2009

studio associato di radiologia del

Dott. Pasta

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

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

Autorizzazione Sanitaria n.142593 del 7/11/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

RADIOLOGIA
TAC
MAMMOGRAFIA
ECOGRAFIA
ECOCOLORDOPPLER
ISTEROSALPINGO-GRAFIA
RMN

Digitale
Tradizionale
Dentale
Dentale Maxillo-facciale

Convenzionato con
FASI - CASSA INTESA

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

Autorizzazione Sanitaria n.142593 del 7/11/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

Dott. Giulio Sergio Pasta
Specialista in Radiologia

Dott. Giovanni Maria Conti*
Specialista in Radiologia

Dott. Cesare Moschini
Specialista in Radiologia

Dott. Giulio Pasta
Specialista in Radiologia

Dott. Claudio Tosi
Specialista in Radiologia

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

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

CAP SERVICE
Da più di 20 anni al vostro servizio

FINANZIAMENTI PERSONALI A TUTTE LE CATEGORIE

CONVENZIONATI INPDAP PER CESSIONE PENSIONATI

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

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

UIC n° A4201

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

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

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

REPARTI DI RICOVERO

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

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

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

SERVIZI AMBULATORIALI

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

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

ECOGRAFIA
- Dr. Raffaele Tarzia
- Dr.ssa Gloria Repetti
- Dr.ssa Adele Bianchi
- Dr. Matteo Pesenti Barili

FISIOKINESITERAPIA
- Dr.ssa Mele Anna Maria

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
- Dr. Federico Cioni

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- Dr.ssa Stefania Liatopoulou

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

UROLOGIA
- Dr. Mauro Biagini

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

ENDOCRINOLOGIA
- Dr. Emanuele Ciccarone

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

SERVIZI AMBULATORIALI

CARDIOLOGIA
- Dr. Bernardini Bernardino
- Dr. Angelo Finardi

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

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

CHIRURGIA
- Dr. Medici Costantino

OCULISTICA
- Dr. Giovanni Baratta

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

OTORINOLARINGOIATRIA
- Dr. Guido Bacchi
- Dr. Paolo Vignali

PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA
- Prof. Alessandro Rabinovici

NEUROLOGIA
- Dr. Giovanni Messa

ORTOPEDIA
- Dr. Massimo Cattani
- Dr. Walter Valisnieri

MEDICINA INTERNA
- Dr. Tullio Poli

Check-up di base
Check-up personalizzato

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