

Ausl e Azienda ospedaliera: “Pronte a reggere l’urto pandemico”

Il 14 novembre si è svolto un convegno sull'influenza AH1N1, organizzato dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Parma, a coronamento dell'Assemblea ordinaria annuale.

IN QUESTO NUMERO:

D'Aloia: “L'Ordine a salvaguardia dell'etica e della deontologia medica”

Crisi: meno pazienti dai dentisti. Di Mola: “La salute orale ne risentirà”

Bilancio Preventivo 2010: approvato dall'assemblea degli iscritti

Parma: prodotto un PDT interaziendale sullo scompensamento cardiaco



STUDIO TERAPICO KAISER S.a.s.

POLIAMBULATORIO PRIVATO DI FISIOKINESITERAPIA

Direttore Sanitario Dr. Luigi Lagnerini - Medico Chirurgo, Medico Sportivo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Autorizz. Sanitaria n° 60047 del 26/04/01

POLIAMBULATORIO MEDICO

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



REPARTO DI IDROKINESITERAPIA

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

REPARTO DI RIABILITAZIONE

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



REPARTO DI FISIOTERAPIA

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

I NOSTRI CORSI



GINNASTICA IN ACQUA

È una ginnastica a tempo di musica, con un possibile ma non indispensabile uso di piccoli e grandi attrezzi specifici. L'acqua è il vero attrezzo di questa pratica, grazie all'assenza di gravità e di impatti violenti, non crea pericoli di traumi ossei od articolari, né contraccolpi alla colonna vertebrale. Inoltre grazie alla resistenza dell'acqua si può, sia migliorare il tono muscolare che sviluppare la forza senza incorrere nella ipertrofia muscolare. Altri benefici della ginnastica in acqua sono:

- Allungamento e modellamento dei muscoli
- Combattere la cellulite e il sovrappeso
- Snellire e modellare il corpo
- Stimolare i vasi sanguigni e linfatici



B.P.T. SCUOLA DEL DORSÒ IN ACQUA

È una ginnastica medica e correttiva svolta in acqua e finalizzata alla cura del mal di schiena. È particolarmente efficace perché consente di lavorare in assenza di gravità e quindi senza carico sulle articolazioni. Grazie a queste caratteristiche si può considerare la ginnastica antalgica per eccellenza.



B.P.T. SCUOLA DEL DORSÒ IN PALESTRA

È la scuola per la prevenzione e cura delle algie vertebrali con particolare attenzione

alle problematiche posturali. L'obiettivo è quello di fare percepire le posture scorrette e di introdurre un uso più adeguato della propria colonna vertebrale. Essendo una "scuola" si mira a costruire un bagaglio percettivo-motorio tale da rendere la persona autonoma nella gestione della propria postura e capace di individuare gli esercizi nocivi per la propria schiena.



LA GINNASTICA PER ADULTI

È un programma di allenamento che, attraverso l'integrazione di metodologie di lavoro mirate all'incremento ed al riequilibrio del tono muscolare, della mobilità articolare e della coordinazione, ha lo scopo di migliorare le

principali funzionalità dell'apparato muscolo-scheletrico che ci aiutano a svolgere in maniera più adeguata i gesti della vita quotidiana. Il programma ha inoltre una forte azione preventiva nei confronti delle più comuni sindromi degenerative dell'apparato locomotore e di sostegno come ad esempio il mal di schiena e l'osteoporosi.



POSTURAL PILATES (TIPO PILATES)

Programma di condizionamento muscolare che si inserisce tra l'allenamento e la fisioterapia il cui scopo è quello di raggiungere un miglioramento psicofisico generale attraverso esercizi in grado di ristabilire equilibri posturali.

L'EDITORIALE

Assegnare mansioni improprie ai non medici non giova al malato. Grande responsabilità politica nel consentirlo. Occorre rientrare nei ranghi di Pierantonio Muzzetto p.3

Auguri del Presidente e del Sindaco p.4

VITA DELL'ORDINE

L'Ordine a salvaguardia dell'etica e della deontologia medica, "ma il nostro ruolo va potenziato" di Tiberio D'Aloia p.5

Crisi: meno pazienti dai dentisti La salute orale ne risentirà di Angelo Di Mola p.10

Bilancio Preventivo 2010: approvato dall'assemblea degli iscritti di Paolo Dall'Aglio p.11

La pandemia influenzale: aspetti epidemiologici e clinici p.14

Due tavole rotonde sui percorsi ospedalieri e territoriali di Pierantonio Muzzetto p.18

Il percorso in Medicina Generale: La Continuità Assistenziale di Cristina Marastoni p.20

AH1N1: il percorso sul territorio. di Paolo Ronchini p.21

Ricoveri in terapia intensiva nell'esperienza australiana di Mario Mergoni p.22

Influenza: criteri di ricovero e stratificazione del rischio in Pronto Soccorso. Un tentativo anti-entropico. di Gianfranco Cervellin p.23

"Nessuna orchestrazione per favorire le industrie farmaceutiche" di Roberto Delsignore p.26

MEDICINA E ATTUALITÀ

"Il corso integrato di istologia" Tre filoni specialistici in un libro di Antonella Del Gesso p.27

Parma: prodotto un PDT interaziendale sullo scompenso cardiaco di Mario De Blasi p.28

Breve apologo sulla precarietà di Michele Meschi p.29

ASSEGNARE MANSIONI IMPROPRIE AI NON MEDICI NON GIOVA AL MALATO. GRANDE RESPONSABILITÀ POLITICA NEL CONSENTIRLO. OCCORRE RIENTRARE NEI RANGHI



di Pierantonio Muzzetto

Repetita juvat. Come ebbi modo di dire in passato, l'avvento delle professioni sanitarie e le lauree brevi hanno sollevato non pochi dubbi compreso quello che, di riffa o di raffa, si potesse arrivare anche ad una laurea breve in medicina e chirurgia. Un situazione perversa, prospettandosi sul mercato sanitario, ormai strutturato in azienda, la presenza di figure intermedie, atipiche e quasi "mediche", i mezzi dottori. Era sicuramente una ipotesi non plausibile, almeno credevo: sono purtroppo smentito dai fatti. Fin d'oggi è presente, e voluta, una sorta di surroga del medico. Mi riferisco a quegli infermieri possibili gestori, autonomi, delle lungo degenze, ed ancor oggi a quelli identificati come gestori dell'urgenza emergenza. Ma "solo in casi eccezionali" ci viene detto, in realtà pronti a fare i medici in situazioni in cui l'eccezionalità diventa prassi e routine. Se non fossimo Italiani! Quello di voler fare il medico lo reputo legittimo, soprattutto quando l'accesso a Medicina è stato allargato, qualche decennio fa, anche ai maestri o ai geometri o ai periti industriali ad esempio, per cui non si capisce perché non lo si debba consentire anche ai diplomati in scienze infermieristiche. Ma, e in tutto c'è un ma, l'ovvio e ragionevole diventa un optional. E, dunque, si prevede di assegnare all'infermiere mansioni proprie del medico ingenerando negli stessi, ed in quelli più motivati, l'aspettativa di ricoprire mansioni e ruoli del medico, per loro impropri. Per giunta senza il riconoscimento di studi specifici e della conseguente laurea. In Toscana, ad esempio, regione molto simile alla nostra in cui le assonanze sono molto più numerose rispetto alle dissonanze, anzi non ve ne sono affatto, hanno agito in silenzio sovvertendo le carte. Complice proprio il silenzio ed il favore neanche tanto nascosto dell'ordine di Firenze che ha ben caldeggiato l'operazione di sdoganamento dell'infermiere. Come? semplicemente facendo un progetto che dura ormai da tre anni e volge al termine- mi si dice non con grandi risultati rispetto alle aspettative - che prevede per l'infermiere in pronto soccorso il "see and treat", cha altro non è il riconoscerli la possibilità i fare diagnosi e terapia " per le cose più semplici. Per decongestionare i pronto soccorso e per alleviare il medico sgravandolo da prestazioni banali". Questa la giustificazione ufficiale udita e, parafrasandola, anche scritta. E, guarda caso, similes cum similibus, la nostra regione ha fatto una bozza di protocollo, presentata in modo molto soft al tavolo degli esperti emiliano romagnoli che sembrerebbe andare nella stessa direzione. Gli esempi di fughe in avanti ce ne sono tante: come per la storia del 118, ove si ha l'utilizzo dell'infermiere autonomo nell'emergenza così come a livello del pronto soccorso, si ravvisano i termini di un abuso della professione medica. Non ci sono storie. In quanto per effettuare la diagnosi e la terapia ancor oggi ci vuole la laurea specifica e, guarda caso, non in scienze infermieristiche. Anche perché non è volendo fare ciò che non compete loro che si arriva a potenziare e considerare una professione importante e specifica, come quella infermieristica. Professione che sarà ancor più da incentivare, ma mai facendo un passaggio così arido e fuori logica, come quello di scimmiettare il medico non avendone a monte la formazione adatta. E neanche il ricorso ad artifici, che sanno molto di politica spicciola, come quelli di assegnare mansioni improprie a chi ne abbia nessuna competenza od invitare i suddetti a congressi per medici, facendo loro credere di essere già medici. Tutto ciò non potrà portare all'acquisizione di meriti che possano affrancarli alla professione medica. Buon senso vuole, senza guerre di religione che si debba lavorare insieme. Ma assolutamente nel rispetto reciproco e dei ruoli. Quello stesso rispetto che si vede scemare nei reparti e negli stessi pronto soccorso ove da parte dell'infermiere ci si arroga diritti di critica aspra e palese verso il medico responsabile, nei momenti di diagnosi e terapia. Acuendo i dissapori verso quel medico da cui non vuole più dipendere. E ciò non giova ancor più al malato. Grande è la responsabilità politica e amministrativa nel consentirlo. Continuare in un simile adagio significa cantare il de profundis per la professione medica, con sommo dispiacere solo per la salute collettiva, privato della assistenza qualificata, in quanto peculiare, del suo medico. Affossando per giunta la sanità. Se si affossa il medico è indubbio che se ne deve prevedere un altro con le stesse caratteristiche. Che curi dunque in serenità e piena autonomia. Ma medico. Cosa fare dunque? La soluzione passa per la strada dei ricordi positivi, attraverso una rivalutazione del passato. Come quando i Collegi erano negli Ordini dei medici, e la collaborazione era massima, si deve porre in essere un'intesa ed una collaborazione nuova che miri a determinare con chiarezza ruoli e mansioni, riattivando un mansionario nuovo e rispondente alle realtà lavorative di oggi, che non spenga le legittime aspirazioni degli infermieri, ma che miri a rendere agevole il lavoro fra medici ed infermieri nel rispetto delle funzioni e delle priorità. Senza confusioni. Altrimenti è solo caos. Sic.

AUGURI PER LE FESTIVITÀ NATALIZIE E PER UN BUON 2010



Care colleghe e cari colleghi,

il 31 dicembre scade il primo anno del nuovo mandato ordinistico e mi giungono alla mente tutti i momenti importanti che hanno seguito l'atto di inserimento del nuovo consiglio. E' per abbracciare le principali tematiche del mondo sanitario che abbiamo creato da subito le

commissioni di lavoro, per essere

più precisi e competenti, e per questo lavoro fatto in silenzio ringrazio tutti i membri del consiglio ed i consulenti esterni che si sono impegnati. Si è cercato negli incontri con i medici ed in tutte le occasioni di esaltare il valore della persona-medico facendo leva sul patrimonio personale e valoriale che ogni medico ha per la sua particolare "mission".

Ma il medico è inserito in una società molto polimorfa multimediale spesso ideologizzata che sovente in modo ipocritico tende a delegittimare agli occhi dell'opinione pubblica il ruolo e la funzione del medico. Questo ci spinge ad avere il "nervo scoperto" e può costringere a chiudersi non solo in una medicina professionale difensivista ma in una torre "eburnea" staccandoci dalla realtà e non cercando l'incontro per mediare e colloquiare. Questo porta come conseguenza il calo dell'"empatia" medica già minacciata dalla burocrazia e dall'economicismo e dal non riconoscimento dei meriti professionali in un diffuso e generale appiattimento.

Questo disagio pone in difficoltà anche il rapporto di collegialità e colleganza fra medici che deve basarsi sulla stima reciproca per la difesa del malato. I medici francesi, lo abbiamo già ricordato in passato, quando si rivolgono al collega lo chiamano "cher confrère" che mi suona meglio di caro collega perché sottende un rapporto più affettivo ed uno spirito di categoria che noi dobbiamo recuperare. L'appartenenza non ci deve suonare come un disagio ma come orgoglio di appartenenza per una missione unica ed irripetibile.

Per un buon lavoro occorre serenità e, perché no, un pizzico di ottimismo per guardare avanti per il bene dei nostri pazienti, dei nostri ospedali e delle istituzioni sanitarie preposte, della nostra università, della città.

Queste poche righe sono scritte in autonomia di giudizio, e non è poco. Autonomia che abbiamo conquistato negli anni nel sostenere l'indipendenza della professione non soggetti a condizionamenti, nell'esprimerci in specie nella funzione di magistratura deontologica, quando dobbiamo cioè valutare i colleghi; ma autonomia di giudizio e ricerca di obiettività anche quando veniamo consultati dalle istituzioni preposte al governo della sanità specie quando si tratta di ribadire il ruolo del medico nelle professioni sanitarie.

Colgo l'occasione per formulare a nome del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, auguri di Buon Natale e Buon Anno 2010 a tutti i medici e odontoiatri della provincia di Parma, ovunque esercitino la professione, a tutte le vostre famiglie e attraverso voi a tutti i pazienti che chiedendoci aiuto offrono il loro corpo alle nostre cure.

Tiberio d'Aloia
Presidente Ordine dei Medici di Parma



Gentili lettrici e lettori,

ci avviciniamo al momento più importante e più bello del tempo di Natale, al momento del suo compimento. In quella notte gli uomini hanno ricevuto il dono più grande e più bello di sempre, la nascita di Gesù. L'amore per il prossimo è il cuore della sua testimonianza, che ha valore per tutti, credenti e non credenti, e ci

impegna tutti a promuovere gesti di solidarietà, di fratellanza, di soccorso.

Vorrei cogliere quest'occasione per ringraziare tutti i medici che operano nella nostra città per il preziosissimo lavoro che svolgono quotidianamente - lontano dalla luce dei riflettori - a favore della collettività.

In particolare mi preme sottolineare l'importanza dell'opera divulgativa che i medici svolgono per sensibilizzare l'opinione pubblica sui rischi derivanti da stili di vita scorretti.

E' noto come la prevenzione, per essere efficace, abbia bisogno di strumenti che raggiungano un vasto pubblico, ma il punto di partenza rimane l'assunzione di precise responsabilità da parte di ciascuno di noi. L'individuo diviene parte attiva della strategia preventiva quando adotta comportamenti responsabili, seguendo una dieta equilibrata e praticando regolarmente un'attività fisica.

Pertanto l'Amministrazione comunale continuerà a promuovere una cultura del rispetto di sé e degli altri, nella convinzione che la modernità sia sostenibile solo se finalizzata al miglioramento concreto della qualità della vita.

Questo, in concreto, significa sentirsi una "comunità": condividere obiettivi e lavorare insieme per raggiungerli.

E quando una comunità partecipa a un rito antico ed emozionante come quello del Natale, quello è il momento per volgere uno sguardo di particolare attenzione a chi ha bisogno e a chi si dedica disinteressatamente a chi ha bisogno, affinché il nuovo anno sia il rinnovato inizio del nostro impegno, della nostra voglia di futuro, delle nostre responsabilità.

Con questo spirito e con questo auspicio, vi porgo dunque i miei più sinceri auguri di Buon Natale

Pietro Vignali
Sindaco di Parma



L'Ordine a salvaguardia dell'etica e della deontologia medica, "ma il nostro ruolo va potenziato"

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Parma, durante l'assemblea ordinaria annuale, traccia un bilancio del lavoro svolto e riflette sulle nuove frontiere della medicina. Dai camici sempre più "rosa" alla bioetica fino alla precarietà dei giovani specialisti.

Il 14 novembre scorso si è svolta l'assemblea ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici, chirurghi e odontoiatri di Parma.

Mentre la mattinata è stata dedicata al tema della Pandemia influenzale di cui renderemo conto nelle pagine successive, il pomeriggio è stato aperto dalla relazione morale del Presidente Tiberio D'Aloia. Si sono succeduti il discorso del Presidente delle Commissioni odontoiatri Angelo Di Mola, la presentazione dei Bilanci, consuntivo 2008 e preventivo 2010, da parte del Tesoriere Paolo Dall'Aglio, e la relazione del Presidente del Collegio revisori dei conti, Matteo Curti. Infine, c'è stata la consegna delle medaglie d'oro ai medici con 50 anni di laurea, a cui è seguito, nell'ideale passaggio di testimone, il Giuramento di Ippocrate dei giovani neolaureati.

Di seguito la relazione del Presidente, incentrata sul rapporto fra medici e università, sulle nuove frontiere della medicina in rosa e sulla lotta contro la fuga dei cervelli dall'Italia.

di Tiberio D'Aloia

Nella mia relazione morale vorrei disquisire sulle questioni emergenti facendo qualche osservazione a valenza generale.

Femminilizzazione della medicina

Su venti nuovi iscritti solo 2 o 3 sono maschi e questa tendenza al rosa implicherà modifiche e la necessità che le donne medico assumano più rappresentatività negli Organi di gestione della sanità a Parma sia nell'assetto della dirigenza ospedaliera sia nelle posizioni direttive dei sindacati, sia non da ultimo nella rappresentatività più ampia negli Ordini professionali.

Pletora medica

La pletora medica che per anni ha travagliato la nostra professione con disoccupazione e sottooccupazione del medico ha virato e virerà verso una carenza di medici di medicina generale e di medici specialisti per cui si apriranno nuovi spazi professionali.

Utilizzo degli infermieri

In Emilia Romagna e in Toscana si sta tentando di occupare l'area medica attribuendo, attraverso protocolli, la possibilità agli infermieri del pronto soccorso di eseguire piccoli interventi e pur in presenza di medico prescrivere indagini diagnostiche. Pur tenendo in dovuta considerazione le nuove potenzialità infermieristiche (laurea breve e master) non va nell'interesse dell'infermiere e del medico e della sanità in senso lato confondere i ruoli e le relative responsabilità. Occorre, anche nel rapporto con l'infermiere, una maggiore auspicabile integrazione, ma non sovvertendo il ruolo dell'infermiere che è altro dal ruolo del medico. Quest'ultimo deve rendersi disponibile ad un nuovo rapporto con il paziente fatto di sensibilità, accoglienza e rispetto e dunque di empatia.

Se noi non teniamo conto del paziente quale persona non possiamo essere orgogliosi della nostra professione.

Bisogna rinforzare i due ruoli perché c'è il rischio dell'avvento dei mediconi e della para medicina. Si inventano macchinari per la memoria e macchine in cui apponendo un dito escono tutte le allergie che spesso si affiancano a disturbi psiconeuroscici.





È per questo che siamo entrati a stilare documenti e prese di posizione sul 118 e prenderemo posizione sull'utilizzo infermieristico in pronto soccorso in Emilia Romagna. E se nelle intenzioni del legislatore nazionale o regionale l'infermiere può dirigere un reparto di lungodegenza lo faccia, ma se ne assuma la responsabilità civile e penale, come se le dovranno assumere i direttori generali e sanitari.

Bioetica

Il tema della bioetica non ci ha spinto ad entrare in un campo minato da convinzioni strettamente laiche e strettamente religiose. Le due componenti, invece di integrarsi in una sintesi superante, battono sullo stato vegetativo, sull'alimentazione medica, e pare quasi che si dimentichino del milione di bimbi che muoiono ogni giorno di fame nei paesi in via di sviluppo.

Mi sento a disagio fra le possibilità proposte dalla scienza medica in continua evoluzione tecnologica ed i principi etici radicati dalla formazione personale.

Non ci siamo preparati ad affrontare questi argomenti per cui se ne appropriano le forze politiche e la magistratura.

Medicina ospedaliera e medicina del territorio

Ci siamo soffermati a lungo come Consiglio sull'organizzazione sanitaria e sul difficile rapporto fra medicina ospedaliera e medicina del territorio. Stimolati per questo dalla Commissione della dipendenza e della convenzionata creata apposta all'interno dell'Ordine e diretta dal Dr. Ronchini. La conquista del SSN con la 883 ha fondato i principi solidaristiche su cui basa la riforma sanitaria. Ma per una medicina sostenibile occorre commisurare le realizzazioni all'economia e quindi porre delle regole di comportamento e decisioni sia nella prescrizione dei farmaci sia sulla richiesta di esami, sia sulla durata delle degenze che in parte vengono influenzate ancora da vincoli economici che vengono a minare l'etica medica del rapporto medico paziente (vedi rivisitazione dei posti letto). È che a rimanere scoperti sono i corpi dei pazienti per cui maggiore deve essere lo sforzo per ridurre gli errori organizzativi così frequenti nella gestione delle strutture complesse.

Se una parte del rischio clinico a cui sono sottoposti gli operatori sanitari è dovuto alla carenza organizzativa, il nostro codice comportamentale ci invita a denunciare le carenze in un positivo contributo critico (forse idealistico). Manca la cultura della comunicazione e della critica



positiva.

Abbiamo nella Conferenza Sanitaria Territoriale espresso il parere che, nella valutazione della mobilità, vengano segnalati i reparti che hanno mobilità attiva e passi-va per ricorrere ai rimedi.

Ci sembra che dal gruppo di lavoro di rimodulazione della rete ospedaliera e dei nuovi modelli organizzativi, come contributo attuativo al Piano Attuativo Locale del 2009-2011, sia in atto una rivisitazione dell'attuale assetto ospedaliero per cui i pazienti non passerebbero più dalla gestione degli acuti alla lungodegenza ma attraverserebbero una tappa intermedia di reparti con medicina per sub acuti o cronici con ricadute; questo per venire incontro alla gestione di pazienti anziani pluripatologici sempre più in crescita. Ma sul piano della organizzazione avremmo potuto collaborare di più e meglio.

Il grave è che spesso l'interlocutore sanitario dentro all'organizzazione cerca la collaborazione, necessaria per contratto, con le associazioni mediche che sono in parte interessate ad un dialogo anche economico mentre l'interlocutore più oggettivo super partes potrebbe essere il Consiglio ordinistico nella sua veste di Ente pubblico.

Purtroppo noi stessi siamo carenti del ruolo che vorremmo che ci fosse proposto perché non abbiamo elementi oggettivi dei piani realizzativi dei direttori generali.

Noi non siamo, come 9 anni fa, nella stanza dei bottoni. Ci si riconosce a malapena di essere elemento terzo che tende a garantire al cittadino un buon medico e si preferisce quindi attribuirci un ruolo di salvaguardia dell'etica e della deontologia medica. Che non è poco, ma che oggi non è più sufficiente.

Spesso, sempre come Ordine, le soluzioni ci passano sulla testa e vengono date con l'indirizzo e l'assenso regionale senza la possibilità di interferire. Constatiamo però e diamo atto che molto è stato fatto per realizzare le due strutture ospedaliere e un grande sforzo nel valorizzare le nuove tecnologie, che manifestano limiti se non guardate dall'uomo, e la straordinaria realizzazione della rete territoriale basata sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta con la componente infermieristica. Quello di cui sentiamo ancora la carenza è il valorizzare le risorse umane, valorizzare i colonnelli che non hanno più carriera, valorizzare i precari che non se la possono costruire, valorizzare il merito al di là dell'appartenenza politica in senso lato che ancora da ogni parte costituiscono barriera ideologica così come esiste la barriera di appartenenza a questa o quella associazione medica o non medica.

È una crisi di sistema valoriale. Spesso le forze giovani migliori non rimangono. C'è ancora una fuga all'estero. Occorre che l'equazione qualità professionale=riconoscimento sia tenuta nella dovuta considerazione, così come l'equazione ricerca=riconoscimento. Sembra a noi che ci tagliamo le gambe al nostro futuro. Catastrofismo o verità?

Giovani medici

Sensibili al problema dei giovani medici si è identificata come Ordine la necessità di una commissione specifica, sostenuta dal Dott. Meschi, coordinata dal Dott. Muzetto. Commissione che ha promosso la somministrazione di questionari informativi ai colleghi neo abilitati che hanno individuato argomenti di natura deontologica, professionale e medico-legale (refertazione, certificazione, denuncia, ricetta medica, note CUF, aspetti medico

legali del consenso informato, legge sulla privacy, aspetti fiscali della professione medica, esperienze lavorative e di studio nei percorsi di formazione specialistica).

Tematiche che saranno dibattute all'interno dei martedì dell'Ordine. Purtroppo è fallita la riattivazione della Commissione Specializzandi con l'Università per affrontare la formazione e l'utilizzazione degli stessi e il ruolo dei tutor. Mi pare che ci sia il disinteresse di tutte le componenti. Permane comunque una grave situazione di precarietà professionale dei giovani specialisti con contratti privi di coperture normative a cui si aggiungono lo stuolo dei dottorandi e titolari di assegni di ricerca impiegati sul fronte assistenziale in analoghe se non peggiori condizioni.

Farmacie

Sono in atto tematiche che interessano molto le farmacie gestite dai privati che contestano la modalità e la possibilità di erogazione gratuita dei farmaci presso le farmacie pubbliche della nostra Azienda Ospedale-Università. Sono problemi di accordi convenzionali fra le aziende e medici di medicina generale secondo normative regionali e con risvolti di interessi economici in cui l'Ordine non ha ravvisato infrazioni deontologiche nel comportamento dei mmg allo stato delle cose. È invece possibile che l'Ordine ravvisi estremi di abuso professionale nelle farmacie che esercitano esami tecnologici (con ECG sui generis) senza un quesito medico, senza visitare il paziente, senza una refertazione specialistica e con la precarietà di un esame elettrocardiografico non sicuramente espressivo di un elettrocardiogramma a 12 canali.

Pubblicità sanitaria

E' stato un tema dibattuto negli anni e che ogni mese dovevamo valutare la pubblicità esposta dalle strutture sanitarie private. Dovevamo sottostare alle regole della 175/92. E' una tematica che ci ha assillato ciclicamente per anni. Regole rigide che obbligavano l'Ordine a misurare in cm le targhe e le insegne. Eravamo diventati dei geometri. Dura lex sed lex. Dopo la legge Bersani ci siamo dovuti ridimensionare e senza dare l'autorizzazione dovremmo diventare i custodi dell'etica medica affinché il messaggio pubblicitario mantenga criteri di veridicità che non sia ingannevole e rispettoso del decoro e della dignità. La Dott.ssa Cappelli, responsabile della commissione pubblicità, ha contribuito a redarre un documento, ispirato dal regolamento dell'Ordine dei medici di Firenze, approvato dal Consiglio, nel quale vengono stabilite le regole che il nostro Ordine si è dato ed intendiamo che venga applicato dai medici e dagli odontoiatri di Parma. Verrà pubblicato sul nostro notiziario così che ogni collega interessato ne possa prendere visione. E per via delle regole gradiremmo che i medici si adeguassero alle norme dettate, che sono nel loro interesse, per uniformare il messaggio pubblicitario specie i messaggi trasmessi per via internet che sottendono spesso accenni e non solo accenni auto laudatori. Non sono convinto che il ridondante messaggio pubblicitario porti un reale vantaggio alla professionalità del medico. Ma il clima dell'immagine sta prevalendo sulla realtà professionale e medica. In sé naturalmente schiva e non venditrice di fumo o di cassette di pomodori.

Certificazioni mediche

Sulla questione delle certificazioni mediche attestata con una certa leggerezza, secondo i datori di lavoro, ma che poi noi verifichiamo risultare spesso corrette, legate sovente a patologie psichiatriche o patologie croniche dei dipendenti, ci stimolano comunque a raccomandare ai colleghi a rilasciare attestati firmati in modo leggibile, stilati il medesimo giorno di malattia e non retrodatati né post datati. Il significato delle certificazioni ha una valenza sociale non indifferente sul mercato del lavoro e si può incorrere nella rete del ministro Brunetta che si accanisce contro i fannulloni di cui però ne conosciamo la presenza a tutti i livelli.



POLIAMBULATORIO DALLA ROSA PRATI

Centro Diagnostico Europeo

Direttore Sanitario: Dott. Maurizio Falzoi



Poliambulatorio Dalla Rosa Prati Centro Diagnostico Europeo

Via Emilia Ovest, 12
43100 Parma
Tel. +39 0521 29.81
Fax +39 0521 99.42.04

Via Duomo, 7
43100 Parma
Tel. +39 0521 23.88.10
Fax +39 0521 20.40.00

info@poliambulatoriodallarosapрати.it
www.poliambulatoriodallarosapрати.it



A proposito di ricettazione, anche su ricettari in bianco libero professionali e soprattutto su quelle non ripetibili, si ricorda che, a norma dell'art. 89 comma 4 del D.LGS. del 24 aprile 2006 n. 219, sanzionato dal successivo art. 148 comma 9, deve essere indicato nome e cognome o il codice fiscale del paziente o altra indicazione utile a risalire all'identità del paziente.

Università

Ricordo anche che non va sottaciuto la situazione critica in cui versano alcune scuole di specialità costrette per sopravvivere a federarsi con le Scuole di specialità delle Università vicine per avere contratti sufficienti, altre per mancanza di docenti sono costrette a chiudere e possono venire trasferite. Perché ogni scuola di specialità per sopravvivere deve avere un docente di I o II fascia e tre borse di studio. Vengono gratificate comunque le scuole di specialità di cui c'è maggior richiesta nella gestione del SSN per saremmo disponibili a discutere le direttive del Ministero dell'Istruzione e dell'Università per contribuire alla segnalazione delle scuole di specialità di cui la nostra provincia a bisogno.

Perché mi piacerebbe coniugare le scuole di specialità non solo con l'assistenza ma anche con la didattica e la ricerca.

Aggiornamento

Corso Sicure. Sono state tenute all'Ordine con successo diverse sedute sulla gestione del rischio clinico. Organizzate e realizzate dal Vicepresidente. La frequenza è stata molto alta, sono state evidenziate le criticità dell'organizzazione ospedaliera, i limiti individuali dei medici, l'analisi degli eventi avversi e gli insegnamenti che ne possono derivare, rafforzare le competenze dei professionisti e noi sul piano teorico abbiamo continuato con i Martedì dell'Ordine creando l'occasione per i medici di un costante aggiornamento (oltre l'assegnazione dei crediti formativi). Il corso Sicure considera anche che per la sicurezza del paziente sia necessaria una adeguata formazione degli operatori infermieristici sempre con le già citate regole che impongono il rispetto dei ruoli.

Situazione Ecm

Nel corso dell'anno avete ricevuto a casa un questionario per l'aggiornamento dei vostri dati anagrafici e professionali che l'Ordine dovrà trasmettere al Cogeaps, ente preposta alla creazione di una anagrafica nazionale dei crediti Ecm. Preghiamo quindi chi non lo avesse già fatto di rinviare il documento alla Segreteria. Lo scorso 2 novembre la Regione Emilia Romagna ha istituito l'Osservatorio Regionale per la formazione continua in Medicina che provvederà all'accreditamento degli eventi formativi svolti nella nostra regione in attesa di nuove direttive dalla Conferenza Stato Regioni. Il numero dei crediti da conseguire (sull'imitazione del modello europeo e americano) per il triennio 2008-2010 è di 50 crediti all'anno

per un totale di 150 nel triennio (minimo 30 max 70 per anno). Di questi 150 crediti almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti mentre -fino a 60 crediti (certificati) - potranno derivare dal riconoscimento di crediti ECM acquisiti negli anni della sperimentazione dal 2004 al 2007.

Il sistema di accreditamento previsto sarà su due livelli: nazionale e regionale con differenti anagrafe tra loro interconnesse, gestite a livello informatico nazionale Consorzio per la registrazione e gestione dei crediti facente capo alle Federazioni degli Ordini. L'anagrafe nazionale contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali dei singoli professionisti. I crediti regionali avranno identico valore di quelli nazionali. Gli Ordini professionali verificano il 'dossier formativo del professionista' (distribuzione dei crediti, tipologie formative utilizzate, numero dei crediti acquisiti, eventuali presenze di deroghe dall'obbligo formativo -maternità, malattie, frequenza a corsi post base) e certificano i crediti dei singoli professionisti avvalendosi anche del sistema dell'anagrafe Cogeaps. Tutti i crediti conseguiti da ogni professionista verranno registrati nell'anagrafe nazionale e saranno certificati dagli Ordini. Spetta ai provider (che sono gli organizzatori dei corsi e convegni accreditati) trasmettere in via informatica i crediti per la registrazione agli enti accreditanti (nazionali o regionali) e, in contemporanea anche al Cogeaps.

Frer

Dopo quasi un anno di vacatio della nomina del Presidente della Frer siamo andati alle elezioni nelle quali è ridiventato Presidente il Dott. Pizza, Presidente dell'Ordine di Bologna, Il dott. Muzzetto Vice Presidente, il Dott. Aulizio Segretario e il Dott. De Franco Tesoriere.

Riconoscimento dei medici

L'iniziativa dei cartellini di riconoscimento, già realizzata dagli Odontoiatri di Parma, che i medici nelle case di cura e nei poliambulatori avrebbero dovuto appuntare sul camice, non avuto un impatto positivo visto che le richieste dei cartellini è rimasta scarsa. Rifaremo una sollecitazione visti i numerosi casi di abusivismo della professione medica e odontoiatrica e le lauree breve con cui si titolano dei dottori paramedici.

Corso pre laurea

E' stato concluso l'accordo fra Ordine - Università e Azienda USL circa un corso pre laurea per il V - VI anno che avrà come attori i Mmg che avranno la possibilità di tenere delle lezioni frontali all'Università. Fa parte del progetto anche l'inserimento di un rappresentante dell'Ordine nel corso di laurea di medicina per l'insegnamento della deontologia medica. E' un avvenimento importante: si sono poste le basi per una costante collaborazione con l'Università. Per i tutor valutatori dell'esame di Stato che hanno avuto come attori i Mmg e i medici ospedalieri e universitari, la Commissione Esami di stato ha trovato delle difficoltà a reclutare i medici in assenza di un minimo riconoscimento più gratificante per cui l'Ordine di Parma si è attivato con il Dott. Muzzetto, presidente della Commissione stessa, a sensibilizzare tutti i presidenti di Ordine italiani e il Ministero della Sanità e della Pubblica Istruzione affinché venga formulata una legge per il riconoscimento remunerato di tale attività.



Enpam

Nel 2010 ci sarà il rinnovo del Consiglio dell'Enpam.

Il Prof. Eolo Parodi rispondendo all'ultima notizia di allarmismo per le Casse previdenziali dei professionisti ha precisato che i bilanci tecnici dell'Ente hanno dato conto di una situazione di equilibrio delle gestioni a quindici anni, chiesta, con la sola eccezione del Fondo Specialistici esterni che presenta criticità in via di soluzioni, a seguito dell'evolversi del contenzioso in atto.

Già sono stati posti in essere i correttivi per affrontare la prevista "goba" (fuoriuscita previdenziale a tutto il 2021. Entro tale data si pensioneranno una importante fetta di iscritti, sono gli attuali 50/60 anni).

La finanziaria del 2007, ha portato da quindici a trenta anni l'arco temporale minimo per l'equilibrio delle gestioni. È emerso pertanto la necessità di apportare dei correttivi in base alle nuove prescrizioni.

Contributo sulla libera professione per i medici ultra 65°

L'Inps ha richiesto agli ultra 65enni il contributo sulla libera professione pari al 17%. L'Enpam ha adottato una delibera con la quale viene previsto per i pensionati che producono reddito professionale l'obbligatorietà del contributo. Enpam con la relativa scelta per l'aliquota contributiva (12,50% o 2%). Domanda di sanatoria per i redditi dal 2004 AL 2008 entro il 31 Dicembre 2009.

La responsabilità medica

Abbiamo partecipato, organizzata dalla Camera Civile di Parma con la Facoltà di Giurisprudenza di Parma, ad un convegno sul tema della responsabilità medica. Il tema della responsabilità appare in Francia e in Inghilterra nella prima metà del '700.

È noto a tutti dai mass media e dai dati della Federazione Nazionale degli Ordini la quantità dei medici che vengono denunciati ogni giorno ma 3 medici su 4 vengono assolti. Ma rimane il danno dell'immagine e conseguenze sull'equilibrio personale ed esistenziale.

Non siamo quindi stati d'accordo quando sulla stampa locale è comparso il nome e cognome di un medico presunto responsabile di reati mentre vengono giustamente pubblicate solo le iniziali dello scippatore o del delinquente comune. Non siamo poi stati d'accordo sul processo ad un valente collega dell'azienda ospedaliera che ha subito la gogna mediatica legata guarda caso alla virosi AH1N1. Noi l'abbiamo difeso con lo stile, nelle sedi e nei modi a noi consoni, non amiamo la pubblicità dei nostri gesti e non abbiamo bisogno di avere visibilità, la sostanza quella che conta.

L'atteggiamento attuale della popolazione è quello di ritenere che la me-

dicina sia salvifica e che debba abolire la sofferenza, cioè le malattie ed anche la morte.

Oggi si muore non perché si è esseri umani ma perché si è uccisi dalle malattie che qualcuno potrebbe non aver ben curato. I medici devono rispondere a questa pesante consegna psico sociale. Da qui lo stress, il burn out e la medicina difensiva, overtreatment e under treatment. Che ha un alto prezzo e genera alta confusione.

Sta passando sempre più il messaggio, purtroppo favorito dai media e da alcuni medici, che cercano di farsi pubblicità, che tutto è ormai curabile e guaribile, che la medicina offre sempre più certezze e che tutte le malattie possono essere sconfitte, passa anche il messaggio del bisturi intelligente che al pari delle bombe intelligenti distrugge solo il nemico senza effetti collaterali. Ma se poi gli effetti collaterali ci sono lo stesso, allora si pensa che, se il bisturi era intelligente, chi lo maneggiava lo era un po' meno.

In qualsiasi ambito bisogna fare un bagno di umiltà e razionalità. L'uomo è mortale e si ammala e ciò avverrà sempre nonostante i medici e le medicine. Le medicine stesse non sono infallibili. Le uniche medicine che non fanno male sono anche quelle che non fanno bene. I medici non sfuggono alla loro responsabilità sono abituati ad assumersela nella ricerca della miglior salute dei loro pazienti ma sono fallibili e a volte purtroppo con ridotta tensione etica.

Il Cardinal Martini ha detto che la sonnolenza caratterizza a volte la giornata dell'anziano, che fatica a pregare con la mente, io a volte dormicchio ma rimane in me al risveglio il rammarico di aver perso tempo e di non aver fatto il mio dovere che è quello di servire la nostra istituzione e di servire attivamente i nostri medici. Servizio ma non asservimento. Una posizione senza se e senza ma. Sono sempre debitore, sono lontano dal glamour e dal culto dell'immagine perché da anni come molti dei nostri colleghi, preferiamo essere curvi sulla sofferenza dell'altro.

Mi sono chiesto che ruolo debbo avere a 76 anni nella società. Fare il pensionato? Il laudator temporis acta o devo e posso incidere nel dare qualche consiglio ancora e togliermi qualche sassolino dalle scarpe. Il problema è che spesso mi sono state tolte le scarpe e le sedi del parlare sono sempre più ridotte.

DALLE MEDAGLIE D'ORO AL GIURAMENTO DI IPOCRATE

Dieci medaglie d'oro ad altrettanti medici che hanno raggiunto il 50° anno dalla laurea sono state consegnate nel corso dell'Assemblea ordinistica. I premiati sono: Gianfranco Baldassi, Pellegrino Bassi, Guglielmo Bazzicalupo, Paolo Bobbio, Sebastiano Castello, Priamo

Del Campo, Anna Maggi, Giuseppe Monguidi, Andrea Strata e Mario Verdi. Alla consegna delle medaglie è seguita, nell'ideale passaggio di testimone, il Giuramento di Ippocrate dei neolaureati, letto, a nome di tutti i giovani colleghi, da Nazarena Caiulo.





Crisi: meno pazienti dai dentisti. La salute orale ne risentirà

Il presidente dell'Albo degli Odontoiatri di Parma lancia un grido d'allarme sui danni a medio termine che la mancanza di cure (per problemi di bilanci familiari) può causare. Interviene inoltre sul fenomeno del prestanomismo e sulle novità in materia di formazione medica continua.

di Angelo Di Mola

GLI ODONTOIATRI E LA CRISI

La crisi economica ha colpito anche il comparto odontoiatrico. Infatti per stringere la cinghia la popolazione si è allontanata dalle terapie odontoiatriche. Questo sta comportando effetti negativi in un settore dove la forbice tra introiti e costi è molto stretta.

Ma si temono effetti negativi a medio e lungo termine per la popolazione stessa: un grido d'allarme va lanciato sui danni a medio termine che la mancanza di cure o peggio di terapie inappropriate può causare. Secondo una recente ricerca infatti molti italiani spinti anche dalla crisi socio-economica, sono costretti a fare a meno delle cure odontoiatriche o ricorrono ai cosiddetti 'viaggi del sorriso' soprattutto nei paesi dell'Europa dell'Est.

Gli studi dentisti italiani hanno registrato un calo dei ricavi, legato alla riduzione del numero di prestazioni eseguite. Un problema non tanto per le economie dei dentisti ma soprattutto per la salute dei cittadini italiani. Trascurare la propria salute orale non effettuando le visite di controllo annuali, le sedute di igiene professionale o non curando i denti compromessi o i problemi parodontali, porta ad un peggiorare della situazione clinica costringendo a futuri interventi più complessi e costosi. Non intervenire con terapie ortodontiche per correggere le maleocclusioni in gioventù può compromettere poi la possibilità di intervenire in futuro.

Le cure non sono accessibili per problemi di bilanci familiari.

Molti lamentano di prestazioni odontoiatriche particolarmente care, ma non sono i dentisti italiani ad essere cari. Fare odontoiatria è molto costoso. Fatto 100 il costo di una prestazione, 60 è la quantità che finisce in spese e tasse. In rapporto alla qualità fornita, le prestazioni eseguite dai dentisti italiani sono tra le meno care dei colleghi europei. Capiamo la difficoltà di alcune fasce sociali di cittadini nell'accedere alle cure ma la colpa non è dei dentisti italiani. Dovrebbe essere il SSN a offrire risposte adeguate. Solo l'8% delle prestazioni odontoiatriche sono fornite infatti da strutture pubbliche. Questo non perché i dentisti non vogliono lavorare nel pubblico ma perché il SSN non assume da tempo dentisti e non attrezza ambulatori pubblici per mancanza di fondi.

ABUSIVISMO E PRESTANOMISMO

Continua il nostro impegno sul fronte della lotta all'abusivismo e al prestanomismo, un problema che affligge l'Italia e dal quale la nostra provincia non è esente. Con soddisfazione possiamo dire che per la prima volta ci siamo potuti costituire parte civile in una causa inerente un caso di prestanomismo. Ovviamente non si tratta solo di una questione solamente legale ma direi anche e soprattutto morale e sanitaria in senso ampio. La difesa della nostra professionalità coincide con la tutela della salute dei cittadini.

ORAL CANCER DAY

Il 12 settembre l'Ordine insieme all'Andi ha organizzato l'edizione locale dell'Oral Cancer Day. Un'appuntamento pensato per colleghi e cittadini in nome della prevenzione e della solidarietà.

Il tumore del cavo orale è tra le prime forme tumorali più diffuse al



mondo, altamente invasivo ed invalidante. Gli studi condotti sul carcinoma orale dimostrano che se la diagnosi viene effettuata precocemente, le probabilità di essere curato con il minimo danno e senza gravi deformazioni del volto, aumentano in modo notevole. Ecco perché nella giornata mondiale della prevenzione dei tumori del cavo orale ci è sembrato opportuno organizzare un convegno nel corso della quale informare i cittadini su come prevenire e difendersi da questo male.

Tutta la cittadinanza è stata invitata, presso l'Auditorium Paganini, a partecipare a un incontro sulla prevenzione che è stato poi seguito dal concerto dell'Ensemble d'Arpe Florianana, diretto da Maria Chiara Bassi. Il ricavato dell'evento è stato devoluto all'associazione Noi per loro che lo ha a sua volta destinato al centro Emato-oncologico-pediatico dell'Ospedale di Parma.

In Italia il carcinoma orale rappresenta il 4-8% di tutte le neoplasie maligne e il rapporto maschi/femmine attuale è di circa 4 a 1. Si è assistito nel tempo ad un incremento della mortalità femminile spesso in rapporto con il diffondersi del tabagismo nelle donne e, in una parte dei casi, in relazione alla presenza virus epatite C. È importante dare quindi alla popolazione i messaggi giusti e fare prevenzione: meglio curare la salute che la malattia.

Siamo stati felicissimi della partecipazione di tanti cittadini, ma ci rammarichiamo per la scarsa presenza di colleghi dentisti.

ECM

Per quanto riguarda la formazione medica continua novità in arrivo per il secondo semestre 2010. Conclusa infatti la fase sperimentale si passerà a quella definitiva.

Bilancio preventivo 2010: approvato dall'assemblea

Il tesoriere ha effettuato, nel corso della riunione ordinaria, la lettura di tutte le voci del documento, chiedendo e ottenendo voto favorevole. Inoltre è stato presentato anche il Bilancio consuntivo 2008

di Paolo Dall'Aglio

BILANCIO PREVENTIVO 2010

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 29/10/2009, il Bilancio di previsione per l'anno 2010.

Per l'anno 2010 la quota di iscrizione è stabilita in € 169 di cui € 23 è la quota di competenza della FNOMCeO.

Per quanto riguarda le entrate è previsto un avanzo di amministrazione al 31/12/2009 pari a € 403.000.

ENTRATE

Avanzo presunto di amministrazione 2009	403.000
Quote di iscrizione:	

a ruolo n. 3.350 quote a € 169	
a ruolo n. 234 quote doppia iscrizione a € 169	
n. 100 quote a esazione diretta a € 169	622.596
Tasse per certificati, pareri e rimborsi vari	3.200
Interessi bancari su depositi c/c	8.000
Poste correttive e compensative (rimborsi vari)	16.550
Entrate per alienazione di valori mobiliari	500.000
Entrate aventi natura di partite di giro	176.450

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 2010 sono state


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

CAP SERVICE

Da più di 20 anni al vostro servizio

FINANZIAMENTI PERSONALI

A TUTTE LE CATEGORIE



- **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**



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



raggruppate per categorie omogenee.

USCITE

SPESE ORGANI ISTITUZIONALI

- Spese convocazione assemblea	1.500
- Spese per assicurazioni <i>sono in essere polizze assicurative per infortunio e responsabilità civile dei componenti gli Organi Istituzionali</i>	13.000
- Spese per rimborso spese di viaggio <i>È compito del Presidente e dei Componenti il Consiglio partecipare a diverse iniziative di interesse professionale e culturale</i>	25.000
- Spese per indennità di carica e gettoni di presenza	62.000

SPESE PER IL PERSONALE DIPENDENTE

- Spese per il personale dipendente <i>Spesa per stipendi, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. dei dipendenti degli enti pubblici non economici</i>	167.300
<i>Contributi previdenziali e assistenziali personale dipendente</i>	36.000

SPESE CORRENTI

In questo titolo di bilancio rientrano diverse voci di spesa. Le più significative sono:

- Spese pubblicazione Notiziario e Parma Medica	25.000
- Spese condominiali comprenditive delle spese di riscaldamento e raffrescamento (ancora presunte)	10.000
- Spese per pulizie ordinarie e straordinarie	10.000
- Spese per manutenzione macchine ufficio, attrezzature <i>sono comprese le spese per i contratti di assistenza software</i>	25.000
- Spese postali e telefoniche	4.000
- Spese per aggiornamento culturale e professionale	40.000
- Consulenze diverse Avv. Giovanni Pinardi – consulenza legale Dott.ssa Alessandra Landi – consulenza amministrativa e fiscale Rag. Maria Cristina Catellani – consulenza del lavoro	54.000
- Interessi passivi (rate mutuo)	72.000
- 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	32.100
- Spese varie emissioni ruoli	15.000
- Fondo di riserva per stanziamenti insufficienti <i>Questo capitolo potrà essere utilizzato esclusivamente per integrare le eventuali necessità dei capitoli con storni deliberati dal Consiglio</i>	34.000
- Fondo di riserva per spese impreviste o straordinarie <i>Fondo obbligatorio ai sensi dell'art. 34 DPR 221/50</i>	31.000

SPESE IN CONTO CAPITALE

Acquisto macchine e attrezzature per uffici	10.000
Acquisto di mobili e arredi	10.000
Accantonamento per estinzione anticipata mutuo	235.788

PARTITE DI GIRO

- Spese aventi natura di partite di giro	176.450
--	---------

BILANCIO CONSUNTIVO 2008

Il bilancio consuntivo è la "risultante della dinamica tra entrate e uscite" relativamente all'esercizio 2008 e precedenti ed è stato predisposto secondo quanto previsto dal Regolamento di contabilità e di amministrazione. A fronte di un avanzo di amministrazione anno 2007 di € 944.924, l'anno 2008 si è chiuso con un avanzo di amministrazione di € 420.608.

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

CONTENUTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO

Il bilancio consuntivo dell'esercizio 2008 si compone di:

1. Rendiconto finanziario gestionale (conto consuntivo di bilancio)
2. Situazione amministrativa
3. Stato patrimoniale
4. Conto economico

1) RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

Il rendiconto finanziario comprende le risultanze della gestione delle entrate e delle uscite della gestione istituzionale, in conto corrente ed in conto capitale. In particolare troverete esposte:

- le entrate di competenza dell'esercizio, previste, accertate, riscosse e da riscuotere;
- le uscite di competenza dell'esercizio, previste, impegnate, pagate o da pagare;
- le gestione dei residui attivi e passivi degli esercizi precedenti, iniziali, pagati e da pagare.

Seguirà una rapida carrellata delle entrate e delle uscite in conto competenza relative all'anno 2008; in allegato sono riportati i capitoli e articoli in dettaglio.

ENTRATE

Avanzo di amministrazione 2007	944.924
Contributi associativi	569.106
Entrate diverse	75.698
Entrate per alienazione titoli	1.125.959
Entrate per partite di giro	149.329

Come gli anni precedenti abbiamo provveduto ad investire le liquidità temporanee (circa euro 600.000) in titoli "pronti contro termine" che hanno prodotto un interesse superiore al semplice deposito in conto corrente, inoltre si è provveduto all'alienazione della vecchia sede di via Collegio Maria Luigia incassando euro 526.000

USCITE

Spese correnti	579.351
Spese in conto capitale	1.666.959
Estinzione di mutui	48.034
Uscite per partite di giro	149.329

Fra le spese correnti si segnala la presenza di interessi passivi pari a euro 74.825 riguardanti il pagamento delle due rate semestrali del mutuo Enpam.

Nel corso dell'anno si è proceduto all'acquisto dell'attuale sede di via Po per un importo complessivo di euro 1.383.356.

Le uscite in conto capitale si riferiscono inoltre all'acquisto di mobili, arredi e attrezzature per gli uffici per euro 210.000 circa.

2) SITUAZIONE AMMINISTRATIVA

La situazione amministrativa è un allegato al rendiconto generale che evidenzia:

- la consistenza iniziale della cassa
- gli incassi e i pagamenti eseguiti nell'esercizio, in conto competenza e in conto residui
- il saldo alla chiusura dell'esercizio
- il totale complessivo delle somme rimaste da ri-



scuotere (residui attivi) e di quelle rimaste da pagare (residui passivi)

- il risultato di amministrazione finale

La consistenza iniziale della cassa pari a € 969.500 è data da quanto avevamo in data 1/1/2008 sul conto di Tesoreria.

Per quanto riguarda gli incassi e i pagamenti eseguiti nell'esercizio, in conto competenza e in conto residui, possiamo dire che nel corso del 2008 abbiamo effettuato riscossioni per € 2.003.535 (di cui € 1.875.008 in c/competenza e € 128.527 in c/residui) ed abbiamo effettuato pagamenti per € 2.451.185 (di cui € 2.288.791 in c/competenza e € 162.394 in c/residui).

Il saldo cassa alla chiusura dell'esercizio pari a € 521.850 non è altro che la disponibilità finanziaria al 31/12/2008, cioè quanto avevamo al 31/12/2008 sul conto Tesoreria.

Per quanto riguarda il totale complessivo delle somme rimaste da riscuotere (residui attivi) e di quelle rimaste da pagare (residui passivi) possiamo dire che i residui attivi sono pari a € 54.712 mentre i residui passivi sono pari a € 155.954.

L'avanzo di amministrazione finale nel 2008 è stato quindi di € 420.608 ed è determinato come segue:

consistenza di cassa iniziale	969.500
+ riscossioni	2.003.535
- pagamenti	2.451.185
+ residui attivi	54.712
- residui passivi	155.954
avanzo di amministrazione	420.608

3) STATO PATRIMONIALE

Lo stato patrimoniale comprende le attività e le passività derivanti dalla gestione economica e finanziaria, determinando la consistenza del patrimonio netto al termine dell'esercizio.

I valori delle immobilizzazioni materiali ed immateriali presenti nell'attivo sono esposti al costo storico, nel passivo sono annotati i relativi fondi di ammortamento.

I crediti e i debiti sono esposti al valore nominale.

Le disponibilità liquide sono rappresentate dal saldo attivo del conto corrente.

4) CONTO ECONOMICO

Ricordo che rimane a disposizione degli iscritti che desiderano visionarla tutta la documentazione relativa alle entrate e alle uscite dell'anno 2008.

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

Il Collegio dei Revisori dei Conti, in ottemperanza a quanto disposto dal DPR 221/50 e dal Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità approvato dal nostro Consiglio, dopo attenta valutazione in ordine all'attendibilità delle entrate ed alla congruità delle spese del Bilancio di Previsione per l'anno 2010, valutato che gli accertamenti delle entrate e gli stanziamenti di spesa iscritti in bilancio rispettano le concrete capacità operative dell'Ente, all'unanimità dei presenti esprime parere favorevole.

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

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 - Consueing - Sessuologia

Dr.ssa S.Azzali - Dr. L.Bertinelli - Dr. M.Bruschi -
Dr.ssa E.Campanini - Dr.ssa C.Ferrari
Dr.ssa A.Fochi - Dr. A.Pezzatini - Dr.ssa S.Ruotolo

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.Barcellona Prof. G.Cavagni
Anestesiologia e Terapia del Dolore	Dr.M.Veronesi Prof. G.Cavagni
Cardiologia	Dr. G.Bianconcini
Chirurgia Plastica	Dr. G.Ventriglia
Dermatologia	Dr.ssa L.Cagnolati Dr. G.Manfredi Dr.ssa V.Vescovi
Dietista	Dr.ssa C.J.Della Bona
Ecografia - Eco-color doppler	Dr. C.Moschini
Endocrinologia	Dr.ssa D.Ugolotti Dr. G.Bianconcini Dr. M.Olivieri
Fisiatria	Dr.ssa B.Gualerzi
Ginecologia e Ostetricia	Prof. F.Coppola Ostetrica C.Tognocchi
Medicina del Lavoro (626)	Dr.ssa S.Vanni Dr.ssa S.Tanzi Dr.ssa MC.Bocchi Dr.ssa C.Dimaggio Dr.ssa M.De Santis
Medicina Interna	Dr. A.Cavatorta Dr. G.Bianconcini Dr.ssa F.Olivieri Dr.ssa F.Brindani
Neurologia	Dr.ssa RM.Chierici, biologa
Rieducazione Alimentare	Dr.ssa P.Sottotetti
Oculistica	Dr.ssa R.Lottici
Oncologia	Prof. P.Charret
Ortopedia	Dr.ssa D.Baldo
Otorinolaringoiatria	Dr.ssa MC.Niccoli
Psichiatria	Dr. B.Fontanesi Dr.ssa E.Valla
Psicol. Medica - Sessuologia	Prof. C.Nonnis Marzano
Disessuefazione al Fumo	Dott. M.Moroni

Orari di apertura

Da Lun a Ven 7.30-12.00/14.30-19.00

Sabato 7.30 alle 13.00

Tel.: 0521.287178 / 282635

o mail a info@centrospallanzani.it



La pandemia influenzale: aspetti epidemiologici e clinici

Sabato 14 novembre si è svolto un convegno su tema di stretta attualità, l'influenza AH1N1, organizzato dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Parma, a coronamento dell'Assemblea ordinaria annuale.

Sabato 14 novembre si è svolto un convegno su tema di stretta attualità, l'influenza AH1N1, organizzato dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Parma, a coronamento dell'Assemblea ordinaria annuale. All'introduzione del Presidente d'Aloia è seguito il saluto delle autorità: per la Provincia era presente l'assessore alle Politiche sanitarie e sociali Marcella Saccani, per il Comune il delegato all'Agenzia Politiche della Salute Fabrizio Pallini, per l'Università il Prorettore Enzo Molina, per la Facoltà di Medicina il vicepresidente Marco Vitale. Sono intervenuti inoltre la Senatrice Albertina Soliani, il consigliere regionale Luigi Villani e rappresentanti delle Forze dell'Ordine quali: il Questore di Parma Gennaro Gallo, il Comandante dei Carabinieri Paolo Cerruti, il Comandante della Guardia di Finanza Geremia Guido, con i quali, afferma d'Aloia, "siamo disponibili ad instaurare un sempre più stretto rapporto di collaborazione sui fatti, visto che fungiamo come MMG inseriti nella realtà e possiamo essere il termometro di ciò che fermenta nella società".

Il convegno è poi entrato nel vivo con l'intervento del dott. Massimo Fabi, Direttore Generale dell'AUSL, che ha parlato della gestione delle problematiche sul tappeto, e successivamente del dott. Ettore Brianti, Direttore Sanitario dell'AUSL, e del dott. Luca Sircana, Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliero-universitaria che hanno illustrato il piano Pandemico posto in essere dalle due Aziende. Successivamente si sono svolte due tavole rotonde.

Una di queste ha affrontato i percorsi territoriali dei pazienti vissuti dal MMG, dal pediatra di libera scelta e dai medici della continuità assistenziale, l'altra il percorso ospedaliero nel vissuto del Pronto Soccorso, del reparto di Malattie Infettive e della Rianimazione.

di Tiberio D'Aloia

L'Ordine, come quanti di voi seguono la nostra attività ben conoscono, da sempre rivolge la sua attenzione ai temi inerenti l'etica, la bioetica, la deontologia, le malattie emergenti con l'immigrazione, le patologie che hanno anche risvolti sociali, come l'Alzheimer, il Parkinson, le patologie legate a vari tipi di dipendenza, il disagio giovanile.

Questa volta siamo qui per parlare della influenza AH1N1, in un consesso puramente medico, per eventualmente ribadire delle certezze, per fugare i dubbi che anche tra noi sembrano essere ancora molti, con la speranza che da questo nostro incontro possa emergere un atteggiamento comportamentale il più possibile omogeneo e condiviso.

Faccio presente che una battaglia di questo tipo il Ssn non l'aveva mai affrontata e stiamo risentendo della miriade di pareri che i mass media ci trasmettono.

Tante sono le domande cui dobbiamo in questi giorni rispondere, tanti i dubbi che animano noi oltre che i pazienti.

Dubbi ad esempio relativi alla sopravvalutazione di questo fenomeno, dubbi che per altro continuano ad esserci sollevati anche dal bombardamento continuo di mail che ipotizzano non troppo reconditi interessi delle case farmaceutiche.

Dubbi che riguardano la corretta sperimentazione del vaccino, i suoi possibili effetti collaterali anche a distanza, dubbi sulla componentistica del vaccino stesso.

Certo siamo tutti consapevoli, ed in certi momenti come quello attuale lo siamo maggiormente, che la medicina non sia una scienza esatta, che ogni caso sia un caso a sé stante, ma è proprio per questo motivo che abbiamo chiamato gli attori che hanno organizzato il vallo antinfluenzale applicando le norme nazionali e regionali.

Ausl e Azienda ospedaliero-universitaria assicurano: siamo attrezzate per contrastare la diffusione del virus

Si stima che a Parma città oltre 42 mila persone saranno colpite dall'influenza, mentre su tutto il territorio provinciale gli ammalati saranno più di 86 mila.

A dirlo è il direttore generale dell'Azienda UsI, Massimo Fabi, il quale rassicura però anche sul fatto che nonostante i numeri facciano paura, l'influenza A non è più grave dell'influenza stagionale, anzi, la sua letalità è anche più bassa.

Intorno al virus, in tutta Italia è scattata la polemica sul vaccino antinfluenzale, alimentata anche dalla scarsa adesione alla campagna di vaccinazione da parte di molti medici su tutto il territorio nazionale. E il risultato sono le migliaia di pazienti confusi sul da farsi.

Chi lavora nel campo sanitario ha quindi la responsabilità morale di dare la giusta informazione ai cittadini. "Nello specifico, corre ancora una volta obbligo ricordare che la sicurezza del vaccino contro l'A H1N1, e le sue controindicazioni, sono le stesse di quello per l'influenza stagionale proposto ogni anno. Pertanto il vaccino è efficace e sicuro", continua.

In base alle disposizioni del ministero della Salute, la vaccinazione deve seguire un ordine di priorità, iniziando dagli operatori sanitari (a Parma sono stati vaccinati a partire dal 15 ottobre), le donne incinte e i bambini a rischio nella fascia di età compresa fra i 6 mesi e i 17 anni (vaccinati a partire dal 2 novembre), oltre agli adulti a rischio fra i 18 e i 64 anni. In questo caso le vaccinazioni sono scattate il 9 novembre. Mentre per gli insegnanti, il personale delle forze dell'ordine, della protezione civile e i donatori di sangue la vaccinazione è stata predisposta a partire dal 23 novembre. Poi fra gennaio e febbraio potrà essere vaccinata tutta la popolazione sana di età compresa fra i 6 mesi e i 18 anni.

Secondo una stima il 20 per cento della popolazione presenterà i sintomi del virus, e di questi il 15 per cento avrà complicanze respiratorie. Meno del 2 per cento avrà bisogno del ricovero in ospedale, e meno di una persona su quattro dovrà ricorrere ad interventi di sostegno dell'attività respiratoria.

Fabi ricorda, ancora, come il Piano di contrasto alla

pandemia influenzale sia stato redatto e predisposto dalle due Aziende sanitarie di Parma, in applicazione di indicazioni ministeriali, regionali, e in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale sanitaria oltre che con i Comitati di Distretto. E che, come dimostra l'applicazione operativa del Piano, la sanità pubblica provinciale ha tutte le competenze, i mezzi e le risorse organizzative per contrastare la diffusione del virus A H1N1 nel modo più efficace a tutela della salute dei cittadini. Infatti l'Ausl e l'Azienda ospedaliero universitaria assicurano di essere attrezzate per contrastare la diffusione del virus.

“A partire dal 9 novembre è stato previsto un potenziamento graduale della continuità assistenziale in tutti i distretti sanitari del territorio”, secondo Ettore Brianti, direttore sanitario dell'Azienda Usl. Infatti a Parma sono stati attivati tre punti di continuità assistenziale nei poli sanitari di via Verona e via Leonardo da Vinci, mentre in via Carmignani c'è un ambulatorio pediatrico. Nel distretto di Fidenza sono stati attivati punti contro l'influenza A a San Secondo, a Salsomaggiore e nell'ambulatorio pediatrico di Vaio. Nel distretto Sud-Est i punti sono a Collecchio e Langhirano con la possibilità di aggiungere anche Traversetolo. Mentre nel distretto della Valtaro e della Valceno è stato attivato il punto di Medesano e un ambulatorio nel presidio ospedaliero di Borgotaro.

Pure l'Azienda ospedaliero universitaria si è preparata a reggere l'urto del virus, secondo il direttore sanitario Luca Sircana.

“Già a fine settembre avevamo reso disponibili 72 posti letto assistiti per gli adulti e 14 per i pazienti in età pediatrica. Ma con la diffusione del virus i posti letto assistiti per gli adulti possono arrivare a 178 e quelli per i bambini a 42”.

Da dicembre dovrebbero entrare in funzione le due Ecmo, le macchine per la ventilazione extracorporea, mentre al padiglione Rasori è stato già attivato un ambulatorio ad hoc per gestire i casi di influenza A in modo da ridurre il carico di pazienti al Pronto soccorso.

Aperto dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 15, l'ambulatorio, in occasione del picco, resterà aperto dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, con la possibilità di apertura anche al sabato.






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

**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

**Fisiochinesiterapia
Ortopedica**

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

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

Terapie fisiche

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

- 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

Terapie Riabilitative

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

- 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 propriocettivi
- Esercizi respiratori
- Training deambulatori e del passo
- Terapia occupazionale
- Logopedia

Ginecologia ed Ostetricia

Prof. Danilo Debiasi
Dott.ssa Francesca Gazza
Dott.ssa Patrizia Greci**
Dott. Maurizio Rinaldi**
Dott.ssa Paola Salvini**
Ost. Cinzia Tognocchi

Malattie Infettive

Prof. Giovanni Pedretti**

Medicina Interna

Prof. Giovanni Pedretti**

Medicina dello Sport

Dott. Massimo Manara

**Allergologia
e Immunologia**

Dott. Sergio Scarpa**

Andrologia

Dott. Carlo Maretti

**Anestesiologia
e Terapia Antalgica**

Dott. Luigi Follini

Cardiologia

Dott.ssa Maria Gloria Fesani
Dott. Angelo Finardi
Dott. Pietro Pisciotta

Chirurgia del Piede

Dott. Francesco Caravaggio

Chirurgia Generale

Dott. Rinaldo Lampugnani
Dott. Pierluigi Piccolo

**Chirurgia Generale
e della Tiroide**

Dott. Rinaldo Lampugnani

Chirurgia Maxillo Facciale

Dott. Marco Collini

Chirurgia Plastica

Dott. Paolo Costa
Dott. Romolo Nouvenne

**Chirurgia Protetica
articolare**

Prof. Aldo Guardoli**
Prof. Enrico Vaieni**

Chirurgia della Spalla

Dott. Dario Petriccioli

Chirurgia Vascolare

Dott. Gioacchino Iapichino

Colonproctologia

Dott. Pasquale Talento

**Dermatologia
e Venereologia**

Dott.ssa Paola Bassissi
Dott. Roberto Cavagna
Dott.ssa Carla Maria Costa
Dott. Romolo Nouvenne

Diabetologia

Prof. Carlo Coscelli

Dietologia

Dott.ssa Maria Angela Dallasta
Dott. Danilo Manari

Endocrinologia

Prof. Giuseppe Robuschi
Dott.ssa Simona Cataldo

Endocrinologia Pediatrica

Prof.ssa Lucia Ghizzoni

Epatologia

Prof. Giovanni Pedretti**

Fisiatria

Dott.ssa Daniela Delaidini**

Nefrologia Pediatrica

Prof.ssa Anita Ammenti

Neurochirurgia

Prof. Vitaliano Nizzoli
Prof. Gianpaolo Paini

Neuropsichiatria

Prof. Stefano Passeri

Neuropsichiatria Infantile

Dott. Claudio Capone

Neurologia

Prof. Stefano Passeri
Dott. Augusto Scaglioni

Oculistica

Prof. Giuseppe Nuzzi

**Odontoiatria e
Odontostomatologia**

Dott. Carlo Bacchi

Oncologia e Senologia

Dott. Guido Ceci
Dott. Pierluigi Piccolo

Ortognatodonzia

Dott. Fabio Costa

Ortopedia

Prof. Aldo Guardoli**
Prof. Enrico Vaieni**
Dott. Francesco Caravaggio
Dott. Dario Petriccioli

Otorinolaringoiatria

Prof. Fabio Piazza
Dott. Guido Bacchi
Dott. Marco Collini
Dott. Enrico Pasetti

Pneumologia

Dott. Paolo Spagnolo

Pneumologia Pediatrica

Prof. Gianluigi Grzincich

Psichiatria

Dott.ssa Clelia Chinni**
Dott.ssa Silvia Codeluppi**
Dott. Mauro Mozzani**

Radiologia

Prof. Alberto Maestri
Dott. Ferdinando Cusmano**
Dott.ssa Gabriella Durante-Martina
Dott. Giovanni Marchitelli
Dott. Giulio Pasta
Dott. Claudio Tosi

Urologia

Dott. Carlo Cantoni
Dott. Francesco Dinale

I SERVIZI

Cardiologia

responsabile Dott. Pietro Pisciotta

Ecocardiogramma

Dott. Pietro Pisciotta

ECG**ECG da sforzo****Holter cardiaco****Holter pressorio****Check-up cardiologico****Ginecologia**

responsabile Prof. Danilo Debiassi

ColposcopiaProf. Danilo Debiassi
Dott.ssa Patrizia Greci****Ostetricia**Ost. Cinzia Tognocchi
servizio di Pap-Test, tampone vaginale,
diagnostica vestibolodinia e terapia di
incontinenza urinaria.
Corsi di preparazione alla nascita**Radiologia**

responsabile Prof. Alberto Maestri

EcocolordopplerProf. Giocchino Iapichino
Dott. Giovanni Marchitelli
Dott. Claudio Tosi**Ecografia**Prof. Alberto Maestri
Dott. Giovanni Marchitelli
Dott. Giulio Pasta
Dott. Claudio Tosi**Elettromiografia**

Dott. Augusto Scaglioni

**Elettromiografia
Gnatologica**

Dott. Fabio Costa

Radiologia

responsabile Prof. Alberto Maestri

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

responsabile Dott. Guido Bacchi

**Allergologia
Cardiologia
Dermatologia
Ecografia**Dott. Sergio Scarpa**
Dott. Pietro Pisciotta
Dott.ssa Paola Bassissi
Dott. Giovanni Marchitelli
Dott. Claudio Tosi
Prof.ssa Lucia Ghizzoni
Prof.ssa Anita Ammenti
Dott. Claudio Capone
Prof. Giuseppe Nuzzi
Prof. Aldo Guardoli**
Prof. Enrico Vaianti****Endocrinologia Pediatrica
Nefrologia Pediatrica
Neuropsichiatria Infantile
Oculistica e Oftalmologia
Otopedia****Pediatria e Adolescenza**

responsabile Dott. Guido Bacchi

OtorinolaringoiatriaProf. Fabio Piazza
Dott. Guido Bacchi
Prof. Gianluigi Grzincich
Dott.ssa Ksenija Stojic
Dott. Giovanni Marchitelli
Dott. Claudio Tosi**Pneumologia Pediatrica
Psicoterapia della famiglia
Radiologia****Risonanza Magnetica
Aperta**Dott. Ferdinando Cusmano**
Dott. Giulio Pasta**Ortopedia, Traumatologia e Fisiocinesiterapia Ortopedica**

responsabile Dott. Francesco Caravaggio

OrtopediaProf. Aldo Guardoli**
Prof. Enrico Vaianti**
Dott. Francesco Caravaggio
Dott. Dario Petriccioli**Chiropratica**

Dott. Giovanni Tarasconi

Fisioterapia MassoterapiaFis. Filippo Soncini - T.E.C.A.R. Terapy e
LASER YAG**Traumatologia**

Dott. Massimo Manara



GEMINI
POLIAMBULATORIO PRIVATO
DI MEDICINA SPECIALISTICA

Orario d'apertura

07,30 / 20,00

Sabato 08,00 / 20,00

Servizio Quotidiano,
Radiologia,
Ecografia, Risonanza
Magnetica Aperta
e Prelievi Ematici



Due tavole rotonde sui percorsi ospedalieri e territoriali

Sulla pandemia molte sono le posizioni che attraverso i media si stanno delineando, dalla paura alla sfiducia nei mezzi terapeutici al disorientamento sul da farsi. Agli esperti valutare appieno le situazioni, rispondendo al requisito dell'*estote parati*

di Pierantonio Muzzetto

Tra gli obiettivi del convegno sull'influenza A, quello di valutare da un punto di vista epidemiologico e clinico il problema della pandemia. Una pandemia che, fortunatamente, sperando che non vi sia una mutazione "in corsa" del virus a tutt'oggi appare meno grave del previsto, pur dimostrando un'alta penetrazione del virus, e dunque una morbilità, elevata.



Molte sono le posizioni che attraverso i media si stanno delineando, dalla paura alla sfiducia nei mezzi terapeutici al disorientamento sul da farsi. Agli esperti, epidemiologi clinici e dell'aspetto vaccinale, coi medici di famiglia, in campo adulto e pediatrico oltretutto di organizzazione, il compito di valutare appieno le situazioni, rispondendo al requisito, questa volta laico, dell'*estote parati*.

Proprio questo essere pronti è il minimo comun denominatore del lavoro svolto dalle due aziende della nostra provincia, mettendo in campo una serie di iniziative e una forza lavoro qualificata e qualificante, che ci fa dire che ogni cosa è stata approntata nel modo giusto. Cercando anche di ridimensionare il problema e contribuendo, cioè, a tranquillizzare la popolazione quanto mai disorientata da notizie a volte allarmanti e tese a screditare il lavoro che si sta attuando.

In una simile situazione qualcuno avrebbe anche proposto, data la paventata emergenza, di ricorrere al responsabile nazionale della protezione civile, quasi che fossimo di fronte ad una catastrofe, come anche si legge sui vari quotidiani. Oppure le più svariate iniziative che si stanno adottando ad esempio nel Duomo di Milano, ove si consiglia durante le sante Messe di dare il "segno della pace"

L'ORIGINE DEI VIRUS PATOGENI PER L'UOMO

Può avvenire la formazione di un nuovo tipo di virus dalla combinazione fra due virus di diversa specie (ad es. un ceppo umano e uno aviario) che si incontrano e si replicano contemporaneamente nelle cellule di un ospite intermedio, quale il maiale che funziona da "vaso di ricombinazione".

Questo meccanismo ha dato origine a nuovi virus che hanno causato le pandemie del 1918, 1957, 1968 e l'attuale influenza suina A (H1N1).

Le prime descrizioni di epidemie caratterizzate da sintomi simil-influenzali risalgono al V sec. a.C., in Grecia, e si sono protratte per tutta l'era cristiana, evidenziando come l'influenza sia presente da millenni nella popolazione umana. Recentemente si è ipotizzato che la peste di Atene, verificatasi tra il 430 e il 427 a.C. e descritta da Tuciddide, fosse in realtà un'epidemia influenzale aggravata da complicanze. La prima pandemia attribuibile all'influenza è datata 1580. Da allora sono state descritte 31 pandemie, la maggiore delle quali si verificò nel 1918-19 (la Spagnola) quando, durante 3 ondate successive, furono registrati in tutto il mondo 21 milioni di morti.

Il virus dell'influenza fu scoperto nel 1918 ma il primo isolamento di virus influenzale nell'uomo risale al 1930 in Inghilterra. La pandemia del 1918, denominata Spagnola, è stata causata da un virus AH1N1. Si ritiene si sia originata in un'area agricola del Kansas (USA) nella primavera del 1918 e successivamente portata in Europa dal contin-

gente americano che ha partecipato alla prima guerra mondiale.

Un drift particolarmente rilevante dell'AH1N1 si è avuto nel 1946-47 tanto che all'epoca si era parlato di pandemia.

La pandemia Asiatica iniziata a fine gennaio 1957 nel Sud-Est asiatico (probabilmente in Cina) è stata causata da un virus di tipo A classificato come sottotipo H2N2. Questo virus è stato frutto del riasortimento tra un virus umano AH1N1 e un virus aviario.

La prima ripresa pandemica del 1969-1976 ha visto sulla scena epidemiologica varianti minori solamente del virus AH3N2 e B.

La seconda parte è stata caratterizzata dalla ricomparsa nel maggio 1977 del virus AH1N1.

I primi segnali della diffusione del sottotipo AH1N1 (che era scomparso dopo la pandemia del 1957) sono venuti dalla Cina e dall'Unione Sovietica nel Maggio 1977.

Nell'inverno '77-78, per quanto riguarda i paesi della fascia temperata dell'emisfero Nord, il suddetto virus AH1N1 ha avuto un'ampia diffusione specie fra i bambini in età scolare e nei soggetti nati dopo il 1956, che a differenza delle coorti più anziane non avevano mai contratto infezioni proprio da virus AH1N1.

Il sottotipo AH1N1 è rimasto sulla scena epidemiologica fino ad oggi (unitamente al sottotipo AH3N2 e al tipo B) subendo vari drift antigenici e diventando l'agente causale principale di diverse epidemie stagionali.



non più con la mano ma col semplice inchino.

Al fine di fugare simili situazioni di incertezza e per dare una testimonianza attualizzata – ad oggi, cioè – abbiamo disposto due tavole rotonde in cui si alterneranno, riguardo al percorso sul territorio, la dottoressa B.M. Borrini, che dovrà trattare , dopo la presentazione del piano operativo della AUSL di Parma, che farà il Direttore sanitario dott. E. Brianti, del piano vaccinale, rispondendo sugli aspetti di vaccini e vaccinazioni. Di seguito si alterneranno nell'esposizione i colleghi Medici di famiglia, dott. P. Ronchini, che ha porterà alla nostra conoscenza il lavoro proprio del medico di famiglia nella gestione dell'influenza AH1N1, ed il dottor E. Voccia, Pediatra di famiglia, il quale ci illustrerà la gestione delle problematiche cliniche e vaccinali nei giovani pazienti e negli assistiti di area pediatrica.

La confusione mediatica, l'eccesso di enfaticizzazione su comportamenti da tenere - mascherine, guanti, occhiali ecc. la mancanza di supporti informativi ufficiali sui vaccini nella prima fase, comportamenti difformi e non coerenti della classe medica, creerebbero diffidenza nei genitori estendendo, di riflesso tutte le possibili preoccupazione al resto della cittadinanza allarmata dalle notizie che si andranno diffondendo e si sono già diffuse in questi ultimi giorni.

Un fatto di non trascurabile importanza è quanto si dice, e ne chiederemo conferma, sulla prevenzione ideologica dei genitori riguardo l'uso del vaccino per i loro figli, con tutte le implicazioni sociali di tali scelte. E ciò sembra confermare le previsioni che vedono una risposta positiva verso le vaccinazioni per non di più del 30 per cento.

Alla seconda tavola rotonda, incentrata sul percorso ospedaliero, invece, si sono avvicenderanno il nostro clinico medico dell'Università, Professor Roberto Delsignore che modererà insieme al dottor Luca Sircana: si avvicenderanno il dottor Gianfranco Cervellin che parlerà dei criteri di ricovero e della stratificazione del rischio in Pronto Soccorso; seguirà il dottor Carlo Ferrari, a cui si chiede di trattare, tra le altre cose, dell'efficacia dei farmaci antivirali; ed infine il dottor Mario Mergoni che parlerà, invece delle cure in ambiente rianimatorio.



TERME DI MONTICELLI

DAL 1927



*Salute e
Benessere*



Acque termali salsobromoiodiche e sulfuree.
Per combattere le affezioni delle vie respiratorie, dell'orecchio-naso-gola, dell'apparato locomotore e vascolare, dell'apparato genitale femminile. Hotel con cure interne e piscine termali.



pubblima ♥ parma





Il percorso in Medicina Generale: La Continuità Assistenziale

Il servizio si è impegnato a seguire le modifiche che venivano di volta in volta apportate al piano pandemico regionale, sia per quanto riguarda l'età adulta che l'età pediatrica

di **Cristina Marastoni**

Il servizio di continuità assistenziale si è impegnato a seguire le modifiche che venivano di volta in volta apportate al piano pandemico regionale, sia per quanto riguarda l'età adulta che l'età pediatrica. Per l'età pediatrica l'Ausl ha organizzato un corso trimestrale sull'emergenza pediatrica. Gli argomenti trattati sono vari e di rilievo: l'esame obiettivo, la febbre, i problemi respiratori, l'alimentazione sono alcuni esempi. Per l'età adulta a Parma ci siamo riuniti con i colleghi di continuità assistenziale e abbiamo definito uno schema per cercare di uniformare le risposte da dare all'utenza, sempre considerando l'unicità di ogni singolo individuo: i pz con patologie croniche vengono valutati a domicilio indipendentemente dal tempo di insorgenza dei sintomi e i pz sani con sintomi influenzali ricevono un consiglio telefonico se la febbre è comparsa meno di 24 ore prima della telefonata e vengono valutati a domicilio o in ambulatorio se la febbre è comparsa da più di 24-48 ore.

Da un punto di vista numerico, l'andamento della pandemia sta per raggiungere il picco. I dati mostrano che nel mese di ottobre circa il 10% dell'utenza ha contattato la continuità assistenziale per sindrome influenzale, mentre dai primi di novembre le percentuali sono rapidamente cambiate, e gli accessi per febbre hanno raggiunto il 50-70% del totale.

Da inizio novembre è iniziata l'attività di continuità assistenziale diurna per supportare l'eventuale ingorgo della medicina di assistenza primaria. Il servizio in città conta 3 medici in appoggio ai nuclei di cure primarie. Nei vari incontri tenuti tra i referenti di nucleo, l'Ausl e la referente del Distretto della continuità assistenziale, si è deciso che il servizio di continuità assistenziale diurna



sarebbe stato contattato direttamente dal medico di assistenza primaria per evitare che lo stesso utente contatti più servizi inutilmente e per cercare di ridurre l'ospedalizzazione con accessi impropri. I medici di Continuità Assistenziale che operano dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali sono ubicati c/o due sedi di medicina di gruppo: il Medico destinato in Via Verona andrà presso il Gruppo di Medici di Medicina Generale "San Moderanno" sito in via Trieste, 108/a e quello in Via Carmignani andrà presso il Gruppo di Medici di Medicina Generale "Galeno" in Via Musini, 2/a. Il 3° Medico per il momento resta in sede in via abbeveratoia. In un primo momento si era deciso che i medici di CA avrebbero svolto solo un servizio domiciliare, poi si è pensato di farli collaborare attivamente con i colleghi di Assistenza Primaria dando sempre la precedenza al servizio domiciliare.

Successivamente verranno incrementati anche il servizio notturno e quello festivo e prefestivo, in base alle esigenze.

I criteri con cui il MAP e il PLS possono contattare il MCA diurna per una collaborazione sono per l'età pediatrica un fattore età: dai 18 mesi, perché sappiamo che età inferiori ai 18 mesi si possono complicare con patologie che possono richiedere anche un ricovero ospedaliero ed è sembrata più etica la valutazione di pazienti in questi primi mesi direttamente dal loro PLS, anche i bimbi con gravi patologie croniche o immunocompromessi dovrebbero essere sempre valutati dal PLS. Per l'adulto il MAP valuta pz con gravi patologie croniche e collabora col MCA per pz normalmente sani con sintomi influenzali. Alla CA diurna, notturna, festiva e prefestiva sono forniti gli stessi percorsi di approfondimento delle altre figure mediche sul territorio: RX torace ed esami ematochimici urgenti.

I medici di CA sono d'accordo nel cercare di collaborare con le altre figure professionali con cui entrano in contatto, hanno accettato con impegno le linee fornite con l'obiettivo di sedare l'ormai presente panico per non sovraccaricare inutilmente il pronto soccorso e la struttura ospedaliera in generale. Concludo con un pensiero che va oltre questa influenza: penso che questo possa essere a tutti gli effetti un primo passo di integrazione tra CA e assistenza primaria e se questa potesse essere un'esperienza che ci permette di capire che la vecchia guardia medica ha veramente lasciato il posto alla continuità assistenziale e che i giovani medici si possono affiancare ai colleghi più esperti per imparare da loro e collaborare a 360° non potremmo che ringraziare la suina per aver accelerato un percorso che sembrava solo scritto.

AH1N1: il percorso sul territorio.

Partecipazione al piano vaccinale quale ruolo e quali problemi per il MMG ?

di **Paolo Ronchini**

Il ruolo organizzativo svolto dal mmg sul tema H1N1 è stato:

- formativo (circolari ministeriali, regionali, aziendali), corsi frontali di formazione
- informativo vs i pazienti in tema di rischi e benefici
- censimento ed aggiornamento degli elenchi dei pazienti da vaccinare
- vaccinazione di tutti gli ultra65enni disponibili
- vaccinazione antipandemica nei propri studi o in sede di NCP.

solo un terzo dei mmg ha accettato di eseguire la vaccinazione antipandemica, con grande prevalenza dei colleghi della periferia, rispetto a quelli della città.

L'atteggiamento dei pazienti rispetto alla proposta vaccinale fluttua fra sospetto, scetticismo, delega al curante e ritrosia.

Il vissuto dei mmg è parimenti ondivago fra sospetto di interessi superiori, fastidio nei confronti delle regole ministeriali e regionali, sensazione di "prova generale" verso una calamità futura, percezione di non essere più un libero professionista che decide autonomamente nel proprio studio, ma di far parte di un'organizzazione allargata (cambio di ruolo), responsabilità etica e dovere morale di vaccinarsi e vaccinare per il bene comune.



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





Ricoveri in terapia intensiva nell'esperienza australiana

La pandemia ha già interessato l'Oceania nel trimestre giugno-agosto 2009. Al termine del periodo critico, reports sono stati pubblicati su questo argomento. I dati sono interessanti per valutare l'impatto che può avere l'influenza da virus A(H1N1) al suo passaggio

di **Mario Mergoni**

Si prevede che un numero di persone dell'ordine del 20%-30% della popolazione contragga l'influenza da virus A(H1N1) con un tasso di ricovero ospedaliero variabile tra lo 0.6% e 1.5%. Poiché il ricovero ospedaliero è riservato ai casi gravi e poiché la gravità della sindrome influenzale nella maggior parte dei casi è determinata da problematiche di ordine respiratorio, è prevedibile che molti di questi pazienti possano richiedere il ricovero in terapia intensiva. E' noto che la disponibilità dei letti di terapia intensiva è limitata ed è quindi molto importante ai fini della pianificazione dei provvedimenti da mettere in atto prevedere gli scenari possibili in merito alle necessità di cure intensive da riservare al surplus di pazienti in occasione dell'ondata di influenza pandemica.

Sotto questo profilo ci possono aiutare i reports già pubblicati su questo argomento. Uno studio sui ricoveri in terapia intensiva in Australia e Nuova Zelanda (NEJM 2009;361:1925) nel trimestre giugno-agosto 2009 in 187 terapie intensive riporta un numero di accessi di 722 pazienti, pari a 28,7 pazienti per milione di popolazione. Tenendo conto che la popolazione dello studio era 25,2 milioni, che il tasso di attacco in Australia è stato di circa il 5% di cui lo 0,3% ha richiesto un ricovero in ospedale, si può desumere un numero totale di ricoveri in ospedale pari a circa 3.800 da cui deriva che approssimativamente il 20% dei ricoverati ha richiesto il ricovero in terapia intensiva. Un dato interessante per valutare l'impatto che può avere l'influenza da virus A(H1N1) sui ricoveri in terapia intensiva emerge dal confronto con il numero di ricoveri registrato nel corso degli stessi mesi negli anni 2005, 2006, 2007 e 2008 che è stato, rispettivamente, di 57, 33, 69 e 69. Un risultato sostanzialmente identico sulla percentuale di pazienti che necessitano di un ricovero in terapia intensiva viene riportato da uno studio canadese (JAMA 2009;302:1872) dove su 1431 pazienti 282 (19,7%) furono ricoverati in terapia intensiva.

Applicando alla popolazione dell'Emilia-Romagna queste stime si può anticipare, nella settimana del picco pandemico, la necessità di ricoverare in terapia intensiva dalle 200 alle 700 persone, un numero che metterebbe a dura prova la capacità operativa di questi reparti. A questo scopo, come è stato presentato dalle relazioni del Direttore Generale dell'AUSL dott. Fabi e dal Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dott. Sircana, le Aziende Sanitarie della Regione hanno predisposto piani di emergenza.

Come noto, la fascia di età più colpita dalla pandemia influenzale va da 0 a 30 anni. L'età mediana dei pazienti ricoverati in terapia intensiva è leggermente più alta, attorno ad un valore, sempre facendo riferimento ai due studi citati, di 32-37 anni.

È stato frequentemente riferito che le forme gravi di influenza A(H1N1) si presentano in soggetti giovani senza patologie associate. In realtà la presenza di comorbidità nei soggetti ricoverati in terapia intensiva è elevata: dal 70% a quasi il 100% a seconda delle casistiche. Non sempre, tuttavia si tratta di comorbidità severe; facendo riferimento solo a quest'ultima categoria, la percentuale scende a circa il 30%. Da segnalare che dal 20% al 35% dei pazienti è presente obesità.

La causa principale di ricovero in terapia intensiva è costituita dall'insufficienza respiratoria, in linea con il noto spiccato tropismo per il sistema respiratorio del virus influenzale. Le direttive ministeriali hanno suggerito i criteri in base ai quali richiedere la consulenza del rianima-



tore. Tali criteri consistono in uno dei seguenti: una Sat a <90% con maschera O2 10L/min, un'acidosi respiratoria con pH<7,25, l'evidenza clinica di imminente distress respiratorio rappresentata da una frequenza respiratoria > 35 atti/min, una alterazione della coscienza testimoniata da un GCS <8 da cui deriva un'incapacità a proteggere le vie aeree ed infine in una ipotensione con pressione sistolica arteriosa < 90 mm Hg.

Nei pazienti ricoverati in terapia intensiva con patologia respiratoria correlata all'infezione da virus dell'influenza A(H1N1) la necessità del ricorso ad una modalità di assistenza respiratoria è risultata molto elevata, da poco più del 60% fino a oltre il 90%, a seconda delle casistiche. La durata mediana della ventilazione meccanica è risultata variabile dagli 8 ai 12 giorni, ma vengono riportati casi con durate fino a 50 giorni. Infine la mortalità che è risultata variabile dal 17% delle casistiche australiana e canadese al 25% della casistica spagnola (Crit Care 2009;13:R148). Una menzione merita il ricorso a provvedimenti inusuali per il sostegno della funzione respiratoria. In alcuni soggetti la gravità dell'interessamento polmonare è così severa da non consentire uno scambio gassoso compatibile con la sopravvivenza ad opera del polmone nativo. In questi casi non esiste altra possibilità che il ricorso all'ossigenazione extracorporea, una tecnica nota da decenni, ma tornata alla ribalta in occasione della pandemia influenzale. Un report dettagliato in merito al ricorso a questo provvedimento viene dall'esperienza australiana (JAMA2009;302:1535). Sono stati trattati 68 casi corrispondenti al 9% di tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva, con una mortalità del 23%. Eloquentemente il confronto con i casi trattati nello stesso periodo di tempo in occasione dell'influenza stagionale del 2008 nel corso del quale furono sottoposti ad assistenza extra-corporea solo quattro pazienti.

Influenza: criteri di ricovero e stratificazione del rischio in P. S.

La recente pandemia influenzale A-H1N1 ha riproposto all'attenzione con urgenza il problema dei criteri di ospedalizzazione e di ricovero dei pazienti. A quali indicazioni far riferimento?

di **Gianfranco Cervellin**

*“Mi piacciono i maiali.
I cani ci guardano dal basso.
I gatti ci guardano dall'alto.
I maiali ci trattano da loro pari”.*
Winston Churchill

La recente pandemia influenzale A-H1N1 (nota ai più come influenza suina) ha riproposto all'attenzione con urgenza – soprattutto in considerazione del rischio di saturazione dei posti letto disponibili negli Ospedali - il problema dei criteri di ospedalizzazione e di ricovero dei pazienti.

La letteratura EBM, per la verità, non offre molti spunti al clinico, in quanto tutti i principali studi controllati su questa tematica sono stati effettuati sulle polmoniti acquisite in comunità (CAP) e non sull'influenza.

Una delle poche indicazioni autorevoli sui criteri di ospedalizzazione dei pazienti affetti da influenza pandemica è quella nota come PMEWS (Pandemic Medical Early Warning Score) [1], che è stata anche validata in uno studio di confronto con lo score CURB-65, di cui si dirà in seguito.

Lo score PMEWS prende in considerazione fattori anamnestici, sociali e fisiologici, cui viene attribuito un punteggio: un punteggio totale superiore a 7 suggerisce l'opportunità del ricovero (Fig.1).

Nel tentativo di semplificare lo score appena illustrato, in verità abbastanza complesso, il Gruppo di Lavoro Nucleo di Crisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha inserito, nel documento relativo ai percorsi clinici dei pazienti che si presentano con sospetto clinico di influenza A-H1N1, uno schema riportante i parametri clinici da considerare per l'eventuale ospedalizzazione (Fig.2).



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.14258 del 31/1/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

RADIOLOGIA
Digitale
Tradizionale
Dentale

TAC
Dentale
Maxillo-facciale

MAMMOGRAFIA
ECOGRAFIA
ECOCOLORDOPPLER
ISTEROSALPINGO-
GRAFIA
RMN

Convenzionato con
FASI - CASSA INTESA

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

Autorizzazione Sanitaria n.14258 del 31/1/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03

Dott. Giulio Sergio Pasta
Specialista in Radiologia

Dott. Giovanni Maria Centi*
Specialista in Radiologia

Dott. Cesare Meschini
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

Autorizzazione Sanitaria n.14258 del 31/1/02
Autorizzazione Sanitaria n.24736 del 24/2/03



SINTOMI DI INFLUENZA PANDEMICA (WIDC)							
Febbre > 38°C	Cefalea	Mal di gola	Rinorrea				
Tosse	Diagnosi	Mialgia	Dolori extra-articolari				
FATTORI DI RISCHIO (1 punto per ogni fattore)							
- ETÀ > 65 anni ()							
- ISOLAMENTO SOCIALE ()							
- MALATTIE CRONICHE: polmonari (), cardiache (), renali (), epatiche (), diabete mellito (), oncologiche (), immunodepressione ()							
- GRAVIDANZA al 3° trimestre ()							
- PERFORMANCE STATUS > 2 ()							
PERFORMANCE STATUS							
• Attività normale senza restrizioni: 1 punto							
• Può svolgere attività lievi: 2 punti							
• Attività limitata ma autosufficiente: 3 punti							
• Attività limitata, limitata autosufficiente: 4 punti							
• Confuso a letto/bed, non autosufficiente: 5 punti							
DATI FISIOLOGICI (codificare un solo valore per ogni fattore)							
Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	>30			9-18	19-23	24-29	>30
SpO2	<95%	90-93%	94-96%	>96%			
Frequenza cardiaca	>40	41-50		51-100	101-110	111-120	>130
Pressione sistolica	<70	71-90	91-100	>100			
Temperatura		<35°C	35.1-36°C	36.1-37.0°C	36-36.9°C		>39°C
Stato neurologico				Sveglio, cosciente	Confuso, agitato	Fortemente agitato	Disorientamento spazio/temporale

Figura 1. Pandemic Medical Early Warning Score

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Parma	
PARAMETRI CLINICI DA CONSIDERARE PER L'EVENTUALE OSPEDALIZZAZIONE	
•	Frequenza respiratoria > 30 atti/minuto
•	PAS <80 mmHg e/o PAD <60 mmHg
•	Frequenza cardiaca > 149 bpm
•	Età > 65 anni
•	Graavidanza
•	Immunodeficienza
•	Gravi patologie croniche; insufficienza cardiaca; insufficienza respiratoria

Figura 2. Criteri di ospedalizzazione per influenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il problema fondamentale, come poc'anzi anticipato, è che le suddette regole cliniche sono in gran parte estrapolate da un contesto clinico diverso, cioè quello delle polmoniti acquisite in comunità.

In tale ambito da diversi anni la comunità scientifica internazionale ha cercato di dare una risposta alla domanda su quali siano i criteri che permettono al medico di trattare in sicurezza il paziente al proprio domicilio.

Al momento attuale questa decisione si basa su due veri e propri "pilastri" scientifici: 1) lo score PSI, derivato dal gruppo di Fine negli USA [2]; 2) lo score CURB-65 (ed il suo derivato CRB-65), derivato dal gruppo di Lim in Gran Bretagna, Nuova Zelanda e Olanda [3]. Lo score PSI (Pneumonia Severity Index), noto anche come PORT (Pneumonia Outcome Research Trial) è piuttosto complesso, ma può essere sintetizzato come in figura 3.

Una volta calcolato il punteggio, il paziente viene assegnato ad una classe di rischio, cui corrisponde un adeguato setting assistenziale (Figura 4).

Il PSI è stato derivato da dati relativi ad oltre 14.000 pazienti adulti affetti da CAP, ed è stato successivamente validato su oltre 40.000

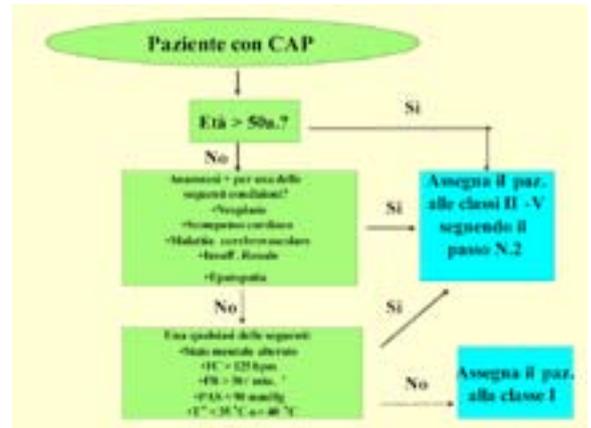


Figura 3. Algoritmo per calcolare il PSI.

pazienti. Questo score prevede l'acquisizione, nel passo N.2 riportato in figura, oltre che di dati anamnestici ed obiettivi, anche di una Rx del torace e di un certo numero di parametri di laboratorio (pH arterioso, PaO2, urea, glicemia, sodiemia, ematocrito), ed è da ritenersi pertanto particolarmente adatto per un uso in Pronto Soccorso. Presso il P.S di Parma la possibilità di calcolare rapidamente il PSI è stata inserita nel 2004 nell'applicativo informatico già in uso, permettendo così ai Medici di disporre di uno strumento semplice e rapido da usare, che consente inoltre di allegare alla documentazione clinica del paziente uno score validato a livello internazionale. Lo score CURB-65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, Age>65) è molto più semplice, e prevede un solo esame di laboratorio, l'urea per l'appunto. Lo score è stato derivato e validato in uno studio prospettico effettuato su 1068 pazienti. Ne esiste una versione semplificata, che non prevede alcun esame di laboratorio, particolarmente adatta all'utilizzo extraospedaliero. Tale versione, definita CRB-65, risente di un minore volume di validazione. Il calcolo del CURB-65 può essere sintetizzato come in figura 5.

Il calcolo del CURB-65

Da quando sono stati pubblicati questi due fondamentali studi, tutte le principali Linee Guida internazionali (European Respiratory Society 2005, Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society 2007, British Thoracic Society 2009) hanno incluso nelle loro raccomandazioni, con alto livello di evidenza, l'utilizzo di uno dei due score per la stratificazione del rischio e le decisioni relative al setting assistenziale. Tutte le suddette Linee Guida, peraltro, raccomandano che la valutazione clinica basata sugli scores sia integrata dalla accurata valutazione del medico relativamente alla capacità e possibilità del paziente di assumere correttamente la terapia prescritta, e di sottoporsi a successivi controlli (in pratica, una valutazione socio-assistenziale).

Quale score preferire? Il PSI è sostenuto da studi su vaste popolazioni, e consente di classificare una percentuale di pazienti leggermente superiore nelle categorie a basso rischio. Per contro è piuttosto complesso, e richiede disponibilità rapida di Rx e di esami di laboratorio; inoltre è molto influenzato dal fattore età, e, se applicato acriticamente, pone un certo rischio di sottostima nei pazienti più giovani. Il CURB-65 è estremamente semplice, meno vincolato al fattore età, e più alla gravità

Punteggio totale	Classe di rischio	Setting assistenziale	Range di mortalità a 30 giorni
Nessuno (risposta NO a tutti i quesiti)	I	Ambulatoriale	0,1%
<20	II	Ambulatoriale	0,6%
21-40	III	Ambulatoriale/Osservatorio breve	0,9-2,8%
41-130	IV	Ricovero ospedaliero	8,2-9,3%
>130	V	Ricovero ospedaliero (considerare ICU)	27-29,2%

Figura 4: stratificazione del rischio e setting assistenziale appropriato secondo lo score PSI.

clinica; risente per contro di un minor volume di studi di validazione. In conclusione i due score vanno ritenuti entrambi validi strumenti, che possono “rendere la cosa giusta da fare, la cosa semplice da fare” [4], e deve essere compito di ogni organizzazione sanitaria scegliere lo score ritenuto più adatto al proprio contesto operativo. Ben ricordando, naturalmente, che tali score sono nati nell’ambito degli studi sulla CAP, e che l’extrapolazione non ponderata all’ambito dell’influenza, può condurre, nel tentativo di applicare l’ottima Evidence Based Medicine, sulla pericolosa strada della Evidence Biased Medicine, ovvero di una non auspicabile “medicina dell’evidente pregiudizio”.

Note bibliografiche

1. Challen K, Bright J, Bentley A et al. Physiological-social score (PMEWS) vs. CURB-65 to triage pandemic influenza: a comparative validation study using community-acquired pneumonia as a proxy. BMC Health Services Research 2007; 7:33
2. Fine MJ, Agle TE, Yealy DM et al. A Prediction Rule to identify low-risk patients with Community-acquired Pneumonia. New Engl J Med

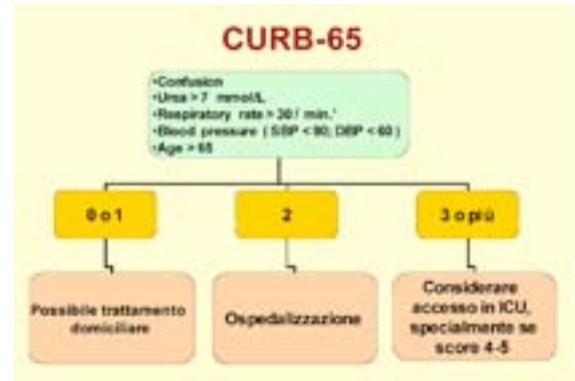


Figura 5: Il calcolo del CURB-65.

- 1997; 336: 243
3. Lim WS, van der Erden MM, Laing R et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international and validation study. Thorax 2003; 58: 377
 4. Cook DJ, Montori VM, McMullin JP et al. Improving patient’s safety locally: changing clinical behaviour. Lancet 2004; 363:1224

Infatti, è facile ingannarsi nel fare esperimenti e credere di aver visto e di aver trovato ciò che desideriamo vedere e trovare.

*Luigi Galvani
Commentarium, 1791*



riabilitazione - fisioterapia

PARMA PONTREMOLI LA SPEZIA

DIRETTORE SANITARIO Dott. Pietro Cavazzini

Medico Chirurgo e Psicoterapeuta
Specialista in Medicina Interna
Specialista in Fisiokinesiterapia Ortopedica

CONSULENTE Dott. Gian Nicola Bisciotti Ph.D.

Docente di Riabilitazione Motoria c/o le Università di Parma e di Lione

RIABILITAZIONE DELLO SPORTIVO

La filosofia del centro è quella di accogliere il giocatore nell’immediato post-operatorio o nella prima fase del post-infortunio. Le strutture del centro, con la collaborazione di uno staff composto da medico fisiatra, fisioterapisti e preparatori atletici, permettono infatti di seguire il percorso riabilitativo nelle sue varie tappe, dalla prima fase, prettamente fisioterapica, all’ultima parte in cui finalmente si ritorna allo sport preferito. In quest’ambito troviamo due principali campi d’intervento. Il primo incentrato sul recupero funzionale post-traumatico il cui scopo è la “restitutio ad integrum” dell’atleta nell’ambito della propria disciplina sportiva. Il secondo aspetto invece è quello concernente l’attuazione di un programma personalizzato rivolto alla ripresa di una forma atletica ottimale.

RIABILITAZIONE DELL’ADULTO ARTROSCICO

La terapia conservativa degli adulti e degli anziani artrosici si basa su terapie farmacologiche x os, su infiltrazioni intrarticolari, sull’utilizzo di apparecchiature elettrofisioterapiche di ultima generazione (Laser Yag, Tecar, US, Magnetiterapia ecc.) e, soprattutto, sulla rieducazione funzionale e sul potenziamento muscolare. Tali strumenti sono utilizzati anche negli esiti dei sempre più frequenti interventi ortopedici: protesi d’anca e di ginocchio, chirurgia della spalla ecc.

PATOLOGIE DEL RACHIDE

I Pazienti affetti, cervicalgia, da lombosciatalgia ecc. vengono istruiti, non prima di un attento controllo medico specialistico, a tecniche ormai collau-

date da anni come la Back School, la Neck School, Mackenzie, Core Stability, Gainage.

FORMAZIONE CONTINUA

Rivolta agli operatori del centro ma, prossimamente, anche a preparatori atletici dei vari sport, tramite l’organizzazione di seminari.

ATTENZIONE AGLI APETTI PSICOLOGICI

Particolare attenzione viene posta, sia nello sportivo che nell’artrosico, alla situazione psicologica dei Pazienti impegnati nella riabilitazione. Il Medico Psicoterapeuta, con l’osservazione diretta e con le segnalazioni dei Fisioterapisti e dei Preparatori Atletici, verifica le motivazioni e cerca di prevenire le frustrazioni da inabilità.



Via Naviglio Alto 20/a - PARMA
Telefono e Fax 0521 776455
cell. 334 7156531
kinemovecenter.parma@email.it
www.kinemovecenter.com



Influenza: “Nessuna orchestrazione al fine di favorire le industrie farmaceutiche”

Il Prof. Delsignore ritiene poco verosimile l'ipotesi che dietro alla influenza da virus AH1N1 vi siano macchinazioni dei SSN e invita a pensare che in Italia abbiamo il privilegio di poter affrontare questo avvenimento con maggiori disponibilità e risorse rispetto ad altre parti del Mondo

di **Roberto Delsignore**

L'attuale pandemia influenzale, originata dalla comparsa di un virus nuovo (virus pandemico AH1N1) è arrivata non certo inattesa, poiché è noto che le pandemie fanno periodicamente la loro comparsa.

Il Servizio Sanitario Nazionale sta dando una risposta adeguata in termini di informazione dei cittadini, formazione degli operatori sanitari, prevenzione e terapia.

Le Aziende Sanitarie della Provincia di Parma hanno messo e stanno mettendo un grande impegno per fronteggiare l'influenza A nella nostra Provincia.

Domande, da Medici presenti, al termine degli interventi dei Relatori.

1) Come si prepara il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale di Parma a far fronte alle aumentate richieste di assistenza per bambini affetti da sintomi di influenza?

R. Rispondo con cognizione di causa avendo parlato recentemente di questo tema col Direttore della Clinica Pediatrica.

Il Prof. Bernasconi sottolinea che fino a questo momento non si è registrata una eccessiva affluenza di bambini con sindrome influenzale al Pronto Soccorso della Clinica Pediatrica. E' prevedibile che, se continuerà la encomiabile attività dei Pediatri di Famiglia, che stanno svolgendo un'azione di filtro veramente efficace, non dovrebbero regi-



strarsi difficoltà nella attività del Pronto Soccorso Pediatrico. Qualora l'affluenza dovesse aumentare, sarà cura della Clinica Pediatrica attivarsi per far fronte adeguatamente alle maggiori richieste.

2) Un Paziente gravemente cardiopatico, di 75 anni, deve sottoporsi alla vaccinazione contro l'influenza suina?

R. Le disposizioni in materia sono molto precise ed escludono, attualmente, questo tipo di vaccinazione per i Pazienti di età superiore a 65 anni. E' invece consigliata la vaccinazione per l'influenza stagionale.

3) E' consigliabile la vaccinazione anche se si è già raggiunto il picco di incidenza dell'influenza?

R. La vaccinazione è sempre raccomandata in quanto non si conosce con precisione il periodo del picco influenzale; inoltre, non si può escludere che possa anche verificarsi un secondo picco.

Conclusioni

Al termine di queste interessanti Tavole Rotonde, concludo esprimendo un sentito apprezzamento per il grande e qualificato impegno profuso dalle nostre Aziende Sanitarie Provinciali nel far fronte alla emergenza sanitaria provocata dalla pandemia influenzale.

Ringrazio l'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Parma, non soltanto per l'organizzazione di convegni di formazione e di aggiornamento su questo importante tema, ma anche per il richiamo costante che il Presidente, Dott. D'Aloia, esercita su tutti gli iscritti per un adeguato impegno di fronte a questa influenza.

Per finire mi permetto di fare una considerazione rivolta, con rispetto, a quei Medici che hanno opinioni diverse da quelle espresse da tutti i Relatori del Convegno, soprattutto per quanto concerne le vaccinazioni.

E' poco verosimile sostenere che, dietro alla influenza da virus AH1N1 di questo periodo, vi sia una macchinazione orchestrata dai Servizi Sanitari di tutto il Mondo al solo fine di favorire le industrie farmaceutiche.

Dobbiamo, invece, pensare che in Italia abbiamo il privilegio di poter affrontare questo avvenimento, che desta grandi preoccupazioni e timori, con maggiori disponibilità e risorse rispetto ad altre parti del Mondo.

E' opportuno che i Medici si attengano alle indicazioni e alle linee guida suggerite dall'OMS e dai Piani Nazionali, Regionali e Provinciali predisposti per affrontare la pandemia.

“Il corso integrato di istologia”

Tre filoni specialistici in un libro

L'autore, il professor Renato Scandroglio, ha pubblicato un “progetto didattico” che in un solo lavoro racchiude l'istologia, la citologia e l'embriologia. Una vera novità

di Antonella Del Gesso

Tre filoni specialistici in un unico libro: “Il corso integrato di istologia” (Edizioni Santa Croce). Un lavoro redatto da una sola mano, quella del professor Renato Scandroglio, per garantire all'opera, in due volumi, una linea uniforme. L'autore spiega come questo libro sia, in sostanza, un “progetto didattico” che, come il titolo sta ad indicare, si propone di dare un'impronta olistica a una disciplina, l'istologia, che per la sua intrinseca multivalenza, negli ultimi anni, “essendo oltretutto ‘esplosa’

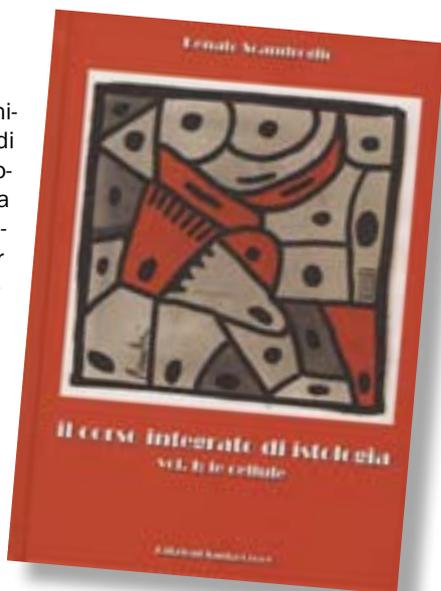
in termini di conoscenze, si è frammentata in molteplici filoni specialistici, proprio mentre si faceva più impellente l'esigenza di sintesi. Come del resto si evince anche dal fatto che attualmente i suoi contenuti, nelle Facoltà di Medicina, sono, d'imperio, raccolti in un unico corso, per l'appunto il Corso integrato di istologia”.

Non per nulla a incipit del suo libro lo Scandroglio cita il famoso illuminista Pascal: «Qu'on ne dise pas que je n'ai rien dit de nouveau: la disposition des matières est nouvelle» (“Che non si dica che non ho detto niente di nuovo. La disposizione delle materia è nuova”). Proprio per precisare che l'aver integrato tre filoni - istologia, citologia ed embriologia - in un unico lavoro è una vera novità, oltretutto opportuna e utile. Utile come il fatto di aver redatto da solo i due volumi: “Dal punto di vista scientifico diversi punti di vista possono essere interessanti, ma riguardo alla didattica più pareri rendono dispersiva e imperfetta la linea dell'apprendimento”.

Quanto al collante che potesse rappresentare il minimo comune denominatore di tanta eterogeneità, lo Scandroglio lo individua nella “forma”. “La forma intesa come spazio organizzato capace di promuovere la vita e poi di rappresentarne, plasticamente, le fattezze, la funzione e lo stato di salute” sottolinea il professore.

I confini tracciati nel libro sono invece quelli utili a ricordare la fisica, la chimica e la biologia di base all'anatomia e alla fisiologia, considerata la vocazione dell'istologia a fare da snodo fra queste discipline. Il contenuto poi spazia dalle molecole agli organi, descritti fin dal loro apparire. Come dire - così viene definito nell'introduzione al libro - il “mare oceano” della cultura biologica.

Il risultato è un'opera in controtendenza: vuoi per la mole, che non è indifferente, vuoi per la disposizione della materia, che è argomentata e non ordinaria, “perché ha come epicentro l'embriologia, finalmente integrata e non posta ai margini della disciplina con la motivazione, un po' di comodo, che essa meriti, per la sua importanza, una trattazione separata”, afferma lo Scandroglio. Nel mentre spera che essa non sia considerata né ridondante né avventuristica, quantomeno da chi ama l'asperità dei percorsi culturali che conducono alla sintesi concettuale, piuttosto che le scorciatoie dei



percorsi nozionistici, ricchi solo di contenuti analitici. Soprattutto spera che possa far comprendere come la morfologia, con la citologia, l'embriologia e l'istologia raccolte in un unico impasto, sia l'unica matrice capace, insieme all'anatomia, di dare razionalità e ordine agli studi biomedici in un'epoca storica caratterizzata dalle superspecializzazioni e, conseguentemente, dalla diaspora della conoscenza. E ancora spera, più in generale, che, nel suo piccolo, “questa mia fatica possa far riflettere il lettore, futuro ministro dell'arte medica. Riconducendolo alla consapevolezza di un fatto elementare: solo la cultura, che nasce dalla fusione delle conoscenze e non già dalla loro semplice somma, conferisce, a chi la possiede, personalità. Senza la quale si è forse tecnicamente perfetti, ma privi di anima, simili a una macchina. E senza identità. Quell'identità che distingue. All'interno del mucchio. Illusioni? Temo il sì, anche se in cuor mio tifo, ovviamente, per il no” (Tratto dalla Presentazione dell'opera posta a introduzione del “Corso”).

Il libro, corredato da una Lettera agli studenti, dai quali nel 2008 si è congedato con quello stesso appassionato trasporto che ha caratterizzato gli anni del suo insegnamento, si apre con il Giuramento di Ippocrate. Lo Scandroglio lo propone come lettura preliminare, nella versione originale e nella meno “magica” versione moderna, perché “è importante che nel medico, prima ancora della ‘conoscenza’, sia viva e presente la ‘coscienza’ etico-professionale”.

Renato Scandroglio è nato a Legnano (MI) il 20 gennaio 1936. Si è laureato in Medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Pavia e si è poi specializzato in “Ostetricia e Ginecologia” a Milano, in “Oncologia medica” a Pavia e in “Igiene e Medicina preventiva” a Bologna. Allievo del Prof. Luigi Cattaneo, ha svolto la sua attività accademica dapprima a Cagliari, dove è stato professore incaricato di Istologia ed Embriologia Generale, poi a Bologna, dove è stato professore incaricato stabilizzato di Anatomia umana normale, infine a Parma dove è stato professore ordinario di Embriologia e Coordinatore del Corso integrato di Istologia nella Facoltà di Medicina e chirurgia. A Parma ha diretto l'Istituto di Istologia ed Embriologia generale fino alla sua dimissione. Oggi afferisce alla sezione di Istologia del dipartimento di medicina sperimentale come libero docente.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche riguardanti soprattutto l'apparato genitale e, ultimamente, le cellule germinali.

Ha pubblicato alcuni elaborati didattici e tre libri: “Annotazioni di Biologia Cellulare”, edito nel 1978, “Cellule”, edito nel 1996, e “La cellula è il più piccolo paziente del medico”, edito nel 2002”.

Parma: un PDT interaziendale sullo scompenso cardiaco

Numerose metanalisi testimoniano che programmi di gestione integrata migliorano gli esiti di mortalità e la qualità della vita nei soggetti affetti da questa patologia, per questo motivo è stato importante produrre un documento interaziendale

Il 23 ottobre 2009, presso la sala Congressi Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, si è tenuto un convegno intitolato "Il percorso diagnostico terapeutico dello scompenso cardiaco: continuità assistenziale tra ospedale e territorio".

Si è trattato di un'occasione di incontro di tutti gli operatori interessati, al fine di presentare la nuova versione del percorso Diagnostico-Terapeutico sullo Scompenso Cardiaco, condividerne obiettivi e azioni, e discutere in modo costruttivo proposte e suggerimenti. Tra i relatori del convegno, Mario De Blasi, responsabile del gruppo di lavoro che ha prodotto il documento, Caterina Caminiti, Ricerca e innovazione – Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Gianfranco Cervellin, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Diego Ardissino, Cardiologia - Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Annarita Maurizio, Cardiologia - Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia frequente, in prevalenza geriatrica, particolarmente grave per gli alti tassi di mortalità e di comorbidità associati e per il notevole impatto sulla qualità di vita.

Nei paesi occidentali, anche per il costante invecchiamento demografico, lo SC è la principale causa di ricovero, costituendo un grave problema per la sanità pubblica. La complessità dei pazienti, spesso anziani e polipatologici, la necessità di aggiornare continuamente il piano terapeutico e la natura invalidante dei sintomi rendono indispensabile un approccio multidisciplinare.

Sulla base di queste premesse è stato realizzato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) interaziendale sullo scompenso cardiaco, avviato nel 2007.

Lo scopo principale del PDT è uniformare l'assistenza fornita ai pazienti, in base alle evidenze scientifiche che dimostrano, in particolare, come la gestione integrata tra ospedale e territorio dei pazienti con SC, secondo un modello che prevede una importante componente educativa e il coinvolgimento significativo del personale infermieristico, migliora esiti quali mortalità e tasso di riammissioni.

di Mario De Blasi
Commissione Cardiologia Provinciale - Parma

Il documento è stato prodotto da un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da specialisti dell'Azienda Ospedaliera e dell'USL, con rappresentanti dei medici di medicina generale e del personale infermieristico. Lo scompenso cardiaco ha comportato 2558 ricoveri ospedalieri nel 2008, con una mortalità intra-ricovero del 9.2 % ed una percentuale di ricoveri ripetuti, entro tre mesi dalla dimissione, del 8.1 %. L'analisi della realtà parmense rivela un maggior utilizzo del day Hospital, 315 ricoveri in un anno solo a Parma, a fronte della cifra di 887, che è comprensiva di tutti i ricoveri in DH per scompenso registrati nel 2008 in tutta la regione Emilia Romagna.

L'indice di operatività chirurgica dei ricoveri risulta 10.4 a Parma, mentre è solo 7.1 su scala regionale, la mortalità di 9.2 di Parma risulta inferiore a quella regionale, indicata come 12.5.

Questi dati testimoniano l'entità del problema ed indicano la strada per affrontarlo al meglio, utilizzando in modo appropriato tutte le risorse disponibili nella nostra realtà, delineando percorsi attenti ad assistere il paziente nelle varie fasi della sua malattia.

Il medico di medicina generale può utilizzare le strutture ospedaliere o gli ambulatori territoriali dello scompenso per una prima diagnosi, a seconda delle condizioni cliniche del paziente.

Nel fase intraospedaliera vi sono compiti differenziati per il Pronto



Soccorso, la degenza in Cardiologia e Cardiocirurgia, il ricorso ad altri reparti, dalla rianimazione alla medicina interna.

Un ruolo fondamentale ha il day hospital dedicato, presente a Parma ed a Fidenza.

Dopo la dimissione ospedaliera per un evento acuto, il medico di medicina generale è invitato ad attivare il Servizio infermieristico territoriale, che predispone subito una visita domiciliare e poi un sistema di monitoraggio telefonico dei principali parametri clinici per sei mesi. Questa dimissione protetta, specifica per i pazienti con scompenso cardiaco, è già attiva nel Distretto di Parma e consente di rilevare in tempo utile un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente ed a provvedere ad eventuali variazioni terapeutiche. L'integrazione tra assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale è la chiave di volta di un approccio organico al paziente con scompenso cardiaco, che deve trovare servizi in grado di trattare anche le patologie concomitanti, attraverso la collaborazione con molti specialisti, nefrologi, pneumologi, diabetologi etc., generalmente in regime di day hospital e day service, per evitare ricoveri inappropriati.

Uno spazio sempre maggiore riguarda la riabilitazione di questi pazienti, prevista presso il Don Gnocchi di Parma e l'Ospedale di Borgotaro.

Numerose metanalisi testimoniano che programmi di gestione integrata dello scompenso cardiaco migliorano gli esiti di mortalità e la qualità della vita nei soggetti affetti da questa patologia, per questo motivo è stato importante produrre questo percorso e presentarlo alla comunità medica parmense, ora si dovranno tradurre questi programmi in realtà quotidiana.

Tutti fermi per un giorno.

Breve apologo sulla precarietà

Seppure sia entrato in vigore un DL che garantisce l'attuazione di un "contratto di formazione specialistica" per i medici in formazione, permane una grave situazione di precarietà professionale. L'autore dell'articolo prova a immaginare l'assenza di queste figure nella vita di un grande ospedale

di Michele Meschi

1. «Mi scusi».

L'infermiere si volta, una donnina anziana. Gli occhi della donna sul viso grinzoso lo fissano timorosi, il foulard di seta rossa è percorso da una scossa intermittente.

«Prego, signora. Dica».

I fogli bianchi e rossi delle richieste di visita specialistica. Le dita sottili come zampe di ragno, deformi per l'artrite.

«Faccia vedere. Si richiede ecotomografia. Controllo creatininemia, azotemia, elettroliti. Radiografia standard del torace in due proiezioni. Visita specialistica internistica. Ne abbiamo un po', eh? È fortunata, trova tutto quanto nel nuovo padiglione».

La vecchia guarda i pezzi di carta colorati che ha custodito per giorni sulla credenza, poi piegati perbene due volte, quindi infilati nella tasca interna della borsetta.

«Quel corridoio laggiù in fondo: lo percorre e ci arriva diritta diritta».

2. «Mi scusi».

Il professore, chino sulla scrivania, scorge il fazzoletto di seta rosso scivolare sulla chioma crespa e bianchissima, le pieghe di labbra minuscole comparire sulla soglia. Si alza, sistema gli occhiali, si strofina il naso ed esibisce una smorfia.

«Dica. Ecotomografia creatininemia azotemia elettroliti radiografia visita internistica».

Le impegnative sono firmate da un suo compagno di studi, a margine della sigla emme-emme-gi.

«Più in là, sulla destra».

Squilla il telefono. «Un attimo» (alla cornetta, innervosito) «Non dovete disturbarmi per nessun motivo! [...] E chi è questo consulente? [...] Mandi uno degli specializzandi del quarto anno, per favore. [...] Che vuol dire che non c'è nessuno? Dove sono finiti?».

Riattacca. All'anziana: «Abbia pazienza. Ha capito, no?».

Ancora il telefono. «Non venga a dirmi che tutti gli specializzandi sono negli ambulatori!».

Si ode distintamente la voce della coordinatrice infermieristica, metallica per il viaggio lungo i fili della comunicazione: «Ambulatorio ecografia [...] ambulatorio ecocardiografia [...] ambulatorio ecodoppler [...] reparto acuti [...] reparto cronici [...] smontato dalla guardia [...] congresso a Firenze [...] laboratorio quattordici [...] visite CUP [...] accettazione ».

«Mi sembra il minimo: lo prevede il contratto di formazione specialistica, no? [...] In che senso non ho capito?».

«Nessuno...». Pausa di riflessione.

«Sta dicendomi che non c'è nessuno, da nessuna parte? Ma non è stato indetto alcuno sciopero! [...] E dàgli col consulente! Va bene, la TAC la richiedo io. Quale numero devo fare? Ci vuole lo zero davanti? O il nove? Prima il nove e poi lo zero? Anche da questo apparecchio?».

Riattacca e compone nove e zero.

3. «Mi scusi».

Il medico strutturato si arresta all'ingresso in ascensore. La col-

lega che segue di qualche passo alza una mano e lo invita a salire.

«Me ne occupo io».

La stoffa rossa s'imperla di una lacrima.

«Qualche problema, signora? Vuol sedersi un attimo?».

Immagina che la sua interlocutrice sia dura d'orecchi.

«Ha un appuntamento all'Ambulatorio dell'Ipertensione? La pressione alta, intendo!».

Il palmo era freddo e sudato, scolorite le righe vergate a penna.

«Qui dietro, ci vuole un secondo. Chieda della dottoressa giovane. No, non compare sulla carta intestata, non è assunta. Ha un contratto libero-professionale».

Al collega: «Ah, non c'è oggi? E chi ci sta in Terapia Intensiva? Io non posso. Senti, se lei si è fatta settantadue ore filate non è colpa mia. Non deve timbrare, si vede che non sa organizzarsi».

4. «Teresina!».

Cade il bastone, con esso lo straccetto rosso.

«Teresina, come sta? Perché è venuta in ospedale da sola? Eppure sua figlia al sabato non lavora, santa pazienza! È da molto che gira? Dia qui. Ecotomografia creatininemia azotemia elettroliti radiografia visita internistica. Giusto, giusto. Gli ambulatori sono proprio in questa struttura. Lei però – mi sente? – deve guardare bene bene le scritte, ci sono le indicazioni. Il cartello è grande, su quella porta là».

Suda, la Teresina.

«No, cara, io non posso accompagnarla. Oggi devo andare. Ho la Tesi di Dottorato, un impegno con l'Università. Idem per altri quattro dottori, può darsi che debba aspettare un pochino davanti alla porta».

5. Gira la Teresina, cammina per tutti gli Istituti, vaga per i Dipartimenti colmi di pazienti nelle sale d'attesa, accampati sulle sedie in corridoi lunghi e stretti. Tra borse della spesa, lastre, ci-di-rom e scontrini del ticket.

Tra i volti smunti nascosti dalle maschere dell'ossigeno, deposti sulle barelle, increduli dinanzi a chi li aiuta a lasciare una firma sul modulo cartaceo per il trattamento dei dati personali.

Si muove la Teresina e non comprende il perché di tanta gente, di tante file; perché abbiano montato letti a castello infiniti alti mille metri, perché si corra da un reparto di degenza all'altro gridando:

«Come facciamo a liberare le camere di degenza? Nessuno ha terminato le lettere di dimissione, non sono stati richiesti i farmaci al Servizio, non è arrivata la Fisiatra, non si sono attivate le Dimissioni Difficili, non



è pronta la Scheda di Dimissione Ospedaliera, non si è protratta la terapia sulla grafica, non ci sono i dosaggi della Terapia Anticoagulante Orale, non ci sono anamnesi ed esami obiettivi, nessuno parla coi familiari, ventitré studenti del primo anno sono nella stanza in cui abbiamo sistemato il decesso del letto tredici...».

6. Va la Teresina per le infermerie, per le corsie dei padiglioni, da un Servizio Informazioni all'altro, vicino al distributore di bevande. Sale mille e mille rampe di scale, prenota la chiamata di milioni di ascensori, attraversa miliardi di porte girevoli.

«Deve guardare bene bene le indicazioni. Il cartello è grande, su quella porta là. Ecotomografia creatininemia azotemia elettroliti radiografia visita internistica. Tutto in un unico reparto. Ci sono le indicazioni! Ci sono le indicazioni!».

Non ha più la forza di chiedere aiuto, la Teresina. Si accuccia su di una seggiola di plastica e stira con i polpastrelli il suo foulard colore del sangue.

Al di sopra delle grandi pupille di rana, una targa di metallo zeppa di parole verdi e incomprensibili: Unità Strutturale Operativa Complessa Dipartimentale di...

E SE SI FERMASSERO TUTTI PER UN GIORNO?

La completa assenza dei giovani professionisti nella vita di un grande ospedale è qui di pura fantasia. Seppure sia entrato in vigore un Decreto Legislativo che garantisce l'attuazione di un "contratto di formazione specialistica" per i medici in formazione, permane una grave situazione di precarietà professionale dei già specialisti, titolari di incarico libero-professionale a termine, ampiamente utilizzati dalle Aziende Sanitarie come personale medico a tutti gli effetti.

Tali professionisti arrivano a percepire anche duemila euro lordi al mese (in particolare nelle grandi strutture integrate con le Università; la situazione economica è decisamente più dignitosa negli ospedali territoriali), con tutti gli svantaggi derivanti dalla natura stessa del contratto, ovvero assenza di contributi, ferie e maternità e spesso nessuna garanzia di stabilizzazione dell'impiego per gli anni successivi.

Ad essi si affianca lo stuolo di dottorandi e titolari di assegni di ricerca, frequentemente impiegati anche sul fronte assistenziale in analoghe se non peggiori condizioni.

Ricordo con nostalgia i racconti dei miei nonni, il medico condotto che percorreva chilometri a piedi sotto la neve o in bicicletta al sole estivo della pianura, faceva nascere i bambini e accompagnava i moribondi.

Che si faceva pagare solo dai benestanti ed agli indigenti recava addirittura il brodo caldo preparato dalla moglie.

La sua retribuzione, fosse anche fatta di uova o bottiglie di vino, era chiamata non a caso onorario, ovvero «destinato ad onorare; provvisione per ufficio d'arte o professione liberale, quasi dato non per il servizio reso, ma solo per onore» (Francesco Bonomi, Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana).

Allora il funerale del medico di paese era un evento di proporzioni simili alle esequie di Stato per un grande poeta o per un uomo delle istituzioni, vi partecipavano i neonati in carrozzina e i centenari sulla sedia a rotelle.

Per la riconoscenza ed il rispetto dovuti a quella che non è certo una missione, ma resta la più alta delle professioni in quanto a contatto con la matrice stessa dell'universo: l'essere profondamente uomini, nella salute ed ancor di più nella sofferenza.

In questo mondo nuovo, in cui il « paziente » viene indicato sui documenti come « utente », in cui il rapporto umano tra ammalato e medico curante è spesso sostituito da Carte di Servizi e Prestazioni, in cui i Protocolli Diagnostici sembrano valere più del binomio Scienza e Coscienza, tutti dovremmo ricordarci ciò che ha scritto Giancarlo Bruno, Direttore dei Servizi Finanziari del World Economic Forum: «La stabilità, anzi la felicità dei giovani è un volano per l'intera società».

Con la sua tipica franchezza, Sir Winston Churchill (1874-1965) chiariva ancor meglio: «Non c'è, per alcuna comunità, investimento migliore del mettere latte dentro i bambini».

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 Spagnolo

Editore
Edicta p.s.c.
Via Torrente Termina 3/b
43100 Parma

Per la pubblicità: 0521/251848
Stampa: Stamperia Scrl Parma

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

Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma

Consiglio Direttivo 2009 - 2011
www.ordinemedicidiparma.it
segreteria@ordinemedicidiparma.it
Tel. 0521/208818 - 0521/234276
Fax.0521/234276

Presidente
Dr. Tiberio D'Aloia

Vice Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Segretario
Dr. Paolo Ronchini
Tesoriere
Dr. Paolo Dall'Aglio

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

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

Commissione Odontoiatri
odontoiatri@ordinemedicidiparma.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

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

AGENZIA

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

**Le grandi emozioni,
lasciale al cinema**

nella vita di tutti i giorni
scegli

Agenzia F.B.F.

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

Consulenza Assicurativa Settore Medico

Sede Reggio Emilia

Viale regina Margherita 3/1 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522.514692 / 924033

Fax 0522.271662

Sede Parma

Viale Mentana 41 - 43100 Parma

Tel. 0521.781863

Fax 0521.270266

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

VALPARMA HOSPITAL - LANGHIRANO
Tel. 0521.8648

Direttore Sanitaria Poli dr. Tullio - Autor. n 10437 del 27/06/2000

REPARTI DI RICOVERO

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

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

SERVIZI AMBULATORIALI

LABORATORI DI ANALISI - Dr.ssa Lucia Feldmann - Dr.ssa Mariangela Gerboni	ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Dr.ssa Stefania Liatopoulou - Dr. Gian Carlo Colla
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Dr. Pierangelo Maccarini - Dr. Angelo Piovani - Dr. Roberto Mandrioli	RISONANZA MAGNETICA - Prof. Francesco Ferrozzi - Dr. Giulio Pasta - Dr. Branislav Stojkov
ECOGRAFIA - Dr. Raffaele Tarzia - Dr.ssa Gloria Repetti - Dr. Giuseppe Ventrelli - Dr. Stefano Folzani	UROLOGIA - Dr. Mauro Biagini - Prof. Paolo Ferrari
FISIOKINESITERAPIA - Dr.ssa Mele Anna Maria	SENOLOGIA CLINICA, MAMMOGRAFIA - ECO MAMMARIA - Dr. Angelo Piovani - Dr. Roberto Fratta
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE - Dr. Federico Cioni	ENDOCRINOLOGIA - Dr. Emanuele Ciccarone

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

SERVIZI AMBULATORIALI

CARDIOLOGIA - Dr. Bernardini Bernardino - Dr. Angelo Finardi	OTORINOLARINGOIATRIA - Dr. Guido Bacchi - Dr. Paolo Vignali
FISIATRA - Dr.ssa Anna Maria Mele - Dr. Nicolò Tridente	PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA - Prof. Alessandro Rabinovici
GINECOLOGIA - Dr.ssa Cirzia Cosenza - Dr. Medardo Tagliavini	NEUROLOGIA - Dr. Giovanni Messa
CHIRURGIA - Dr. Medici Costantino	ORTOPEDIA - Dr. Massimo Cattani - Dr. Walter Velisnieri - Dr. Giovanni Bellodi - Dr. Gabriele Cavazzuti
OCULISTICA - Dr. Giovanni Baratta - Dr.ssa Stefania Gonzales	MEDICINA INTERNA - Dr. Tullio Poli Check-up di base Check-up personalizzato
DERMATOLOGIA - Dr.ssa Carla Maria Costa - Dr.ssa Stefania Pizzigoni	

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

