

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:

**Grazie, Maestro;
ricordo
del Prof. Aldo Pinchera**

P. Vitti
Dip. Endocrinologia e Metabolismo A.O.U.P.

**C'è un giudice
a Berlino?**

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

**Carcinoma coloretale:
Pisa centro di eccellenza**

F. Loupakis - G. Masi - A. Falcone
Polo Oncologico AOUP

Oltre... il conto on line

Tu hai 1000 impegni, e allora...

Banca di Cascina esce dall'ufficio e viene da te

Come?

Sempre:

con RELAX BANKING
che porta **il tuo conto corrente
direttamente sul tuo PC**

Quando vuoi:

ti veniamo a trovare noi

Non ci credi? Prova

**condizioni esclusive riservate
agli iscritti all'Ordine dei Medici**

**Trova qui la filiale
di Banca di Cascina
più vicina.**

Cascina

viale C. Comaschi, 4 Cascina (PI)
tel. 050 717211 • fax 050 717227

Casciavola

viale 2 Giugno, 37 Casciavola (PI)
tel. 050 760540 • fax 050 776843

Ghezzano

via Metastasio, 20/22 Ghezzano (PI)
tel. 050 878601 • fax 050 878635

Marina di Pisa

via Maiorca, 91/a Marina di Pisa (PI)
tel. e fax 050 311048

Perignano

via Toscana, 4 Perignano (PI)
tel. 0587 618261 • fax 0587 617723

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Verso l'Europa della salute

O cambiamo - ed alla svelta - oppure siamo all'inizio della fine. Stiamo andando in direzione sbagliata, opposta a quella razionale e del buon senso e pochi dimostrano purtroppo di accorgersene. Lo Stato continua a tagliare i fondi alle Regioni e la Toscana prosegue nel programma di costruire nuovi, piccoli ospedali. Lo stesso dicasi, a livello di spesa, per le Società della Salute. Ci sono città, in Europa, con milioni d'abitanti, pari all'intera regione ed un solo, grande, polivalente ospedale. E noi, rischiamo, giorno dopo giorno, di perdere l'ultimo treno utile verso l'Europa della Salute.

E la tendenza a tagliare fa crescere progressivamente il pericolo più grave: senza soldi la gente non si cura come vorrebbe. Se i L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) diminuiranno ancora il cittadino che potrà rivolgerà ai privati, altrimenti ci si affiderà alla clemenza del destino.

Meno soldi, vuol dire al contempo meno strumentazione, quindi più lunghe liste d'attesa e dunque criticità si aggiungeranno a criticità. Potersi curare diverrà praticamente un optional, un drammati-

co interrogativo: un farmaco salva-vita, una risonanza magnetica oppure un pacco di pasta. Inutile fare ironia: già l'anno prossimo anche la Toscana potrebbe rischiare il commissariamento, bloccando di fatto ogni iniziativa al miglioramento della tutela della salute. Fra l'altro, caleranno i posti - letto. Si parla di duemila unità, una mazzata tremenda che ridurrà soprattutto la qualità dell'assistenza. Ma noi continueremo a costruire nuovi ospedali e chiudere posti letto in quelli già esistenti. Con cosa li atterzeremo?

Cari colleghi, come Ordine, lanciamo ancora una volta un forte grido d'allarme, consapevoli che la nostra esperienza possa rappresentare un volano capace di farci ascoltare, sperando però che non si facciano orecchie da mercante. Non c'è peggior sordo di chi non voglia sentire. La barca della salute fa acqua, la falla s'allarga, lo constatiamo sulla nostra pelle ogni giorno, ma a noi viene consentito di toglierla soltanto con il secchiello, nell'illusione di svuotarla. La speranza è che qualcuno ci lanci un salvagente, prima che sia troppo tardi. Ma chi?



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

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Vincenzo Penné
www.fucinafotografica.it

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

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

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

Procedura:

- Accedere al portale 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.*

minato *circuito di Reward* (o circuito di ricompensa), il cui compito è raccogliere stimolazioni piacevoli, come quelle derivanti dall'assunzione di alcool o dolci, e condurle a livello di coscienza.

La dopamina gioca, al pari degli oppioidi interni, un importante ruolo nel sistema che regola la percezione del piacere, lo stesso che viene coinvolto durante l'assunzione delle sostanze d'abuso.

Il sistema si attiva tanto di più quanto maggiore è la dopamina mobilitata. Il livello di attivazione del sistema dopaminergico determinato dal cibo è sicuramente molto meno elevato rispetto a quello messo in atto dalle droghe. Tra i cibi che danno una stimolazione dopaminergica particolarmente forte troviamo al primo posto gli zuccheri. L'importanza del loro ruolo nel processo evolutivo dell'uomo è legato all'alto contenuto calorico e nutrizionale di queste sostanze, che le ha rese fondamentali per la nostra sopravvivenza.

Con l'attuale abbondanza di disponibilità alimentare, nei Paesi occidentali lo zucchero ha perso la sua originaria e sostanziale valenza di alimento necessario alla sopravvivenza, per conservare esclusivamente il suo valore "formale" di cibo piacevole e appetitoso.

Il mercato alimentare è caratterizzato da un'enorme offerta di cibi zuccherini destinati a invadere le nostre tavole. Una serie di patologie anche gravi per la salute dell'uomo possono trarre la loro origine proprio dal consumo di questi alimenti.

Per creare il cibo perfetto non esistono dettagli che possono essere lasciati al caso. Tutto è di fondamentale importanza. Devono essere debitamente stimolati il gusto, l'olfatto, la vista, il tatto, ma anche la sensibilità propriocettiva del cavo orale e dell'apparato masticatorio, che ci fanno riconoscere la morbidezza o la consistenza, il croccante o la cremosità, dell'alimento.

Ogni accorgimento è mirato ad aumentare l'appetibilità dei cibi, ovvero la capacità di un dato alimento

di suscitare la fame ed invogliarci a mangiarne ancora anche molto dopo che il nostro fabbisogno energetico è stato soddisfatto.

Bilanciando il gusto dolce, il salato, l'acido e l'amaro, ma anche individuando e caratterizzando l'aroma e la consistenza, l'aspetto dell'alimento ed il confezionamento, si crea un'esperienza sensoriale complessa che diviene il nucleo intorno al quale si struttura il successo di un prodotto alimentare. Quanto più piacevole e unica sarà l'esperienza della sinfonia sensoriale provata, tanto più facile sarà la coazione a ripeterla e il meccanismo che porte-

rà a innescare quel processo che ci spingerà prima alla ricerca continua del dato elemento, e poi alla dipendenza.

Un elemento di successo per l'appetibilità dei cibi è il gusto dolce. Da solo però questa caratteristica non riesce a spiegare l'attrattiva che hanno i dolci altrimenti sarebbe sufficiente mangiare dello zucchero.

Gli studi sull'argomento e la composizione degli alimenti di successo hanno indicato che l'associazione vincente è la combinazione di zuccheri, grassi e sali miscelati con precise proporzioni. (Drogati di cibo, Giunti Editore)

ORIZZONTI

Armando Piccinni

DROGATI DI CIBO

Quando mangiare crea dipendenza



Da Ottobre in tutte le librerie

 GIUNTI

Bambini, adolescenti e web: opportunità e rischi

Il rapporto tra bambini, adolescenti e web è un tema molto attuale dato che i ragazzi di oggi nascono e crescono in un mondo in cui la presenza di internet è pressochè costante. Questi ragazzi vengono oggi chiamati "digital natives". Già dal 2006, come presidente della Società Italiana di Pediatria, ho avviato una serie di rapporti annuali sulle "Abitudini e stili di vita degli adolescenti", attraverso questionari somministrati in alcune scuole italiane comprese quelle della provincia di Pisa. Dall'ultima di queste indagini è emerso che il 17% dei ragazzi italiani passa più di tre ore al giorno a navigare.

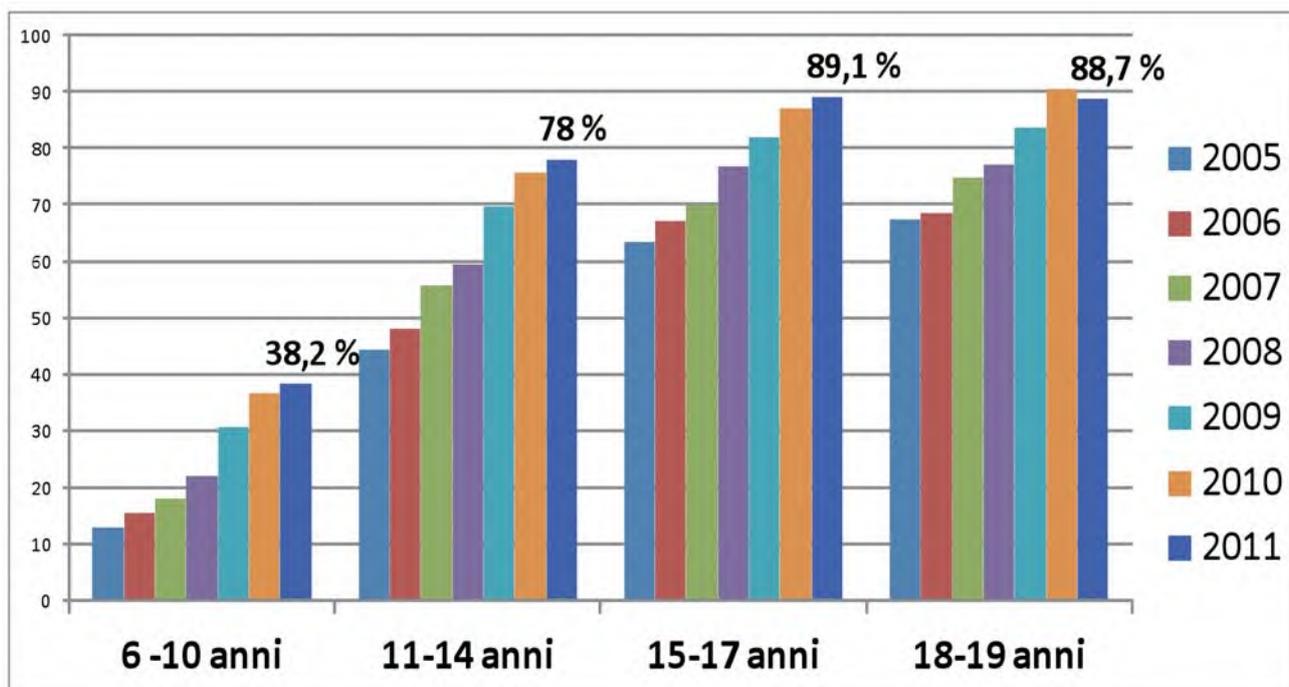
Il web rappresenta un mondo che soddisfa molti bisogni dei ragazzi, quali la comunicazione, la socia-

lizzazione, la conoscenza, ma nasconde anche rischi e pericoli. L'obiettivo delle principali figure che si occupano della salute dei ragazzi, deve essere quello di promuovere un uso consapevole del web che valorizzi gli aspetti positivi e minimizzi i rischi.

Le opportunità che offre internet sono molte e riflettono sia le esigenze dei bambini, che ancora sono in una fase di sviluppo non solo fisico ma anche psichico e possono utilizzare questo strumento per giocare, dare libero spazio alla propria creatività e conoscere il mondo; sia le esigenze degli adolescenti, che si trovano ad affrontare una delicata fase di transizione, durante la quale hanno bisogno di affermare la propria identità e di confrontarsi con i

propri coetanei. Il web rappresenta un modo per tenersi in contatto con amici e compagni di scuola, attraverso i social network e discutere con loro dei compiti scolastici; per esprimere il proprio modo di essere pubblicando immagini, fotografie o scrivendo pensieri su un blog personale; per superare timidezza e paure grazie alla protezione dello schermo che evita l'imbarazzo del contatto visivo. Ma è anche una grande enciclopedia mondiale dove si possono reperire informazioni sulla propria salute, fare ricerche per la scuola e avere aggiornamenti in tempo reale.

È necessario però conoscere i rischi a cui i ragazzi sono esposti durante la navigazione e proteggerli dalle trappole della rete. Tra i principali



Utilizzo di internet per età. Anni 2005-2011
(Cittadini e nuove tecnologie. Anno 2011. ISTAT)



pericoli vi sono l'esposizione a immagini e video che incitano a comportamenti a rischio, come l'anoressia, l'autolesionismo, la violenza, le condotte sessuali a rischio; l'adescamento online una tecnica usata dai pedofili per adescare i minori sul web; il cyberbullismo, forma di molestia condotta con mezzi elettronici; il sexting, l'invio di messaggi o immagini a sfondo sessuale; la "depressione da Facebook" che si può sviluppare nei ragazzi che trascorrono lungo tempo su Facebook fino allo sviluppo di un vero e proprio disturbo da dipendenza da internet (Internet Addiction Disorder) caratterizzato da sintomi di astinenza e depressione all'interruzione dell'uso del web. Per non parlare del fatto che l'eccessiva quantità di tempo passato davanti allo schermo toglie spazio alle attività svolte all'aria aperta, al gioco, allo sport e quindi diventa fattore di rischio per obesità e problemi di socializzazione. Occorre innanzitutto promuovere una conoscenza tecnica dello strumento "internet" tra i ragazzi ed avvicinarsi in prima persona alla nuova tecnologia in modo da ridurre il di-

vario esistente tra le generazioni e che spesso fa sentire i ragazzi liberi di agire nel web in modo indisturbato.

I genitori dovrebbero impraticarsi sull'uso del computer per poter spiegare ai figli come sfruttare le opportunità e proteggersi da eventuali rischi e non porre solo divieti ma parlare con loro di ciò che fanno e vedono quando navigano, insegnando che non si deve mai dare confidenza né informazioni personali a sconosciuti incontrati in rete. Inoltre dovrebbero stabilire regole su frequenza, durata e natura della navigazione online, di modo da favorire le attività all'aperto e le relazioni sociali.

Importante anche l'impegno della scuola per incentivare l'uso di internet come strumento didattico ed educativo utilizzando e-book e lavagne elettroniche, favorire progetti formativi in ambito informatico, valorizzare positivamente eventuali predisposizioni individuali all'uso di internet e proibire l'uso di cellulari e dispositivi portatili per contrastare il cyberbullismo.

Il pediatra dovrebbe avere un ruolo

attivo nell'informare genitori, bambini e adolescenti sui possibili rischi e sull'uso corretto del web e incorporare nell'anamnesi domande inerenti le "abitudini mediatiche" per poter cogliere i primi segni di allarme di dipendenza da internet. In questa direzione si muove la Società Italiana di Pediatria che, in occasione del Safer Internet Day 2012, svoltosi in tutta Europa nel mese di febbraio, ha elaborato due documenti che pongono l'attenzione sull'importanza della comunicazione tra ragazzi e genitori fornendo consigli pratici per una navigazione sicura.

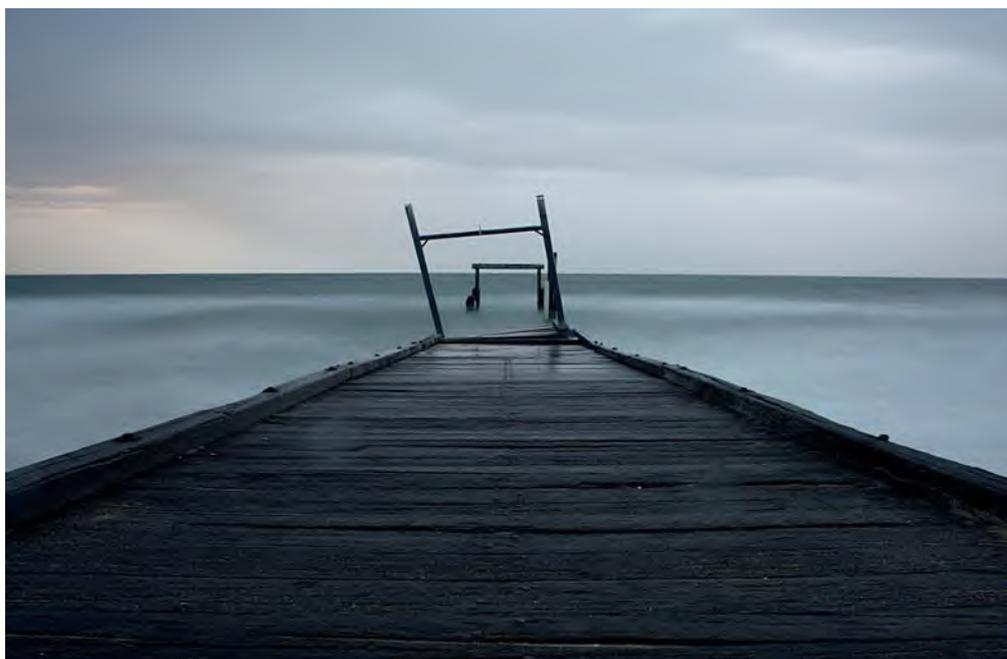
Solo costruendo un'alleanza strategica tra pediatri, genitori, insegnanti e istituzioni possiamo immaginare sviluppi del web a favore della salute e del benessere di bambini e degli adolescenti e protezione dai rischi a cui essi vanno inevitabilmente incontro. Ad ogni modo, per una fisiologica crescita emotiva e psicologica dei ragazzi, è necessario assicurare, nelle loro relazioni sociali, il linguaggio emotivo e verbale che si ha solo quando si è "a portata" di contatto fisico.

Depressione: linee guida, buonsenso e buona pratica clinica

S Nella pratica clinica quotidiana dei medici di famiglia è molto frequente imbattersi nella sofferenza psichica. Le armi di cui ci si può avvalere sono numerose, andando dalla semplice rassicurazione, al sostegno psicologico, alla terapia farmacologica; esse possono inoltre essere variamente combinate creando una varietà di approcci da individuare e realizzare caso per caso. Innanzitutto non dobbiamo sottovalutare il dolore mentale dei nostri pazienti, in quanto esso può rappresentare un'esperienza ancora più spiacevole ed invalidante del dolore fisico e certamente influisce in maniera prepotente sulla percezione di se stessi, sulla progettualità e sulle capacità lavorative e relazionali, fino alla perdita del lavoro e quindi dell'indipendenza economica. I disturbi depressivi e di ansia peggiorano nettamente la qualità di vita del soggetto che ne soffre ed anche della sua famiglia, destabilizzano rapporti e sconvolgono equilibri preesistenti. Se sono presenti contestualmente malattie somatiche queste ultime possono peggiorare o riacutizzarsi. I giovani studenti vedono ridursi le capacità mnestiche e di resistenza alla fatica, perdendo l'opportunità di proseguire la loro formazione culturale e professionale, opportunità preziosa ed irripetibile; gli anziani non riescono a godere appieno gli anni della meritata pensione... Questi pazienti ven-

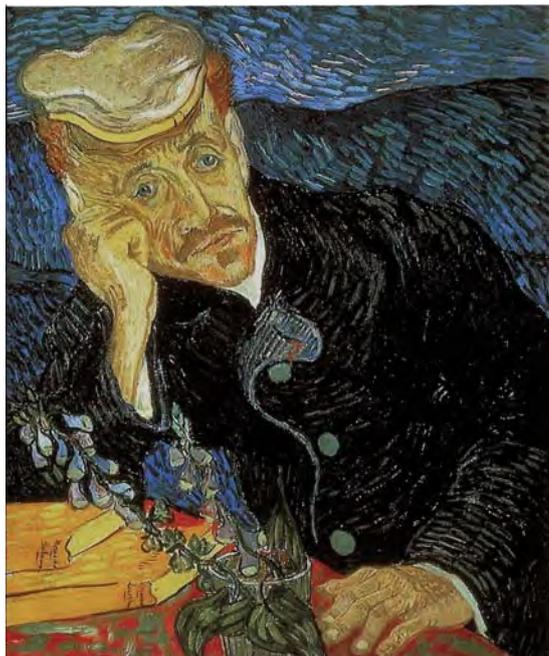
gono a volte ritenuti "fastidiosi", sia dal medico, sia dal partner o dai familiari, che tendono a confondere la depressione con tratti costituzionali o peggio ancora con una volontà debole o del tutto mancante. Nell'opinione comune è purtroppo scarsa la comprensione che si ha nei confronti di questo tipo di malati. Tocca a noi cambiare quest'atteggiamento, dedicando tempo, ma soprattutto attenzione, a chi entra in ambulatorio segnalando calo di umore, perdita di interesse e piacere, episodi di ansia e aumento dei problemi relazionali. Tralasciamo le diagnosi differenziali tra i disturbi psichiatrici primitivi e le manifestazioni psichiche di varie malattie internistiche e neurologiche, e addentriamoci nella pratica. Il medico di famiglia può e deve trattare casi di ansia e depressione, inviando allo specialista i più gravi e difficili, come in presenza di importanti oscillazioni timiche (Disturbo bipolare) o di sintomi psicotici. La conoscenza del

paziente, e in genere anche della sua situazione familiare e lavorativa dà al medico una visione globale che favorisce una corretta impostazione terapeutica. Nella maggior parte dei casi, l'associazione di psicoterapia e farmacoterapia è la strategia che ottiene i migliori risultati, in termini di attenuazione/risoluzione dei sintomi nell'immediato, di prevenzione delle ricadute. La prescrizione del farmaco deve essere motivata e spiegata in modo chiaro e completo, per stabilire una alleanza terapeutica e fugare timori su effetti collaterali e possibili dipendenze, peraltro comuni tra i fobici. Non basta dare in mano il farmaco al paziente! Per la scelta della molecola, si concorda nel cominciare con un SSRI; gli SNRI dovrebbero essere usati con più cautela e riservati alle terapie di episodi depressivi resistenti. Un errore di fondo frequente è considerare tutti e 6 gli SSRI come equivalenti e quindi intercambiabili. Infatti, se da un lato



è vero che fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram ed escitalopram condividono importanti aspetti farmacodinamici, è altresì innegabile che esistano profonde differenze farmacocinetiche che ne condizionano i profili di efficacia e tollerabilità in base all'età, alle eventuali comorbidità e caratteristiche antropometriche. Ad esempio, l'impatto che hanno sul peso corporeo varia da molecola a molecola, quindi si eviterà di scegliere un SSRI con un documentato effetto obesizzante, come la paroxetina, per persone sovrappeso od obese, e ci si orienterà su molecole più neutre da questo punto di vista, come l'escitalopram, o che addirittura trovano impiego nei disturbi da alimentazione incontrollata, come la fluoxetina; l'aumento ponderale indesiderato rappresenta la prima causa di non aderenza alla terapia. Altra variabile è la comorbidità; in molti casi coesistono sintomi dello spettro depressivo con episodi

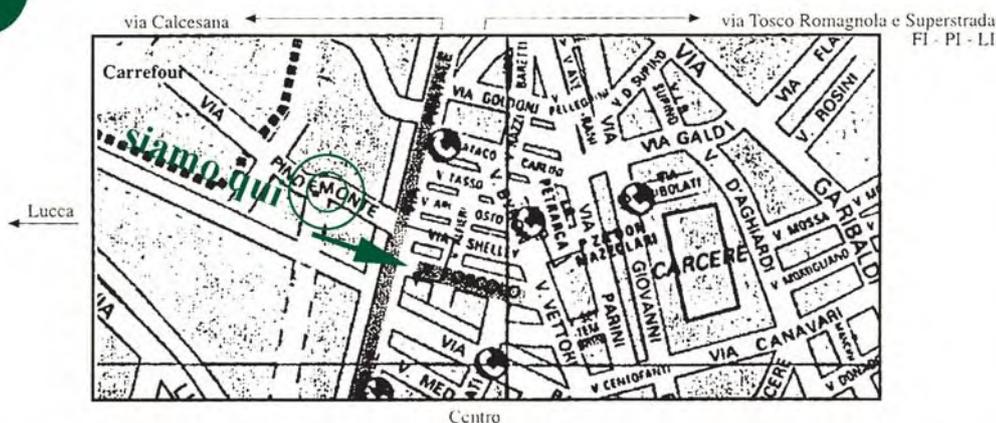
critici di ansia, o con disturbi della sfera ossessivo-compulsiva. Si può ottimizzare la terapia e migliorare la compliance prescrivendo un unico farmaco, in grado di coprire tutte le problematiche presentate: ad esempio paroxetina o citalopram se la depressione si accompagna all'ansia, o sertralina o fluvoxamina se siamo davanti a disturbo ossessivo-compulsivo. Quest'ultima presenta, però, le maggiori difficoltà nella gestione, per le interazioni di tipo farmacocinetico con un gran numero di altri farmaci, inibendo a livello epatico diverse isoforme del citocromo P450 preposte alla loro eliminazione (fase I e II); conseguentemente i livelli plasmatici tendono ad innalzarsi non di rado oltre



la soglia di sicurezza, con rischio di tossicità. Oculatezza e strategie mirate sono dunque qualità necessarie per una buona pratica clinica ed ambulatoriale nel trattamento della depressione.



Centro Ortopedico Sanitario



ARTICOLI DI ORTOPEDIA
calzature per tutte le patologie
plantari su misura
esame computerizzato del piede

**NOLEGGIO DI PRESIDI ORTOPEDICI
E PER RIABILITAZIONE**
carrozine - kinetec - stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

BUSTI SU MISURA - CALZE ELASTICHE
Esposizione articoli per disabili, carrozzine a motore,
normali, deambulatori, montascale ecc.

di Guidi Silvia & C. snc via di Pratale ang. via Foscolo 2A tel. 050 - 571111 PISA

Internet e il tramonto del "medichese"

“Se vuoi farti capire, parla come mangi”. E siccome noi medici ci nutriamo né più né meno dei nostri pazienti, la logica suggerisce di dare ascolto a questo vecchio adagio. In più - a conforto - dobbiamo ricordare la non trascurabile evoluzione dei tempi e delle tecnologie. “Oggi, quando uno studente mi chiede un chiarimento - ci confida amareggiato ed un pò sconfortato l'amico docente - devo mettere in preventivo che si sia già documentato a fondo con internet sull'argomento e lo stesso avviene mediamente per i malati. “Dottore, da qualche giorno ho questi disturbi”. La frase è ormai classica. Nemmeno però il tempo per me d'aprire bocca che già di gran lena comincia a sciordinare, storpiandoli, nomi di patologie le più strane, indagini strumentali senza fine, diagnosi differenziali con le più astruse affezioni. Una specie di rivendicazione culturale. Anche se promosso generale sul campo, il nostro paziente è un pò quando in cucina si mettono tanti ingredienti insieme nel frullatore senza una precisa logica, ma solo alla ricerca del cibo più gradevole e gustoso. Alla fine, il risultato è ovviamente a sorpresa.

Comunque - è bene precisarlo - non sono più i tempi de “la diabete” o “il broncopolmonite” oppure dei “focolai accesi” e la “vescica dell'urina”. Neanche quelli in cui la moglie confessa arrabbiata all'incredulo marito: “Ho domandato al professore come sta la mi' mamma. M'ha fatto un monte di discorsi, però non ho capito nulla con tutti quei paroloni difficili (l'equivalente manzoniano del “latinorum”). Ora sai che fo', ni mando a parlarci la mi' figliola. Lei ha studiato e con tutti quei computer che aggeggia, lei sì che ci capisce.”

Dunque, cari e stimati colleghi, di chiunque sia la colpa od a chi appar-

tengano le responsabilità, è giunto davvero il momento di cambiare le cose. Direi addirittura, è necessario ed ormai improcastinabile. Altrimenti si concretizza il rischio di non essere più seguiti, di venire fraintesi ma, soprattutto, dobbiamo prendere atto di un costante, inarrestabile mutamento della cultura in generale. Nel bene e nel male, cioè, la popolazione appare mediante più informata, non tanto sul piano della qualità, bensì della quantità. E sta dunque alla nostra esperienza e proverbiale saggezza, farci trovare pronti ad incanalare questo pressante flusso di novità nella giusta direzione, puntando diritto alla soluzione del problema.

Il linguaggio delle agenzie di stampa è un esempio paradigmatico d'un messaggio da non trascurare e da tenere nella doverosa considerazione: poche parole, soggetto, predicato, complemento, per rispondere agli interrogativi della gente davanti alla notizia ovvero “chi”, “dove”, “quando”, “perché”.

In sostanza, non temiamo così facendo di scendere dal gradino della scienza, intesa come superiorità fra chi sa e chi non sa. La nostra figura rimane inalterata, non è infatti questo un motivo valido di declassamento. Il medico rimane il medico, meglio però se si fa capire. Anche perché il colloquio deve mantenersi chiaro e paritetico, pur nella permanenza dei ruoli, importanti, comunque diversi. E' quindi soltanto un'efficace e funzionale risposta alla domanda di salute del cittadino, in un contesto sociale e sanitario fluttuante, sempre più delicato e complesso.

E' al contempo una questione di dialettica generazionale. Fra il neolaureato e la fase conclusiva della carriera esiste un divario temporale di circa mezzo secolo. Appare ovvio come non poco modificati siano allora certi parametri culturali e di formazione professionale.

Padre, figlio e nipote, pur cresciuti giorno dopo giorno alla stessa scuola, si formano poi in modo differente, modulati da parametri più grandi di loro. Essere medici significa in definitiva essere portatori d'una scienza tutta particolare, unica ma, allo stesso tempo, protagonisti d'un indelebile raffronto umano con il paziente. Tutto cambia, tutto rimane. E' vero. Ma è opportuno concordare però come sia importante che ogni cosa proceda nella giusta misura per l'uno e per l'altro. I punti di confronto sono come le traversine che tengono ferme le rotaie: guai se si allentassero i bulloni. Ognuno si distanzerebbe ed il treno della salute, il nostro bene più prezioso, deraglierebbe senz'altro.

Ridisegniamo allora, con umiltà e consapevolezza, questo storico impatto adeguandolo in maniera congrua ai tempi d'oggi. La tecnologia ed internet rappresentano soltanto un involucro che, seppur valido e funzionale, non scalfisce il contenuto. Anzi, se ben mantenuto, invece lo valorizza. Ciò non significa che, di colpo, tutti i colleghi debbano trasformarsi in abili internauti, ma comprenderne il significato pratico ed operativo, elemento complementare in ogni modo allo spirito di quel “Giuramento” che sempre rimane. Lì, teniamolo presente, non c'è internet che tenga. Così come curare sempre con i mezzi di quando ci siamo laureati, fino al termine dell'attività, non è accettabile, né produttivo, al contrario si dimostra comprensibilmente dannoso.

In conclusione, guardiamoci allo specchio, con obiettività e pacatezza d'intenti. Man mano che i capelli cambiano e s'imbiancano, troviamo la maniera di mantenerci aggiornati nei mezzi a disposizione e nella dialettica col paziente. Statene certi, non ci verrà il mal di pancia per questo.

I nuovi anticoagulanti orali

Uno dei settori della ricerca farmacologica in grande fermento è negli ultimi anni sicuramente rappresentato dalla terapia anticoagulante per la quale, a ragione, è stata decretata l'inizio di una nuova era con l'introduzione di nuove e promettenti molecole. La terapia anticoagulante costituisce, in particolare, il cardine del trattamento nella prevenzione primaria e secondaria dello stroke in pazienti con fibrillazione atriale e dell'embolia polmonare in pazienti con trombosi venosa, ambiti nei quali si sono concentrate le applicazioni dei nuovi farmaci anticoagulanti. Il warfarin e gli altri antagonisti della vitamina K da oltre 50 anni rappresentano la terapia di riferimento, di provata efficacia, per la profilassi cardioembolica in particolare nei pazienti con fibrillazione atriale.

L'efficacia del warfarin nella prevenzione dell'ictus e delle tromboembolie sistemiche nei pazienti con fibrillazione atriale (FA) è stata ampiamente dimostrata in importanti trial clinici: la riduzione del rischio di ictus ottenibile con il warfarin è del 62%, con rischio emorragico associato complessivamente basso; l'incidenza annuale di emorragie maggiori è negli studi clinici pari all'1,3% nei pazienti trattati con warfarin. Tuttavia la realtà clinica si discosta da quella fotografata dai grandi trials dove i pazienti sono selezionati e seguiti con follow-up ravvicinati; si ritiene altamente probabile che il rischio emorragico secondario alla TAO sia

maggiore. Diversi fattori anche intrinseci al trattamento, come la variabilità della scoagulazione, l'adeguatezza del follow-up, le interazioni farmacologiche, influenzano il rischio di sanguinamenti.

A fronte della loro provata efficacia, gli antagonisti della vitamina K presentano alcune limitazioni relative alle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche che ne rendono difficoltoso l'impiego nella pratica clinica: lento inizio d'azione, imprevedibilità della risposta farmacologica determinata soprattutto dalla variabilità interindividuale nel metabolismo citocromo P450-dipendente, stretta finestra terapeutica, necessità di monitoraggio routinario dei fattori della coagulazione, necessità di frequenti aggiustamenti posologici, numerose interazioni farmacologiche ed alimentari. Nella pratica clinica tali limiti si traducono in: sottoutilizzo degli antagonisti della vitamina K, inadeguata anticoagulazione, frequenti interruzioni del trattamento.

La ricerca farmacologica e clinica si è quindi indirizzata verso lo sviluppo e la verifica dell'efficacia di nuovi agenti anticoagulanti, concentrando l'interesse verso molecole in grado di bloccare singoli e specifici step della cascata coagulativa, in particolare il fattore Xa e la trombina.

DABIGATRAN Gli inibitori diretti della trombina agiscono modulando la trasformazione del fibrinogeno in fibrina e inibiscono l'attivazione trombina-mediata dei fattori V, VII, XI, XII

con effetto anticoagulante; il blocco della trombina determina un'inibizione anche dei suoi effetti recettore-mediati ovvero l'aggregazione piastrinica.

Il dabigatran è un potente inibitore diretto reversibile della trombina, già approvato per la prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti adulti sottoposti a chirurgia elettiva totale dell'anca o del ginocchio in Europa ed in America.

L'iter di sviluppo clinico di tutti i nuovi farmaci anticoagulanti infatti prevede solitamente la valutazione dell'efficacia e della sicurezza nella prevenzione della tromboembolia in pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia ortopedica, approccio questo molto utile data l'elevata incidenza di eventi trombotici in questa popolazione di pazienti e la possibilità di monitorare il rischio emorragico durante il periodo di ricovero³².

Le agenzie regolatorie degli USA, Canada, Giappone ed altri Paesi hanno già approvato l'utilizzo del dabigatran nella prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale; nel mese di Aprile 2011 anche il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) dell'EMA ha dato parere favorevole per la stessa indicazione.

La revisione delle linee guida Americane per la gestione della fibrillazione atriale raccomanda in classe I l'uso del dabigatran in alternativa al warfarin per la prevenzione dello stroke e della tromboembolia sistemica in pazienti con FA parossistica o permanente e fattori di rischio

per ictus o embolia in assenza di protesi valvolari, valvulopatie emodinamicamente significative, grave insufficienza renale o malattia epatica in fase avanzata. Nelle linee guida Europee ed Italiane il dabigatran è presente come alternativa al warfarin con classe di raccomandazione IIa. Lo studio clinico di riferimento che ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza in questo scenario clinico del dabigatran è il trial RE-LY che ha fornito la dimostrazione di un'alternativa farmacologica valida, sicura e maneggevole nella terapia anti-coagulante: entrambi i dosaggi di dabigatran risultano non inferiori al warfarin nella prevenzione tromboembolica, inoltre al dosaggio di 110mgx2/die il dabigatran mostra superiorità rispetto al rischio emorragico e al dosaggio di 150mgx2/die superiorità rispetto al rischio di stroke ed embolia sistemica.

Accanto ai risultati di efficacia e sicurezza ulteriori vantaggi della terapia con dabigatran sono rappresentati dalla minore variabilità di risposta interindividuale, dal minor profilo di interazioni farmacologiche e dal fatto che non viene richiesto il monitoraggio routinario della coagulazione; mentre, accanto agli effetti collaterali documentati dallo studio RE-LY, svantaggi legati alla nuova terapia sono da ricercare nella mancanza di disponibilità di un antidoto specifico del dabigatran, pertanto in caso di severa emorragia è richiesta terapia di supporto con emotrasfusioni e trasfusioni di plasma; nella doppia somministrazione giornaliera che può ridurre la compliance terapeutica e negli elevati costi.

Le caratteristiche del paziente ideale per il trattamento con dabigatran non sono ancora definite, e difficile appare la decisione di convertire al trattamento con dabigatran pazienti in terapia con warfarin.

RIVAROXABAN – APIXABAN Il fattore Xa costituisce un target allettante per la progettazione di nuove molecole anticoagulanti: posizionato all'inizio della via comune della cascata coagulatoria la sua inibizione riduce la formazione di trombina sempre più a monte, ma non blocca la trombina circolante le cui tracce possono intervenire nell'emostasi conferendo a questa strategia terapeutica un profilo di sicurezza maggiore circa il rischio emorragico.

Il **Rivaroxaban** è stato approvato per la prevenzione del tromboembolismo venoso in pazienti sottoposti ad interventi di sostituzione di anca e ginocchio a seguito dei risultati di 4 studi di comparazione con enoxaparina del programma RECORD.

L'efficacia del rivaroxaban nella fibrillazione atriale è stata valutata nello studio ROCKET-AF49. La Cardiovascular and Renal Drugs Advisory Committee della FDA ha valutato nello scorso Settembre i risultati dello studio ROCKET-AF ritenendo che la forte evidenza di non inferiorità rispetto al warfarin in una popolazione ad alto rischio sia sufficiente a supportare l'approvazione del farmaco per la prevenzione dello stroke nei pazienti con FA ma ha evidenziato alcuni elementi di riflessione: l'assenza di un confronto con dabigatran, trattamento alternativo al warfarin efficace ed approvato; il TTR dei pazienti trattati con warfarin, pari al 55% nello studio, è inferiore a quello di altri trials clinici, con un peso non trascurabile sull'incidenza di eventi in questo gruppo; la mono-somministrazione giornaliera del rivaroxaban non è realmente supportata da dati di farmacocinetica e farmacodinamica potendo una doppia somministrazione risultare più appropriata e vantaggiosa. Nelle considerazioni espresse dall'FDA viene suggerito la possi-

bile indicazione del rivaroxaban in pazienti con inadeguata risposta o che non possono assumere warfarin o dabigatran.

Anche **Apixaban** è stato approvato per la prevenzione degli eventi tromboembolici venosi in pazienti adulti che vengono sottoposti ad interventi di sostituzione protesica dell'anca o del ginocchio.

La valutazione di apixaban nei pazienti affetti da fibrillazione atriale è stata effettuata con gli studi AVERROES e ARISTOTELE. Lo studio ARISTOTELE ha documentato, pertanto, una riduzione statisticamente significativa del rischio di stroke ed embolia, di sanguinamenti maggiori e di mortalità per tutte le cause con apixaban con un sovrapponibile profilo di effetti avversi a confronto con warfarin.

E' dunque iniziata una nuova era nella terapia anticoagulante orale con l'introduzione di molecole che sembrano capaci di superare i limiti storici della TAO con antagonisti della vitamina K, e che potrebbero implementare significativamente la quota di pazienti trattati. Numerosi sono i vantaggi finora mostrati: prevedibilità della risposta, somministrazione di una dose fissa giornaliera, non necessità di monitoraggio della coagulazione, significativa riduzione del rischio emorragico, minime interazioni farmacologiche, assenza di interazioni alimentari; accanto ai quali occorre però sottolineare alcuni limiti dei nuovi trattamenti: assenza di sistemi di monitoraggio laboratoristico dell'effetto anticoagulante, mancanza di un antidoto in caso di sovradosaggio o emorragie, difficoltà a valutare l'aderenza del paziente alla terapia, necessità di conferma dei dati di efficacia e sicurezza negli scenari clinici reali, costi elevati.

Carcinoma colorettales: Pisa centro di eccellenza

Il cancro al colon-retto (CRC) è in Italia al secondo posto per mortalità tumorale e si registrano circa 40.000 nuovi casi anno. Nelle ultime 2 decadi si è assistito ad un progressivo aumento dell'incidenza; grazie alla diagnosi precoce e all'evoluzione delle terapie la sopravvivenza a 5 anni è notevolmente aumentata.

Il ruolo dell'oncologo medico è cambiato profondamente nel corso degli anni. Se per molto tempo il compito è stato quasi marginale e legato alla semplice palliazione degli ultimi mesi di vita oggi le possibilità terapeutiche e ricerca e così le responsabilità cliniche sono più numerose e centrali.

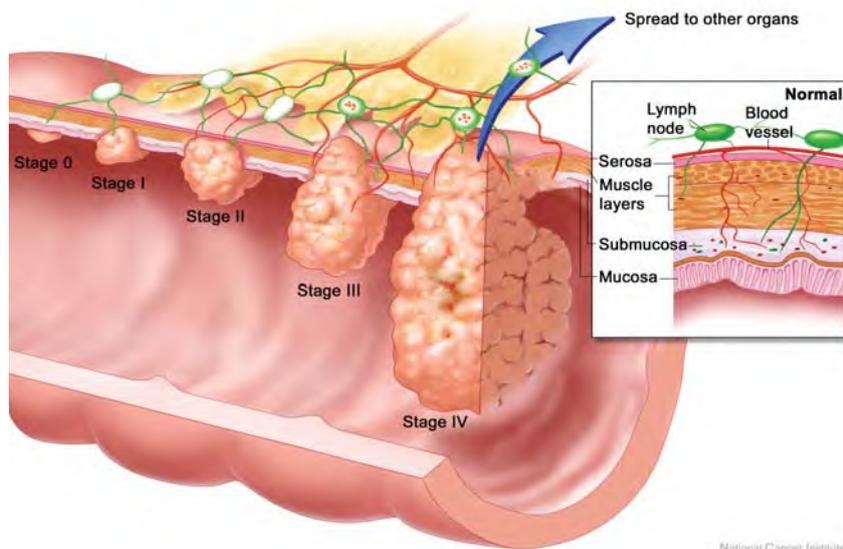
Si tenga presente che dagli anni '60 fino al 1998 il 5-fluorouracile, agente chemioterapico della classe degli antimetaboliti, è stato essenzialmente l'unica possibilità terapeutica medica per il trattamento del CRC avanzato. Dal 1998 ad oggi sono stati introdotti nella clinica 7 nuovi agenti. Di cui 5 di questi sono farmaci biologici di ultima generazione e 2 di essi sono stati approvati solo quest'anno dalla Food and Drug Administration. E' così che al solo 5-fluorouracile si sono aggiunti l'oxaliplatino e l'irinotecano e poi si sono dimostrate efficaci strategie a bersaglio molecolare in grado di colpire la neoangiogenesi tumorale, con l'anti-Vascular Endothelial Growth Factor

denominato bevacizumab e l'asse dell'Epidermal Growth Factor Receptor con gli anticorpi monoclonali cetuximab e panitumumab. Le novità riguardano strategie più innovative dal punto di vista molecolare con i farmaci aflibercept e regorafenib, entrambi con azione

anti-vascolare ed oggi di provata efficacia nelle fasi più avanzate di malattia.

Gli avanzamenti farmacologici sono stati meno dirompenti in quella fase "strategica" che è il trattamento adiuvante, ovvero post-operatorio, delle forme ad alto rischio di reci-





diva o ripresa a distanza. In questo setting solo oxaliplatino e 5-fluorouracile, oltre al trattamento radiante per le forme ad origine dal retto extraperitoneale, hanno dimostrato di essere efficaci ed in particolar modo nelle forme con linfonodi positivi al tempo della resezione chirurgica. Parlando di resezione chirurgica del tumore coloretale si deve considerare come su tutt'altro fronte è proprio la mano del chirurgo e le nuove possibilità tecniche ad avere inciso profondamente sul cambiamento radicale della prognosi di una piccola parte dei casi con malattia avanzata. La rimozione chirurgica delle metastasi epatiche e, in misura minore di quelle polmonari, è nei casi selezionati una possibilità di guarigione. Questo aspetto deve inserirsi in una strategia terapeutica in cui il chirurgo, il radioterapista e l'oncologo medico sono chiamati ad un'interazione continua. A tali figure si aggiungono quelle dei radiologi sia in qualità, più tradizionale, di diagnostici per immagini che, in taluni casi, di radiologi interventisti quando ritenuti utili trattamenti loco-regionali diversi dalla chirurgia. E' nell'ottica di rafforzare e rendere più centrale la multidisciplinarietà che la Regione Toscana e l'Istituto Toscano Tumori hanno istituito nelle Aziende Ospedaliere del territorio i Centri Oncologici di Riferimento Dipartimentale, (CORD), attivato anche presso il Polo Oncologico dell'A.O.U.P. Si tratta di strutture fi-

siche con personale dedicato, amministrativo ed infermieristico, nate per accogliere e orientare i pazienti affetti da tumore. All'interno operano medici specialisti che abbiano affinità e coinvolgimento nella patologia oncologica. In modo particolare spetta l'organizzazione di Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) - con indirizzo specifico per singole patologie o gruppi di patologie affini - in cui con cadenza regolare gli specialisti si incontrano e definiscono il percorso terapeutico più opportuno.

Settore essenziale nella terapia è quello della ricerca che si è mossa e si muove su due piani. Da una parte si ha la ricerca volta all'identificazione di nuovi farmaci attivi ed efficaci e di cui si sono fatti esempi sopra. Dall'altra vi è una seconda componente, di una ricerca indipendente - intesa come non legata all'industria farmaceutica e alla registrazione di nuove molecole - che molto ha fatto e sta facendo nell'intento di ottimizzare i trattamenti. Iò avviene, testando nuove combinazioni, con differente modalità o tempi di somministrazione, durate e dosaggi. In questo si inserisce una tradizione di ricerca che il gruppo sta portando avanti con la promozione e il coordinamento a livello nazionale di specifiche iniziative. Lo sviluppo di un regime a tre farmaci chemioterapici con 5-fluorouracile, oxaliplatino e irinotecano in uno schema denominato FOL-

FOXIRI è frutto di queste iniziative e costituisce un possibile standard terapeutico per pazienti con specifiche indicazioni cliniche impiegato in tutto il mondo.

Un altro ambito nella definizione del miglior iter terapeutico e, parallelamente, per orientare le direttive della ricerca clinica è quello della caratterizzazione molecolare nelle neoplasie coloretali al fine di personalizzare i trattamenti. Da pochi anni è riconosciuto come determinanti biologici quali il riscontro di deficit di diidropirimidina deidrogenasi, instabilità microsatellitare e delle mutazioni dei geni *KRAS* e *BRAF* hanno un ruolo fondamentale in momenti decisionali diversi. L'esempio è quello appunto delle mutazioni del gene *KRAS* le quali, se presenti, precludono il beneficio da farmaci anti-EGFR. In questo senso l'informazione che il patologo, il farmacologo e il biologo molecolare sono chiamati a fornire ai clinici ha un valore prezioso nell'orientare le scelte più corrette, evitando tossicità rischiose o inutili e massimizzando i rapporti costi/benefici delle terapie.

Il trattamento costituisce esempio paradigmatico, anche se certo non unico, in oncologia e medicina, in cui l'integrarsi di competenze disciplinari diverse ha portato in tempi brevi a importanti progressi, tradottisi in concreti vantaggi. Dall'altra parte rimane molto da fare considerando che pazienti radicalmente operati hanno una ricaduta di malattia e che nella fase avanzata le possibilità di sopravvivenza a 5 anni restano limitate. Nel miglioramento dei risultati va l'impegno di clinici e ricercatori ed a Pisa abbiamo sviluppato una rete di collaborazioni ed integrazioni con chirurghi, patologi, radioterapisti, radiologi, farmacologi, etc... e promosso ed attivato studi in ambito sia clinici che di ricerca traslazionale. Ciò consente ai pazienti di accedere a percorsi diagnostico-terapeutici organizzati che offrono le migliori competenze e tecnologie e l'accesso a trattamenti personalizzati ed innovativi.

Redditest

Il 20 novembre prossimo potremo accedere in rete alla compilazione del nuovissimo “strumento di autodiagnosi” chiamato “Redditest” tramite il quale verificare se il reddito dichiarato è in linea con quanto gli Uffici Finanziari potranno accertare. Dell’argomento si era cominciato a parlare già dal novembre 2011, quando l’Agenzia delle Entrate aveva reso disponibile un software con il quale le Associazioni di cate-



apparirà una luce verde “non abbiamo nulla da temere e non ci saranno accertamenti o controlli, mentre se si accenderà una luce rossa il cittadino dovrà pensare bene a rifare la dichiarazione dei redditi perché è a rischio di essere controllato” (così si è espresso il Direttore Generale dell’Agenzia delle Entrate nel corso di un’audizione alla Commissione Parlamentare). L’Agenzia rassicura i contribuenti sul fatto che i dati inseriti dal

contribuente nel Redditest non verranno rilevati dal web e resteranno completamente riservati. Nel corso dell’audizione Parlamentare il Direttore Befera ha anche ricordato che dal 1° gennaio 2012 gli operatori finanziari sono tenuti a comunicare con cadenza annuale le movimentazioni che interessano i rapporti già trasmessi all’anagrafe tributaria e tutte le ulteriori informazioni necessarie ai controlli fiscali. Peraltro le informazioni relative al secondo semestre 2011 degli acquisti “di lusso” effettuati dai cittadini per importi superiori ad euro 3.600,00 sono già state comunicate all’Agenzia delle Entrate, e a breve verranno comunicate dagli intermediari finanziari le operazioni effettuate con bancomat e carte di credito. Per completare il quadro, gli intermediari finanziari comunicheranno all’Agenzia delle Entrate anche i saldi iniziali e finali, oltre ai movimenti aggregati, dei nostri conti correnti e degli altri rapporti finanziari.

delle Entrate, era quello di testare in concreto la coerenza del nuovo Redditometro, e la conseguente possibilità per i contribuenti di valutare autonomamente, in un’ottica di compliance il grado di coerenza tra il reddito familiare dichiarato e la capacità di spesa. Adesso siamo arrivati alla pubblicazione del programma e tra pochi giorni potremo finalmente inserire i dati delle spese più significative sostenute nell’anno nel contesto familiare e se al termine della compilazione ci

Operazioni preliminari
Per eseguire il software è necessario utilizzare la Java Virtual Machine versione 1.6



(Fonte: “Il Sole24Ore”, “Agenzia delle Entrate”)

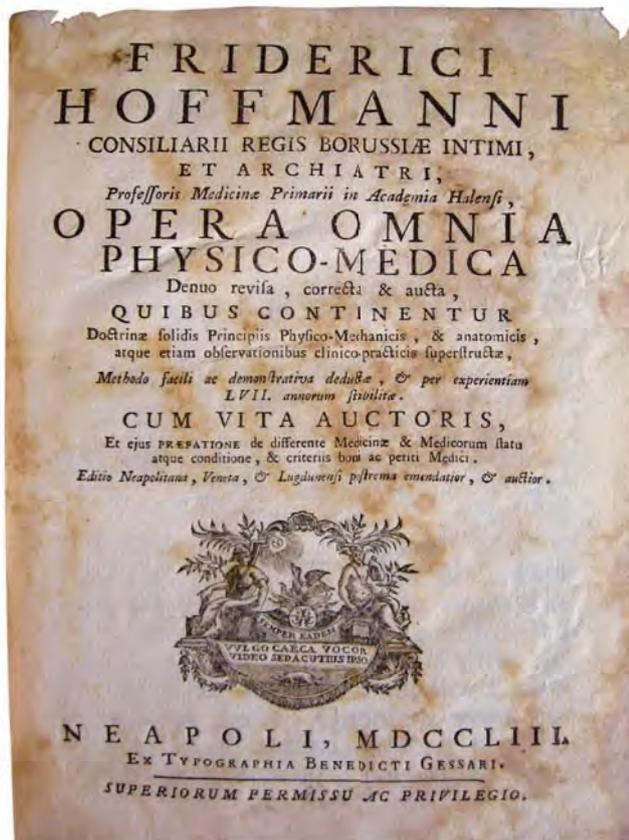
I sistemi medici del XVIII secolo

Durante la prima metà del Settecento videro la luce e diffusione alcuni sistemi teorici, con lo scopo di cercare di fornire una visione generale del sapere medico. In questo periodo la iatrochimica andò incontro ad un progressivo declino, mentre la iatromeccanica continuò ad avere seguaci per alcuni decenni. Questi nuovi sistemi medici, che tentavano di dare una spiegazione di base del funzionamento del corpo umano, erano talvolta in contrasto tra loro ed erano strettamente legati alle idee filosofiche di quei tempi.

Vediamo ora le principali scuole sistematiche del periodo.

1) Il meccanicismo di Hoffmann e l'animismo di Stahl

Friederich Hoffmann (1660-1742), tedesco, fu medico e chimico assai stimato ed autore di molti scritti poi pubblicati in una *Opera omnia* in nove volumi. Fu ideatore di una teoria, basata su ipotesi, che può essere definita meccanico-dinamica che riconosce l'anima sotto una speciale forma come

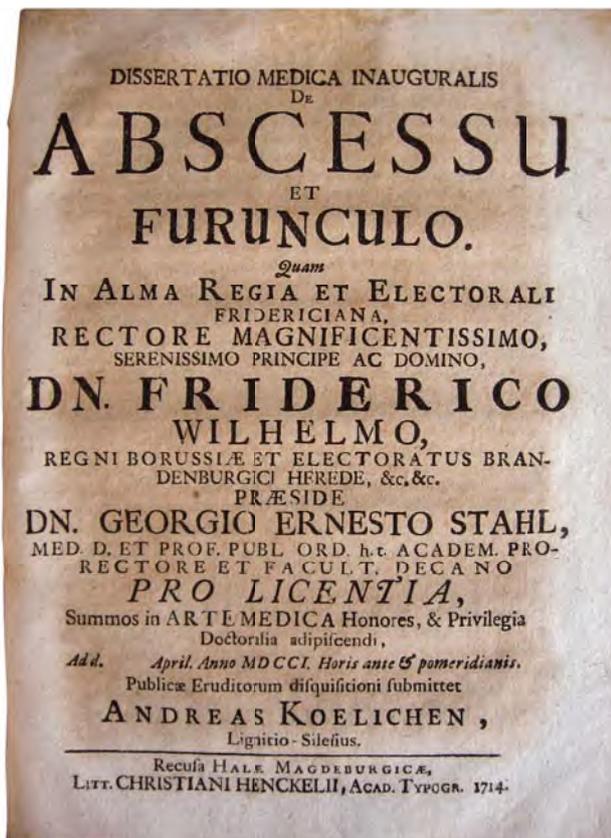


F. Hoffmann, *Opera omnia physico-medica*, Neapoli, 1753

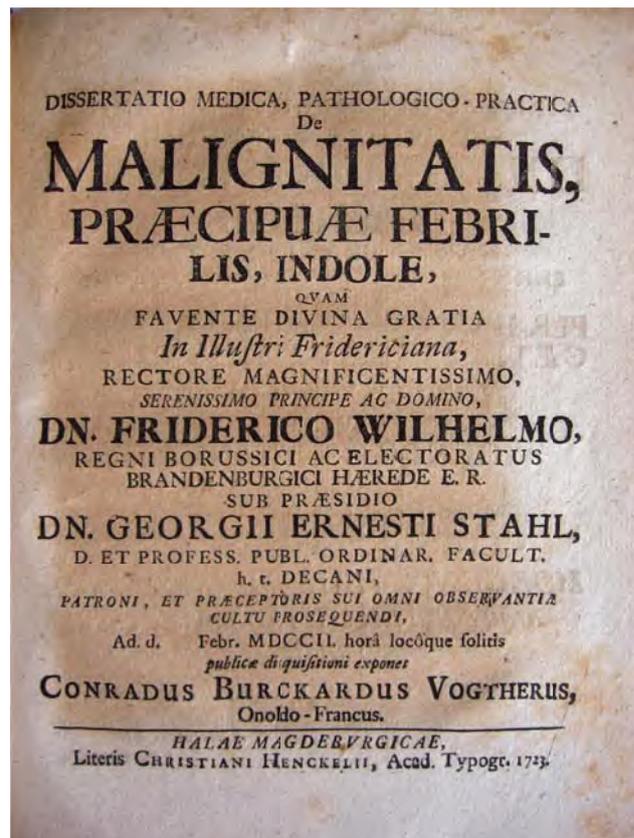
causa movente. Il fondamento delle attività dei corpi è l'anima sensiente, etere diffuso in tutta la natura, capace di promuovere ogni azione vitale. Questo fluido universale risiede nel sangue e da esso viene separato nel cervello, costituendo la forza vitale motrice; da questa sede poi, per mezzo dei nervi come in una circolazione, si diffonde in tutto il corpo. La vita è

movimento, mentre la morte è cessazione di esso. Il corpo umano nel suo insieme è una macchina idraulica, guidata da leggi fisse; un eccesso del fluido nervoso provocherebbe lo spasmo e quindi malattie acute, come le infiammazioni e le emorragie, mentre una sua carenza produrrebbe atonia e malattie croniche.

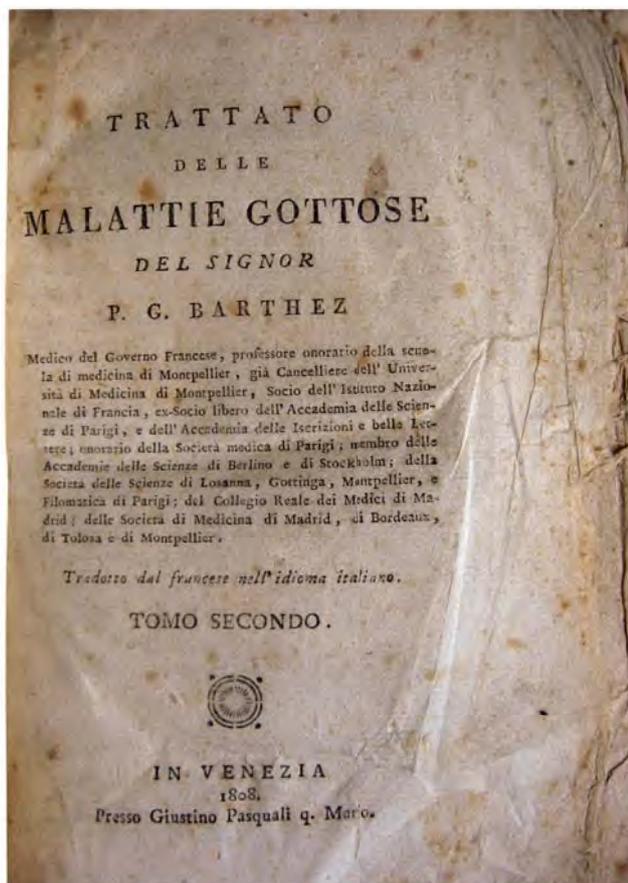
Ideatore invece della teoria animistica fu invece Georg Ernst Stahl (1660-1734), medico e chimico tedesco. Insegnante all'università di Halle, divenne medico del re di Prussia; di carattere battagliero, intollerante, entrò spesso in polemica anche con i suoi amici. Numerose le opere che scrisse, tra cui la più rappresentativa è la *Theoria medica vera* del 1707. Di indirizzo helmontiano, costruì una teoria che rappresenta una reazione al meto-



G.E. Stahl, *Abscessu et furunculo*, Halae, 1714



G.E. Stahl, *Malignitatis...*, Halae, 1723



P.J. Barthez, *Trattato delle malattie gottose*, In Venezia, 1808

do sperimentale meccanico. Alla matematica di questo, contrappone una causa unica universale che è l'anima. Essa è la sola forza che mantiene l'unità della materia e le impedisce la putrefazione; senza l'anima, che sostiene i processi biologici, il corpo rimarrebbe passivo, inerte, senza possedere di per se stesso alcuna forza di muoversi. Dando un massimo risalto al lato spirituale, visto come anima, considerò lo studio della materia come del tutto secondario e

trascurabili se non dannose le conoscenze riguardanti l'anatomia e la chimica. Per la terapia, sostenne la necessità di assecondare la forza medicatrice della natura e perciò, ad esempio, non combatteva la febbre, che per lui non era altro che un meccanismo di difesa dello spirito.

2) *Il vitalismo di Bordeu e Barthez*
Fu questa un'altra corrente di pensiero, secondo la quale i fenomeni organici non possono essere ricondotti alle sole forze fisiche o chimiche. Dopo aver studiato all'università di Montpellier, Theophile de Bordeu (1722-1776) si trasferì a Parigi, dove esercitò con successo la professione. La sua filosofia medica fu esposta nella sua opera *Recherches anatomiques sur la positions des glandes et leurs actions*, del 1752. Altro esponente fu Paul Joseph Barthez (1734-1806), medico e fisiologo illustre ai suoi tempi e reputato dai contemporanei come restauratore della filosofia medica e della fisiologia. Dopo la rivoluzione, ebbe molti incarichi

onorifici e fu medico anche dell'imperatore. Fra le sue opere, ricordiamo il *Trattato delle malattie gottose* e *Nuovi elementi della scienza dell'uomo*. Secondo lui, la vita era qualcosa che restava fuori della comprensione della ragione umana, perchè dopo la morte il corpo si distrugge e l'anima è immortale. Il vitalismo riteneva che la malattia fosse solo una variazione dello stato di salute e che quindi alcuni sintomi dovessero essere liberi di manifestarsi.

3) Le dottrine neuropatologiche di Cullen e Brown

Lo scozzese William Cullen (1712-1790) insegnò ad Edimburgo; fu autore di numerose opere di medicina e filosofia, di cui la principale fu quella intitolata *First Lines of the Practice of Physics*, del 1776, poi tradotta in molti paesi. Nella sua teoria, egli asserisce che lo stato di salute è rappresentato dal tono normale delle parti solide, che dipende da impulsi continui del si-

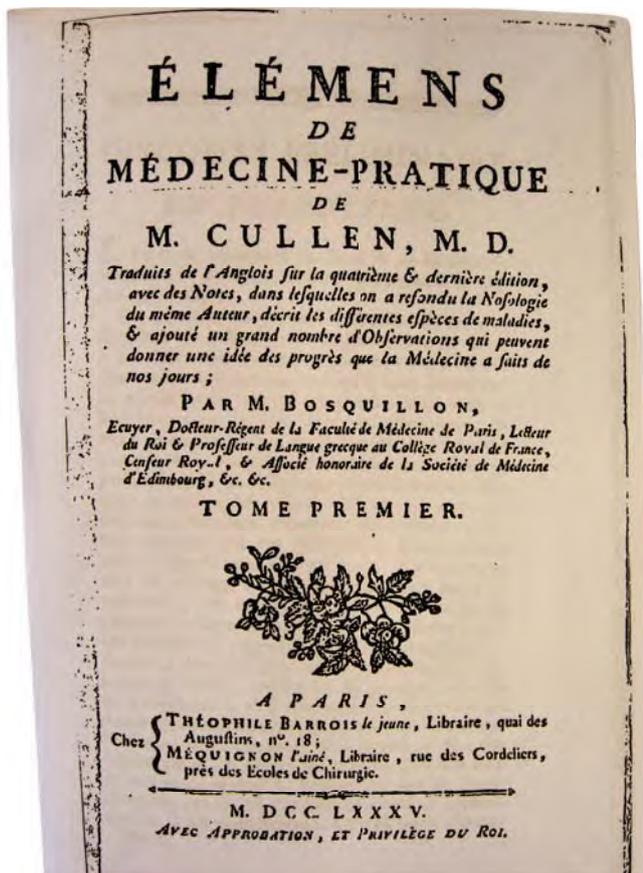
stema nervoso il quale risente anche dell'influenza degli stimoli esterni i quali provocano, o meno, la eccitabilità della materia, producendo contrazioni ed atonie. Cullen propose inoltre, nella *Synopsis nosologiae methodicae*, una classificazione di tutte le malattie in classi, ordini, generi e specie, sul modello del sistema usato in botanica da Linneo.

Questi concetti furono poi ripresi da John Brown (1735-1788). Nato da genitori poveri, dopo gli studi classici entrò nell'università di Edimburgo destinato alla carriera ecclesiastica, ma poi passò alla medicina. Fece ben presto una favorevole impressione su Cullen, che lo assunse come istitutore privato della sua famiglia, ma in seguito venne con lui in disaccordo e rivale. Nel 1778 scrisse un trattato, gli *Ele-*

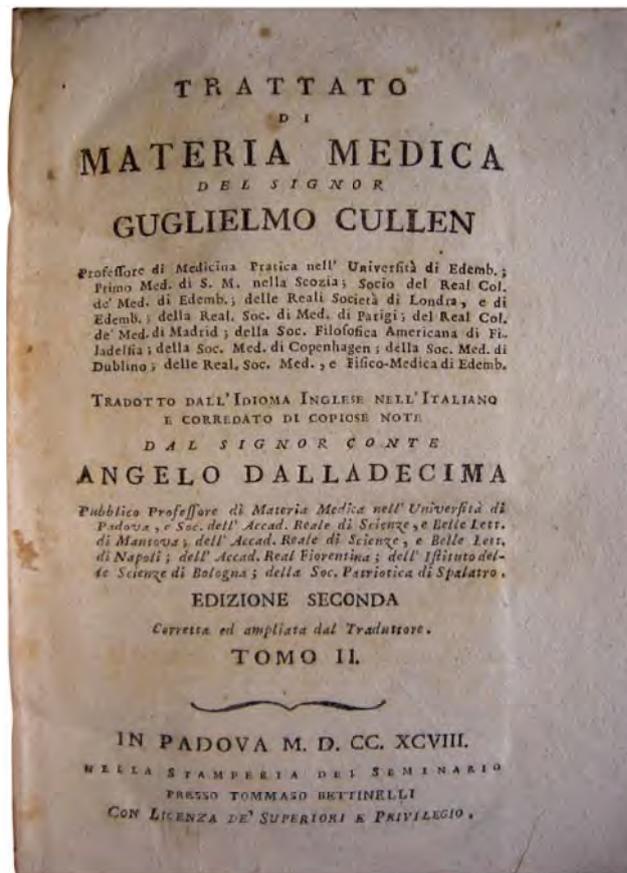


Ritratto di John Brown

menta Medicinæ, nel quale rese nota una sua nuova teoria, che incominciò ad insegnare. Secondo lui, la qualità o principio dal quale dipendono i fenomeni della vita è l'eccitabilità. Le forze eccitanti, o



W. Cullen, *Éléments de médecine-pratique*, A Paris, 1785



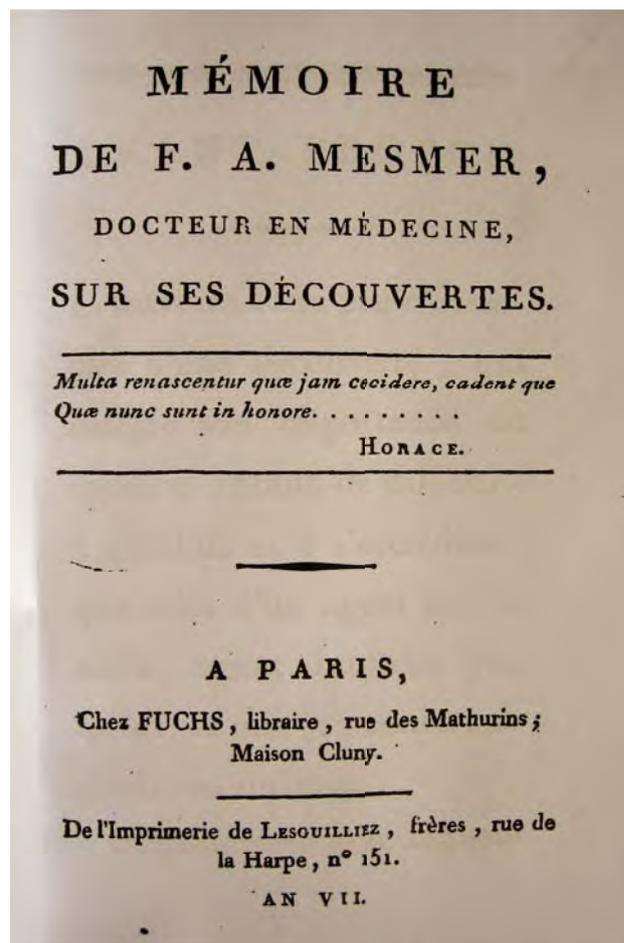
W. Cullen, *Trattato di materia medica*, In Padova, 1798

stimoli, possono essere divise di due classi: quelle esterne, come calore, dieta, sostanze introdotte nello stomaco, il sangue e l'aria; poi gli stimoli interni, come la contrazione muscolare, il senso della percezione e l'energia del cervello nel pensare e nel suscitare passioni ed emozioni. La vita è uno stato forzato; se le forze eccitanti cessano, ne segue la morte. Le malattie derivano da un aumento o da una diminuzione locale o generale dell'eccitabilità ed appartengono a due gruppi principali: quelle steniche, nelle quali l'eccitabilità è aumentata, e quelle asteniche, nelle quali è diminuita. La terapia era quindi semplice: sedativi in quelle steniche, stimolanti nelle altre, che erano le più frequenti. L'attenzione del medico non doveva essere rivolta ai sintomi, ma piuttosto a conoscere la condizione di astenia o di stenia dell'organismo. Questa teoria era semplice ed intuitiva, ed ebbe presto molti seguaci, come pure un gran numero di feroci avversari.

4) *Un'altra dottrina: il mesmerismo*
 Accanto ai sistemi medici sopra ricordati, in Europa si diffuse anche



una teoria alternativa ideata dal tedesco Franz Anton Mesmer (1734-1815), che fu indubbiamente una delle più originali figure del Settecento. Ebbe una vita molto movimentata e fu autore di varie opere, tra cui il *De planetarum influxu* ed una *Memoria sulla scoperta del magnetismo animale*, edita nel 1779. Mesmer, convinto della fondatezza delle dottrine mistiche ed astrologiche, tanto che la sua tesi di laurea aveva avuto come tema la dimostrazione dell'influenza mistica dei pianeti sull'uomo, creò una teoria, che definì "magnetismo animale": il fluido magnetico era la principale forza esistente in natura, operante la connessione di tutti i corpi, anche celesti. Credé che questo fluido fosse simile a quello elettrico e che si accumulasse nell'organismo umano; di conseguenza, ripose la virtù del suo metodo nell'uso della calamita artificiale, guaritrice di molte malattie. Queste sarebbero causate da blocchi o da difficoltà di scorrimento di questo fluido nel corpo umano, e la terapia doveva consistere nel mettere in atto delle tecniche capaci di risolvere questi problemi. Inizialmente le cure si basavano nell'applicazione di calamite sulle parti interessate, ma poi



F.A. Mesmer, *Mémoire*, A Paris, 1799

anche con l'imposizione delle mani che dovevano trasferire il magnetismo, bagni collettivi in apposite vasche magnetizzate ed induzione di stati di coscienza modificati. La sua fama crebbe rapidamente, osannato da molti ma fortemente contestato dalla classe medica; per ordine del re fu nominata allora una commissione per giudicare questo sistema di cura, che concluse i suoi lavori con un giudizio negativo. I benefici che si potevano osservare dovevano essere imputati ad una suggestione indotta nel paziente, quella che oggi viene chiamata effetto placebo. Il mesmerismo, nato in buona fede per opera di chi credeva nel suo principio, dilagò poi anche in forme di sfruttamento, come il ciarlatanismo puro di Cagliostro e di Casanova, trovando da per tutto persone furbe e spregiudicate a cui faceva comodo, e pazienti che vi credevano.

C'è un giudice a Berlino?

Con il passare degli anni il carico burocratico che grava sui nostri studi professionali è andato progressivamente aumentando. Come se questo non bastasse è contemporaneamente aumentata la confusione in mezzo a tante leggi, regolamenti attuativi, interpretazioni, ecc., ecc.. Questo vale nel campo fiscale; la crisi in cui stiamo affogando farà uscire fuori sempre più le storture e le contraddizioni del castello di carta costruito quasi contro il cittadino anziché per sua difesa e sicurezza. Questo vale anche per tutte le leggi ed i regolamenti che ci dovrebbero indicare come condurre in maniera corretta i nostri studi per tutelare la salute dei cittadini, dei nostri dipendenti, e di noi stessi. Ultimamente, di fronte alla suddetta percezione già così presente in tutti i settori, si è accentuata l'importanza delle sentenze della magistratura nel condizionare il nostro modo di vivere la professione. Porto qui una serie di esempi a titolo esplicativo delle mie constatazioni e considerazioni. I primi due casi dal mio punto di vista hanno un valore positivo e recano chiarezza nel nostro operato, i successivi determinano al contrario un forte senso di insicurezza. I sotto elencati esempi naturalmente, chi vorrà, potrà approfondirli altrove.

1. La Corte di Cassazione – Terza Sezione Civile – il 09.03.2012 con sentenza n. 3717 ha sottolineato che l'intera materia della pubblicità sanitaria resta assoggettata alle disposizioni introdotte dalla legge Bersani, senza operare alcuna distinzione tra le

società di persone e le società di capitali.

2. Il Direttore Sanitario è responsabile della pubblicità. Il Collega era stato sanzionato dal proprio Ordine perché la sua struttura aveva effettuato pubblicità sanitaria scorretta. Egli ha fatto ricorso al CCEPS sostenendo che la proprietà della struttura aveva agito "a sua insaputa". La Commissione Centrale gli ha dato torto ed ha confermato la Sanzione dell'Ordine, perché su di lui ricade la responsabilità deontologica del contenuto delle informazioni trasmesse dalla struttura. Anche la Corte di Cassazione successivamente ha confermato questa tesi.

3. La Corte di Cassazione con sentenza n. 19544, a proposito del ricorso di un odontoiatra condannato dal Tribunale di Siracusa e dalla Corte di Appello di Catania per aver consentito alla sua assistente, dipendente, di effettuare un intervento di igiene orale senza averne titolo, emetteva un lungo e circostanziato verdetto con disquisizioni giuridiche che vi evito, sostenendo la non punibilità del professionista.

Mi piace riportare commenti non miei, ma da me condivisi, su questo caso "...c'è chi si è trovato proprietario di una casa a sua insaputa, ...può anche capitare che un'assistente decida in autonomia di effettuare una seduta di igiene orale ad un paziente dello studio senza dirlo al suo datore di lavoro...i soldi della parcella di quella prestazione sono finiti nelle tasche del dentista a sua insaputa?".

4. La pensano in maniera ben diversa i giudici che con la senten-

za della Sezione VI Penale della Corte di Cassazione n. 42174 del 23.10.2012 sembra che abbiano chiarito in modo definitivo (!?) la corresponsabilità del reato di esercizio abusivo della professione del direttore sanitario, che consenta o agevoli lo svolgimento di una attività professionale per la quale sia richiesta una speciale abilitazione dallo Stato.

5. La mediazione non è più obbligatoria, ma è ancora utilizzabile. L'intervento della mediazione doveva accorciare i tempi della giustizia civile, rendendo più rapido il contenzioso medico/paziente. Era stato istituito per questo l'obbligo di tentare la via conciliativa prima di intraprendere una causa civile. La Corte Costituzionale (25.10.2012) ha giudicato l'istituto della mediazione illegittimo nella parte in cui ne era previsto proprio il carattere obbligatorio. Il venir meno dell'obbligo a questo punto renderà sicuramente meno appetibile questo strumento, anche se sarà percorribile in alternativa alla giustizia ordinaria.

6. La Corte di Cassazione, Sezione Penale, con sentenza n. 35922 del settembre 2012 ha stabilito che "...la posizione di garanzia che il medico assume nei confronti del paziente gli impone l'obbligo di non rispettare le linee guida laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente. In definitiva non vi potrà essere esenzione da responsabilità per il fatto che siano state seguite linee guida ove il medico non abbia compiuto colposamente la scelta che in concreto si rendeva necessaria...".

7. Già nello scorso anno con la sentenza n. 8254 del 02.03.2011

la Cassazione penale aveva sancito la responsabilità del medico che pur si era uniformato nel suo agire a quanto stabilivano le linee guida nel campo del suo intervento. Ovviamente la predetta pronuncia ha avuto una certa eco anche sui mass media non specializzati, stante l'interesse che ormai la cronaca giudiziaria in tema di responsabilità medica suscita nell'opinione pubblica. Va detto che quanto stabilito dalla Suprema Corte Sezione Penale avrà verosimilmente rilevanza anche nel campo civile, potendosi ben immaginare la recezione del ragionamento esplicitato da questi giudici anche allorché si dovrà decidere sulla responsabilità civile del medico e sull'eventuale risarcimento da concedere al paziente asseritamente lesa dal comportamento del sanitario.

8. Di pensiero alquanto diverso nel nostro Parlamento la Commissione Affari Sociali della Camera ha approvato due emendamenti che stabiliscono che "l'esercente la professione sanitaria, che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale ed inter-

nazionale, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave".

A questo proposito mi sembra che abbiamo già una lunga serie di esempi recenti - ma potrebbero essere più numerosi - la quale ci lascia costernati, facendoci sentire una barchetta in mezzo alla tempesta. Aveva un bel dire il famoso mugnaio di Potsdam nel '700, opponendosi al sopruso di un nobile: "Ci sarà pure un giudice a Berlino". In verità a Berlino

dal re Federico II di Prussia detto il Grande (1712-1786) il bravo uomo ebbe giustizia. Questa citazione brechtiana viene sempre riportata ad esempio per avere fiducia nella indipendenza della magistratura. Ma a distanza di quasi tre secoli non mi sentirei di condividere tanto illuministico ottimismo nella terra un tempo considerata la Patria del Diritto, anche se più subdoli sono i meccanismi che condizionano le sentenze al giorno di oggi.



Federico II re di Prussia

Aspetti deontologici per gli odontoiatri

OBBLIGO DI PREVENTIVO

L'Ordine si trova a dover affrontare contenziosi fra medici e pazienti che nascono dal fatto che il medico non ha fornito al paziente un preventivo di spesa e, al termine del rapporto professionale, il paziente contesta l'entità dell'onorario.

L'Ordine ricorda che l'art. 54 del Codice Deontologico (onorari professionali) prevede che il medico "è tenuto a far conoscere il suo onorario preventivamente al cittadino", ragion per cui il non fare il preventivo equivale ad infrazione deontologica. Inoltre la legge n. 27 del 24/03/2012 ha dato forza legale a questo principio, per cui adesso questo non è più solo un precetto deontologico, ma anche un obbligo di legge. Pertanto la CAO richiama tutti i propri iscritti all'obbligo di sottoporre al cliente il preventivo di spesa all'atto dell'accettazione dell'incarico, avendo cura di raccogliere la formale accettazione del preventivo stesso. La mancata ed ingiustificata esposizione del preventivo, oltre a costituire una infrazione sanzionabile disciplinarmente, esporrà il medico al rischio di non ottenere da parte dell'Ordine il parere di congruità per la riscossione del proprio onorario.

COMUNICAZIONE DI CONVENZIONI STIPULATE DAGLI ODONTOIATRI ED INCARICHI DI DIRETTORE SANITARIO

"Nell'ambito del Coordinamento Regionale delle Commissioni Albo Odontoiatri è stato rimarcato il ruolo che l'Ordine riveste a tutela del cittadino. Considerato il proliferare di società, tra cui alcune poco chiare, che propongono forme assicurative o vendita di prestazioni odontoiatriche, al fine di un riordino dei rapporti delle modalità e forme di espletamento dell'attività professionale, si richiede ai colleghi odontoiatri operanti nella Provincia di Pisa quali rapporti di contratto o convenzione privata diretta intrattengano ai sensi dell'art. 65 e 68 del Codice di Deontologia medica, nonché di comunicare se svolgono funzioni di direttore sanitario o responsabile sanitario presso strutture pubbliche o private e con quali orari ai sensi dell'art. 69 del sopraccitato Codice di Deontologia".

ART. 65 – SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

I medici sono tenuti a comunicare all'Ordine territorialmente competente ogni accordo, contratto o convenzione privata diretta allo svolgimento dell'attività professionale al fine della valutazione della conformità ai principi di decoro, dignità e indipendenza della professione.

I medici che esercitano la professione in forma societaria sono tenuti a notificare all'Ordine l'atto costitutivo





della società, costituita secondo la normativa vigente, l'eventuale statuto e ogni successiva variazioni statutaria ed organizzativa.-...Omissis....

ART. 68 – MEDICO DIPENDENTE O CONVENZIONATO

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in riferimento agli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e/o private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano indebitamente favorire la propria attività libero-professionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

ART. 69 – DIREZIONE SANITARIA

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi.

Aspetti normativi per gli odontoiatri

NOVITA' IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO NEGLI STUDI PROFESSIONALI

Sulla G.U. n.162 del 13.07.2012 è stata pubblicata la Legge 12.07.2012, n. 101 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 2012, n. 57, recante disposizioni urgenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nel settore dei trasporti e delle microimprese".

Come è noto l'art. 1, comma 2, del decreto-legge 57/12 prevede la possibilità di autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori sino e non oltre il 31 dicembre 2012.

Ne discende che entro la data del 31 dicembre 2012, tutti i titolari di studio medico o odontoiatrico con lavoratori dovranno avere redatto il documento di valutazione dei rischi.

Si ricorda che per la mancata elaborazione del documento di valutazione dei rischi il datore di lavoro è punito ai sensi dell'art. 55, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.500,00 a 6.400,00 euro.

Si rileva che ad oggi si riscontra un palese ritardo in merito alla emanazione da parte della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro di cui all'art. 6 del D.lgs. 81/08 delle procedure standardizzate per effettuare la valutazione dei rischi sulla base di un modello di riferimento, ma non è stata ancora prevista l'emanazione di un provvedimento che proroghi il termine del 31 dicembre 2012.

Considerato che debbono procedere alla effettuazione della autocertificazione della valutazione dei rischi i medici o odontoiatri che occupano fino a 10 lavoratori, appare opportuno chiarire come il Legislatore definisca la figura del lavoratore. Nella fattispecie l'art. 2, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i dispone che per lavoratore si intende tra l'altro una persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche se al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto della società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui l'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Si ricorda a tutti i medici e odontoiatri titolari di studi professionali con lavoratori, che svolgono direttamente la funzione di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 81/08, di fare particolare attenzione al rispetto del percorso formativo previsto dal Legislatore.

Infatti, considerato l'Accordo 21 dicembre 2011 della Conferenza Stato-Regioni sui corsi di formazione per lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi pubblicato sulla Gazzetta della Repubblica Italiana n. 8 dell'11 gennaio 2012 si evidenzia che:

- Il titolare dello studio medico o odontoiatrico che abbia già svolto, alla data di pubblicazione dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 (GU 11 gennaio 2012), il corso di 16 ore ai sensi dell'art.3 del decreto 16 gennaio 1997, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento che ha periodicità quinquennale di 14 ore.
- Il titolare dello studio medico o odontoiatrico che svolge direttamente la funzione di Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione da data anteriore al 31 dicembre 1996 e, quindi, che era esonerato dalla frequenza dei corsi ai sensi della norma transitoria di cui all'art. 95 del D.Lgs. 626/94 ora abrogato, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento di 14 ore entro 24 mesi dalla data di pubblicazione dell'Accordo (11 gennaio 2011).
- Il titolare dello studio medico o odontoiatrico, non rientrante nelle ipotesi precedentemente illustrate e che, quindi, ex novo voglia svolgere le funzioni di Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dovrebbe

svolgere un corso di formazione della durata di 48 ore; successivamente con periodicità quinquennale dovrebbe svolgere 14 ore di aggiornamento.

Si ricorda che l'art. 55, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. prevede che il datore di lavoro è punito con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.500,00 a 6.400,00 euro per la mancata designazione del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione di cui all'art. 17, comma 1, lett.b), del D.Lgs. 81/08 o per la violazione dell'art. 34, comma 2 del D.Lgs. 81/08 che prevede che il datore di lavoro che svolga direttamente i compiti di RSPP debba frequentare i corsi di formazione di durata minima di 16 ore e massima di 48 ore nel rispetto dei contenuti e delle articolazioni definiti mediante accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Pertanto, stante il quadro normativo sopra delineato, appare chiaro che il medico o odontoiatra titolare di studio professionale con lavoratori che non si trovi in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento diretto delle funzioni di RSPP dovrebbe designare necessariamente un consulente esterno.

Invece i medici o odontoiatri che abbiano già svolto i corsi di formazione di cui all'art. 34 del D.Lgs. 81/08 (corso della durata minima di 16 ore) o che erano esonerati dalla frequenza dei corsi così come sopra riportato, potranno continuare a svolgere direttamente le funzioni di RSPP, ma dovranno ben fare attenzione a rispettare le tempistiche sopra delineate per lo svolgimento del nuovo iter formativo previsto dall'Accordo 21 dicembre 2001 della Conferenza Stato-Regioni.

Le nuove norme previste sempre dall'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2011, in applicazione dell' art. 37 del D. Lgs. 81/08, prevedono che venga fornita obbligatoriamente una specifica formazione in materia di sicurezza nell'ambiente di lavoro anche a tutti i lavoratori non RLS (che invece sono soggetti a peculiari regole di formazione) presenti in qualsiasi luogo di lavoro, studio odontoiatrico compreso.

La responsabilità della formazione è a carico del Datore di Lavoro e il mancato adempimento di questo obbligo comporta la seguente sanzione: (articolo 55, comma 4, lettera c) del D.Lgs. n. 81/2008) arresto da 2 a 4 mesi o ammenda da 1.200 a 5.200 euro.

La durata della formazione per ogni lavoratore dell'ambito sanitario è definita dalla legge in complessive 16 ore: 4 ore di formazione generale sulle norme di prevenzione e 12 di formazione specifica sulla prevenzione nell'ambiente dove opera il lavoratore (nel nostro caso lo studio odontoiatrico) e dovrà essere realizzata durante l'orario lavorativo retribuito.

MODIFICHE DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI DELLE STRUTTURE SANITARIE: SCIA

In data 22 ottobre 2012 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.56, parte prima, la legge regionale 17 ottobre 2012, n.57 "Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)". Si riportano di seguito le modifiche di interesse che entreranno in vigore a partire dal 6 novembre 2012.

SCIA (Segnalazione certificata di inizio attività): art.li 6 e 7: per gli studi medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni a minore invasività e per gli studi medici ove l'utilizzo della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi, è introdotta la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) in sostituzione della DIA. A differenza della DIA l'attività dello studio può essere iniziata dalla data di presentazione della SCIA al comune competente, non sono quindi più previsti i trenta giorni dalla presentazione della dichiarazione per l'avvio dell'attività né le verifiche a campione sul possesso dei requisiti dichiarati. Il comune può solo entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento della segnalazione, in caso di accertata carenza della documentazione e delle condizioni e dei requisiti richiesti, adottare motivati provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività ed ordinare la rimozione dei relativi effetti, salvo che, ove ciò sia possibile, l'interessato provveda a rimuovere le carenze rilevate entro un termine fissato dall'amministrazione comunale che non può essere inferiore a trenta giorni. In ogni caso, decorso il termine di sessanta giorni, il Comune può sempre adottare i suddetti provvedimenti in caso di falsità o mendacia degli atti e delle relazioni di cui la SCIA è corredata come nei casi di situazioni che presentino difformità rispetto alle norme previste per la tutela della salute. Alla SCIA, a differenza della DIA, oltre alla documentazione e alle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e atto notorio attestanti i requisiti previsti, deve essere allegata la planimetria sottoscritta da un tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso dei locali completa di rapporti aeroilluminanti ed altezza e la relazione asseverata da un medico igienista o da un tecnico con esperienza almeno triennale nell'ambito dei processi di sterilizzazione, descrittiva delle modalità di sterilizzazione e degli indicatori di processo e di efficacia di cui lo studio si è dotato.

Grazie, Maestro; ricordo del Prof. Aldo Pinchera

Nato a Napoli, Il Prof. Pinchera si era laureato in medicina a Roma dove aveva iniziato ad occuparsi di fisiopatologia tiroidea. Sin da giovanissimo aveva intrapreso il suo percorso di ricerca all'estero, lavorando all'istituto di biochimica di Marsiglia e subito dopo alla Harvard Medical School di Boston. Negli Stati Uniti ha conosciuto molti scienziati che negli anni successivi hanno scritto la storia della ricerca in endocrinologia degli ultimi decenni. Fin dagli inizi degli anni '60 Aldo Pinchera aveva stabilito una rete di collaborazioni internazionali molto forte, basata non solo sull'apprezzamento del suo valore scientifico, ma anche sulla sua forte personalità e sulla capacità fuori dal comune di stabilire contatti umani.

Quest'ultima dote era facilitata da una brillante conversazione basata su una cultura profonda e multiforme con una naturale tendenza a confrontarsi con il meglio esistente in uno specifico settore.

Grazie al suo prestigio internazionale

il Prof. Pinchera ha ottenuto per tutti i suoi allievi borse di studio nei più prestigiosi istituti di ricerca mondiali gettando così le basi della scuola endocrinologia pisana che si è poi negli anni affermata a livello nazionale ed internazionale.

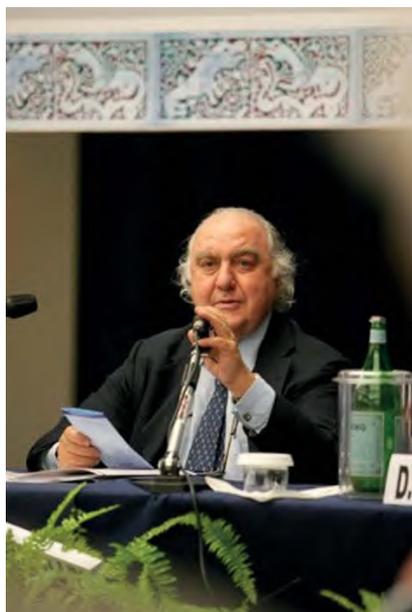
Il Prof. Pinchera aveva costruito con capacità e pazienza un gruppo ed un metodo di lavoro che avevano richiamato a Pisa numerosissimi pazienti affetti da malattie endocrine, soprattutto malattie tiroidee.

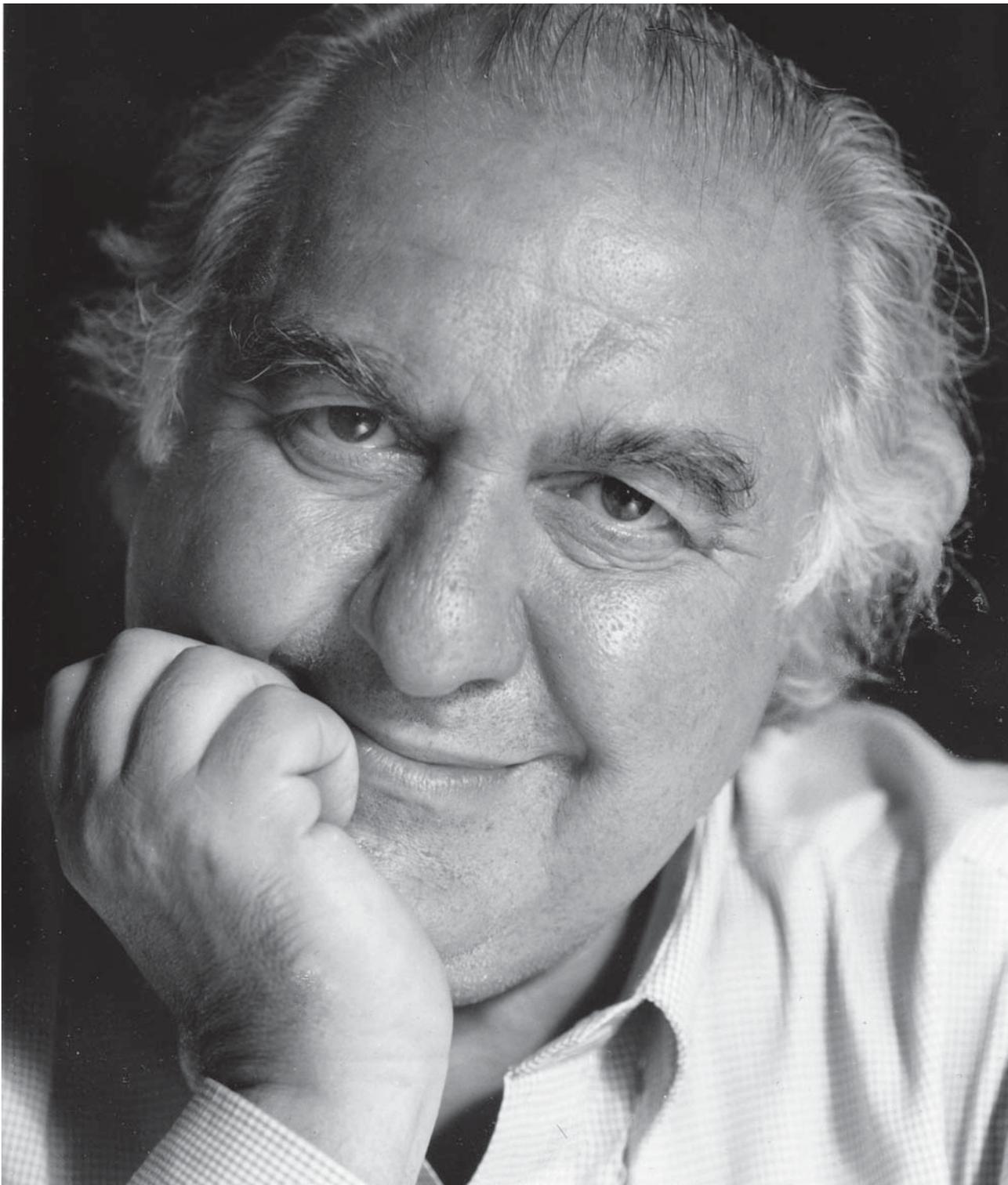
Uno dei segreti del successo del Prof. Pinchera è stato indiscutibilmente il farsi carico delle esigenze dei pazienti curando con attenzione tutti quegli aspetti organizzativi, oltre che assistenziali propriamente detti, che sono il cardine di un netto miglioramento della qualità della assistenza nel complesso. In questo senso una sua idea vincente è stata quella di fare eseguire gli accertamenti diagnostici nel suo istituto ed in un tempo definito, ponendo quindi il paziente al centro di un percorso che era disegnato per lui, senza lasciarlo vagare da un posto ad un altro in ricerca dell'appuntamento per un dato esame. Tutti i pazienti visitati dal Professor Pinchera in qualsiasi occasione passavano esclusivamente dalla struttura pubblica per eseguire gli accertamenti diagnostici e le procedure terapeutiche. Dimenticare questi aspetti e le loro ricadute sulla qualità di assistenza ricevuta dai pazienti sarebbe profondamente ingiusto. L'impostazione che ha dato il prof. Pinchera alla assistenza ha richiamato sull'Azienda Ospedaliera Universitaria Pi-



sana una moltitudine di pazienti che qui trovano una risposta alle loro necessità. Questa capacità attrattiva ha voluto dire molto non solo per la scuola di endocrinologia pisana e per l'azienda ospedaliera, ma anche per la città intera. Basta pensare alle conseguenze economiche che interessano le strutture alberghiere, i punti di ristorazione per finire con i conduttori di taxi...

Moltissime sono state le imprese in cui si è gettato con grande visione, impegno, dedizione. Da sottolineare che si è sempre dedicato a patologie che costituiscono anche problemi di salute pubblica come il gozzo e la carenza iodica. A questo proposito è stato il forte promotore di una legge promulgata dal parlamento nel 2005, che prevede la profilassi iodica nel nostro Paese. In questo contesto uno dei suoi ultimi impegni è stato la creazione di un Centro di riferimento nazionale per la diagnosi e cura dell'Obesità. Per questo motivo aveva fondato un nuovo Istituto a scopo scientifico denominato Istituto Europeo per la Prevenzione e la Terapia dell'Obesità (IEPTO) che ha come scopo quello di contrastare la diffusione dell'obesità, fenomeno che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito come una «epidemia» e come «una delle





maggiori sfide per la salute pubblica nel XXI secolo». Infatti, l'ultimo ambizioso progetto a cui si stava dedicando, riguardava proprio la promozione, a livello cittadino di stili di vita virtuosi. Pisa è divenuta ancora una volta all'avanguardia con la promozione un progetto denominato "Pisa città che cammina", cui oltre al supporto tecnico-scientifico dell'I-

stituto Europeo per la Prevenzione e la Terapia dell'Obesità e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana hanno aderito la Regione Toscana, il Comune di Pisa ed associazioni sportive (UISP). Ancora una volta egli ha precorso i tempi come dimostrato dal fatto che la Comunità Europea ha recentemente proposto di finanziare progetti che incentrano

la loro attenzione sul miglioramento della mobilità dei cittadini all'interno dei nostri centri urbani favorendo così il miglioramento sulla salute e sulla qualità dell'ambiente. Questo progetto per volontà delle istituzioni cittadine e dei più stretti collaboratori ed allievi del Professore continua a vivere ancora più forte nel suo nome.

L'interpretazione della fisiologia vinciana

Nel corso dell'ultimo secolo è stata riconosciuta a Leonardo da Vinci la paternità di aver dato avvio agli studi anatomici dell'apparato cardiovascolare. Leonardo fu il primo a rappresentare l'interno del corpo umano con una serie di disegni. Lo studio del sistema cardiovascolare si può dividere in due momenti cronologicamente distinti durante la vita dello scienziato-artista. Il primo disegno, che raffigura il sistema cardiovascolare, è il cosiddetto «albero delle vene», è databile circa all'ultimo decennio del XV secolo. A partire dal 1507, Leonardo cominciò a studiare il cuore in maniera approfondita, ricorrendo all'esperienza delle dissezioni anatomiche condotte sul cuore di uomini e di animali. Leonardo non studiò la struttura del corpo umano e degli animali per acquistare la semplice cognizione anatomica, ma specialmente per apprendere l'anatomia tanto nelle applicazioni che essa può, anzi deve avere nell'arte, quanto nel suo significato fisiologico (De Toni GB: La Biologia in Leonardo da Vinci, Venezia, 1903:12-13).

La tradizione aristotelica riteneva che fosse possibile determinare tutte le leggi che governano il mondo per mezzo del puro pensiero: la verifica empirica attraverso l'osservazione non era considerata necessaria. Che la verifica sperimentale fosse il fulcro del metodo

scientifico fu probabilmente compreso da Leonardo, che così scriveva ai primi del cinquecento: «prima farò alcuna esperienza, avanti ch'io più oltre proceda, perché mia intenzione è allegare prima la speranza e po' colla ragione dimostrare perché tale esperienza e costretta in tal modo ad operare; e questa è la vera regola come li speculatori delli effetti naturali hanno a procedere».

Leonardo riconosceva l'importanza dei principi della meccanica nella fisiologia degli esseri viventi: «La scienza strumentale over macchinale è mobilissima e sopra tutte l'altre utilissima, con ciò sia che mediante

quella tutti li corpi animati [...] fanno tutte le loro operazioni»; ma dichiarava espressamente che non vi è paragone tra le creazioni della Natura e quelle dell'ingegno umano: «Ancorché lo ingegno umano faccia invenzioni varie, rispondendo con vari strumenti a un medesimo fine, mai esso troverà invenzione più bella, né più facile né più breve della Natura, perché nelle sue invenzioni nulla manca e nulla è superfluo».

Oggetto privilegiato delle ricerche ed osservazioni leonardiane fu la fisiologia dell'apparato circolatorio, e particolarmente del cuore, che considera come «instrumento mirabile, intenzionato dal Sommo Maestro e di cui conosce l'anatomia funzionale, che rileva con queste parole: «del core: questo si move da sé, e non si ferma se non eternamente». E così lo definisce: «il core [...] non è l'inizio della vita [...], ma è un vaso fatto di denso muscolo, vivificato e nutrito dall'arteria e vena come son gli altri muscoli». «Il core è un muscolo principale di forza ed è potentissimo sopra gli altri muscoli [...]. Rispetto alle nozioni del tempo, queste considerazioni sono sicuramente rivoluzionarie, soprattutto se si pensa che il cuore era allora considerato la sede dell'anima e l'origine della «forza vitale» degli organismi.

Le lungimiranti osservazioni di Leonardo sul ciclo cardiaco (moti del core) sono così descritte

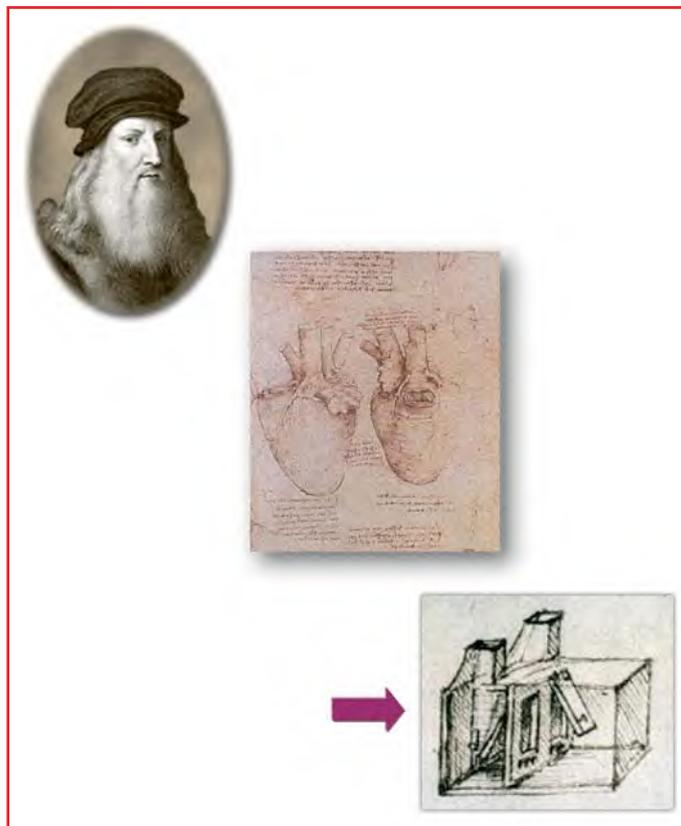


Figura 1. Nelle pagine del codice Arundel, Leonardo paragona il cuore ad un fornello da alchimista, per sottolineare l'importanza del processo di combustione come base della propulsione del sangue.

te: «passando il core del porco con uno strumento detto spillo [...] quando il core è allungato (diastole) [...] il core nella sua espulsione del sangue si raccorta e tira la ferita in alto insieme alla punta dello spillo... (sistole)» (Bottazzi F: Un esperimento di Leonardo sul cuore e un passo dell'Iliade. In: Raccolta Vinciana, 10:53,1913).

Sebbene sia stato a lungo ritenuto che l'interpretazione leonardiana della fisiologia del cuore e della circolazione sia stata largamente condizionata dal pensiero e dai pregiudizi provenienti dall'interpretazioni delle opere di Aristotele e di Galeno, dall'analisi dei suoi scritti e dei suoi disegni anatomici si possono desumere alcuni dettagli che anticipavano le successive interpretazioni del metabolismo e della termodinamica dell'apparato cardiovascolare.

Negli appunti e disegni raccolti nel codice Arundel, conservato presso la British Library di Londra, Leonardo fornisce una lucida ed esauriente interpretazione dei principi del metabolismo che sostiene non solo la vitalità del cuore, ma anche la vita stessa di animali e uomini. Paragonando il cuore ad un fornello da al-

chimista, egli dimostra di aver ben chiaro il processo fondamentale che è alla base del funzionamento delle cellule di tutte le forme viventi. Leonardo descrive mirabilmente il processo di combustione, attraverso cui i nutrienti si combinano con l'ossigeno, sviluppando energia libera e calore. Non potendo avvalersi delle acquisizioni della chimica che diverranno disponibili oltre due secoli più avanti grazie a Lavoisier, Leonardo descrive il triangolo della combustione come l'interazione tra il sangue (ricco di nutrienti), il fuoco del forno e l'aria. Si tratta dello stesso meccanismo che si svolge all'interno delle microscopiche centrali energetiche che si trovano nelle cellule, i mitocondri, e che verrà descritto soltanto negli anni trenta del Novecento. Ma su un punto, la visione leonardiana ci sorprende sopra ogni altra cosa: il riconoscimento del ruolo del calore degli esseri viventi. Il calore non è più visto come la fonte di energia a cui attingono gli organismi, ma come un sottoprodotto dell'energia di cui il corpo si deve necessariamente liberare. Egli fornisce una trattazione della funzione cardiovascolare secondo gli schemi più avanzati e

grazie alla preziosa collaborazione con Carlo Pedretti, Professore di Studi Leonardiani e Professore Emerito di Storia dell'Arte presso l'University della California di Los Angeles (UCLA), che oggi possiamo apprezzare quello che Leonardo scrisse in proposito del paragone del cuore come forno. A margine del minuscolo disegno di un cuore dalle sembianze di un forno, collegato col sistema tracheo-bronchiale tramite condotti che ricordano le tubature di refrigerazione, così si legge: «il breve e spesso alitare soffoca quello che alita, onde per neces perché non si scambia ogni alitatura tutta l'aria che ssi riscalda nel polmone; ma vene resta una parte tanto risscaldata, che darebbe gran nocumento all'animale, se con grande e lungo alitare non fussi sossospinta fori di tale polmone». Leonardo riconobbe nel trasferimento all'ambiente del calore della combustione il processo fondamentale che consente il mantenimento della vita di uomini e animali. Pur non conoscendo il concetto moderno di energia, Leonardo aveva fornito un'interpretazione energetica corretta del funzionamento del corpo umano.

Le intuizioni di Leonardo andavano attuali della termodinamica: la termodinamica dei sistemi lontani dall'equilibrio, una branca della fisica che è stata sviluppata nella seconda metà del Novecento (Capra F: L'anima di Leonardo: un genio alla ricerca del segreto della vita. Rizzoli, Milano, 2012). E' stato

Le intuizioni di Leonardo andavano probabilmente nella direzione della giusta. Tuttavia, i meccanismi di funzionamento degli esseri viventi potevano essere svelati solamente indagando le componenti infinitamente piccole del corpo. A Leonardo mancava un elemento fondamentale per capire il segreto della vita: gran parte di ciò che accade negli esseri viventi avviene all'interno delle cellule. Tale consapevolezza non si ebbe fintanto che gli scienziati non si poterono avvalere degli idonei metodi ottici di indagine. L'interpretazione leonardiana delle basi del metabolismo cardiaco è straordinariamente attuale e tutto questo giustifica l'attenzione che la Società Italiana di Cardiologia ha voluto dedicare a questo anniversario con l'auspicio che simili iniziative possano stimolare l'interesse delle nuove generazioni di studiosi ad approfondire l'opera del grande genio nel campo della fisiologia e del metabolismo del cuore.

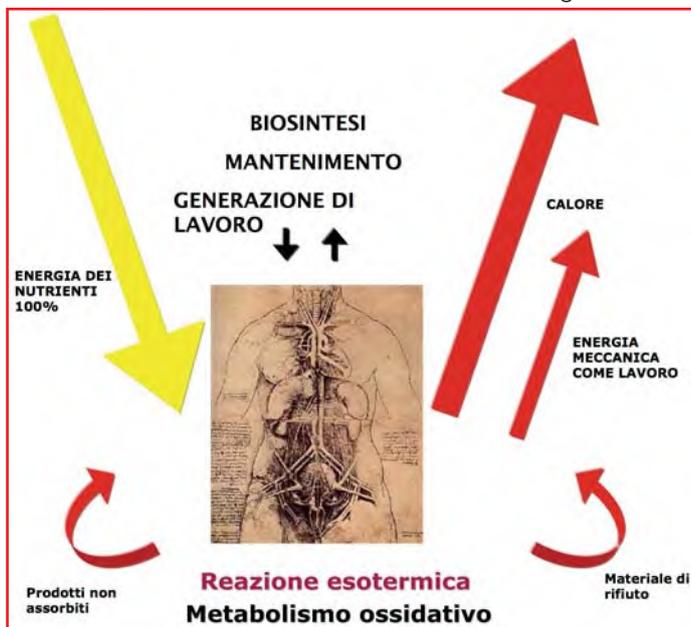


Figura 2. L'attualità dell'interpretazione leonardiana della fisiologia del corpo umano. Il cibo arricchisce il sangue di nutrienti, i quali vengono bruciati (combustione) in presenza di aria. L'energia che ne viene così ricavata viene utilizzata per lo svolgimento di ogni forma di lavoro biologico, mentre una parte si libera come calore.

Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

L

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

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



LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

- Purezza batteriologica
- Costanza di portata
- Costanza di temperatura

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

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

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

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

La broncoscopia compie 115 anni

La broncoscopia è una procedura diagnostica invasiva che visualizza l'albero tracheobronchiale e ne studia le modificazioni. Si può effettuare nella sala endoscopica, nella sala operatoria, nell'UTI e al letto del paziente. Alcuni cenni storici: nel 1897 KILLIAN per primo utilizzò un rudimentale broncoscopio rigido per l'estrazione di un corpo estraneo bronchiale, in seguito perfezionato da CHEVALIER-JACKSON (1904). Alla fine degli anni '60 fu introdotto il fibrobroncoscopio flessibile a fibre ottiche (IKEDA). A partire dal 1990 sono stati sviluppati i videobroncoscopi, successivamente elaborati e perfezionati con gli affetti zoom, amplificazione e magnificazione di immagine. La Broncoscopia può essere ese-

guita con broncoscopio flessibile o rigido: il primo (Fig. 1) ha migliore tollerabilità, possibilità di esplorare l'albero tracheobronchiale in profondità ed effettuare prelievi anche nei bronchi periferici. Tuttavia presenta alcune limitazioni.

La broncoscopia rigida è caratterizzata da maggiore capacità operativa, ma da minore tolleranza ed impossibilità di esplorare segmenti periferici.

Le indicazioni ad una fibrobroncoscopia sono di natura clinica, radiologica, laboratorio o stadiativa (definizione del TNM). Le indicazioni cliniche sono emoftoe o emottisi, tosse persistente, stridore e sibili localizzati, follow-up post tracheotomia (stenosi), para-

lisi ricorrente, paralisi del nervo frenico, disfagia, dolore toracico persistente localizzato, adenopatie sopraclavari e ascellari, polmoniti resistenti alla terapia antibiotica empirica (colture su BAL). Tra le radiologiche ricordiamo quadri sospetti per neoplasia, atelettasia polmonare totale o parziale (lobare e sub-lobare), addensamenti e opacità parenchimali, slargamenti e adenopatie mediastiniche, versamento pleurico, quadri di granulomatosi e di fibrosi localizzate e/o diffuse. Costituisce indicazione anche il riscontro di cellule neoplastiche o atipiche nella citologia dell'espettorato o la presenza di BK nell'espettorato (quadri Tbc endobronchiale). La broncoscopia gioca ruolo importante nella definizione del TNM, in particola-

re nella valutazione dei fattori T (dimensione/estensione del tumore) ed N (coinvolgimento linfonodale), mentre è marginale nella valutazione del fattore M (metastasi a distanza). La broncoscopia deve essere eseguita dopo la Tac, specie nel sospetto di patologia neoplastica o di pneumopatia infiltrativa diffusa. Risulta di scarso ausilio nei pazienti con tosse persistente ed imaging negativa. La broncoscopia può essere indicata in caso di tosse persistente, dopo avere escluso le comuni

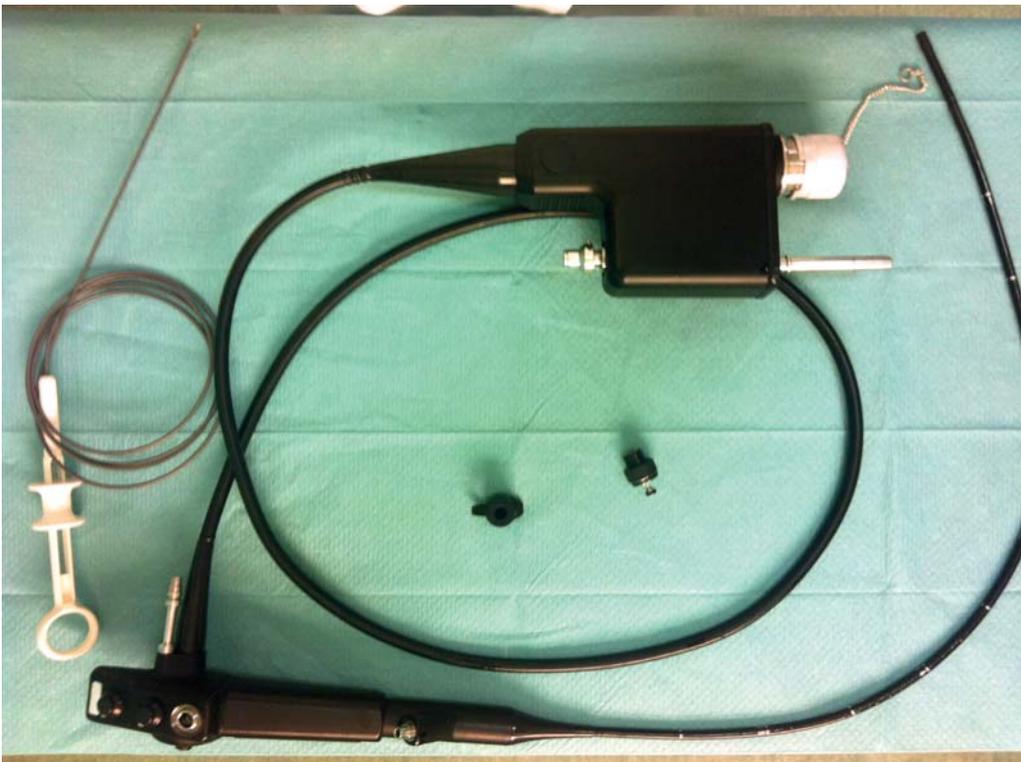


Figura 1

cause e
previa ese-
cuzione
della Tac
del torace,
nel sospetto
di bronchite
eosinofila,
di malattia
suppurativa
non bronchiec-
tasica o di
patologie
non comuni
delle vie
aeree. La
fibrobroncos-
copia è indica-
ta nei pazien-
ti affetti da
polmonite
che non
mostrano
miglioramento
o



Figura 2

tendono a peggiorare dopo 72 ore dall'inizio della terapia. L'emottisi è un'indicazione assoluta alla broncoscopia: nell'emottisi massiva, deve essere effettuata il più precocemente possibile o con broncoscopio rigido o flessibile attraverso un tubo tracheale; nell'emottisi non massiva, andrebbe eseguita dopo l'esecuzione della Tac Torace, possibilmente entro 48 ore dal

sintomo.

E' indicata nella stadiazione del cancro della Tiroide o nei pazienti affetti da cancro dell'Esosfago. Unica controindicazione assoluta è l'assenza del consenso informato, le altre sono relative.

Le più comuni: infarto miocardico recente, angina instabile, aritmie instabili, insufficienza respiratoria grave, edema polmonare, embolia polmonare recente, ipertensione

polmonare grave, asma bronchiale in fase acuta, cuore polmonare cronico grave, scompenso cardiaco, coagulopatie e diatesi emorragica (la controindicazione non è la broncoscopia ma il prelievo biotico), immunosoppressione grave, inadeguato performance status, sindrome v. cava superiore clinicamente scompensata.

La broncoscopia flessibile a scopo diagnostico è una procedura si-

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné
Fotografo Professionista

Servizi fotografici per matrimoni, lauree, battesimi, reportages,
still life, book fotografici

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078 - e-mail: vincenzopenne@email.it - www.fucinafotografica.it

cura. Complicanze maggiori quali sanguinamento, depressione respiratoria, arresto cardiorespiratorio, aritmia, crisi ipertensiva, infarto miocardico, arresto cardiaco, ipotensione, lipotimia e sincope, reazione all'anestetico, infezioni e focolai broncopneumonici, pneumotorace, edema della glottide, laringospasmo e broncospasmo si realizzano in meno dell'1% dei casi. La mortalità è estremamente bassa, inferiore all' 0,5 per mille.

La broncoscopia rigida (Fig.2) è riservata a disostruzioni endoscopiche laser-assistite delle vie aeree, dilatazione delle stenosi tracheo-bronchiali, posizionamento/rimozione di stents tracheo-bronchiali, controllo di emottisi massive, rimozione corpi estranei dalle vie aeree, broncoscopia nell'infanzia. Nella nostra Sezione, siamo soliti condurre la broncoscopia rigida in sedazione profonda (Propofol e Fentanil), talora associata a rilassamento muscolare del paziente (c.d. "curarizzazione").

La broncoscopia flessibile è relativamente semplice, presenta una minima invasività, richiede minori tempi ed uso limitato di farmaci. Nella nostra esperienza raramente è necessaria una preanestesia o una sedazione e l'esame è condotto previa anestesia locale (fosse nasali, orofaringe e laringe) con lidocaina diluita, in regime ambulatoriale. L'accoglienza del paziente e la preparazione sono fondamentali: è necessario tranquillizzare e spiegare le procedure in maniera chiara ed esaustiva. Il paziente, che deve essere a digiuno da almeno 6 ore, viene fatto accomodare sul lettino; si monitorizza la saturazione dell'O2 con pulso-ossimetro, si somministra O2 a basso flusso (aumentabile a domanda); il monitoraggio ECG e l'accesso venoso periferico si applicano solo in casi particolari. In definitiva, possiamo considerare la fibrobroncoscopia esame ben tollerabile, non doloroso, al massimo definito come "fastidioso" dai

pazienti stessi. Fondamentale è il controllo dell'ansia e della "paura" ed in questo gioca un ruolo importante il personale infermieristico, al momento dell'accoglienza e del colloquio con il paziente. E' indispensabile il monitoraggio continuo dei parametri vitali durante la procedura e nel periodo di osservazione post-esame. Il monitoraggio elettrocardiografico generalmente è riservato solo ai cardiopatici. Altri parametri, quali la pressione arteriosa e la frequenza respiratoria, sono controllati prima, durante e dopo l'esame, mentre vengono monitorizzati in maniera continuativa solo in casi particolari o durante la sedazione profonda.

La Fibrobroncoscopia è dunque una procedura di solito ben tollerata se eseguita nelle condizioni idonee, che necessita della conoscenza clinica del paziente (patologie, farmaci, abitudini al fumo, alcool o altre sostanze) e della sua collaborazione.



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. Scoprilà su youtube a

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

Aut. San. DN-19/1001 del 14.10.2011

50.000 ore
della tua vita alla scrivania.

Tutela la tua salute!

Belardi Arredamenti unico distributore Italia



GUARDA IL VIDEO
DIMOSTRATIVO SU
www.belardiarredamenti.it

Queen Ergoplus
con poggiatesta
e braccio porta pc



[] pontedera +39 0587 55373
[] livorno +39 0586 209014

info@belardiarredamenti.it
www.belardiarredamenti.it

Belardiarredamenti
OFFICE & SHOP DESIGN

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA
di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868
Acqua Minerale Naturale
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.*



ACQUA E TERME U DI ULIVETO SPA
DAL 1868
Acqua Minerale Naturale
ULIVETO[®]
Aiuta la Digestione
VICOPISANO TERME DI ULIVETO PISA