

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:

**Rene e pancreas:
a Pisa il futuro
dei trapianti**

U. Boggi - F. Vistoli
Centro Trapianti Rene e Pancreas - AOUP

**Odontoiatria
ed endocardite:
la profilassi antibiotica**

A. Calderani
Consigliere CAO Pisa

**Degenerazione maculare
retinica: cambia
la gestione del paziente**

M.S. Sole - M. Nardi
U.O. Oculistica Universitaria - AOUP

Oltre il conto on line

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

Banca di Cascina

esce dalla filiale
per venire da te...

- con Relax Banking

il tuo Conto corrente sarà
sempre disponibile
su PC o Tablet,
a casa, o dove vuoi tu.

- Concordando un appuntamento
verremo a trovarti personalmente

**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, 104 Marina di Pisa (PI)
tel. e fax 050 311048

Perignano

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

Livorno - Prossima Apertura

via Cairoli, 1
tel 0586 885041 • fax 0586 890302

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24

www.bancadicascina.it



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Non siamo e mai saremo dei “bramini”

Qualcuno ci ha voluto affrancare con un epiteto gratuito ed infamante paragonandoci ancora una volta ai “bramini”, casta privilegiata. Noi respingiamo con forza questo appellativo, perché mai ci siamo considerati tali e mai lo saremo. Siamo soltanto – si fa per dire – un Ordine Professionale che basa da sempre il proprio impegno a tutela della salute del cittadino, sulla base di un sacrosanto giuramento che ciascun neolaureato pronuncia all’inizio della carriera con umiltà ed onore. Al tempo stesso difendiamo chi, nell’ambito dell’esercizio della professionalità, vede infangata la propria immagine. Teniamo alla stima ed al rispetto dei nostri pazienti, come sentiamo di darne parimenti in cambio. Non saremo infatti lì, nel nostro ruolo ed accanto a loro, se così realmente non fosse. Salire sul banco degli imputati avendo il dito accusatore puntato contro, totalmente certi però della nostra integrità morale,

ci ferisce e ci umilia assieme. Non è purtroppo la prima volta e nemmeno sarà l’ultima. Ma non abbiamo paura. Non l’abbiamo mai avuta. Siamo infatti ben temprati a lottare anche nei momenti più difficili, fino a quando potremo dimostrare del tutto la fondatezza delle nostre ragioni.

Il conforto migliore e più gratificante è senz’altro la risposta compatata dell’opinione pubblica, sempre attenta a verificare in una doverosa critica costruttiva l’efficienza del nostro lavoro, ma trasparente ed obiettiva a testimoniare al contempo l’impegno e la buona fede della nostra missione. Sì, siamo consapevoli che la gente ci considera come professionisti maturi e preparati cui affidare, in sicurezza, la salute di ogni singolo e della propria famiglia.

Ci onoriamo dunque di questa fiducia e garantiamo di continuare sul nostro percorso. Non tradiremo mai il Giuramento. I nostri pazienti possono esserne certi.



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, Paolo Baldi,
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,
Donella Prosperi, Paolo Stefani,
Stefano Taddei, Elio Tramonte,
Franco Pancani, Roberto Trivelli,
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,
Filippo Graziani

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 050.220.42.80
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da G. Michele Pileri



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA

Via Battelli 5 - 56127 Pisa
tel. 050.579714 fax. 050.7912044
www.omceopi.org – segreteria@omceopi.org

Pisa, 05/12/2014
Prot. n. 667

A TUTTE LE AUTORITÀ E GLI ENTI DI CUI ALL'ART. 2 DEL DPR 221/50
A TUTTI GLI OMCEO D'ITALIA
LORO SEDI

Ai sensi dell'Art. 20 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, si comunica che a seguito delle elezioni svoltesi nei giorni 22, 23 e 24 novembre 2014, e all'attribuzione delle cariche avvenuta nelle riunioni del 02 e 03 dicembre 2014, gli Organi Istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Pisa per il triennio 2015/2017 sono così composti:

Consiglio Direttivo

Presidente	FIGLINI GIUSEPPE
Vice Presidente	BRESCI GIAMPAOLO
Segretario	MAMELI LINA
Tesoriere	MONICELLI PAOLO
Consigliere	BALDI PAOLO GIUSEPPE
Consigliere	BUCCIANI PIERO
Consigliere	FERRARI MAURO
Consigliere	FONTANIVE PAOLO
Consigliere	GRACI CATALDO
Consigliere	LIPPOLIS PIERO VINCENZO
Consigliere	ORSITTO EUGENIO
Consigliere	PROSPERI DONELLA
Consigliere	STEFANI PAOLO
Consigliere	TADDEI STEFANO
Consigliere	TRAMONTE ELIO SALVATORE
Consigliere (Odontoiatra)	PANCANI FRANCO
Consigliere (Odontoiatra)	TRIVELLI ROBERTO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente	PANCANI FRANCO
Componente	CALDERANI ALBERTO
Componente	GALOPPI TERESA
Componente	GRAZIANI FILIPPO
Componente	TRIVELLI ROBERTO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente	DE LUCA ANTONIO
Revisore	ARMIENTI ENRICA
Revisore	CORSETTI FRANCESCA
Revisore Supplente	AZADEGAN MOJGAN



Il Presidente
Dott. Giuseppe Figlini

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa

Via Battelli, 5 – 56127 Pisa – tel 050.579714 fax 050.973463

www.omceopi.org - e-mail: segreteria@omceopi.org - Posta Elettronica Certificata: segreteria.pi@pec.omceo.it

Codice Fiscale 80003870500

Terapia del dolore a Pisa: insieme ospedale e territorio

Nelle giornate del 24/25 ottobre 2014, si è svolto a Pisa il IV Congresso della Società Italiana Impianto e Gestione degli Accessi Vascolari (SIGIAV).

Le tematiche delle giornate congressuali si sono sviluppate su due ambiti di fondamentale importanza nell'attuale assetto organizzativo della cura alla persona: I nuovi Modelli Organizzativi per la continuità assistenziale ospedale-territorio e le competenze infermieristiche avanzate nella presa in carico del paziente con malattia cronica.

Si tratta di tematiche di rilevante attualità determinate dal crescente carico assistenziale conseguente al progressivo aumento dell'incidenza di malattie cronic-degenerative e dalla necessità di fornire ai pazienti con patologie croniche una risposta assistenziale complessa e prolungata nel tempo. Ciò impone una riflessione circa la necessità di identificare, disegnare e costruire modelli organizzativi che riescano a coniugare la più elevata qualità dell'assistenza perseguibile con un'adeguata razionalizzazione delle risorse a disposizione.

Puntare sulla responsabilizzazione e il coinvolgimento diretto di tutti gli "attori" dell'assistenza risulta una strategia vincente per ottimizzare la presa in carico del paziente con malattie croniche e razionalizzare l'aspetto economico.

Responsabilizzare significa, però, investire sulle competenze dei professionisti, i quali devono potersi avvalere di una formazione avanzata, non solo clinica, ma anche strettamente organizzativa.

Perché ciò avvenga è indispensabile che i sistemi sanitari siano in grado di comunicare e confrontarsi. Solo attraverso la condivisio-

ne possiamo garantire a ciascun paziente, in ogni fase della propria malattia, la risposta assistenziale più appropriata, più efficace ed efficiente. È nell'impegno di assicurare questo genere di standards di qualità nell'assistenza che il modello organizzativo integrato persegue l'utilizzo e l'ottimizzazione di tutte le risorse disponibili nel territorio.

A questo proposito è stato presentato il progetto della U.O. Terapia del Dolore ed AOUP relativo all'organizzazione di un Team Vascolare Multidisciplinare in grado di collaborare e supportare l'attività territoriale di assistenza e gestione del paziente portatore di accesso venoso centrale.

Un progetto che prevede l'accesso del paziente in un percorso clinico-assistenziale in grado di gestire in sinergia con il personale infermieristico e medico del territorio, la gestione e le complicanze catetere correlate.

Aspetto determinante del progetto sarà la collaborazione fattiva del Medico di Medicina Generale, quale

punto di riferimento territoriale per la presa in carico del paziente.

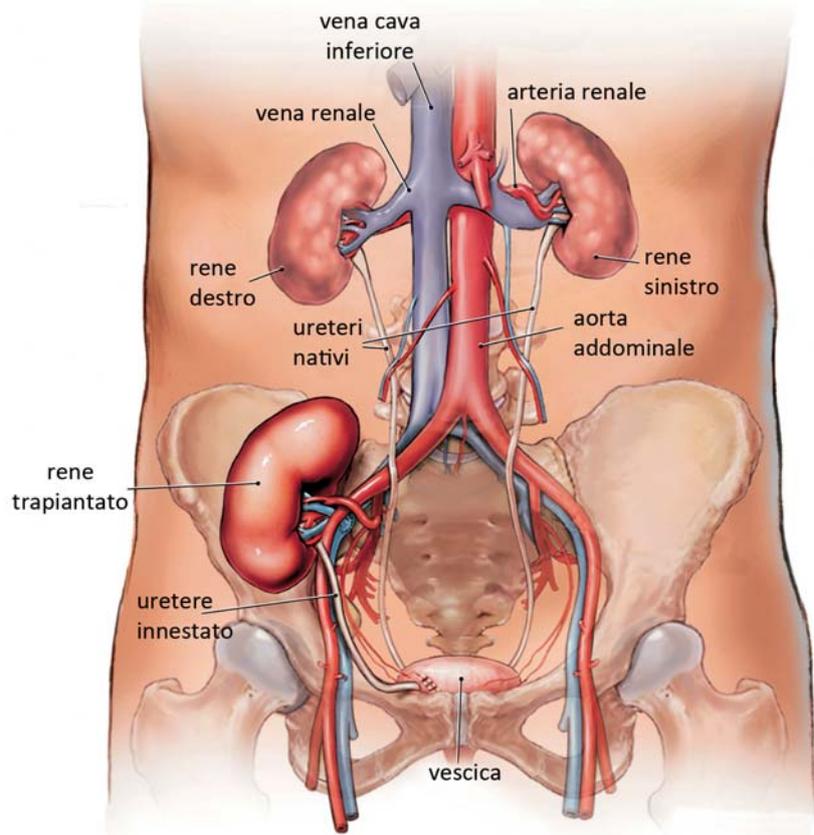
Il team lavorerà in modo proattivo ed in continua interazione con la persona assistita, il Medico di famiglia e gli Infermieri del Servizio di Assistenza Domiciliare. Un modello organizzativo che facilita un maggiore coordinamento delle cure modificando i ruoli tradizionali e le responsabilità dei membri del Team stesso.

La chiave di volta di una nuova visione e di una nuova cultura che veda il distretto e la struttura ospedaliera come componenti complesse di un unicum e di un continuum indissolubile è il superamento della tendenza all'autoreferenzialità e lo spostamento del confronto sul tema dell'appropriatezza in risposta ai mutati fabbisogni assistenziali. Il concetto di appropriatezza, infatti, non va applicato soltanto alle attività clinico-assistenziali ma anche al "luogo" (setting). L'appropriatezza del luogo di cura è un prerequisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente.



Rene e pancreas: a Pisa il futuro dei trapianti

I Centro Trapianti di Rene e di Pancreas (CTRP) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) è diretto da Ugo Boggi. Dall'anno 2000 è il Centro italiano ha eseguito il numero maggiore di trapianti sia di rene da donatore vivente che di pancreas (in ogni combinazione con o senza il rene). Fin dall'inizio della sua attività il CTRP dell'AOUP ha profuso un incessante impegno nello sviluppo e nella ricerca in campo trapiantologico. Ha introdotto in Italia, fin dal 2000, la tecnica di prelievo renale laparoscopico da donatore vivente formando e tutorando Colleghi di altri Centri Trapianto in tutta Italia. Più di recente, primo centro in Europa, ha sviluppato e descritto una tecnica originale per il trapianto renale laparoscopico, robot-assistito e, primo centro al Mondo, ha sviluppato e descritto la tecnica per il trapianto pancreatico laparoscopico robot-assistito. A corollario di questo impegno nella chirurgia mininvasiva applicata ai trapianti, il CTRP dell'AOUP organizza e gestisce con l'Università di Pisa, l'unico Master Universitario in Italia di chirurgia robotica applicata ai trapianti ed è una delle sedi scelte per la prima Fellowship di Chirurgia dei Trapianti promossa dalla Società Italiana per i Trapianti d'Organo. Nel 2010 la prestigiosa monografia CLINI-



CAL TRANSPLANTS lo ha indicato, unico tra i Centri Trapianto italiani, tra i "Major International Transplant Centers" giudizio di eccellenza confermato anche dall'Audit effettuato dal Centro Nazionale Trapianti nel Maggio di quest'anno. Oggi, i programmi del CTRP dell'AOUP offrono una possibilità di cura a tutto tondo ai pazienti con insufficien-

za renale terminale e/o diabete mellito (principalmente di tipo 1) in presenza di complicanze croniche legate al diabete, grazie anche all'apporto della SD Endocrinologia e Metabolismo dei Trapianti di Organo e Cellulari, diretta dal Prof. Piero Marchetti. I programmi comprendono trapianti di pancreas, e di isole di Langerhans, per i pazienti diabetici e di rene per i pazienti uremici, oltre alla combinazione simul-

Numeri dei trapianti di rene e pancreas a Pisa						
	Rene da cadavere (singolo+doppio)	Rene da vivente	Simultaneo Rene-Pancreas	Simultaneo Rene viv-Pancreas cad	Pancreas (Isolato + Dopo rene)	Totale
Anno 2014 (al 20 Nov)	24+3= 27	33	4	0	4+0= 4	68
Totale	851+101= 952	332	207	28	96+31= 127	1.646

tanea o sequenziale di questi due organi nei pazienti diabetici ed uremici. Tutti i programmi sono rivolti sia a pazienti adulti che a pazienti pediatrici. A fianco dell'attività di trapianto di rene da donatore cadavere, per la quale il CTRP opera nell'ambito del programma regionale unico toscano condividendo organi donati e lista di attesa con i Centri di Firenze e Siena; il CTRP dell'AOUP è sede unica del programma regionale toscano di trapianto di pancreas da donatore cadavere (in tutte le sue combinazioni). Sul versante dei trapianti da donatore vivente, il CTRP dell'AOUP ha promosso e contribuito sul piano scientifico all'iniziativa legislativa che ha condotto all'approvazione della normativa specifica che consente il trapianto di una porzione di pancreas da donatore vivente (Legge 19 settembre 2012, n. 167). Nel trapianto di rene da donatore vivente il CTRP conferma la propria leadership nazionale promuovendo l'applicazione di tutte quelle strategie che consentono di allargare la platea delle coppie donatore-ricevente in grado di giungere al traguardo del trapianto superando barriere biologiche ritenute

invalicabili fino a poco tempo fa. In questo senso vanno sia il trapianto con scambio di donatori tra coppie i cui componenti siano tra loro non compatibili, ma anche il trapianto diretto tra questo tipo di soggetti, preceduto da opportuna desensibilizzazione immunologica, strategie utili sia in caso di non compatibilità di gruppo sanguigno tra donatore e ricevente che in caso di presenza nel ricevente di anticorpi specifici verso il donatore. Lo sviluppo di questi programmi in particolare, ha avuto un'accelerazione nel corso degli ultimi due anni di attività, grazie alla sempre più stretta integrazione con la UO Immunoematologia e Biologia dei Trapianti dell'AOUP, diretta dal Dr. Fabrizio Scatena, che rappresenta uno dei pilastri medici del CTRP. L'azione del CTRP è sempre stata, per definizione, multidisciplinare essendo ogni scelta diagnostica o terapeutica condivisa da un gruppo di professionisti. In attesa che divenga realtà la produzione di organi funzionanti prodotti a partire dalle cellule staminali proprie di ciascun individuo, affascinante ambito di ricerca traslazionale, il futuro più immediato dei trapianti d'organo, e di quello

di rene in particolare, è ancora lo sviluppo della donazione. Rispetto alla donazione da cadavere sembra che ormai, almeno in Toscana, siano state esperite tutte le strategie organizzative e comunicative possibili. Questa politica ha certamente portato ad un risultato tangibile in termini di numero di donatori ma, contemporaneamente, si è registrato il progressivo, inesorabile, invecchiamento dei donatori che ha, di fatto, ridotto il numero di organi effettivamente validi per trapianto. Ciò rende particolarmente difficile trapiantare i pazienti giovani che, invece, più di chiunque altro dovrebbero essere trapiantati. Soprattutto per il rene esiste la possibilità del trapianto da donatore vivente. Per ragioni culturali, ma in parte anche per ragioni legate ad un'informazione parziale e non sempre corretta, non tutti i pazienti e le loro famiglie conoscono i limiti della donazione da cadavere e le potenzialità di quella da vivente. Il CTRP dell'AOUP è fortemente impegnato in questo settore che presenta importanti novità anche, e soprattutto, per i pazienti immunizzati per i quali è difficile trovare un donatore immediatamente compatibile.

- 1972 – Primo trapianto di rene da donatore cadavere
- 1972 – Primo trapianto di rene da donatore vivente
- 1972 – Primo trapianto di rene pediatrico
- 1996 – Primo trapianto di rene-pancreas da donatore cadavere
- 2000 – Prima donazione in Italia di rene da vivente laparoscopica
- 2000 – Primo trapianto di rene doppio
- 2000 – Primo trapianto di pancreas isolato
- 2001 – Primo trapianto di isole pancreatiche
- 2001 – Primo trapianto in Europa simultaneo di rene da vivente e pancreas da cadavere
- 2002 – Primo trapianto di pancreas dopo rene
- 2005 – Primo trapianto cross-over in Italia (scambio di donatore vivente tra coppie incompatibili)
- 2008 – Prima donazione in Italia di rene da vivente mininvasiva robotica
- 2009 – Primo trapianto di rene da donatore vivente ABO incompatibile
- 2010 – Primo trapianto di rene da donatore vivente in ricevente con anticorpi donatore specifici
- 2010 – Prima donazione in Italia di rene da vivente con singolo accesso laparoscopico
- 2010 – Primo trapianto in Europa di rene da vivente mininvasivo robotico
- 2010 – Primo trapianto al mondo di rene-pancreas mininvasivo robotico
- 2010 – Primo trapianto al mondo di pancreas mininvasivo robotico
- 2011 – Trapianto di rene da vivente cross-over in paziente con già 4 trapianti di rene ed 1 di cuore

Tabella: Storia dei Trapianti di Rene e di Pancreas a Pisa

Dimagrire in Toscana

Bagni di Pisa Palace & Spa, il resort termale di San Giuliano Terme, che fa parte del gruppo Fonteverde Collection, negli ultimi anni si è specializzato nella cura del sovrappeso mettendo a punto un programma specifico, *DIT – Dimagrire in Toscana*. Composto da diversi percorsi, che consentono di affrontare un'ampia gamma di condizioni legate ad un'alimentazione inadeguata, ha come concept base la corretta educazione alimentare e l'attività sportiva con l'integrazione dei trattamenti termali, di metodiche di terapia fisica manuale e strumentale e l'utilizzo delle più aggiornate tecniche di drenaggio.

L'idea di realizzare questi percorsi è nata dalla constatazione della preoccupante diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella società odierna, in parte attribuibile al fatto che la vita moderna promuove stili di vita estremamente sedentari con livelli assai ridotti di attività fisica, e in parte causata da un regime alimentare scorretto. "Il



nostro peso rappresenta l'espressione tangibile del bilancio energetico tra entrate e uscite caloriche – spiega Laura Bettarini, dietista del resort -. L'energia è introdotta con gli alimenti ed è utilizzata dal corpo sia durante il riposo (per mantenere in funzione i suoi organi, quali cervello, polmoni, cuore ecc.) sia durante l'attività fisica per far funzionare i muscoli. Se s'introduce più energia di quanta se ne

consuma, l'eccesso si accumula nel corpo sotto forma di grasso, determinando un aumento di peso oltre la norma, sia nel bambino sia nell'adulto". E quantità eccessive di grasso corporeo costituiscono un pericolo per la salute, soprattutto per il rischio d'insorgenza di alcune malattie, come ad esempio la cardiopatia coronaria, il diabete, l'ipertensione e l'insufficienza respiratoria (apnee notturne) senza



dimenticare le conseguenze meccaniche provocate dal sovraccarico sulle articolazioni (colonna vertebrale, ginocchia, anche ecc.). Un peso stabile, che rientri nei limiti della norma, contribuisce quindi a far vivere meglio e più a lungo. E riportare il peso entro valori normali richiede una disciplina rigorosa e continuativa, dato che il ritorno al peso sbagliato è frequente.

“Per molto tempo lo scopo di qualsiasi programma dietologico è stato il raggiungimento del peso ideale – prosegue Laura Bettarini -; oggi sappiamo che quest’obiettivo è irrealistico nell’immediato per la maggior parte delle persone con problemi di sovrappeso, la riduzione del peso deve essere affiancata a una modifica del proprio stile di vita per consentire il mantenimento e il miglioramento dei risultati raggiunti”.

Il programma di Bagni di Pisa si avvale di molteplici strumenti terapeutici che permettono di superare le condizioni alla base dell’incremento del peso corporeo. Il metodo utilizzato pone al centro del programma la persona e non la dieta, adattando il percorso e il regime dietetico all’individuo mediante un rigoroso approccio scientifico e

multidisciplinare grazie anche alla presenza di figure professionali diverse (medico tutor per la supervisione, dietista per il controllo alimentare, personal trainer per l’attività sportiva, terapisti ed estetiste per i massaggi personalizzati, i trattamenti estetici e termali mirati).

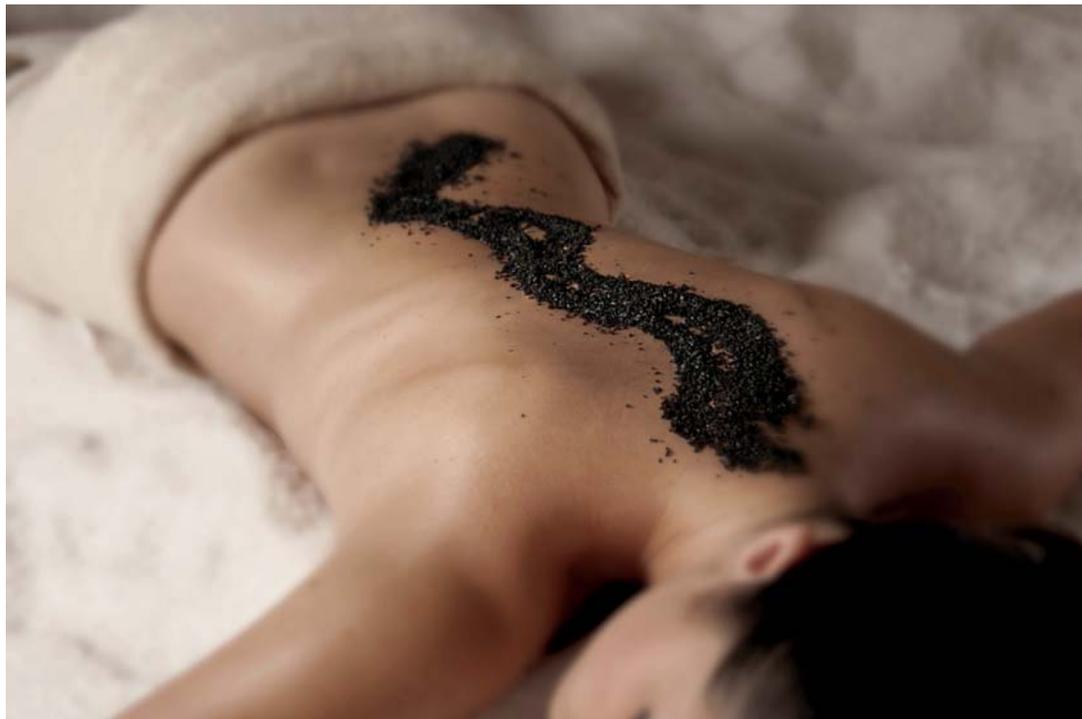
Il lavoro del team inizia con una serie di valutazioni medico-semeiotiche generali, con gli esami ematochimici, la valutazione dello stress ossidativo e la valutazione nutrizionale con check-up antropometrico, al fine di persona-



lizzare il programma alimentare, le attività fisiche e le terapie estetiche e termali.

Per chi ha necessità di rimettersi in forma e perdere qualche chilo,

ma ha bisogno di un aiuto per iniziare a farlo, c’è il percorso dimagrante basato sul tema dell’educazione alimentare esperienziale. Per depurarsi e rinnovare in modo naturale il proprio organismo, imparando nello stesso tempo ad alimentarsi correttamente, si consiglia il percorso detox (anche nella versione one-day con ottieni-





verso il percorso alcalinizzante, caratterizzato dall'impiego di un'ampia varietà di alimenti ad alto potere anti acido.

Durante tutti i percorsi è previsto anche una lezione di cucina dietetica con lo chef di Bagni di Pisa e pranzi con medico tutor e dietista per apprendere una corretta cultura dell'alimentazione. S'impara a sfatare molti luoghi comuni, a conoscere alimenti e abbinamenti, ma soprattutto a gustare una incredibile serie di piatti facili, veloci, sani ed anche belli da vedere. E al momento del

mento di benefici immediati quali la riduzione del gonfiore addominale, l'ossigenazione immediata dei tessuti, il miglioramento della funzionalità degli organi, la riduzione dello stress, la diminuzione della

ritenzione idrica e l'aumento delle difese immunitarie). Per stimolare invece l'organismo a mantenere un equilibrio acido base compatibile con lo svolgimento delle principali funzioni metaboliche, s'indirizza

congedo, l'ospite riceverà programma alimentare personalizzato in modo tale da poter trasferire nella vita di tutti i giorni i modelli alimentari, comportamentali e di esercizio fisico seguiti durante la permanenza nel resort. Potrà, inoltre, rimanere sempre in contatto anche da casa con il team medico per qualsiasi necessità.



La Soluzione Vincente per i Vostri Convegni, Eventi, Meeting

Una formula Ottimale a Servizio completo

- Studio di fattibilità
- Stesura del budget
- Individuazione della location e contatti con tecnici e fornitori per definizione dei servizi correlati (attrezzature tecniche, assistenza in sala, catering, allestimenti, prenotazioni alberghiere)
- Contatto con la segreteria scientifica per definizione programma scientifico
- Preparazione sponsor kit e ricerca sponsor
- Gestione mailing list
- Pratica ECM
- Divulgazione programma scientifico
- Raccolta abstracts e preparazione volume degli atti sia in formato cartaceo che multimediale
- Preparazione materiale didattico
- Gestione viaggio e soggiorno relatori
- Gestione iscrizioni
- Definizione di programmi per accompagnatori o post congress tour
- Organizzazione eventi sociali
- Organizzazione e gestione segreteria organizzativa in sede di evento
- Organizzazione e gestione ufficio stampa
- Realizzazione e coordinamento conferenza stampa

ARCHIMEDIA
C O M M U N I C A T I O N



LA COMUNICAZIONE A 360°
www.archimediapisa.it

Insieme contro il carcinoma prostatico

La Regione Toscana su iniziativa e stimolo dell'Istituto Toscano Tumori - ITT - sta per avviare la costituzione dei Centri per il trattamento del carcinoma prostatico (PCU).

Il carcinoma prostatico è il primo tumore in ordine di frequenza nel maschio e, data la lunga storia naturale della malattia, ha un'elevata prevalenza. Come per altri tumori altamente incidenti come il cancro della mammella, la costituzione di centri dedicati a questa patologia, dalle fasi diagnostiche alle fasi terminali della malattia, ha l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile ai cittadini che ne sono colpiti. Centro dedicato vuol dire avere a disposizione non solo tutti gli specialisti coinvolti nella varie fasi della malattia, ma anche il loro coordinamento in tempo reale e l'aggiornamento scientifico per offrire al cittadino le più recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche. Inoltre il centro rappresenta un formidabile strumento epidemiologico di studio prospettico della malattia nella nostra Regione.

Realtà simili già esistono in Italia nei "santuari" oncologici quali sono percepiti dai cittadini i Centri Tumori: si pensi all'Istituto dei Tumori (INT) e all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, al Regine Elena - IFO - di Roma. Il Sistema Sanitario Toscano ha una forte impronta decisionale e organizzativa e anche la costituzione dei centri dedicati, che in altre regioni sono il frutto dell'iniziativa degli specialisti operanti nelle singo-

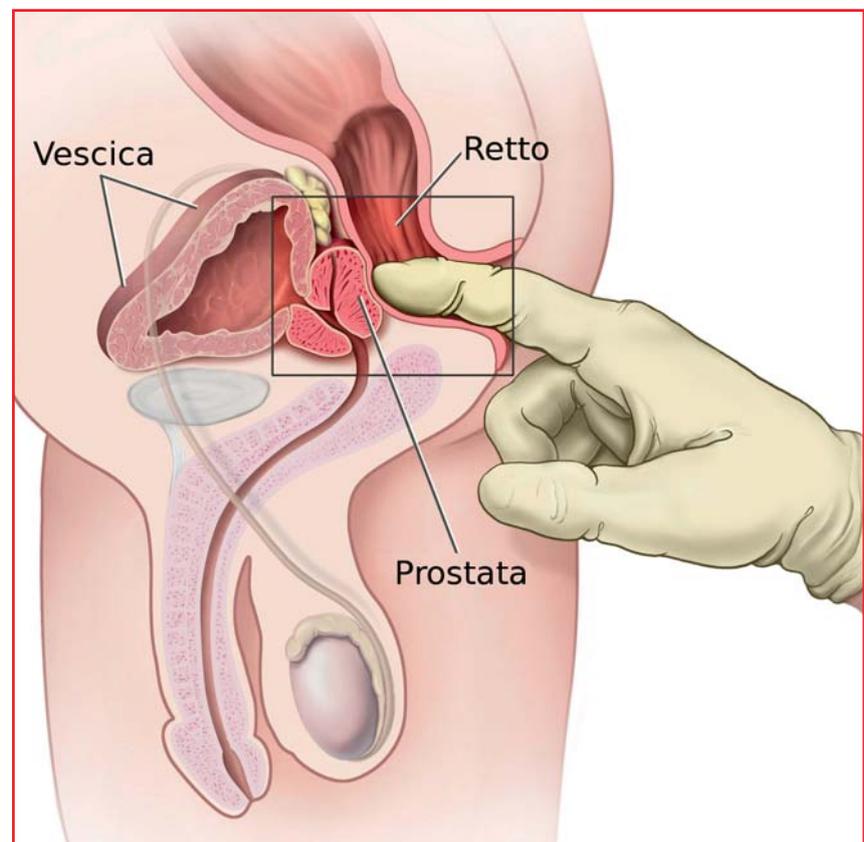
le strutture ospedaliere, nella nostra regione segue percorsi differenti.

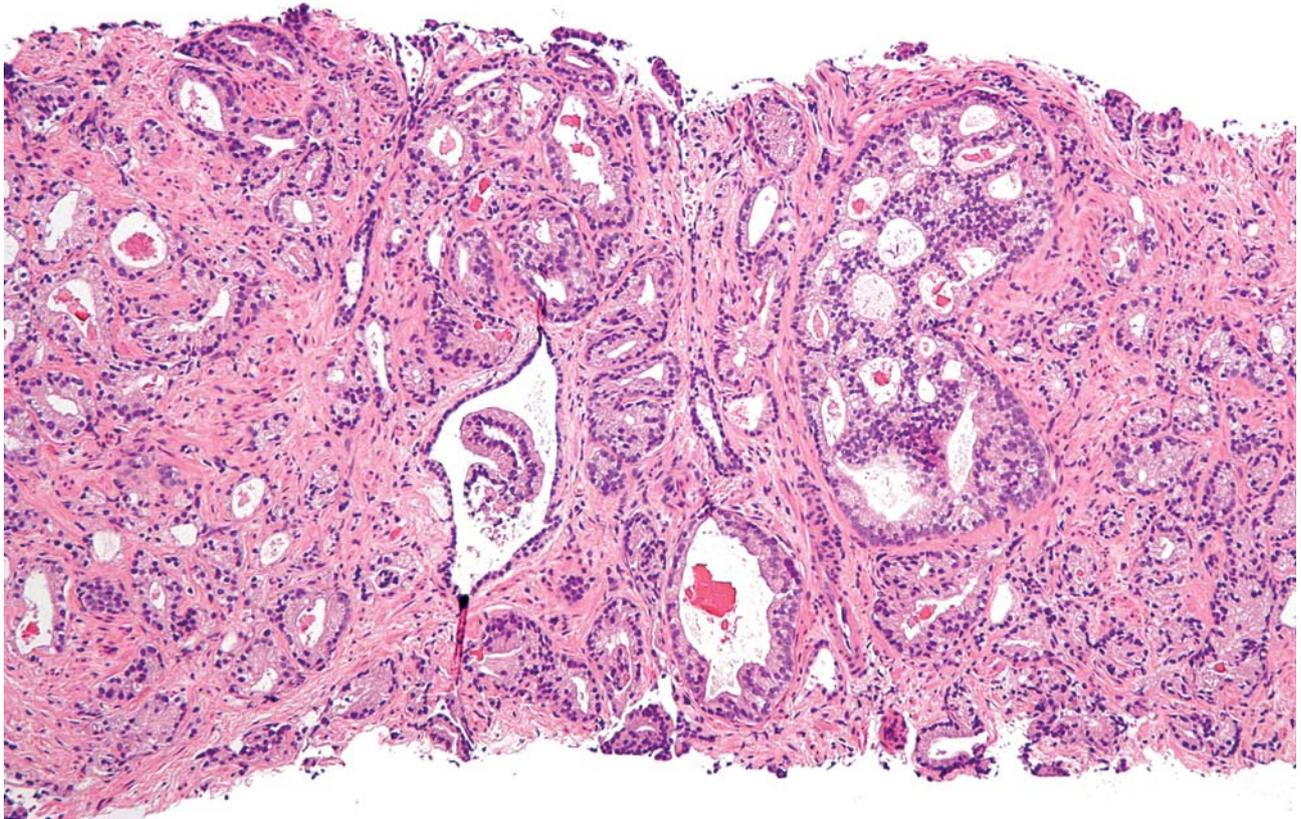
Altra considerazione che ha ispirato i nostri amministratori della sanità alla realizzazione dei centri è la concentrazione in poche sedi della patologia a maggior complessità. E' noto dalla letteratura scientifica che le complicanze di un trattamento terapeutico di alta complessità (intervento chirurgico, trattamento radiante, etc) sono percentualmente minori presso i centri con alto volume di attività. In Europa molti sono gli esempi di concentrazione della patologia maggiore in centri di riferimento. In Toscana già esiste di fatto una suddivisione

ideale delle strutture sanitarie nell'ambito delle tre Aree Vaste: di fatto dunque esiste già lo scheletro organizzativo.

Che cosa deve avere un Centro per i tumori prostatici?

Certamente le tre figure professionali "centrali" - urologo, radioterapista e oncologo medico - ma anche il radiologo, il medico nucleare, il palliativista o terapeuta del dolore e non ultimo lo psicologo. Quest'ultima figura professionale dovrebbe a mio parere essere sempre disponibile accanto agli specialisti che interagiscono con un malato di cancro e non solo nelle fasi più avanzate della malattia quando anche il supporto psicologico può modificare il





trattamento farmacologico. Nel caso del cancro prostatico lo psicologo è utile nella fase decisionale iniziale: basti pensare ad una opzione terapeutica come la Sorveglianza Attiva o la chirurgia demolitiva con le sue conseguenze funzionali. All'INT di Milano ad esempio lo psicologo è presente alla vista collegiale in cui viene informato il paziente e possibilmente la sua partner sul significato, le carat-

teristiche e le conseguenze della diverse offerte terapeutiche. Un centro siffatto deve poi possedere tutte le risorse strumentali necessarie per il miglior trattamento possibile: dalla Risonanza Magnetica Multiparametrica con la possibilità di eseguire biopsie prostatiche mirate, al robot, ai moderni acceleratori lineari per una radioterapia più efficace ed al contempo meno invasiva sugli

organi adiacenti al bersaglio. Accanto a ciò ovviamente le risorse umane che devono far funzionare al meglio quelle strumentali.

Per la costituzione di un centro dedicato ai tumori della prostata pertanto oltre a questi requisiti indispensabili dovranno essere definiti i volumi di attività: quanti casi all'anno dovranno essere trattati? Come si conteggeranno? Quali saranno gli indicatori qualitativi? E infine quali investimenti farà la Regione per realizzarli e renderli soprattutto efficaci?

In tempo di risorse finanziarie sempre più scarse e in procinto di assistere ad un importante riassetto della sanità toscana – ad esempio la costituzione di tre sole grandi aziende sanitarie – la creazione dei PCU rappresenta una innovazione che ci riallinea ai modelli più performanti di altre realtà italiane ed europee.



Farmaci e da sostanze voluttuarie: non sottovalutare l'ipertensione

L'ultima analisi dell'OMS (Lancet 2012) indica che l'ipertensione arteriosa è la prima causa di mortalità a livello mondiale. Molto spesso, nella pratica clinica quotidiana, l'ipertensione non solo viene sottovalutata, ma non si ritiene necessario eseguire indagini mirate che potrebbero permettere di identificare la causa del processo ipertensivo. Anche se l'incidenza delle ipertensione secondarie è intorno al 15% rispetto alle forme essenziali, tuttavia la prevalenza di questa patologia è così elevata (20% della popolazione generale e più del 50% nella popolazione con età superiore a 55 anni) che anche le forme secondarie rappresentano una condizione che frequentemente possiamo incontrare nella pratica clinica quotidiana. Tra le varie forme di ipertensione secondaria (tabella 1), una particolare attenzione va dedicata all'ipertensione causata da farmaci o da sostanze voluttuarie, la cui diagnosi si basa essenzialmente su di una anamnesi accurata e ben condotta. Un tempo un'ipertensione da causa esogena era definita con il termine di "ipertensione factitia"

Molti farmaci o sostanze esogene possono causare un aumento stabile o transitorio dei valori pressori. Altre sostanze, invece, possono interferire con molti dei farmaci antiipertensivi, riducendone l'efficacia. Queste sostanze infatti possono determinare sodio-ritenzione ed espansione del volume extracellulare, attivare il sistema nervoso simpatico e causare così vasocostrizione.

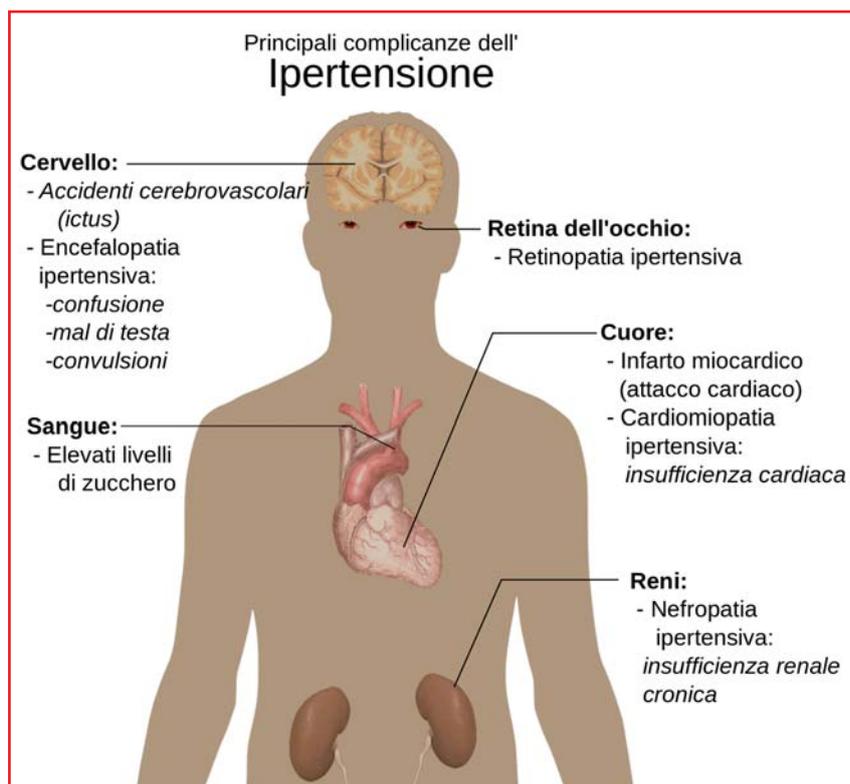
Come già introdotto, il momento chiave per ottenere informazioni che possano far nascere il sospetto di una ipertensione causata da

sostanze esogene è la raccolta dell'anamnesi. I principali aspetti che devono essere investigati sono lo stile di vita, l'assunzione di alcool e caffè, l'uso di prodotti di erboristeria e infine alcuni farmaci che il paziente può assumere (steroidi, anche se utilizzati in somministrazione trans-dermica, unguenti, creme o lozioni per uso dermatologico; amine simpatomimetiche, che sono presenti essenzialmente nei decongestionanti nasali; antiflogisti non steroidei; estro-progestinici; alcuni antidepressivi; la ciclosporina e l'eritropoietina). Infine è necessario prestare una particolare attenzione al possibile uso di sostanze "ricreative" quali soprattutto le anfetamine o la cocaina.

Un uso eccessivo di alcool può aumentare i valori pressori e determinare una resistenza alla terapia an-

tiipertensiva, in quanto il consumo eccessivo di questa sostanza determina un'espansione di volume e un aumento dell'intake calorico con il conseguente incremento ponderale.

La caffeina determina un aumento dei valori pressori attraverso l'attivazione del sistema nervoso simpatico e l'antagonismo dei recettori dell'adenosina (che determinano vasodilatazione sistemica, con la sola esclusione del distretto renale). Due-tre tazze di caffè possono determinare un aumento acuto dei valori di pressione arteriosa anche di 10 mmHg in coloro che non sono consumatori abituali, anche se, in media, l'aumento è intorno a 4-5 mmHg. Per quanto riguarda invece i consumatori abituali, l'aumento dei valori pressori indotto dall'assunzione di caffè è più modesto.





Quando si presenta un giovane con “crisi” ipertensive bisogna sempre pensare ad un utilizzo di cocaina. Questa sostanza infatti è un potente attivatore del sistema nervoso simpatico, un vasocostrittore periferico e attraverso questi meccanismi causa un aumento parossistico dei valori pressori, anche se l’associazione con un’ipertensione arteriosa stabile è rara. Il grosso problema nell’identificare questa forma di ipertensione secondaria è che è molto difficile far ammettere ai pazienti l’uso di cocaina, soprattutto se si presentano alla visita clinica accompagnati da familiari o amici. Sta quindi all’abilità del medico intuire che questo possa essere il problema e pertanto cercare di parlare con il paziente in modo estremamente riservato e indurlo ad ammettere l’utilizzo di questa sostanza.

L’assunzione di liquirizia aumenta i valori pressori attraverso il principa-

le ingrediente attivo e cioè la glicirizina (glicoside dell’acido glicirrizico) la quale inibisce l’enzima 11-beta-idrossi-steroido deidrossigenasi, l’enzima che converte il cortisolo in cortisone, producendo così un’eccessiva attività mineralcorticoide. La sindrome tipica causata da un eccessivo uso di liquirizia è caratterizzata da ipertensione e ipopotassiemia, tanto che è facile confonderla con un iperaldosteronismo. In realtà si tratta di una forma di “pseudoperaldosteronismo” in quanto è caratterizzata da bassi valori sia di renina che di aldosterone.

Tra i farmaci di più largo impiego, quelli che sono più associati a ipertensione arteriosa sono gli antiflogisti non steroidei. Una meta-analisi mostra chiaramente che l’uso prolungato di questi farmaci determina un aumento dei valori pressori di circa 5 mmHg. Infatti il blocco della ciclo-ossigenasi causato dagli

antiflogisti non steroidei determina una ritenzione di sodio e acqua a livello renale e un aumento delle resistenze periferiche. Anche gli inibitori selettivi della ciclo-ossigenasi-2 determinano un simile aumento dei valori pressori e perfino l’acetaminofene, che è in genere raccomandato come analgesico preferenziale, può aumentare i valori pressori delle 24 ore in pazienti con malattia coronarica. Inoltre, gli antiflogisti non steroidei possono ridurre l’efficacia di molte classi di farmaci antipertensivi, in particolare dei beta-bloccanti e degli inibitori del sistema renina-angiotensina.

I corticosteroidi possono aumentare i valori pressori, essenzialmente attraverso l’espansione di volume. L’effetto ipertensivizzante è dose-dipendente ed è più comune nei soggetti anziani e nei pazienti con storia familiare di ipertensione arteriosa.

L’uso degli anticoncezionali orali può causare ipertensione arteriosa nel 5% circa delle donne che utilizzano soprattutto estro-progestinici ad alto dosaggio (almeno 50 µg di estrogeno e 1-4 mg di progestinico). L’aumento dei valori pressori è in genere modesto, anche se sono stati descritti casi di ipertensione severa o maligna. Alla sospensione degli estro-progestinici i valori pressori tornano nei limiti della norma, anche se è necessario sottolineare che è necessario attendere almeno 6-8 mesi. Per quanto riguarda la terapia ormonale sostitutiva in post-menopausa, l’effetto ipertensivizzante è molto modesto nelle donne normotese.

- Ipertensione factitia
- Malattie renali croniche
- Coartazione dell’aorta
- Sindrome di Cushing (e altri stati con eccesso di glucocorticoidi)
- Uropatia ostruttiva
- Feocromocitoma
- Iperaldosteronismo primitivo (altri stati con eccesso di mineralcorticoidi)
- Ipertensione renovascolare
- Sleep-apnea syndrome
- Patologie della tiroide/paratiroidi

Tabella 1. Principali cause di ipertensione secondaria

L'asse Consulcesi-OMCeO Pisa a favore dei giovani medici

Dopo averli affiancati nella protesta davanti al MIUR contro il pasticcio ai test di specializzazione, Consulcesi – da sempre attenta alle difficoltà sia di chi si immatricola alla Facoltà di Medicina sia di chi accede alle scuole post-laurea – ha deciso di sostenere i giovani medici anche nelle aule dei Tribunali. La realtà che ha cambiato la giurisprudenza in Italia ed in Europa a favore dei professionisti della sanità ha infatti accolto l'invito ricevuto da diversi OMCeO di affiancarli nella battaglia per ottenere il riconoscimento dei diritti di chi ha partecipato alle prove di accesso per le scuole di specializzazione.

Il primo Ordine a farlo è stato quello di Pisa. Qui, nella sede stessa dell'OMCeO provinciale, gli esperti

di Consulcesi hanno incontrato una delegazione di oltre cento giovani camici bianchi, in un appuntamento fortemente voluto dal presidente Giuseppe Figlini ai fini dell'individuazione delle migliori condizioni di tutela per i suoi iscritti. Consulcesi si è dunque immediatamente messa a disposizione di tutti quegli aspiranti specializzandi che, danneggiati da un banalissimo errore, hanno tutto il diritto di ottenere giustizia. E lo farà supportandoli ed affiancandoli nei ricorsi in virtù dei successi già ottenuti per i loro colleghi più anziani.

L'ultima battaglia in ordine di tempo riguarda gli orari di lavoro e il rispetto della direttiva 88/2003/CE, alla quale l'Italia si è adeguata con colpevole ritardo e che verrà applicata solo dal prossimo anno. Consulcesi

rappresenta però, da oltre vent'anni, la realtà più attiva nel nostro Paese nella battaglia portata avanti per il riconoscimento dei compensi negati – o corrisposti solo parzialmente – ai camici bianchi durante gli anni di scuola post-laurea. I professionisti interessati sono sia coloro che si sono immatricolati negli anni accademici 1982-1991, cui non è stata corrisposta la borsa di studio prevista da alcune direttive europee, sia coloro che hanno frequentato gli anni accademici 1994-2006, per i quali il lavoro è stato retribuito solo parzialmente. Il totale dei rimborsi riconosciuti, ad oggi, dai Tribunali di tutta Italia in favore dei medici che si sono affidati a Consulcesi ha già raggiunto la cifra record di oltre 362 milioni di euro. Di questi, oltre 60 sono stati materialmente consegnati soltanto

nel corso degli ultimi mesi. Ma sono tantissimi i professionisti che ancora non hanno ricevuto quanto spetta loro di diritto. Per questo Consulcesi continua a promuovere azioni collettive, forte di una giurisprudenza ormai totalmente favorevole al ricorrente e che segue un iter sempre più veloce. Il rischio di esborso totale da parte dello Stato supera i quattro miliardi di euro.



“Foto consegna assegni”: la responsabile dell'Area Legale di Consulcesi Sara Saurini, il dottor Enrico Arrighi specialista nelle malattie dell'apparato digerente ed il presidente dell'Ordine dei Medici di Pisa Giuseppe Figlini.



“Foto specializzandi”: alcuni dei giovani medici che hanno partecipato al confronto sulle specializzazioni sul caos test insieme al presidente dell’Ordine dei Medici di Pisa Giuseppe Figlini e all’avvocato Cristiana Peghini, legale di Consulcesi;

È per evitare un simile scenario che Consulcesi ha coinvolto il mondo istituzionale e politico per trovare una soluzione definitiva. E dopo essersi fatta promotrice di due Disegni di Legge già all’attenzione del Parlamento e volti a trovare un accordo transattivo – valido però solo per coloro che avranno presentato domanda presso le sedi giudiziarie competenti –, nelle ultime settimane la principale forza di governo ne ha depositato un terzo al Senato, a riprova di un interesse bipartisan alla risoluzione del problema. Si tratta in tutti e tre i casi di una soluzione valida, l’unica praticabile per garantire allo stesso tempo i legittimi interessi dei medici e l’esigenza dello Stato di contenere i costi.

I milioni riconosciuti vengono consegnati ai medici con una cadenza oramai mensile, in quel che è diventato un vero e proprio “tour dei rimborsi” che ha toccato le principali città italiane. L’ultima tappa è stata effettuata proprio a Pisa, dove sono

stati consegnati tre milioni di euro. A fare gli onori di casa il presidente dell’Ordine Giuseppe Figlini, che in quella occasione si è detto lieto per l’impegno dimostrato da Consulcesi nei confronti dei camici bianchi del futuro: “In questa due giorni, ed è il primo caso in Italia – ha dichiarato infatti Figlini – una delegazione di giovani medici provenienti da Pisa e da tutto il resto della Toscana si sta confrontando nella nostra sede grazie alla consulenza offerta dai legali Consulcesi. Abbiamo fortemente voluto questa iniziativa per trovare la soluzione, con le condizioni economiche migliori, per affrontare e risolvere il problema creatosi con il pasticcio dei test di ammissione alle scuole di specializzazione”.

Dopo Pisa tanti altri OMCeO hanno chiesto aiuto a Consulcesi: tra loro anche il presidente dell’Ordine provinciale di La Spezia, Salvatore Barbagallo, che ha infatti voluto mettere a disposizione dei “giovani colleghi” vittime delle irregolarità dei test “la

consulenza professionale e qualificata di chi ha una grande esperienza e competenza in materia di tutela legale”, e che “da sempre è vicina alle problematiche del mondo medico, anche per gli aspiranti camici bianchi, avendo già ottenuto sentenze positive dal Tar per le prove di ingresso alle Facoltà di Medicina”. Si tratta dei ricorsi n. 10628/2014 e n. 10629/2014.

“I giovani medici che non sono stati ammessi – spiega l’avvocato Sara Saurini, responsabile dell’Area Legale di Consulcesi – a causa delle numerose irregolarità riscontrate durante i test per le scuole di specializzazione per il 2014, possono fare ricorso e ottenere l’accesso immediato ai corsi presso il proprio ateneo e il risarcimento per il danno professionale subito. A disposizione ci sono già oltre 350 tra avvocati e consulenti legali che rispondono gratuitamente al numero verde 800.122.777 o sul sito internet www.consulcesi.it”.

L'elogio dell'arroganza

Un senso di superiorità nei confronti di un altro soggetto manifestato attraverso un costante disdegno, ecco come si può definire l'arroganza. Disdegnare, disprezzare e respingere con spregio approdano nel lessico e nelle condotte degli uomini e delle donne di questo nuovo millennio, configurando una moderna rete sociale, più stretta e classista. Nella storia dell'umanità l'arroganza ha favorito la sopravvivenza, tutelando individui forti e coraggiosi a scapito di chi si percepiva sopraffatto e invalidato. L'arroganza scolpisce i

gradini sociali elogiando individui potenti e amplificandone il rispetto. Se nel mondo animale, è l'istinto a incrementare le condotte arroganti attraverso la percezione della fame e dei richiami sessuali, nell'essere umano, è il bisogno di rispetto, il terrore di non essere riconosciuti per quanto valgono, nascosti dalla sensazione di onnipotenza, vera o presunta che sia. Oggi l'arroganza è complice della qualità di vita, incrementando successi economici, sociali e professionali, soprattutto in Italia, dove la visibilità amplificata dai social network e dai mass-

media, crea una immagine forte e virile spendibile come rappresentazione di leadership più che di inciviltà o di scarsa aderenza alle regole sociali. L'uomo arrogante si appropria di vantaggi illegittimi che allargano gli ambiti di azione promuovendo un traguardo condivisibile da tutti. Nella cultura maschio-centrica che ha caratterizzato gli ultimi due secoli, l'arroganza ha segnato il volto della storia apparendo prevalentemente in uomini altolocati che per le loro conquiste erano pronti a tutto. Ma col processo di "mascolinizzazione" delle fem-





i quali sembrano maggiormente rappresentati i Disturbi dell'Umore (Disturbi Bipolare), i Disturbi d'Ansia, il Disturbo Post-Traumatico da Stress, i Disturbi dello spettro Autistico tipo Asperger in Asse I e il Disturbo Narcisistico di Personalità, Borderline e Antisociale in Asse II. In letteratura non esistono dati epidemiologici specifici, pertanto appare importante iniziare a studiare il fenomeno dell'arroganza subita o espressa nei pazienti psichiatrici per con-

frontarli a gruppi di controllo al fine di potenziare la sensibilità a difesa dei soggetti più vulnerabili che talora non sopportano l'affronto del comportamento arrogante reagendo con atti impulsivi o aggressivi. Cercare un controllo maggiore dei fenomeni arroganti nella popolazione generale significa ridurre la probabilità di andare incontro a episodi drammatici, violenti e autolesionistici. La cura dei disturbi psichiatrici non è sufficiente da sola al controllo sociale dei comportamenti arroganti, è necessaria anche una diffusione culturale che riduca i bagliori e la popolarità dell'essere arrogante al fine di ripristinare un maggior equilibrio sociale. Noi iniziamo a provarci alla ricerca di dati scientifici, sviluppando scale di valutazione, per promuoverne l'attenzione e descriverne le implicazioni cliniche.

mine e di "femminilizzazione" del maschio, iniziato quasi cinquanta anni fa, cui siamo tutti spettatori, accade che il fenomeno dell'arroganza inizia a distribuirsi equamente nei due sessi. E ciò sconvolge gli equilibri già precari del maschio targato 2014, che non è preparato, o per meglio dire geneticamente programmato, a competere con donne arroganti. L'arroganza presuppone o definisce un dislivello perlopiù sociale tra l'arrogante e la preda, configurando un modello funzionale fintanto che esiste tolleranza a tali comportamenti. La plasticità del cervello permette agli individui di imparare a tollerare stimoli nocivi ambientali, riducendone la risonanza emotiva per favorire l'adattamento al nuovo contesto soprattutto se ciò può condurre ad un incremento della propria qualità di vita. Pertanto in un mondo in cui aumentano i comportamenti arroganti, deve necessariamente concomitare una tolleranza più diffusa al fine di evitare eccessive conflittualità sociali. Il non controllo dell'umiliazione percepita può sfociare a posteriori in agiti aggressivi o consumo di sostanze per sfogare e attenuare i livelli di ansia reattivi.

La donna arrogante si aggiunge all'esercito maschile spodestan-

do l'esclusività di appartenenza all'arma, ma di fatto potenziando il rischio di scontrarsi con l'arroganza altrui. Laddove si sceglie di mantenere una pari opportunità dei comportamenti arroganti, esisterà sicuramente una maggiore parità dei diritti insieme però a più dislivelli sociali e problematiche interpersonali. Insomma si profilano nello stesso individuo ambiti in cui l'arroganza è espressa ed altri in cui è subita, definendo così una piramide sociale dove ognuno vomita arroganza a chi può. La diffusione ubiquitaria dell'arroganza in tutte le classi sociali contribuisce ad aumentare il rischio della messa in atto di aggressività espressa da una parte e di repressione emotiva dall'altra. Dalla base di tali fenomeni uomini e donne costruiscono i record di conflittualità ad ogni livello sociale che si esprimono a varia misura con l'incremento dei tradimenti, del bullismo, delle violenze, dei femminicidi, dei suicidi, del consumo di sostanze psicoattive.... Ma anche di razzismo, estremismo e fanatismo. Ovviamente la diffusione dell'arroganza non è l'unico fattore implicato nella complessa eziologia dei comportamenti estremi o violenti, tuttavia concomita spesso, associata o meno a disturbi psichiatrici. Tra

frontarli a gruppi di controllo al fine di potenziare la sensibilità a difesa dei soggetti più vulnerabili che talora non sopportano l'affronto del comportamento arrogante reagendo con atti impulsivi o aggressivi. Cercare un controllo maggiore dei fenomeni arroganti nella popolazione generale significa ridurre la probabilità di andare incontro a episodi drammatici, violenti e autolesionistici. La cura dei disturbi psichiatrici non è sufficiente da sola al controllo sociale dei comportamenti arroganti, è necessaria anche una diffusione culturale che riduca i bagliori e la popolarità dell'essere arrogante al fine di ripristinare un maggior equilibrio sociale. Noi iniziamo a provarci alla ricerca di dati scientifici, sviluppando scale di valutazione, per promuoverne l'attenzione e descriverne le implicazioni cliniche.

Già Charles Darwin si accorse del pericolo: "L'uomo nella sua arroganza si crede un'opera grande, meritevole di una creazione divina. Più umile, io credo sia più giusto considerarlo discendente degli animali". Verosimilmente non sarebbe bastato propagare i suoi consigli perché in fondo appartiene alla nostra natura essere arroganti. Uomini e donne. Siamo fatti così.

Immobili, fisco e adempimenti

Il periodo dell'anno è quello giusto per fare il punto della situazione in tema di imposte, tasse e adempimenti, infatti tra novembre e dicembre i contribuenti sono chiamati a due "corposi" appuntamenti fiscali: il versamento del secondo acconto delle imposte e il versamento della seconda rata IMU e TASI. Ed è anche in questa occasione che il portafoglio si trova a fare i conti di quanto costano gli immobili, oggi più che mai.

Gli immobili sono soggetti a tassazione al momento dell'acquisto (imposta di registro o Iva a seconda dello status soggettivo del venditore) anche se l'aliquota è diversa se si acquista la prima casa o se invece si acquista un immobile diverso. Una volta divenuto di proprietà l'immobile si dichiara ai fini delle imposte dirette, ovvero si indica sulla dichiarazione dei redditi (anche se con l'IMU è un pò diverso), se locato il reddito si somma agli altri redditi se invece è locato con cedolare secca si applica un'imposta sostitutiva.

Poi ci sono i tributi deliberati dalla fiscalità locale: prima l'ICI ora l'IMU, la TASI e la TARI (ex tassa di smaltimento di rifiuti). Qualche Comune, Pisa inclusa, ha applicato anche l'ISCOP che è una addizionale all'IMU con finalità pubbliche dettagliatamente

individuate.

Il proprietario dell'immobile intenzionato ad affittare dovrà dotarsi di ACE (attestato di certificazione energetica) divenuto obbligatorio anche in caso di vendita, e insieme al controllo della caldaia divenuto un obbligo annuale, dallo scorso giugno è divenuto obbligatorio anche il "libretto di impianto" del condizionale con il quale verrà valutata l'efficienza energetica dell'impianto, ma qui le scadenze delle verifiche sono diverse a seconda della potenza dell'impianto.

Il proprietario che decide di locare

l'immobile si trova davanti ad una serie di adempimenti fiscali: dopo aver redatto il contratto e apposto le marche da bollo (con data non successiva a quella della stipula) dopo aver compilato il nuovo modello RLI, dopo aver versato l'imposta di registro (imposta indiretta) sul primo anno di locazione mediante modello F23, deve registrare la scrittura privata presso l'Agenzia delle Entrate. Ogni anno il locatore avrà trenta giorni dalla data di scadenza del contratto per versare l'importo annuale dell'imposta di registro pari al 2% della locazione. La locazione con "cedolare secca" segue invece altre regole fiscali.

La casa crea "imposte" anche nel caso in cui si decida di venderla prima dei cinque anni dalla data dell'acquisto, più precisamente crea "plusvalenza" se il costo di acquisto si rivela inferiore al prezzo di vendita, e dalle imposte non si scappa nemmeno quando l'immobile cade in successione: se si rientra nella franchigia ad oggi prevista in alcune fattispecie per l'imposta di successione (un milione di euro per i figli) restano comunque da versare l'imposta ipotecaria, l'imposta catastale e il tributo speciale alla Conservatoria.

Insomma adempimenti e tasse, molte e diverse dall'inizio alla fine....



Odontoiatria ed endocardite: la profilassi antibiotica

Il concetto della profilassi dell'EI (endocardite infettiva) si è sviluppato sulla base di osservazioni che risalgono ai primi del '900. L'ipotesi iniziale partiva dal presupposto che la batteriemia causata da procedure mediche potesse provocare EI, in particolar modo nei pazienti con fattori predisponenti, e che in questa categoria di pazienti la profilassi antibiotica fosse in grado di prevenire l'EI riducendo al minimo o prevenendo gli episodi di batteriemia e modificando le proprietà dei ceppi batterici riducendone la capacità di adesione alla superficie endoteliale. Questo ed altri concetti portarono all'emanazione di linee guida da parte della SOCIETA' EUROPEA DI CARDIOLOGIA (ESC) che consigliavano l'uso estensivo della profilassi antibiotica in tutte le categorie di pazienti a rischio candidati a procedura interventistica. Nel tempo la ESC ha ritenuto opportuno modificare tale procedura ed ha emanato le **"Linee guida per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'endocardite infettiva (nuova versione 2009)"**: nell'ambito di queste linee guida lo scopo prefissato è quello di evitare l'uso estensivo e non basato sull'evidenza della terapia antibiotica in tutte le categorie di pazienti a rischio candidati a procedura interventistica e di limitare la profilassi a quei pazienti a rischio più elevato di sviluppare EI. I motivi principali che hanno spinto a procedere ad una revisione delle precedenti raccomandazioni vengono riportati qui di seguito:

1. Incidenza di batteriemia dopo procedure odontoiatriche e durante le attività quotidiane di routine

Sulla base dei dati disponibili, l'in-

cidenza di batteriemia transitoria dopo procedure odontoiatriche risulta estremamente variabile, essendo compresa tra il 10% e il 100%. Questo ampio range può essere tuttavia frutto dei diversi metodi di analisi e campionamento adottati, rendendo quindi necessaria una certa cautela nell'interpretazione dei dati. L'incidenza di batteriemia dopo altri tipi di procedure mediche è ancor meno definita. Al contrario, episodi di batteriemia transitoria sono stati spesso riportati nel contesto delle attività quotidiane di routine, come l'uso dello spazzolino o del filo interdentale e la masticazione. Sembra quindi verosimile che buona parte delle batteriemie che causano EI possano derivare dallo svolgimento di normali attività quotidiane. Inoltre, nei pazienti con scarsa igiene dentaria, la batteriemia può svilupparsi indipendentemente dall'esecuzione di una procedura odontoiatrica e, in questi casi, l'incidenza di batteriemia post-procedurale è ancora più elevata. Questi dati sottolineano l'importanza di seguire una corretta cura di igiene orale e di sottoporsi periodicamente a visite di controllo dentale al fine di prevenire la comparsa di EI.

2. Rischi e benefici della profilassi

Le considerazioni che seguono sono fondamentali in relazione al concetto che la profilassi antibiotica può essere efficace nel prevenire l'EI nei pazienti esposti ad un aumentato rischio di sviluppare la malattia nel corso della vita.

(a) Un aumentato rischio di sviluppare EI nel corso della vita non costituisce un criterio adeguato per definire in quale misura un pa-

ziente possa trarre beneficio dalla profilassi antibiotica in previsione di una determinata procedura. Un parametro più idoneo sarebbe il rischio correlato alla procedura, che tuttavia varia per le procedure odontoiatriche da 1:14 000 nella popolazione media a 1:95 000 nei pazienti con pregressa EI. Queste stime stanno a dimostrare il numero esorbitante di pazienti che dovrebbero essere trattati per prevenire un singolo caso di EI.

(b) Nella maggior parte dei pazienti non è possibile stabilire quale sia la procedura indice che possa determinare la prima manifestazione clinica di EI. Anche nei casi in cui si presume che l'efficacia e la compliance siano intorno al 100%, questa considerazione porta a due conclusioni: 1) la profilassi dell'EI può esercitare degli effetti protettivi al massimo nei confronti di un numero estremamente limitato di pazienti e 2) la batteriemia che nella maggioranza dei pazienti sottende l'EI sembra avere un'origine differente.

(c) La somministrazione di antibiotici è gravata dal rischio, seppur limitato, di anafilassi. Ciononostante, in letteratura non è stato mai riportato un caso di reazione anafilattica ad esito fatale dovuto alla profilassi dell'EI con amoxicillina per via orale.

(d) L'utilizzo esteso e spesso inopportuno degli antibiotici può portare all'insorgenza di microrganismi resistenti, ma resta da definire in quale misura l'uso degli antibiotici nella profilassi dell'EI possa essere implicato nella questione generale delle resistenze.

3. Mancanza di evidenze scientifiche sull'efficacia della profi-

lassi dell'endocardite infettiva

Gli studi che hanno valutato l'efficacia della profilassi antibiotica nel prevenire e controllare lo sviluppo di batteriemie nei soggetti sottoposti a procedure odontoiatriche hanno riportato risultati contrastanti e, allo stato attuale, non vi sono dati che mettano in relazione una batteriemia di breve durata o poco frequente insorta dopo una procedura medica con un ridotto rischio di EI correlato alla procedura.

Analogamente, gli studi caso-controllo non forniscono sufficienti evidenze a supporto della necessità della profilassi dell'EI. Persino la stretta aderenza alle raccomandazioni universalmente accettate per la profilassi può risultare di scarso impatto sul numero totale di pazienti con EI nella comunità.

Infine, nessuno studio prospettico randomizzato controllato ha mai valutato il concetto di efficacia della profilassi antibiotica, così come i presupposti di efficacia si basano sulle opinioni divergenti degli esperti, su dati sperimentali, casi clinici o studi che hanno analizzato solo singoli aspetti dell'ipotesi, nonché studi osservazionali dai risultati contraddittori.

I nuovi comitati per le linee guida delle società cardiovascolari nazionali hanno riesaminato l'evidenza scientifica disponibile in questo ambito. Seppur con qualche differenza, le raccomandazioni elaborate da ciascun comitato sono giunte in maniera univoca e indipendente alle seguenti quattro conclusioni:

- (1) *l'evidenza disponibile non supporta l'uso estensivo della profilassi antibiotica, diversamente da quanto raccomandato nelle precedenti linee guida;*
- (2) *la profilassi deve essere circoscritta ai pazienti a rischio più alto (quelli con l'incidenza più elevata di EI e/o a rischio più alto di outcome avverso correlato alla presenza EI);*
- (3) *le indicazioni alla profilassi antibiotica dell'EI devono essere ristrette rispetto a quanto previsto dalle precedenti raccomandazioni;*

- (4) *una buona igiene orale e periodiche visite di controllo dentale sono entrambe di estrema importanza ai fini della prevenzione dell'EI.*

I principi delle nuove linee guida ESC

Sebbene recenti linee guida abbiano proposto di limitare la profilassi ai pazienti con EI ad aumentato rischio di outcome avverso, se non addirittura di sospendere completamente la profilassi antibiotica in tutte le categorie di pazienti, la Task Force (gruppo di ricerca nominato dall'ESC) ha deciso di:

- mantenere il principio della profilassi antibiotica in caso di procedure a rischio di EI nei pazienti che presentano condizioni cardiache predisponenti, ma
- limitarne l'indicazione ai **pazienti a rischio più alto di EI** che devono essere sottoposti a **procedure correlate ad elevato rischio**.

Quali sono considerati i Pazienti considerati a rischio più alto di endocardite infettiva?

Sono comprese tre categorie di pazienti:

(a) pazienti con protesi valvolari o con difetti valvolari riparati con materiale protesico. Questi pazienti presentano un rischio più alto di EI, una mortalità più elevata da EI e sviluppano complicanze della malattia con una frequenza superiore rispetto ai pazienti con valvole native infettati dallo stesso agente patogeno;

(b) pazienti con pregressa EI. Anche questa categoria presenta un rischio più alto di reinfezione, una mortalità e un'incidenza di complicanze più elevate rispetto ai pazienti con un primo episodio di EI;

(c) pazienti con cardiopatie congenite (CC):

- cardiopatie congenite cianogene non corrette chirurgicamente o con difetti residui, shunt palliativi o condotti;

- cardiopatie congenite completamente riparate (quindi senza difetti residui) con materiale protesico, sia chirurgicamente che per via percutanea (la Task Force raccomanda

la profilassi per i primi 6 mesi post-intervento fino alla completa endotelizzazione del materiale protesico) -in presenza di difetti residui nella sede di impianto di materiale protesico o dispositivi dopo intervento cardiocirurgico o procedura percutanea

La profilassi antibiotica non è più raccomandata nelle altre forme di valvulopatia nativa (comprese quelle condizioni di più frequente riscontro, bicuspidia valvolare aortica, prollasso valvolare mitralico e stenosi aortica calcifica) **o cardiopatia congenita**.

Le linee guida dell'American Heart Association raccomandano la profilassi nei pazienti affetti da valvulopatia **candidati a trapianto cardiaco**, ma non esistono delle chiare evidenze in tal senso. Inoltre, per quanto nei pazienti trapiantati che sviluppano EI il rischio di outcome avverso sia elevato, in questi casi la possibilità che una procedura odontoiatrica provochi EI è estremamente bassa. In queste circostanze, la Task Force dell'ESC non raccomanda di iniziare la profilassi.

Quali sono invece considerate le procedure correlate ad elevato rischio nell'attività odontoiatrica!

La profilassi antibiotica deve essere presa in considerazione unicamente per quelle procedure odontoiatriche che comportano la manipolazione del tessuto gengivale o della regione periapicale dei denti e la perforazione della mucosa orale ((compresi l'ablazione del tartaro e il trattamento dei canali della radice del dente).

La profilassi antibiotica non è raccomandata per iniezioni locali di anestetici nei tessuti non infetti, la rimozione di suture, la radiografia dentale, il posizionamento o l'adeguamento di supporti rimovibili o apparecchi ortodontici o protesi dentarie. La profilassi non è raccomandata anche in seguito alla perdita di denti decidui o a lacerazioni delle labbra e della mucosa orale.

Profilassi raccomandata per le procedure odontoiatriche a rischio

E' indicata la monosomministrazione 30-60 min prima della procedura

SITUAZIONE	ANTIBIOTICO	ADULTI	BAMBINI
Assenza di allergia a penicilline o ampicillina	<i>Amoxicillina o Ampicillina*</i>	2g per os o e.v.	50mg/Kg per os o e.v.
Presenza di allergia a penicilline o ampicillina	<i>Clindamicina</i>	600mg per os o e.v.	20mg/Kg per os o e.v.

Le cefalosporine non devono essere utilizzate nei pazienti con precedenti di anafilassi, angioedema od orticaria successivi all'assunzione di penicillina e ampicillina.

*in alternativa: cefalexina 2 g e.v. negli adulti o 50 mg/kg e.v. nei bambini, cefazolina o ceftriaxone 1 g e.v. negli adulti o 50 mg/kg e.v. nei bambini.

Limiti e conseguenze delle nuove linee guida ESC

La Task Force è consapevole del fatto che l'aggiornamento di queste raccomandazioni si tradurrà in un cambiamento radicale della pratica ormai consolidata fra i clinici, i cardiologi, i dentisti ed i loro pazienti. Da un punto di vista etico, i medici dovranno comunque discutere con i loro pazienti i potenziali benefici o svantaggi della profilassi antibiotica prima di prendere una decisione finale. Anche dopo adeguata informazione e discussione, molti preferiranno continuare la profilassi routinaria e questa scelta

andrà comunque rispettata. qualora optassero per la sospensione della profilassi, i medici potrebbero ragionevolmente temere di incorrere in un'azione legale, anche se impropriamente dato che l'aderenza alle linee guida ufficialmente riconosciute fornisce di per sé una solida tutela giuridica. Inoltre, le attuali raccomandazioni non sono basate su evidenze adeguate, ma riflettono invece l'opinione di consenso degli esperti. Tenuto conto che né le precedenti linee guida né le attuali modifiche proposte sono incentrate su robuste evidenze, la Task Force raccomanda fortemen-

te di procedere ad una valutazione prospettica di queste nuove linee guida allo scopo di verificare se un minor utilizzo della profilassi si associ ad una qualche variazione dell'incidenza di EI.

In sintesi, la Task Force propone di circoscrivere l'uso della profilassi antibiotica ai pazienti a rischio più alto di EI che devono essere sottoposti a procedure odontoiatriche a rischio più elevato. Una buona igiene orale e periodiche visite di controllo dentale sono entrambe di estrema importanza nel diminuire il rischio di EI.



Esercizio “abusivo” della radiologia in odontoiatria?

Il titolo è deliberatamente provocatorio e fa riferimento all'esposto presentato a suo tempo (dicembre 2013) dall'ADPR (Associazione Difesa Professione Radiologi) con il quale si era inteso sottoporre al giudizio delle autorità competenti una serie di possibili anomalie che configurerebbero per il dentista il reato di esercizio abusivo della professione di radiologo. La nostra risposta è che nessuno è più dell'odontoiatra qualificato, nel settore che lo riguarda, al pari di ogni altro specialista nel rispettivo campo medico, all'esecuzione e alla lettura di esami radiodiagnostici nella pratica clinica quotidiana e nei piani di trattamento di sua competenza. L'odontoiatra è abilitato dalla legge (art. 2 della 187/2000) all'uso dei raggi X, pur con limitazioni, il cui impiego è fondamentale per il corretto esercizio della professione. Sull'argomento sia la CAO che le principali

Associazioni di categoria hanno replicato a suo tempo. Non è quindi scopo di questo articolo riattizzare una polemica. Qui vogliamo sottolineare come l'odontoiatra stia facendo sempre più sua la cultura della radioprotezione percependone tra l'altro gli aspetti etici nei confronti di fonti potenzialmente dannose per la salute. E questo anche grazie all'informazione costante che arriva dalle Associazioni e dalle Istituzioni odontoiatriche che si sono fatte carico di numerosi corsi di formazione organizzati in Italia e rivolti specificamente agli odontoiatri.

Solo a Pisa, dopo il Convegno Nazionale del 1 marzo 2013, che coinvolgeva tutte le componenti della radiologia italiana, da queste pagine odontoiatriche di Pisa Medica, abbiamo più volte affrontato l'argomento pubblicando e divulgando anche le Raccomandazioni Ministeriali sull'impiego corretto dei

Cone Beam Computer Tomography sempre più diffusi negli studi dentistici per cui rimandiamo a completamente al numero 58 di Pisa Medica pagina 21

Siamo certi, attraverso l'informazione sull'argomento, di offrire non solo un servizio agli odontoiatri, ma anche al cittadino accrescendo le conoscenze sulla prevenzione dei possibili danni da radiazioni e ottenendone anche vantaggi per la comunità con la riduzione della prescrizione di esami radiografici.

E in questa direzione è andato anche il Corso di formazione organizzato da ANDI Pisa lo scorso 28 novembre “CORSO DI FORMAZIONE DI RADIOESPOSIZIONE E DI RADIOPROTEZIONE PER ODONTOIATRI” relatori: dr. BIAGIO DI DINO - dr. ANTONIO CAMPAGNI che ha potuto informare e formare un alto numero di partecipanti provenienti da varie province della Toscana.

Programma del Corso

La legge 187/2000 - Il principio di giustificazione e di ottimizzazione - il concetto ALARA - Rapporto tra dentista ed esperto qualificato in radioprotezione e/o esperto in fisica medica.

- Apparecchiature mediche per la radiodiagnostica odontoiatrica - sistemi per la rilevazione e registrazione delle immagini. Valutazione della dose erogata e di quella assorbita. Protezione dei pazienti.

- Registrazione e obbligo di registrazione - Verifica e controllo di qualità - Criteri qualitativi delle immagini - Compiti specifici dei singoli operatori e responsabilità - Apparecchiature per la protezione dalle radiazioni in odontoiatria.

- Consenso informato e aspetti medico-legali.

- La radiografia endorale: utilità, limiti, giustificazione e ottimizzazione.

- La ortopantomografia e la telecranio: utilità, limiti, giustificazione e ottimizzazione.

- La CBCT (Cone Beam Computer Tomography): utilità, limiti, giustificazione e ottimizzazione.

Nel Corso, di una intera giornata sono stati affrontati con competenza, gli aspetti più cogenti che riguardano la fisica delle radiazioni, le normative, l'utilizzo degli apparecchi radiografici di interesse odonto-

iatico: la radiografia endorale, la teleradiografia, la ortopantomografia e la CBCT. E' stato messo in evidenza tra l'altro e approfondito che i principi fondamentali del DL n°187/2000 sono il principio di

giustificazione e il principio di ottimizzazione la cui applicazione richiede conoscenza e competenza e in questa direzione le nuove tecnologie sono di ausilio nella riduzione delle esposizioni.

Principio di giustificazione

“Le esposizioni mediche devono mostrare di essere sufficientemente efficaci mediante la valutazione dei potenziali vantaggi da esse prodotti, inclusi i benefici diretti per la salute della persona e della collettività, rispetto al danno che l'esposizione potrebbe causare, tenendo conto dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di tecniche alternative disponibili, che non comportano un'esposizione alle radiazioni ionizzanti ovvero ne comportano una minore”.

Principio di ottimizzazione

“Le esposizioni debbono essere mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile, tenuto conto dei fattori economici e sociali” (**principio ALARA**, *as low as reasonably achievable*). (DLgs 187/00).

Nella giornata è stata affrontata anche la delicata questione del pesante carico burocratico che impone adempimenti sia nella fase dell'acquisto dell'apparecchio che nella conduzione quotidiana dell'attività dello studio anche attraverso un

rapporto stretto coll'esperto in fisica medica e si è parlato degli aspetti medico legali oltre che della protezione del paziente.

Utili informazioni sono poi state fornite dai relatori sul corretto utilizzo e l'ottimizzazione di

tutte le apparecchiature di radiodiagnostica di uso comune per l'odontoiatra e la corretta lettura dell'esame eseguito.

La giornata, molto proficua e apprezzata, si è conclusa con la consegna dell'attestato di frequenza al corso.



Prospettive odontoiatriche: realtà presente e vecchi miti

L'ultimo numero di Pisa Medica è stato in gran parte dedicato alla Giornata del Medico e dell'Odontoiatra ed in particolare ai giovani neoiscritti. Durante le riunioni del nostro Consiglio dell'Ordine, capita di udire battute infelici a proposito delle mitiche capacità economiche dei dentisti dette da parte di Colleghi molto anziani. A questo proposito mi è stata di estrema utilità la lettura in questi giorni della ricerca eseguita da EURES - Centro di Ricerche Economiche e Sociali -, commissionata dalla CAO Nazionale e da FNOMCeO, a proposito di "Adeguatezza della Formazione Odontoiatrica e Tutela della Salute". La ricerca è molto complessa ed approfondita e tratta aspetti della vita dei giovani odontoiatri, partendo dalla loro formazione universitaria fino al loro completo inserimento nella vita professionale. La ricerca è stata condotta in collaborazione con Università (hanno aderito ben 38 presidi e 34 corsi), Istituzioni, studenti e neolaureati. I punti focali dell'indagine sono stati quattro: la formazione e l'accesso alla formazione, l'università e l'offerta dei corsi, la qualità della formazione, cosa accade dopo la laurea. Ecco in breve alcuni dati significativi. C'è un **grande calo dell'occupazione**, che è assicurata solo per il 63% dei nuovi odontoiatri ad un anno dalla laurea; il 26% ha un'occupazione instabile, precaria o addirittura in nero. Quindi ad un anno dalla laurea molti dentisti sono disoccupati o quasi e per di più sono anche mal pagati. Fra il 2012 ed il 2013 il tasso di occupazione dei dentisti italiani ad un anno dal conseguimento della laurea è passata dal 70% al 63%.

Un trend di riduzione confermato anche dai dati degli ultimi 5 anni. Gran parte dei neo laureati, secondo il rapporto passa attraverso una fase di precarietà o di lavoro nero. Per i giovani dentisti le cose migliorano dopo i tre anni successivi alla laurea, quando la maggioranza di loro lavora. Ma resta il problema di un ampio numero di professionisti male occupati ad inizio carriera. Fra chi non trova lavoro dopo la laurea, nei tre anni successivi un buon 15% trova lavoro ma in strutture fatiscenti o in mega centri dove vengono pagati 600/800 € al mese o sono addirittura pagati in nero. Nel complesso comunque le retribuzioni tendono a scendere. La paga base dei giovani odontoiatri ad un anno dalla laurea è di circa 1000 € con una maggiore penalizzazione per le donne: in media 1176 € per i maschi ed 867 € per le donne. Dopo tre anni la media sale a 1568 €, mantenendo però lo svantaggio a favore delle donne. Queste cifre e questi livelli occupazionali come è facile immaginarsi non corrispondono certamente né alla aspettative degli studenti al momento della loro iscrizione all'università né dei neolaureati al momento dell'inserimento nel mondo del lavoro. Detti laureati in base ai dati raccolti sono preparati in maniera del tutto inadeguata, al punto che dei ben 34 corsi di laurea in Odontoiatria attivi in Italia il 30% dovrebbe essere chiuso. Dovrebbe essere anche eliminato, sempre secondo i dati raccolti, l'esame di abilitazione così come è congegnato, in quanto oltre i 2/3 dei docenti (67,5%) lo ritiene poco selettivo. Come si è visto fra i dati significativi c'è la presenza di **mol-tissimi corsi di laurea**, un nume-

ro praticamente doppio rispetto a Francia, Regno Unito e Spagna. Contrariamente ogni corso di laurea prepara un **numero irrisorio di neo laureati**. Fra coloro che riescono ad occuparsi il **reddito si assesta sui 1000 € mensili nel primo anno** per poi raggiungere circa i 1500 € a tre anni. Questa fotografia con una Italia con troppi corsi di laurea e pochi laureati per ogni corso, laureati che sono scarsamente preparati per entrare nel mondo della professione. Tale situazione come è ovvio si ripercuote anche sulle loro retribuzioni. A questo punto non resta che fare nostre le parole del Dr. Giuseppe Renzo "non abbiamo ricette nei confronti dei dati critici presentati da EURES. Possiamo dire che alcuni corsi dovrebbero chiuder ma che ci si dovrebbe indirizzare solo su scuole d'eccellenza, in grado di competere sempre più a livello internazionale. Ma sappiamo anche che il 25/30% delle prestazioni odontoiatriche sono svolte da abusivi! Una situazione abnorme che si registra quasi esclusivamente nel nostro paese. ...La generazione 1000 € ormai è registrata anche fra gli odontoiatri e questo dato ci preoccupa e ci spaventa, perché configura una professione che, pur essendo basilare per la salute del paese, si ritrova a vivere nelle zone d'ombra del mercato del lavoro. Lette le 232 pagine del rapporto EURES viene voglia di regalarlo anche ad alcuni amici consiglieri. Ma forse sarebbe meglio da parte loro commissionarne uno analogo per i medici, se non hanno ancora compreso come siamo tutti quanti sulla stessa barca di papiro e stiamo remando verso cascate travolgenti.

Degenerazione maculare retinica: cambia la gestione del paziente

La degenerazione maculare legata all'età (AMD) è la causa principale di perdita severa della visione centrale e di cecità legale. Rappresenta una delle malattie oculari più invalidanti dopo i 55 anni, colpendo circa l'8% della popolazione e raggiungendo il 30% dopo i 75 anni. L'AMD è dunque una malattia sociale di grande rilevanza socio-sanitaria per il forte impatto sulla salute pubblica.

Nonostante molti individui con AMD abbiano la forma atrofica non essudativa, il 90% dei pazienti con perdita severa del visus ha la forma neovascolare essudativa.

L'elemento distintivo di questa severa causa di riduzione visiva è rappresentato dallo sviluppo della neovascolarizzazione coroideale, ovvero la crescita incontrollata di vasi sanguigni anomali, incompleti ed irregolari in corrispondenza della regione maculare, cioè la porzione centrale della retina che ci consente, in condizioni normali, una visione distinta. Questo "groviglio" di vasi sanguigni anomali determina la fuoriuscita di liquido (edema) e sangue (emorragia) sotto ed all'interno della struttura retinica, determinando un brusco calo visivo. Infatti, i sintomi più frequentemente riportati dai pazienti sono rappresentati da un'improvvisa perdita della visione centrale (generalmente nelle fasi iniziali coinvolge un solo occhio ma successivamente nel 20-30% dei casi può colpire anche l'altro occhio nel giro di pochi mesi), la percezione di immagini e righe distorte e la presenza di una macchia scura centrale. Gli episodi emorragici sono seguiti da tentativi di riparazione tessutale che portano alla formazione di una cicatrice centrale.

Se non si ricorre ad una terapia, in poche settimane o entro qualche

mese, una gran parte delle cellule nervose della macula perisce o viene gravemente danneggiata. Si tratta di un processo irreversibile perché le cellule nervose della retina, una volta distrutte, non si ricostituiscono più.

L'esame fondamentale nella diagnosi delle maculopatie è la fluoroangiografia retinica che permette di studiare dettagliatamente la circolazione sanguigna della retina e della coroide. Al paziente viene iniettata nel braccio una sostanza colorante (la fluoresceina) che raggiunge in pochi secondi la circolazione retinica: i capillari e le strutture retiniche sono osservate attraverso un fluorangiografo e fotografati con un'apparecchiatura dotata di particolari filtri.

Con metodo simile si esegue l'angiografia ad indocianina che grazie alla sostanza iniettata (indocianina) permette di evidenziare le anomalie retiniche e coroideali più profonde.

Mentre la fluoroangiografia e l'angiografia permettono la visualizzazione dei vasi sanguigni, l'OCT permette di visualizzare gli strati della retina fornendone delle immagini dettagliate in grado di evidenziare le minime alterazioni. Non c'è contatto tra la sonda e le strutture dell'occhio, ma solo un raggio luminoso che in pochi secondi ottiene una mappa retinica ad alta risoluzione.

Una volta ottenuta la diagnosi è possibile intervenire con una adeguata terapia. Negli ultimi anni si è sviluppata una nuova categoria di farmaci, definiti anche "farmaci intelligenti" perché in grado di agire selettivamente solo su bersagli specifici. In particolare modo, nel caso della degenerazione maculare senile essudativa, si utilizzano anticorpi monoclonali anti-VEGF, cioè in grado di bloccare selettivamente il principale fattore responsabile del processo di crescita dei vasi

sanguigni anomali: il VEGF (fattore di crescita dell'endotelio vascolare).

Bevacizumab, Pegaptanib, Ranibizumab e Aflibercept hanno ottenuto l'autorizzazione per l'utilizzo nella degenerazione maculare essudativa, altri ne seguiranno presto. Questi farmaci vengono somministrati tramite iniezioni intraoculari che non richiedono ricovero e vengono eseguite in anestesia topica. Iniettare farmaci direttamente dentro l'occhio consente di utilizzare piccolissime dosi esattamente nel punto necessario con minima diffusione sistemica ed è una procedura a basso rischio e sostanzialmente indolore. Ovviamente la precocità di intervento ha un ruolo fondamentale

nel risultato finale: infatti, tanto più precocemente si interviene e tanto maggiori saranno le possibilità di recuperare una buona acuità visiva.

Il trattamento specifico, vale a dire l'iniezione intravitreale del farmaco necessita di essere ripetuta inizialmente mensilmente e successivamente a cadenze diverse a seconda del farmaco utilizzato e della risposta della patologia; questo si traduce in un elevato numero di accessi per il paziente, sia in termini di trattamento che di controlli ed esami successivi.

L'Unità Operativa Universitaria dell'AOUP dedica al paziente con maculopatia un servizio di Angiologia, visite di preospedalizzazione per le iniezioni intravitreali e spazi operatori dedicati. E' inoltre in corso di definizione il progetto "One Step" che prevede la possibilità di iniziare il trattamento il giorno stesso della diagnosi, in modo tale da garantire al paziente la migliore gestione in termini di qualità e tempistica e di reintervenire al bisogno riducendo la necessità da parte del paziente di numerosi accessi alla Struttura.

“Il farmaco termale”: attualità della terapia termale

Il recente evento, tenutosi il 15 novembre scorso presso l'ottocentesco “Salone del Casinò” all'interno delle Terme Jean Varraud di Bagni di Lucca (LU), centro di antica e riconosciuta valenza nel settore, organizzato dalla stessa Azienda Termale, ha offerto una stimolante opportunità di confronto tra esperti della materia e colleghi di medicina generale e pediatri di libera scelta dell'area pisana e lucchese.

Il titolo stesso del convegno, “Il Farmaco Termale”, ha voluto sottolineare l'importanza dei mezzi di cura termali (veri e propri “farma-

ci”) e delle terapie termali che, a tutti gli effetti, sono riconosciute ed inserite nei LEA, come sottolineato dall'intervento del Dott. Marco Tagliaferri (Responsabile Rete Integrata dei Servizi Riabilitativi, Assistenza protesica e Termalismo - Regione Toscana), il quale ha messo in risalto le potenzialità offerte proprio in questo ambito dal nostro territorio regionale, ricco per numero (30 aziende termali), differenziazione di offerta, professionalità e tradizione storica di importanti risorse crenoterapeutiche.

Autorevole descrizione della si-

tuazione nazionale attuale del termalismo è stata offerta dal prestigioso intervento del Dott. Luigi Fasano (Responsabile nazionale Area legale e Relazioni sindacali Federterme-Confindustria), il quale ha illustrato come il Sistema Termale Italiano, con circa 380 strutture, dislocate in oltre 170 città termali, sia capillarmente presente nel nostro Paese e rappresenti una formidabile rete di aziende sanitarie. Le Terme sono, infatti, presenti in quasi tutte le regioni, con la seguente ripartizione tra Nord 46,7%, Centro 14,8% e Sud 38,5%.



Dal punto di vista della produzione, l'industria termale si colloca sia nel settore sanitario e della salute (garantendo cure, benessere e riabilitazione termale) sia in quello dell'ospitalità e del turismo termale.

La specificità dei trattamenti termali richiede, peraltro, una presenza di risorse umane molto qualificata (direttori sanitari, medici, operatori termali, altri operatori) con un'incidenza del costo del lavoro certamente elevata rispetto ad altri settori.

Questa "rete" di professionalità e aziende punta fortemente sulla ricerca scientifica di settore, tramite la Fondazione per la ricerca scientifica termale (FoRST), senza dimenticare l'importanza della formazione continua del proprio personale medico e paramedico.

La Fondazione per la Ricerca Scientifica Termale è un'agenzia di finanziamento della ricerca scientifica; è indipendente, non ha fini di lucro; è riconosciuta dallo Stato, ha lo scopo di promuovere la ricerca, sia clinica sia di base, finanziandola tramite il proprio fondo.

Sono proprio la ricerca scientifica termale ed il modello di welfare termale italiano a fare del nostro sistema termale uno tra i più avanzati in Europa, i cui capisaldi fondamentali sono rappresentati: dal patrimonio naturale delle acque termali, da una regolamentazione rigorosa, dal costante rapporto con la ricerca scientifica e dal dialogo ed il confronto con le istituzioni, sia in Italia sia in Europa.

Accedere alle cure termali è un diritto di tutti; in Italia, infatti, ciascun assistito può usufruire, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, di un ciclo di cure termali, nell'arco dell'anno, per le patologie che possono trovare beneficio dalle cure medesime.

Si ricorderà che per fruire delle cure termali è sufficiente farsi rilasciare da parte del proprio "medico di famiglia" (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta

o specialista, in una delle branche attinenti alle patologie che possono trovare beneficio dalle cure), la proposta-riciesta da redigersi sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

La richiesta dovrà indicare la diagnosi (corrispondente ad una delle patologie che possono trovare beneficio dalle cure termali, individuate dal Ministero della Salute in un apposito elenco allegato al D.M. 15 dicembre 1994 e richiamato dal successivo decreto del 22 marzo 2001), ed il correlato ciclo di cure da praticare.

Accanto alla componente sulle normative, i lavori, anche attraverso gli spunti offerti dagli approfondimenti di taglio farmacologico e di ipotesi sperimentali future (studio del ruolo delle *sirtuine* in

ambito termale) offerti dalla relazione del Prof. Luca Giovannini dell'Università di Pisa e dalle altre relazioni scientifiche, sono stati occasione per contribuire con un corretto approccio medico-scientifico ad un evento ECM. L'evento ha inteso "disegnare" un sintetico ma autorevole percorso formativo dedicato alle tecniche crenoterapiche, partendo dalle fondamentali premesse fisiopatologiche e farmacologiche e, attraverso una precisa disamina delle metodologie applicative, giungere al medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta che in tal modo possono disporre di una serie di efficaci strumenti terapeutici spesso non alternativi ma "sinergici" a molti protocolli terapeutici con farmaci o riabilitativi.





I riscontri positivi di questa iniziativa, da me voluta e supportata da

una antica Azienda Termale quale le Terme Jean Varraud di Bagni di

Lucca, rinnovata nella componente gestionale, ci sarà certamente



di stimolo per future iniziative analoghe, sia di carattere generale sia specialistico, in cui poter sviluppare le svariate tematiche offerte da questo settore e, soprattutto, informare e formare circa la conoscenza scientifica e applicativa di questa complessa materia che oggi soffre di una innegabile disinformazione anche fra gli addetti ai lavori che, non di rado, ignorano gli innegabili e dimostrati ritorni positivi di una valutazione costo-benefici per la spesa sanitaria e, quindi, per la collettività.

Demenze e cure di prossimità: come nasce l'esperienza pisana

Le demenze rappresentano una grossa percentuale dei pazienti non autosufficienti, vale a dire non solo sanitari ma anche sociali, proprio in considerazione dell'elevato impegno familiare e sociale che questa malattia comporta. La sfida toscana è mettere a disposizione della comunità un sistema integrato dei servizi socio-sanitari. Questa sfida è stata affrontata da un punto di vista normativo con la presentazione della legge regionale 66/2008. A livello locale la Società della Salute Pisana ha saputo declinare tale impegno in una serie di sperimentazioni progettuali che hanno portato ad oggi ad un programma operativo unico, capace di portare a valore le risorse del "capitale sociale" del territorio e soprattutto a fare un'attività di prevenzione prima dell'insorgenza di sintomi di demenza. Il programma operativo che si chiama "Cure di Prossimità" consta di più moduli assistenziali proprio in virtù dell'organizzazione del progetto per progressivi stadi di carico assistenziale. Gli invii al progetto avvengono in base al Piano Assistenziale elaborato dall'UVM di Zona Pisana dopo segnalazione da parte di un familiare o del medico di medicina generale. Il primo livello assistenziale è rivolto a persone anziane fragili con rischio di ulteriori complicanze psico motorie. L'attività viene svolta a domicilio da operatori e volontari qualificati sotto la supervisione dell'Unità di valutazione Multiprofessionale della USL/SdS Pisana e dei competenti assistenti sociali. In questo caso gli interventi di supporto e assistenza minima per riattivare le potenzialità ancora in essere dell'anziano in carico sono garantiti da associazioni da

anni specializzate e capillarmente presenti sui Comuni associati che compongono il consorzio pubblico della SdS Pisana, ovvero la Pubblica Assistenza di Pisa, le Misericordie di Vicopisano e di Cascina, gli AUSER di Pisa e Cascina. I risultati ottenuti nel 2013/14 sono di tutto rilievo: 71 persone seguite con un alto numero di accessi settimanali e la capacità di mantenere l'anziano in una condizione psico fisica sufficiente evitando aggravamenti nella maggior parte dei casi. Al secondo livello assistenziale accedono coloro che cominciano a necessitare di un monitoraggio continuativo su 24 ore con intervento di pronto soccorso in caso di pericolo. Garantiscono l'attività al Pubblica Assistenza di Pisa, la CRI provinciale di Pisa, le Misericordie di Vicopisano e di Cascina. Il cuore del programma operativo, che si confronta con le demenze ormai conclamate realizzando comunque una circolarità con gli altri servizi pubblici rivolti a tali patologie, è il c.d. terzo livello assistenziale. Tale livello attuato dall'Associazione a promozione sociale "La Tartaruga" è costituito da 2 moduli complementari che permettono la presa in carico di pazienti con patologia neurologica cronica in maniera globale, coinvolgendo sia i pazienti che i familiari. Obiettivo principale è quello di mantenere più a lungo le autonomie di base della vita quotidiana nei pazienti con demenza medio-lieve (con autonomie di base ancora conservate), favorire la socializzazione e stimolare gli aspetti emotivo-affettivi e creare una rete fra i familiari o i principali caregivers. I due moduli sono così articolati: - "Riabilitazione domiciliare" per pazienti con demenza in fase iniziale- inter-

media (m. di Alzheimer, D. Vascolari, D. miste, Demenze secondarie a M. Parkinson e Parkinsonismi) - "Centro di Mantenimento delle Autonomie" e "Gruppo di Auto Mutuo Aiuto", il primo come continuità di trattamento per i pazienti ed il secondo per i familiari. Le modalità di accesso al Progetto in oggetto sono rappresentate dalle seguenti fasi: - Segnalazione della famiglia o MMG al Punto Insieme - Visita domiciliare da parte di Assistente Sociale di riferimento, infermiere territoriale e coordinatore del progetto e consulente neurologo della Neurofisiopatologia della AUSL5-Pisa per i casi di demenza mai valutati da specialista neurologo - Presentazione del caso nell'ambito dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM). All'interno del ciclo terapeutico sono stati trattati nell'anno 2013/14 43 persone. E' stato osservato un generale miglioramento del tono dell'umore associato alla significativa motivazione a venire al centro e a un miglioramento delle capacità socio- relazionali. Il 60% dei pazienti che hanno partecipato al progetto ha mantenuto le proprie autonomie di base della vita quotidiana (BADL 8.6/30, valore medio) mentre il 40% di questi ha presentato un più rapido deterioramento cognitivo con progressiva perdita delle autonomie di base; tali pazienti sono stati successivamente inviati, previa valutazione nell'ambito della UVM, presso centro diurno per pazienti con demenza. Il risultato più significativo ottenuto all'interno del Gruppo di Auto -Mutuo Aiuto è stato la formazione del gruppo stesso; si è formata inoltre una rete solidale in grado di attivare un supporto telefonico reciproco gestito dai familiari stessi.

Se la mente si serve del corpo: aspetti di somatizzazione

Nella sede dell'Ordine dei Medici di Pisa si è svolto lunedì 13 ottobre il primo incontro d'autunno della sezione AMMI di Pisa. Il tema trattato "quando la mente si serve del corpo. Aspetti di somatizzazione" è stato introdotto dalla vicepresidente dell'associazione Dr.ssa Fiorella Del Nista che ha poi presentato i relatori: la dott.ssa Marina Zazo, psichiatra e psicoterapeuta ed il Dr. Andrea Guerri, psicologo e psicoterapeuta.

La contemporanea presenza di due professionalità diverse, ma complementari ha consentito di affrontare le problematiche della somatizzazione ad ampio raggio, dal singolo sintomo fisico espresso come risposta ad una emozione fino allo strutturarsi di una vera e propria malattia come modalità di risposta ad una sofferenza che non si può dire con le parole.

Il dr. Guerri ha poi illustrato le possibilità e le opzioni terapeutiche, sottolineando la necessità dell'intervento psicologico, prima ancora dell'uso degli psicofarmaci, inteso sia come colloquio di chiarificazione e sostegno, sia come vera e propria psicoterapia strutturata. E' fondamentale che questi pazienti accedano ad un miglior contatto con se stessi ed alla possibilità di riconoscere ed esprimere le emozioni, proprio perché la genesi del disturbo si colloca nella espressione della sofferenza e dell'angoscia attraverso modalità corporee e non attraverso il pensiero e poi il fluire della parola.

L'Associazione Mogli Medici Italiani di Pisa continua così a rappresentare il proprio impegno ed a sottolineare la propria presenza





in città, pur nel periodo non facile che l'associazionismo sta vivendo negli ultimi anni nel nostro Paese. Ci auguriamo che la complessa,

approfondita, a tratti anche divertente relazione dei due esperti di salute mentale, che hanno risposto in modo esauriente alle nu-

merose domande di un pubblico interessatissimo, rappresentino uno stimolo ulteriore per il cammino di tutte le socie di Pisa.

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

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

E' disponibile la nuova convenzione per l'attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata **Gratuita**, per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa.

Tale convenzione permette agli iscritti di **uniformarsi alle disposizioni di Legge**, senza alcun costo ed in maniera semplice ed intuitiva.

Attenzione: Tutte le caselle PEC in convenzione (sia quelle di nuova attivazione che quelle già attive alla data del 13/06/2014) **verranno rinnovate automaticamente** - ogni 3 anni - a carico dell'Ordine.

Gli iscritti che chiederanno il trasferimento ad altro Ordine o la cancellazione dall'albo avranno 15 giorni di tempo per scaricare e salvare i messaggi presenti nella casella PEC. Trascorso questo periodo **la casella verrà disattivata**.

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

Procedura di attivazione:

- 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 inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

Per accedere alla propria casella PEC (dopo l'attivazione)

- webmail: <https://webmail.pec.it/index.html>
- Per la configurazione con i principali client di posta elettronica (Outlook, Thunderbird, etc.) sono disponibili delle videoguide sul sito di Aruba
- Inserire il codice convenzione

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica

- telefono: 0575/0504
- web: <http://assistenza.arubapec.it/Main/Default.aspx>



Un futuro di
qualità per i
nostri figli e un
mondo senza
distrofia muscolare di
Duchenne e Becker

Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

Siamo un'associazione di genitori con figli affetti da distrofia muscolare di Duchenne e Becker.

Dal 1996 lavoriamo per migliorare il trattamento, la qualità della vita dei nostri ragazzi e delle famiglie attraverso la ricerca, l'educazione, la formazione e la sensibilizzazione. Condividiamo la nostra battaglia con famiglie di tutto il mondo, riunite nella Federazione United Parent Projects Muscular Dystrophy (UPPMD).

La distrofia muscolare di Duchenne e Becker è una grave malattia rara per la quale non c'è ancora una cura.

La Duchenne è la forma più grave delle distrofie muscolari perché si manifesta già in età pediatrica e causa una progressiva degenerazione dei muscoli. Crescendo i ragazzi perdono la capacità di muoversi, nutrirsi e respirare autonomamente. La Becker è una variante più lieve, il cui decorso varia però da paziente a paziente.

Quando al proprio figlio viene diagnosticata questa grave malattia rara, la famiglia deve imparare a confrontarsi con una patologia che investe ogni aspetto della quotidianità.

In questi anni, abbiamo imparato che l'informazione fa la differenza tra la vita e la morte. Per questo, nel 2002, abbiamo aperto il Centro Ascolto Duchenne che segue oltre 600 famiglie con programmi personalizzati. Il servizio, completamente gratuito, fornisce assistenza, consulenza psicologica, educativa, legale, informazioni e formazione per i genitori. Il Centro Ascolto Duchenne collabora attivamente con medici di base, pediatri, specialisti e affianca insegnanti, operatori sanitari e sociali per costruire percorsi di integrazione e servizi dedicati.



Grazie ad un protocollo con
**Assofly Onlus, Parent Project
Onlus ha aperto una sede
regionale anche a Pisa.**



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

firma nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ecc." C.F. 05203531008

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

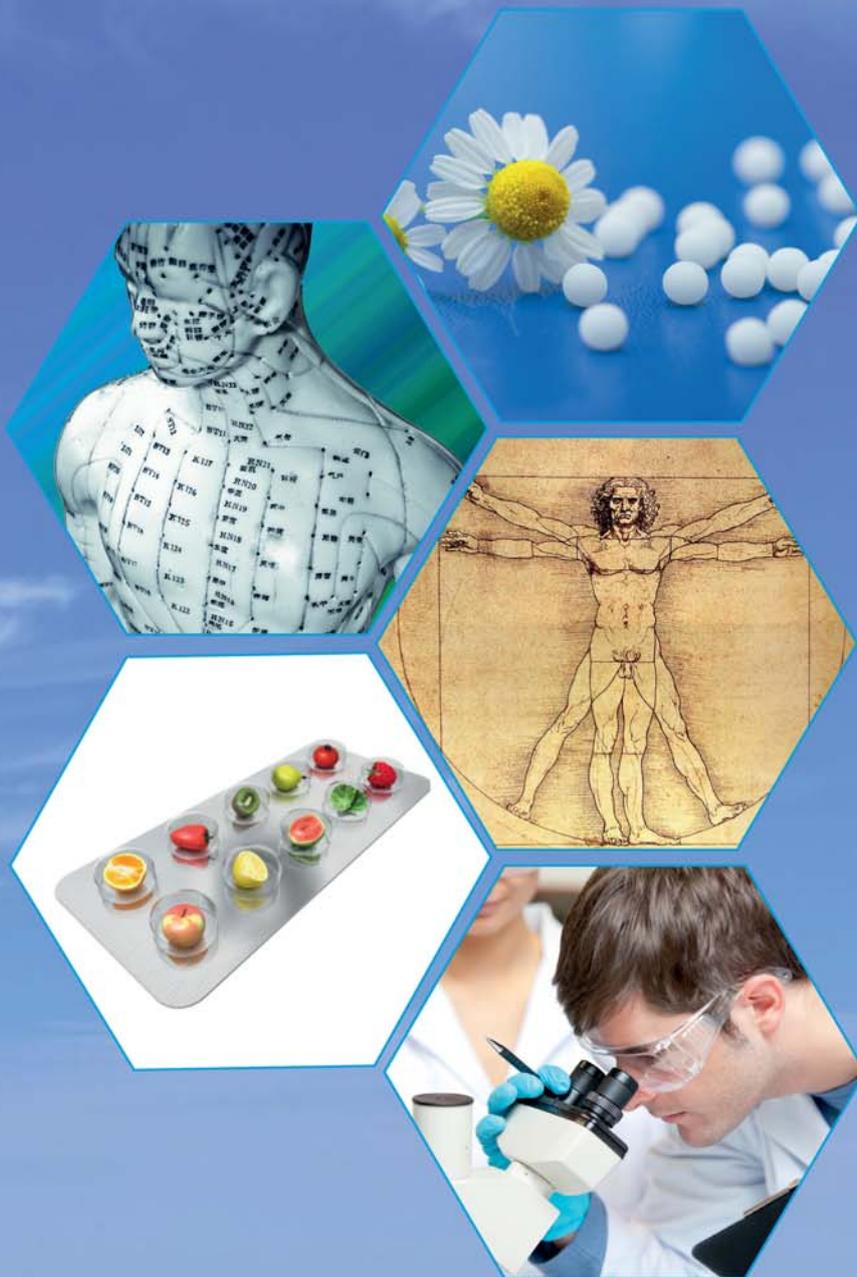
BCC Ag. 19

IBAN IT 38 V 08327 03219 000000005775
intestati a Parent Project Onlus



Igea Network

www.igeanetwork.eu



Il punto d'incontro fra medicina convenzionale, ricerca e medicine complementari, per un approccio integrato