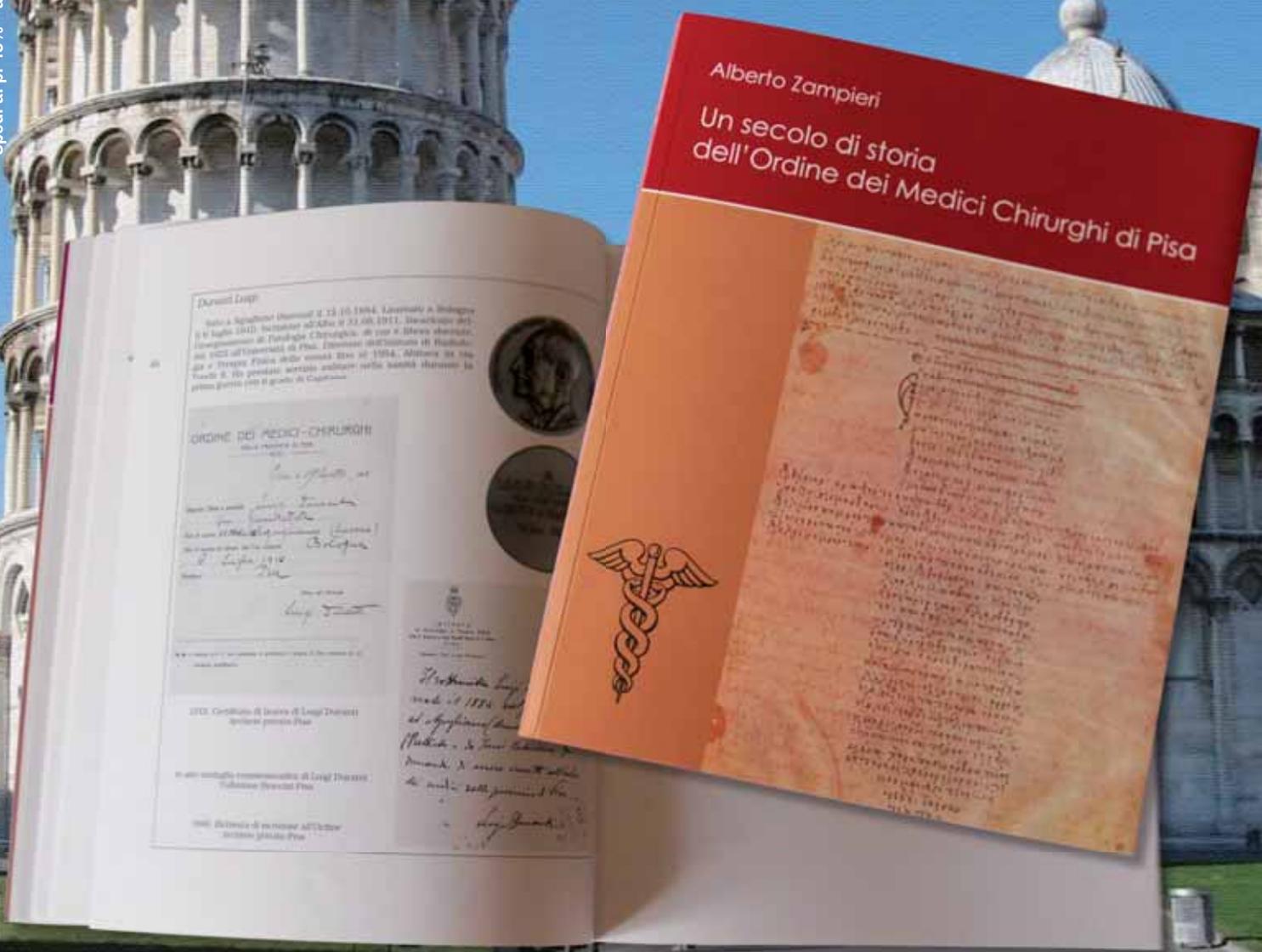


# PisaMedica

Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa



## in questo numero:

### Il Centenario dell'Ordine dei Medici

D. Giugliano

### Disturbo di panico: gestione del paziente odontoiatrico

M. Carlini  
Professore Valutazione Clinica Disturbi Affettivi  
Scuola Specializzazione Psichiatria Univ. Pisa

### Effetti respiratori dell'immersione in apnea

R. Prediletto - E. Garbella - E. Fornai  
M. Passera - G. Catapano - R. Bedini  
A. L'Abbate Istituto Fisiologia Clinica CNR,  
Fondazione CNR/Regione Toscana Gabriele Monasterio  
Gruppo Extreme Istituto Superiore S. Anna Pisa

# Il nuovo Centro Servizi "L'Aeroscalo": l'edificio più moderno e tecnologico nel cuore dell'area di sviluppo di Pontedera.



Cinque piani di aree direzionali, un piano terra destinato ad attività commerciali, tutti tecnologicamente attrezzati. Superfici variabili con dimensioni che vanno dai 64 mq. sino ad oltre i 1200 mq. o più. "Semplici numeri" che sono alla base del nostro progetto accuratamente predisposto per rispondere alle nuove sfide del mercato. Tutto questo nel più prestigioso ed ipertecnologico edificio, a due passi dal centro di Pontedera, nella nuova zona industriale sorta al centro di una rete viaria ed infrastrutturale che non ha eguali nell'intera regione.

## Come abbiamo tradotto il concetto di spesa in **INVESTIMENTO**

Qualità ed innovazione nelle scelte costruttive, risparmio energetico e spinta alla esclusiva caratterizzazione lo rendono unico sul territorio, sia per contenuto tecnologico che per posizione.

I minori costi per le comunicazioni e per la connettività, i ridotti consumi per il riscaldamento ed il raffreddamento, per effetto delle tecnologie adottate e degli accordi fatti dal consorzio con fornitori di servizi e di energia consentono di garantire i più bassi costi di gestione.

Le dotazioni tecnologiche, l'elevato comfort ottenuto con le caratteristiche di involucro e la sua collocazione al centro dell'area industriale lo rappresentano come esclusiva destinazione per chiunque intenda risolvere esigenze di razionalizzazione delle proprie attività professionali e per integrarle con interessanti opportunità di investimento.

Tutto questo garantisce parametri interessanti di reddi-

tività anche nel caso di successiva locazione.

La sua posizione lo rende facilmente raggiungibile da ogni punto sia della zona industriale che della città; la vicinanza al centro cittadino e gli ampi parcheggi ne consentono l'impiego anche per destinazioni a servizio al pubblico. La posizione strategica raccorda efficacemente le nuove aree industriali al centro della città ed al territorio circostante; il tutto completato da un apparato infrastrutturale unico per la presenza di arterie e snodi che integrano le diverse forme di mobilità disponibili: aerea, marittima, stradale, ferroviaria.

Inoltre su richiesta del cliente, la consegna dell'unità immobiliare potrà essere comprensiva dell'arredamento dei locali.



Per vedere il video del nuovo Centro Servizi fotografa con il tuo cellulare il codice Qr.



**Inizio consegne: Giugno 2011**



Contattateci o visitate i nostri uffici presso CNA di Pontedera in Via Brigate Partigiane, 2  
Tel. 0587 59038 - Fax 0587 52044 - cell. 345.6737562 - [www.progettocampuspontedera.it](http://www.progettocampuspontedera.it)

**Giuseppe Figlini** Direttore Responsabile

# Con gli "insulti" non si curano le malattie

**C**ambiano i suonatori, ma la musica rimane purtroppo la stessa. Trentasei anni fa un Ministro della Repubblica ci definì "bramini" ovvero ad indicare, in ottica ovviamente critica, l'appartenenza ad una casta privilegiata. Oggi, un altro Ministro parla di noi chiamandoci "assatanati dei soldi". In chiave positiva, visto che non ci suicideremo per questo gratuito appellativo, rispondiamo con il detto, "tanti nemici, tanto onore". In chiave ironica, ricordiamo che - come lui - viviamo del nostro lavoro. In chiave pratica, non possiamo considerarle se non alla stregua di un'offesa.

D'altra parte il Ministro Brunetta non è nuovo a simili esternazioni. Due anni fa precisò che "negli ospedali, i macellai non sono pochi". Considerando che, storicamente, discendiamo dai cerusici, in chiave moderna non riteniamo certo offensivo l'accostamento ai macellai, tutt'altro.

Se invece il Ministro cerca la provocazione con un plateale invito alla

sfida, prendendo spunto dal percorso non semplice della informatizzazione, rispondiamo che ha perso un'ottima occasione per tacere. Andiamo avanti per la nostra strada. Non saliamo e non saliremo mai sul ring della politica. Ci proponiamo invece sul piano istituzionale per un rapporto sincero e trasparente con altri, più affidabili interlocutori.

A conti fatti, possiamo fare a meno di confrontarci, aspettando tempi migliori e più opportuni. Accogliamo allora l'invito del Ministro della Salute ad abbassare i toni. Per questo abbiamo scelto un dignitoso e significativo silenzio, forti della nostra lealtà verso le istituzioni ed i cittadini. Ribadiamo quindi il nostro impegno per venire incontro alle esigenze della popolazione attraverso gli strumenti che il progresso tecnologico ci offre, consapevoli di seguire la strada più giusta ed utile.

Occorre però il tempo necessario e non è certo con gli insulti che si curano le malattie.



## **PisaMedica**

Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Direttore Responsabile  
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale  
Gian Ugo Berti

Autorizzazione del Tribunale di Pisa  
n.10 del 09/05/2001

Comitato Scientifico  
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,  
Paolo Monicelli, Elio Tramonte,  
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,  
Maria Aurora Morales, Maurizio  
Petri, Angelo Baggiani, Cataldo  
Graci, Amalia Lucchetti, Antonio  
De Luca, Stefano Taddei, Paolo  
Baldi, Franco Pancani, Gabriele  
Bartolomei, Teresa Galoppi,  
M. Cecilia Villani, Roberto Trivelli

Redazione  
Via Battelli, 5 - 56127 Pisa  
Tel. 050.579.714 - Fax 050.973.463  
<http://www.omceopi.org>  
e-mail: [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

Segreteria di redazione  
Francesca Spirito, Sabina Becon-  
cini, Stefano Bascià

Editore & Pubblicità  
Archimedia Communication s.r.l.  
Via Crispi, 62 - 56125 Pisa  
Tel. 050.220.14.80  
Fax 050.220.42.80  
e-mail: [info@archimediapisa.it](mailto:info@archimediapisa.it)

Progetto grafico e Impaginazione  
Alessio Facchini  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Doady Giugliano

# Il Centenario dell'Ordine dei Medici

**C**hi si aspettava il “solito” incontro routinario, tipico di certi eventi celebrativi è sicuramente rimasto sorpreso dal “clima” di amicizia, fraterna cordialità e ritrovato spirito d'appartenenza che ha contraddistinto tutto l'iter della Giornata del Medico, ospitata all'Abitalia Tower Plaza in occasione dei cento anni dall'istituzione degli Ordine dei Medici. Molteplici gli interventi, tutti particolarmente apprezzati, in particolar modo quello del sindaco Marco Filippeschi che ha voluto porre l'accento su *“l'attività medica che ha caratterizzato e contribuito fattivamente allo sviluppo della nostra città che a breve sarà sede dell'Ospedale tra più grandi e tecnologicamente avanzati d'Europa. Un obiettivo*



da sinistra: Mons. Benotto, il sindaco Filippeschi e il Vice Presidente dell'Ordine Bresci

*- ha aggiunto Filippeschi - che rende onore alle secolari tradizioni della nostra Scuola di Medicina internazionalmente riconosciuta, non solo per la didattica e l'assistenza, ma anche per il grande contributo dato alla ricerca mondiale”. Parole cui ha fatto seguito anche l'intervento dell'Arcivescovo, Mons. Paolo Benotto, che ha ricordato l'importanza dell'attività medica, non solo riconducibile all'iter diagnostico-terapeutico, ma anche all'indispensabile supporto psicologico che può scaturire solo da un saldo rapporto di reciproca comprensione e fiducia tra paziente e medico.*



Il Prof. Alberto Zampieri con il Vice Presidente dell'Ordine Gianpaolo Bresci



L'intervento del Prof. Pagni



Il Prof. Alberto Zampieri

Con grande attenzione e favore è stato accolto l'attesissimo libro **"Un secolo di Storia dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Pisa"**, realizzato dal prof. Alberto Zampieri per l'edizioni Ets. Opera di grande spessore documentale, con la quale sono stati omaggiati i tanti intervenuti.

Momenti di autentica commozione si sono

vissuti durante la consegna delle medaglie d'oro per i 50anni e d'argento, per i 25anni di laurea e durante il "Giuramento d'Ippocrate" scandito all'unisono dai giovani medici, neo iscritti all'Ordine di



Pisa.

Altre lacrime, ma di allegria, durante la lettura dei "Sonetti del Galletti", ad opera dello stesso autore, Gianfranco Raspolli Galletti medico e vernacolista di grande successo.



Il giuramento di Ippocrate



Gianfranco Raspolli Galletti



L'affollata platea

---

---

### **Una targa ricordo della giornata è stata consegnata per meriti acquisiti a:**

prof. Aldo Pinchera - per la prestigiosa carriera;  
dott. Gianfranco Raspolli Galletti - per la dedizione alla professione medica;  
dott. Ubaldo Giorgi - per la dedizione alla professione medica;  
prof. Alberto Zampieri - per il contributo dato alla Storia dell'Ordine dei Medici.

### **I premiati con medaglia d'oro per i cinquant'anni di professione**

Giuseppe Alberti, Giuseppe Armani, Paolo Arrigoni, Giorgio Ascani, Lanfranco Barbieri, Gilliana Bertocchi Gennari, Giuseppe Botti, Sergio Brunazzi, Gianfranco Caldarelli, Alberto Cangiano, Aligi Carnicelli, Luciano Cavallini, Alessandro Faldini, Giuseppe Ferrari, Piero Franchi, Ennio Gandolfi, Guido Gelli, Ercole Maria Gloria, Salvatore Levanti, Michele Luisi, Sergio Luppichini, Ugo Moretti, Carlo Rimini, Remo Rossi, Antonio Salvetti, Rodolfo Saracci, Renato Sulli, Annamaria Tognetti, Giovanni Tota, Roberto Tozzi, Elio Salvatore Tramonte, Umberto Trivella.

### **I premiati con medaglia d'argento per i venticinque anni di professione**

Carmine Adamo, Francesco Aloise, Marco Amadasi, Luca Amoroso, Felicità Andreotti, Maurizio Angella, Antonino Arrigo, Pietro Arzilli, Antonella Attanasio, Roberto Baglini, Mauro Baldeschi, Giuseppe Balestra, Marco Giulio Balestri, Renato Bandettini, Piero Bandini, Silvia Banti, Mauro Baronti, Gianluca Barsanti, Mauro Baschieri, Fulvio Basolo, Enrico Batini, Sergio Beccani, Giorgio Bechelli, Maria Grazia Bellomini, Rinaldo Bellugi, Margherita Maria Benedetti, Edoardo Benedettini, Carmelo Bengala, Giovanni Berardi, Roberto Bernardini, Alessandra Bertolotto, Monica Biagini, Annamaria Bianchi, Maria Cristina Bianchi, Giandomenico Luigi Biancofiore, Cristina Bigini, Roberto Boldrini, Marzia Bongiovanni, Enrico Bottazzoli, Alessandro Bracci, Isa Maura Brunetti, Elena Brunori, Rosa Calabrese, Giacomo Caligo, Enrico Capochiani, Raffaele Caprioli, Maria Teresa Caputo, Maria Chiara Carboncini, Donatina Cariello, Marco Carli, Giuseppe Caruso, Augusto Pietro Casani, Paolo Casini, Paolo Casini, Giuseppe Casto, Fabrizio Cavallini, Valerio Cellesi, Massimo Cervelli, Alessandro Chiaverini, Simonetta Chiellini, Stefano Ciampa, Giorgio Ciampalini, Massimo Ciampolini, Antonio Cioni, Laura Cipriani, Alessandro Ciuti, Renato Colombai, Renato Cominotto, Roberta Consigli, Marcello Cosci o Di Coscio, Moreno Costagli, Walter Costanzo, Raffaello d'Anteo, Giovanni d'Oria, Claudia Davini, Antonio De Luca, Ferdinando De Negri, Barbara Del Bravo, Paolo Del Guerra, Gloria Della Bartola, Virgilio Di Legge, Lamberto Di Martino, Roberto Di Porto, Claudio Di Salvo, Rossella Di Stefano, Filomena Dinapoli, Roberto Diodati, Alessandro Donati, Pier Giovanni Fabiani, Monica Falaschi, Alfredo Falcone, Edi Fedeli, Claudio Fiaschi, Paolo Fidanzi, Tamara Fontana, Carlo Fontani, Luisa Fratini, Luca Gafforio, Renato Galli, Paolo Gambelli, Ubaldo Gargano, Maurizio Ghiara, Gisella Giannessi, Stefano Giuliani, Claudio Giuntini, Giovanni Grazi, Luca Gronchi, Maurizio Grosjacques, Cesarina Grossi, Daniela Grossi, Gino Guaitoli, Stefania Guelfi, Margherita Guerrini, Egidio Iaconis, Anna Iazeolla, Franco Innocenti, Marcello Lanni, Fabio Lattanzi, Gian Paolo Leoncini, Antonio Lepri, Ugo Limbruno, Anna Maria Lodeserto, Marco Lomonaco, Lina Luciani, Anna Ludovisi, Anna Maria Lupi, Elena Macchi, Ivano Maci, Renzo Maestrini, Stefano Maggini, Alda Malasoma, Lucia Maneschi, Rossana Manfredini, Anna Mangiavacchi, Elisabetta Manni, Adriana Mantovanelli, Alberto Marescotti, Vincenzo Marino, Stefano Mariotti, Rita Marti, Domenico Martucci, Maria Cristina Masi, Tommaso Augusto Mazzanti, Annamaria

Mazzone, Elena Mei, Claudio Memmini, Graziano Memmini, Lucia Micheletti, Nicola Milazzo, Stefano Moda, Mario Monaco, Simonetta Monti, Lorenzo Moretti, Andrea Mori, Antonio Murrone, Laura Nannelli, Alessandro Nardi, Roberta Nassi, Alessandra Nencini, Elda Neri, Mauro Nervi, Natale Niccolai, Daniele Nosari, Antonella Novelli, Marco Oleggini, Lilia Oliviero, Enrico Orsini, Stefano Orsini, Stefano Orzi, Franco Pacciardi, Giuseppe Paladino, Gian Claudio Pallottini, Giovanni Palma, Stefano Palma, Enrico Pandolfi, Massimo Panicucci, Maria Antonietta Paolini, Giuseppe Parisi, Nicola Paterra, Giovanni Pellegrini, Guglielmo Pellegrini, Laura Pellegrini, Maria Grazia Petronio, Mario Pettina', Stefania Picchetti, Andrea Pietrabissa, Ernesto Piragine, Rosa Poddighe, Adriano Podesta', Rosario Polito, Luca Puccetti, Angela Pucci, Monica Pucci, Marco Puccinelli, Luigi Pucino, Alfredo Quinones Galvan, Paolo Raffi, Claudio Rametta, Virginia Bianca Maria Ravenna, Franco Ricci, Roberta Ricciardi, Cristina Riccitelli, Miriana Rocchi, Francesco Rodolico, Paolo Rolla, Andrea Romagnoli, Paolo Romanelli, Marco Rosati, Ubaldo Ruiu Cignozzi Bellini, Domenico Franco Russo, Riccardo Salvadori, Gianmario Sambuceti, Stefano Santini, Giorgio Sartoni, Giovanni Savona, Paola Maria Sbragia, Elisabetta Sbrana, Daniela Scaramelli, Albarosa Schettini, Massimo Selmi, Dario Severino, Melania Sgro', Antonino Sidoti, Laura Simi, Giuseppe Paolo Soluri, Ione Sottomano, Alicia Graciela Spelta, Salvatore Massimo Stella, Maurizio Taddei, Pietro Paolo Tambasco, Andrea Tarani, Girolamo Tarantino, Marzia Tarchi, Marco Terrazzi, Leandra Veronica Tinghi, Adele Renza Tognetti, Marco Tramontani, Fausto Trivella, Roberto Trivelli, Lucia Turini, Nilo Vaglini, Patrizia Verzanini, Claudio Vignali, Carmelo Vullo.

### **Nuovi iscritti all'Ordine**

Panagiotis Agorianitis, Annalisa Amidei, Carla Daniela Anania, Marco Angelillis, Angelica Anichini, Samanta Augusto, Simone Barsotti, Pietro Battistini, Francesca Belcari, Simone Belli, Gaia Bernardeschi, Giulio Bernardi, Juri Riccardo Bernardini, Marta Bilotta, Giacomo Bini, Valeria Bolognesi, Cecilia Bonechi, Anna Bottai, Anna Caciagli, Pasquale Fabio Calabro', Antonio Callari, Giulia Cartoni, Chiara Casini, Luigi Cobuccio, Elisabetta Cola, Gemma Colombini, Anca Irina Corciu, Silvia Cottone, Biagio Cotugno, Francesco Crea, Luca De Prosperis, Dario Dell'Omo, Marianna Di Filippi, Laura Gabriele, Massimiliano Galeone, Stefan Gattenloehner, Francesco Ghio, Chiara Giampietro, Serena Gianfaldoni, Melania Guida, Dario Luca Lauretti,



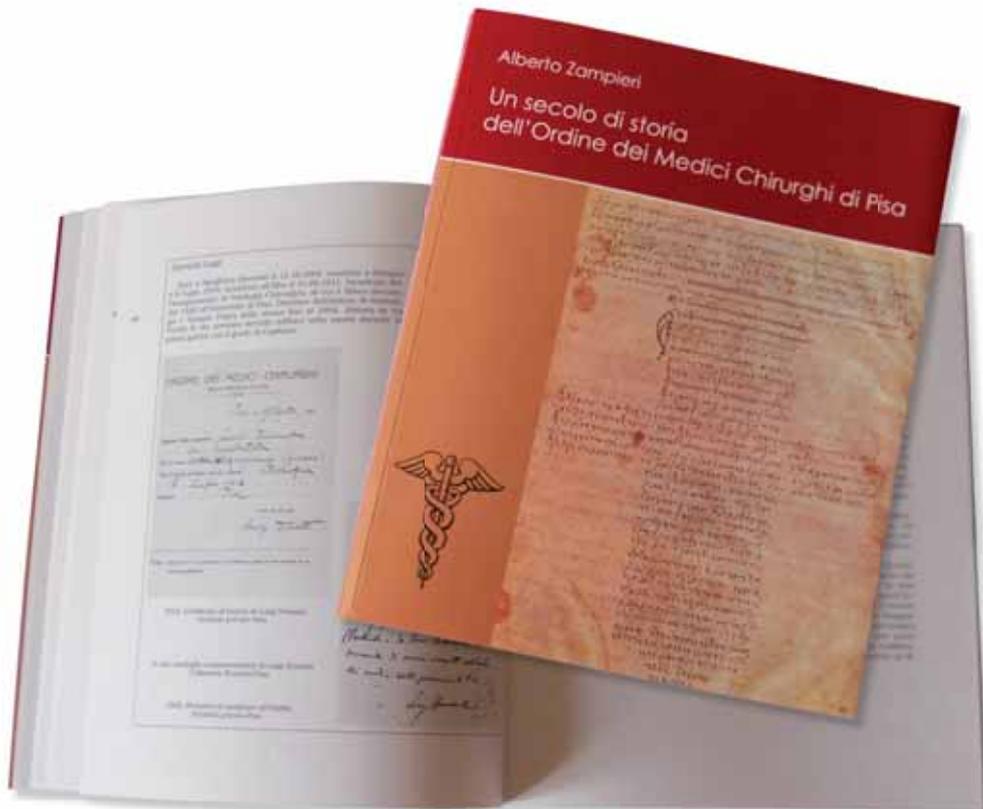
Francesca Lenzi, Norma Beatriz Lopez Rios, Loredana Lorusso, Riccardo Marconcini, Elena Marini, Lorenzo Masi, Matteo Massei, Sara Mazzarri, Sonia Meli, Serena Mendolia, Angelo Molinaro, Nicola Montemurro, Sabrina Montrone, Celine Murr, Dario Nieri, Salvatore Paiella, Luigi Emilio Pastormerlo, Irene Pergentini, Giulia Petrini, Loredana Petrucci, Margherita Picchi, Giulia Poli, Riccardo Presciuttini, Ilaria Puccini, Laura Roas, Maria Isabella Rotondo, Francesco Ruschi, Mario Sabato, Elisabetta Salutini, Valeria Santonato, Marta Schirripa, Giada Seri, Antonio Sibilla, Elisa Sighieri, Fabio Signorini, Anca Simioniuc, Dario Tartaglia, Daniele Tassinari, Manuel Tredici, Maria Teresa Urbano, Alessio Vinci, Ardeida Xhanduca, Klodiana Xhindoli, Francesca Zingoni.

Doady Giugliano

# Ricerca la storia per costruire il futuro

## La pregevole opera del prof. Alberto Zampieri

Chi è avvezzo alla professione medica è ben lungi dal percepire la mole di lavoro richiesta per la realizzazione di un'opera editoriale di queste dimensioni. Trasferire quasi cent'anni di attività dell'Ordine, nelle 183 pagine che compongono **"Un secolo di storia dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Pisa"** ha richiesto un impegno che solo e soltanto uno dei massimi esperti italiani del settore poteva sostenere. «Un'opera che ha richiesto un grande lavoro di ricerca e raccolta dati - dice il professor Alberto Zampieri - specialmente quella riconducibile al periodo che va dal 1911 fino alla II Guerra Mondiale. Alla fine, grazie anche alla collaborazione di molti colleghi, siamo riusciti a dare alle stampe un progetto che testimonia la costante volontà dell'Ordine di farsi mediatore in qualsiasi controversia in difesa della classe medica». Un progetto editoriale che parte da lontano, proprio per consentire al suo autore di andare ad "investigare" nei luoghi deputati alla conservazione delle memorie locali, partendo dall'Archivio di Stato, rivelatosi privo di qualsivoglia atto, passando dalla Biblioteca Universitaria e quella della Facoltà di Medicina e Chirurgia, per finire all'Archivio dell'Ordine che inizia a connotarsi con chiarezza a partire dal 1946. Un'opera preziosa per capire quanto è stato fatto a sostegno di questa fondamentale professione, trasformatasi nel tempo grazie al progresso scientifico, alla ricerca ed alle più recenti realizzazioni tecnologiche. Suddiviso in sette capitoli, anticipati dalla presentazione del Presidente dell'Ordine, il volume ci consente di affrontare con estrema godibilità, un percorso storico che grazie all'abilità dell'autore, ci sembra ancora dietro l'angolo. Un giusto riconoscimento, questo che anche ai colleghi più giovani, permette di valutare e comprendere quanto di buono si possa ancora utilizzare dello stato dell'arte di chi, in momenti veramente difficili, è riuscito ad alleviare, con grande impegno e sacrificio, le sofferenze di una popolazione veramente ridotta allo stremo. Passaggi cruciali, tra le "pieghe" del libro, che parlano di un rapporto "medico-paziente" che va ben oltre la diagnosi e la terapia. Un rapporto che oggi, per fortuna, sembra essere in gran parte recuperato come si evince anche nella presentazione del Presidente. «Comprendere le esigenze della gente - scrive Figliani - dei nostri iscritti, della vita che cambia, è un valore aggiunto che cerchiamo di conseguire sul campo».



---

# L'Ordine informa

Dopo lunghe trattative, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è riuscita a stipulare una convenzione con i più importanti gestori di posta elettronica certificata in modo da consentire agli iscritti agli Ordini italiani di adempiere all'obbligo di legge\* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC. L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita agli iscritti, ha attivato la convenzione nazionale con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, in modo da consentire, a chi fosse interessato, di acquistare una casella di Posta Certificata al costo di **€ 5.50 per la durata di 3 anni** (il costo minimo della PEC fuori convenzione è di circa € 5 l'anno).

**Nella convenzione è prevista la comunicazione dell'attivazione della PEC all'Ordine da parte del gestore Aruba stesso senza ulteriori oneri per gli iscritti.**

Naturalmente chi non fosse interessato alla convenzione può optare per un qualsiasi gestore a proprio piacimento, con l'unico obbligo di comunicare all'Ordine l'avveunta attivazione della PEC.

SI INVITANO PERTANTO TUTTI GLI ISCRITTI A DOTARSI DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA\*

## Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

Codice convenzione: **OMCEO-PI-0040**

Procedura:

- Accedere al portale [www.arubapec.it](http://www.arubapec.it)
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- Inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- Scegliere la modalità di pagamento
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

**Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500**

*\*Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicato sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato debbano dotarsi di una casella PEC e comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.*

# Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

La legge 15 marzo 2010 n. 38 **“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”** è stata pubblicata sulla G.U. n. 65 del 19/3/2010 ed è entrata in vigore il 3 aprile 2010.

La nuova legge modifica in più punti il DPR 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti), agevolando l'accesso ai medicinali per la terapia del dolore.

La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, che costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

L'evoluzione normativa in tema di stupefacenti è stata particolarmente profonda attraverso varie e successive misure di semplificazione, l'ultima delle quali è rappresentata appunto dalla L. 38/2010 entrata in vigore il 3.04.2010. La nuova normativa è stata poi completata con il D.M. 31.03.2010, pubblicato in GU n. 78 del 3.04.2010.

Le principali novità di interesse per il medico, legate alla prescrizione degli stupefacenti, possono essere così riassunte:

La legge, modificando l'articolo 14 del Testo Unico, ha introdotto un ulteriore criterio per la formazione delle tabelle, dando la possibilità di includere nella tabella II, sezione D, alcuni composti medicinali utilizzati in terapia del dolore, elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale.

I farmaci transitati nella tabella **II D** sono quelli elencati nell'allegato III-bis utilizzati per la terapia del dolore

Il documento mostra una ricetta medica standard con un riquadro in alto a sinistra dove il codice "TDL" (Terapia del Dolore) è stato inserito e circondato da un cerchio rosso. La ricetta è intestata al Servizio Sanitario Nazionale e contiene diverse sezioni per la compilazione dei dati del paziente e del medico.

(ad esclusione della buprenorfina per somministrazioni ad uso diverso da quello transdermico e del metadone), limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale.

I farmaci dell'allegato III-bis che sono rimasti nella tabella **II A** sono la buprenorfina per somministrazioni ad uso diverso da quello transdermico, il metadone, gli altri farmaci dell'allegato III-bis in forma iniettabile o prescritti per trattamenti diversi da quello della terapia del dolore.

La ricollocazione dei farmaci analgesici oppiacei per la terapia del dolore consente di utilizzare la ricetta ordinaria (SSN), anziché quella del ricettario "a ricalco" (RMR).

Il ricettario a ricalco dovrà continuare ad essere utilizzato per la prescrizione di:

- metadone in tutte le forme farmaceutiche per la dissuefazione per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei

- tutti i medicinali della Tabella II, sez. A, oltre che per i medicinali dell'allegato III bis per uso diverso da quello per la terapia del dolore.

Per i farmaci dell'allegato III bis ricompresi nella tabella IIA può essere utilizzato il ricettario a ricalco o la ricetta rossa SSN.

## **Modalità di compilazione delle ricette**

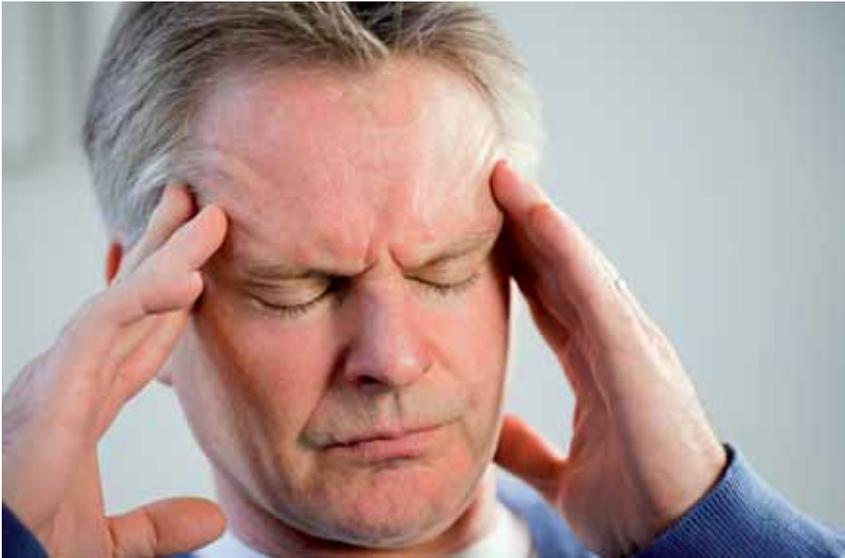
### **- RICETTA DEL SSN (ROSSA)**

**La ricetta del SSN (rossa)** per i farmaci della terapia del dolore deve contenere:

- il codice "TDL" (terapia del dolore severo) per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa;
- per i farmaci della tabella II A, la terapia non superiore a trenta giorni e, per consentire al farmacista la necessaria verifica, l'indicazione della posologia.

### **- RICETTARIO A RICALCO (RMR)**

La prescrizione con ricetta autocor-



piante può comprendere:

- **per la terapia del dolore** fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti o con due diverse forme farmaceutiche, ognuno per una cura non superiore a trenta giorni.

- **per uso diverso dalla terapia del dolore** 1 solo medicinale in quantità per un massimo di trenta giorni di terapia.

Le ricette sono compilate in duplice copia a ricalco per le prescrizioni effettuate al di fuori del SSN; le ricette sono compilate in triplice copia a ricalco per le prescrizioni in ambito del SSN.

Le norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A e all'allegato III-bis del Testo Unico in materia di stupefacenti riportate dai nuovi ricettari sono le seguenti:

- La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione
- Il medico può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni. La posologia indicata deve comportare che l'assunzione dei medicinali prescritti sia completata entro trenta giorni. Fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione. [Con riferimento a tale previsione, appare opportuno sottolineare

*re che ogni responsabilità in merito alla eventuale "ripetizione" della prescrizione rimane esclusivamente in capo al medico prescrittore. Pertanto, il farmacista potrà spedire le ricette che gli vengono presentate, purché formalmente corrette, senza essere tenuto ad effettuare comparazioni tra diverse prescrizioni. - Circolare FOFI 14.06.2001]*

- Per le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il medico rilascia all'assistito la ricetta originale e la copia del SSN da consegnare in farmacia; la "copia assistito/prescrittore" è consegnata all'assistito, che la conserva come giustificativo del possesso dei medicinali; per le prescrizioni non a carico del SSN.

- In caso di auto prescrizione, il medico conserva la "copia assistito/prescrittore"

- La ricetta risulterà firmata dal medico, in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre.

Nella ricetta devono essere indicati:

- cognome e nome dell'assistito;
- la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;
- l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
- la data e la firma del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
- il timbro personale del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata.

Pertanto, rispetto alla precedente normativa, scompare l'obbligo di

indicare la residenza dell'ammalato e scompare l'obbligo di indicare a tutte lettere la dose prescritta e la posologia.

Il timbro personale del medico, che non era previsto dal testo dell'articolo 43 non modificato bensì dal modello della ricetta ministeriale a madre e figlia, viene ora esplicitamente indicato.

Con nota prot. N. 800 UCS/Ag1/L2884 del Ministero della Salute è stato chiarito che il medico può utilizzare abbreviazioni del tipo i.m. (intramuscolo), mg (milligrammi), cpr (compresse) in quanto abbreviazioni non equivocabili e universalmente riconosciute.

In caso di sostituzione del medico titolare di ambulatorio, il medico che effettua la sostituzione non può utilizzare il ricettario del titolare, ma deve dotarsi del ricettario personale ed utilizzarlo qualora se ne presenti la necessità (nota AIFA prot. 20070012646/ACT del 3.12.2007). Se la prescrizione è effettuata in regime di SSN, il medico sostituto può non apporre il codice regionale. L'AIFA, con circolare n. 237 del 7.05.2008, ha infatti ritenuto valide le indicazioni in tal senso a suo tempo fornite dall'Ufficio Centrale Stupefacenti (nota 800.UCS/AG1/4869 del 30.06.2003).

Il medico sostituto deve segnare l'indirizzo dell'ambulatorio del titolare nell'apposito spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale.

Con nota prot. N. DGFD/VIIP/I.8.d.n./22263 del Ministero della Salute è stato chiarito i medici specialisti possono prescrivere medicinali con onere a carico del SSN quando dipendono dalle strutture sanitarie convenzionate con il SSN e, in ogni caso, quando abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali a carico del SSN. Pertanto, i medicinali stupefacenti appartenenti alla tabella II, Sez A di cui al DPR 309/90 e successive modificazioni ed integrazioni non possono esse-

## Ricettazione di oppioidi

FARMACI A CARICO DEL SSN

principio attivo		nome commerciale e formulazioni	ricettazione			
			terapia del dolore	altre indicazioni		
tabella IID	Morfina per os	_a rilascio normale: ORAMORPH soluz orale, scir, contenitori monodose _a rilascio controllato: MS CONTIN, TWICE, TICINAN cps e cpr 10 30 60 e 100 mg	<b>RICETTA SSN</b> solo per terapia del dolore cod patologia TDL			
	Ossicodone cloridrato orale	OXYCONTIN cpr a rilascio controllato non divisibili 20, 40, 80 mg				
	Idromorfone cloridrato orale	JURNISTA cpr a rilascio prolungato 8, 16, 32 mg				
	Fentanil transmucoalele OTFC	ACTIQ pastiglie orosolubili per mucosa orale 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mg				
	Fentanil transdermico TTS	DUROGESIC, FENTANYL cerotti transdermici 25, 50, 75, 100 mg/ora				
	Buprenorfina transdermica TTS	TRANSTEC cerotti transdermici 35, 52,5 70 mg/ora				
	Ossicodone cloridrato+paracetamolo orale	DEPALGOS				
tabella IIA	Metadone cloridrato orale	EPTADONE sciroppo e soluzione orale, METADONE CLORIDRATO soluz orale	<b>RICETTA SSN</b> solo per terapia del dolore cod patologia TDL indicazione posologia e durata non superiore a 30 gg di terapia	<b>per la disassuefazione da oppioidi</b> RMR non più di 3 confezioni a ricetta nel rispetto di un piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata, per una cura non superiore a trenta giorni		
	Morfina parenterale	MORFINA CLORIDRATO fiale im o ev 10, 20 mg	<b>RICETTA MEDICA A RICALCO</b> per la terapia del dolore fino a 2 specialità 30 gg di terapia 2 medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale in due diverse forme farmaceutiche o in due dosaggi diversi tra loro in quantità per un massimo di trenta giorni di terapia			
	Buprenorfina orale	TEMGESIC compresse sublinguali 0,2 mg				
	Buprenorfina parenterale	TEMGESIC fiale im o ev 0,3 mg				
	Idrocodone	Ad oggi, in Italia nessuna specialità in commercio				
	Ossimorfone	Ad oggi, in Italia nessuna specialità in commercio				
	Diidrocodaina	Ad oggi, in Italia nessuna specialità in commercio				
	Codeina	Ad oggi, in Italia solo in associazione con altri principi attivi				
	Classe C	Paracetamolo+ codeina			farmaci di classe C, es. TACHIDOL, CO-EFFERALGAN	<b>SOLO AI RESIDENTI IN REGIONE TOSCANA</b> <b>RICETTA SSN</b> tutti i dosaggi e forme farmaceutiche possono essere prescritti con oneri a totale carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) - Delibera g.r.t. 1048/2003

re concessi in regime di fornitura a carico del SSN (classe A) quando prescritti, sebbene con ricettario approvato con DM 10 marzo 2006, da medici non convenzionati o non dipendenti del SSN.

La prescrizione dei medicinali contenenti metadone qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei, è effettuata utilizzando il ricettario a ricalco nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica,

per la regione Toscana i SERT delle aziende sanitarie, o da una struttura privata autorizzata (nella Regione toscana ad oggi nessuna struttura privata è stata autorizzata).

Secondo quanto precisato dall'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della Salute, con nota del 16.2.2008, è possibile prescrivere in regime SSN al massimo tre confezioni per ricetta e la prescrizione può contenere due dosaggi diversi di tale medicinale.

Il piano terapeutico, di durata non

superiore a 30 giorni, è redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra deve essere in possesso del paziente.

Si allega tabella per una consultazione più facilitata.

### Ai Sigg. Medici della Zona Valdera

Si avvisa che gli uffici della U.O.C. Farmaceutica Territoriale della Zona Valdera sono stati trasferiti in via Fantozzi n° 14 a Pontedera (Piano Seminterrato).

Il trasferimento si è reso necessario anche per permettere una maggiore accessibilità per il ritiro dei ricettari. A breve saranno comunicati i nuovi numeri telefonici di riferimento.

L'orario per la distribuzione di ricettari (rimasto invariato) è:  
da Lunedì a Venerdì 9.00 - 12.30  
(il servizio è chiuso nei giorni festivi)

### AVVISO IMPORTANTE!

Dal mese di Ottobre, presso il Presidio Ospedaliero di Cisanello, sarà attivo il nuovo Punto di Distribuzione Farmaci.

Il Punto di Distribuzione Farmaci sarà ubicato nell'edificio 30 ingresso C (vicino all'edificio 29 della libera professione) ed effettuerà la consegna di farmaci in dimissione e post-visita ambulatoriale.

Inizialmente, la consegna dei farmaci riguarderà i soli reparti situati nell'edificio 30 per poi gradatamente estendersi a tutti i reparti del Presidio Ospedaliero.

L'apertura al pubblico sarà dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 17.00 e potrà essere oggetto di modifiche in base all'attività.

## Effetti respiratori dell'immersione in apnea

L'immersione in apnea è una attività agonistica e ricreativa nella quale le strutture di molti organi e la loro funzione vengono modificate a causa di variazioni di pressione circostante il corpo che si immerge. Tali variazioni pressorie possono condurre a centralizzazione della massa ematica dalle porzioni periferiche del corpo, alterazioni del pattern respiratorio, turbe del sensorio e dello stato di coscienza. L'entità di queste sollecitazioni e/o le modificazioni dipendono dalla profondità che si raggiunge e dalla durata dell'immersione e se questa avviene in apnea o se invece viene eseguita mediante utilizzo di apparati respiratori e di miscele gassose. Gli effetti di un'immersione in apnea riguardano la meccanica toracica, con importanti effetti sulla volumetria statica polmonare e redistribuzione del sangue dalle zone gravità dipendenti della base verso regioni centrali ed apicali del polmone stesso. La pratica subacquea in apnea modifica le relazioni che i gas respiratori come ossigeno ed anidride carbonica hanno a livello dei distretti alveolare polmonare ed ematico.

L'apnea è anche limitata da fattori anatomici, fisiologici e psicologici. Tra i fattori anatomici si annoverano i volumi polmonari ed in particolare la capacità polmonare totale - quest'ultima influenzata da abitudini come il fumo di sigarette, da fattori ambientali come esposizione a sostanze irritanti, polveri, da patologie polmonari come asma, enfisema ed altre malattie croniche. I fattori fisiologici sono legati al comportamento chimico-fisico dei gas respiratori residenti nell'aria e nelle nostre vie aeree, al loro comportamento nel sangue, una volta disciolti, in particolare

per ossigeno ed anidride carbonica; l'efficienza dello scambio gassoso, che condiziona la durata di una pratica in immersione senza respiro, dipende dalla pressione ambientale, dalle richieste metaboliche di quel momento dell'organismo ed in particolare dei muscoli, dalle differenze delle pressioni parziali di ossigeno ed anidride carbonica, che si affrontano a livello della membrana alveolo-capillare polmonare e del confine tra strutture tissutali e sangue. Un aumento della  $CO_2$ , la riduzione dell' $O_2$  o l'aumento della concentrazione degli ioni idrogeni (pH) stimolano i recettori chimici periferici localizzati all'interno dell'arteria carotidea comune, della parete dell'arco aortico e a livello del sistema bulbo-pon-tino spinale (corpi medullari): l'attività dei muscoli inspiratori ed il limite di tolleranza, detto anche breaking point, sono prevalentemente legati agli stimoli chimici. I fattori psicologici non sono da trascurare poiché il livello emotivo del soggetto soprattutto nei confronti delle situazioni di disagio, associato alla preparazione fisica, sono gli elementi in grado di rendere l'apneista atto a sopprimere la richiesta impellente di respirare.

Fattori emozionali, stress, competizione, training, esercizio muscolare possono ulteriormente condizionare la durata di un'immersione in apnea. Durante una immersione in apnea si può verificare che il volume del gas nei polmoni si comporti in maniera inversa rispetto alla profondità raggiunta ed all'ambiente pressorio esterno. A circa 2 atmosfere di profondità equivalenti approssimativamente a 10 metri si stima che avvenga una riduzione del 50% del volume polmonare mentre a 20 metri di profondità ed una pressione esterna di circa 3 atmosfere il vo-

lume polmonare si colloca a circa un terzo del suo valore di partenza fisiologico. Un soggetto con una capacità polmonare totale di 8 litri ed un volume residuo di circa 2, che inizi un'immersione dopo un'inspirazione massimale, presenterà una compressione della sua capacità polmonare fino al valore del volume residuo, se raggiunge una profondità di 30 metri. Per le proprietà di scarsa compressibilità della gabbia toracica se l'apneista prosegue la sua discesa oltre questa misura, l'ulteriore discesa non comporterà più variazioni di volume ma svilupperà una sollecitazione pressoria tra pressione ambientale e cavità toracica. Se questo fenomeno si accoppia con la centralizzazione del volume di sangue capillare in un volume così piccolo, si ha un eccesso di accumulo di sangue nei polmoni che causerà una variazione importante





sione in apnea può causare disturbi leggeri come cefalea e stordimento e può generare un forte stimolo alla ventilazione e quindi alla risalita.

La  $PO_2$  durante la fase di discesa e di permanenza tende ad aumentare perché l'effetto della compressione sopravanza quello legato al consumo di ossigeno che deriva dall'esercizio fisico. A circa 10 metri di profondità e con una permanenza di 20 secondi la pressione alveolare di ossigeno può raggiungere valori stimati tra 120 e 149 mmHg. Questo incremento della tensione alveolare di ossigeno crea le condizioni per un passaggio preferenziale di gas nel distretto ematico, ponendo le condizioni per un aumentato gradiente di  $O_2$ . Durante la risalita il consumo di  $O_2$  prende il sopravvento sul trasporto di ossigeno, la cui pressione nel sangue si riduce anche per la riduzione della pressione ambientale idrostatica, la  $PO_2$  scende rapidamente perché alla riduzione della pressione si somma l'effetto metabolico periferico. Se la durata dell'apnea è relativamente lunga, nell'ultima parte si può verificare una perdita di coscienza con relativa aspirazione di acqua ed addirittura morte. Una buona regola per l'apneista è quella di non superare mai il tempo di apnea più di quanto non possa trattenere il respiro in superficie.

In passato si ricorreva a tecniche di aumento della ventilazione prima dell'immersione, con lo scopo di fare aumentare le scorte di  $O_2$  e ridurre l'anidride carbonica, in maniera da allungare il tempo di breaking-point del respiro. Quando il contenuto della  $CO_2$  nel sangue viene abbassato da tecniche di iperventilazione, una parte del drive respiratorio viene abolito, l'altro essendo l'ipossia. Questa condizione favorirebbe da un lato l'allungamento del tempo di residenza sott'acqua, ma allo stesso tempo crea le condizioni per una condizione di ipossia che può avere conseguenze drammatiche.

#### **ALTRI EFFETTI RESPIRATORI DELL'IMMERSIONE IN APNEA**

Gli apneisti hanno volumi polmo-

nari di solito più alti degli standard di riferimento che può essere attribuibile ad un problema di selezione individuale, ma anche alla frequente manovra di espansione della gabbia toracica durante le ripetute sedute di apnea. Osservazioni dimostrano come il soggetto apneista possa sviluppare problemi di limitazione al flusso aereo suggerendo una patologia a livello delle zone periferiche del polmone, in particolare a livello delle piccole vie aeree; si configurano quadri di modesto intrappolamento di aria negli alveoli che successivamente possono dare lo sviluppo, in un quarto dei soggetti che praticano questa attività, a forme di enfisema polmonare. Uno tra gli effetti più significativi dell'immersione in apnea è la sollecitazione fino al punto di rottura dei capillari polmonari polmonari. Questa evenienza si verifica più frequentemente in chi va in immersione in profondità con respiratori ma non è da trascurare anche in apneisti. Edema polmonare è stato recentemente descritto in nuotatori allenati durante esercizio di nuoto molto intenso.

E' stata dimostrata la presenza di alterazioni ultrastrutturali nella parete dei capillari polmonari: distruzione dell'endotelio, dell'epitelio della membrana basale, quando la pressione dei capillari polmonari aumenta a livelli emodinamicamente significativi. La barriera sangue aria polmonare deve essere estremamente sottile per consentire il passaggio dei gas respiratori da una parte all'altra e deve mantenere la sua integrità in coincidenza di sollecitazioni fisiologiche. Non appena la tensione capillare aumenta si crea il fenomeno dello stiramento delle cellule, prima di quelle endoteliali, poi di quelle epiteliali e poi successivamente della membrana basale che si assottiglia fino alla rottura. In questo caso si ha la fuoriuscita di sangue e di materiale proteico verso l'interstizio e gli spazi alveolari. Il fenomeno è reversibile con la cessazione dello stimolo meccanico e con la riduzione del carico pressorio.

L'immersione in profondità crea ac-



**Campione di espettorato ematico raccolto da un apneista immediatamente dopo un'immersione a 30 metri**

cumulo di tutto il volume ematico polmonare in un polmone volumetricamente ridotto: lo shift del sangue in un organo la cui capacità di accoglienza sia ridotta crea le condizioni per delle transitorie alterazioni emodinamiche che si ripercuotono sui capillari polmonari fino al punto di rottura. L'apneista può sviluppare dispnea improvvisa, tosse, emottisi, debolezza generale e presentare calo della saturazione ossiemoglobina pari al 10% rispetto al valore di normalità. I sintomi possono persistere per 24-48 ore dall'emersione e la radiografia del torace e la TAC mostrano aspetti cotonosi e fioccosi tipici dell'interessamento alveolare di materiale ematico e similproteico. Individui con ripetuti episodi di dispnea acuta dopo un'immersione, o con comparsa di tracce di sangue, dovrebbero essere considerati soggetti non idonei per un periodo di qualche mese dalla pratica del diving e dovrebbero essere sottoposti a radiografia del torace e prove di funzione respiratoria come misura dei volumi statici e studio della diffusione alveolo-capillare con monossido di carbonio per valutare l'integrità della superficie di scambio dei gas polmonari. Il tutto finalizzato ad escludere una sindrome restrittiva ma anche lesioni di tipo enfisematoso che si vengono a creare nel tempo con la pratica durante l'apnea del respiro glosso-faringeo.

In conclusione, sulla base di quanto detto, è buona norma prima di iniziare la pratica dell'apnea eseguire accertamenti della funzione cardio-respiratoria ma soprattutto conoscere i limiti cui può essere sollecitato l'asse cuore-polmoni.

# La manovra di luglio 2010 ed il redditometro

**G**li anni scorsi, su queste pagine avevamo parlato del "REDDITOMETRO" istituito nel 1983, strumento per l'Amministrazione Finanziaria con il quale poter determinare "a tavolino" il reddito complessivo del cittadino, prendendo a base i beni posseduti (o comunque dei quali si sostengono le spese) e dei servizi utilizzati. In sostanza la verifica trova il suo fondamento su elementi e circostanze che indicano la capacità contributiva della persona.

La "Manovra correttiva" del luglio 2010 ha completamente innovato l'accertamento presuntivo basato sul redditometro, adeguandolo ai cambiamenti avvenuti nella società. Il nuovo redditometro continuerà ad utilizzare come indici di reddito il possesso di case, auto, barche, assicurazioni, cavalli da corsa, elicotteri, tesseramento a club esclusivi, viaggi, i servizi dei collaboratori familiari ma utilizzerà anche le spese di "qualsiasi genere" sostenute nel corso del periodo di imposta.

Il nuovo strumento valuterà il reddito dei contribuenti anche in relazione alla composizione del nucleo familiare (il redditometro del single sarà inferiore, a parità di beni posseduti, al redditometro di chi ha più familiari a carico), così come sarà presa in considerazione l'area territoriale di appartenenza del contribuente, perciò a parità di reddito il risultato potrà non essere lo stesso per chi abita al sud e chi abita al nord.

Un'altra novità consiste nel fatto che mentre prima i cosiddetti "incrementi patrimoniali" ovvero l'acquisto di auto o di immobili, veniva suddiviso su cinque anni di reddito, ovvero per un acquisto pari a 100 ad ogni annualità si imputava un importo pari a 20, adesso l'acqui-

sto graverà nel conteggio del redditometro interamente nell'anno nel quale viene materialmente sostenuto. Nonostante venga fatta salva la possibilità per il cittadino di dimostrare che la disponibilità proviene da anni precedenti, l'abrogazione della presunzione relativa agli incrementi patrimoniali renderà molto più complessa la difesa del contribuente.

La nuova norma prevede un "contraddittorio obbligatorio preventivo", ovvero l'Ufficio, prima dell'emissione dell'avviso di accertamento dovrà sentire il contribuente che in questa sede potrà fornire dati e notizie rilevanti.

All'attività di accertamento parteciperanno attivamente i Comuni di residenza, segnalando all'Ente di competenza (l'Agenzia delle Entra-

te, la Guardia di Finanza, l'Inps) tutte le notizie utili ad integrare quanto dichiarato dal soggetto nella propria dichiarazione dei redditi. A questo proposito l'Agenzia delle Entrate metterà a disposizione dei Comuni le dichiarazioni dei redditi dei cittadini. I Comuni che con loro attività porteranno l'Amministrazione Finanziaria ad incassare maggiori somme, avranno diritto ad un "incentivo economico" pari al 33% di quanto recuperato a titolo definitivo. Dalla riscrittura dell'art. 38 del D.P.R. 600/1973, che potrà applicarsi al periodo di imposta 2009 e seguenti, l'Amministrazione Finanziaria si attende un maggior gettito di 20 miliardi di euro.....

*("La Settimana Fiscale" "Manovra Correttiva 2010" - Quaderno 5/2010 del 17 settembre 2010)*



# La scoperta della circolazione del sangue

La scoperta della circolazione del sangue può essere considerata l'avvenimento più importante nella storia della fisiologia ed in questo evento del pensiero scientifico possiamo distinguere tre grandi capitoli: quale era il pensiero degli antichi su questo argomento; cosa scoperto in merito dagli studi

anatomici del '500; l'opera di William Harvey. Vediamoli ora nei loro punti essenziali.

Dai tempi di Galeno (129-202 d.C.) si riteneva che la vena porta ed i suoi rami portassero le sostanze digerite dallo stomaco al fegato, dove erano trasformate in sangue; dal fegato, centro della circolazione;

attraverso le vene, una parte del sangue veniva avviata al cuore destro e l'altra parte distribuita in tutto il corpo. La vena polmonare portava poi all'atrio sinistro il pneuma del polmone, principio fondamentale della vita, che dall'aria era assunto con la respirazione, ed in questo atrio si mescolava col sangue; l'aorta infine spingeva il sangue e il pneuma

in tutto il corpo. Nel Rinascimento questo problema fu affrontato e demolito in particolare da insigni anatomici italiani. Si deve però ricordare la figura di Michele Serveto (1509-1553), teologo e medico spagnolo, che nella sua *Christianismi restitutio* ne intravide la verità; infatti, parlando dello spirito vitale che risiede nel cuore e nelle arterie, afferma che il movimento del sangue che va dal cuore destro al sinistro non attraversa il setto, ma passa dai polmoni per tornare poi

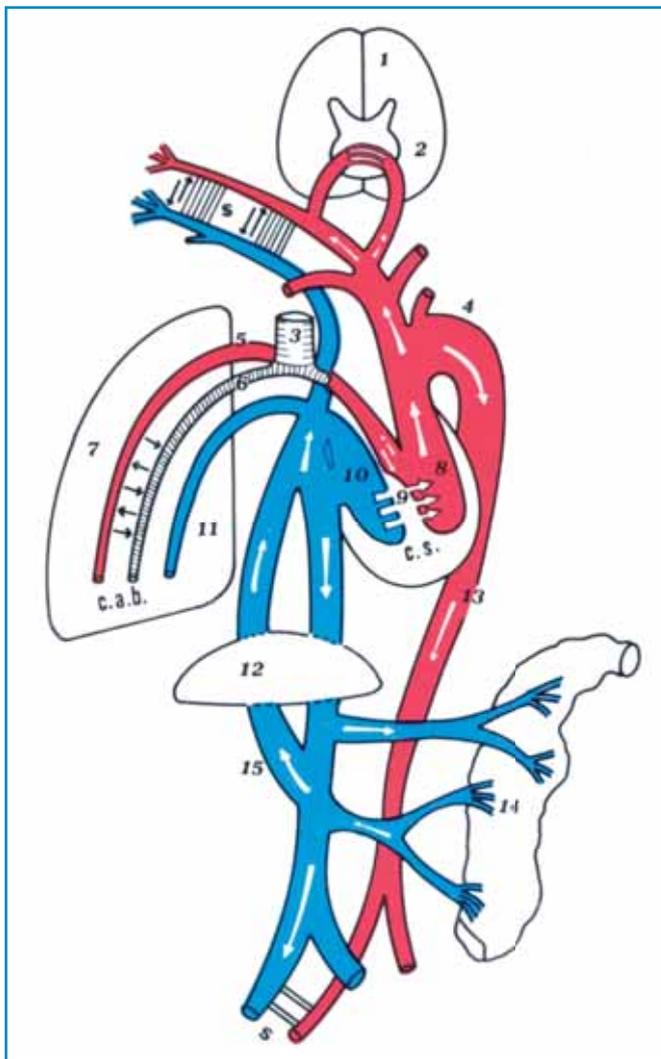


Miguel Servet y Rives

rato come una specie di serbatoio, che riceveva il sangue da un'apertura e lo inviava da un'altra; i due sistemi venoso ed arterioso erano poi ritenuti come due apparati chiusi ed indipendenti; i due ventricoli comunicavano fra loro attraverso i forami del setto; la vena polmonare infine portava aria al cuore. Il fegato inoltre produceva continuamente dai cibi ingeriti, nuovo sangue fresco.

Questi postulati rimasero come dogmi indiscutibili in campo medico per oltre 14 secoli.

Nel Rinascimento questo problema fu affrontato e demolito in particolare da insigni anatomici italiani. Si deve però ricordare la figura di Michele Serveto (1509-1553), teologo e medico spagnolo, che nella sua *Christianismi restitutio* ne intravide la verità; infatti, parlando dello spirito vitale che risiede nel cuore e nelle arterie, afferma che il movimento del sangue che va dal cuore destro al sinistro non attraversa il setto, ma passa dai polmoni per tornare poi



La circolazione sanguigna secondo Galeno. Le vene (in azzurro) costituiscono il sistema sanguigno limitato alle vene; le arterie (in rosso) costituiscono il sistema degli spiriti vitali. I due sistemi sono centrifughi, nonostante le sinastomosi indipendenti.



Andrea Cesalpino

al cuore sinistro. Le sue idee rimasero però a lungo sconosciute perché, ritenuto eretico, fu bruciato sul rogo insieme a tutti i suoi libri. Realdo Colombo (1516-1559) è il primo studioso che nella sua opera *De re anatomica* dimostrò la non permeabilità del setto e parlò di circolazione polmonare, il passaggio cioè del sangue attraverso i polmoni. Girolamo Fabrizi d'Acquatendente (1537-1619) portò un ulteriore contributo in merito, descrivendo le valvole delle vene, con le loro concavità rivolte verso l'alto. In questa affascinante storia, un ruolo di grande rilievo è rivestito poi da Andrea Cesalpino (1524 ca.-1602) che per primo parlò chiaramente della grande circolazione in tutti i suoi aspetti. Egli affermò nelle sue opere (*Peripateticarum quaestionum* e *Quaestionum medicarum*) che il cuore e non il fegato è il centro di tutto il movimento del sangue; da esso tramite le arterie si diffonde per tutte le parti, risolvendosi questi vasi in tenuissimi capillari e di qui, per le vene, ritorna al cuore; dal ventricolo

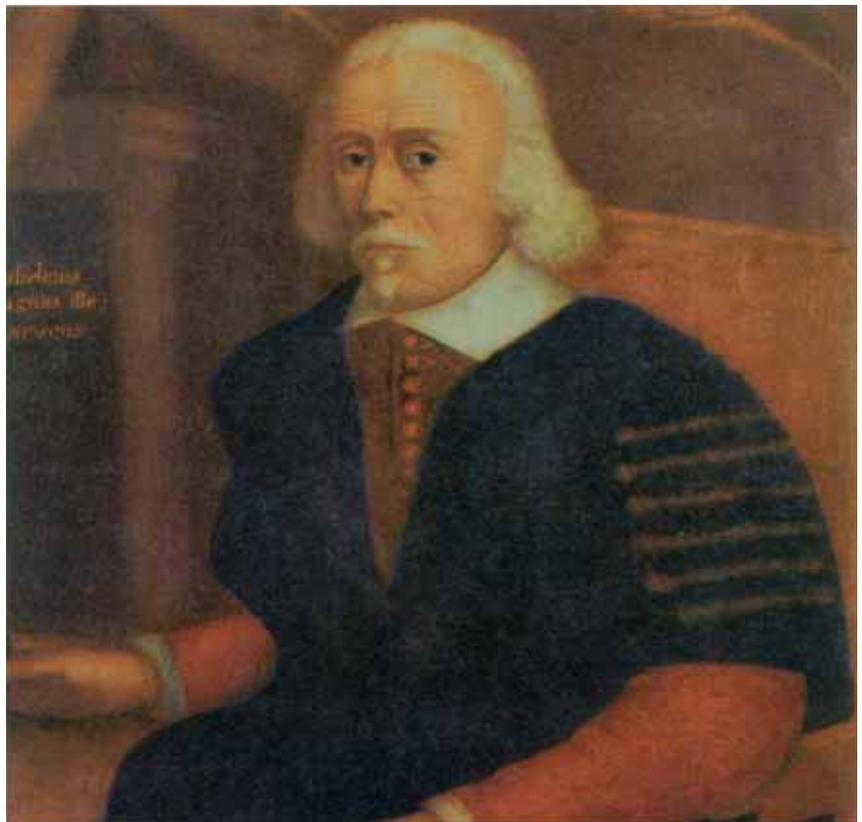
destro, tramite la piccola circolazione, ritorna alla parte sinistra, e quindi di nuovo nelle arterie, in un continuo movimento; è lui che primariamente usò la parola "circulatio sanguinis". Dimostrò poi che i vasi, sia arteriosi che venosi, non contengono altro che sangue ed il passaggio di questo dalle arterie alle vene è dovuto alla maggior pressione esistente nel sistema arterioso, necessaria per superare la resistenza del sistema capillare. Famoso inoltre il suo esperimento (ripreso tal quale poi da Harvey) della legatura

delle vene per provare il corso re-

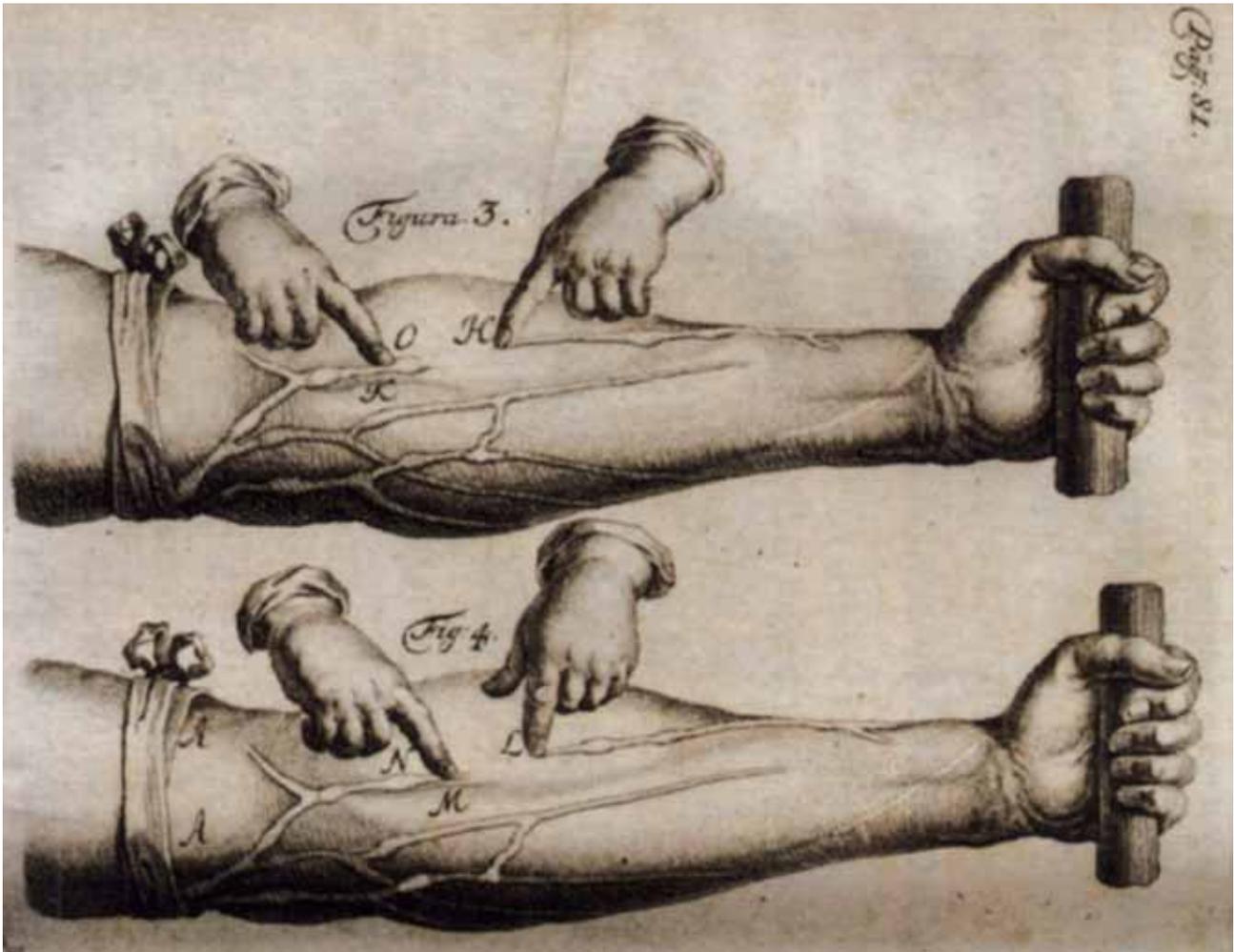
fluo del sangue.

Si arriva così a William Harvey (1578-1657), al quale va il merito di aver dato un preciso inquadramento a tutto il problema. Primo di nove figli di un padre ricco commerciante, fu avviato agli studi che seguì con passione, acquisendo un'approfondita educazione umanistica. A sedici anni si iscrisse al College di Cambridge, conseguendo nel 1597 il diploma di laurea. Tre anni dopo si trasferì a Padova, ove ottenne nel 1602 il titolo di dottore in medicina. Tornato a Londra, iniziò ad esercitare la professione; brillante fu la sua carriera. eletto membro del Royal College, lavorò anche a lungo presso il principale ospedale di Londra; nel 1618 venne ammesso a corte, divenendo amico del re Carlo I, al quale rimase fedele durante la guerra civile. Negli ultimi anni, si dedicò allo studio dell'embriologia. Morì di infarto nel 1657 e nel testamento destinò i suoi beni al fine di fondare una scuola, tuttora esistente, nella sua città natale di Folkestone.

Nella sua famosissima opera,



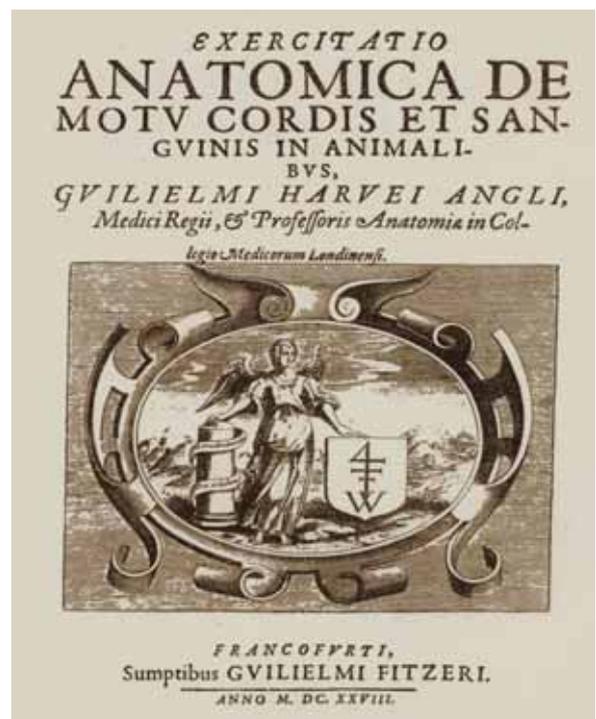
Ritratto di William Harvey



### Alcune figure nel libro di Harvey

*Exercitatio anatomica de motu cordis*, pubblicata nel 1628, un piccolo volume di 72 pagine con quattro figure in due tavole, in seguito più volte poi ristampato, con geniale intuizione e perizia tecnica, in modo chiaro e comprovato da una serie di prove fisiche, riuscì a dimostrare in una mirabile sintesi tutti gli aspetti di questa circolazione. Il suo pensiero è svolto in 17 capitoli, di varia lunghezza, chiari, scritti con stile rigoroso aderente alla materia trattata, preceduti da un ampio proemio, ove afferma, con rara perizia tecnica e sinteticità di discorsi, che il cuore è una pompa muscolare che si contrae durante la sistole; che il sangue dalla parte destra va ai polmoni e di qui, per mezzo di porosità invisibili, ritorna a sinistra dove tramite l'aorta, viene distribuito in tutto il corpo, da cui poi ritorna al cuore con movimento circolare tramite le vene; la circolazione infine è un

fatto meccanico e dinamico. Le valvole presenti nelle vene sono poi necessarie perchè il sangue defluisse dalla periferia al centro e non dal fegato alla periferia. Tutto ciò enunciato e poi dimostrato per mezzo di vivisezioni in animali e reperti autoptici. E' questa quindi una concezione del tutto nuova. Il sangue descrive un circolo chiuso: esso viene mandato dal cuore agli organi e da questi ritorna al cuore nella sua totalità, in un percorso continuo. Punto centrale del suo pensiero è



W. Harvey, *Exercitatio anatomica de motu cordis*, Francofurti, 1628



Ritratto di Nicolò Stenone e la sua opera stampata a Firenze nel 1667

l'idea della conservazione del sangue, invece del suo consumo. Le idee di Harvey incontrarono allora feroci oppositori e tanti gli si schierarono contro, cercando di dimostrare che aveva sbagliato. Fra questi ricordiamo James Primero-

se, che pubblicò un libro per contestare i suoi esperimenti, difendendo ancora le teorie di Galeno, poi Guy Patin, Gaspar Hofmann, il milanese Giacomo della Torre, che parlò di scandalo causato da un uomo che intendeva rovinare gli antichi dogmi; Giovanni Riolo, professore di anatomia a Parigi, che fu l'oppositore più deciso di Harvey e che dichiarò che quanto da questi affer-

mato era "paradosale, inutile, falso, impossibile, assurdo e nocivo". Fra coloro invece che accolsero subito le sue scoperte, citiamo il danese Niels Stensen, Richard Lower e Raymond de Vieussens. L'ultimo tassello, la dimostrazione anatomica dei capillari, avverrà infine successivamente, per mezzo del microscopio, ad opera di Marcello Malpighi.



J. Riolo il Giovane, *Les Oeuvres anatomiques de M. Jean Riolo*, Parisii, 1628



Richard Lower



Ritratto di Guy Patin

# Disturbo di panico: gestione del paziente odontoiatrico

L'ansia è uno stato emotivo che si verifica come risposta normale ed innata ad una minaccia alla persona, accompagnandosi ad un aumento della vigilanza e dell'attenzione che preparano all'attacco o alla fuga. E' stata di fondamentale importanza nel corso dell'evoluzione della specie poiché ha svolto un ruolo protettivo per l'uomo. Quando però si manifesta in modo sproporzionato all'evento scatenante o addirittura in assenza di motivi apparenti, si protrae nel tempo e raggiunge un'intensità tale da interferire con il

funzionamento del soggetto l'ansia diviene patologica.

Il Disturbo di Panico (DP) è uno dei più frequenti disturbi d'ansia, con una prevalenza lifetime nella popolazione generale che va dall'1,5 al 5%; si verifica più frequentemente nelle donne con un rapporto rispetto agli uomini di 2,5:1 ed insorge tra i 15 e i 35 anni di età. Questo disturbo è caratterizzato da ricorrenti ed inaspettati attacchi di panico seguiti, per almeno un mese, da *ansia anticipatoria* ovvero una costante preoccupazione di avere un nuovo episodio ansioso.

L'esordio del disturbo si verifica con un attacco di panico (AP) improvviso ("a ciel sereno") che generalmente si manifesta durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane e, più raramente, in concomitanza di un evento stressante, come un lutto, una separazione, un incidente, o una malattia. Va sottolineato che nei giovani il primo attacco può essere concomitante all'assunzione di sostanze, soprattutto marijuana, cocaina, o amfetamine.

Il soggetto improvvisamente avverte una serie di sintomi (vedi tabella 1) come tachicardia, sudorazione, dif-

Tabella 1: Sintomi dell'attacco di panico

<b>Sintomi somatici</b>	
- Tachicardia, sudorazione	- Sensazione di caldo o di freddo
- Polipnea, inspirazioni forzate	- Dolore precordiale, oppressione toracica
- Aumento PA sistolica	- Sensazione di soffocare, costrizione laringea
- Tremori	- Sensazioni vertiginose
- Ipertermia	- Nausea, crampi e dolori addominali
- Pollachiuria, alterazioni dell'alvo	- Parestesie, cefalea
<b>Sintomi psicosensoziali</b>	
- Derealizzazione, depersonalizzazione	
- Modificazioni intensità luminosa e uditiva	
- Sensazione epigastrica di tipo aura	
- Sensazioni vestibolari	
- Accelerazione del corso del pensiero	
- Rallentamento della nozione del tempo	
<b>Sintomi cognitivi</b>	
Sensazione di annientamento o di catastrofe imminente	
Paura di:	
- morire	
- impazzire	
- perdere il controllo	
- provocare disastri	
- attirare l'attenzione	
<b>Sintomi atipici</b>	
- Sensazione di "gambe molli", di camminare sulla gomma	
- Perdita transitoria della coscienza e del tono posturale	
- Disorientamento, ottundimento o confusione mentale	
- Sensazione di perdita temporanea dell'udito o della vista	
- Ansia o disagio al buio e di fronte a prospettive indefinite	
- Ipersensibilità olfattiva	
<b>Manifestazioni comportamentali</b>	
- Mantenimento dell'autocontrollo	
- Interruzione delle attività svolte	
- Fuga dal luogo o dalla situazione	
- Atti incontrollati e pericolosi (raro)	

Tabella 2: Agorafobia tipica e atipica

<b>Agorafobia tipica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- fuori casa da solo o comunque lontano da casa</li><li>- a casa da solo</li><li>- in un luogo affollato</li><li>- su un ponte</li><li>- in posti chiusi (tunnel, metropolitane, treno, autobus)</li><li>- in ascensore</li><li>- guidare un'automobile; guidare in autostrada</li><li>- spazi aperti come piazze o viali</li><li>- viaggiare come passeggero in macchina, in aereo</li><li>- stare in coda</li></ul>
<b>Agorafobia atipica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- oppressione respiratoria (per es. cravatta, cinture di sicurezza, anelli o collane, maglioni a collo alto etc.)</li><li>- dentista, parrucchiere, barbiere</li><li>- nuotare ed andare sott'acqua</li><li>- deglutire e vomitare</li><li>- pensiero di essere sepolto vivo</li><li>- difficoltà a recarsi in luoghi in cui non vi sia una toilette disponibile</li><li>- eseguire TC, RMN, EEG</li></ul>

ficoltà a respirare, vertigini, tremori, e si convince di essere sul punto di morire o di impazzire per cui, molto spesso, si reca al Pronto Soccorso dove gli vengono effettuati un esame obiettivo, esami ematochimici ed un elettrocardiogramma. Tutte queste indagini sono in genere negative, se si escludono la tachicardia sinusale ed una elevazione transitoria della pressione arteriosa sistolica.

L'ansia anticipatoria che si instaura a seguito degli AP è vissuta dal soggetto come "stato di allarme" persistente causato dal timore di avere un nuovo attacco, in particolare, nell'affrontare situazioni in cui si sono manifestati gli AP. Questa differisce dalla crisi acuta poiché cresce lentamente e progressivamente ed in qualche modo può essere controllata e ridotta dal paziente, cercando rassicurazione o allonta-

nandosi dalla situazione temuta.

Con il termine *agorafobia* si indicano le condotte di evitamento che si vengono ad instaurare in risposta all'ansia anticipatoria ed agli AP; il paziente evita "luoghi o situazioni trappola" ovvero spazi aperti o chiusi, luoghi affollati e tutte quelle situazioni da cui è difficile o imbarazzante allontanarsi o nelle quali non è disponibile un aiuto tempestivo nel caso in cui dovesse verificarsi una crisi (per elenco completo vedi tabella 2). Tra i vari tipi di agorafobia ritroviamo anche quella del dentista (analoga a quella del parrucchiere o del barbiere) poiché l'elemento di disagio è proprio la poltrona dove il paziente deve adagiarsi: il timore che si instaura in esso non è di provare dolore, ma la difficoltà nel trovare una via di fuga poiché intrappolato sulla poltrona in caso di AP. Dal colloquio con il paziente

si può porre diagnosi la differenziale tra questa tipo fobia che rientra nel DP dalla *fobia del dentista* che rientra nella *fobia del sangue-iniezioni-ferite* appartenente alla categoria diagnostica delle Fobie Specifiche; questa si caratterizza per il timore della vista del sangue o di ferite o delle iniezioni, che tipicamente si ef-

fettuano dal dentista. L'esposizione allo stimolo fobico provoca una peculiare reazione neurovegetativa, caratterizzata, dopo un iniziale aumento della frequenza cardiaca, da una marcata risposta vaso-vagale che comporta bradicardia, ipotensione, in genere associate a nausea, pallore, sudorazione, e, talora lipotimia o sincope. Questa fobia si può differenziare dal DP poiché in quest'ultimo il trovarsi dal dentista può scatenare una crisi ansiosa con le solite caratteristiche che può avere in altri contesti e per il fatto che gli AP e l'ansia anticipatoria sono presenti in molti altri contesti oltre quello del dentista.

Esistono una serie di caratteristiche che fanno parte della personalità del paziente con DP e che possono essere individuabili in questi anche prima dell'insorgenza del disturbo conclamato, come l'*ipersensibilità alla rassicurazione* ovvero la ricerca di aiuto ed il bisogno di essere confortato e rassicurato da amici e parenti: la tipica figura è il "compagno accompagnatore" che spesso è il partner del malato che accompagna sempre il soggetto in qualunque suo spostamento. La *fobia delle malattie ed ipocondria* che si identifica nel timore che i sintomi di panico possano essere la spia di una grave malattia fisica come ad es. palpitazioni il prodromo di un infarto o un episodio di cefalea segno di tumo-



re al cervello. Molto spesso questi pazienti presentano evitamento di ospedali, accertamenti diagnostici, lettura di articoli di medicina o visione di programmi televisivi su argomenti medici; più raramente può esservi una ricerca compulsiva di informazioni mediche su enciclopedie, internet etc... La *Sensibilità ai farmaci ed alle sostanze* è un aspetto tipico della quasi totalità di questi pazienti: farmaci per la tiroide, ipnoinducanti, spray nasali, cocaina, amfetamine, cannabinoidi una tazza di caffè, tè o di altre bevande contenenti caffeina possono scatenare un AP. Questa ipersensibilità spiega la bassa tolleranza agli effetti collaterali da parte di questi pazienti che infatti molto spesso evitano qualunque tipo di farmaco perché convinti di essere "allergici". I pazienti con DP presentano una forte *sensibilità allo stress*: riduzione del tempo di sonno, tensioni familiari, superlavoro, cambiamenti nella routine quotidiana, soluzione di una situazione problematica sono tutti fattori che possono far insorgere un AP. Un altro aspetto molto importante è la *sensibilità alla separazione*: circa un quarto dei soggetti con DP ha manifestato ansia di separazione nell'infanzia anche se non è chiara la relazione con questo disturbo. Sicuramente i pazienti con questa patologia presentano forte disagio per l'allontanamento dai cari o per il pensiero di esserne separato (per es. timore di perdersi, di essere rapito etc.), a scuola o al lavoro (per la separazione dai genitori), per incubi o pensieri ricorrenti di separazione dalla famiglia (per es. per incendi, omicidi o altre catastrofi), per il timore della separazione dalle persone care, per fattori climatici particolari (per es. un temporale, tuoni, lampi). Inoltre hanno un ipersensibilità alla perdita infatti vivono con intensa sofferenza la fine di un legame sentimentale o di un'amicizia, o la morte o lo smarrimento di un animale domestico, hanno particolare difficoltà ad accettare la morte di una persona conosciuta e ad interrompere una psicoterapia.

Nel caso in cui si manifesti un AP

nell'ambito di una visita odontoiatrica, sarà importante rassicurare il paziente in modo che si senta al sicuro e compreso dall'odontoiatra e questo sarà possibile rimanendo calmi, con tono di voce pacato, far alzare il soggetto dalla poltrona, tranquillizzarlo che non gli accadrà niente di grave, guidarlo in una respirazione lenta e profonda; se tutto questo non è sufficiente si può anche somministrare una dose di BDZ come 5 mg di diazepam o 1 mg di lorazepam. Sarà importante indagare se il paziente attualmente sta assumendo terapia farmacologica e se in quel periodo è seguito da uno psichiatra, o se si sottopone ad una psicote-

rapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, molto efficace in questo disturbo.

Il DP è un disturbo che, come la maggior parte dei disturbi mentali, è molto spesso sottodiagnosticato, trattato con psicofarmaci somministrati a dosi inadeguate e con terapie episodiche e non di prevenzione delle ricadute, mentre è importantissimo attuare una terapia psicofarmacologica che determina un miglioramento della sintomatologia in acuto, meglio se combinata ad una psicoterapia cognitivo-comportamentale che garantisce un mantenimento del benessere psicoaffettivo a lungo termine.



## Odontoiatria futura

**E'** certamente insolito avere su PisaMedica, periodico dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa, un articolo riguardante una associazione professionale. Non dico "sindacale" perché non è per niente corretto chiamare "sindacato" una associazione formata prevalentemente da datori di lavoro. Ma questa eccezionale eccezione è legata a connotati quantitativi e qualitativi. Alla quantità in quanto a livello nazionale ed anche provinciale circa la metà degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri è anche iscritto a questa associazione. Alla qualità perché molti argomenti programmatici ricordati dal Dott. Roberto Trivelli sono dibattuti anche all'interno dell'Ordine sia pure con una ottica diversa.

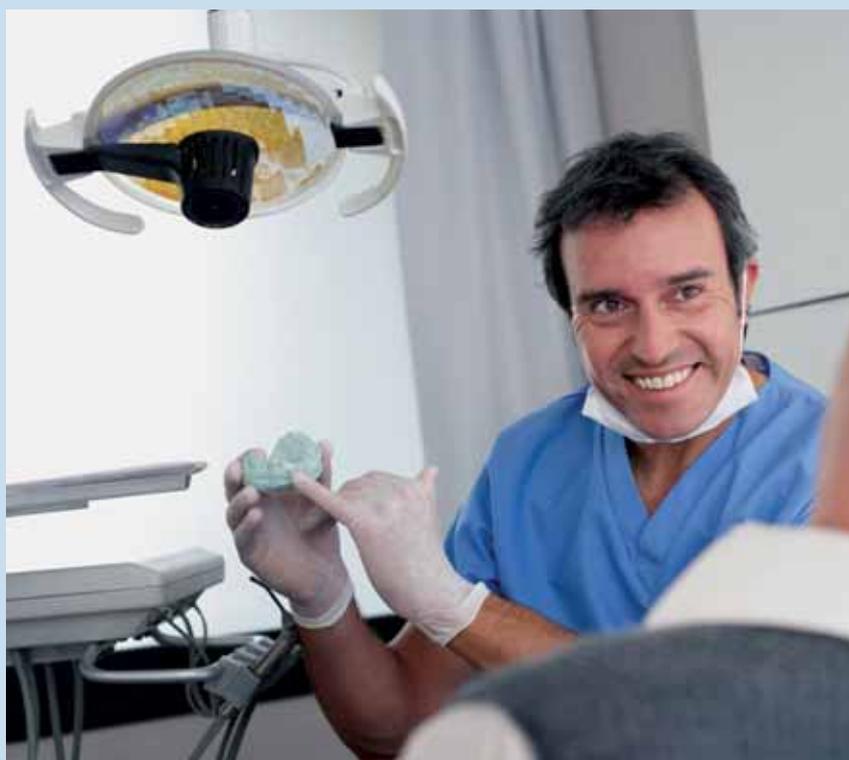
In forza della Legge 24 Luglio 1985 n. 409 gli Ordini Provinciali assunsero la denominazione di "Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" e così cambiò anche il nome della Federazione Nazionale. La stessa legge impose che il numero dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini Provinciali e del Comitato Centrale della Federazione Nazionale fosse aumentato rispettivamente di un minimo di due membri iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Trascuro gli altri dettagli di ripartizione.

Il primo importante aspetto che salta agli occhi a distanza di tanti anni è quello di una legge arrivata tardi, dopo forti pressioni comunitarie, arrivata male in molti suoi aspetti e rimasta ferma a regolamentazioni esteriori o marginali, senza incidere sul vero diritto degli odontoiatri ad essere autorappresentati correttamente nei vari organismi. È sintomatico come il Centenario degli Ordini, giustamente celebrato, non

sia stato accompagnato da alcuna importante menzione dei venticinque anni della 409/85.

E' quindi sempre più pressante la necessità, confermata dalla totale unanimità dei Presidenti C.A.O., di una riforma che garantisca l'autonomia politica, gestionale, amministrativa, previdenziale degli odontoiatri a livello nazionale, regionale e provinciale. Deve cessare la tendenza di tenere gli odontoiatri rinchiusi in un piccolo recinto, costretti da una rete invalicabile senza che neppure possano gestire un centesimo di tutti i soldi attinti dalle loro tasche. E' essenziale che leggi e regolamenti concedano ad ogni categoria la elezione diretta dei propri rappresentanti. Non si può in Italia continuare a sperare nella magnanimità o benevola simpatia del Presidente di Ordine, mutevole in base a

scelte politiche gestionali od anche in base alla caratterialità propria o della controparte. L'Ordine si guida collegialmente nell'interesse di **tutti** gli iscritti oppure è meglio che ognuno vada per la propria strada. Posta questa premessa, ricordando che siamo tutti sulla stessa barca, si potrà impostare una politica ordinistica comune a tutti gli ordini del comparto sanitario con l'aiuto delle associazioni per guidare una incisiva lotta all'abusivismo sanitario, un processo educativo ed una gestione deontologicamente corretta della professione, una pubblicità rispettosa dei cittadini e dei colleghi, per tenere in breve i malati al centro del nostro mondo etico-professionale. Accingiamoci ora a leggere con spirito attento e critico le considerazioni esposte dal Presidente ANDI di Pisa Dott. Roberto Trivelli.



# Modelli di assistenza odontoiatrica

L'Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani (ANDI) ha espresso nell'Assemblea Nazionale Elettiva del 22 maggio 2010, un nuovo Presidente e un nuovo Esecutivo.

L'ANDI presenta una struttura profondamente radicata su tutto il territorio italiano e, con i suoi oltre 23.000 iscritti, è la maggiore associazione del mondo odontoiatrico. Con la dirigenza Universitaria e Ordinistica è uno dei più importanti interlocutori con le istituzioni politiche a livello nazionale, regionale e provinciale. La politica programmatica del nuovo Presidente, il dottor Gianfranco Prada, e del suo Esecutivo Nazionale e le scelte dei prossimi anni comporteranno quindi conseguenze di rilievo sull'attività lavorativa degli odontoiatri italiani. Riteniamo perciò importante riportare e cercare di chiarire su questo numero di Pisa Medica le principali linee guida di azione politica e sindacale che caratterizzeranno i quattro anni di presidenza. Non potendo essere esaustivi su tutto il programma cercheremo di affrontare quegli argomenti di interesse comune più che endoassociativo.

Inizieremo quindi con un tema molto dibattuto e di interesse: il futuro del **modello di assistenza odontoiatrica**.

Un primo aspetto da valutare sui possibili futuri mutamenti nella struttura organizzativa dello Studio Odontoiatrico è che, secondo il Nuovo Esecutivo Nazionale e in linea col precedente, "nello stato attuale della crisi di una professione che deve confrontarsi con la realtà sociale e politica che ci circonda, il termine convenzionamento non si

può più considerare parola impronunciabile o vessillo demagogico, ma un aspetto di studio di modelli operativi non certo auspicabili, ma forse necessari per il governo dei fenomeni professionali futuri: in ogni caso l'Associazione rifiuta qualsiasi forma di convenzionamento diretto". Il termine convenzionamento è entrato quindi nel vocabolario associativo seppure con molti paletti. In poche parole: se non possiamo evitarlo dobbiamo però riuscire a governarlo. Credo sia necessario chiarire che il convenzionamento diretto è quello per cui il pagamento al professionista viene effettuato "direttamente" dalla Assicurazione, Fondo, Banca, etc.. L'ANDI manifesta invece una apertura al convenzionamento con un rapporto col paziente (convenzionamento indiretto) con coinvolgimento del professionista nello stabilire il prezzo della prestazione. Questo è un argomento che è fonte spesso di un'aspra contrapposizione dialettica a tutti i livelli del mondo odontoiatrico ed è un dato di fatto che sempre più viene valutato da molti colleghi nell'organizzazione del proprio studio. La domanda che dobbiamo porci è: l'attuale modello di assistenza odontoiatrica, anche se in grado di dare risposte cliniche di qualità e vincente sul sistema pubblico, rischia una crisi futura se non è in grado di adeguarsi a situazioni politiche, sociali ed economiche in fase di trasformazione? Teniamo anche conto di quei colleghi che hanno fatto le loro scelte al di fuori di ogni condizionamento associativo e che hanno già creato una perturbativa nel "vecchio" modello organizzativo. Consideriamo due dati certi: la crisi economica è una realtà e la capacità di spesa del

cittadino medio, principale utente dello studio odontoiatrico, è diminuita. Illustri economisti ci affliggono quotidianamente ricordandoci che il ceto medio del nostro paese, e non solo, dovrà adattarsi per il prossimo futuro ad un tenore di vita più basso. E l'odontoiatra non vive su Marte. Diminuisce il reddito per molti professionisti, anche per l'elevata pressione fiscale e per un'odontoiatria che per il dentista, e quindi già alla fonte, è cara, e i pazienti hanno problemi economici per affrontare le cure. E allora se tutto questo è vero e se escludiamo quella minoranza di colleghi che hanno saputo creare strutture in grado di soddisfare un ceto a reddito alto, non possiamo criminalizzare quei colleghi, spesso i più giovani, ma non solo, che cercano di ampliare la clientela, nel rispetto della deontologia, ma adattandosi a forme di convenzionamento con la struttura pubblica o con il mondo del Terzo pagante o che cercano talvolta altre forme di sopravvivenza attraverso collaborazioni in strutture low-cost. Abbiamo però il dovere di metterli in guardia che, nel caso di un convenzionamento non regolamentato, molto spesso avranno un "padrone" che impone basse tariffe a discapito della qualità, che lo sottopone a verifiche e ad una burocrazia che richiederà un grosso impegno di tempo e denaro. Per accorgersi alla fine che è meglio lasciar perdere, ma intanto la clientela si è trasformata solo in una clientela convenzionata. Ma quando si usa la parola convenzionamento ci si riferisce soprattutto ai **Fondi Sanitari Integrativi**, introdotti e normati nel nostro paese da un decreto ministeriale, i quali incombono e impongono ormai un con-

---

fronto probabilmente non eludibile. Gli ambiti di intervento dei Fondi integrativi includono cure aggiuntive non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), erogate da quei professionisti accreditati che aderiranno e dei fondi beneficerà anche l'assistenza odontoiatrica per le prestazioni non a carico del SSN. In teoria la loro introduzione da parte di un "sistema pubblico" che garantisce l'odontoiatria ad una minima parte della popolazione e che non soddisfatto di questo cerca di ampliare l'offerta, senza impiegare troppe risorse, può alterare il mercato. Anche se non prevedo grossi stravolgimenti prossimi sul modello di assistenza odontoiatrica italiano, occorrerà che nei Fondi la libera professione si confronti e trovi una opportunità e non una remissione.

Un fenomeno che occorrerà monitorare è poi quello dei **modelli low-cost** italiani ed esteri. Personalmente ritengo che il rapporto fiduciario medico-paziente, l'attenzione per le risorse umane e strutturali, la vicinanza della struttura, e quindi **l'attuale modello**, siano le caratteristiche che più soddisfano le richieste del paziente. Ciascuno di noi ha poi il polso della situazione, anche economica e sociale, del proprio bacino di utenza e su quello organizzerà il suo management. Quello che sappiamo tutti è che l'odontoiatria ha dei costi al di sotto dei quali la prestazione diventa inaffidabile e che la politica dei prezzi al ribasso non è mai vincente, perché il paziente alla ricerca esasperata del risparmio troverà sempre qualcuno che fa prezzi ancora più bassi. Ma è un dato di fatto che negli ultimi anni si sono create molte nuove situazioni professionali in contrasto col modello prevalente sul territorio nazionale di studio monoprofessionale in forma singola o associata. Non darei per scontato comunque che l'odontoiatria low-cost, troverà davanti praterie sconfinite perché presenta limiti che alla lunga possono incrinare il rapporto di fidelizzazione del paziente, che non si accontenterà

di essere attratto solo da forme di pubblicità talvolta spregiudicate e indecorose, ma vorrà fatti: e una prestazione di qualità che, anche nel tempo, soddisfa il paziente è un atto tangibile. Per proporre un accesso alle categorie sociali più deboli darei allora più impulso a quelle iniziative di odontoiatria sociale, che presuppongono la collaborazione con il Ministero della Sanità e con gli Assessorati alla Salute Regionali e che vedano centrale la figura del dentista libero professionista. Il Progetto di Prevenzione dentale in età evolutiva protocollato con la Regione Toscana, ha trovato una buona accoglienza tra i nostri colleghi. Il gruppo che compone l'Esecutivo Nazionale si sta attivando anche per la creazione di un Network ANDI a difesa dell'attuale sistema assistenziale professionale che sia un riferimento e una garanzia oltre che per gli odontoiatri anche per gli utenti.

Ma allora se il rischio che ci troviamo di fronte è che sta finendo un'epoca, anche perché alla situazione economica del nostro paese si associa il problema di una pleora odontoiatrica che riduce ulteriormente gli accessi dei pazienti, e che porta a modelli anche eticamente discutibili, occorre una politica in grado di governare la crisi senza stravolgere un modello qualitativamente alto e efficiente.

Ma traghettare la professione verso lidi sicuri vuol dire anche essere presenti e influenti nelle stanze della politica e dovunque si legifera su problematiche che ci riguardano. Negli ultimi anni l'Associazione ha ottenuto la presenza nel Consiglio Superiore di Sanità, la nomina nelle Commissioni Ministeriali, l'inserimento nella giunta di Confprofessioni, etc. ed è quindi da appoggiare l'intento del Nuovo Esecutivo Nazionale di proseguire sulla via dell'ampliamento dei rapporti, dei contatti e dei confronti con la politica e le istituzioni. Il compito che si preannuncia è arduo e delicato con interlocutori politici che, anche per disinformazione (ma talvolta anche per dema-

gogia), continuano a considerare il mondo delle libere professioni una realtà privilegiata da penalizzare piuttosto che da ascoltare. Occorre quindi un progetto che, oltre a difendere la libera professione odontoiatrica, consenta la valorizzazione del ruolo che il lavoro autonomo svolge nel tessuto sociale ed economico del nostro paese. In questo ambito non può che far piacere la presenza di un toscano, nella persona del **dottor Stefano Mirengi** di Massa Carrara, ad una carica di rilievo quale quella di Vicepresidente Nazionale eletto dal Consiglio delle Regioni e quindi deputato a coordinare e rappresentare tale organo associativo. Il dottor Mirengi, già Presidente del Dipartimento della Regione Toscana, è stato eletto grazie al lavoro di tutti i dirigenti Toscani, oltre per le innegabili qualità, anche come riconoscimento di un percorso intrapreso da una intera regione. Lui stesso ci conferma che attraverso la sua persona: *"Da un confronto all'interno della Toscana verranno rappresentate le esigenze e linee politico-associative regionali a livello Nazionale"*.

Ma nello scorrere sempre l'organigramma dei dirigenti nazionali eletti si nota anche purtroppo la totale assenza di quote rosa. La **dottorressa Teresa Galoppi**, che oltre a far parte del Consiglio CAO è anche Vicepresidente della sezione pisana di ANDI è decisa nell'affermare che: *"La considerazione che viene spontanea è l'assenza di una rappresentanza femminile anche nel nuovo Consiglio Direttivo Andi Nazionale. Nonostante l'orientamento mostrato dai Consigli Provinciali e Regionali, dove le quote rose cominciano ad essere ben rappresentate, e Pisa ne è un esempio, non abbiamo notato alcuna volontà, da parte dei colleghi vincitori delle ultime elezioni nazionali, ad offrire nomine alle colleghe sempre più numerose che sono entrate a far parte del mondo operativo odontoiatrico. Ci auguriamo che l'orientamento cambi in maniera netta nel prossimo futuro."*

# La tossina botulinica nelle distonie focali

**L**e distonie focali costituiscono un disturbo neurologico, ad esordio prevalente nell'adulto, caratterizzato dalla comparsa, limitatamente ad una singola regione corporea, di contrazioni muscolari protratte che si traducono in movimenti torsionali ripetitivi ed in posture anomale. La prevalenza è pari a 30/100.000 negli USA, ma probabilmente è una condizione molto più frequente ancorchè sottodiagnosticata.

La distonia primaria (della quale la distonia focale rappresenta il sottotipo più frequente) è al terzo posto tra i disturbi del movimento, dopo il tremore essenziale e la malattia di Parkinson.

La distonia focale può essere scatenata, in soggetti predisposti (i geni coinvolti sono ancora sconosciuti), da fattori di rischio ambientali (traumi locali, scoliosi idiopatica, attività lavorative che richiedono compiti motori accurati e ripetitivi). Proprio i fattori di rischio, l'esposizione ai quali varia per sesso ed età, potrebbero fornire una spiegazione del perché le varie forme di distonia focale differiscono tra loro per prevalenza, età d'esordio, e distribuzione tra i due sessi.

## Presentazione clinica

La forma più comune di distonia focale è la distonia cervicale, nota anche come torcicollo spasmodico/spastico, con una prevalenza di 6/100.000, che esordisce in media nella quinta decade di vita, e si associa spesso a dolore al collo. Al secondo posto è il blefarospasmo, caratterizzato dalla contrazione involontaria e ripetitiva dei muscoli orbicolari delle palpebre, con conseguente chiusura forzata degli occhi, e può associarsi a movimenti

involontari a carico della parte inferiore della faccia o della mandibola (sindrome di Meige). Un altro tipo di distonia focale è quello "task-specifico" che compare in un determinato segmento corporeo che esegue compiti motori specifici e ripetitivi, come scrivere (crampo dello scrivano), dattilografare, suonare uno strumento (crampo professionale, interessa l'1% dei musicisti professionisti, soprattutto pianisti, violinisti e flautisti, e può comportare l'interruzione delle carriere). Meno

frequenti sono le distonie oro-mandibolari e quelle coinvolgenti la lingua e/o la laringe, che comunque interferendo con la masticazione, la deglutizione, la fonazione e la respirazione, possono condizionare notevolmente la qualità di vita dei pazienti affetti. Pur non rappresentando una condizione neurologica grave, le distonie focali impattano enormemente sul quotidiano dei pazienti, determinando limitazioni importanti della vita sociale e lavorativa, con rilevanti riverberi sulla



qualità di vita: non sono infrequenti infatti in questi pazienti ideazioni suicidarie.

### Trattamento farmacologico

La tossina botulinica (TB), farmaco estremamente sicuro ed efficace, rappresenta attualmente il *gold standard* nel trattamento sintomatico delle distonie focali. Già nel 1817 ne era stata ipotizzata una potenziale utilità terapeutica, ma solo nel 1981 ne è stata riconosciuta l'utilità, quando Scott impiegò la neurotossina nel trattamento dello strabismo in un bambino. La FDA nel 1989 ne ha approvato l'utilizzo in pazienti con strabismo, blefarospasmo ed altri disordini facciali, incluso l'emispasmo facciale, e nel 2000 nel trattamento della distonia cervicale e delle rughe glabellari. Nel corso degli anni la tossina botulinica è stata anche utilizzata in una

serie di indicazioni terapeutiche *off-label*, tra le quali l'acalasia, il megacolon, le ragadi anali, il bruxismo, il dolore, il tremore, la ritenzione urinaria, l'iperidrosi, l'ipersalivazione. La tossina botulinica è prodotta da batteri Gram-, anaerobi, appartenenti al genere *Clostridium*. E' attiva a livello della giunzione neuromuscolare, dove proteasi specifiche la scindono in due subunità proteiche, tenute insieme da ponti disolfuro e dette, in relazione al loro peso molecolare, catena pesante (HC, *heavy chain*; 100 kDa), e catena leggera (LC, *light chain*; 50 kDa). Oggi se ne distinguono 7 diversi sierotipi, denominati con lettere dalla A alla G. Attualmente in commercio sono disponibili diversi preparati farmaceutici contenenti la TB: Botox®, Dysport®, e Xeomin® (a base di TB tipo A), Myoblock®/Neuroblock® (a base di TB tipo B).

La potenza biologica della TB è espressa in *mouse unit* (MU), e la singola unità è definita come la quantità di farmaco che, iniettato in sede intraperitoneale, provoca la morte del 50% (LD 50) dei topi nei quali viene somministrato. Una singola unità di Botox® equivale a 1, 3-5, 50-100 unità rispettivamente di Xeomin®, Dysport®, e Myoblock®/Neuroblock®. La dose letale di Botox® per un individuo di 70 kg è pari a 2500-3000 unità, laddove la dose raccomandata per il trattamento dei muscoli più grandi è di 100-400 unità: ciò giustifica l'ampio indice terapeutico della TB.

Il meccanismo d'azione della TB è semplice. La tossina si lega al terminale assonico pre-sinaptico e viene internalizzata per endocitosi: qui la LC si associa a proteine che in condizioni normali mediano la fusione delle vescicole pre-sinaptiche contenenti acetilcolina, inibendo il rilascio del neurotrasmettitore nella giunzione neuromuscolare, con conseguente paralisi flaccida dei muscoli coinvolti. Il blocco temporaneo delle sinapsi colinergiche riguarda la muscolatura liscia, scheletrica, e le ghiandole esocrine (che hanno come mediatore l'acetilcolina).

La dose ottimale di tossina botulinica viene stabilita prendendo in considerazione la dimensione ed il numero dei muscoli da trattare, e la severità della distonia. Altre variabili, che condizionano la scelta della dose, sono rappresentate dalla risposta a precedenti somministrazioni, e dalle eventuali terapie mediche concomitanti. I primi effetti terapeutici compaiono 2-3 gg dopo l'iniezione del farmaco, mentre la massima efficacia viene raggiunta dopo 1-2 settimane, e permane per circa 8 settimane, al termine delle quali l'effetto paralizzante della TB si riduce progressivamente. Nel tessuto ghiandolare, invece, il farmaco ha un'azione più prolungata, fino a 6-9 mesi. La graduale scomparsa della paralisi è riconducibile alla rigenerazione fisiologica dei terminali assonici, e comporta la necessità di ripetere le iniezioni periodicamente.



La TB ha un margine di sicurezza estremamente elevato, derivante in gran parte dal fatto che una volta iniettata diffonde in maniera molto limitata, generalmente non oltre i 2 cm attorno al sito di iniezione. Gli effetti avversi sono solitamente scarsi e non particolarmente significativi. Nel sito di iniezione, in pochi casi, possono comparire intorpidimento, edema o reazioni allergiche. In altri casi il paziente lamenta una eccessiva debolezza muscolare, in genere transitoria e ben tollerata. In particolare, nel trattamento della distonia cervicale è più facile osservare disfagia, infezioni delle vie respiratorie, dolore al collo, cefalea, mentre il trattamento del blefarospasmo può provocare ptosi, diplopia, secchezza oculare, cheratite. Estremamente rari sono effetti avversi sistemici con le caratteristiche di sindromi simil-influenzali, come pure reazioni acute autoimmuni con plessopatie brachiali o dermatomiositi.

La TB induce la formazione di anticorpi neutralizzanti nel 3-5% dei casi, con mancata risposta alla successiva somministrazione del farmaco. I fattori di rischio per lo sviluppo di anticorpi includono: l'elevata quantità di TB per singola dose, il breve intervallo di tempo (< di 2-3 mesi) tra le successive somministrazioni, la qualità immunologica dei vari tipi di TB, la reattività immunitaria del singolo paziente. Tale forma di tolleranza alla TB generalmente compare entro 2-3 anni dall'inizio della terapia, e può essere superata mediante l'impiego di sierotipi alternativi della neurotossina utilizzata in precedenza.

### Esperienza clinica personale

Presso la nostra Clinica Neurologica la tossina botulinica è stata impiegata in pazienti affetti dalle due forme più frequenti di distonia focale. Sono stati trattati, per un periodo di almeno 12 mesi, 27 pazienti affetti da blefarospasmo, 19 pazienti

con distonia cervicale, e 2 pazienti con manifestazioni caratteristiche di entrambe le forme. L'età media dei pazienti all'inizio del trattamento era di 64 anni, e più frequentemente era interessato il sesso femminile (70% dei casi). È stata impiegata prevalentemente la tossina botulinica tipo A (Dysport®) in flaconi da 500 U, ricostituita con 2,5 e 1 ml di soluzione di sodio cloruro per iniettabili (0,9% p/v), nel trattamento rispettivamente del blefarospasmo e della distonia cervicale. Nel blefarospasmo il dosaggio medio utilizzato è di 40 U, distribuito in quattro siti di iniezione a livello del muscolo orbicolare dell'occhio, da ciascun lato. Alcuni pazienti hanno ricevuto dosaggi più alti, fino a 70-80 U per occhio. Nelle forme più severe sono state effettuate una o due iniezioni di 5-10 U ciascuna nel muscolo procerico, che decorre all'interno del muscolo frontale. Nei pazienti con distonia cervicale i muscoli più frequentemente trattati sono lo sternocleidomastoideo (60-180 U), il trapezio (90-270 U), e lo splenio (90-270 U).

Nella nostra esperienza più del 90% dei pazienti ottiene un significativo miglioramento della sintomatologia; i primi benefici si osservano 5-6 giorni dopo l'iniezione nel blefarospasmo, e dopo circa 10 giorni nella distonia cervicale. Dopo un periodo di benessere i sintomi ricompaiono progressivamente, per cui le iniezioni vengono ripetute in

media ogni 3-4 mesi. L'efficacia nota della tossina è confermata nella nostra casistica anche per follow-up di lunga durata (nel 56% dei casi supera i cinque anni), e non sono pochi i pazienti nei quali le somministrazioni sono ormai praticate da 9-10 anni.

La tossina botulinica è stata impiegata con pari efficacia anche in 40 pazienti con emispasmo facciale (età media 61 anni). Si tratta di un disturbo caratterizzato da contrazioni involontarie, unilaterali, intermittenti, toniche o cloniche dei muscoli innervati dal nervo facciale, e si manifesta più frequentemente in caso di conflitto neuro-vascolare del nervo facciale, o nella fase post-paralitica del nervo stesso. In questi pazienti la durata media del follow-up, e dei relativi benefici clinici, è pari a 43 mesi (range 12-113 mesi). In tutti i pazienti trattati con TB gli effetti avversi sono risultati molto rari e comunque poco significativi, tranne la diplopia (2 pazienti). Il ricorso ad un diverso sierotipo di tossina botulinica (Neuroblock®) si è reso necessario in 3 pazienti, per comparsa di tolleranza terapeutica al sierotipo precedente.

La nostra esperienza quindi conferma il ruolo terapeutico fondamentale e pressoché esclusivo della tossina botulinica nel miglioramento della sintomatologia e della qualità di vita dei pazienti affetti da questi disturbi del movimento.

### Dosaggio raccomandato nel trattamento iniziale con TB

DISTONIA	MUSCOLO	DYSPORT® (MU)
Torcicollo Rotatorio	Sternocleidomastoideo controlaterale	200
	Splenio della testa omolaterale	300
	*Trapezio/Semispinale controlaterale	100-300
Retrocollo	Splenio della testa sinistro	250
	Splenio della testa destro	250
	*Trapezio e/o Semispinale bilaterale	100-300
Laterocollo	Sternocleidomastoideo omolaterale	200
	Splenio della testa omolaterale	20
	Trapezio omolaterale	100
	*Elevatore della scapola e/o Semispinale	100-300
Blefarospasmo	Orbicolare delle palpebre	40

\* iniezioni aggiuntive se la risposta al primo trattamento è insufficiente

# Medicina penitenziaria, il modello Toscana

I detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base di obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché di sistemi di informazione ed educazione sanitaria individuati sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano Sanitario Regionale e Locale.

L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

## Le attività di cura

Le Aziende USL competenti per territorio individuano secondo le linee di indirizzo elaborate dal Centro Regionale per la salute in carcere, modelli organizzativi atti ad assicurare la tutela della salute in carcere e organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati.

## Le principali aree di intervento sono:

- La Medicina Generale
- La Medicina Specialistica
- La Medicina d'urgenza
- L'Assistenza ai detenuti tossicodipendenti
- L'Assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute
- Le patologie infettive
- La tutela della salute mentale

Il 30 Agosto 2010 è stata approvata dalla Giunta Regionale la delibera sui contratti del Personale Sanitario Penitenziario.

Ad essa è connessa la rivisitazione dei compiti professionali degli Operatori Sanitari Penitenziari.

La Medicina Penitenziaria è innanzitutto la Medicina della persona, ancor prima della specifica malattia. Prendersi in cura dei propri pazienti in carcere significa saper mediare tra le problematiche di malattie sempre più complesse ed insidiose, e le fragilità e le debolezze dell'individuo e rafforzando le residue risorse ed energie fisiche e psichiche. Sono necessari ambienti e percorsi che affermino la cultura nuova del dialogo, della comunicazione, della partecipazione e della solidarietà che sostituisca la vecchia cultura o subcultura della separazione e del silenzio.

Il problema centrale è l'esistenza di comunicabilità tra medico e detenuto. Il rapporto medico-paziente non deve perdere la sua

efficacia terapeutica e si deve fondare soprattutto sulla capacità di ascolto da parte del medico stesso. La pazienza non deve essere solo nell'ascoltare, ma anche nel rispondere, nel tranquillizzare.

Nel caso del Medico Penitenziario l'ascolto prefigura una significativa valenza: è un dovere preciso tanto più se l'interlocutore non ha chi lo ascolti, non tanto sul piano giuridico o istituzionale, ma sul piano umano, perché il carcere è soprattutto solitudine.

La vita, la salute, il benessere possibile di ogni uomo sono beni preziosi e la cui tutela merita tanta più attenzione ed impegno quando si tratta, come nel caso dei detenuti, di persone affidate interamente alle nostre cure.

Si devono attuare programmi di sorveglianza sanitaria dei propri pazienti rivolti all'individuazione di eventuali fattori di rischio con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, infettive, psichiatriche e degenerative osteoarticolari, alla rimozione di quelli modificabili, alla



---

ricerca di segni o sintomi nell'ambito delle malattie di pertinenza oncologica.

Il Responsabile del Presidio Sanitario è tenuto, altresì, a prestare opera professionale di organizzazione e di coordinamento dei servizi sanitari in relazione alle necessità ed all'esigenza di assicurare prestazioni mediche corrette ed efficaci.

La presenza fisica che si richiede al Medico Incaricato all'interno dell'istituto non può pertanto venire commisurata ai tempi tecnici di esecuzione delle visite mediche e tanto meno può essere occasionale, ma deve rispondere innanzi tutto all'istanza sociale e psicologica della comunità carceraria di disporre della presenza medica anche al di fuori della domanda clinica individuale e deve consentire un approfondito impegno del Medico incaricato nelle diverse aree d'intervento che gli sono proprie.

La Riforma della Medicina Penitenziaria deve essere il punto di partenza di un progetto altamente qualificante dove il Medico e l'Infermiere devono assurgere a protagonisti diretti del cambiamento.

Sono i Medici e gli Infermieri che devono governare il percorso della Riforma, mettendo a frutto la loro competenza e la loro specifica esperienza.

**La Medicina dei Servizi** è una modalità adeguata, un contesto normativo e giuridico opportuno per consentire attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori una presa in carico seria della salute in carcere e su questo versante bisogna operare per acquisire risultati significativi anche attraverso la utilizzazione della rete dei servizi che verrà messa a disposizione da parte delle Aziende USL competenti per territorio.

Bisogna essere in grado di lasciare alle nostre spalle la cosiddetta Medicina d'attesa collegata strettamente ad episodi contingenti di assoluta necessità clinica.

Bisogna finalmente predisporre di



non continuare a muoversi nelle griglie asettiche e marginali della cosiddetta Medicina difensiva.

Non dunque una Medicina Penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda, sostanzialmente costruita sull'attesa, ma una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità. In sostanza una Medicina d'iniziativa.

Lo sviluppo della Sanità Penitenziaria di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei detenuti e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in:

- un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il detenuto, favorendo lo sviluppo di condizioni che consentono di mantenere il livello di salute adeguato;

- un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio dell'attività fisica, di corrette abitudini alimentari, di abolizione del fumo, che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa. Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

Tutto ciò prefigura una rivoluzione della Medicina Penitenziaria con le prospettive di qualità e di sicura operatività dei servizi a tutela della salute della popolazione detenuta. La Regione Toscana con spirito di forte sensibilità con la delibera sui contratti del Personale Sanitario ha fatto la sua parte.

Ora tocca agli Operatori Sanitari fare un passo avanti ed applicare i principi ispiratori della Riforma nella prospettiva di un'assistenza sanitaria a misura d'uomo anche in quei posti infelici che sono le carceri.

# L'assistenza meccanica nello scompenso cardiaco

## 1. Evoluzione e prognosi dei pazienti con insufficienza cardiaca

Lo scompenso cardiaco rappresenta una condizione che tende ad evolvere verso una prognosi negativa, nonostante la disponibilità di nuove opzioni terapeutiche. In particolare, tra i pazienti a cui viene posta la diagnosi di insufficienza cardiaca severa la mortalità a 12 mesi supera il 50%.

Nei pazienti con scompenso cardiaco severo, il principale motivo per cui il cuore tende progressivamente a deteriorarsi è legato al cosiddetto processo di rimodellamento ventricolare. Si tratta di un processo per cui il ventricolo sinistro progressivamente si dilata e le sue pareti tendono ad assottigliarsi. Tutto questo è legato alla perdita progressiva e generalizzata delle cellule muscolari cardiache attraverso i processi denominati necrosi e apoptosi; ciò può portare ad un rapido deterioramento emodinamico, ma nella maggior parte dei casi conduce ad uno stato di scompenso cardiaco

cronico che tende comunque ad evolvere nel tempo e fatalmente conduce alla morte del paziente per il coinvolgimento progressivo di tutti i sistemi e gli apparati. L'introduzione dei biomarkers cardiaci, come i peptidi natriuretici cardiaci, e le tecniche di imaging ecocardiografico hanno permesso di giungere ad una migliore identificazione dei pazienti con scompenso cardiaco che presentano il più alto rischio di mortalità e di ri-ospedalizzazione. In particolare, l'introduzione di biomarkers circolanti, come la troponina ad alta sensibilità e le citochine infiammatorie, ha ampliato le possibilità di diagnosticare i pazienti che evolveranno verso le forme più avanzate di disfunzione ventricolare.

## 2. I dispositivi di assistenza ventricolare

I dispositivi di assistenza meccanica sono strumenti che permettono di fornire un supporto al circolo nelle condizioni di squilibrio emodinamico. Attualmente, tali dispositivi han-

no dimostrato di costituire una efficace alternativa ai trattamenti farmacologici ed elettrici dello scompenso cardiaco. Attualmente, tali dispositivi hanno dimostrato di ridurre in maniera critica la capacità del cuore di esplicare la sua funzione di pompa. A seconda delle patologie e della situazione fisica del paziente, il dispositivo si può porre o come semplice aiuto o come supporto totale. Un supporto minimo, 25%, è quello utilizzato con il contropulsatore aortico, un supporto medio, 50%, è impiegato per i VAD e un supporto totale, 100%, è usato per i ventricoli artificiali. I dispositivi si distinguono poi per ulteriori caratteristiche come le modalità di funzionamento, idraulico o meccanico, il posizionamento (extracorporeo o impiantabile), l'affidabilità, la emo- e la biocompatibilità e il rischio di complicanze.

La storia delle assistenze meccaniche per il supporto circolatorio esordì nel 1930 quando fu messo a punto il primo bypass cardio-polmonare di un cuore animale. Qualche anno più tardi, nel 1934, una pompa centrifuga presentata da De Bakey segnò il vero inizio dell'era dei dispositivi di supporto circolatorio nell'uomo. Il primo dispositivo di assistenza ventricolare (VAD: ventricular assist device) venne utilizzato nel 1963 quando De Bakey lo inserì nel torace di un paziente con scompenso cardiaco terminale. Nel 1967, fu introdotta una intraortic baloon pump o contropulsatore aortico come assistenza per la disfunzione ventricolare sinistra.

L'uso principale dei dispositivi di supporto è il sostegno alla circolazione quando il danno subito dal miocardio ventricolare è stato di entità tale da ridurre in maniera critica la capacità del cuore di esplicare la sua funzione di pompa. A seconda delle patologie e della situazione fisica del paziente, il dispositivo si può porre o come semplice aiuto o come supporto totale. Un supporto minimo, 25%, è quello utilizzato con il contropulsatore aortico, un supporto medio, 50%, è impiegato per i VAD e un supporto totale, 100%, è usato per i ventricoli artificiali. I dispositivi si distinguono poi per ulteriori caratteristiche come le modalità di funzionamento, idraulico o meccanico, il posizionamento (extracorporeo o impiantabile), l'affidabilità, la emo- e la biocompatibilità e il rischio di complicanze.

I supporti meccanici al circolo sono

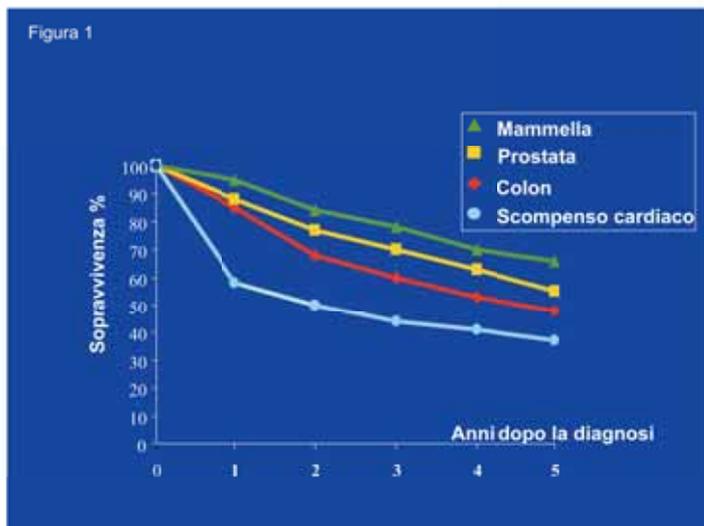
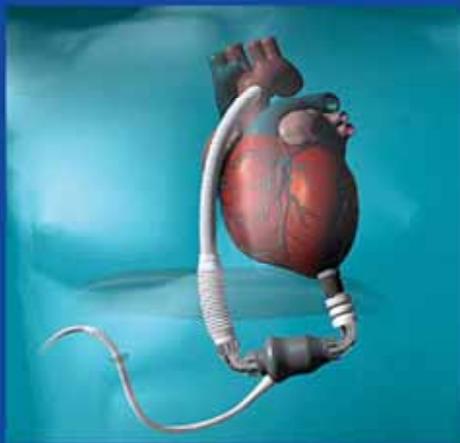


Figura 1: Nel corso degli ultimi anni, la prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco è risultata essere peggiore rispetto a molte forme tumorali.

Figura 2



**Figura 2: Dispositivo di assistenza meccanica ventricolare.**

pompe artificiali che suppliscono la funzione di un cuore compromesso in maniera più o meno irreversibile ristabilendo un flusso ematico vicino a quello fisiologico. I VAD comunemente utilizzati constano di una camera di afflusso (che porta il sangue dagli atri ai ventricoli), di una pompa ventricolare, a flusso pulsatile o continuo, e di una cannula di efflusso (che porta il sangue dal ventricolo artificiale all'aorta o all'arteria polmonare).

Esistono 2 grosse categorie di VAD: 1) gli extracorporei, con la camera di pompaggio esterna al corpo; 2) gli impiantabili.

I VAD extracorporei sono utilizzati prevalentemente nelle forme di disfunzione ventricolare potenzialmente reversibile. Quando un VAD viene impiantato, esso può avere la funzione sia di ponte al trapianto cardiaco che di terapia di destinazione.

I VAD extracorporei sono composti da una o 2 pompe a doppia camera situate esternamente al paziente e collegate ad una consolle di comando. Ciascuna pompa è provvista di valvole unidirezionali e può garantire una portata di 5-7 litri al minuto.

L'introduzione delle pompe impiantabili ha permesso di garantire l'assistenza ventricolare anche per periodi assai prolungati, variabili da mesi a 1-2 anni. Soprattutto in passato, si trattava di VAD pneumatici

e pulsatili; le alternative sono le pompe assiali non pulsatili (a flusso continuo). Nei sistemi a flusso continuo, non vi è la camera ventricolare e quindi non c'è la necessità delle valvole artificiali; questo spiega le dimensioni estremamente ridotte di questo tipo di pompe. In passato, si è a lungo pensato che le pompe pulsatili fossero più vantaggiose in quanto dotate di un flusso più simile a quello fisiologico (10-12); tale atteggiamento sta rapidamente cambiando con l'introduzione dei nuovi dispositivi miniaturizzati a flusso continuo. Le pompe pulsatili impiantabili si distinguono in pompe pneumatiche e in pompe elettriche. Nei sistemi a flusso pulsatile, le cannule di afflusso e di efflusso sono dotate di valvole artificiali. In questi dispositivi, la pompa ventricolare artificiale riceve il sangue dalle camere cardiache attraverso una cannula di prelievo, che può essere posizionata in atrio sinistro (o nell'atrio destro in caso di assistenza destra) o direttamente all'apice del ventricolo. Il sangue viene poi pompato in aorta (o in arteria polmonare) attraverso una cannula di uscita. La pompa è connessa ad un'unità pneumatica per l'attivazione con pressione positiva durante la fase di eiezione e con pressione negativa durante il riempimento. In generale, il riempimento del ventricolo artificiale è determinato sia dalla pressione di riempimento atriale che dall'entità dell'aspirazione creata. La gettata della pompa è determinata, oltre che dal riempimento, dalla pressione guida della pompa e dal valore delle resistenze nel circo-

lo sistemico o polmonare.

L'evoluzione tecnologica ha permesso lo sviluppo di VAD miniaturizzati a flusso continuo, di dimensioni molto contenute, facilmente impiantabili e maneggevoli, alcuni addirittura ad inserzione percutanea, per un supporto circolatorio a breve e medio-lungo termine. Tali dispositivi possono essere ulteriormente suddivisi in 2 categorie: pompe rotazionali centrifughe e pompe microassiali. Le turbine microassiali per le loro dimensioni contenute ed il profilo tubulare sono molto maneggevoli, possono essere introdotte dall'albero vascolare periferico ed avanzate a cavallo della valvola aortica in modo da aspirare sangue dal ventricolo sinistro ed immetterlo in aorta ascendente.

### **3. Selezione dei pazienti candidati all'impianto**

Il fattore più importante per il buon esito dell'impianto di un VAD dipende dall'accurata selezione dei pazienti candidati. I principali criteri che indicano l'impianto di un VAD riguardano:

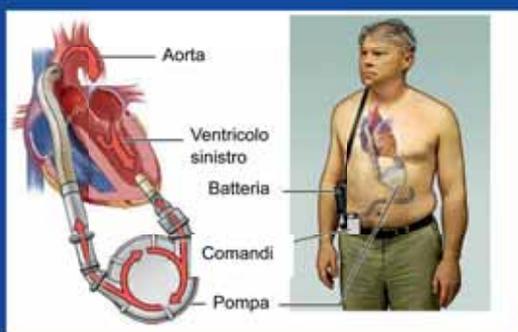
- 1) la presenza di una classe funzionale avanzata (generalmente una classe NYHA IV per 60-90 giorni);
- 2) la dipendenza cronica da un supporto con farmaci inotropi;
- 3) una frazione di eiezione inferiore al 25%;
- 4) una pressione capillare polmonare  $\geq 20$  mmHg.

Sono criteri di minore importanza per l'impianto di un VAD: una classe NYHA avanzata III-IV, una dipendenza parziale dal supporto farmacologico, un  $VO_2$  max di picco  $< 12$  ml/kg/min.

Per quanto riguarda il ponte al trapianto cardiaco, i VAD possono essere proposti nei pazienti con compromissione del filtrato glomerulare  $< 30$  ml/mq o in coloro che presentano alte resistenze vascolari polmonari, con l'obiettivo che un temporaneo supporto meccanico possa rendere questi pazienti idonei al trapianto cardiaco.

Molte delle controindicazioni all'impianto dei VAD saranno superate in virtù dell'introduzione dei migliora-

Figura 3



**Figura 3: Componenti di un VAD: ventricular assist device.**

menti tecnologici.

Attualmente, le principali controindicazioni sono costituite:

- 1) shock cardiogeno accompagnato da possibili complicanze neurologiche,
- 2) scompenso cardiaco diastolico,
- 3) malattie concomitanti con aspettativa di vita sensibilmente ridotta,
- 4) infezioni sistemiche di difficile controllo,
- 5) sanguinamenti acuti severi,
- 6) disfunzione ventricolare destra severa,
- 7) trombosi ventricolare.

Le maggiori complicazioni post-impianto di un VAD riguardano specialmente il ventricolo destro. La frequenza di insufficienza ventricolare destra nei pazienti sottoposti all'impianto di un VAD è molto variabile: dal 7 al 50%. Un'insufficienza ventricolare destra può poi complicarsi con l'insorgenza di un'insufficienza epatica e renale, la comparsa di linfedema e di ascite.

In passato, il momento dell'impianto è stato dettato dallo scadimento irreversibile delle condizioni cliniche del paziente. Attualmente, specialmente da quando è divenuto evidente il vantaggio in termini di sopravvivenza dei pazienti con scompenso cardiaco trattati con questi dispositivi, vi è una certa tendenza a ricorrere alla terapia con VAD anche nei pazienti meno compromessi.

Durante il passato decennio, i di-

terapie medica. Dal punto di vista morfologico e funzionale, l'applicazione dei VAD in pazienti con severa disfunzione ventricolare ha permesso il raggiungimento di risultati favorevoli.

Dopo l'applicazione di un VAD temporaneo, sono stati osservati notevoli miglioramenti del regime emodinamico ed una significativa riduzione dell'attivazione neuroendocrina e dell'elevazione dei peptidi natriuretici cardiaci nel plasma. Nei pazienti sottoposti ad impianto di VAD come ponte al trapianto, è stato osservato un miglioramento della qualità della vita e della funzionalità degli organi. In pazienti selezionati, la riduzione del carico di lavoro del ventricolo ha permesso un recupero della funzione miocardica. Nelle cardiomiopatie con disfunzione ventricolare severa, l'impianto dei VAD ha consentito di ottenere effetti favorevoli sul processo di rimodellamento ventricolare (reverse remodeling).

In pazienti candidati al trapianto cardiaco, l'assistenza meccanica con VAD è risultata associata ad una significativa riduzione di mortalità rispetto alla terapia medica. Le pompe pulsatili impiantabili hanno mostrato miglioramenti della sopravvivenza e, in alcuni casi, hanno permesso un'assistenza a lungo termine anche in ambiente extraospedaliero. Tuttavia, i dati più interessanti sono stati ottenuti con i supporti miniaturizzati a flusso continuo.

positivi meccanici hanno

In uno studio recente che ha coinvolto 134 pazienti con scompenso cardiaco sistolico severo (frazione di eiezione media: 17%) è stato condotto un confronto tra un VAD a flusso pulsatile (HeartMate XVE, Thoratec) e un VAD a flusso continuo (HeartMate2, Thoratec). I pazienti randomizzati ai 2 gruppi di trattamento sono stati seguiti in un follow-up medio di 24 mesi. La sopravvivenza è stata del 24% nei pazienti trattati con il VAD a flusso pulsatile e del 58% nei pazienti sottoposti ad impianto di VAD a flusso continuo. Si è osservato inoltre un miglioramento della qualità della vita in entrambi i gruppi e un minor numero di eventi indesiderati nei pazienti assegnati al gruppo trattato con il VAD a flusso continuo.

Modificazioni istomorfologiche favorevoli sono state descritte dopo il decaricamento (unloading) ventricolare con i sistemi di assistenza meccanica. La riduzione del carico ventricolare è risultata associata ad un decremento del volume dei cardiomiociti del 20-30% e ad una riduzione della fibrosi miocardica. Sono stati anche descritti effetti di riduzione del processo di apoptosi. In cardiomiociti umani isolati, è stato osservato un miglioramento della contrazione e del rilasciamento dopo la riduzione di carico con i dispositivi di supporto circolatorio. I risultati delle più recenti esperienze circa l'impianto dei VAD a pazienti con scompenso cardiaco avanzato Tutto questo permette di prospettare un prossimo notevole ampliamento nelle applicazioni di questi dispositivi VAD ai pazienti con scompenso cardiaco, giacché nessuna delle terapie attualmente indicate in questi pazienti sembra aver fornito il risultato di modificare la loro storia naturale della malattia. Tale approccio appare essere particolarmente indicato per quei soggetti in cui, a causa di malattie concomitanti (specialmente polmonari o renali) o per motivi, di età la soluzione del trapianto cardiaco appare essere preclusa.

# Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

L

acqua oligominerale San Carlo è un'acqua sorgiva purissima che grazie alle sue caratteristiche chimico - fisiche, possiede un elevato potere depurativo. Può essere utilizzata quotidianamente senza alcuna controindicazione. Il suo impiego a digiuno e a determinati dosaggi, trova indicazione nel trattamento delle seguenti patologie:

- **Calcolosi delle vie urinarie**
- **Infezioni delle vie urinarie (pielite, pielonefrite, cistite)**
- **Patologie gastroenteriche (dispepsia biliare, colon irritabile, stitichezza cronica)**
- **Affezioni del metabolismo (iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità)**
- **Iperensione arteriosa**



## LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

- Purezza batteriologica
- Costanza di portata
- Costanza di temperatura

Temperatura alla sorgente	13.4 °C
Residuo fisso a 180°C	58 mg/l
Esponente attivo ione idrogenato alla sorgente	(pH) 5.7
Conducibilità elettrica specifica 20°C	76
Anidride carbonica (CO <sub>2</sub> ) libera alla sorgente	28.7 mg/l
Ossidabilità sc. Kubel (O <sub>2</sub> )	0.3 mg/l
Sodio	9 mg/l
Potassio	0.36 mg/l
Magnesio	2.8 mg/l
Calcio	2.4 mg/l
Cloruro	13.5 mg/l
Nitrati	9.6 mg/l
Ione Idrogenocarbonato	12.2 mg/l
Solfati	2.5 mg/l
Silice	9.2 mg/l

Autorizzata con D.M.n.547 del 10/11/1950

Informazioni tecniche destinate all'uso esclusivo degli specialisti del settore.

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.  
Microbiologicamente pura.

[www.termedisancarlo.it](http://www.termedisancarlo.it) - numero verde 800-238122

ZIONE-INTER  
NDVSTRIE-E-D  
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI



MAGGIO OTTOBRE  
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG  
für

DIPLOMA  
di medaglia



ACQUA E TERME DI ULIVETO SPA

DAL 1868

Acqua Minerale Naturale

**ULIVETO**<sup>®</sup>

Aiuta la Digestione



*Nel comune di Vicopisano, circondato dal verde degli ulivi, dove le colline toscane degradano verso le rive dell'Arno, sorge un borgo che deve la sua storia e il suo sviluppo alla Fonte dell'acqua che porta il suo nome: Uliveto. Un documento del Mille, riportato da Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) ci narra che già a quei tempi erano noti gli effetti non solo dissetanti ma soprattutto salutistici di quest'acqua.*

*L'acqua minerale Uliveto per la composizione unica di preziosi minerali, la microeffervescenza naturale e il gusto inconfondibile, aiuta a digerire meglio e ci fa sentire in forma.*

*Con Uliveto  
digerisci meglio.*

