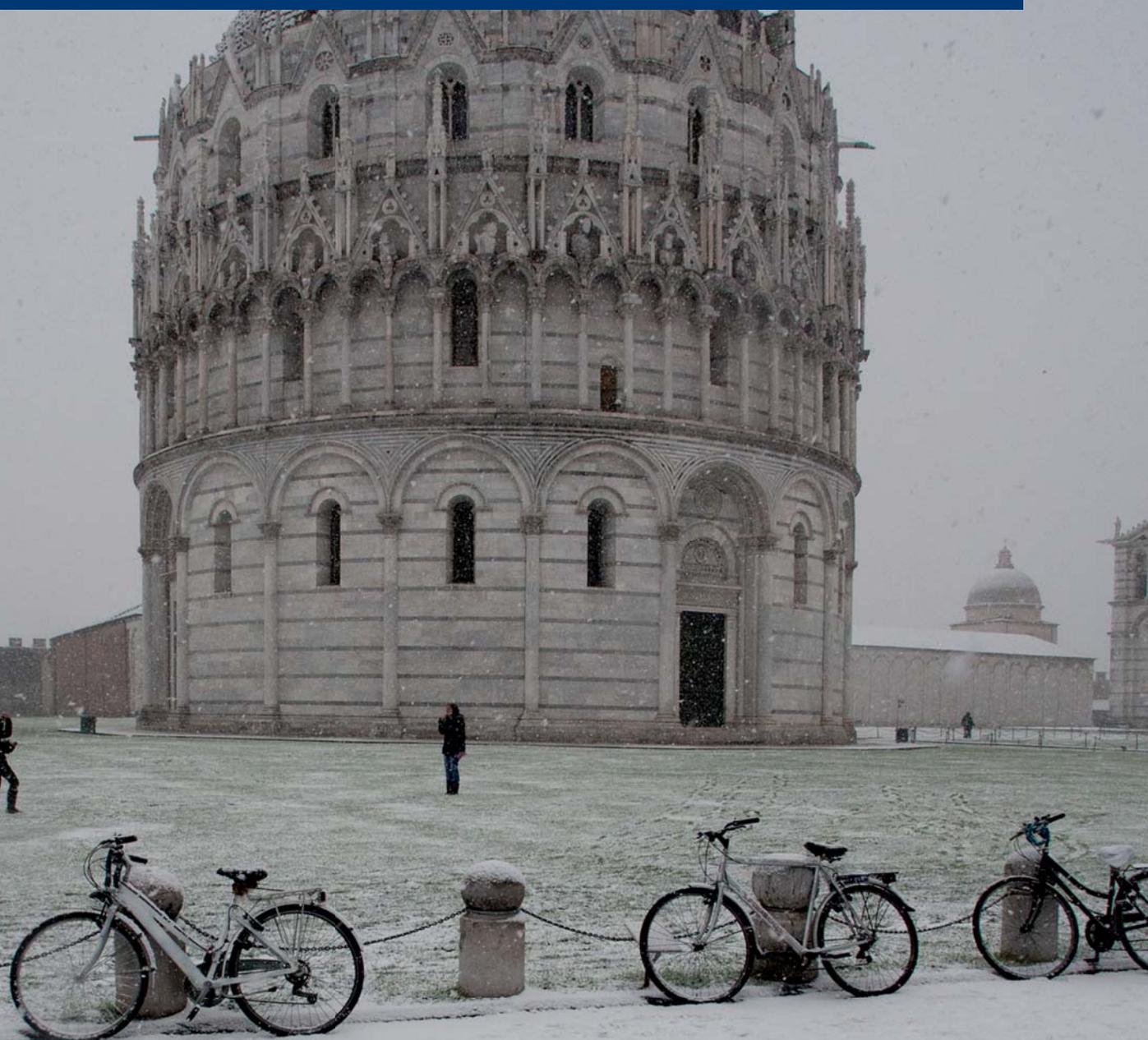


# PisaMedica

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



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - €2,00

## in questo numero:

### **La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra**

*D. Giugliano*  
Giornalista

### **VII Memorial Michele Cagidiaco: 10/11 febbraio 2012**

*A. Calderani*  
Segretario Culturale della Sezione di Pisa  
dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani

### **Sclerosi multipla: convivere con la malattia**

*I. Righini - A. Amidei - L. Petrucci*  
*A. Tongiorgi - L. Pasquali*  
Dip. Neuroscienze - Sez. Neurologia - Univ. Pisa



# ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

## Progetto Luce. Rivedi la Vita!

Lo scopo di "Progetto Luce" è quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da glaucoma e da degenerazione maculare senile, ed in particolare:

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.
2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti afflitti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e fattivo scambio di comuni esperienze di vita.
4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente
5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.
6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.
7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

Segreteria Organizzativa:

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / [info@progettoluceonline.org](mailto:info@progettoluceonline.org)

Segreteria Scientifica:

U.O. Oculistica Universitaria / Nuovo Ospedale S. Chiara A.O.U.P. Presidio Ospedaliero di Cisanello, Edificio 30,  
Via Paradisa 2 56124 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 554 088 / [progettoluce@unipisa.it](mailto:progettoluce@unipisa.it)

[www.progettoluceonline.org](http://www.progettoluceonline.org)

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

# Sanità e salute: di male in peggio

**S**e fino ad oggi per sanità e salute è andata male, il futuro sarà peggiore. Sanità e salute sono infatti due parole sempre più legate tra loro ed ancor più lo diventeranno quando, stante la progressiva crisi economica, si supereranno i limiti della sicurezza per i cittadini.

La sanità è come l'albero e la salute i suoi frutti. Se l'albero è sano, darà senz'altro buoni frutti. Iniziando quindi un nuovo mandato come responsabile dell'Ordine provinciale, vedo situazioni critiche tali da non far presagire nulla di buono per il futuro del nostro Paese.

C'è solo l'imbarazzo della scelta per enumerare problemi ancora irrisolti, come il blocco delle convenzioni fino al 2015, la crescita del numero dei precari fra i colleghi al di sotto dei 40 anni. Situazioni gravi che vanno ad iscriversi – ed è questo, purtroppo, l'ulteriore appesantimento – nel continuo impoverirsi dello stesso Servizio Sanitario Nazionale. Aumenteranno ancora

i ticket, rischiano di scomparire i Livelli Essenziali d'Assistenza e quindi il cittadino, guadagnando meno, non potrà più curarsi come invece sarebbe necessario.

Non c'è quindi da stare allegri, perchè chi fosse ottimista si potrebbe compiacere di un eventuale calo ad esempio dell'inflazione. Riflessione amara là dove manca addirittura il lavoro. Noi, dunque, come Ordine c'impegneremo ancor più per fare sentire la nostra voce in tutte le sedi istituzionali. Siamo i medici di fiducia dei cittadini e non tollereremo oltre questa assurda tendenza al massacro.

Al nuovo Governo, in particolare, lo grideremo con forza. La Riforma Sanitaria, nascendo 33 anni fa, introduceva per la prima volta il sacrosanto principio del diritto alla salute. Ma aggiungeva, in particolare, che la sua salvaguardia era, anche, un dovere dello Stato. Noi glielo ricorderemo. E staremo, dunque, a vedere.



## 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  
Beconcini, Stefano Bascià

Editore & Pubblicità  
Archimedia Communication s.r.l.  
Via Crispi, 62 - 56125 Pisa  
Tel. 050.220.14.80  
Fax 050.220.66.73  
e-mail: [info@archimediapisa.it](mailto:info@archimediapisa.it)

Progetto grafico e Impaginazione  
Alessio Facchini  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Foto di copertina  
concessa da Alberto Martini  
[www.albertomartini.com](http://www.albertomartini.com)

## 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\*.

*Si ricorda a tutti gli iscritti che ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dotarsi di una casella PEC non è possibile usufruire delle caselle tipo **@postacertificata.gov.it** o di quelle rilasciate gratuitamente da INPS e ACI, in quanto non consentono la comunicazione fra soggetti diversi dalla Pubblica Amministrazione.*

*Allo stesso modo si ricorda che gli indirizzi email forniti da ASL, AOUP, CNR etc ai propri dipendenti **NON** equivalgono alla Posta Elettronica Certificata e pertanto è necessario dotarsi di un nuovo indirizzo PEC.*

*Ulteriori informazioni sono a disposizione sul sito dell'Ordine [www.omceopi.org](http://www.omceopi.org)*

### 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.*

“ Colgo l'occasione per ringraziare quanti hanno voluto confermarmi la loro fiducia. La grande affluenza registrata nel corso di queste elezioni non solo mi conforta spingendomi ad un maggiore impegno, ma mi offre una chiave di lettura per continuare e perfezionare il lavoro fin qui svolto. Sicuramente molte cose potranno essere migliorate ma forte della preziosa collaborazione del rinnovato Consiglio Direttivo, sono certo che porteremo ancora più in alto il già più che apprezzabile livello della Sanità Pisana. ”

Giuseppe Figlini

## **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA CONSIGLIO DIRETTIVO 2012 - 2014**

Dott. Giuseppe Figlini - *Presidente*

Dott. Giampaolo Bresci - *Vicepresidente*

Dott.ssa Lina Mameli - *Segretario*

Dott. Paolo Monicelli - *Tesoriere*

Dott. Paolo Baldi - Dott. Piero Buccianti - Prof. Mauro Ferrari

Dott. Paolo Fontanive - Dott. Cataldo Graci - Dott.ssa Maria Aurora Morales

Dott. Eugenio Orsitto - Dott. Maurizio Petri - Dott. Paolo Stefani

Prof. Stefano Taddei - Dott. Elio Tramonte

Dott. Filippo Graziani (Consigliere Odontoiatra)

Dott. Franco Pancani (Consigliere Odontoiatra)



## **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI**

Dott. Franco Pancani - *Presidente*

Dott.ssa Teresa Galoppi - *Segretario*

Dott. Alberto Calderani - Dott. Filippo Graziani - Dott. Roberto Trivelli



## **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

Dott. Antonio De Luca - *Presidente*

Dott.ssa Francesca Corsetti - Dott. Piero Vincenzo Lippolis

Dott. Stylianos Korasidis (Revisore supplente)

Doady Giugliano Giornalista

# La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

**N**ell'immaginario collettivo, la figura del medico, qualsivoglia la sua specializzazione, viene sempre ricondotta ad un personaggio meramente dedito alla scienza, alla ricerca, al lavoro o soltanto alla carriera. Una visione quanto mai distorta o meglio distante da una realtà che vuole a tutti i costi collocare l'operatore/dispensatore della Sanità in una dimensione extraumana. Per suffragare quanto affermato sarebbe sufficiente se non indispensabile, resocontare, almeno



in video, ciò che accade durante l'annuale "Giornata del Medico" che quest'anno si è celebrata al "Green Park Resort" di Tirrenia. Una festa nella festa, un ritrovar-

si per confrontarsi, scambiarsi esperienze, non solo professionali utili a fidelizzare vecchi e nuovi iscritti all'interno di quella che è un'autentica GRANDE



nelle foto - alcuni momenti della Giornata



rito goliardico esposta con grande chiarezza dal Dott. Alberto Oliveti, Vice Presidente Vicario Fondazione ENPAM che ha risposto ai molteplici quesiti posti dagli astanti. Al termine dei lavori, il presidente dell'Ordine, Giuseppe Figlini ha dato avvio alla tradizionale cerimonia per la consegna delle medaglie d'oro e d'argento ai medici ed odontoiatri che hanno compiuto i 50 e 25 anni di laurea. Quattro targhe alla carriera sono state assegnate ad altrettanti iscritti che si sono distinti nel corso della loro attività professionale. Personaggi molto conosciuti non solo in ambito locale: i proff.ri Gianfranco Micheletti, Luigi Donato, Antonio Salvetti, il dott. Antonio Vagelli e il dott. Mino Fierabracci. I lavori si sono conclusi con il tradizionale, emozionante momento del "Giuramento d'Ippocrate", pronunciato dai giovani neo iscritti.

FAMIGLIA, con i pro ed i contro che questo comporta. Ma anche un momento ludico dove recuperare con il sorriso, quello spi-

pazione di iscritti, pervenuti da tutta la provincia per seguire le attese relazioni, in particolare quella sul sistema pen-



---

---

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

prof. Gianfranco Micheletti

prof. Luigi Donato

prof. Antonio Salvetti

dott. Antonio Vagelli

dott. Mino Fierabracci

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

Antonelli Carlo Alberto, Argelli Giorgio, Barontini Daniele, Cassano Giovanni Battista, Gabrielli Franco, Macchia Augusto, Macchia Paolo, Maffei Lamberto, Mariani Mario, Pavone Pietro, Taccini Vittorio, Vallini Giuliano

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

Allegrini Silvia, Antonelli Claudio, Ardito Matilde, Azzone Roberto, Bagnolesi Antonella, Bertini Antonio, Bertini Marco, Bertolini Anna Maria, Bertozzi Maria Antonella, Bindi Maria, Bini Giorgio, Bonserio Franco, Bonucci Massimo, Botoni Marco, Cagno Maria Cristina, Caravelli Paolo, Carlotti Giuseppe, Carnasciali Tiziano, Casarosa Luigi, Ceccarelli Marco, Cecchetti Riccardo, Cecconi Luigi, Ciampa Elena, Cini Maria, Coli Alessandra, Colonna Maria, Consani Giovanni, Corsi Biancamaria, Cosci Sandra, Cosenza Angela, Cristiani Giovanni Andrea, De Pasquale Luciana, Dessanti Paolo, Di Lella Michele, Di Prete Maria, Di Sacco Maurizio, Di Vita Rocco, Diodati Marcello, Fabiani Rolando, Fierabracci Alessandra, Fierabracci Paola, Fracasso Egidio, Franconi Fabrizio, Gentili Giorgio, Ghiretti Simonetta, Giacomelli Carlo, Giagnoni Marco, Goletti Orlando, Guantini Rossella, Hadzhiska Bankova Irena Stefanova, Iaia Tonina Enza, Iapoce Riccardo, Lazzerini Stefano, Lepri Giovanna, Liberti Gaetano, Licata Maria Letizia, Lombardi Dino, Maccari Mauro, Mancino Maricia, Mannocci Francesco, Marconcini Roberto, Marini Carolina, Mazzoni Alessandro, Mignogna Marcello, Miozzi Maria Teresa, Mora Donata, Nencini Lucia, Nerucci Barbara, Pandolfi Paolo, Pardossi Lucia, Pellegrini Valfredo, Perretta Pasquale, Pertici Riccardo, Pietschmann Martin, Prospero Rossella, Puccetti Alessandra, Raino' Maria Ivonne, Reda Maria, Reisenhofer Barbara, Rinaldi Angelo, Rossi Giulia, Ruberti Anna, Salvetti Elisa, Santini Massimo, Sarno Nannina Emilia Maria, Sassi Grazia, Sbrana Fabio, Scarpello Cesare, Segnini Giovanni, Sichetti Teresa, Silvestri Rinaldo, Toni Cristina, Torri Ranieri, Tumino Emanuele, Valeri Marina Elda Ines, Valleriani Anna Maria, Vanni Alessandro, Venza Francesco, Veroni Maurizio, Villani Maria Cecilia

# Sclerosi multipla: convivere con la malattia

La Sclerosi Multipla (SM) è una patologia infiammatoria cronica del Sistema Nervoso Centrale, a patogenesi autoimmune ed etiologia multifattoriale. È caratterizzata dalla comparsa di disturbi focali (ad esempio: paraparesi, deficit campimetrici, diplopia, disartria, atassia, disturbi della sensibilità, disfunzioni sfinteriali, etc.) che possono regredire del tutto o solo parzialmente, per poi ripresentarsi a distanza di tempo variabile. Le manifestazioni sono eterogenee e variano in base alla localizzazione ed estensione delle lesioni demielinizzanti, nonché alla fase di malattia. All'esordio e nelle fasi iniziali, infatti, quando la sintomatologia è isolata e di scarso rilievo clinico, la diagnosi può essere incerta,

mentre nelle fasi più avanzate, per l'interessamento più ampio delle strutture nervose (disseminazione spaziale e temporale), migliora apprezzabilmente l'accuratezza diagnostica. I criteri per la diagnosi di Sclerosi Multipla sono stati recentemente rivisti ed aggiornati (Tabella 1. Criteri Diagnostici).

L'accettazione della diagnosi di SM da parte del paziente spesso non è immediata: per riuscire a convivere con la malattia dovrà affrontare un percorso psicologico articolato. Dovrà infatti ripensare a se stesso e rivedere/adattare gli obiettivi di vita, sociali e lavorativi che si era prefissato. Immediatamente dopo la diagnosi la persona è pervasa da un senso di incredulità, si aliena da se stesso per cercare di

capire cosa gli sta accadendo e solo successivamente, col tempo, inizierà a cercare quante più informazioni possibili circa la malattia. L'acquisizione della consapevolezza della malattia è un processo graduale: tale processo necessita di tempo ed elaborazione mentale per essere superato, come avviene per il corredo di eventi che accompagnano il lutto per una persona cara. Si parla di una vera e propria elaborazione del lutto, ma non tutti i pazienti vi riescono al meglio: una buona parte di loro non accetta la malattia, si chiude nella sofferenza e non riesce ad uscirvi. In ogni caso al paziente resterà la paura per il futuro in termini di possibile progressione della disabilità, perdita di autonomia e solitudine; in questa fase è importante che il medico e i familiari aiutino il paziente a valutare realisticamente i limiti che la malattia comporta evidenziando d'altro canto la imprevedibilità del decorso e la indeterminatezza del grado di disabilità neurologica che potrà svilupparsi (Figura 1. Le tappe della consapevolezza).

## **Fare i conti con le ricadute**

Dopo la diagnosi, ha inizio, da parte del paziente e del medico, l'attesa dell'evoluzione della malattia. Stabilire infatti in fase precoce l'andamento che la stessa assumerà negli anni è difficile, non essendoci indicatori predittivi del decorso. Viene quindi programmato uno stretto monitoraggio neuroradiologico e clinico, che richiede da parte del paziente l'impegno di effettuare esami di neuroimaging ravvicinati e di praticare visite di controllo ripetute. È forse in questa fase che il paziente inizia a sentirsi realmente tale, in quanto passa da uno stato di benessere ad una situazione in cui la sua salute è oggetto quotidiano e continuo di analisi e controllo. Il timore del verificarsi di una

Revisione del 2010 dei criteri di Mc Donald

esami clinici	lesioni	criteri aggiuntivi richiesti
2 o più	2 o più	nessuno
2 o più	2 o più	disseminazione spaziale in RM o mediante ulteriori episodi clinici
2 o più	2 o più	disseminazione temporale in RM o mediante ulteriori episodi clinici
1	1	disseminazione spaziale e temporale in RM o mediante ulteriori episodi clinici
0 (storia clinica insidiosa e progressiva suggestiva di sclerosi multipla)		storia di progressione in 1 anno e 2 tra i seguenti: - RM positiva a livello encefalico - RM positiva a livello di midollo spinale - positività del liquor cefalorachidiano

Tab. 1 Criteri diagnostici

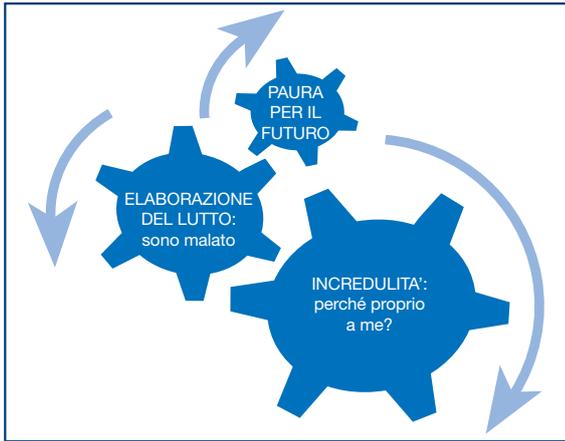


Fig. 1 Le tappe della consapevolezza

ricaduta di malattia può rappresentare un pensiero fisso durante tutti i giorni. La Sclerosi Multipla si caratterizza, infatti, nella maggior parte dei casi per un andamento recidivante-remittente, con un recupero della disabilità nelle prime fasi - che può essere totale o parziale - e con un accumulo progressivo di disabilità nel tempo: il passaggio ad una forma secondariamente progressiva si verifica infatti nel 50% dei casi entro 10 anni e nel 90% dopo 25 anni dall'esordio. Il recupero totale dopo una ricaduta, specialmente nelle forme in cui le recidive sono piuttosto infrequenti, può portare all'illusione di una risoluzione definitiva della malattia. La ricaduta determina il brusco ritorno alla realtà, determinando nel paziente una sensazione di impotenza ed il terrore di un rapido deterioramento del suo stato di salute. La ricaduta si può manifestare clini-

camente come riacutizzazione di sintomi già esperiti, oppure con sintomi del tutto nuovi, che allarmano il paziente e ne condizionano paura ed ansia. Inoltre la ricaduta richiede la somministrazione di corticosteroidi ad alte dosi, che possono provocare disagi fisici come aumento ponderale, gonfiore, innalzamento pressorio e glicemico, instabilità dell'umore ed insonnia, sintomi che si vanno a sovrapporre a quelli già presenti e che minano ulteriormente la psiche del paziente. Si può verificare, fin quando non si abbia la risoluzione della fase di acuzie, una temporanea perdita di autonomia e la necessità di procrastinare attività programmate, coinvolgendo anche la famiglia e la sfera lavorativa, spesso con grande frustrazione da parte del malato. Allorquando il recupero funzionale si fa meno completo ed aumenta la disabilità, il paziente si trova di fronte alla necessità di un sostegno continuo da parte di altri, alla "dipendenza" fisica, e talora all'utilizzo di ausili per permettere lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Le modalità di adattamento a tali cambiamenti possono categorizzarsi in sei diversi stili di coping (Tabella 2. Stili di coping). Le evidenze relative al decorso della malattia, alla sua durata ed alle strategie

di coping messe in atto evidenziano che i pazienti con malattia a decorso cronico/progressivo presentano un miglior adattamento ai sintomi rispetto ai pazienti con forme recidivanti-remittenti di malattia.

### I sintomi nascosti

Oltre all'evento acuto delle ricadute ed alla disabilità fisicamente evidente, cioè quella legata ai disturbi sensitivo-motori, nella Sclerosi Multipla vi è un corteo di sintomi "nascosti" con cui il paziente deve fare quotidianamente conto, e che possono incidere sulla qualità della vita più di quanto non facciano i disturbi macroscopici. Essi sono rappresentati prevalentemente dalla fatica, dai deficit cognitivi, dai disturbi sfinterici e della sfera sessuale. La fatica è stata definita negli anni '80 dall'OMS come "perdita soggettiva o mancanza di energia fisica e/o mentale percepita dall'individuo, in grado di interferire con lo svolgimento dell'attività quotidiana". Nella SM la fatica è presente in circa il 75-95% dei pazienti, e può presentarsi in qualsiasi fase della malattia, ed anche nelle forme a decorso più benigno. In base ad un criterio etiopatogenetico se ne possono individuare tre tipi:

- **Fatica primaria:** è la forma di fatica correlata direttamente al carico lesionale, legata al danno assonale, all'alterato metabolismo dei gangli della base, all'atrofia cerebrale, a fattori neuroendocrini ed immunologici infiammatori;

Stili di Coping				
	Hopeless/helpless	Spirito combattivo	Accettazione stoica	Spirito combattivo
<b>Caratteristiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevati livelli di ansia e depressione</li> <li>- Incapacità di attuare strategie cognitive-comportamentali finalizzate all'accettazione/adattamento della malattia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderati livelli di ansia e depressione</li> <li>- Numerose risposte cognitive-comportamentali e di confronto con i problemi legati alla malattia ---&gt; reazione positiva e costruttiva alla situazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bassi livelli di ansia e depressione</li> <li>- Attitudine fatalistica e assenza di risposte di confronto con i problemi legati alla malattia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenza di manifestazioni ansioso-depressive</li> <li>- Assenza di strategie cognitive di confronto con i problemi legati alla malattia</li> </ul>

Tab. 2 Stili di Coping

- **Fatica secondaria correlata ai sintomi provocati dalla SM:** durante le ricadute, per maggior dispendio energetico nello svolgimento delle attività quotidiane, per la presenza di spasticità, per eventuali disfunzioni tiroidee, per la collateralità della terapia farmacologica, per scarsa attività fisica, per la presenza di disturbi del sonno, per disturbi dell'umore;

- **Fatica secondaria non direttamente correlata ai sintomi della SM:** da stress, da fattori ambientali, da infezioni, da altri farmaci.

In base ad un criterio clinico-sintomatologico vengono distinti 2 diversi aspetti della fatica:

1) **Fatica cronica persistente:** sensazione opprimente di spossatezza in assenza di uno sforzo correlabile, presente in più del 50% dei giorni in un periodo di almeno 6 mesi. Tale fatica non si correla con l'attività fisica, peggiora con il caldo e talora può presentarsi esclusivamente come stanchezza mentale;

2) **Affaticabilità:** non è presente a riposo, si manifesta come facile esauribilità muscolare specie agli arti inferiori, dopo aver eseguito un compito motorio.

Quando la presenza di fatica viene riferita dal paziente e' necessario porvi attenzione e approfondirne la circostanzialità, in modo da poter escludere una causa primaria, come un sottostante e misconosciuto disturbo dell'umore, ovvero la correlazione con uno dei fattori menzionati. Una volta evidenziata la natura verranno messi in atto i trattamenti più mirati per contenerla. L'elevata prevalenza di depressione nei pazienti con Sclerosi Multipla trova spiegazione nella condizione psicologica reattivo/adattativa alla disabilità fisica, al senso di dipendenza dagli altri,

ed all'incertezza per la propria attività lavorativa, per il futuro sostentamento economico e in generale per tutto ciò che riguarda l'avvenire.

Partendo da questi presupposti viene facile immaginare come i disturbi affettivi possano comparire nei diversi momenti di progressione della malattia, ancorchè gli studi effettuati in questo ambito abbiano dato risultati contrastanti. Infatti se alcuni autori hanno riportato che i sintomi depressivi si esacerbano in concomitanza dei periodi di aumentata attività della malattia, altri hanno riconosciuto che il cambiamento di fase della malattia può comportare alterazioni del tono dell'umore. Numerose evidenze sono disponibili sulla relazione tra depressione e grado di disabilità, indipendentemente dal numero e dalla frequenza di recidive, ma anche questa volta con risultati non univoci. Infatti alcuni autori sono a favore della associazione tra depressione e grado di disabilità misurato con la scala EDSS – Expanded Disability Status Scale (Figura 2. La scala EDSS). Per contro altri autori sostengono che la frequenza o la gravità delle manifestazioni depressive nei pazienti con Sclerosi Multipla siano indipendenti dalla severità della malattia neurologica.

Nei pazienti affetti da SM non è inoltre infrequente riscontrare alcuni disturbi cognitivi di grado lieve o moderato. Gli stessi, coinvolgendo una popolazione per lo più giovanile e comunque nel pieno dell'attività lavorativa, determinano importanti disagi sia nella vita quotidiana (ad esempio nello studio, sul lavoro, nella gestione dei rapporti familiari) che riverberi psicologici importanti. La prevalenza di tali disturbi è stimata intorno al 40-60%, ma spesso sono sottostimati e non

sufficientemente considerati. I domini cognitivi più frequentemente interessati sono la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive, la fluency verbale, la velocità di processazione delle informazioni, la percezione visuo-spaziale. Quando tali disturbi si manifestano in modo pervasivo durante l'esecuzione di compiti mentali importanti, si parla di "fatica cognitiva".

Tra i disturbi "nascosti" quelli sfinterici sono molto frequenti, e solitamente si presentano sotto forma di incontinenza urinaria con sindrome da emergenza/urgenza minzionale e stipsi. Tali sintomi devono essere attentamente indagati e trattati, in quanto spesso il paziente tende a non riferirli spontaneamente, perchè per un retaggio culturale relativo alla sfera genito-urinaria li percepisce come stigmatizzanti. Ciò è ancora più vero per i disturbi della sfera sessuale, con disfunzione erettile nell'uomo e perdita della libido nella donna, che possono determinare difficoltà nelle relazioni di coppia, aggravando ulteriormente gli equilibri interrelazionali già minati dal ruolo di caregiver assunto da uno dei due componenti della coppia.

Essere quindi affetti da una malattia cronica come la Sclerosi Multipla implica per il paziente non solo dover convivere fisicamente con limitazioni e disagi, ma anche sovvertire la propria quotidianità, alla ricerca di strategie psicologiche adattative che permettano di affrontarli, e migliorare così la propria Qualità della Vita, definita come: "...la percezione che ogni individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto del sistema culturale e di valori esistenti nel luogo in cui egli vive e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi che gli sono propri". Ne deriva che la cura di questa patologia neurologica va oltre il trattamento farmacologico, ad affrontare nella sua complessità la salute fisica della persona, la sua condizione psicologica, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con la progressione della disabilità.

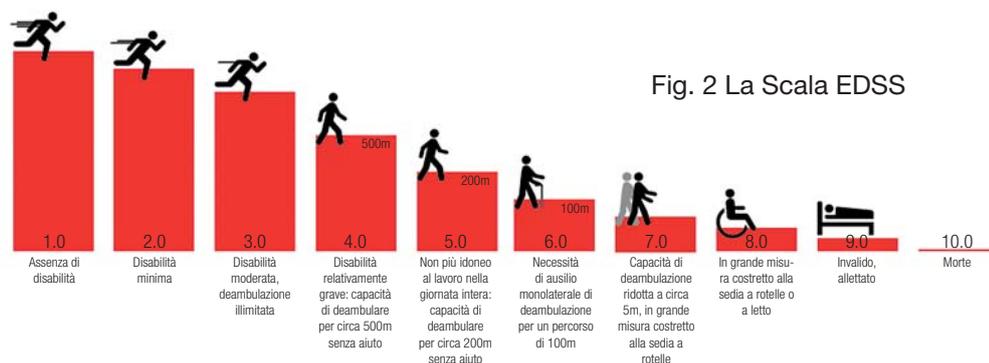


Fig. 2 La Scala EDSS

# Donazioni: problema medico e sociale

**S**i parla molto dei trapianti per il loro altissimo valore terapeutico e sociale e per l'inevitabile effetto mediatico che, a volte, può fare un pò velo a ciò che li precede, vale a dire all'altrettanto straordinaria frontiera della medicina che si occupa della donazione.

Infatti, se la chirurgia dei trapianti viene, a ragione, universalmente considerata una insostituibile opportunità terapeutica capace di risolvere positivamente situazioni di rischio o di danno per la vita, lo stesso credito non è, spesso, diretto agli aspetti donativi che trovano i cardini della propria sussistenza nella espressione/acquisizione di un consenso informato, nella certezza dell'accertamento della morte e nel corretto svolgimento delle procedure indispensabili per il compimento dell'iter clinico - organizzativo che termina col prelievo degli organi e/o tessuti.

In altre parole, donazione e trapianto sono un unico evento che si concretizza attraverso l'attuazione di due fasi susseguenti delle quali, la prima, si mostra ancora non perfettamente a fuoco.

Tuttavia, nel breve volgere di pochi anni, grazie ai sanitari che sono stati anticipatori ed edificatori di questo settore, ci siamo trovati immersi nella complessità operativa che la medicina della donazione oggi richiede.

Ciò ha determinato, per gli operatori addetti, il progressivo rafforzamento della loro definizione professionale e l'adesione sempre più marcata alle altre specialità mediche portando in dote il proprio bagaglio clinico, epide-

miologico, relazionale e organizzativo necessario per l'esercizio pratico.

Inoltre, fuori dall'ambito meramente professionale ed inserita in un contesto più ampio, la donazione nella sua fase evolutiva, continua ad accendere coinvolgenti e spesso incerti dibattiti nell'opinione pubblica sulle argomentazioni medico-legali, giuridiche ed etiche che ne sono parte integrante.

Come detto in precedenza gli aspetti organizzativi e clinico - epidemiologici, che caratterizzano gli eventi donativi, sono per la maggior parte in via di chiarimento ma permangono, ancora non tutti spiegati, quelli sociali che sostano in un limbo da dove possono dare origine ad un incerto senso di solidarietà nella popolazione generale.

Questo è ciò che vorremmo focalizzare in questo articolo.

Fatta salva, ovviamente, la legittima determinazione dei singoli di dirsi contrari alla donazione, le istituzioni, le associazioni e i professionisti hanno il dovere di fornire sempre più incisivamente le necessarie informazioni e di mettere in atto tutte le iniziative atte a consentire che una volontà consapevole possa diventare un valore sociale concreto e diffuso.

Abbiamo avuto modo di dire, a questo proposito e in più occasioni, che la donazione non si *raccoglie* ma si *costruisce* intendendo per costruire *l'energia organizzativa* spesa affinché un gesto singolo possa diventare un comportamento collettivo con indubbi vantaggi sistemici.

La *costruzione*, come sempre,

inizia dalle fondamenta vale a dire dal linguaggio; dovremo quindi prestare la massima attenzione al modo con cui andiamo a presentare argomenti *difficili* come quello della donazione di organi e tessuti post - mortem .

Dobbiamo tenere sempre presente che i *modi* con i quali tali tematiche vengono affrontate vanno inevitabilmente ad influenzare le conseguenti *azioni* di chi ascolta.

E' necessario perciò evitare la naturale tendenza ad usare un linguaggio *omissivo* che affronta solo alcuni aspetti della questione e ne tralascia, in maniera accorta, altri altrettanto importanti e significativi.

Non dobbiamo temere *l'opposizione* dell'individuo a fronte di una corretta ed esaustiva informazione ma, al contrario, una eventuale *autorizzazione* in carenza di notizie fondamentali per costruire un pieno e consapevole consenso informato.

Il nostro punto di arrivo deve essere quello di aumentare la fiducia dei cittadini verso il sistema della donazione, puntando sulla sicurezza, la trasparenza e l'efficienza della rete regionale e nazionale.

Non dimentichiamo che, su temi *sensibili* ci sono espressioni che entrano nel linguaggio comune passando attraverso molti *filtri mediatici* e differenti *vissuti personali*.

La morte "*cerebrale*" è una di queste e viene spesso male divulgata, confusa con lo stato di coma più o meno profondo, forzata al punto da farle assumere significati a volte completamente fuorvianti.



## Luigi Pardelli: 60 anni di Pediatra a Pisa

“**P**rofessore, lei certo non si ricorderà di me, ma ero bimbetto quando mi visitò per la prima volta. Oggi le porto il mio nipotino. E’ una visita di controllo. E’ nato qualche giorno fa, ma come mia madre mi accompagnò da lei più di sessant’anni or sono, vorrei che mi desse un parere. Gliel’ho portato io stesso, anche perché volevo rivederla. Mi creda,

sono commosso”.

A raccontarlo, fra i tanti episodi che s’affollano nella memoria durante l’intervista, è Luigi Pardelli, sulla piazza pisana dal 1948. Un percorso ancor’oggi quotidiano che lo ha messo a contatto con almeno quattro generazioni di bambini e loro familiari.

“Nella cornice di un’Italia che stentava a riprendersi dalla miseria del-

la guerra, esercitare la pediatria – come del resto l’intera professione medica – non era certo facile. Mancava tutto o quasi, c’era unicamente la voglia di rinascere ed al più presto, lasciandoci alle spalle le brutture di un passato da dimenticare in fretta. Forse, per me e per tanti, è stata la molla che ci ha portato a stringere i denti, a lottare senza abbatteci mai”.

“Mi resi comunque subito conto di come avessi scelto d’inserirmi in un mondo del tutto a sé stante, perchè il pediatra è un dottore particolare, è il medico dei bambini e, nella pur indispensabile formazione universitaria, ancor più importante è acquisire soprattutto la mentalità. Entrare cioè in sintonia con i familiari che lo accudiscono ed il paziente, incapace ad esprimersi con obiettività, ma con il diritto a ricevere il trattamento migliore”. “Una massima – aggiunge - cui ho cercato sempre d’attenermi, tramandandola nella mia esperienza didattica verso gli studenti che ho avuto il piacere di contribuire a formare, come medici ed al contempo come persone di responsabilità”

“Ad ogni epoca, in ogni caso, la propria medicina. Ed il progresso per noi riguardava il modo d’affrontare le situazioni d’un tempo, mai però del tutto scomparse, con i mezzi d’allora. Parlo, in particolare, della tbc e le sue complicanze come la meningite tubercolare. Una patologia di grosso impatto nei confronti del bagaglio culturale anche per il pediatra. Era, in sostanza, una clinica certo più invasiva e traumatica, sia per il malato che per lo specialista. Ipotizzare ora iniezioni sottoccipitali di streptomina, può senz’altro evocare una reazione di timore, quasi d’invasività terapeutica”.



tica, ma le disponibilità erano quelle e bisognava adeguarsi. Occorreva cioè disporre anche d'una maggiore manualità, perché le competenze del pediatra – in assenza d'una tecnologia d'avanguardia come quella moderna - erano più ampie e le metodiche sicuramente meno sofisticate.”

“Era un impegno a tempo pieno, senza feste o turni di riposo, un susseguirsi continuo di attività in corsia, visite a casa, ambulatori pieni di gente anche preoccupata per quel poco di cui si disponeva all'epoca in fatto di diagnostica e soprattutto di disponibilità terapeutiche. Un'immersione totale in una materia che, al tempo stesso, affascinava, affascinava e ci rendeva praticamente schiavi di un ritmo incalzante. Eppure, in quelle dimensioni contestuali, umane e professionali, si dimostrava un tirocinio di prim'ordine a cui mai ci saremmo potuti e voluti sottrarre”.

“Ma c'era talvolta un momento delicato, nel rapporto con l'intera famiglia, destinato a rimanere indelebile nella mente – spiega – quando cioè al giovane pediatra veniva richiesto, con garbo ed altrettanta fermezza, un consulto domiciliare con il professore a confermare l'operato sin lì svolto. “Non certo per mancanza di fiducia, si giustificavano i genitori ed i parenti, solo per avere una maggiore sicurezza, di quanto lei

ha fatto fin'ora, dottore. Ha sempre il nostro apprezzamento e la nostra stima, però...”.

“Ripensandoci adesso, a mente fredda, si trattava di correre un rischio calcolato, una specie d'iniziazione alla nostra esperienza di principianti. Da un lato il timore d'un parere contrario, che avrebbe suonato quasi come un errore od un fallimento delle proprie capacità. Dall'altro, l'opportunità d'una verifica personale che, in caso positivo, avrebbe sicuramente contribuito ad alimentare la fiducia in sé stessi ed una spinta a proseguire nella missione che stavamo cominciando, con indubbio entusiasmo, senza tralasciare lo sguardo d'approvazione e compiacimento da parte del docente al termine della visita”. “La miglior gratificazione era infine quella di ascoltare, tendendo l'orecchio comprensibilmente un po' ansiosi, il commento sottovoce del professore congedandosi dalla famiglia:



“State pure tranquilli. Siete davvero in buone mani. Quel medico è uno dei miei allievi più bravi”.

“Sì, in una disamina di oltre mezzo secolo, non si può disconoscere come le cose anche in questo settore siano inevitabilmente cambiate - conclude - e non poteva essere altrimenti. La società ed assieme la scienza mutano di continuo e sessant'anni rappresentano un parametro di paragone veramente a grosso spessore. Le scoperte mediche, farmaci e mezzi diagnostici, la struttura dell'insegnamento universitario, la sanità pubblica e privata delineano un percorso ben diverso su cui si muove lo specialista di oggi. Ma non può invece cambiare lo spirito con cui il medico, chiunque esso sia, debba approcciarsi al malato ed alla malattia: con umiltà e rispetto, perché bisogna sempre porre dubbi alle proprie certezze e certezze ai propri dubbi. E' lo spirito critico che deve accompagnarci in ogni momento, davanti alla peculiarità della materia dove ciascun individuo rappresenta un caso a sé stante, ma dove i numeri possono fare tendenza. Essere soddisfatti ed in pace con sé stessi. E' quello che voglio dire e dare ai giovani. Se sentite dentro di voi il desiderio di diventare veramente il medico del bambino, allora impegnatevi. Riuscirete”.



## Natale 2011

**T**rattandosi di una pagina dedicata alle questioni fiscali potremmo esaminare nel dettaglio quali nuovi indici siano stati inseriti nel “redditometro” o analizzare più da vicino lo “spesometro”, ma oggi è il 2 dicembre 2011, il Governo Monti ha annunciato le nuove misure economiche suggerite dalla Comunità Europea che saranno inserite nella manovra di lunedì 5 dicembre prossimo, “Il Sole24 Ore” in edicola illustra le varie misure che molto probabilmente conterrà la manovra: da un ritocco in aumento alle due aliquote Irpef più alte, dalla tassa sui beni di lusso, dalle pensioni che passano dal 2012 dal sistema retributivo a quello contributivo, al blocco della rivalutazione degli assegni sulla base dell’inflazione, all’incremento per le donne dell’età pensionabile che passa a 62-63 anni e per gli uomini a 66-67, alle pensioni di anzianità ottenibili solo dopo 41-42 anni di contributi, all’Ici

che ritorna sulla prima casa, all’Ici progressiva sulle seconde case, e all’Ici ancor più consistente al crescere del patrimonio immobiliare (una sorta di patrimoniale insomma), alla rivalutazione delle rendite catastali degli immobili, all’incremento dell’IVA (oggi con aliquota del 21%) da innalzare al 22-23%, alla possibilità di abbassare il limite massimo dei pagamenti in contanti (la tracciabilità) dagli attuali 2.500 euro a 500 o addirittura 300 euro. A fronte di queste nuove gravose imposizioni il Governo Monti ha previsto misure per il rilancio dell’economia come la riduzione dell’Irap, gli interventi di sostegno per giovani e donne, ma... è una giornata incerta, anche se la borsa ha chiuso in positivo e lo spread sul bund è stato pari al 4,23%, anche se il Paese “economico” ha lavorato come sempre, anche se l’Italia è tra le sette Nazioni più industrializzate anche se la Cancelliera Merkel ha detto che “... l’Ita-

lia ha davanti a sé un’enorme sfida è responsabile per il proprio futuro e per il futuro dell’Europa essendo l’Italia la terza economia della Ue, il suo futuro è il futuro dell’Eurozona...” anche e soprattutto perché tutto quanto sta accadendo all’economia italiana solo pochi anni fa non lo avremmo creduto possibile, la nostra economia è costituita da grandi ma anche da piccoli imprenditori tenaci, da lavoratori coscienti, da professionisti capaci, come è potuto succedere? Molti sono gli interrogativi che si pongono, su chi ha bene e male operato, sui rimedi efficaci o peggiori del male stesso, e al di là delle pesanti misure fiscali che ci attendono grande è la speranza che come dopo ogni burrasca torni il sereno con un’Italia più sana e più forte di prima. Nonostante tutto, Buon Natale!

*(Fonte: “Il Sole 24 Ore” del 2 Dicembre 2011)*



# Tre famosi medici del '700 italiano: Cotugno, Cirillo e Cocchi

**D**omenico Cotugno nacque il 29 gennaio 1736 a Ruvo di Puglia, da gente di umile condizione; apprese in patria i

primi elementi della lingua latina, che perfezionò poi nel seminario di Molfetta, in cui restò fino al 1748. Di intelligenza molto sveglia

e pronta, fu inviato nel 1753 a studiare medicina a Napoli, vincendo l'anno successivo un posto di assistente all'ospedale degli Incurabili. Conseguita la laurea nello Studio di Salerno nel 1756, si dedicò subito alla ricerca anatomica e clinica. A 25 anni fu scelto ad insegnare chirurgia per gli interni dell'ospedale; continuò frattanto i suoi prediletti studi, che lo portarono in breve tempo a scoprire il liquido labirintico, gli acquedotti del vestibolo e della chiocciola dell'orecchio interno.

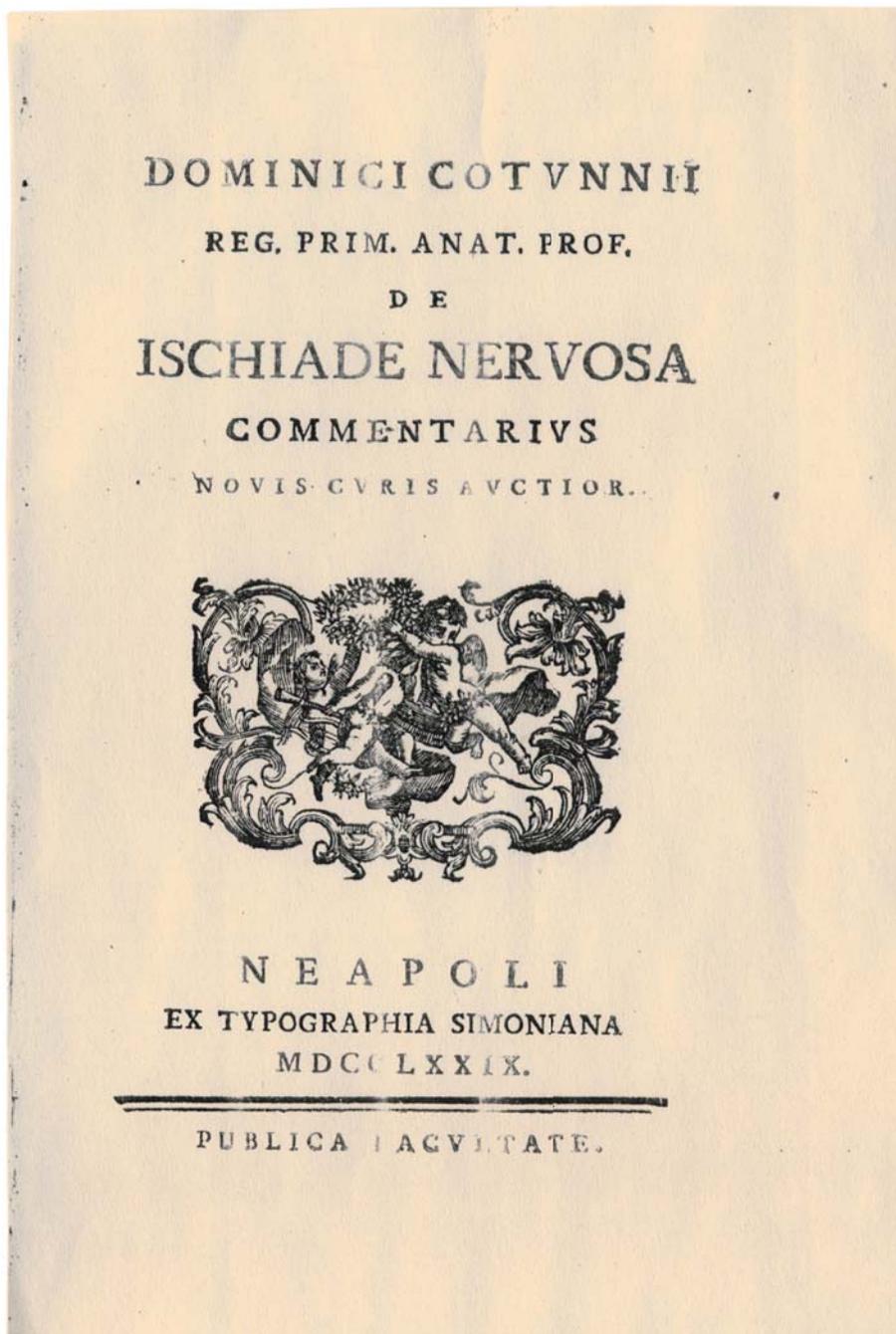
Nel 1764 si occupò della grave epidemia di tifo petecchiale che infieriva a Napoli e che definì "febbre corruttoria italica".

Nello stesso anno pubblicò i suoi lavori sulla sciatica, illustrandone la causa ed indicandone la cura. Nel 1765 intraprese un viaggio per approfondire le sue conoscenze mediche attraverso l'Italia, in particolare per voler personalmente conoscere il grande Morgagni.

Ritornato in patria, a soli 30 anni, dopo pubblico concorso, ottenne la cattedra, resa vacante, di anatomia all'università; le sue lezioni erano frequentatissime e molto apprezzate dagli studenti.

Nel 1769 si occupò anche di vaiolo. Fu poi nominato medico primario degli Incurabili ed iniziò a pubblicare un trattato di istituzioni chirurgiche, di cui fu però stampato un solo foglio.

Formò una ricchissima biblioteca e si occupò anche



D. Cotugno, *De ischiade nervosa*, Neapoli, 1779

di letteratura, di arte e di archeologia. Stimato e ricercato anche nella pratica professionale, nel 1783 guarì da una grave malattia il duca di Calabria e seguì poi come medico di camera Ferdinando IV nel suo viaggio in Austria e Baviera.

Nel 1802 fece parte del comitato per l'arricchimento della biblioteca reale di Napoli. Fu più volte decano della facoltà medica, rettore dell'ateneo, preside della locale Accademia delle Scienze e socio delle più importanti accademie d'Italia e d'Europa e nominato archiatra nel

1808.

Continuò la sua attività ospedaliera fino agli ultimi anni della sua vita e morendo, lasciò una ricca donazione all'ospedale ove per tanto tempo aveva servito, mentre con le altre parti del suo patrimonio aveva provveduto ai parenti e alla dama di corte Ippolita Ruffo di Bagnara, che aveva sposato nel 1794 ma dalla quale non ebbe figli.

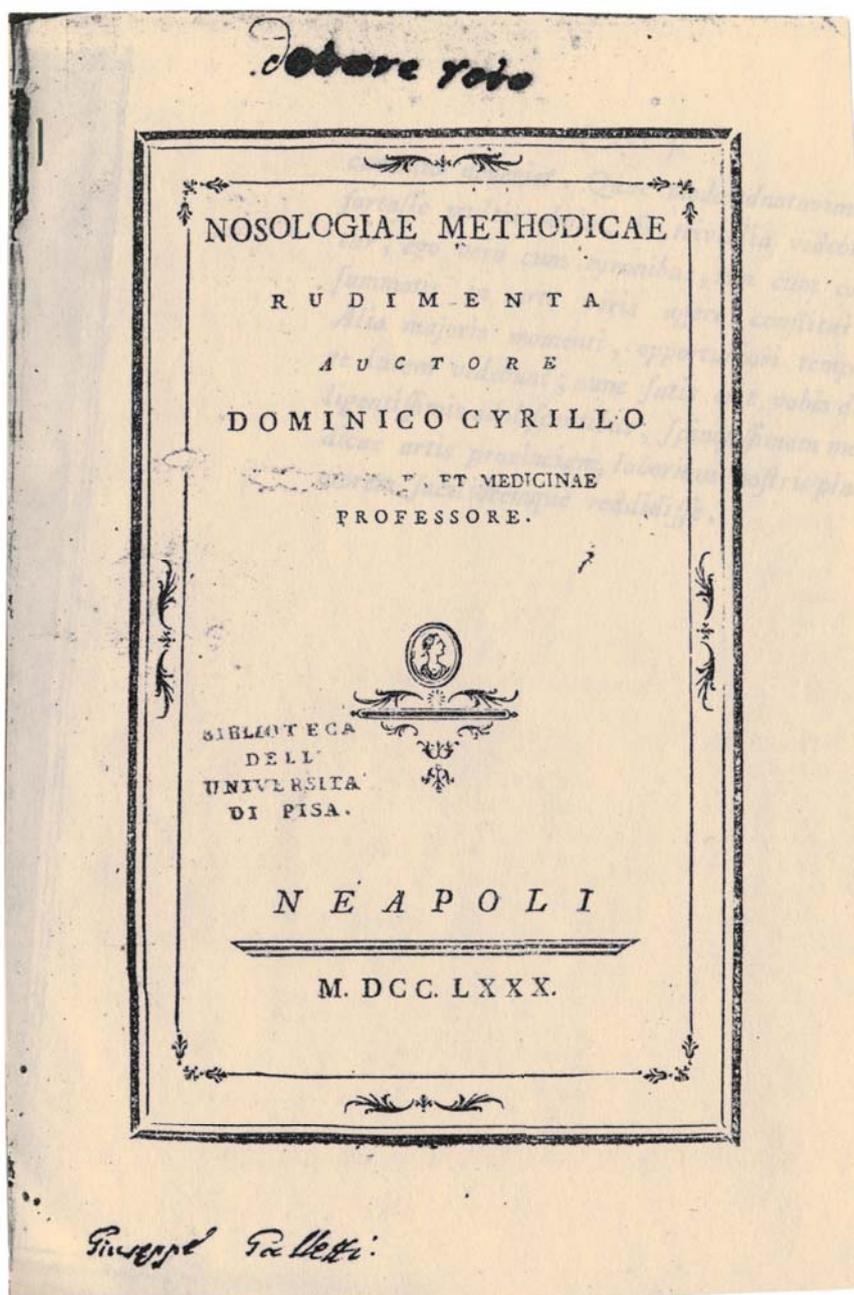
Compianto da tutti, morì il 6 ottobre 1822 per un attacco di apoplezia cerebrale e fu sepolto nella chiesa dei Padri della Missione.

Di carattere grandemente caritatevole, visse semplicemente per la scienza; ebbe una grande amicizia con il Morgagni e fu vero amico del martire della libertà napoletana, Domenico Cirillo, e degli altri patrioti.

Dei suoi numerosi scritti, oltre alle prime ricerche sull'orecchio interno, ricordiamo in particolare la dissertazione *De Ischiade nervosa* edita a Napoli nel 1764, che lo fece conoscere e lo rese celebre; poi il *De sedibus variolorum syntagma* del 1769, il discorso accademico del 1772 *Dello spirito della medicina*, ed una *Memoria sul meccanismo del moto reciproco del sangue*, edita nel 1788. Alcuni suoi manoscritti sono conservati nella Biblioteca Nazionale di Napoli.

Discendente da una illustre famiglia, Domenico Cirillo nacque nel 1739 a Grumo, località vicino a Napoli, e a circa sette anni fu inviato a Napoli per iniziare gli studi che fece sotto la guida dello zio Santo, che l'avviò al disegno; poco dopo i quindici anni si iscrisse ai corsi di medicina dell'università, dedicandosi con entusiasmo anche alla botanica. Laureatosi nel 1759, l'anno dopo per le sue conoscenze naturalistiche vinse il concorso per la cattedra di botanica dedicandosi allo studio delle opere di Linneo ed entrando anche in corrispondenza con lui. Rinnovò l'insegnamento di questa materia, creando un valido nucleo di allievi. Nel 1777 lasciò questo incarico per quello prima di medicina teorica, e poi per quello di pratica. Insegnò inoltre fisiologia ed ostetricia nell'Ospedale degli Incurabili. Fu curante di buona parte dell'aristocrazia ed anche della famiglia reale e ciò creò contro di lui risentimenti ed invidie.

Viaggiò molto in patria e all'estero, facendo conoscenza con i più illustri studiosi del tempo ed in Inghilterra fu accolto nella Royal Society, fece anche parte della massoneria. Ostile al governo reale, proclamata la Repubblica Partenopea, dopo alcune perplessità entrò a far parte della Commissione legislativa;



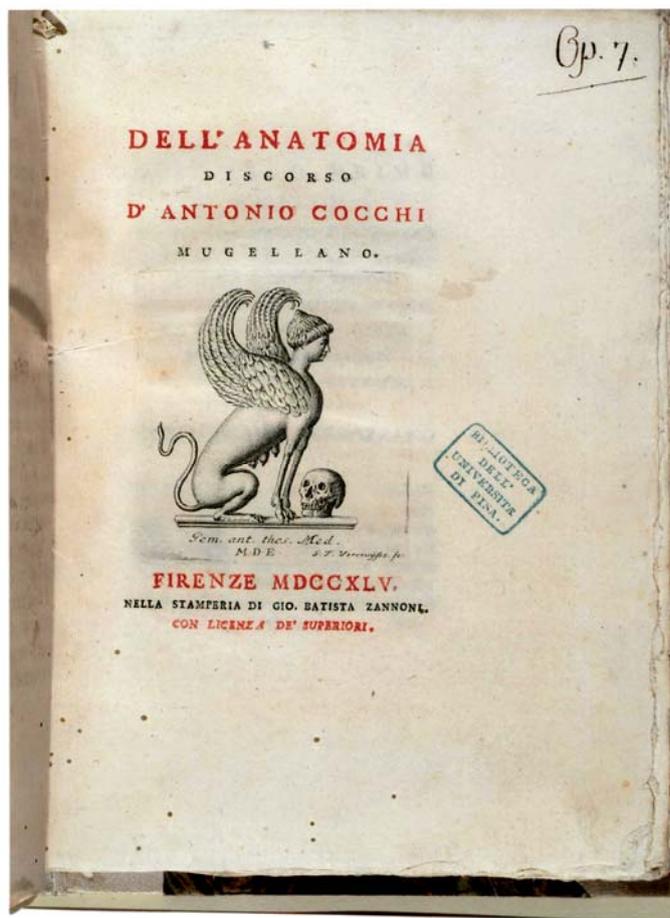
D. Cirillo, *Nosologiae methodicae rudimenta*, Neapoli, 1780

caduta la repubblica e restaurato Ferdinando IV di Borbone, cercò di fuggire per riparare in Francia, ma fu arrestato insieme agli altri patrioti e condannato a morte. Dopo non aver voluto richiedere la grazia, fu giustiziato il 29 ottobre 1799. Poche settimane prima la sua casa era stata saccheggiata e data alle fiamme dalle bande sanfediste, andando così distrutto il suo vasto patrimonio di testi, di manoscritti e di collezioni.

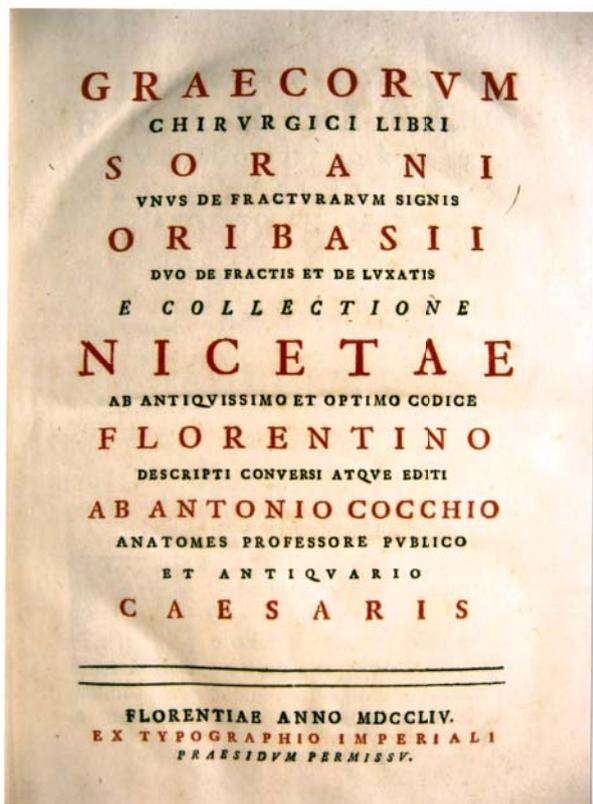
Nobile figura di medico, di scienziato illuminista e di patriota, la sua opera fu spesa a favore della società e delle sue istituzioni, specie riguardanti l'organizzazione degli ospedali e delle prigioni. Fu anche un valente botanico, eccellente clinico, ottimo oratore, e le sue lezioni erano seguite da un folto ed entusiastico pubblico. Le sue ricerche furono in particolare dirette a studiare le malattie veneree.

Fra le sue pubblicazioni di argomento medico, ricordiamo nel 1780 il *De lue venerea*, poi tradotto tre anni dopo in italiano come *Osservazioni pratiche intorno alla*

*lue venerea*, quindi una memoria sulla "lue venerea" sull'uso dell'unguento di sublimato corrosivo nella stessa malattia ed inoltre un conciso manuale di patologia. Sempre nella sua città, stampò nel 1783 il *Tractatus de pulsibus*, in cui propone lo studio delle pulsazioni come indice delle malattie del corpo umano; oltre ai *Discorsi accademici*, altre sue opere



A. Cocchi, *Discorsi di anatomia*, Firenze, 1745



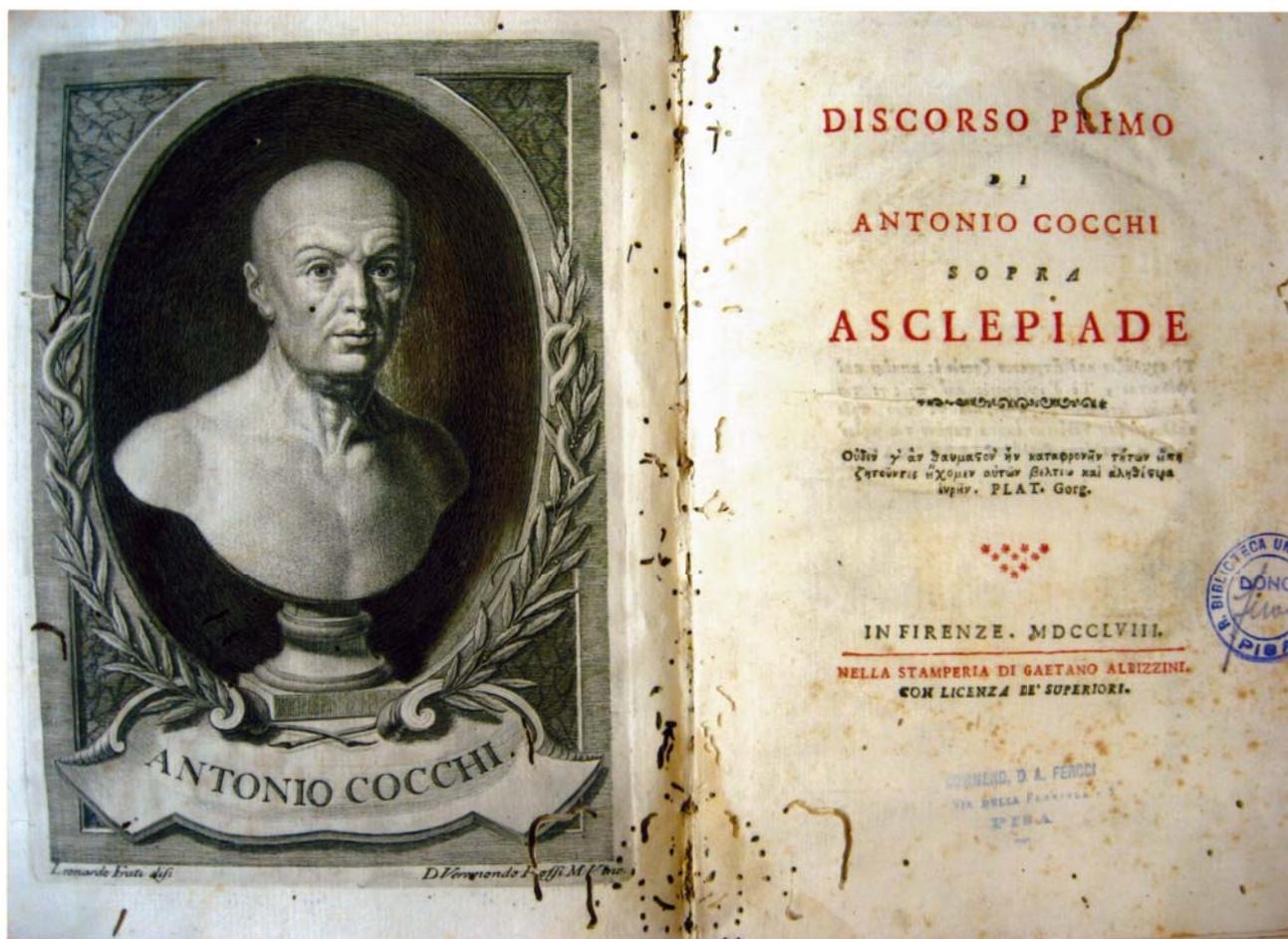
A. Cocchi, *Graecorum Sorani Oribasii Nicetae*, Florentiae, 1754

riguardano l'idrologia e la farmacologia; mentre altri studi sono invece di interesse botanico, sia riguardanti la didattica come la ricerca. Due volumi manoscritti, relativi a casi clinici da lui osservati negli anni 1775-79, sono conservati nel Museo nazionale di S. Martino.

Antonio Cocchi fu un grande erudito del Settecento. Nacque nel 1695 a Benevento, ove il padre si trovava per lavoro, come procuratore del fiorentino marchese Rinuccini da una famiglia nativa nel

Mugello. Fece i suoi primi studi a Firenze alla scuola degli Scolopi con ottimi risultati e, sentendosi portato alle scienze, si iscrisse a medicina nell'Ateneo pisano, laureandosi qui nel 1716.

Tornato nella sua città, dopo aver frequentato, per perfezionarsi nella pratica, l'ospedale di S. Maria Nuova, fu iscritto al locale ordine dei medici; poco dopo ebbe un incarico come medico militare del presidio spagnolo di Porto Longone all'Isola d'Elba, ove rimase per un anno. Rientrato a Firenze, si mise ad esercitare privatamente la professione, dedicandosi inoltre con impegno allo studio delle lingue classiche e moderne, avendo l'abitudine, che non tralascerà mai, di tenere un dettagliato diario (noto poi come *Effemeridi*) dei suoi interessi, degli incontri avuti e degli avvenimenti occorsigli nella vita. Conosciuto e stimato per la sua cultura, fu invitato e seguì il conte di Huntington a seguirlo in Inghilter-



A. Cocchi, *Discorso primo sopra Asclepiade*, In Firenze, 1758

ra nel 1722 e, dopo un lungo viaggio, passando per la Germania e la Francia, si fermò a Londra per circa quattro anni, approfondendo i suoi studi ed esercitando con successo la medicina, inserendosi facilmente, data la sua grande erudizione, nei circoli nobiliari e scientifici locali, ricevendo ovunque grandi accoglienze ed attestazioni di stima. Tornato in Toscana, attraversando l'Olanda e la Germania, per interessamento del marchese Carlo Rinuccini, gli fu affidata nel 1726 dal granduca Gian Gastone la cattedra di lettore straordinario di Medicina teorica nello Studio pisano ed in questa occasione lesse una prolusione, poi stampata, dal titolo *Medicinae laudatio Pisis publice habita*. Irritato per le invidie e pettegozzi dei colleghi, contrari a molte delle sue idee innovatrici, tornò a Firenze, dove nel 1736 gli fu conferito l'insegnamento di anatomia nell'ospedale di S. Maria Nuova; fu

nominato antiquario granducale ed incaricato di riordinare la Biblioteca Magliabechiana, fu il primo toscano ad essere affiliato alla massoneria. Nel 1742 gli fu affidata anche la preparazione pratica degli studenti ed impostò i corsi su nuove basi, affidando a ciascuno degli allievi due pazienti da seguire, sui quali periodicamente dovevano relazionare. Fu poi ordinario di anatomia all'università di Pisa dal 1746 al 1754.

Nel 1753 fu tra i membri della commissione nominata dal collegio medico per studiare i provvedimenti medici contro i tisi.

Numerosissimi i suoi consulti, scritti in lingua purissima, solo 159 di quelli privati verranno poi pubblicati nel 1791. Notevole la vastità dei suoi interessi, di letterato, di filosofo, di bibliofilo, di studioso delle antichità, di naturalista.

Nel 1750, per ordine del granduca, scrisse un trattato *Dei Bagni di*

*Pisa*, riguardante le terme di San Giuliano, una approfondita monografia sulla posizione del luogo e le caratteristiche curative di queste acque.

Delle sue opere mediche, ricordiamo il *Discorso sul vitto pitagorico* del 1743, in cui propugna, per conservare la salute, una dieta semplice a base di vegetali ed acqua purissima; una dissertazione *Sopra l'uso esterno presso gli antichi dell'acqua fredda sul corpo umano*; il *Discorso primo sopra Asclepiade*, rimasto poi incompleto; ed i *Discorsi di anatomia*. Si occupò anche di antichi testi di chirurgia greci, che raccolse e commentò.

Affetto da tempo di una malattia cardiaca, morì il 1° gennaio 1758 e fu sepolto in S. Croce.

Antonio Cocchi ebbe due mogli e dalla seconda due figli, di cui il maschio, Raimondo, seguirà la professione paterna.

# VII Memorial Michele Cagidiaco: 10/11 febbraio 2012

**C**ari Colleghi, nei giorni 10 e 11 Febbraio 2012 avrà luogo presso il My One Hotel (PI) il VII° Memorial Cagidiaco. Questa manifestazione, che di anno in anno si è sempre più inserita nel panorama nazionale sia per la qualità dei relatori che per il numero dei partecipanti, prevede tre sessioni distinte per odontoiatri, igienisti dentali e assistenti alla poltrona.

Il Dr. Michele Cagidiaco è stato un professionista che anche in un'epoca nella quale non si parlava di punteggio ECM ha sempre ritenuto l'aggiornamento un punto di forza della professione ed è riuscito a trasmettere il suo interesse anche a molti fortunati Colleghi con i quali ha condiviso il piacere di ospitare a Pisa quasi tutti i più grandi nomi dell'Odontoiatria internazionale.

Michele è stato uno dei primi "Amici di Brugg", è stato Socio Fondatore della Società Italiana di Parodontologia, ha sempre creduto nella figura dell'igienista dentale, si è sem-

pre prodigato per la divulgazione del concetto di prevenzione ed ha anche sensibilizzato i Colleghi sulla necessità dell'aggiornamento professionale delle assistenti.

La Sezione ANDI di Pisa ritiene che il miglior modo di ricordarlo sia quello di continuare la sua Opera coinvolgendo in un unico evento le tre figure professionali a lui tanto care.

Per questa edizione è prevista la partecipazione di oratori di fama nazionale ed internazionale con argomenti che spazieranno dalla parodontologia, alla protesi, alla ricostruttiva, e all'implantologia; alle assistenti di studio è invece riservato l'argomento dell'assistenza alla poltrona in ortodonzia.

*A nome del Presidente e del Consiglio Direttivo dell'ANDI Pisa porgo sentiti ringraziamenti sia agli illustri Colleghi Relatori e Moderatori, che hanno con piacere dato la loro disponibilità a partecipare all'evento permettendoci di ottenerne un elevato spessore culturale.*

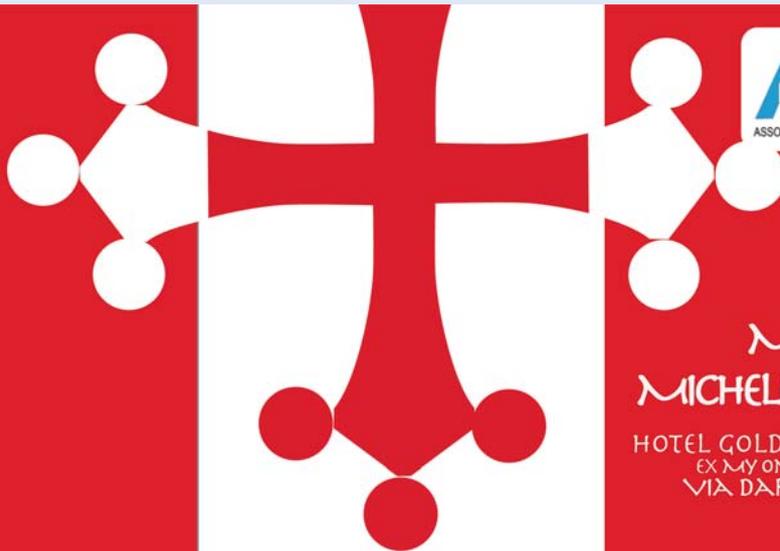
Allego quanto da lui scritto sulla Rivista degli Amici di Brugg nel 1982:

## LE SIGNORINE DI STUDIO

Al 25° Congresso di Rimini si svolge per la seconda volta la "Giornata delle assistenti dentali" (le quali d'ora in poi parteciperanno di diritto al programma congressuale). Ecco uno scampolo della cronaca di Michele Cagidiaco: *"Dopo la felice riuscita dell'edizione 1981 con la presenza di oltre 600 assistenti, anche quest'anno è stata inclusa nel convegno la giornata per le Signorine di Studio; infatti, come promise il Prof. Castagnola l'anno scorso, d'ora in poi anche le assistenti avranno ogni anno alcune ore dedicate all'aggiornamento professionale durante il congresso annuale. L'affluenza è stata, come al solito, maggiore di ogni aspettativa. Infatti erano presenti in aula oltre 800 Signorine".*

Il Congresso sarà accreditato nel programma per la formazione continua degli operatori della sanità (ECM).





## VII MEMORIAL MICHELE CAGIDIACO

HOTEL GOLDEN TULIP GALILEI  
EX MY ONE HOTEL GALILEI  
VIA DARSENA, 1 - PISA



10 - 11 FEBBRAIO  
DUEMILADODICI

[www.pierreservice.it](http://www.pierreservice.it)

# VII MEMORIAL MICHELE CAGIDIACO

PRESSO HOTEL GOLDEN TULIP GALILEI EX MY ONE HOTEL GALILEI VIA DARSENA, 1 - 56121 PISA - TEL. 050.507111

## RELATORI E MODERATORI

**Dr. Roberto Barone**  
**Dr. Giuseppe Bellanti**  
**Dr.ssa Marialice Boldi**  
**Dr. Dario Castellani**  
**Dr. Carlo Clauser**  
**Dr. Massimo De Sanctis**  
**Prof. Mario Gabriele**  
**Dr. Andrea Gesi**  
**Prof.ssa Maria Rita Giuca**  
**Dr.ssa Maria Rita Guadagni**  
**Dr. Stefano Mirengi**  
**Dr. Franco Pancani**  
**Dr. Riccardo Pellegrini**  
**Dr.ssa Michela Rossini**  
**Dr. Roberto Rotundo**

## ODONTOIATRI

### Venerdì 10 Febbraio 2012

09,00-09,30 Registrazione partecipanti  
09,30-09,45 Saluto delle autorità  
Moderatore: Dr. Giuseppe Bellanti  
9,45-10,45 **Dr. Massimo De Sanctis**, Lectio Magistralis  
«La terapia parodontale tra biologia ed estetica»  
10,45-11,15 Coffee break  
11,15-13,15 **Dr. Andrea Gesi**  
«L'endodonzia è diventata davvero così semplice con  
le nuove tecnologie?»  
13,15-14,30 Pausa pranzo  
Moderatore: Professor Mario Gabriele  
14,30-16,00 **Dr. Roberto Barone** – **Dr. Carlo Clauser**  
«Chirurgia Orale nel bambino e nell'adulto:  
un approccio razionale» *prima parte*  
16,00-16,30 Coffee break  
16,30-18,00 **Dr. Roberto Barone** – **Dr. Carlo Clauser**  
«Chirurgia Orale nel bambino e nell'adulto:  
un approccio razionale» *seconda parte*

### Sabato 11 Febbraio 2012

09,00-09,30 Registrazione partecipanti  
Moderatore: Dr. Franco Pancani  
09,30-11,00 **Dr. Dario Castellani**  
«Preparazione dentale ed impronte alla luce dei  
nuovi materiali» *prima parte*  
11,00-11,30 Coffee break  
11,30-13,00 **Dr. Dario Castellani**  
«Preparazione dentale ed  
impronte alla luce dei  
nuovi materiali»  
*seconda parte*  
13,00-13,30 Fine lavori e  
compilazione test ECM

## ASSISTENTI

### Sabato 11 Febbraio 2012

09,00-09,30 Registrazione partecipanti  
09,30-09,45 Saluto delle autorità  
Moderatore: Dr. Riccardo Pellegrini  
09,45-11,00 **Dr. ssa Maria Rita Guadagni**  
«Il team vincente: tecniche di comunicazione efficace (PNL)»  
11,00-11,30 Coffee break  
11,30-13,00 **Dr. Stefano Mirengi**  
«Approccio psicologico al paziente  
ortodontico / pedodontico.»

## IGIENISTI

### Sabato 11 Febbraio 2012

09,00-09,30 Registrazione partecipanti  
09,30-09,45 Saluto delle autorità  
Moderatore: Professoressa Maria Rita Giuca  
09,45-11,00 **Dr. Roberto Rotundo**  
«Terapia di supporto nel paziente con riabilitazione  
implantoprotesica: strategie di gestione»  
11,00-11,30 Coffee break  
11,30-13,30 **Dr. ssa Marialice Boldi** e  
**Dr.ssa Michela Rossini**  
«Lo sbiancamento dentale è solo un trattamento estetico?»  
13,30-14,00 Fine lavori e compilazione test ECM



# Gli odontoiatri e la manovra di Ferragosto 2011

E' d'obbligo segnalare che al momento in cui va in stampa questo articolo il Decreto "Monti" conosciuto anche come "Decreto Salva Italia" sta apportando molte novità in materia di fisco e di liberizzazioni. Ci prendiamo l'impegno di parlarne con un successivo articolo. Un esempio per tutti è che il limite dell'utilizzo del contante è stato ridotto all'importo di 1.000 euro.

Il decreto legge n. 138/2011, soprannominato "Manovra di Ferragosto" inserito in sede di conversione nella Legge 14 settembre 2011 n. 148, ha introdotto significative novità che interessano gli odontoiatri, di seguito una breve analisi.

**1) Limite di utilizzo del contante:** per quanto riguarda la disciplina antiriciclaggio, che persegue in effetti anche finalità antievasione, è stato abbassato ad €. 2.500,00 (1.000,00 per successive modifiche n.d.r.) il limite di utilizzo del contante (intendendosi a questo proposito non solo il denaro ma anche i titoli al portatore, i libretti di deposito bancari o postali al portatore). Il limite di €. 2.500,00 (1.000,00 per successive modifiche n.d.r.) deve essere considerato anche in relazione a pagamenti frazionati e avvenuti in tempi diversi, che possono però essere ricondotti ad un'unica operazione, salvo che il frazionamento non sia dovuto ad operazioni particolari quali ad esempio la rateizzazione. La norma prevede che gli Organi deputati al controllo quali ad esempio la Guardia di Finanza possano irrogare per detta violazione le sanzioni che variano dall'1% al 40% dell'importo oggetto di contestazione.

**2) Stretta in merito agli Studi di Settore:** è stata introdotta una norma che prevede di poter usufruire della "franchigia da accertamento" (meccanismo che tutela il soggetto congruo e coerente i cui redditi accertati non superano del 40% i ricavi dichiarati, e per un massimo di 50.000,00 euro) solo se il contribuente è risultato anche l'anno precedente congruo (anche se non coerente), e se lo Studio di Settore risulta compilato senza alterazioni.

**3) Sanzioni per il professionista che non emette la parcella:** la norma, che ricalca le previsioni già in vigore per gli esercizi commerciali tenuti all'emissione di scontrino o ricevuta fiscale, prevede che il professionista che ha omesso di fatturare (o che ha emesso la parcella in misura inferiore), ed al quale sono state contestate le suddette violazioni in quattro giorni diversi nell'arco di un quinquennio, venga sospeso dall'Ordine di appartenenza per

un periodo da tre giorni ad un mese. La sospensione viene disposta direttamente dall'Agenzia delle Entrate Regionale, che provvede a comunicare all'Ordine di appartenenza l'avvenuto provvedimento e che vigila sull'esatto adempimento. In caso di recidiva la sanzione prevista prevede la sospensione da un minimo di 15 giorni a sei mesi. Infine nel caso in cui le omissioni siano compiute da un'associazione professionale ciascun associato sarà raggiunto dalla sospensione.

**4) Obbligo di stipulare una polizza professionale:** l'art.5, comma e) del decreto 138/11 prevede l'obbligo in capo ai professionisti, allo scopo di tutelare i clienti, di stipulare una polizza assicurativa le cui condizioni generali potranno anche essere negoziate dai Consigli Nazionali e dalle Casse previdenziali in convenzione con i propri iscritti. Al momento del conferimento dell'incarico, il professionista dovrà fornire al cliente gli estremi della polizza ed il relativo massimale.

**5) Obbligo di formazione permanente:** i professionisti sono obbligati a seguire percorsi di formazione continua, la norma conferma quanto già previsto in materia di ECM, e demanda ai Consigli Nazionali l'adozione di appositi regolamenti. La violazione degli obblighi relativi all'ECM comporta un illecito disciplinare con le sanzioni stabilite dai relativi ordinamenti professionali.

**6) Onorari professionali:** l'art. 5, comma d) prevede che il compenso spettante all'odontoiatra venga pattuito per iscritto nel momento del conferimento dell'incarico, facendo riferimento alle tariffe professionali, ma ammettendo anche la pattuizione in deroga. Nel contempo il professionista dovrà illustrare al cliente il livello di complessità dell'incarico fornendo tutte le informazioni utili circa il costo complessivo della prestazione.

**7) Pubblicità:** l' art. 3, comma 5) lettera g) prevede libertà per la pubblicità informativa che riguardi l'oggetto dell'attività professionale, le specializzazioni, i titoli di studio, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni. La norma dispone che le informazioni fornite siano traspa-

renti, veritiere, corrette e non equivoche, ingannevoli o denigratorie. Gli Ordini professionali dovranno adeguare i propri ordinamenti alla disposizione in oggetto entro agosto 2012.

**8) Il Sistri ( Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti )** abrogato con il decreto 138/2011 è stato reintrodotta in sede di conversione, ma con modifiche. Infatti il complesso sistema di rilevazione informatica del trasporto di rifiuti speciali scatterà dal 9 febbraio 2012, mentre per i produttori di rifiuti pericolosi che hanno meno di dieci dipendenti la data di decorrenza sarà decisa da un apposito decreto ministeriale, infine un altro decreto ministeriale dovrà stabilire le tipologie di rifiuti speciali non pericolosi per i quali non sarà necessario utilizzare il Sistri.

**9) Utilizzo di strumenti di pagamento ed incasso diversi dal contante.** L'art. 2, comma 36-vicies ter prevede che in caso di accertamento fiscale, gli esercenti arti e professioni con ricavi dichiarati non superiori a 5 milioni di euro che: 1) per tutte le operazioni attive (incassi) e passive (acquisti e spese) utilizzano strumenti diversi dal denaro contante e che 2) nella dichiarazione dei redditi indicano gli estremi identificativi dei rapporti bancari, hanno diritto alla riduzione al 50% delle sanzioni amministrative.

**10) Modifica alla disciplina dei reati tributari:** vengono abrogate le ipotesi attenuate relative all'emissione ed utilizzazione di fatture inesistenti, introduzione di limiti per alcune circostanze della concessione della sospensione condizionale della pena e ampliamento dei termini di prescrizione. 11) Viene istituito un **contributo di "solidarietà"** con effetto dal 1° gennaio 2011 fino al 31 dicembre 2013: Il contributo pari al 3% si applica sul reddito complessivo (reddito perciò al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni) dichiarato nel modello unico sull'importo eccedente i 300.000,00 euro. Il contributo di solidarietà versato potrà essere dedotto nella dichiarazione dei redditi relativa all'anno nel quale è stato pagato.

(Fonte: "Il Sole 24 Ore")

# La Commissione Albo Odontoiatri di Pisa

**N**ei giorni 3 - 4 - 5 Dicembre 2011 si sono svolte presso il nostro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri le elezioni per nominare i rappresentanti degli iscritti all'Albo dei Medici ed all'Albo degli Odontoiatri.

La partecipazione al voto degli odontoiatri è stata intorno al 23% degli aventi diritto. Un parametro quasi stazionario rispetto alle precedenti elezioni del 2008; mi auguro che detta percentuale possa aumentare alle prossime elezioni: "libertà è... partecipazione"!

La lista proposta per la CAO 2012-2014 è stata approvata con larga maggioranza. Pertanto i cinque eletti, visto il consenso ottenuto, saranno spinti a sviluppare al massimo il programma proposto ed a prestare la migliore collaborazione possibile a tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri nell'interesse dei cittadini e della categoria.

La composizione della CAO eletta è stata finalizzata ad ottenere una più estesa rappresentatività di tutte le variegate componenti della categoria, per raggiungere all'interno dell'Ordine una sempre maggiore collaborazione con la componen-



2009: Il Presidente CAO Franco Pancani premia un neo iscritto all'Albo

te medica e per valorizzare tutto il comparto delle professioni sanitarie. Poiché la CAO nel corrente anno ha dovuto impegnarsi con molti casi disciplinari anche gravi, ma soprattutto per un vertiginoso aumento delle forme di pubblicità scorretta, invito i Colleghi a rileggersi con attenzione il Codice Deontologico. In particolare ritengo opportuno pubblicare ancora gli articoli 55 - 56 - 57, riguardanti la pubblicità e l'informazione sanitaria, per sensibilizzare

la categoria ed affrontare correttamente l'aspetto della comunicazione con i cittadini/pazienti.

Richiamo caldamente i colleghi in caso di dubbi interpretativi e comportamentali a chiedere chiarimenti all'Ordine.

Senza menzionare casi eclatanti, mi piace sottolineare due situazioni ricorrenti ed opposte. A volte vengono enfaticamente pubblicizzati titoli professionali o non ufficialmente riconosciuti o non correttamente attribuiti o di dubbia provenienza. A volte si vedono targhe all'ingresso degli studi del tutto anonime, con la semplice dizione "Studio Dentistico". Da un estremo all'altro, verrebbe da pensare. In quest'ultimo caso fra l'altro la targa anonima può celare una ben più grave attività abusiva. La CAO di Pisa intende pertanto indirizzare i Colleghi nella giusta direzione col consiglio prima di tutto. Ricordiamoci che ogni cittadino deve sapere correttamente chi è l'odontoiatra che opera all'interno di uno studio. Ricordiamoci che se

## COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

<b>Pancani Franco</b>	<b>Presidente</b>
<b>Galoppi Teresa</b>	<b>Segretario</b>
<b>Graziani Filippo</b>	<b>Consigliere</b>
<b>Trivelli Roberto</b>	<b>Consigliere</b>
<b>Calderani Alberto</b>	<b>Consigliere</b>
<b>Pancani Franco e Graziani Filippo sono anche Consiglieri del Consiglio Direttivo dell'Ordine</b>	

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI

## CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA



16 DICEMBRE 2006

pretendiamo rispetto come professionisti singoli e come categoria dobbiamo comportarci di conseguenza nei confronti dei cittadini:

- non dobbiamo mercificare il nostro lavoro, che è un lavoro tecnico ed intellettuale, con comportamenti scorretti e/o indecorosi, che creano false aspettative;
- non dobbiamo in particolare incamminarci sul piano inclinato della concorrenza economica a scapito della qualità della prestazione; nessuno potrà difenderci da contenzio-

si legali.

### **PUBBLICITÀ ed INFORMAZIONE SANITARIA**

#### **Art. 55 – Informazione sanitaria**

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire un'efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità ed informazione al cittadino. Il medico collabora con

le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

#### **Art. 56 – Pubblicità dell'informazione sanitaria**

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli e da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. La pubblicità promozionale e comparativa è vietata. Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obbiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio. Il medico che partecipa, collabora ed offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri. Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti della ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

#### **Art. 57 – Divieto di patrocinio**

Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali.

Pertanto insistendo, ritengo opportuno ripresentare una circolare, ancora attuale, del Presidente Nazionale CAO Dott. Giuseppe Renzo. A tutti gli Odontoiatri ed alla nuova CAO un augurio di buon lavoro e di piena collaborazione al suo interno e con i Colleghe Medici.



FNOMCeO

*Il Presidente  
della Commissione per gli iscritti  
all'Albo degli Odontoiatri*

Dr. M. Poladas

FNOMCEO 21/01/09  
RGP.0000572 2009  
CI. 01.09.01/1

**Ai Presidenti delle Commissioni per gli  
Iscritti all'Albo degli Odontoiatri**

**E-MAIL**

**Oggetto : Pubblicità attraverso  
redazionali.**

Cari Colleghi,

la CAO Nazionale è fortemente preoccupata per quanto sta avvenendo attraverso iniziative di tipo giornalistico, dirette ad offrire ai professionisti - chiedendo ovviamente onerosi ritorni economici - la possibilità di utilizzare intere pagine di carattere pubblicitario che diffondono interviste, dirette chiaramente a promuovere la loro attività professionale.

Queste sono le ricadute derivanti da una errata interpretazione della cosiddetta "Legge Bersani" che, quand'anche avesse abrogato il nulla-osta ordinistico previsto per l'autorizzazione dei messaggi pubblicitari in campo sanitario, ha confermato il compito e la responsabilità degli Ordini per quanto concerne la verifica della trasparenza e della veridicità dei messaggi pubblicitari.

In buona sostanza, gli Ordini non possono certamente chiamarsi fuori dal verificare la correttezza di detti messaggi, considerato che il loro intervento serve a garantire i cittadini di fronte a messaggi pubblicitari ingannevoli e non trasparenti.

Sono certo che, come sempre, tutte le CAO provinciali daranno dimostrazione di responsabilità e di corretto adempimento dei propri compiti.

Cordiali saluti

  
Giuseppe Renzo  


# Congresso regionale toscano SIMEU Pisa 25-26 novembre 2011

**S**i è concluso sabato 26 Novembre 2011 il congresso annuale dei soci SIMEU della Regione Toscana tenutosi a Pisa presso l'Hotel Golden Tulip Galilei che ha registrato la partecipazione di oltre 160 tra infermieri e medici operanti nelle varie strutture del sistema di Emergenza-Urgenza toscano.

Sotto il patrocinio della AOUP e dell'Ordine dei Medici di Pisa, il congresso ha visto la presenza costante del presidente Regionale SIMEU Stefano Grifoni e del direttore del DEU della AOUP Eugenio Orsitto i quali hanno espresso pieno apprezzamento per il livello delle relazioni svolte e per soprattutto per il board scientifico costituito da molte delle figure di riferimento del sistema di Emergenza-Urgenza (regionale e non) sia nella componente Preospedaliera (Francesco Palumbo direttore 118 SI, Adelina Ricciardelli direttore C.O. 118 FE, Giuliani in rappresentanza della dr.ssa De Vito C.O. 118 FI, Laura Spisni direttore DEU Pontedera, Robusto Biagioni 118 GR) che Ospedaliera (Stefano Grifoni direttore PS e Osservazione Breve AOU Careggi, Alessandro Rosselli direttore DEU ASL10 FI, Massimo Santini direttore UO Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso AOU Pisana, Simone Magazzini direttore Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso DEU ASL 4 PO, Mauro Breggia direttore DEU Grosseto, Alberto Cuccuini direttore Medicina d'Urgenza Arezzo, Roberto Vannini direttore PS Barberino del Mugello, Mauro Pratesi direttore PS Livorno, Paolo Pennati direttore PS Cecina, Andrea Cai direttore PS Pistoia, Fulvio Bruni direttore PS Siena, Marco Rossi direttore

PS Lucca).

Il tema centrale della prima giornata è stata appunto l'organizzazione del sistema di Emergenza-Urgenza nella sua fase preospedaliera e nella fase ospedaliera passando inoltre per alcuni tra i più importanti percorsi di area vasta. Le relazioni hanno affrontato quindi, in ambito regionale, i vari punti espressi nel nuovo documento pubblicato da SIMEU e FIMEUC su "Standard Organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza". Tale documento disponibile online al sito [www.simeu.it](http://www.simeu.it) e [www.fimeuc.org](http://www.fimeuc.org) contiene la sintesi delle riflessioni sulla organizzazione dei sistemi di emergenza espressa dagli specialisti del settore e rappresenta un accurato punto di vista basato sulle evidenze e raccolto da una commissione di esperti che ha visto la partecipazione di rappresentanti da tutte le regioni d'Italia e anche una nutrita rappresentanza di toscani.

Nella seconda giornata sono stati affrontati alcuni temi clinici di grande rilevanza pratica (trattamento e profilassi antitrombotica in vari contesti clinici e utilizzo dei biomarcatori nel DEA) e quello della formazione (presenti al convegno i direttori delle scuole di specializzazione in Medicina d'Urgenza prof Franco Carmassi (PI) e prof Riccardo Pini (FI)) con particolare attenzione alle tecniche di simulazione e alla formazione sull'utilizzo degli ultrasuoni in emergenza in presenza dei rappresentanti delle 3 realtà toscane in questo settore (Scuola SIUMB di PISA - Scuola SIMEU di Careggi - Scuola SIMEU ASL 10). Come da consuetudine consolidata nei congressi SIMEU i vari argomenti sono stati affrontati

in larga parte anche dal punto di vista infermieristico a ribadire ancora una volta la assoluta fiducia nell'integrazione dei professionisti all'interno del teamworking che caratterizza fortemente il mondo dell'emergenza. Così, dai percorsi di area vasta alle problematiche del crowding, per finire ai protocolli di sedo-analgesia e alla formazione, le professionalità infermieristiche hanno dato il loro eccellente contributo.

Ospiti d'onore e apprezzatissimi per i rispettivi interventi sono stati il prof. Fernando Schiraldi past president SIMEU e il dr. Giancarlo Casolo presidente ANMCO della Regione Toscana ai quali va il sentito ringraziamento del direttivo regionale toscano SIMEU per la partecipazione.

Ultimo, non certo per importanza, l'appuntamento con la sessione Poster che ha evidenziato la voglia e lo spirito di iniziativa dei partecipanti con alcuni spunti veramente interessanti e che ha visto premiati i migliori tre elaborati con un "grant" fruibile in corsi di formazione SIMEU.

La rilevanza degli argomenti trattati ha fatto sì che la sede congressuale sia stata affollata per tutte e due le giornate congressuali con ampia e viva discussione sui temi affrontati il che ha poi portato al riscontro di un altissimo indice di gradimento nei questionari somministrati post-evento a tutti i partecipanti.

Una menzione di merito va alla puntuale organizzazione dell'evento, affidata a Meridiana Events & Education, e alla cura del programma scientifico, seguito da Alessio Bertini, Michele Lanigra e Giuseppe Pepe.

## Il Centro Regionale di riferimento per le dislipidemie ereditarie

L'attività del Centro attorno alle dislipidemie ereditarie nasce nei lontani anni ottanta.

La caratteristica fondamentale va ricercata in ciò che la genetica definisce "effetto fondatore": essendo nato nell'allora Istituto di Fisiologia Clinica, diretto dal Professor Luigi Donato, è stato subito improntato sull'intreccio tra attività di ricerca e di assistenza; la funzione assistenziale è l'occasione per impostare domande di ricerca e, viceversa, la funzione di ricerca risolve domande assistenziali altrimenti ineludibili.

Un merito basta ascrivere a questo Centro: quello di porre l'accento sulle forme ereditarie di dislipidemie. Può sembrare paradossale ma a fronte della "notorietà" del "colesterolo alto" - tutti si preoccupano del loro colesterolo - pochissima attenzione è dedicata a queste patologie. Eppure esse rappresentano un grosso problema sanitario e sociale, basti pensare che:

- le dislipidemie ereditarie colpiscono il 75% dei soggetti sopravvissuti ad Infarto acuto del miocardio sotto i 60 anni e quindi interessano i "giovani cardiopatici",
- che molte dislipidemie ereditarie sono trasmesse in modo autosomico dominante.

Su queste due condizioni il Centro ha antesignanamente attivato un percorso di "Medicina di Iniziativa" agendo dal punto di vista del paziente.

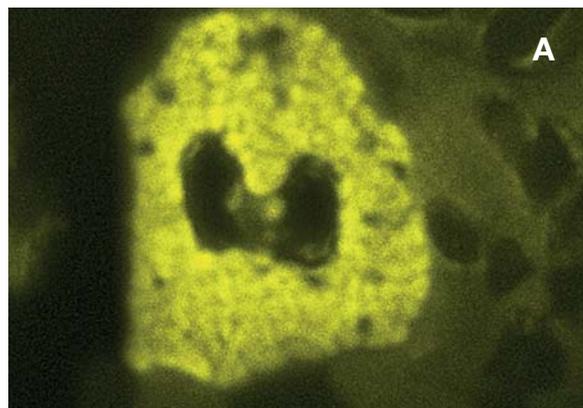
La dislipidemia ereditaria, in quanto condizione di malattia cronica implica un relativo costo economico, sociale, personale e familiare. Fu col punto di vista di interesse dei pazienti che nel 1999 curammo l'inserimento, nel relativo decreto ministeriale delle principali forme di dislipidemie ereditarie tra le patologie esenti da

ticket per terapie, visite mediche, esami di laboratorio e strumentali.

La formulazione di diagnosi di dislipidemia ereditaria a carico di un paziente, presso il nostro Centro, avvia percorsi di approfondimento diagnostico terapeutico e di follow up dedicati. Perciò fare diagnosi di DE presso il Centro vuol dire contestualmente: certificazione di patologia, counseling genetico, screening dei familiari e diagnosi precoce e quindi la presa in carico del paziente. Nel data base "dislipidemie ereditarie" costruito in tanti anni sono presenti infatti moltissime famiglie.

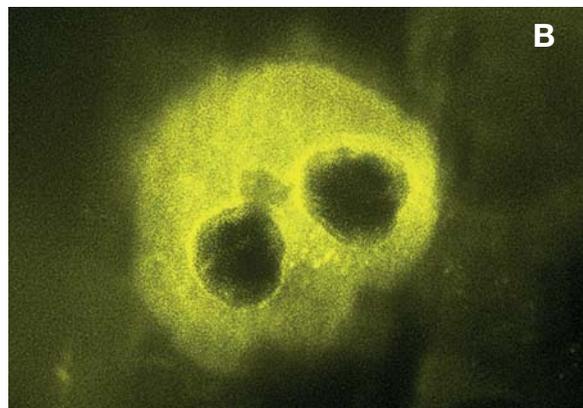
Il percorso prevede una visita ambulatoriale di 1° inquadramento, esami biomorali di primo screening, inclusi quelli necessari ad escludere le forme secondarie ad altre patologie, esami lipidologici specialistici (profilo apoproteico e lipoproteico, difetti enzimatici del sistema delle lipoproteine, separazione delle lipoproteine, determinazione dei fattori di infiammazione biomorale e cellulari\*. A ciò segue un programma di staging di complicanze cardiovascolari. La positività di un test di ischemia avvia il paziente su percorsi cardiologici-appropriati.

Nel percorso di follow up i pazienti si giovano anche di un servizio di "te-



Leucociti di paziente con Ipercolesterolemia Familiare Eterizigote, seguito presso il centro prima (A) e dopo (B) il trattamento con LDL aferesi.

L'ipercolesterolemia induce attivazione leucocitaria, evidenziata dalla mieloperossidasi (in verde con immunofissazione).



lemedicina" benchè non codificato (consultazione telefonica trasmissione via fax di risultati eseguiti nel luogo di residenza) allo scopo di minimizzare costi sanitari e disagi personali, con il coinvolgimento del medico di famiglia che per noi rimane l'attore principale nella gestione del paziente.

Nelle forme più gravi i pazienti sono avviati al trattamento con LDL aferesi, una terapia ultraspecialistica. Quella dell'LDL aferesi è una vecchia-nuova frontiera; nuova perché, purtroppo per chi ne necessita, è an-

cora troppo poco conosciuta e praticata. E' una terapia indicata nei casi di dislipidemie ereditarie cosiddette "refrattarie (in cui la terapia dietetica e plurifarmacologica non è sufficiente o non è praticabile). I soggetti con Ipercolesterolemia Familiare Omozigote se non sottoposti a questa terapia muoiono in età infantile, generalmente per infarto del miocardio. Si esegue in circolazione extracorporea durante la quale il sangue viene "depurato" di colesterolo (tramite la rimozione delle LDL) e /o di altre lipoproteine aterogene come la Lipoproteina (a).

I sistemi di rimozione sono basati su principi di reazione chimica diversi ma con lo stesso effetto finale. Si effettua in regime ambulatoriale. Non ci sono controindicazioni maggiori, in età pediatrica e adulta. A questa terapia (come presidio insostituibile per molti pazienti) e al suo riconoscimento il Centro ha dedicato uno speciale impegno pionieristico e volontaristico sin da venti anni fa; fortunatamente

da qualche anno oltre alle pochissime risorse di personale medico si è aggiunto un aumento di personale infermieristico, particolarmente specializzato e dedicato cosicché si può fronteggiare meglio una domanda che rimane sempre maggiore dell'offerta possibile.

Il Centro è anche presidio della rete Toscana delle Malattie Rare, per le forme rare di Dislipidemie Ereditarie. Alla gestione di questi casi, per la maggior parte casi gravi e senza terapia importantissimo è l'apporto dell'attività di laboratorio specialistico (certificato nella rete Northwest Lipid Laboratories, Seattle, Washington), che si avvale del contributo di biologi (specialisti, specializzandi, dottorandi, tesiisti e tirocinanti). Per arrivare alla diagnosi nelle forme rare, per ogni caso, è necessario mettere a punto ex novo metodologie di indagine che includono tecniche di biologia cellulare (isolamento e colture di linee primarie di cellule del paziente) e molecolare, indagine genetica e

biochimiche sofisticate, quasi mai di routine.

Medici di base, specialisti cardiologi ospedalieri e ambulatoriali extraospedalieri, specialisti di altre discipline, usano il Centro come un riferimento utile alla gestione del paziente; questo è il feedback che stimola il Centro a tentare di assolvere il suo compito principale che è quello di aggiornare ed elevare lo standard assistenziale per le dislipidemie; compito oggi reso più difficile dalla ristrettezza di risorse, da pregiudizi culturali, da egemonie culturali e scientifiche spesso sbilanciate su posizioni influenzate da "Big Pharma" e soprattutto da un gran fermento di ricerca in questo settore in termini di diagnosi e terapia. Non dovrebbe essere indifferente alle Autorità Sanitarie che le Dislipidemie sono una sfida economica capace di far "saltare il banco" nel prossimo futuro, per l'ampiezza e il costo delle terapie innovative che l'industria di tutto il mondo si promette al mercato sanitario.



**Gentile Collega,**

**il Centro Medico sta cercando Te**



**Nella nuova sede abbiamo creato una struttura sanitaria all'avanguardia, con i più alti livelli tecnologici e di comfort. Scoprila su youtube a**

**[www.youtube.com/user/CENTROMEDICOPISA](http://www.youtube.com/user/CENTROMEDICOPISA)**

**Se Ti interessa collaborare con noi, sono a Tua disposizione per farTi visitare la struttura**

*Dr Massimo Caselli - Dir. San.*

**BIOMEDICAL  
CENTRO MEDICO**

**via Delle Bocchette 1 Pisa - tel 050.575.591**

# Il sistema nervoso fra passato e futuro

**M**ezzo secolo di ricerca hanno portato a novità impensabili anche nello specifico campo della neurologia. Per i prossimi cinquant'anni, fra i vari settori quello che impegnerà di più sarà l'invecchiamento. Ma tanti sono gli aspetti ed i problemi. E' un'intervista a tutto campo che il **prof. Luigi Murri**, lasciando il proprio impegno didattico cominciato all'inizio degli anni '60, traccia per Pisamedica. Ricerca, università, neurologia territoriale (si occuperà per la Regione Toscana d'ora in avanti, proprio di quest'ultimo aspetto) sono i cardini in cui si giocherà il futuro di tanti giovani e la salute dell'umanità.

*Ha trascorso mezzo secolo nel settore della ricerca scientifica sul sistema nervoso. Allora, si sarebbe aspettato di poter raggiungere le attuali conoscenze?*

Assolutamente no. Non era prevedibile ad esempio l'esplosione delle tecniche di immagini, che hanno facilitato enormemente la diagnosi di numerose malattie neurologiche. Vi è stato lo sviluppo importante della biologia molecolare, della neurogenetica, che hanno permesso una valutazione precoce del danno migliorando nettamente la prognosi.

*Cosa ci dobbiamo attendere per i prossimi cinquant'anni? Quali settori sono più avanzati?*

E' un periodo estremamente ampio per l'evoluzione della scienza. E' già difficile prevedere ciò che succederà per il prossimo decennio in quanto la scienza non ha solo una evoluzione progressiva, ma si sviluppa a gradini in rapporto alle nuove scoperte che modificano la visione precedente. La nascita di uno Steve Jobs nell'ambito delle neuroscienze modificherà certamente, almeno sul piano tecnologico le nostre capacità diagnostiche. Certo che con il miglioramento diagnostico e il progressivo incremento della durata di vita vi sarà un progressivo aumento delle patologie le-

gate all'invecchiamento, periodo in cui prevalgono le malattie neurologiche; è facile pertanto prevedere che l'interessamento delle neuroscienze sarà verso questo versante.

*Riusciremo mai ad effettuare il trapianto di cervello, come sembrava anche ipotizzabile qualche tempo fa?*

Non mi sembra che vi sia un avanzamento delle conoscenze che permettono la rigenerazione delle fibre nervose in modo da connettere encefalo con midollo spinale. Comunque, a parte le considerazioni etiche, non si dovrebbe parlare del trapianto del cervello, come per altri organi, ma di trapianto di un corpo perché verrebbe trapiantata una persona intesa come un insieme di capacità cognitive ed affettive proprie del cosiddetto donatore.

*Che messaggio possono dare i medici di base nella prevenzione delle malattie neurologiche?*

Il ruolo del Medico di Medicina Generale è anche fondamentale nell'ambito della prevenzione, che è rappresentato un elemento importante per il miglioramento della salute e conseguente allungamento della durata di vita. Il problema in Neurologia riguarda il fatto che per alcune patologie si conoscono abbastanza i fattori di rischio come nelle patologie vascolari, ma per molte

malattie neurodegenerative non si hanno chiare indicazioni.

*Il ruolo dell'impiego di cellule staminali è in forte discussione critica. Siamo ancora al palo rispetto ad altri settori (ad esempio le applicazioni pratiche della rigenerazione del tessuto osseo)?*

L'utilizzo delle cellule staminali è sempre un obiettivo prioritario nell'ambito della medicina rigenerativa. Forse è nocivo inizialmente l'ampio interesse che ha stimolato nella popolazione portando a semplificare i notevoli problemi tecnici che vi sono dietro. E così è passata l'informazione che sia sufficiente introdurre alcune cellule staminali per riparare un organo o formarne uno nuovo; a ciò si sono aggiunti i problemi di tipo etico-politico-religioso che hanno interferito sul lavoro scientifico.

L'Assessorato alla Salute della Regione Toscana si mostrò sensibile alle possibili applicazioni cliniche per cui destinò un fondo rilevante alle tre sedi universitarie per la formazione di laboratori e ricercatori. Allora ero Preside e si riuscì a far avere alla nostra Facoltà la somma di 10 miliardi di lire, che però sfortunatamente non ha portato, almeno finora, alla costruzione di specifici laboratori ma si è in gran parte polverizzata in borse di studio.

---

***Suggerirebbe ad un giovane laureato in medicina di dedicarsi alla ricerca in Italia? E' motivata la paura d'un difficile reinserimento dopo una parentesi all'estero?***

Sì, se vi è il piacere di dedicarsi in un campo ricco di esperienze e soddisfazioni personali anche se povero in visibilità e in ricaduta economica, almeno a breve termine. La formazione in ambulatori esteri avanzati è doverosa per la formazione di un giovane, non solo nel campo scientifico ma nella apertura mentale a differenti metodi di lavoro e alla costruzione di una serie di rapporti personale nella rete scientifica internazionale. In genere il ritorno nel proprio gruppo dopo pochi anni di esperienza pone particolari difficoltà ed anzi l'esperienza acquisita è un buon biglietto di presentazione per la futura carriera. Difficile è invece tornare in Italia dopo lungo periodo e trovare una collocazione idonea alle proprie capacità anche per il livello economico italiano che certamente è più basso di altri paesi. Questo è un vecchio limite della nostra comunità scientifica ed anche la recente riforma universitaria non apre nuovi particolari orizzonti.

***Rispetto agli inizi della sua carriera, quanto può essere cambiato percentualmente il valore curativo dei farmaci nelle malattie neurologiche?***

Certamente è migliorata la neurofarmacologia clinica per cui il medico ha numerosi farmaci a disposizione anche se nessuno ha eliminato la vera causa ad esempio l'epilessia, malattia di Parkinson ecc. Mentre per altre patologie molto frequenti non si sono raggiunti particolari traguardi, come nella demenza di Alzheimer o nel danno vascolare cerebrale. In questo ultimo campo l'utilizzo precoce della fibrinolisi ha certamente rappresentato un interessante passo avanti ma è necessario ancora

un miglioramento organizzativo ed un maggior affidamento farmacologico.

***Gli esami d'ammissione alla facoltà di Medicina oggi privilegiano il livello d'intelligenza del candidato. Non ci sono alternative? Ad esempio un anno propedeutico, specificatamente selettivo? Ovvero una nuova manualità chirurgica, una propensione clinica particolarmente efficace, chi o cosa potrebbe intravederle nel giovane studente?***

Il problema degli esami di ammissione a Medicina è un problema dibattuto da tempo in tutti i Paesi perché non si è trovato ancora il metodo per predire se quel determinato studente diventerà un buon medico, espressione di competenze scientifiche ma anche di capacità umane nel rapporto medico paziente. Il metodo attualmente utilizzato in Italia segue il modello già in uso da tempo negli USA, che permette di escludere gli studenti meno preparati. Ma contemporaneamente, essendo il numero limitato, possono essere esclusi anche studenti capaci per erronea risposta ad una o poco domande. Comunque questi test non permettono di esplorare le capacità umane e la "passione" per questo lavoro". In alcuni Paesi è stato proposto associare ai test un colloquio con i docenti; in altri non vi è selezione nel primo anno in cui vengono insegnate le scienze di base e la selezione avviene dal secondo anno in rapporto alle votazioni conseguite. In altri ancora si tiene conto anche del punteggio conseguito al termine dell'iter scolastico come in passato avveniva in Italia. Questo metodo, a mio avviso importante, fu poi escluso sulla considerazione che le votazioni ottenute al termine dell'iter scolastico erano differenti fra Nord e Sud Italia. E' ben evidente pertanto che vanno trovati nuovi modelli e ci si

ritrova dopo più di 2000 anni a porsi la stessa domanda di Platone e cioè come si forma un buon medico.

***Se oggi fosse un esaminando, crede riuscirebbe a superare i test d'ammissione alla Facoltà?***

Certamente no, perchè le domande di Fisica e Chimica, ecc, fanno parte di un patrimonio di nozioni apprese durante il liceo e ormai in gran parte dimenticate mentre per i quesiti di cultura generale avrei certamente un vantaggio. Ma a parte queste considerazioni non so se li avrei superati e in questo caso avrei studiato Ingegneria come era una mia prima aspirazione ma venendo da una famiglia di medici indubbiamente vi fu una pressione familiare.

***Passando dalla didattica clinica alla neurologia territoriale, pensa d'andare incontro a grosse differenze d'impostazione professionale?***

La didattica nell'Università è conseguenza della ricerca e delle sue ricadute pratiche nell'assistenza. Non vedo differenze allorché ci si interessa della patologia neurologica nel territorio anche se vi è certamente una abitudine del clinico universitario a studiare le malattie in fase acuta avendo minor interesse all'integrazione ospedale territorio. Ma è necessario modificare la formazione anche in questo campo in modo da conoscere in modo più approfondito la progressione delle malattie croniche cercando contemporaneamente di ridurre al massimo nuovi ricoveri in ospedale. E' necessario quindi un lavoro particolare di collaborazione fra le varie figure professionali sanitarie con cui la componente centrale del medico deve trovare un equilibrio anche per migliorare il rapporto con le famiglie del malato che necessitano di una serie di indirizzi per favorire l'assistenza a domicilio.

# Andrologia: tutto in 24-48 ore E' il nuovo "Modello Pisa"

**S**nellire la burocrazia della salute. E' questo il messaggio che l'Andrologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria propone da tempo per concludere il complesso percorso clinico - diagnostico nell'arco di uno - due giorni al massimo. Una scelta anche di necessità, che sta dando già buoni frutti, data la crescente richiesta da parte dei cittadini. Sta cioè prendendo piede quello che passa ormai sotto il nome di "modello Pisa". Al direttore dell'Unità Operativa, Antonella Bertozzi, chiediamo ulteriori particolari.

*In cosa consiste esattamente questo "modello Pisa"?*

Il "Modello Pisa" consiste in un nuovo metodo di organizzazione, funzionale alle esigenze dei pazienti che da soli o in coppia, trovano risposta articolata e rapida ad ogni specifica richiesta. Con uno, massimo due accessi in ambito sanitario viene esaurito tutto l'iter diagnostico e quindi terapeutico con attenzione capillare anche all'aspetto preventivo. Il paziente e la coppia vengono presi in carico in maniera totale, accompagnati fisicamente nel percorso, sollevati da qualunque ricerca personale di appuntamenti e compilazione d'impegnative. Come espresso dal Direttore Generale dell'AOUP, Dr. Carlo Rinaldo Tomassini - durante il congresso "Andrologia: pari opportunità per il maschio" organizzato dal nostro centro un mese fa - a proposito della nuova strutturazione di lavoro, si tratta di "una innovazione del come, non del cosa; le collaborazioni fra i vari specialisti sono da sempre in essere, ma è il coordinamento particolare delle varie Unità Operative che permette l'espletamento in 24, massimo 48 ore di tutte gli accertamenti necessari". Per visualizzare in pratica quanto offriamo all'utenza, possiamo dire che i pazienti o le coppie che telefonano o arrivano direttamente al Centro di Andrologia dell'AOUP, trovano un personale formato all'ascolto attivo che indirizza l'utenza stessa verso lo specialista andrologo; subito dopo la visita specialistica, inquadrati i pazienti

nella propria complessità clinica, s'individua un percorso in gran parte effettuato all'interno del Centro stesso, condiviso con i pazienti, che vede la collaborazione di dieci Unità Operative che contestualmente offrono le prestazioni necessarie. Le valutazioni specialistiche sono alcune specifiche per il maschio, la maggior parte fruibili da entrambi i partners della coppia (es. visita cardiologica, visita urologica, visita dermatologica, senologica, oncologica, psicologia etc, valutazioni ormonali basali e di routine, valutazioni endoteliali, ecografie, valutazioni microbiologiche, tamponi etc.). Tutto ciò, nella maggior parte dei casi in un solo giorno.

Credo sia interessante sottolineare alcuni aspetti per chiarire l'importanza dei percorsi diagnostico-terapeutici andrologici messi in atto dall'AOUP. Le patologie andrologiche presentano incidenza elevata nella popolazione, tanto che per il deficit erettivo e l'infertilità si configura il quadro di vere malattie sociali, secondo l'OMS, ovvero di malattie che interessano più del 10% della popolazione. Vari gli argomenti di interesse dell'andrologia: dall'induratio penis plastica alle patologie prostatiche neoplastiche e non, alla riabilitazione post - chirurgica, alle malattie sessualmente trasmesse, all'eiaculazione precoce, ai disordini dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, a tutta la patologia testicolare, alle malattie disgenetiche e rare. E' necessario notare, poi, che malattie andrologiche, come l'infertilità ed il

deficit erettivo, possono costituire l'unica problematica dell'organismo o l'epifenomeno, il campanello d'allarme di altre sindromi; basti pensare, ad esempio, al deficit erettivo dovuto alla disfunzione del tessuto che riveste internamente i corpi cavernosi del pene, l'endotelio, che è lo stesso tessuto che entra in gioco nella funzionalità del cuore e di tutti i vasi arteriosi. Ecco che diagnosticare e trattare precocemente la disfunzionalità dell'erezione, significa prevenire altre patologie. O ancora: molti pazienti che sperimentano problemi d'infertilità sono affetti da alterazione dismetaboliche (es. sindrome metabolica obesità, intolleranza glucidica, resistenza insulinica, ipertensione, diabete etc.) magari in fase iniziale, ancora ignorate che alterano la qualità del liquido seminale, ma anche la qualità della vita.

Considerare il paziente nella sua complessità ed interezza clinica, significa, allora, fare prevenzione primaria (evitando l'insorgere di altre patologie oltre a quella per la quale la persona o la coppia è giunta all'osservazione) e secondaria (limitando il danno). Per tal motivo i percorsi diagnostico-terapeutici andrologici, specifici per le singole patologie ed adeguati per ogni specifica esigenza, permettono un inquadramento del paziente o della coppia nella propria complessità clinica. Ciò consente, oltre all'attività specifica di prevenzione - abbattimento dei tempi di attesa - uno, massimo due accessi in ambito



ospedaliero per l'espletamento di tutto l'iter - valutazione contestuale di entrambi i partner quando necessario - risparmio di tempo per l'utenza che non è più costretta a cercare in prima persona gli appuntamenti necessari (due giorni al massimo per il totale espletamento, contro ai circa sei mesi precedenti alla strutturazione dei percorsi) - diminuzione dello stress fisico e psichico per la costruzione "personale" dell'iter sanitario - essenziale collaborazione con gli specialisti e con il medico di famiglia coinvolto nella scelta del percorso e nella condivisione della terapia - diagnosi e cura risultato di una visione generale e non soltanto iperspecialistica.

#### ***Quali sono i prossimi traguardi organizzativi?***

L'organizzazione in percorsi (percorso infertilità con percorso donna incluso, percorso deficit erettivo, percorso prostata con malattie sessualmente trasmesse, percorso Successfull Aging di coppia, percorso induratio penis plastica, percorso eiaculazione precoce, percorso salute giovani) è stata valutata positivamente dall'utenza e dalla Regione Toscana che, insieme alla Direzione Aziendale ed al Cen-

tro di Andrologia stesso, individua tre progetti, ormai "in fieri", ad alto impatto sociale:

Primo progetto - "Pari opportunità per il maschio: opera di prevenzione delle patologie andrologiche e sessuali". Il progetto s' inserisce nel contesto dello specifico interesse della Regione Toscana per la patologia di genere e la prevenzione; la fascia d'età coinvolta è quella dei 17-19 anni con il duplice scopo: offrire al maschio le stesse possibilità e diritti di diagnosi e cura precoce come avviene di routine per il sesso femminile; sensibilizzare i giovani alla prevenzione delle patologie genitali per garantire il mantenimento, nell'arco della vita, della capacità sessuale e riproduttiva, data l'alta incidenza delle patologie andrologiche (in molti casi vere malattie sociali che incrementano la spesa del SSN). Si coinvolgono: Comuni e Province, Società della Salute, consultori, farmacie, medicine del lavoro, fabbriche, medici di Medicina Generale e scuole, sindaci, provveditori e presidi, Ordini dei Farmacisti.

Secondo Progetto: Progetto DNA nemaspermico. Risponde alla ri-

chiesta di un progetto scientifico innovativo che qualifichi la Regione Toscana come punto di eccellenza andrologica. Ha un risvolto pratico clinico importante. La frammentazione del DNA degli spermatozoi è presente, infatti, nel 27% dei casi di infertilità di coppia ed è causata, da vari momenti etiopatogenetici fra cui l'iperespressione dei radicali liberi che si riducono con specifiche terapie antiossidanti. Questo apre nuove possibilità terapeutiche che possono essere validate su grandi numeri.

Terzo progetto: Gestione delle attività relative alla esecuzione e refertazione delle analisi del liquido seminale. Questo terzo progetto è messo a punto per rispondere alla richiesta-necessità dell'utenza su tutta l'Area Vasta Nord Ovest di usufruire d'una valutazione adeguata per ciò che concerne l'esecuzione dello spermogramma. Si tratta infatti dell'esame base per gestire in maniera ottimale l'iter diagnostico terapeutico delle coppie con problemi di infertilità e contenere, di conseguenza, con scelte oculate e rispondenti alla reale necessità dei pazienti, la spesa sanitaria immediata e nel proseguito.

Si crea uno sportello virtuale con il Centro di Andrologia dell'Ospedale Santa Chiara, con connessione immediata con tutti i centri. Ne consegue: spermogramma in tempo reale operatore decentrato-operatore centrale con razionalizzazione dei costi, lavoro in economia di scala, possibilità di sviluppare altri aspetti di telemedicina andrologica. La Regione Toscana costituirà un numero verde predisposto e materiale divulgativo.

L'importanza di questi tre progetti è ulteriormente aumentata dal fatto che "nuove" cause sottendono al deficit erettivo ed all'infertilità: fra queste, prima fra tutte, l'utilizzo delle così dette "droghe leggere". La Regione Toscana, molto impegnata sull'aspetto del mantenimento della salute e della prevenzione primaria delle patologie (varie e articolate le campagne sociali finalizzate a questo scopo) darà massimo incremento ad una politica capillare di informazione sui danni alla fertilità dovuta proprio all'uso di sostanze come il tetraidrocannabinolo (spinello) e l'eritroxilon coca (cocaina) e sovvenzionerà i tre progetti sopra citati.

#### *Che messaggio lancia all'ASL come andrologia sociale e territoriale*

Tra i vari attori dei tre progetti so-

pra ricordati, è presente la ASL: il dr. Rocco Damone, Direttore Generale, ha condiviso con noi i progetti e, vorrei dire, tutta la politica che stiamo portando avanti, di prevenzione delle patologie andrologiche finalizzata a garantire la salute riproduttiva e sessuale anche tramite un'informazione rigorosa e capillare che coinvolga scuole, famiglie associazioni, giovani.

#### *Consiglierebbe ai giovani laureati questa specializzazione?*

A mio avviso la scienza andrologica è affascinante ed in piena espansione; penso, ad esempio, agli studi che stiamo portando avanti per ciò che riguarda la neuro-andrologia. Non esiste la specializzazione in Andrologia da alcuni anni, per scelte "politiche" e non scientifiche dato che la materia, come dicevo, è per i passi avanti fatti e per l'articolazione enorme dei temi trattati, una disciplina a sé stante. Speriamo di allinearci con altri paesi europei in cui, invece, la specializzazione è presente. Intanto organizziamo corsi professionalizzanti, master e corsi per specialisti nel settore urologico, endocrinologico, clinico medico, biologico per chi abbia interesse al settore. Comunque, personalmente, consiglierai di avvicinarsi a questa materia.

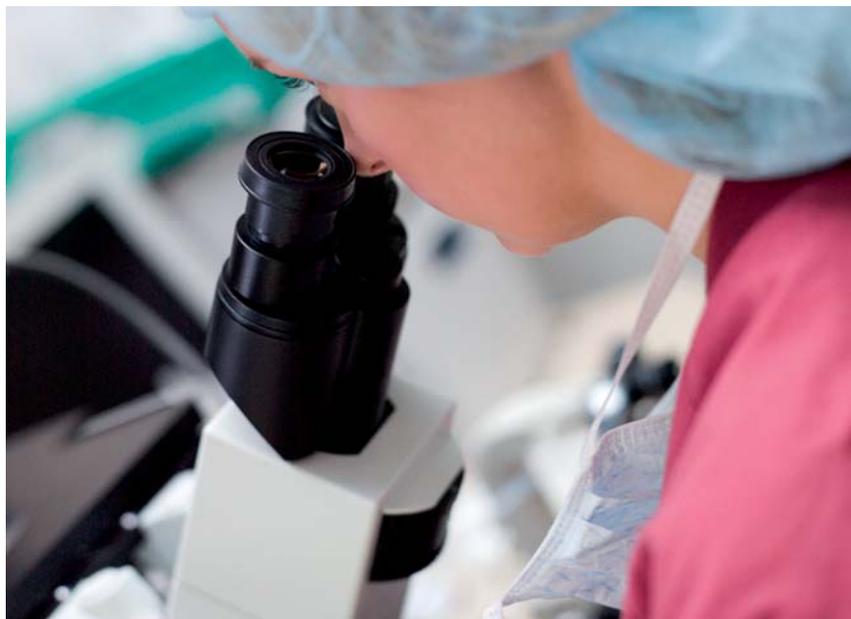
#### *Con l'espandersi della medicina di genere prevede ricadute d'immag-*

#### *gine negative per l'andrologia?*

Speriamo proprio nelle ripercussioni "andrologiche" che non ruberanno l'immagine, ma la potenzieranno. I progetti cui accennavo sopra, strutturati con la AOUP, la Società della Salute, la Regione Toscana e le altre varie realtà territoriali, sono finalizzati anche a ricercare una medicina "di genere" che sia declinata finalmente al maschile, senz'altro come approccio terapeutico, ma anche per ciò che riguarda la prevenzione. Fino al momento presente, proprio quest'ultimo aspetto vede un interesse che è quasi esclusivamente dedicato alla donna. Penso a tutte le bellissime, fra resto, campagne di prevenzione, per la menopausa, le patologie cardiologiche, le patologie tumorali, l'osteoporosi. Pochi sanno, per esempio, che più di un terzo delle fratture di femore interessa proprio il sesso maschile notevolmente penalizzato per l'osteoporosi; che esiste anche una "andropausa" o come con termine più moderno vogliamo chiamarla, "deficit parziale di androgeni durante l'invecchiamento" e che a questa situazione fa seguito una serie di patologie dismetaboliche e cardiovascolari. O ancora: che il decremento di testosterone, ormone necessario non solo per l'apparato riproduttivo, ma per la mineralizzazione ossea, come dicevo, la massa muscolare, il funzionamento "maschile" del cervello non solo in ambito sessuale, e per tante altre funzioni fisiologiche dell'organismo, si osserva oggi frequentemente anche nei maschi più giovani, per esempio per l'utilizzo dello "spinello", della cocaina e di altre sostanze. Ecco, allora, l'importanza di un'Andrologia presente anche sul territorio.

#### *Quanto è importante il ruolo del medico di base in questo percorso?*

Senza altro è un ruolo fondamentale. I percorsi sono stati infatti valutati e condivisi con i medici di base, che rappresentano il perno nella gestione del paziente e della coppia.



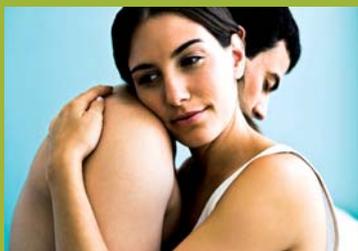
**PerLA**  
PERSONE PER L'ANDROLOGIA

# La conoscenza migliora la vita!



ARCHIMEDIA - PISA

*Associazione no profit  
per la tutela e il supporto dei soggetti affetti  
da disturbi andrologici*



Segreteria Organizzativa  
Via F. Crispi, 62 56125 Pisa  
tel 050 22 01 480  
fax 050 22 06 673  
[adesione@associazioneperla.org](mailto:adesione@associazioneperla.org)

Sede Operativa  
S.O.D. di Diagnostica Andrologica  
della Riproduzione e della Sessualità  
Via Roma, 67 56126 Pisa  
tel 050 992 789

[info@associazioneperla.org](mailto:info@associazioneperla.org)

[www.associazioneperla.org](http://www.associazioneperla.org)

ZIONE-INTER  
NDVSTRIE-E-D  
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI



DIPLOMA  
di medaglia  
d'oro

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG  
für



**ULIVETO**  
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.*

