

PARMA MEDICA

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI PARMA



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

L'utilizzo dei questionari per la valutazione della qualità percepita

Eziologia ed epidemiologia dei miti in Medicina

Grande affluenza ai Martedì dell'Ordine
Il ciclo riparte a settembre

Il nome del dottor Claudio Carosino scolpito nel Tempio del medico d'Italia

Integrazione "... chi era costei ...?"

Nella nostra provincia diverse esperienze, sebbene da perfezionare, raccontano di risultati all'avanguardia, sul versante della medicina di gruppo, delle Case della salute e degli ospedali territoriali. Modelli sviluppati per affrontare una sfida epocale che implica oggi più che mai l'uso adeguato delle risorse, la responsabilità individuale, la fantasia e il sacrificio.

VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

REPARTI DI RICOVERO

• MEDICINA GENERALE • RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE

COMPARTO OPERATORIO

• CHIRURGIA GENERALE • OCULISTICA • VASCOLARE • ORTOPEDICA
• CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

• CHIRURGIA GINECOLOGICA • PLASTICA RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA • UROLOGICA

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

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

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- IDROKINESITERAPIA

POLIAMBULATORI

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

LABORATORIO ANALISI

• CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGICHE
(sottoposto a verifiche di qualità)

in particolare si eseguono i seguenti profili:

- TIROIDEO • EPATICO • CARDIACO
- RENALE • COAGULAZIONE COMPLETA
(consegna dei referti urgenti in giornata)

* CONVENZIONATI S.S.N.

PRENOTAZIONI: 0521 8648



VALPARMA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

DIRETTORE SANITARIO Dott. Tullio Poli

43013 Langhirano (Parma) via XX Settembre, 22

Tel. 0521 8648 Telefax 0521 864408

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

Direttore Responsabile
Dr. Pierantonio Muzzetto

Direttore Editoriale
Dr. Pierantonio Muzzetto

Comitato di Redazione

Giornalisti
Antonella Del Gesso

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

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

Segreteria dell'Ordine

Orari:
Lunedì 9.00 - 13.00
Martedì 9.00-17.00 / Mercoledì 9.00-16.00
Giovedì 9.00-17.00 / Venerdì 9.00-13.00

**Ordine Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Parma**

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

Consiglio Direttivo 2012 - 2014

Presidente
Dr. Pierantonio Muzzetto

Vice Presidente
Dr. Paolo Ronchini

Segretario
Dr. Paolo Dall'Aglio

Tesoriere
Dr. Michele Campari

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

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

Commissione Odontoiatri
odontoiatri@ordinemedicidiparma.it

Presidente
Dr. Angelo Di Mola

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

Editoriale



Eletto il nuovo Rettore. Investito di una responsabilità accresciuta verso quel mondo medico, giovanile in particolare, e quella sanità invero troppo dimenticati

di Pierantonio Muzzetto

A elezioni concluse, al Magnifico neo eletto, si rivolgono sentite e sincere congratulazioni. Un'elezione che ha concluso una campagna elettorale difficile e con toni talvolta forti. Comunque a giochi finiti è auspicabile che il buon senso riconosciuto al Rettore *in coming* gli sia di conforto per chiudere talune ferite ancora aperte della fase pre elettorale. Ora necessita proiettarsi nella fase di governo della complessa macchina universitaria, consci del fatto che si debbano aprire scenari di profondo cambiamento. Il primo passo è la *pax universitaria*, il secondo, è agire in modo compiuto e efficace. Che è quanto desidera chi abbia a cuore i destini della sanità parmense e fra questi in primissima linea è da tempo immemore l'Ordine. Si parte dalla consapevolezza che si debba voltare pagina dando la stura a una serie di interventi che possano riconquistare la fiducia del mondo sanitario e soprattutto di quello medico, ahinoi fin troppo vessato e sottovalutato. Si richiedono interventi concreti da cui far scaturire un vero cambiamento in sanità, passando attraverso una *rivalutazione* degli assetti sanitari e del ruolo dei medici, ad oggi dimenticati nella, e dalla, politica ospedaliera. Un aspetto che non può essere sottaciuto è l'incipiente precariato medico, anche e non solo giovanile, espressione di un mondo professionale frustrato e segnato da profonda insicurezza. A pagare maggiormente sono i giovani che di colpo perdono i veri maestri della professione e si vedono lasciati in balia di grandi responsabilità peraltro non supportati dall'adeguato riconoscimento economico. In un sistema che prevede contratti *a tempo determinato* inadeguati per il lavoro svolto e per le responsabilità, con un solo aggettivo definibili, indecorosi. Alla *pax universitaria* deve seguire una *pax istituzionale* e una *pax professionale*. Con ciò richiamando università, aziende e Ordine, a colloquiare efficacemente concordando linee di intervento che siano costruite sull'esigenza dell'istruzione, dell'assistenza e delle riforme in linea coi reali bisogni di salute dei cittadini del territorio parmense. Non solo subendo quanto venga calato dalla città turrita, in modo da confermare che le istituzioni "che contano" intraprendono e difendono ogni atto in una politica di sviluppo. In ciò dimostrando di volere efficacemente considerare i nostri giovani, troppo trascurati, che pagano, oggi, un tributo altissimo e verso cui tutti noi, quali esponenti delle Istituzioni mediche - presidente dell'Ordine e Rettore - abbiamo il dovere morale di aiutare e potenziare. Mi ha fatto pensare il "pezzo" di Isidoro Trovato a pagina 5 del Corriere di venerdì 14 giugno: "L'impovertimento dei professionisti. Per i giovani redditi dimezzati" titolava e fra le righe affermava *i giovani professionisti*

Continua a pagina 4



MATTIOLI 1885 DIRETTORE GENERALE
Paolo Cioni

EDITING MANAGER
Anna Scotti
DIRETTORE MARKETING
Luca Ranzato
PROJECT MANAGER
Natalie Cerioli
RESPONSABILE AREA ECM
Simone Agnello

Sommario

EDITORIALE

Eletto il nuovo Rettore. Investito di una responsabilità accresciuta verso quel mondo medico, giovanile in particolare, e quella sanità invero troppo dimenticati.

di Pierantonio Muzzetto

p.3

FOCUS

Integrazione "... chi era costei ...?"

di Bruno Agnetti e Mauro Bonomini

p.5

Integrazione Ospedale-Territorio: il modello di Borgo Val di Taro

di Michele Meschi

p.7

Le Case della Salute: luci e ombre

di Fernanda Bastiani

p.10

L'utilizzo dei questionari per la valutazione della qualità percepita

di Angelo Campanini

p.12

Eziologia ed epidemiologia dei miti in Medicina

di Gianfranco Cervellin

p.18

**Grande affluenza ai Martedì dell'Ordine
Il ciclo riparte a settembre**

di Antonella Del Gesso

p.23

Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma

Sintesi dei verbali

p.26

Il nome del dottor Claudio Carosino scolpito nel Tempio del medico d'Italia

p.29

I nostri lutti

p.30

Segue da pagina 3

*non parlano più di benessere, dichiarano di non riuscire più a far fronte alle spese previdenziali. Una frase forte, realistica e reale, al di là di ogni sospetto. Difficoltà, oggettive, che confermano, semmai ce ne fosse bisogno, la scomparsa del ceto medio, da decenni zoccolo duro per la stabilità dello Stato, ma soprattutto la caduta della speranza delle giovani generazioni e del futuro della nazione. Rapportandosi ai medici, si ha il dovere morale di garantire loro un futuro e lo si può fare mettendoli nella condizione di recuperare non solo la dignità economica ma soprattutto quella professionale. Ridando loro funzione e riconoscimento di funzione, garantendo, cioè, il ruolo medico e allo stesso tempo togliendo di mezzo le improprietà di taluna politica economicistica riguardo pertinenze inadeguate proprio per il medico, attraverso responsabilità di scala, che prevedano interventi professionali differenziati e netti fra loro armonizzandoli. Dove sta il ruolo dell'Università? Senza dubbio nel garantire chiarezza di contenuti e di prospettive nei percorsi formativi, grande e vera questione, con ricaduta sulle professioni con contezza dei limiti dell'agire. In ambito medico dovrà essere fatta una sorta di rivoluzione copernicana attraverso un'auspicata *justitia in aequitate*, associando qualità e capacità a responsabilità in modo da garantire ai nostri giovani medici un percorso formativo universitario certo, sicuro, peculiare e "talilorizzato", o meglio tagliato e confezionato sulle esigenze professionali del medico, cui non si può chiedere di recedere dalla titolarità del rapporto col paziente che non è la semplice "persona assistita". In questo scenario la responsabilità dell'unico rettore medico della regione Emilia Romagna è tanta: il primo passo che dovrà sostenere sarà quello di salvare e riedificare, nell'armonia e nella qualità, la facoltà, ormai ex, di medicina dimenticata in più di una decade di gestione. In lui deve trovare eco e contenuti la politica di rinascita di una facoltà, di una città e di una provincia che ha creduto, e vuole credere, nell'Università quale volano di sviluppo professionale e sociale, senza recriminare. Di questo ruolo sarà investito il nuovo Rettore con una responsabilità accresciuta verso quel mondo medico, giovanile in particolare, e quella sanità invero troppo dimenticati. Anche perché anche su questo sarà riposta l'attenzione non solo dei cittadini ma anche dei medici, e soprattutto dei giovani medici, cui il mondo medico universitario, in particolare, ha il dovere di dare risposte concrete, manifestando una profonda considerazione, quale atto sostanziale di solidarietà applicata.*

Integrazione “... chi era costei ...?”

Due medicine di gruppo si sono poste l'obiettivo di armonizzare conoscenze ed abilità acquisite e di poter comunicare in tempo reale pareri ed opinioni in merito alle problematiche quotidiane assistenziali. L'iniziativa si avvale anche di un sito web denominato *alleanzaterapeutica.it*

di Bruno Agnetti* e Mauro Bonomini**

*L'articolo è il frutto della collaborazione inter-provinciale tra due medicine di gruppo che si sono poste l'obiettivo di integrare conoscenze ed abilità acquisite in questi anni di operatività assistenziale e di poter comunicare in tempo reale pareri ed opinioni in merito alle problematiche quotidiane assistenziali; la collaborazione inter-provinciale intende condividere anche iniziative relative alla formazione di NCP al fine di implementare l'operatività territoriale delle MdG inserite nei vari NCP. Le due Medicine di Gruppo insieme hanno partecipato recentemente ad un convegno indetto dalla Clinica Medica dell'Università di Parma dove hanno portato l'esperienza che i mmg dei due gruppi hanno sviluppato nei confronti delle patologie ematologiche ed in particolare delle gammopatie. L'integrazione tra le due MdG si avvale anche di un sito web denominato *alleanzaterapeutica.it**

Può capitare che un tema possa essere molto trattato e citato nonostante non sia sempre completamente compreso nel suo significato peculiare. Quando si chiede cosa si intenda per integrazione multiprofessionale e multidisciplinare in ambito socio-sanitario si ottengono diverse spiegazioni a volte anche molto distanti tra loro.

L'interpretazione più semplice e più comune definisce l'integrazione come una modalità di lavoro in comune tra professionisti di uno stesso ambito (es. sanitari) e professionisti di un altro settore disciplinare (es. assistenti sociali, personale addetto al welfare, assistenti alla persona, volontariato, organizzazioni culturali sociali, altri attori dell'assistenza presenti nel territorio).

Il modello organizzativo multi professionale e multidisciplinare (“M&M”) inizia con le prime esperienze di integrazione monoprofessionale collegate all' associazionismo medico semplice (inizio degli anni '90) per poi passare a organizzazioni a complessità maggiori rappresentate dalla formazione delle prime medicine di gruppo (MdG) dove sono iniziate le sperimentazioni multi professionali all'interno delle stesse MdG (es.: con le infermiere); in contemporanea sono state portate avanti le sperimentazioni delle ADI (Assistenza Domiciliare Integrata e Individualizzata) con gli infermieri dei NCP infermieristici di quartiere.

Oggi l'integrazione M&M pare essere la modalità operativa verosimilmente più adatta per far fronte alla così detta *epidemia della cronicità*.

Il termine integrazione sottende la necessità che il team deve orientare la propria azione al raggiungimento od ottenimento di un determinato obiettivo in modo rapido, ma considera anche che quel fine debba essere conseguito tenendo conto

di criteri di giustizia ed equità.

L'integrazione (che si ricorda, quando diventa strutturata in team, deve essere sempre volontaria pena il fallimento dell'intera esperienza) può quindi diventare una protagonista assoluta del sistema assistenziale territoriale, perché è potenzialmente in grado di avere un impatto significativo in merito alla soluzione dei bisogni assistenziali. Le necessità ed i bisogni sono, al momento, analizzati e valutati in primis dal mmg che ha le abilità, se lo ritiene necessario, di attivare l'intero processo organizzativo del team territoriale (colleghi ospedalieri compresi) al fine di affrontare i problemi di quel determinato assistito. Il paziente non si deve più spostare in più luoghi per essere curato, ma sono i professionisti che si coordinano per arrivare direttamente a lui.

Il ruolo di protagonismo dell'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare territoriale può inoltre usufruire positivamente di esperienze già collaudate che da anni agiscono all'interno del SSN e che a questo proposito possono svolgere un importante ruolo formativo per la medicina generale.

Recenti studi hanno evidenziato come gli innegabili (e dimostrati) vantaggi dell'integrazione M&M possano nascondere fragilità non ancora ben considerate e gli stessi motivi che rendono i team eterogenei una soluzione ad alta intensità di efficacia possono sviluppare elevati livelli di sfiducia, conflittualità, disimpegno e burn out (G. Bagnato 2013). Per prevenire questa possibilità è necessario che una formazione interna specifica sia attivata da subito senza attendere che emergano elementi sfavorevoli all'operatività di un team.

Se il tema dell'integrazione territoriale rappresenta la pietra miliare di tutto l'impianto assistenziale, il contenuto di questo modello è dato dalla gestione autonoma del governo clinico da parte dei team.

Per governo clinico si intende un insieme di strumenti, comportamenti, atteggiamenti e processi finalizzati al controllo strategico dell'attività assistenziale orientata al raggiungimento di uno o più obiettivi di cura individualizzata (es.: il monitoraggio della performance; uso di metodologie e strumenti; supporti tecnologici).

Possono essere elencati alcuni elementi distintivi del governo clinico a gestione territoriale:

- autonomia: per autonomia gestionale si intende la capacità e l'abilità di adeguarsi alle condizioni di permanente instabilità e complessità della operatività assistenziale, prevedendo e anticipando gli accadimenti territoriali con modalità di problem solving attuate in tempo reale;

- trasparenza: è un valore intrinseco delle relazioni professionali di team in quanto sostenuta dall'autocontrollo reciproco sull'attività assistenziale svolta dai componenti stessi del team socio-sanitari, ma anche dal paziente e dalla sua famiglia;
- responsabilità: ogni forma di attività all'interno del team comporta sempre il massimo di responsabilità e di appropriatezza, in quanto è richiesto necessariamente un confronto continuo, che avviene in tempo reale tra i professionisti che operano in modo integrato all'interno del progetto assistenziale individuale per quello specifico assistito;
- relazione e colleganza: le relazioni professionali e multidisciplinari rappresentano elemento di plus valore assistenziale in quanto permettono di raggiungere obiettivi non completabili singolarmente;
- etica e valore: i professionisti attivi sul territorio sono spinti ad una concorrenza di qualità che attribuisce automaticamente valore ed etica, anche perché l'attivazione dell'intero processo di cura, in capo al mmg, è in qualche modo soggetta alla valutazione del gradimento da parte degli assistiti;
- sistema premiante: potrebbe essere opportuna una revisione del sistema di incentivazione dell'attività dei mmg a favore dell'integrazione in team territoriali superando eventuali altri sistemi incentivanti eccessivamente settoriali;
- autoformazione: l'esperienza dei NCP ha dimostrato l'efficacia e l'efficienza dell'autoformazione che ha permesso in questi anni lo scambio di opinioni, la contestualizzazione delle linee guida, il richiamo costante ai riferimenti derivati dalla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM);
- coinvolgimento e partecipazione: per poter far funzionare il sistema dell'assistenza territoriale e garantire la partecipazione e il coinvolgimento convinto dei mmg è necessario possedere la cultura delle caratteristiche distintive della medicina generale secondo quanto indicato dalle enunciazioni wonca;
- sorveglianza e controllo sulle rendicontazioni: i processi ed i risultati di efficienza ed efficacia dell'assistenza territoriale vengono condivisi all'interno del team in modo automatico, spontaneo e responsabile così come le relative rendicontazioni diventano naturali e semplici a favore dei colleghi e degli assistiti.

Il riconoscimento del ruolo centrale (hub) del mmg nel sistema di assistenza integrata territoriale permette di potenziare gli effetti positivi dell'intera organizzazione assistenziale, anche grazie all'istituto della libera scelta e del rapporto di fiducia che il paziente stabilisce con il proprio medico (caratteristica unica e specifica della medicina generale). La libertà di scelta determina una spinta verso la sana concorrenza e contribuisce a creare e a diffondere informazioni a vantaggio di tutti. Una

organizzazione basata su meccanismi competitivi autonomi (es.: tra team territoriali) fortemente sostenuti dall'istituto della libera scelta e dal rapporto di fiducia può aiutare tutti a fare un uso migliore delle risorse disponibili evitando al sistema di rovinare nelle voragini dell'autoreferenzialità.

Il team ben strutturato riesce non solo ad utilizzare più efficacemente le risorse disponibili, ma anche a valorizzare le competenze di chi fa parte del gruppo, aumentando la qualità delle prestazioni e la soddisfazione degli assistiti (innovazione continua di tutto processo assistenziale). Infatti l'integrazione tra persone con culture professionali, esperienze, riferimenti, età, ruoli organizzativi diversi arricchisce i componenti del team, aumenta la creatività, le abilità di guardare i problemi da diversi punti di vista e alla fine permette di offrire un maggior numero di alternative a quelle generate dall'individuo singolo. Il team eterogeneo quindi può sviluppare qualità di risultati, ma anche eccellenza nell'apprendimento e nella motivazione dei suoi componenti (team ad alte prestazioni).

Come già ricordato per prevenire possibili fenomeni di fragilità dell'impianto organizzativo e relazionale interno al team territoriale è bene valutare alcuni elementi:

- conoscere i punti di vista dei singoli componenti e le eventuali conseguenze sull'operatività e sulle relazioni: tutto ciò consente di individuare chiaramente e di mappare le differenze concettuali e la loro importanza;
- condividere modalità di comunicazione libere da "patologie" o fraintendimenti: una comunicazione efficace è basata sull'ascolto reciproco e sulla consapevolezza che un interlocutore che sa comprendere, sa dare risposte e sa farsi capire incrementa la fiducia reciproca ;
- riuscire ad integrare le conoscenze e le esperienze dei vari membri del team per comporre diagnosi e soluzioni efficaci, costruendo così una solida percezione di efficacia interna al team: l'integrazione dei contributi consente di aumentare "l'intelligenza" complessiva del team, la qualità delle soluzioni proposte e l'apprendimento al suo interno.

I tre passaggi ricordati non possono prescindere da altre condizioni facilitanti la vita del team:

- a fiducia interna nasce dalla consapevolezza di lavorare con le persone "giuste" per competenza e interesse;
- il mmg è (deve essere) il primo a credere nel valore del gruppo e a favorire comportamenti relazionali virtuosi;
- la reale condivisione di regole e criteri di riferimento guidano l'operatività del team;
- nel team deve essere possibile esprimere le emozioni, soprattutto quelle negative, che devono essere "raccontate" con un linguaggio comprensibile da tutti i componenti il team, recepite e gestite.

*per la MdG San Moderanno di Parma

**per la MdG Rose Selvatiche di Fiorenzuola

Integrazione Ospedale-Territorio: il modello di Borgo Val di Taro

Il professionista cede il passo alla centralità del soggetto ammalato, in un ritorno alle origini che ha ragione d'essere nell'etica medica ed infermieristica prima che nella pur necessaria razionalizzazione delle risorse.

di Michele Meschi



Da tempo il contesto storico, economico ed epidemiologico contingente impone un radicale ripensamento dell'offerta di servizi sanitari e sociali all'utenza del settore pubblico. Ciò non può prescindere dalla piena e definitiva attuazione della continuità assistenziale, ovvero dal superamento del *gap* tra ospedalizzazione per la gestione degli eventi acuti e dimissione al domicilio o presso le strutture protette.

Tale spostamento, anche fisico, del confine classico tra Ospedale e Territorio passa attraverso l'integrazione fra tutte le figure professionali preposte alla cura del paziente, dal Medico di Medicina generale allo specialista, al personale infermieristico, a quello socio-sanitario. Ciò si riflette nella speculare riorganizzazione dei diversi livelli di assistenza, nell'ottica di quei percorsi conosciuti e condivisi che costituiscono il cardine dei modelli definiti «*per intensità di cure*». Al centro di questa revisione copernicana della gestione del sistema sanitario, il professionista cede il passo alla centralità del soggetto ammalato, in un ritorno alle origini che ha ragione d'essere nell'etica medica ed infermieristica prima che nella pur necessaria razionalizzazione delle risorse. Nello specifico, la fragilità di una porzione di utenza sempre crescente può declinarsi nel paziente in fase post acuzie ad elevato rischio di riospedalizzazione, in quello con patologia cronica ad alta necessità assistenziale e quindi frequentemente candidato a ricovero ospedaliero inappropriato, infine al destinatario dei processi di educazione al *self empowerment* e alla prevenzione di ricadute e recidive.

Nell'applicazione concreta di tale visione integrata, che impone nuovi modelli organizzativi, moderne tecnologie e in definitiva una diversa cultura del produrre salute, gli obiettivi, i target e quindi gli indicatori di efficacia ed efficienza

passano attraverso i concetti di appropriatezza dell'atto sanitario, di promozione e condivisione dei piani diagnostici e terapeutici, di accessibilità, di ridefinizione del ruolo del ricovero ospedaliero e dei classici tempi di degenza, del contenimento dei costi con discussione periodica dei *budget*. Ma anche attraverso una vera presa in carico integrata del paziente, anche con riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali e diagnostiche, con il controllo degli accessi impropri alle strutture di Pronto Soccorso, con l'educazione socio-sanitaria al domicilio.

Negli ultimi anni l'Ospedale «*Santa Maria*» di Borgo Val di Taro, del Presidio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, anche per ragioni geografiche e demografiche è divenuto sede di un continuo processo di innovazione e di miglioramento, atto ad aggiornare e a contestualizzare la *mission* dello stabilimento ospedaliero territoriale a valenza distrettuale. In un censimento di qualche anno fa, la popolazione residente nel Distretto Valli Taro e Ceno superava i quarantaseimila abitanti, con una fascia di età per il 27% di oltre sessantacinque anni distribuita nei comuni di Borgo Val di Taro, Medesano, Fornovo, Varano de' Melegari, Varsi, Bore, Bardi, Pellegrino Parmense, Solignano, Terenzo, Berceto, Valmozzola, Bedonia, Albereto, Compiano e Tornolo, ma in un bacino di utenza non infrequentemente esteso alle province e alle regioni limitrofe. L'allocazione delle molteplici offerte sanitarie ed assistenziali del Territorio attorno al nucleo ospedaliero originario ha favorito la crescente interazione tra figure professionali afferenti ai reparti di degenza e al Distretto, comportando una pianificazione e una gestione comune a vari livelli, da quello dirigenziale a quello esecutivo.

Le strutture ospedaliere ad orientamento internistico e polispecialistico, oggi in fase di riorganizzazione nell'ottica di una revisione delle afferenze dipartimentali per una maggiore, reciproca e più efficace integrazione con l'Ospedale di Fidenza-Vaio, si caratterizzano a Borgo Val di Taro come imprescindibile luogo di cura, nel quale vengono erogate prestazioni *ad hoc* per la totalità della storia clinica del paziente, dall'urgenza-emergenza sino alla fase post acuzie. Il Punto di Primo Soccorso è infatti contemporaneamente sede e *trait d'union* di continuità assistenziale ordinaria nelle ore notturne e festive, del servizio territoriale di emergenza coordinato dal 118 provinciale, dell'*equipe* medico-chirurgica con funzione di Pronto Soccorso, nonché della gestione intraospedaliera delle urgenze rianimatorie. Ad esso si affianca una complessa

articolazione di posti letto di Medicina Interna, strutturata appunto secondo il modello «*per intensità di cure*», con un'area critica e subintensiva monitorata accanto a luoghi di assistenza per acuti, sino alla costituzione di una riabilitazione per pazienti precedentemente sottoposti a procedure invasive percutanee o chirurgiche in ambito cardiologico.

Figure professionali apposite hanno il compito di affiancare il Medico nella collocazione del malato post critico, sia essa in aree deputate nuovamente a percorsi riabilitativi, quale la Lungodegenza per assistenza intermedia, oppure presso l'*Hospice* per cure palliative «*La Valle del Sole*», esempio pionieristico di *locus* multidisciplinare di collaborazione tra il Territorio e l'edificio ospedaliero entro cui esso è ospitato.

È significativo, infine, che la quasi totalità dell'attività sanitaria distrettuale (Centro Ipertensione; Ambulatori di Medicina Interna, Nefrologia ed Emostasi, Cardiologia e Diabetologia, Oncologia, Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Ostetricia) sia svolta da personale dell'Ospedale, con la finalità di garantire percorsi sempre più integrati e condivisi tra Medico di Medicina generale e livelli superiori di assistenza, nello spirito che ha consentito l'avvio della felice esperienza delle Case della Salute nella nostra provincia e che recentemente ha condotto, nello stesso nosocomio valtarese, all'estensione della gamma di prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale o di Day Surgery (trattamento delle patologie otorinolaringoiatriche, interventi per cataratta, odontoiatria per pazienti affetti da disabilità).

Il forte radicamento dell'impianto assistenziale alla storia e alla cultura delle Valli è testimoniato ogni anno dalla generosità di Associazioni *no profit* a carattere locale o costituite nel ricordo e nella continuità dei valori di cittadini emigrati all'estero, che hanno contribuito, assieme ai Comuni, alla dotazione di strumentazioni sempre più all'avanguardia nel settore diagnostico e terapeutico. È grazie a questo raro ed efficace connubio di sanità pubblica e soggetti privati che, ad esempio, l'Unità di Radiologia e Diagnostica per Immagini è oggi fornita di sofisticate apparecchiature per tomografia computerizzata, risonanza magnetica nucleare, mammografia ed ecotomografia.

L'implementazione tecnologica, oltre a garantire alla popolazione locale livelli di prestazione sovrapponibili a quelli dei grandi centri, risulta tuttora un richiamo per numerosi, giovani professionisti desiderosi di poter applicare le proprie conoscenze all'utilizzo di strumenti ad elevata *performance*. Anche sul versante chirurgico, che vede punte di eccellenza

tecnico-scientifica riconosciute a livello non solo regionale in ambito ortopedico (dalla chirurgia mininvasiva agli interventi su ginocchio e spalla), è significativo constatare come l'età anagrafica media dei Medici non superi i quarant'anni in alcuni reparti, a documentare il grado di attrattiva per i neolaureati in cerca di proficue esperienze professionali.

In particolare nelle zone periferiche, la stretta integrazione con il Territorio e la continua collaborazione con le maggiori realtà ospedaliere viciniori, in questo caso con il già citato stabilimento di Fidenza-Vaio e con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, diventano premessa formativa e culturale indispensabile all'aggiornamento scientifico per lo svolgimento dell'attività clinica quotidiana, facilitato ovviamente dal patrimonio accademico del capoluogo. Non è un caso che le maggiori Società Scientifiche italiane, di ambito internistico e nefro-cardiovascolare ma non solo, abbiano nel proprio *board* elementi del «*Santa Maria*», spesso impegnati in attività didattica e di ricerca, e che da qualche tempo il nome di Borgo Val di Taro compaia in calce tra le afferenze degli autori di lavori scientifici anche su riviste internazionali. Lo stretto coordinamento di tali attività ospedaliere con i programmi di assistenza territoriale si concretizza nella stesura di piani assistenziali su misura per i pazienti che richiedano la prosecuzione di specifiche cure domiciliari; accanto al Medico di Medicina Generale, Infermieri aziendali o, se necessario, Medici specialisti e Tecnici della riabilitazione garantiscono quotidianamente la continuità terapeutica. In particolare, i servizi possono farsi carico dell'esecuzione di medicazioni, della somministrazione di eventuali trattamenti per via endovenosa, della guida all'uso di ausili e presidi nei confronti dell'assistito e dei familiari di esso. Analogamente per le necessità correlate ai programmi nutrizionali, alla disponibilità di ossigeno o di sistemi di ventilazione meccanica nelle patologie respiratorie, al controllo del dolore. Sul versante diagnostico, poi, la capillarità di distribuzione dei Punti Prelievo nel Distretto garantisce facile accesso all'esecuzione degli esami ematosierici di *routine* e in regime di urgenza.

Partendo da tali modelli già esistenti, è auspicabile che, a vari livelli governativi, comincino ad essere formulate nuove soluzioni organizzative e assistenziali su larga scala, al fine di identificare su tutto il territorio nazionale innovativi sistemi di erogazione della salute che possano, da un lato, conservare elementi basilari quali l'universalismo, l'equità e l'appropriatezza delle cure, e dall'altro permettere la completa, piena ed uniforme sostenibilità dell'intero sistema.



CENTRO DI FORMAZIONE
MATTIOLI 1885

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

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

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

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



Le Case della Salute: luci e ombre

Forme abitate da professionisti impegnati in una sfida epocale che impegna e implica oggi più che mai l'uso adeguato delle risorse, la responsabilità individuale, la fantasia, il sacrificio.

di Fernanda Bastiani



Nella nostra provincia in tema Case della Salute siamo al primo giro di boa, al primo posto in regione per il numero di strutture avviate e, poiché l'Emilia Romagna ha dato per prima l'incipit al realizzarsi di questa nuova organizzazione del territorio, siamo naturalmente primi anche in tutto il territorio italiano. Pur essendo prematuro parlare di bilanci, ciò che sta avvenendo è una rivoluzione organizzativa e culturale, è interessante quindi parlarne per focalizzare i punti di forza e correggere eventuali debolezze.

La casa della salute è un presidio territoriale, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali offerti alla popolazione. Racchiude tutti gli elementi utili alla realizzazione di una rete che faciliti l'erogazione di servizi di assistenza e cura. Nella casa della salute i professionisti collaborano fra loro integrando le proprie competenze.

La Casa della Salute è quindi un oggetto, una forma organizzativa che si sostituisce alle precedenti perché più idonea e più efficace nel soddisfare le problematiche sanitarie territoriali oggi emergenti e gli obiettivi del SSN, in sintesi risponde allo meglio allo scopo.

Quale scopo? Anzitutto migliorare i servizi offerti alla popolazione e quindi l'assistenza, farlo con le risorse a disposizione di un paese povero qual è attualmente il nostro e infine raccogliere il maggior consenso possibile dai cittadini.

Ma quale vantaggio per medici e professionisti nell'abitare le Case della Salute?

Sinteticamente, la risposta efficace a quattro esigenze: realismo, responsabilità, ricerca, risorse.

Realismo

Allo stato attuale è diventato difficile, titanico, anacronistico, faticoso, impraticabile lavorare soli. Collaborare ed integrarsi invece, al contrario di quanto possa sembrare in superficie, non è un diktat ma semplicemente un'esigenza, un desiderio emergente che via via si fa più consapevole e maturo nella ragione quanto più si gioca nell'esperienza. A ciò si aggiunge che l'organizzazione del lavoro non solo non è di ostacolo alla pratica clinica, non è impedimento ma anzi requisito sempre più necessario a svolgere in modo efficace ed efficiente ciò che le circostanze ogni giorno richiedono. Infine, e questa è una conseguenza, collaborando e condividendo le conoscenze e le problematiche emergenti si comprende che questo è il metodo più adeguato per rispondervi in modo integrale, la diversità di compiti e competenze apre scenari nuovi, allarga l'orizzonte, aumenta il sapere e accresce la soddisfazione. Insomma è più confacente alla nostra natura e ne compie meglio il desiderio.

Responsabilità

La responsabilità, cardine della nostra professione, non ne esce sminuita, ma rilanciata ad una sfida più alta, perché non si implica solo nel rapporto medico-paziente ma in esso coinvolge colleghi, spesso amici, e altre figure professionali. Il suo pungiglione (responsabilità professionale - medicina difensiva) diventa meno acuminato e inquietante nelle situazioni difficili quando è possibile discutere, condividere e compiere scelte comuni, sostenendo l'onere di risposte adeguate attraverso la condivisione. Responsabilità è innanzitutto rispondere a qualcuno di ciò che si fa e questo costringe ad esserci e a restare sul pezzo. Cosa non facile ma possibile quando la sola presenza dell'altro ti richiama a questo. Le vie di fuga restano, ma sono meno affascinanti.

Risorse

Tema attualmente drammatico. Tagli, dimensionamenti, obiettivi di risparmio nella farmaceutica e nella diagnostica, risorse di cui abbiamo forse in passato abusato o che abbiamo usato in modo spensierato e che oggi potremmo non avere più a disposizione. Un SSN fra i migliori al mondo fiore all'occhiello di un paese che per esso ha investito una percentuale sul PIL di gran lunga inferiore agli altri paesi ottenendo risultati stupefacenti, allo stesso modo del made in Italy, marchio imposto nella prima metà del '900 ai nostri prodotti dagli altri paesi europei come infamante, per definire prodotti scadenti e poi trasformatosi negli anni in marchio di qualità e in quell'eccellenza che tutti ci

invidiano. Il brutto anatroccolo allora diventò uno splendido cigno. Riaccadrà oggi il miracolo? Ce la faremo? NCP e Case della Salute sono forme abitate da professionisti impegnati in una sfida epocale che impegna e implica oggi più che mai l'uso adeguato delle risorse, la responsabilità individuale, la fantasia, il sacrificio. A ciascuno il suo, ma la presenza degli altri e la soddisfazione del lavorare assieme è ricordo costante alla sfida e accresce il desiderio di non perdere il bene che si ha fra le mani.

Ricerca

La nostra professione che coniuga arte, scienza e conoscenza è implicitamente per sua natura assetata di sapere. Amplia la conoscenza attraverso i canali tradizionali del sapere scientifico, oggi reso più accessibile dall'uso del Web. La condivisione dei quesiti clinici, diagnostici, dei percorsi di cura, delle problematiche organizzative, la valutazione delle performances attraverso gli indicatori di qualità e tutto quanto concerne il governo clinico si realizza sia via Web che attraverso incontri, audit, convegni. La Casa della Salute è il luogo, la piccola comunità in cui il sapere in prima istanza si comunica e diventa patrimonio comune. La ricerca di nuove modalità di cura e presa in carico diventa sapere condiviso e si traduce in scelte cliniche e terapeutiche più efficaci.

Conclusioni

Le Case della Salute avranno nel loro percorso ombre che potranno dissiparsi e magari ne compariranno di nuove. Rimarrà comunque la consistenza vera sui cui poggiano che non è appena la forma, cioè quella di un luogo in cui si erogano servizi, ma soprattutto la sostanza cioè quella di essere un'opera, volta a realizzare il bene di chi vi accede e di chi vi abita, laddove entrambi vi cerchino la realizzazione del proprio umanissimo desiderio.



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

info@poliambulatoriodallarosapрати.it
www.poliambulatoriodallarosapрати.it

L'utilizzo dei questionari per la valutazione della qualità percepita

Strumenti di valutazione che sondano il sentire dei pazienti valutando molti aspetti del lavoro quotidiano e delle modalità di contatto, approccio, comunicazione e organizzazione delle Cure Primarie

di Angelo Campanini

Le trasformazioni che sotto la spinta delle progressive diminuzioni delle disponibilità economiche del Paese hanno interessato la Sanità e che ancora agiscono nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), ma più ancora in quello Regionale dell'Emilia Romagna (SSR), hanno modificato, e continueranno a modificare nei prossimi anni, il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie a tutti i livelli, specialmente nell'ambito delle Cure Primarie. La realtà ormai prevalente dell'organizzazione territoriale nelle nostre provincie si è orientata negli ultimi tre lustri verso diverse forme aggregative funzionali ed organizzative dei Medici di Medicina Generale (MMG). La nostra provincia in particolare ha visto una progressiva trasformazione di queste aggregazioni funzionali in vere e proprie strutture organizzative, rappresentate dapprima come Medicine di Gruppo e da alcuni mesi trasformatesi, in alcune realtà soprattutto periferiche, in Case della Salute, delle più diverse dimensioni e dalle diverse caratteristiche di complessità ed organizzazione.

Lo scopo di tali trasformazioni, al di là delle già citate esigenze di cassa del nostro Paese, o proprio in virtù di queste, è quello di modificare l'assetto più dispendioso di una sanità orientata prevalentemente alle strutture ospedaliere come centri primari di erogazione di servizi, verso un potenziamento delle attività territoriali, senza per altro diminuire la qualità dell'assistenza complessivamente erogata ai cittadini, anzi in alcuni settori, migliorandola. Il gioco fondamentale si svolge nell'ambito di una redistribuzione delle risorse, come già detto limitate, e si basa su una più rigorosa attenzione, da parte di tutti, alla appropriatezza, uno dei capisaldi della qualità, nella erogazione dei servizi e delle singole prestazioni, dalle più complesse alle più semplici, ma comunque e sempre economicamente onerose per il SSN e il SSR.

Le mosse e gli obiettivi sono quindi tutti nell'ottica dell'interesse primario del cittadino al quale, almeno in alcuni contesti, viene chiesto di esprimere un parere sui servizi e sulle prestazioni ottenute nell'ambito sanitario. Questo sistema di indagare, se vogliamo semplificare, il "gradimento" dell'utente era declinato alcuni anni fa col termine anglosassone di "customer satisfaction" che sottintendeva e comprendeva una serie di concetti oggi più correttamente espressi in italiano con l'espressione "qualità percepita". Concetti nati nell'industria per mantenersi nel mercato, debbono essere modulati in sanità dal momento che il prodotto erogato è la "salute", un bene che semplicemente non sottostà alle comuni regole proprie del mercato, poiché è concettualmente e fisicamente tutelato dalla Costituzione del nostro Paese e dei Paesi sviluppati dell'occidente più in generale.

Esperienze in tal senso non ve ne sono molte in Italia, se confrontiamo ciò che accade nelle Cure Primarie nel resto d'Europa, in Canada, Australia e Nuova Zelanda (tutti paesi che hanno SSN basati su principi quantomeno omologhi). La nostra Regione, nello specifico l'Agenzia Sanitaria Regionale, prendendo le mosse da due progetti a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", sviluppato in collaborazione con Eurisko (1999-2001), e "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003) ha promosso 4 percorsi di valutazione della qualità percepita all'inizio degli anni 2000 avvalendosi di 4 questionari ed altrettanti "percorsi di costruzione/implementazione che li hanno caratterizzati" che si riferivano a specifiche aree di erogazione dei servizi sanitari:

- ricovero e cura in ospedale;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza ai pazienti cronici.

L'epistemologia, la metodologia ed il risultato di questo percorso sono stati pubblicati nel Dossier 127/2006 della ASR ii. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è stato uno degli ambiti delle cure primarie che è stato valutato proprio per il suo impatto sulla popolazione e per l'inevitabile complessità organizzativa e l'elevato valore delle prestazioni fornite da equip territoriali multi professionali (comprendenti ovviamente il MMG, nella stragrande maggioranza dei casi, responsabile terapeutico del progetto di cura). Attraverso un questionario appositamente costruito, composto da 47 domande, 42 chiuse e 5 aperte, e somministrato agli utenti del servizio si sono indagate aree cruciali: quella dell'attivazione del servizio, quella dell'erogazione e quella dei risultati ottenuti dalla assistenza domiciliare. Per ogni area sono state messe a fuoco le diverse dimensioni della qualità (es.: semplicità del percorso di attivazione, il tempo di attesa, la disponibilità di informazioni rese disponibili ecc.). Interessante è l'approccio pragmatico alla lettura dei risultati del questionario che sono suddivisi operativamente in 4 aree: area di eccellenza (nessun provvedimento), area di mantenimento (attività di monitoraggio), area di investimento prioritario (attivazione di azioni di miglioramento), area di miglioramento secondario (azioni di miglioramento solo dopo quelle da compiersi nell'area precedente). Occorre dire che l'esito della ricerca è stato particolarmente soddisfacente, con evidenze solo nell'area dell'eccellenza e del mantenimento. Anche l'Az. USL è stata coinvolta, con i suoi MMG ed i suoi infermieri professionali e

le altre figure non secondarie di questa modalità di assistenza primaria.

Si segnala, sempre nel decennio scorso, sempre in ambito di medicina generale e di continuità assistenziale una indagine svolta nella Regione Veneto nella AASSLL di Dolo e Mirano i cui risultati sono stati sinteticamente riportati in "cronaca" su M.D. nel 2010iv. Anche per questa indagine sulla qualità percepita da parte dei pazienti si è utilizzato il metodo del questionario allestito dalla Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto e dall'Istituto Piker.

Probabilmente una minoranza di MMG conosce questi strumenti di valutazione che sondano il sentire dei pazienti valutando molti aspetti del lavoro quotidiano e delle modalità di contatto, approccio, comunicazione e organizzazione delle Cure Primarie, che come abbiamo sottolineato in apertura sono notevolmente mutate. Forse lo strumento di indagine di questo tipo più noto in Italia è il questionario definito EUROPEV di cui è depositario lo CSeRMeGvi. Questo strumento, costruito con il fondamentale apporto del principale network di MMG che si occupano di

qualità in Europa ovvero EQuiPvii, fa parte di più ampi sistemi di valutazione di qualità e progetti di miglioramento nelle Cure Primarie europee. Credo si possa comunque ipotizzare che un suo più ampio, anche se "isolato", uso nelle realtà italiana, ed in special modo in quella Emiliana che rappresenta, soprattutto a Parma, una punta di diamante ed un laboratorio di ricerca sul campo di nuove modalità ed opportunità organizzative, potrebbe darci una migliore conoscenza di come e quanto i cambiamenti in atto nel territorio, vengano percepiti, compresi ed interpretati dai cittadini.

Non solo, si potrebbe anche conoscere il sentire dei cittadini che si confrontano con le modalità di accesso e di erogazione dei servizi da parte di strutture complesse come le Case della Salute, all'interno delle quali il tradizionale rapporto medico – paziente, se non sovvertito viene almeno in parte modificato.

Il limite della metodologia di indagine qualitativa intrinseco nei questionari di fatto non esiste nel campo della qualità percepita, pur tuttavia si deve constatare che non tutti gli aspetti che la letteratura internazionale che si occupa di Cure Primarie e di Medicina Generale o Medicina di Famiglia vengono in realtà coperti, per così dire, dai questionari oggi validati e disponibili. A

Tabella 1 - Attributi specifici delle cure primarie identificati con la tecnica Delphi ed esaminati nello studio di Jean-Frédéric Lévesque a collaboratori

Dimensione alla quale si riferiscono gli attributi	Attributi delle cure primarie
Dimensioni relative alla pratica ambulatoriale	Primo contatto - accessibilità
Accessibilità - comodità	
Completezza dei servizi	
Continuità delle informazioni cliniche e continuità di gestione	
Qualità tecnica delle cure prestate	
Orientamento alla persona	Rappresentanza degli interessi del paziente o di gruppi di pazienti (avvocatura)
Continuità nella relazione terapeutica	
Sensibilità culturale	
Cure centrate sulla famiglia	
Comunicazione interpersonale	
Rispetto della dignità e della privacy	
Cure prestate secondo il modello bio psico sociale	
Orientamento alla comunità	Partecipazione degli assistiti e dei membri della comunità Equità Integrazione interprofessionale Orientamento alla popolazione
Struttura	Gestione delle informazioni cliniche Integrazione multidisciplinare Processi di miglioramento della qualità Sistemi di integrazione
Performance del sistema	Affidabilità Disponibilità Efficienza / produttività

Jeannie Haggerty et al. *Ann Fam Med.* 2007 July; 5(4): 336–344 (modificato)

tal proposito proprio una recente revisione di ciò che è disponibile nella rete effettuata in Canadaviii e mirante a mappare gli attributi operativi delle Cure Primarie, ha ancora una volta dimostrato l'imperfezione o se si preferisce l'incompletezza di questi strumenti di valutazione, per altro validati. L'importanza di questo

studio risiede anche nella contemporanea individuazione tra esperti, effettuata mediante la tecnica Delphiix per la costruzione del consenso, di 24 definizioni operative degli attributi delle Cure Primarie e dopo aver analizzato 17 strumenti (questionari) ne sono stati eliminati 4. Le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori

Tabella 2 - Elenco dei questionari per la rilevazione 7 valutazione della qualità percepita nelle Cure Primarie secondo la revisione di Lévesque et. Al.

Questionario	Acronimo	Riferimento bibliografico
Components of Primary Care Index	CPCI	Flocke S: Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. <i>J Fam Pract</i> 1997, 45(1):64-74.
Interpersonal Processes of Care	IPC	Stewart AL, Nápoles-Springer A, Pérez-Stable EJ: "Interpersonal processes of care in diverse populations". <i>Milbank Q</i> 1999, 77(3):305-339.
EUROPEP instrument	EUROPEP	Grol R, Wensing M, M and Task Force on Patient Evaluations of General Practice: "Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP instrument.". Nijmegen, the Netherlands: Center for Research on Quality in Family Practice, University of Nijmegen; 2000.
General Practice Assessment Questionnaire	GPAQ	Mead N, Bower P, Roland M: The general practice assessment questionnaire (GPAQ)-development and psychometric characteristics. <i>BMC Fam Pract</i> 2008, 9:13 Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M: The general practice assessment survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. <i>Fam Pract</i> 2000, 17(5):372-379
Medical Interview Satisfaction Scale	MISS – 21	Meakin R, Weinman J: The 'medical interview satisfaction scale' (MISS-21) adapted for British general practice. <i>Fam Pract</i> 2002, 19(3):257-263.
Patient Assessment of Chronic Illness Care	PACIC	Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM: Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). <i>Medical Care</i> 2005, 43(5):436-444.
Primary Care Assessment Survey	PCAS	Safran DG, Kosinski J, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, Ware JE: The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. <i>Medical Care</i> 1998, 36(5):728-739.
Primary Care Assessment Tool	PCAT	Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA: Measuring consumer experiences with primary care. <i>Pediatrics</i> 2000, 105(4):998-1003. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R: Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. <i>J Fam Pract</i> 1998, 46:216-226.
Veterans Affairs National Outpatient Satisfaction Survey	VANOCSS	Borowsky SJ, Nelson DB, Fortney JC, Hedeem AN, Bradley JL, Chapko MK: VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care. <i>Medical Care</i> 2002, 40(7):578-586.
Tre questionari basati su visita nella "practice"		
Patient Experience Questionnaire	PEQ	Steine S, Finset A, Laerum E: A New, Brief Questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. <i>Fam Pract</i> 2001, 18(4):410-418.
Medical Interview Satisfaction Scale (*)	MISS-21	Meakin R, Weinman J: The 'medical interview satisfaction scale' (MISS-21) adapted for British general practice. <i>Fam Pract</i> 2002, 19(3):257-263
Consumer Opinions on Ambulatory Health Services	COAHS	Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M: Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. <i>Fam Pract</i> 2000, 17(1):21-29.
Jean-Frédéric Lévesque ¹ et al.: Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective		
(*) compare 2 volte poichè prevede due diverse modalità di somministrazione e tempistica.		

confermano quanto già sospettato da molti ricercatori nel campo delle Cure Primarie e della Medicina Generale, ovvero che molti degli attributi di questo ambito dell'assistenza rimangono orfani, inesplorati. Tuttavia sottolineano gli autori, molti degli attributi operativi essenziali, la maggior parte, per pesare il punto di vista e la percezione dei cittadini, sono messi a fuoco.

Molto interessante è anche di per se stessa la metodologia del lavoro di revisione e critica che ha consentito di puntualizzare gli attributi specifici delle cure primarie e le loro relative definizioni operative. L'elenco di questi attributi specifici ottenuti con la tecnica Delphi tra esperti è composto da 24 elementi che gli stessi autori, nel 2007 avevano proposto e che sono elencati nella tabella 1. Risulta infine dall'analisi dei questionari validati, ed impiegati per questa revisione, 15 complessivamente sintetizzati nella tabella 2 e 3, che solo, si fa per dire, 17 attributi essenziali sono formalmente "coperti" da tutti questi strumenti, e che nessuno li copre tutti. Per altro secondo alcuni dei coautori di questa revisione, non tutte le validazioni cui sono stati sottoposti i questionari sembrano sufficientemente rigorose. I lettori più addentro la semantica e l'epistemologia delle Cure Primarie in generale e della Medicina Generale in particolare, avranno notato come questi attributi siano in gran parte analoghi alle "competenze specifiche" enunciate nella "Definizione WONCA" della Medicina Generale presentata a Londra nel 2002 di cui è ora disponibile la versione aggiornata al 2011^{xi} (La Terza Edizione della Definizione Europea di Medicina Generale: WONCA Europe Introduce l'Empowerment). Non ha nessun rilievo sottolineare ed enfatizzare le differenze poiché il core della Medicina Generale è ben espresso da entrambe le analisi. Si deve invece analizzare quale sia il ventaglio di attributi che risultano adeguatamente coperti da uno strumento qual è EUROPEP dal momento che sembra essere il solo questionario, quantomeno a conoscenza di chi scrive, di cui, a tutt'oggi, esista una versione italiana ufficiale, mentre per gli altri sarebbe necessario un lungo ed impegnativo lavoro di traduzione, retro traduzione e validazione della consistenza culturale analogo a quello che è stato svolto da CSerMeG proprio per EUROPEP.

Volendo quindi utilizzare EUROPEP si dovrà tenere conto che gli attributi o competenze specifiche pesate e valutate dai pazienti con questo strumento sono l'accessibilità, la qualità tecnica delle cure (da punto di vista clinico), la continuità della relazione la comunicazione interpersonale, il rispetto delle diverse culture, l'approccio olistico alla cura della persona. Se confrontiamo questi item con quelli della tabella 1 si evidenzia il deficit di copertura di alcuni aspetti delle Cure Primarie. Avere uno strumento incompleto, ma utilizzarlo è senza dubbio più vantaggioso del non indagare mai il "percepito" da parte dei nostri pazienti, soprattutto in momenti di grandi cambiamenti in ambito organizzativo – assistenziale. Questo non vuole essere uno spot pubblicitario a favore di uno strumento europeo, ma semplicemente un richiamo alla sua esistenza ed alla sua fruibilità ed una sollecitazione a valutare l'altra faccia della luna.

L'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna già nel 2003 aveva pubblicato un dossier, il numero 88 del 2003^{xii} nel quale forniva le basi metodologiche per la costruzione di strumenti di indagine circa la qualità ed in particolare proprio per la costruzione di questionari. È una lettura fondamentale per chi volesse cimentarsi in una indagine che richiederebbe comunque una metodologia rigorosa. Infatti anche la semplice somministrazione alla popolazione assistita dovrebbe essere effettuata tenendo conto delle corrette modalità di campionamento, a partire dal tipo di campionamento, probabilistico (che deve tenere conto della numerosità del campione ed a seguire di come si individuano le unità campionarie – i cittadini - o non probabilistico, o dell'eventuale campionamento casuale) o non probabilistico. Non si desidera scoraggiare i Colleghi a iniziare a valutare la qualità percepita dai pazienti / cittadini proprio con lo strumento "questionario", ma si vuol ricordare che una tale operazione è a tutti gli effetti una "attività di ricerca" che quindi ha le sue regole ed una sua rigorosa metodologia, per la quale è necessario l'aiuto o l'appoggio di professionisti (epidemiologi, statistici, sociologi). Ma è necessario promuovere queste attività di ricerca per poter tarare nel futuro l'evoluzione della organizzazione e delle modalità erogativa dell'assistenza nelle Cure Primarie, almeno nelle sue più complesse declinazioni, le Case della Salute.

Tabella 3 - questionari con validazione ritenuta meno rigorosa da due autori del gruppo di Lévesque

Questionario	Acronimo	Riferimento bibliografico
Consumer Assessment of Health Plans Study	CAHPS 2.0	Hargraves JL, Hays RD, Cleary PD: Psychometric properties of the consumer assessment of health plans study (CAHPS®) 2.0 adult core survey. <i>Health Serv Res</i> 2003, 38(6 Pt 1):1509-1527
Canadian Community Health Survey	CCHS	
Patient Experience Questionnaire	PEQ	Steine S, Finset A, Laerum E: A New, Brief Questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. <i>Fam Pract</i> 2001, 18(4):410-418.
Patient Satisfaction Questionnaire Short Form	PSQ-18	Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N: Primary health care in Canada: systems in motion. <i>Milbank Q</i> 2011, 89(2):256-288.
Opinion de la clientèle au sujet des services ambulatoires (Consumer Opinions on Ambulatory Health Services)	COAHS	Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M: Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. <i>Fam Pract</i> 2000, 17(1):21-29.



CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacittadiparma.it

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO MEDICO

MEDICINA INTERNA

Prof. Giuseppe Salvi
Dott. Massimo Moine
Dott. M. Vittoria Valdré
Dott. Renata Lottici
Dott. Vincenzo De Lisi
Dott. Shpetim Bacì

NEUROLOGIA

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

LUNGODEGENZA

Prof. Achille Guariglia
Dott. Roberto Giacosa

MEDICINA AD INDIRIZZO CARDIOLOGICO

Dott. Dimitri Linardis
Dott. Antonella Pezzani
Dott. Roberto Giacosa

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

CHIRURGIA GENERALE

Dott. Leonardo Bianchi
Dott. Paolo Bocchi
Dott. Michele Casali
Dott. Gianfranco De Lorenzis
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Innocente Fioriti
Prof. Enrico Foggi
Dott. Alessandra Galimberti
Dott. Cesare Ghinelli
Prof. Rinaldo Lampugnani
Dott. Federico Marchesi
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Costantino Medici
Dott. Marzio Montanari
Prof. Rocco Paolucci
Dott. Marco Pattonieri

Dott. Vincenzo Pezza

Dott. Pierluigi Piccolo
Dott. Stefano Saccani
Prof. Ugo Ugolotti
Dott. Francesco Zini

OTORINOLARINGOIATRIA

Dott. Guido Bacchi
Dott. Luca Banchini
Dott. Giorgio Bortesi
Dott. Massimo Magnani
Dott. Paolo Vignali
Dott. Valerio Vighi
Prof. Carlo Zini

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dott. Corrado Contini
Prof. Enrico Foggi

UROLOGIA

Dott. Carlo Cantoni
Dott. Paolo Ferrari
Dott. Marta Simonazzi

MAXILLO - FACCIALE

Dott. Stefano Spaggiari

CHIRURGIA PLASTICA

Dott. Cesare Azzolini
Dott. Giovanni Bianco
Dott. Paolo Costa
Dott. Carlo Alberto Ferrarini
Dott. Rita Zermani

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

OSTETRICIA GINECOLOGIA

Dott. Vittorino Calestani
Dott. Cosimo Barletta
Dott. Cosimo Basile
Prof. Luigi Benassi
Dott. Roberto Benatti
Dott. Claudio Bertoli
Dott. Arturo Bianchini
Dott. Ermanno Cabrini
Dott. Antonio Ciacci
Dott. Renato De Dominicis
Dott. Beatrice Gualerzi
Dott. Alessandro Grignaffini
Dott. Sandro Magugliani
Dott. Antonella Nani
Dott. Antonella Padovani

Dott. Maurizio Poletti

Dott. Daniela Sola
Dott. Maurella Vaccà

NURSERY

Dott. Francesca Cassaro
Dott. Renzo Malvicini

PROGETTO CHIRURGIA MININVASIVA GINECOLOGICA ED ONCOLOGICA

Prof. Bruno Andrei
Dott. Sergio Basile
Dott. Gianluca Benassi
Prof. Luigi Benassi

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

REPARTI DI DEGENZA RAGGRUPPAMENTO CHIRURGICO

ORTOPEDIA

Dott. Paolo Adravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Pietro Banchini
Dott. Francesco Caravaggio
Dott. Massimo Cattani
Dott. Gabriele Cavazzuti
Dott. Philippe Charret
Dott. Pio De Pasquali
Dott. Luigi Lagnerini
Dott. Marcello Marcialis
Dott. Stefano Nicoletti
Dott. Gian Paolo Paini
Dott. Dario Petriccioli
Dott. Tariel Tcherkes-Zade

MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA SPINALE

Dott. Andrea Fontanella

OCULISTICA

Dott. Roberto Carnevali
Dott. Giuseppe Cavallero
Dott. Alessandro Giannone
Dott. Vincenzo Zanaboni

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott. Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna
ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

ALLERGOLOGIA - IMMUNOLOGIA
Prof. Pier Paolo Dall'Aglio
ANGIOLOGIA - CHIRURGIA VASCOLARE
Dott. Italo Ferrarini
Dott. Stefano Sacconi
CARDIOLOGIA
Dott. Dimitri Linardis
CENTRO MALATTIE DELLA MAMMELLA
Prof. Rocco Paolucci
CHIRURGIA GENERALE
Dott. Paolo Bocchi
Dott. Federico Marchesi
Dott. Luigi Marchesi
Dott. Marzio Montanari
Dott. Marco Pattonieri

Dott. Vincenzo Pezza
Dott. Pierluigi Piccolo
CHIRURGIA PLASTICA
Dott. Cesare Azzolini
Dott. Paolo Costa
Dott. Carlo Alberto Ferrarini
Dott. Rita Zermani
DERMATOLOGIA
Dott. Francesco Antonaccio
Dott. Carla Maria Costa
Prof. Giuliano Manfredi
Dott. M. Emanuela Pretto
DIETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA
Prof. Leone Arsenio
Dott. Antonella Pezzani

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

FISIATRIA
Dott. Alberto Ape
FISIOTERAPIA E TERAPIA DEL DOLORE
Prof. Gastone Uleri
GASTROENTEROLOGIA
Dott. Corrado Contini
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott. Corrado Contini
Prof. Enrico Foggi
GINECOLOGIA
Dott. Roberto Benatti
Dott. Ermanno Cabrini
Dott. Beatrice Gualerzi
Dott. Antonella Nani
Dott. Antonella Padovani
Dott. Maurizio Poletti
Dott. Maurella Vaccà
Vaccinazioni Hpv

Dott. Antonella Padovani
Ostetrica Antonella Regia
Corte
LABORATORIO DI ANALISI
Dott. Francesco Barbieri Palmieri
Dott. Carlo Strozzi
MAXILLO - FACCIALE
Dott. Stefano Spaggiari
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO
Prof. Angelo Cuomo
MEDICINA INTERNA
Prof. Leone Arsenio (Diabetologia)
Dott. Gianni Italo Buticchi (Reumatologia)
Prof. Achille Guariglia
Dott. Giancarlo Pasetti (epatologia)

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

MOC
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Alberto Ape
NEFROLOGIA
Prof. Achille Guariglia
NEUROCHIRURGIA
Dott. Andrea Fontanella
Prof. Gian Paolo Painsi
NEUROLOGIA
Dott. Paolo Ghizzoni
Dott. Roberto Maione
Dott. Mariano Rossi
Elettroencefalografia e potenziali evocati
Dott. Mariano Rossi

OCULISTICA
Dott. Roberto Carnevali
Dott. Giuseppe Cavallero
Dott. Alessandro Giannone
Dott. Vito Mastronardi
Dott. Renata Vinciguerra
Dott. Vincenzo Zanaboni
ODONTOIATRIA
Dott. Fabrizio Baratta
Dott. Francesco Calestani
Dott. Emanuele De Fazio
Dott. G. Franco Donetti
Dott. Stefano Spaggiari
ONCOLOGIA CLINICA
Dott. Renata Lottici
Dott. Vincenzo De Lisi
LITOTRISSIA ORTOPEDICA
Dott. Alberto Ape

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

SERVIZI AMBULATORIALI

ORTOPEDIA
Dott. Paolo Agravanti
Dott. Aldo Ampollini
Dott. Pietro Banchini
Dott. Massimo Cattani
Dott. Fabio De Palmi
Dott. Luigi Lagnerini
Dott. Marcello Marcialis
Dott. Stefano Nicoletti
Dott. T. Tcherckes-Zade
OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Giorgio Bortesi
Dott. Valerio Vighi
Dott. Paolo Vignali
CENTRO DI RONCOLOGIA (Polisonnografia)
Coordinatore Dott. Valerio Vighi
PODOLOGIA
Dott. Michele Avanzini
PSICOLOGIA PSICOTERAPIA
Dott. Roberta Carbone

Dott. Alessandro Castelli
Dott. Francesca Fochi
Dott. Emanuela Iappini (Massaggio neonatale)
RADIOLOGIA
Dott. Giovanni Aimi
Dott. Stefano Moine
Dott. Adele Bianchi
Dott. Claudio Tosi
Radiologia vascolare
Prof. Ugo Ugolotti
Ecografia con mezzo di contrasto
Dott. Roberto Giacosa
Spirometria
Prof. Angelo Cuomo
Dott. Massimo Moine
UROLOGIA
Dott. Carlo Cantoni
Dott. Paolo Ferrari
Dott. Marta Simonazzi

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005

NUMERI UTILI

CENTRALINO 0521.249611
UFFICIO PUBBLICHE RELAZIONI 0521.249689
DIREZIONE SANITARIA 0521.249788
UFFICIO ACCETTAZIONE 0521.249700
SEGRETERIA RADIOLOGIA 0521.249714
SEGRETERIA ODONTOIATRIA 0521.249688
SEGRETERIA POLIAMBULATORIO 0521.249662
0521.249729
SEGRETERIA CARDIOLOGIA 0521.249663
SEGR. FISIOTERAPIA E FISIATRIA 0521.249674
SEGR. ONCOLOGIA CLINICA 0521.249742
SEGR. OCULISTICA - NEUROCHIRURGIA,
CENTRO MALATTIE DELLA MAMMELLA 0521.249678

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005



CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA S.p.A.

CASA DI CURA CITTÀ DI PARMA SpA - P.zza Athos Maestri - 43123 PR
Tel. 0521.249611r.a. - Fax 0521.493474
Dir.San.Dott.Tiziano Cocchi, specialista in Medicina interna ed Ematologia clinica e di laboratorio
Autor. San. n. 100658 del 12/07/2005
info@clinicacdp.it - www.clinicacittadiparma.it

Eziologia ed epidemiologia dei miti in Medicina

Cosa stiamo facendo oggi di sbagliato per il nostro paziente?

di Gianfranco Cervellin

**La teoria è quando si sa tutto e niente funziona.
La pratica è quando tutto funziona e nessuno sa il perché.
Unendo teoria e pratica sono possibili due risultati:
1) niente funziona e nessuno sa il perché;
2) tutto funziona e si sa il perché.**

Contemporaneo, anonimo per sua stessa scelta.

Preambolo.

Nel corso della storia i miti hanno esercitato funzioni sociali essenziali, come per esempio tentare di spiegare agli uomini un mondo terrificante e capriccioso, tendendo a rinforzare negli esseri umani alcune certezze e preparandoli ad affrontare eventuali disastri. La cultura medica moderna non è poi così diversa. Nonostante gli sforzi della comunità scientifica, i clinici continuano ad incontrare fenomeni che non riescono a spiegarsi e disastri che non possono prevenire. In questo clima di incertezza i medici continuano, più o meno consapevolmente, a "maneggiare" un certo numero di miti, utilizzandoli talvolta anche come strumento professionale. Sebbene negli ultimi decenni la ricerca clinica e i trials randomizzati siano emersi quali principali strumenti per stabilire piattaforme di ragionevole verità in medicina, ampie aree di incertezza sono lasciate libere, e vengono conseguentemente riempite da tradizione, buon senso ed esperienza. In tale contesto i miti diventano fonte di errore, specie quando vanno a far parte dell'insegnamento medico ed

entrano nella letteratura medica. Nel nostro ambito potremmo definire i miti come credenze persistenti nel tempo, della cui verità non si dubita nonostante: 1) esista una convincente evidenza del contrario, oppure: 2) non esista alcuna evidenza a favore.

Una ricerca su PubMed, incrociando i termini "myths" e "medicine", mi ha permesso di trovare, al 30 maggio 2013, 3992 voci bibliografiche. Scremando, non tutto riguarda il tema della presente chiacchierata, ma ce n'è una buona messe. Da questa messe ho scelto un piccolo ma rappresentativo florilegio.

Capitolo 1: questioni di cuore e di pancia.

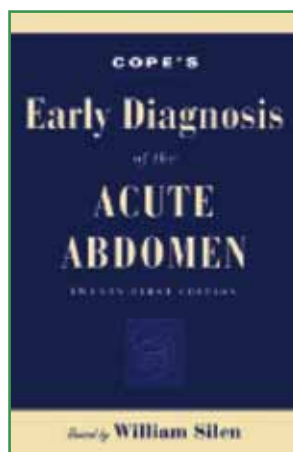
Nel 1962 Sir James W. Black propose l'utilizzo clinico dei primi due beta bloccanti, il propranololo ed il pronetalolo. Tale scoperta rivoluzionò il trattamento medico dell'angina pectoris ed è considerato uno degli avanzamenti più significativi della farmacologia clinica del XX secolo. Per questa scoperta Black ricevette il premio Nobel nel 1988. Morì ottantacinquenne nel 2010, dopo aver visto che gli orizzonti terapeutici della sua scoperta si erano enormemente ampliati. Inizialmente, sulla base di ragionevoli presupposti fisiopatologici, lo scompenso cardiaco fu considerato come controindicazione assoluta all'utilizzo dei beta bloccanti, e tale pregiudizio resistette per alcuni decenni, sostanzialmente fino alla fine degli anni '90, quando alcuni trials dimostrarono incontrovertibilmente che i beta bloccanti, contrariamente a quanto proclamato da quello che era finora ritenuto un dogma, sono altamente efficaci nel ridurre morbilità e mortalità dei pazienti con insufficienza cardiaca. Era dunque crollato un mito. Non è possibile stabilire con certezza la paternità di questo mito: forse era figlio semplicemente dell'inerzia e di ciò che veniva diffusamente accettato come sapere comune. Infatti molti atti medici sono basati su presupposti fisiopatologici e non su prove di efficacia: il problema è che spesso si crede nella verità dei presupposti fisiopatologici, salvo poi scoprire, a seguito delle prove di efficacia, che importanti risvolti della fisiopatologia non erano ancora stati sviscerati e chiariti.

Altri miti hanno invece una paternità certa. Un esempio classico è quello del mito secondo cui non si devono assolutamente utilizzare gli analgesici maggiori in corso di dolore addominale acuto, per il presunto rischio di impedire una corretta e tempestiva diagnosi. Tale mito ha una data



di nascita precisa: correva l'anno 1921 quando Sir Zachary Cope, eminente ed autorevole chirurgo britannico, pubblicò la prima edizione del suo trattato *"The early diagnosis of the acute abdomen"* (Oxford University Press), nel quale sosteneva la tesi secondo cui la somministrazione di morfina avrebbe impedito al clinico di fare diagnosi. Tale assunto è stato unanimemente accettato dalla comunità medica fino agli anni '90, quando una serie di studi ben condotti ha dimostrato che non solo la somministrazione di oppioidi non impediva la diagnosi, ma anzi la favoriva e la accelerava. È interessante ed anche divertente andare a spulciare le affermazioni delle successive edizioni del "Cope": XV ed., 1979: *"Se somministrate morfina è possibile che il paziente muoia felice..."*; XVII ed., 1987: *"Sebbene possa sembrare crudele, in realtà è prudente non dare morfina prima della diagnosi..."*; XX ed., 2000: *"Dobbiamo condannare la non-somministrazione di morfina. Ci vorranno alcune generazioni per eliminare questa pratica crudele..."* Una bella retromarcia, non c'è che dire... Verrebbe da dire: "da che pulpito..."! Volendo operare una scherzosa classificazione, potremmo dire che la proscrizione della morfina nel dolore addominale è iniziata come "Eminence Based Medicine" (EBM, *ipse dixit*) e si è successivamente consolidata come "Myth Based Medicine" (MBM).

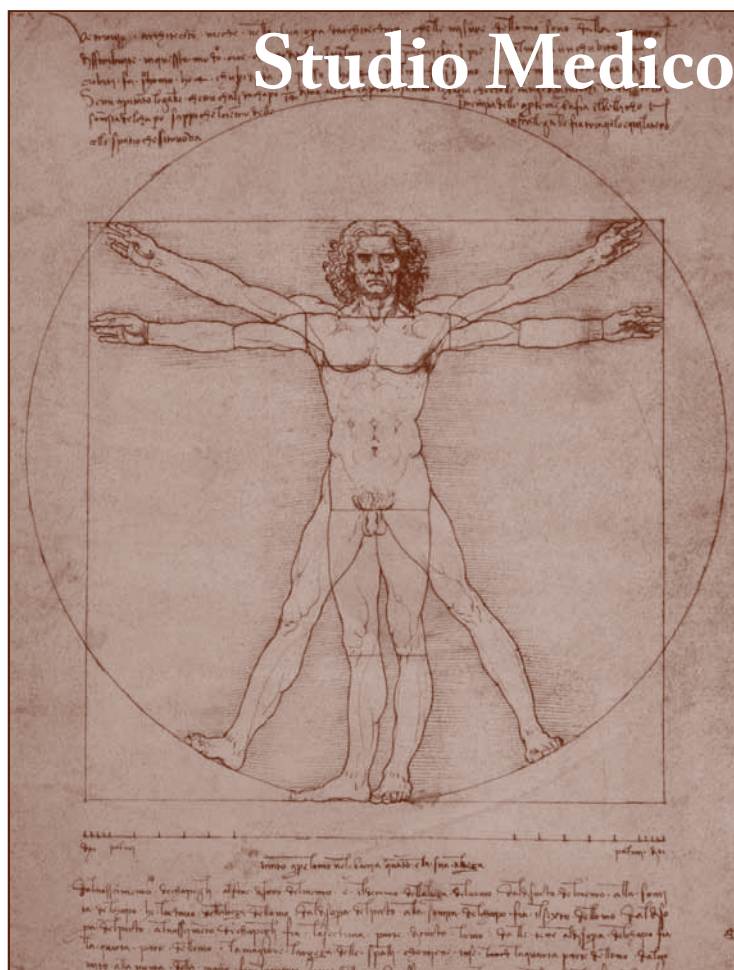
La "Eminence Based Medicine" rappresenta un tipico caso di bias del ragionamento e della decisione, determinato dal ruolo esercitato dall'autorità della fonte (*ipse dixit*, per l'appunto).



"Il" Cope

Capitolo 2: Autorità della fonte e acqua (di fonte): bere o annegare (nelle evidenze)?

Il Ministero della Salute, talvolta... Le "Raccomandazioni per una corretta alimentazione" pubblicate sul sito del Ministero della Salute contengono la seguente affermazione: *"bere almeno 1,5-2 litri di acqua al giorno, limitando le bevande zuccherate"*. Tale ministeriale ammonimento nasce da un mito: probabilmente l'origine del mito è da riscontrarsi in una raccomandazione del 1945 (forse del nutrizionista americano Frederick Stare, 1910-2002) che suggeriva *"un ragionevole apporto idrico per la maggior parte degli adulti è di 2,5 litri al dì; uno standard ordinario dovrebbe essere di 1 mL per caloria di cibo assunto; la gran parte di questa quantità è già contenuta nei cibi"*. Beh, qualcuno ha "scotomizzato" l'ultima frase, benché ampiamente documentata da dati scientifici, e ne è nato il mito dei 6-8 bicchieri d'acqua al dì. L'eminente fisiologo Heinz Valtin, in un famoso articolo pubblicato sull'*American Journal of Physiology*, ha confutato il mito, sottolineando però che quantitativi anche superiori di acqua possono essere indicati in situazioni particolari, quali intensa attività fisica, specie se in



Studio Medico di Scienza dell'Alimentazione

Via Rasori, 5 - Parma

Dott. Federico Cioni

Specialista in:

- *Scienza dell'Alimentazione*
- *Medicina Interna*

Tel. 0521.294723

Cell. 335.7623853

E-mail: info@dottfedericocioni.it

Web: www.dottfedericocioni.it

ambienti caldi, o prevenzione secondaria dell'urolitiasi. Come dire: una cosa sono indicazioni cliniche mirate, altra cosa sono le insensate generalizzazioni. Nel 2008 un editoriale sul *Journal of the American Society of Nephrology* giungeva alle stesse conclusioni, affermando che "Non c'è evidenza di benefici derivanti dal bere maggiori quantità di acqua... In realtà non c'è nemmeno una chiara evidenza di mancanza di benefici. Infatti, c'è semplicemente una mancanza generale di evidenza sull'argomento". Esiste invece evidenza che un eccessivo apporto idrico può essere pericoloso e determinare intossicazione da acqua, iponatremia e talora morte. Ciononostante si continuano a leggere, su siti e riviste "specializzate" (in cosa? n.d.a.) affermazioni del tipo: "bere molta acqua aiuta ad eliminare virus influenza; gli esperti: preferire quella minerale, aiuta a reintegrare i micronutrienti", "l'acqua è uno dei migliori strumenti per dimagrire", "bere acqua può ripulire la pelle" (e lavarsi no? n.d.a.), e così via. E che dire di un concorso bandito pochi anni fa da una grande associazione italiana di medici, che prometteva l'estrazione a sorte di una crociera tra coloro che espongono in sala d'aspetto un poster che pubblicizzava due note acque minerali, incoraggiando a berne in gran quantità? Il caso è finito all'esame della FNOMCeO. Ma il problema è internazionale: *Hydration for Health*, un'iniziativa per promuovere un maggior consumo di acqua, ha tenuto il suo meeting scientifico (?) internazionale a Evian, in Francia, nel 2011. Evian? Mi ricorda qualcosa... Il meeting era sponsorizzato dal colosso alimentare Danone, che produce tre marchi di acque minerali, tra cui...beh, il nome lo indovinate voi.

Detto per inciso, le raccomandazioni ministeriali citate in apertura sono state confutate anche da un noto e ben documentato editoriale del BMJ (McCartney M. Waterlogged? BMJ 2011;343:d4280).

Capitolo 3: "contrast" di cozze e vongole. Ostriche senza la perla.

Medico A: "C'è una sospetta embolia polmonare, il paziente deve fare una TC con contrasto...mi ha riferito di essere allergico ai molluschi bivalvi, cosa ne pensi?"

Medico B: "Ma sei matto? Nei soggetti allergici ai molluschi il mezzo di contrasto non si può somministrare!"

Si dà il caso che gli allergeni dei molluschi siano rappresentati da proteine, certamente non contenute nei mezzi di contrasto radiologici. E si dà anche il caso che lo iodio sia un elemento

traccia e non un allergene, e che le reazioni ai mezzi di contrasto siano reazioni anafilattoidi e non vere allergie. I mezzi di contrasto iperosmolari stimolano direttamente, con meccanismo non allergico, la degranolazione di mastociti e basofili, innescando le ben note reazioni fisiopatologiche. Per contro è ormai chiaro che le proteine responsabili delle allergie ai molluschi bivalvi non contengono iodio. La più grande serie mai pubblicata (112.003 casi) di reazioni avverse ai mezzi di contrasto radiologici ha evidenziato che i pazienti con allergia ai molluschi o al pesce hanno le stesse probabilità di reazione avversa rispetto a quelli con allergia alle uova, al latte o al cioccolato, e di poco superiore rispetto a quelli con storia di asma. In altre parole, una storia di allergia ai molluschi o al pesce aumenta le probabilità di reazione anafilattoide al mezzo di contrasto in misura non diversa da altre allergie, e deve essere per contro considerato, per una corretta valutazione del rapporto rischio-beneficio, che oltre il 90% dei pazienti con allergia ai molluschi non manifesta alcuna reazione, neppure lieve, alla somministrazione dei mezzi di contrasto iodati. Negli anni '30 e '40, quando l'utilizzo dei mezzi di contrasto iodato è andato diffondendosi, si sono osservate per la prima volta le reazioni avverse alla somministrazione degli stessi, e, vista la somiglianza delle manifestazioni cliniche, queste manifestazioni sono state generalmente considerate allergiche. Il sospetto era che lo iodio si combinasse con proteine umane, producendo un allergene "ibrido". Tali idee, sebbene non supportate da alcun dato sperimentale, resistettero immutate fino alla fine degli anni '70, poi una serie di studi ha portato alla loro confutazione, ma nella pratica quotidiana il mito tende a persistere. A pensare male non si sbaglia mai...

Capitolo 4: A: "dicono che in uno spicchio d'aglio sia contenuta un'intera farmacia..." B: "forse, ma stammi lontano mentre me lo dici!" Un mito a metà.

Forse in ragione delle sua antichissime origini, la credenza che l'aglio costituisca una sorta di panacea per tutti i mali è talmente radicata nel pensiero comune da essere raramente messa in discussione. Tra le patologie che si pensa comunemente di poter curare con l'aglio si contano infezioni, ferite, diarrea, affezioni reumatiche, malattie cardiovascolari, diabete, infertilità, impotenza e molte altre. L'aglio (*Allium Sativum*) è certamente uno dei "rimedi" vegetali più studiati e più venduti, e i confini tra il suo utilizzo quale ingrediente culinario ed il suo utilizzo



medicamentoso sono quanto mai labili. Forse anche come conseguenza di ciò la produzione mondiale di aglio è in continua crescita: la sola Cina ne produce 10.5 milioni di tonnellate all'anno. Secondo una leggenda, gli schiavi utilizzati per la costruzione delle grandi piramidi venivano alimentati con grandi quantità d'aglio, e ciò li avrebbe resi resistenti alle infezioni ed alle fatiche. I sostenitori di tale leggenda portano, come prova, il fatto che in alcune tombe di faraoni sono state trovate tracce, oltre che di molte altre erbe e spezie, anche di aglio. Costoro non considerano che l'aglio potesse semplicemente far parte dell'alimentazione corrente di quei popoli, e pertanto è normale trovarne tracce nelle loro tombe. Tra i costituenti dell'aglio si annoverano enzimi (es.: alliinasi) e composti solforati, come l'alliina, che dà per degradazione enzimatica l'allicina, il componente più studiato. Lavori sperimentali, anche ben condotti (su animali o colture cellulari), hanno dimostrato effetti ipolipemizzanti, anti-ipertensivi, antibatterici, antielmintici, ipoglicemizzanti, antineoplastici e immunostimolanti. Gli studi clinici sono molto più limitati e deludenti. Stante il grande richiamo mediatico, anche la Cochrane Collaboration si è occupata del problema: una review del 2012 non ha potuto dimostrare effetti di prevenzione cardiovascolare nei soggetti ipertesi, un'altra review sempre del 2012 non ha potuto dimostrare effetti sulle affezioni delle alte vie respiratorie, ed una più recente review del 2013 non ha potuto dimostrare effetti terapeutici nelle arteriopatie periferiche. Nello stesso tempo, un'ampia metanalisi ha potuto dimostrare lievi e controversi effetti anti-ipertensivi, ma non chiari effetti su assetto lipidico e glicidico, nè effetti antitrombotici o riduzione del rischio di cancro. Altre metanalisi non hanno dimostrato effetti sulla fertilità maschile. Per contro un intrigante e recente studio ha dimostrato un chiaro effetto dell'estratto di aglio invecchiato (Aged Garlic Extract – AGE) sul rapporto grasso bruno/grasso bianco e conseguentemente sulla termogenesi e sulla progressione della placca coronarica. L'AGE è un prodotto ottenuto facendo invecchiare per 18-24 mesi in soluzione alcolica fettine di aglio macerato; a differenza dell'aglio fresco, l'AGE non contiene allicina ma suoi derivati, quali i diallil-solfati. Va però notato che nel citato studio l'AGE veniva somministrato unitamente a Vit. B6 e B12, acido folico e l-arginina, che possono aver giocato un ruolo nell'ottenimento dei risultati descritti. In linea generale, alitosi (certa) a parte, l'aglio sembra essere un prodotto sicuro, tuttavia vi sono evidenze di allergie respiratorie indotte da aglio, nonché di ustioni cutanee (solitamente quali conseguenze di incauti cataplasmi) ed esofagiti indotte da aglio. Quello dell'aglio è dunque un caso di mito a metà: a fronte di un'enorme e consolidata mole di credenze popolari per lo più infondate (la componente "mito"), esiste una discreta mole di studi scientifici (più o meno ben condotti) che sta cercando di separare le evidenze dimostrabili dalle componenti leggendarie.



L'attività metacognitiva ci permette, tra l'altro, di controllare i nostri pensieri, e quindi anche di conoscere e dirigere i nostri processi di apprendimento. A ciò va indubbiamente aggiunta la necessità di una profonda conoscenza del contesto: ed eccoci a Bayes e al suo noto e fondamentale teorema (senza dimenticare Gauss: se tenessimo più presenti i suoi enunciati probabilmente classificherebbero meno soggetti come patologici) e ai bias. Ci sono, è vero, bias ineliminabili nella quotidianità, ma ci sono molti bias eliminabili applicando il metodo di cui sopra e perfezionando i nostri processi cognitivi. Perché così spesso crediamo e sosteniamo di sapere cose che in realtà ignoriamo? Numerosi bias cognitivi portano all'acquisizione di credenze erronee; uno dei più frequenti è la sovraesposizione alla (falsa) informazione. La cosiddetta "dissonanza cognitiva" ci può portare a rifiutare il cambiamento, modificando i concetti base relativi a ciò che abbiamo sempre creduto vero. In modo simile il "bias di conferma" tende a prevenire comportamenti di ricerca di spiegazioni alternative o di altre fonti conoscitive rispetto a ciò che si considera una certezza. Già, si sa, i nostri processi cognitivi possono e devono essere migliorati perché noi usiamo solo il 10% del nostro cervello... Altro mito! Alcuni attribuiscono questa affermazione addirittura ad Albert Einstein, che avrebbe sostenuto tale teoria attorno al 1907. Non esiste evidenza che Einstein abbia mai detto ciò. Purtroppo, l'affermazione è stata usata come base fondante di tante teorie che hanno sostenuto la possibilità di un miglioramento delle nostre performances cognitive attraverso l'attivazione del 90% silente del nostro cervello. Nessuno studio neurofisiologico ha mai potuto confermare l'esistenza di questo fantomatico 90%. Probabilmente il mito ha resistito nel tempo come conseguenza dell'effetto psicologico che ci porta a rifiutare un'evidenza solo perché sarebbe molto bello se davvero fosse vero il suo contrario. Di credenze persistenti di questo tipo se ne potrebbero elencare molte, ma ci si addentrerebbe in un terreno scivoloso: il territorio della "speranza" deve rimanere inviolato, perbacco!

Fotografie dell'autore.

Citazioni bibliografiche disponibili: gcervellin@ao.pr.it

Epilogo: tra Bayes e i bias.

Dovremmo forse abituarci un po' tutti al metodo metacognitivo (*pensa a come stai pensando*). La metacognizione indica un tipo di autoriflessività sul fenomeno cognitivo, attuabile grazie alla possibilità - molto probabilmente peculiare della specie umana - di distanziarsi, auto-osservare e riflettere sui propri stati mentali.

La verità e l'originalità troverebbero più facilmente posto nel mondo, se coloro che non sono in grado di produrle non cospirassero di comune accordo per non farle venire alla luce.

Arthur Schopenhauer

O
B
E
S
I
T
Y
W

OBESITY WEEK

IV Settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita.
Parma, 1-16 Ottobre 2013

PRESIDENTE Leone Arsenio **SEGRETARIO** Federico Cioni

SEGRETERIA SCIENTIFICA SSD Malattie del Ricambio e Diabetologia Az. Ospedaliera Universitaria di Parma,
in collaborazione con Azienda Sanitaria Locale di Parma

COLLABORAZIONE ORGANIZZATIVA E GESTIONE EDITORIALE Mattioli 1885 SpA

Strada della Lodesana 649/sx, 43036 Fidenza (PR) Tel 0524530383 – Fax 052482537

Grande affluenza ai Martedì dell'Ordine il ciclo riparte a settembre

Dal dolore pelvico cronico all'attualità in chirurgia video-assistita, dall'educazione per il paziente con diabete alle novità in tema di latte. Si è concluso con successo il programma di formazione medica dell'Ordine di Parma, che ricomincia in autunno con nuovi e interessanti argomenti

di Antonella Del Gesso

Dal dolore pelvico cronico all'attualità in chirurgia video-assistita, dall'educazione terapeutica per il paziente con diabete alle novità in tema di latte, fino alle innovazioni in chirurgia ortopedica. Si è concluso con successo il programma di formazione medica continua dell'Ordine dei Medici di Parma, denominato "I Martedì dell'Ordine", per cui sono stati richiesti crediti formativi validi per tutte le professionalità mediche. Da inizio anno diversi incontri si sono succeduti e i temi affrontati sono stati di notevole interesse scientifico e sociale, come l'approfondimento sulla chirurgia mininvasiva e la serata sulle problematiche nella fase di transizione dal pediatra di libera scelta al medico di medicina generale.

Dolore pelvico cronico: endometriosi

L'endometriosi è una condizione patologica progressiva, spesso debilitante, caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale in sede ectopica.

"Nella nostra U.O. da 20 anni vengono eseguiti interventi in laparoscopia. Una tecnica che ci ha permesso di fare biopsie e diagnosi sia per il dolore cronico che per il problema dell'infertilità. Attualmente si conosce un po' di più la patologia dal punto di vista chirurgico e un po' meno a livello interno", spiega Giuseppe Croviri, responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia del Presidio ospedaliero di Fidenza-Vaio, Azienda USL di Parma.

La reale prevalenza della malattia endometriosica è ancora sconosciuta. Nelle donne in età riproduttiva è stimata 3-15%. "La sua attuale stima dipende, in gran parte, dalla valutazione di donne sottoposte ad interventi chirurgici per presenza di altre patologie quali: dolori pelvici, sterilità, masse annessiali. Dal 5 al 20% è la percentuale delle pazienti con dolore pelvico cronico, 20-40% delle pazienti infertili", sottolinea Antonio Pezzuto AUSL di Parma Ospedale di Fidenza

UO di Ostetricia Ginecologia Centro Endoscopico Accreditato SEGI. È stimato inoltre che soffrono di endometriosi 14 milioni di donne nell'Unione europea, 5,5 milioni nel Nord America e 150 milioni nel mondo (dati ONU). In Italia, nel 2004, una rilevazione del *Census Bureau* ha evidenziato che la malattia potrebbe interessare 2.902.873 donne.

Attualità in chirurgia video-assistita, chirurgia generale, chirurgia plastica, ortopedia

La chirurgia video assistita è una importante alternativa alla cosiddetta chirurgia aperta, per molte fasce di patologia.

A sottolinearlo è Francesco Ceccarelli, Direttore SC Clinica Ortopedica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. L'endoscopia, che da strumento rigido ha avuto un notevole sviluppo grazie alle fibre ottiche e alle telecamere miniaturizzate, l'artroscopia, la chirurgia mini-invasiva in ambito gastroenterologico, sono tutte tecniche legate al progresso scientifico.

Luigi Roncoroni, Direttore SC Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica, Azienda Ospedaliero universitaria di Parma, spiega poi come siano tanti gli interventi in laparoscopia che si possono eseguire. Tecnica che comporta sì alcuni svantaggi in termini di costi (apprendimento del metodo, materiali e manutenzione) ma anche vantaggi per il paziente e non solo, come una degenza inferiore e una mobilità più precoce. Della "chirurgia mini-invasiva in ambito gastroenterologico nella realtà parmigiana: il presente ed il futuro" ne parla Renato Costi, Ricercatore Universitario Confermato. "La laparoscopia inizia a Parma precocemente nel 1991 con la prima colecistectomia e via via proseguita nel trattamento delle patologie benigne dell'esofago come anche con interventi sullo stomaco e sul rene fino al trattamento del colon retto e anche della milza, fegato, pancreas e nell'obesità".

Il ricorso alla chirurgia endoscopica è stato illustrato anche in altri campi dal Prof. Edoardo Raposio, Responsabile della Struttura Dipartimentale di Chirurgia della cute e degli annessi rigenerativa e plastica.

Il Prof. Raposio ha vasta esperienza acquisita sia nella fase di conseguimento del dottorato sia nel portare avanti metodiche per le quali è punto di riferimento internazionale a livello scientifico. Nella sua esperienza ha curato in maniera particolare alcuni aspetti clinici con interventi microinvasivi e di questi si ricorda l'emicrania, l'iperidrosi e le ulcere cutanee di cui vi sono risultati molto incoraggianti. Al Prof. Raposio si deve una metodologia particolarmente avanzata con l'uso di cellule staminali derivanti dal trattamento innovativo di cellule prelevate con liposuzione e veicolate con gel plasmatico.

L'educazione terapeutica per il paziente con diabete

L'Educazione Terapeutica è uno strumento essenziale nella prevenzione e cura del diabete. Dovrebbe permettere ai pazienti di acquisire e di conservare le capacità e competenze che li aiutano a vivere in maniera ottimale la loro vita con la malattia. Si tratta quindi di un processo permanente integrato alle cure e centrato sul paziente.

L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, d'informazione, di apprendimento dell'autogestione, di sostegno psicologico riguardo la malattia, il trattamento prescritto, le cure, il quadro ospedaliero, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute. Essa mira ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare con i curanti, a vivere in maniera più sana e a conservare o migliorare la qualità della loro vita. Ivana Zavaroni, Professore Associato di Endocrinologia SS Malattie Endocrino Metaboliche AOUPR, spiega che "Introdurre dei cambiamenti nello stile di vita è la condizione necessaria per prevenire e curare il diabete, e l'educazione terapeutica è lo strumento più adatto per rendere duraturi questi cambiamenti". Un'alimentazione equilibrata è il primo trattamento della malattia diabetica ed è parte integrante della terapia per ottenere un compenso glicemico stabile e un normale assetto lipidico. Da associarsi a una costante attività fisica. Gli obiettivi sono rendere il paziente cosciente della gravità potenziale della malattia e dei suoi legami con le comorbidità e introdurre in modo duraturo i cambiamenti nelle abitudini indispensabili alla correzione dell'eccesso di peso (anche solo una riduzione del 5% porta a risultati importanti) e alla prevenzione delle ricadute. Occorre però stabilire, in accordo con il paziente, un obiettivo realistico e adottare un approccio graduale delle modificazioni dello stile di vita.

Il latte e la salute - il latte oggi: cosa c'è di nuovo

L'ultima edizione della Piramide del corretto stile di vita ha valorizzato il ruolo positivo svolto dagli alimenti che più erano stati ingiustamente penalizzati nella prima Piramide, e cioè l'olio extravergine d'oliva e il latte vaccino, inseriti al secondo livello fra gli alimenti da consumare quotidianamente. Inoltre una recente analisi fatta da Agostoni e Turck ha concluso che il regolare consumo giornaliero di 500 mL di latte è ottimale nei paesi industrializzati. Allo scopo di fare chiarezza sui miti, pregiudizi ed evidenze relative al consumo di questo cibo sia nell'adulto che nel bambino si è voluto quindi approfondire l'importante tematica. Leone Arsenio, Professore a contratto di Scienza dell'Alimentazione e di Geriatria, Università degli Studi di Parma, informa su alcune novità che riguardano questo alimento. "In Italia il ministero della Salute ha recentemente comunicato che sono presenti circa 6 milioni di soggetti obesi, circa il 10% dell'intera popolazione, mentre a livello infantile la situazione è notevolmente più pesante con circa 30-35% di bambini sovrappeso-obesi, con un gradiente Nord-Sud. Lo studio Zoom8 ha evidenziato che il fare la prima colazione e consumare latte e yogurt sono fattori inversamente correlati al sovrappeso di questi bambini. Le ultime ricerche infatti non solo non hanno confermato la correlazione tra latte- latticini e obesità, ma addirittura hanno dimostrato un'azione ostacolante l'insorgenza di obesità. Gli autori ipotizzano che l'effetto avverso esercitato dalla presenza degli acidi grassi saturi sia bilanciato da nutrienti benefici, non meglio identificati, presenti nel latte. Del resto, l'introduzione di latticini in diete dimagranti migliorano peso, massa grassa e magra e circonferenza-vita rispetto alle diete usuali e i prodotti lattiero-caseari, nelle versioni magre, possono essere introdotti anche nelle diete restrittive, senza alterare i

marcatori di rischio cardiometabolico (composizione corporea, MB, quadro lipidico, PA).

Sebbene le linee-guida, generalmente, consiglino il consumo di latte e latticini scremati o parzialmente scremati per controllare il peso e il profilo lipemico e quindi il rischio cardiometabolico, una recente review, condotta su 11 studi, mette in luce che un elevato consumo di latte e derivati non scremati è anche inversamente associato al rischio di obesità, purché inserito in una dieta bilanciata.

Da ricordare inoltre che una ricerca in 38 soggetti sovrappeso, a dieta con basso apporto di latticini, ha dimostrato che l'aumento dei latticini ha significativamente migliorato la memoria di lavoro di questi soggetti. Ancora è emersa una relazione diretta tra il consumo di latte da bambini e la performance fisica dai 65 anni in poi, misurata come velocità della camminata e capacità di equilibrio. In particolare un elevato consumo di latte durante l'infanzia è risultato associato ad una maggiore velocità (+5%) e alla riduzione del rischio (del 25%) di perdere l'equilibrio. E' stata anche rilevata un'associazione positiva tra i livelli di assunzione di calcio e la velocità della camminata (+4% per ogni incremento logaritmico di consumo di una deviazione standard) e tra l'apporto di proteine e l'equilibrio (rischio di scarso equilibrio ridotto del 29%). I risultati di questa analisi suggeriscono pertanto che l'abitudine a bere latte da bambini influenza positivamente la mobilità e l'equilibrio nell'età avanzata".

Innovazioni in chirurgia ortopedica - la chirurgia finalizzata al risparmio biologico

"Come è noto la chirurgia è una branca della scienza medica necessaria per il trattamento di numerose patologie ma che ha lo svantaggio di poter arrecare danni biologici collaterali, legati alla stessa esecuzione dell'intervento. Questo è particolarmente importante nella chirurgia ortopedica che mira al miglior recupero funzionale possibile. La ricerca, ed in particolare quella degli ultimi anni, sia di tipo squisitamente anatomico sia di tipo tecnico-strumentale, è indirizzata verso la 'mininvasività' dell'atto chirurgico", spiega Aldo Guardoli, direttore U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia Ospedale "S. Maria" Borgo Val di Taro, nel corso dell'evento formativo scandagliato da un excursus di alcune delle innovative tecniche chirurgiche ortopedico-traumatologiche ad oggi disponibili, che mirano al rispetto dei tessuti cutanei, muscolari ed ossei.

Chirurgia mininvasiva: dagli interventi endoscopico chirurgici a quelli laparoscopici ablativi parenchimali

Il Prof. Mario Sianesi, Direttore della Clinica Chirurgica e trapianti d'organo ha presentato le attività svolte dalla sua qualificata équipe.

Raffaele Dalla Valle, Responsabile UOS Chirurgia Oncologica ad indirizzo epato-bilio-pancreatico, spiega come la chirurgia laparoscopia nella patologia epato-bilio-pancreatica sia la più complessa e delicata dell'apparato digerente, perché si trattano organi molto vascolarizzati, ecco perché la tecnica laparoscopica introdotta 20 anni fa circa, per queste parti del corpo, è stata

adottata più in ritardo (più o meno 10 anni or sono). "Oggi però sono stati fatti notevoli passi avanti: non c'è ancora la possibilità di eseguire tutti i tipi di interventi, ma siamo a un buon 20%".

Paolo Dell'Abate, Professore Associato e Paolo Del Rio, Ricercatore Universitario entrambi della stessa Unità Operativa, rimarcano le loro esperienze in campo microinvasivo, addominale e non. "Sono notevoli i vantaggi in termini di ripresa post operatoria registrando sicuramente un controllo ottimale del dolore di minor entità rispetto alla chirurgia tradizionale e il minor numero di complicanze. Non di minor conto è il miglior risultato "estetico" con cicatrici più piccole e meno evidenti soprattutto quando in passato queste erano la conseguenza di interventi tradizionali".

Problematiche nella fase di transizione dal pediatra di libera scelta al medico di medicina generale

La fase di transizione dal PLS al MMG può essere un momento critico soprattutto per quanto riguarda la patologia cronica, spiega Sergio Bernasconi, Direttore SC Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Infatti sottolinea Nicola Carano, ricercatore universitario confermato di Pediatria, Università degli Studi di Parma, "Ci sono attualmente centinaia di migliaia di individui nel mondo che sono sopravvissuti ad una cardiopatia congenita o sono stati scoperti essere portatori di una cardiopatia congenita in età già adulta. Questa popolazione ha posto delle problematiche peculiari di assistenza. Per un certo periodo è stato il cardiologo pediatra ad estendere la propria attività al di fuori delle sue età di competenza, man mano che il paziente cresceva, seguendolo anche quando diventava adulto. Poi, nei grossi centri mondiali di cardiologia e cardiocirurgia, si

è manifestata in maniera sempre più rilevante l'esigenza di avere équipes mediche ed infermieristiche dedicate. Sono così nati i primi Centri GUCH (acronimo di Growing-up Congenital Heart diseases, coniato dalla dott.ssa Jane Sommerville) ed è iniziata la transizione dei cardiopatici adulti in questi centri, con modelli differenti a seconda delle circostanze locali".

Lo scopo della serata è stato quello di far comprendere la migliore modalità per il passaggio formale e gli approcci terapeutici nonché l'approccio globale che tenga conto delle priorità del paziente e della sua famiglia: "Occorre creare non solo un percorso, ma una cultura su questo aspetto, in quanto in Italia siamo in ritardo sul discorso transizione. Serve sensibilizzazione. Il passaggio dal pediatra al mmg va preparato (in alcuni ospedali esistono laboratori per questa fase), nel senso del trasferimento di informazioni in entrambi i sensi, perché anche al pediatra è utile un ritorno sugli effetti delle proprie terapie". Ma oltre al malato cronico altra problematica è quella riguardante l'"adolescente sano": chi lo gestisce? "In effetti il quindicenne, che equivale a dire età che rientra in una fascia di comportamenti a rischio (depressione, anoressia/bulimia, malattie sessuali) a quale medico deve far riferimento? Al pediatra no perché di regola segue i pazienti fino a 14 anni, il mmg non li vede, perché ci si reca solo in caso di malattia, quindi tutta quella parte che dovrebbe riguardare la prevenzione viene a mancare. Ecco l'importanza della comunicazione e della transizione tra pediatra e mmg, al fine di gestire al meglio anche problematiche che non sono solo del medico, ma di cui pure è bene che si occupi, come ad esempio il gioco d'azzardo (il 15% degli adolescenti ne resta coinvolto) o il cyber bullismo", conclude Bernasconi rimarcando ancora come sia indispensabile trovare un meccanismo per far dialogare le due componenti mediche e colmare quel gap che fa dell'adolescente una "terra di nessuno".



Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma

SINTESI DEI VERBALI

La rubrica dedicata al lavoro del Consiglio continua con le principali delibere di marzo, aprile e maggio.

Riunioni del Consiglio dell'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Parma, in carica per il triennio 2012-2014: Presidente Pierantonio Muzzetto, Vicepresidente Paolo Ronchini, Segretario Paolo Dall'Aglio, Tesoriere Michele Campari. Consiglieri Maria Cristina Baroni, Ornella Cappelli, Nicola Cucurachi, Davide Dazzi, Angelo Di Mola, Maurizio Falzoi, Giorgio Gazzola, Maurizio Leccabue, Francesco Leonardi, Andrea Manotti, Gianni Rastelli, Mario Scali e Patrizia Sottotetti. Revisori dei Conti Matteo Curti, Michele Meschi e Francesco S. Renzulli. Supplente Mariangela Dardani.

12 MARZO 2013

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 12 marzo 2013.

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

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

Albo Medici: 8 nuove iscrizioni, 6 iscrizioni per trasferimento, 2 cancellazioni;

Albo Odontoiatri: 1 cancellazione per trasferimento.

DELIBERA: **Piano Sicurezza Dati**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma, premesso che negli anni precedenti sono stati redatti i Documenti Programmatici sulla Sicurezza che prevedono tutte le misure minime di sicurezza che debbono essere adottate in via preventiva da tutti coloro che trattano dati personali, conformemente a quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (Dlgs N. 196 del 30.6.2003), considerato che rispetto al suddetto documento sono variati alcuni elementi, ha deliberato:

- di reiterare tale documento variando il nominativo del Titolare del trattamento nella veste del Presidente Pro tempore Dott. Pierantonio Muzzetto, legale rappresentante dell'Ordine;
- di nominare il Dott. Falzoi Maurizio, responsabile del trattamento, considerata l'esperienza, le capacità e l'affidabilità, criteri che forniscono idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, compreso il profilo relativo alla sicurezza;

- di nominare la Sig.ra Braglia Chiara, dipendente di quest'Ordine in sostituzione del Sig. Magnani Maurizio, collocato in pensione, incaricata per il trattamento dei dati, secondo le modalità previste e l'ambito del trattamento in base al DPS.

DELIBERA: **Piano ECM e Corsi Inglese**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma ha deliberato

- di approvare il PROGETTO ECM Martedì dell'Ordine per il 1° Semestre 2013.
- Relativamente alla istituzione dei Corsi di Inglese.

- PRESA D'ATTO: **Pubblicità sanitaria**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma ha preso atto delle risultanze della Commissione Pubblicità incaricata di esaminare casi di pubblicità sanitaria non conformi con le linee guida della FNOMCeO.

DELIBERA: **Corso BLS**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma, considerata la volontà di procedere ad una convenzione tra l'Azienda USL e l'Ordine dei Medici per consentire l'espletamento dei corsi di formazione BLS per i giovani medici neolaureati, che potranno così avere una valida preparazione e adeguata formazione per la loro attività, che si potrà svolgere sia nella sostituzioni di guardia medica, sia nelle normali attività professionali, e considerato che l'Ordine partecipa all'organizzazione contribuendo per sua parte col mettere a disposizione dell'Azienda USL di Parma la sala riunioni per l'attività di carattere formativo professionale e con la fornitura ai partecipanti dei manuali di BLS, ha deliberato di procedere alla firma del protocollo d'intesa relativo alla formazione BLS rivolta a medici neo laureati con l'Azienda USL di Parma secondo i criteri stabiliti in premessa.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- a) CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO 17 Marzo 2013: presentazione dei temi in merito alla relazione assegnata sulle professioni sanitarie
- b) ENPAM: richiesta di trasparenza e accesso agli atti amministrativi da parte di alcuni Ordini: con una lettera si chiede a Olivetti presidente ENPAM di riferire sulla questione dei dati relativi ai veri proventi, e non quelli di base pubblicati tardivamente dall'Enpam stessa.
- c) FNOMCeO: Invito affinché ogni Ordine costituisca un Gruppo di lavoro in tema di cure palliative e terapia del dolore.

- d) SOCIETA' DI MEDICINA E SCIENZE NATURALI DI PARMA: il Presidente della Società formula formale richiesta al Presidente dell'Ordine dei Medici di Parma di far parte del nuovo Consiglio.
- e) ACCORDO CONFERENZA STATO REGIONI PER LA MEDICINA NON CONVENZIONALE: riconoscimento di tre branche (agopuntura, fitoterapia e omeopatia). Si proporrà un questionario on-line per comprendere meglio la situazione, valutare il problema e individuare i numeri effettivi dei professionisti del territorio che esercitano medicine non convenzionali.
- f) NOTA AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE E DIRETTORI DI DIPARTIMENTO PER I MARTEDI DELL'ORDINE: lettera del Presidente dell'Ordine ai direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa di invito a proporre argomenti da trattare nei Martedì dell'Ordine. Viene ribadita anche la necessità che i relatori lascino le loro diapositive e brevi ma esaurienti scritti (relazioni) per consentire di fare gli atti ogni fine anno e metterli sul sito a disposizione degli iscritti.
- g) GIURAMENTO: (per medici che non hanno partecipato alla cerimonia nel 2012 e 2011) viene decisa la data del 4 Maggio 2013 per la cerimonia.
- h) SENTENZA DEL TAR: l'osteopata non si può considerare professione sanitaria

PATROCINI

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma ha deliberato la concessione ai seguenti patrocini:

- Congresso "L'ecografia nel dolore ginecologico ed ostetrico" Organizzato da AOGOI, Maggio 2013 presso il Centro Santa Elisabetta;
- Convegno ECM "Pianeta nutrizione e integrazione", Parma 16 -18 Maggio 2013, Ente Fiere di Parma;
- Convegno "I nuovi aspetti biologici e clinico chirurgici delle mici", 10 Maggio 2013, Aula Magna Università;
- Convegno "La Medicina interna fra territorio e ospedale: linee di confine", 13 Aprile 2013, sede della Comunità Montana di Borgovalditaro – Ospedale di Borgovalditaro;

Altri punti all'ordine del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

9 APRILE 2013

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 9 aprile 2013.

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

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

Albo Medici: 1 nuova iscrizione, 1 iscrizione per trasferimento, 1 Iscrizione elenco Psicoterapeuti, 2 cancellazioni;

Albo Odontoiatri: 1 cancellazione.

- INCONTRO CON IL PROF. LORIS BORGH

In prossimità delle elezioni per il nuovo Rettore dell'Università di Parma il Consiglio ha incontrato il Prof. Loris Borghi, che ha espresso le sue linee programmatiche per il rilancio dell'Università e delle ex Facoltà di Medicina e chirurgia.

DELIBERA: **Costituzione Osservatorio Ordinistico per la gestione delle controversie mediche**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri considerato che l'Ordine è il naturale mediatore in applicazione delle norme deontologiche e delle Leggi istitutive vigenti; considerate le problematiche che si creano per un rapporto interprofessionale a volte non adeguato tra le varie componenti mediche; valutata la necessità e l'obiettivo di ricomporre vertenze e prevenire atteggiamenti inadeguati prima che sfocino in un vero e proprio intervento disciplinare; ha deliberato l'istituzione **dell'Osservatorio Ordinistico di Parma per la Gestione delle Controversie Mediche** interne alla categoria, con richiamo al dovere di collaborazione degli Iscritti e del rispetto professionale, secondo gli artt.1- 3- 7- 13- 21- 23- 24- 58- 64 del CD 2006 e con richiamo alla funzione di intermediazione espressa dalla Legge Istitutiva DLCP 233/1946 con successive modifiche L. 15/1955 , 1027/1957 e 1360/1959 come da regolamento allegato al presente verbale.

DELIBERA: **Commissione Cure Palliative**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri vista la nota della FNOMCEO relativa all'insediamento del Gruppo di lavoro FNOMCEO per la promozione della cultura e dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore; considerato che gli obiettivi di tale Gruppo è quello di promuovere e coordinare iniziative degli Ordini Provinciali idonei a diffondere tra i cittadini i principi e le finalità delle terapie palliative e della cura del dolore, così come previsto dalla legge 38/2010; ha deliberato di istituire un Gruppo provinciale in tema di cure palliative composto dal Dott. Francesco Leonardi quale Responsabile e dai Dott. Matteo Curti e Maurizio Leccabue, componenti.

COMUNICAZIONI

- **Consiglio Nazionale Fnomceo:** Il 17 Marzo 2013 si è tenuto il Consiglio Nazionale FNOMCEO. Il Presidente Dr.Muzzetto ha presentato una relazione sullo stato delle professioni sanitarie. Sono stati proposti 3 tavoli di lavoro con i Ministeri competenti sugli argomenti specifici: Formazione e aggiornamento, Sviluppo delle professioni mediche, Proposte al Tavolo Stato Regioni.

- **Consiglio Frer13.3.2013:** Nota per l'Assessore Lusenti e Federazione regionale circa i seguenti argomenti: responsabilità professionale e assicurazioni professioni, protocollo d'intesa Università Regione e riassetto regionale della formazione universitaria, qualità delle prestazioni sanitarie, qualità e gestione del corso di Formazione in medicina generale.

- **Paternariato con l'azienda per l'ECM**

E' scaduto l'accordo di paternariato stilato con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma per la Formazione ECM. Si richiederà all'Azienda di proseguire l'accordo per l'anno in corso ed eventualmente estenderlo anche per il 2014.

- **Calendario riunioni 2° semestre 2013**

Verrà inviata a tutti i consiglieri il calendario delle riunioni del 2° Semestre 2013.

PATROCINI

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma ha deliberato la concessione ai seguenti patrocini:

- "Incontri di Oftalmologia legale : la responsabilità professionale alla luce della Legge 189/2012 Legge Balduzzi ", 10 Maggio 2013, organizzato da Università di Parma, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, SIOI e APMLA.

Altri punti all'ordine del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

14 MAGGIO 2013

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 14 maggio 2013.

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

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

Albo Medici: 1 nuova iscrizione, 4 iscrizioni per trasferimento, 5 cancellazioni;

DELIBERA: "Amministrazione trasparente"

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma, vista la legge 6 Novembre 2012 N. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione", ha deliberato:

- di nominare un RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DOTT. MATTEO CURTI), che ricoprirà anche le funzioni di responsabile per la trasparenza.
- Di nominare un SOSTITUTO PROVVEDIMENTALE (DOTT. PAOLO DALL'AGLIO), figura responsabile in caso di ritardo o mancata risposta al richiedente di chiarimenti circa i provvedimenti pubblicati.
- Di recepire **le disposizioni contenute nel Decreto L. 33/13** "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e di creare nel proprio sito WEB istituzionale di una sezione denominata Amministrazione Trasparente "al cui interno vengano pubblicate le informazioni e i dati resi obbligatori dalla normativa".

DELIBERA: Componenti Osservatorio Ordinario per la gestione delle controversie mediche

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma, ha delibera che i membri componenti l'Organo collegiale siano i seguenti:

Presidente Ordine e Presidente CAO

1 MMG (titolare Matteo Curti e supplente Mario Scali)

1 M.O. (Ospedalieri: titolare Maurizio Leccabue e supplente Gianni Rastelli)

1 M.U. (Universitario: Nicola Cucurachi)

1 Pediatra (Giorgio Gazzola)

2 supplenti ad integrazione: 1 medico della sanità privata Maurizio Falzoi e 1 specialista ambulatoriale Patrizia Sottotetti

Della costituzione dell'Osservatorio è stata data anche comunicazione alle aziende.

DELIBERA: Società per l'esercizio di attività professionali

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Parma, vista la Legge 183/11 "Riforma degli Ordini professionali e società tra professionisti" e il decreto 8 Febbraio 2013 N. 34 concernente "obbligo di iscrizione", ha deliberato di costituire una sezione speciale dell'albo dove saranno iscritte le società tra professionisti e le società multidisciplinari, ove nello statuto sia individuata l'attività medica e/o odontoiatrica come prevalente.

COMUNICAZIONI**- CERTIFICAZIONE PER L'ATTIVITA' SPORTIVA**

Nuove norme per la certificazione. Manca il decreto attuativo e comunque la nota esplicativa completa da parte del ministero. Norma incompleta: senza decreto attuativo.

- CERTIFICAZIONE INERENTI AL CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO

E' opportuno valutare meglio la circolare FNOMCEO che afferma che la certificazione viene eseguita dal medico curante del figlio dopo verifica della potestà genitoriale.

- GIURAMENTO PROFESSIONALE (ISCRITTI ANNI 2011 e 2012)

Maggio 2013 - Cerimonia del Giuramento: presenti 37 giovani medici. Relazione del Presidente e interventi del Dr. Angelo Di Mola, del Dr. Paolo Dall'Aglio, del Dr. Matteo Curti e del Dr. Michele Meschi.

- CONVEGNO FIMMG SULLA PRESCRIZIONE (11 maggio)

Interessante valutazione della reale validità dei farmaci generici, delle limitazioni delle varie formulazioni farmaceutiche, che la legislazione corrente consente, con variabilità dei tempi e delle percentuali di assorbimento di principio attivo con diversità d'azione e diversità di risultato. Altrettanto interessante la questione della responsabilità del medico nell'atto prescrittivo, non solo da un punto di vista deontologico, ma anche di tipo civile e penale.

PATROCINI

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

"Dolore Pelvico e Le vibrazioni riabilitative (nuove prospettive terapeutiche in riabilitazione)", 20 e 21 Settembre 2013;

"Sesta edizione Obesity week", dal 1° al 16 Ottobre 2013;

Centro Cardinal Ferrari, 5 giugno, Fontanellato.

Altri punti all'ordine del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

28 MAGGIO 2013

Di seguito gli argomenti in delibera affrontati dal Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma nella riunione del 28 maggio 2013.

DELIBERA: Approvazione proposta Conto Consuntivo dell'esercizio 2012

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, esaminato lo schema del Conto Consuntivo e della Gestione dei Residui dell'esercizio finanziario 2012; sentita la relazione del Tesoriere (dall'illustrazione del bilancio risulta che questo si è chiuso positivamente, dimostrando una gestione pertinente e oculata delle risorse e, dunque, con un avanzo di gestione); vista la relazione del Collegio dei Revisori dei conti; ha deliberato all'unanimità di sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma iscritti ai rispettivi Albi, appositamente convocata in ipotesi per il giorno 9 novembre 2013.

DELIBERA: Quota di iscrizione anno 2014

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha deliberato all'unanimità di mantenere invariata la quota di iscrizione per l'anno 2014 da proporre in sede Assembleare alla presentazione del Bilancio Preventivo 2014.

COMUNICAZIONI DEI PRESIDENTE

DELIBERA: Revisione del Regolamento per la concessione del Patrocinio da parte dell'Ordine

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri considerato il regolamento per la concessione del patrocinio dell'Ordine ha deliberato di inserire, dopo l'art. 3 relativo alle "NORME", il seguente articolo: **3 bis – vengono considerate idonee per la valutazione:**
a) gli eventi promossi dalle Associazioni di Volontariato in cui si abbiano relazioni mediche rivolte alla cittadinanza;
b) gli Eventi cosiddetti "misti" in cui vi sia partecipazione di medici e altre figure professionali sanitarie (ad es. Dietologi-Dietisti; Fisiatri-Fisioterapisti; ecc.) pur che sia garantita la specificità formativa delle professioni sanitarie

PATROCINI

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

- "Sex & the adi", 8 Giugno 2013.

Altri punti all'ordine del giorno hanno riguardato questioni amministrative e organizzative interne.

Il nome del Dottor Claudio Carosino scolpito nel tempio del medico d'Italia

Il marmo commemorativo è stato scoperto a Duno il 6 luglio scorso. Per l'occasione era presente anche una rappresentanza dell'Ordine di Parma.



Il 6 luglio scorso, presso il Tempio del Medico d'Italia, ubicato a Duno, piccolo Comune in provincia di Varese, si è svolta una cerimonia rievocativa nella quale sono stati scoperti i marmi che accolgono i nomi dei medici deceduti nell'esercizio della loro professione, tra cui il nostro Collega Claudio Carosino.

Il santuario è sorto nel 1938 per l'intuizione e la volontà di don Carlo Cambiano ed è l'unico esempio al mondo di un tempio religioso dedicato ai medici.

La manifestazione organizzata dall'Ordine dei Medici ed odontoiatri di Varese ha previsto la celebrazione della Santa Messa alla presenza dei familiari dei medici e dei rappresentanti degli Ordini dei medici di appartenenza corrispettivi. A fine celebrazione è stata scoperta una lapide con l'elenco degli otto camici bianchi caduti 'pro Humanitate', tra cui quello del dott. Claudio Carosino, medico di medicina generale, ucciso a Roncole Verdi il 24 ottobre 2010 mentre si apprestava ad eseguire una visita domiciliare.

Per il nostro Ordine dei Medici di Parma era presente il vicepresidente Paolo Ronchini e la consigliera Mariangela Dardani, unitamente ai familiari del dottor Carosino, i figli Stefano e Cristina e la vedova Maurizia Ferrari, e ai medici di medicina generale che lavorano presso la Casa della salute di Busseto, Luigi Gardini e Paolo Mezzadri.



I NOSTRI LUTTI

*Medicus miles contra mortem
mortique ipse subjectus*

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

Dott. Franca Tagliavini

Di anni 61

Deceduta il 27/02/13

Prof. Oreste Zardi

Di anni 91

Deceduto il 12/03/13

Dott. Daniele Copelli

Di anni 59

Deceduto il 12/04/13

Dott. Giancarlo Maschi

Di anni 88


Deceduto il 07/05/13

Dott. Giorgio Zanardi

Di anni 71

Deceduto il 06/06/13

Un'isola di convenienza nel cuore di Parma.

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

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

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



Banco di Sardegna
Ogni giorno con te.

 **GRUPPO BPER**



GEMINI

POLIAMBULATORIO PRIVATO
DI MEDICINA SPECIALISTICA

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

Orario di Apertura
08,00/20,30 - **Sabato** 08,00/13,00

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

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