

PisaMedica

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

In questo numero:

**La comunicazione
medico-paziente
al centro dell'inchiesta**

Elio Tramonte, Massimo Seccia, Eugenio Orsitto, Paolo Monicelli, Sergio Ghione

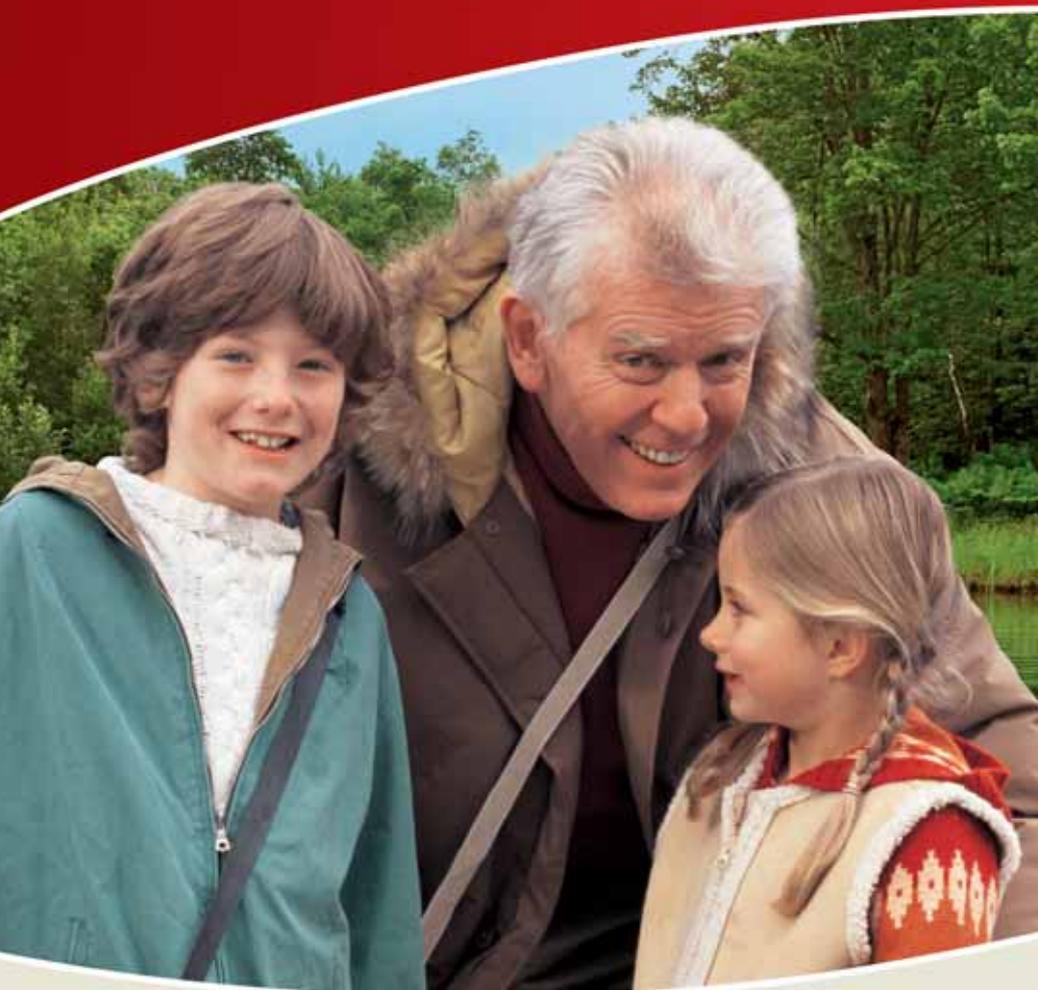
**Organizzazione
del Trauma Center:
l'esperienza pisana**

*Eugenio Orsitto
Direttore DEU AOU P*

**Il futuro dell'Istituto
di Fisiologia Clinica**

*Sergio Ghione
Dirigente di ricerca CNR Pisa*

Amplifon ha la soluzione su misura per farti ritrovare la gioia di udire.



- Controllo gratuito dell'udito.
- Apparecchi acustici automatici e praticamente invisibili.
- Tecnologie digitali con soppressione del rumore di fondo.
- Apparecchio in prova a casa per un mese.

CASCINA

Via Curiel, 6/8

Tel. 050 700 284

PISA

Lungarno Mediceo, 62

Tel. 050 540 063

PONTEDERA

Via Roma, 142

(di fronte all'Ospedale)

Tel. 0587 290 228

www.amplifon.it

Abilitata alle forniture con il S. S. N.



La *vita* ti parla

Elio Tramonte

La RU486 richiama l'attenzione dell'Ordine sulla Legge abortiva



Durante i mesi scorsi l'opinione pubblica è stata coinvolta in un vivace dibattito svoltosi a livello di mass-media: quello sul "metodo farmacologico di interruzione di gravidanza" attraverso l'utilizzo, per via orale, del MIFEPRISTONE alias RU486, associato ad una prostaglandina, il MISOPROSTOLO aventi, come è noto, rispettivamente azione di blocco dei recettori del progesterone ed espulsiva attraverso la provocazione di contrazioni uterine.

Una serie di motivi, tra i quali quello legato al periodo di gravidanza entro il quale è presumibile prevedere un risultato positivo del trattamento, ne limita l'uso rispetto al metodo chirurgico tradizionale per cui il metodo non invasivo è da ritenere affiancabile e non sostitutivo di quello cruento.

La vivacità dei toni adottati dalle parti e l'asprezza nel sostenere le posizioni hanno rischiato un conflitto istituzionale tra poteri, quello dello Stato Centrale e quello della Regione Toscana, tanto da fare riflettere sul perché un problema, che poteva essere sollevato da tempo, è esploso improvvisamente.

Nella perenne conflittualità che caratterizza la nostra storia si possono anche azzardare illazioni, le più varie, anche in rapporto alle grandi questioni che hanno preceduto e che seguono il dibattito di cui si parla.

Si potrebbe riflettere sul perché l'argomento ha assunto i caratteri dell'urgenza mentre era in corso una sperimentazione che, senz'altro e nella rigidità dei tempi previsti in materia, condurrà all'autorizzazione per l'immissione in commercio in Italia del Mifepristone.

Si potrebbe riflettere, altresì, sul fatto che il problema si è posto

prepotentemente in Toscana piuttosto che altrove e sul perché è venuto alla ribalta un Ospedale di provincia, sia pure importante, piuttosto che un centro ospedaliero o di ricerca di eccellenza.

E' vero che in tempi di rilassamento c'è bisogno di volontà forti e di uomini coraggiosi!

Certamente intorno al problema gravitano questioni politiche e sanitarie.

A noi interessano queste ultime!

Di fatto, improvvisamente, abbiamo appreso che un numero considerevole di donne avevano richiesto il ricorso ed erano in attesa di sottoporsi alla interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G.) con questo metodo fino a creare dei problemi per l'attivazione delle procedure per l'approvvigionamento del farmaco dall'estero, come previsto dalla Legge in caso di necessità ed a proposito di trattamenti non ancora autorizzati in Italia.

Abbiamo anche appreso che, per questo, qualche donna ha dovuto rinunciare, come suol dirsi per decorrenza dei tempi di applicabilità del metodo, privando costoro del legittimo esercizio di un diritto.

Ma non è tanto questo l'aspetto del problema che ci riguarda, la qual cosa ci coinvolgerebbe in una questione, come già detto, evidentemente politica, quanto piuttosto la percezione della sensazione che il mondo medico e non solo, i cosiddetti esperti non medici e l'opinione pubblica in generale non sono informati a sufficienza sulla Legge 194/78 per poterne dibattere.

Non mi riferisco tanto agli Specialisti della materia quanto piuttosto ai medici curanti coinvolti e chiamati in causa nella questione dagli art. 4

continua a pag. 13

PisaMedica

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

Direttore Responsabile

Elio Tramonte

Direttore Editoriale

Gian Ugo Berti

Autorizzazione del Tribunale di Pisa

n.10 del 09/05/2001

Comitato Scientifico

Elio Tramonte, Giampaolo Bresci, Paolo Monicelli, Giuseppe Figlini, Vincenzo Amato, Stefano Bombardieri, Antonio De Luca, Cataldo Graci, Gianfranco Gori, Lina Mameli, Amalia Lucchetti, Ferdinando Pentimone, Paolo Rindi, Fabrizio Scatena, Massimo Srebot, Paolo Graziani (odontoiatra), Francesco Papasidero (odontoiatra)

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, Alessandra Iacopini

Editore

*Archimedia Communication
Via Crispi, 62
56125 Pisa
Tel. 050.220.14.80 - Fax 050.220.42.80
e-mail: info@archimediapisa.it*

Coordinamento redazionale

Paola Simoncini

Pubblicità

*Archimedia Communication
Via Crispi, 62
56125 Pisa
Tel. 050.220.14.80 - Fax 050.220.42.80
e-mail: info@archimediapisa.it*

Progetto grafico e Impaginazione

Alessio Facchini per Archimedia

Stampa

Digiprint

La comunicazione medico-paziente al centro dell'inchiesta

PisaMedica è stata incaricata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di svolgere una indagine sulla "comunicazione nel rapporto medico - paziente".

La presenza nel Consiglio Direttivo di colleghi che esprimono la maggior parte delle condizioni professionali ha fatto sì che fosse lo stesso Consiglio Direttivo l'interlocutore nell'indagine.

La difficoltà di riunire in una tavola rotonda soggetti esterni appartenenti a diverse categorie professionali e di diversa espressione del pensiero e dell'etica, ha fatto adottare il metodo del confronto di opinioni a distanza.

Si tratta di un primo esperimento suscettibile di modifiche anche radicali, estendibile ad altre tematiche riguardanti non solo il campo strettamente medico, ma anche quelle del vivere civile più in generale.

Alle domande hanno risposto in ordine: Elio Tramonte, Massimo Seccia, Eugenio Orsitto, Paolo Monicelli e Sergio Ghione.

Domanda: Da cosa nasce l'interesse dell'Ordine per la comunicazione nel rapporto medico paziente e più in particolare nella comunicazione in sanità?

Elio Tramonte: Oltre che da un interesse e dovere istituzionale, dalla necessità di esporre la propria opinione e confrontarla con quella delle facoltà di filosofia e medicina e chirurgia della nostra Università che hanno inaugurato un corso di formazione in questa materia con l'intento di introdurla nel piano di studio del corso di laurea in medicina e chirurgia.

Domanda: Da un punto di vista ordinistico quali sono i punti critici rilevabili in questo rapporto nell'esercizio quotidiano della professione?

Massimo Seccia: Innanzitutto quanto riferito dai pazienti a proposito del linguaggio usato; linguaggio che ancora oggi, con l'evoluzione e con il livello di scolarizzazione raggiunti, risulta ostico e comunque non chiaro per i più.

Quando si parla di linguaggio si intende non solo quello orale, ma anche quello scritto nei vari documenti che accompagnano il paziente durante tutto il suo percorso.

Quindi si intende riferirci alla cartella clinica, alla più diversa modulistica relativa al consenso informato fino all'autorizzazione al trattamento dei dati personali sensibili in osservanza delle disposizioni inerenti la privacy.

Domanda: Posto che esistono delle difficoltà oggettive nella comunicazione nel rapporto medico-paziente quali pensa siano le ragioni di queste difficoltà?

Eugenio Orsitto: Effettivamente oggi esiste una oggettiva difficoltà di comunicazione nel rapporto medico-paziente. A mio parere questa riconosce una serie complesse di concause:

a) fattori esterni al singolo professionista o alla singola disciplina, b) fattori logistici e organizzativi delle strutture di assistenza, sia in ambito nosocomiale che nel territorio. Per quanto riguarda il punto a, ritengo che gran parte dei problemi derivino da un eccesso di aspettativa terapeutica da parte dei pazienti e da un eccessivo atteggiamento

di "difesa-cautela" che ormai viene tenuto da parte di molti professionisti.

L'esistenza di una pseudo-cultura "medica" ormai imperante e dominata dai mass-media, ha infatti contribuito e contribuisce quotidianamente a rappresentare la realtà sanitaria nei due estremi opposti: la "miracolistica" ("ormai non si muore più di cancro... terapie ancora in embrione dipinte come panacea per ogni situazione... tutto si può fare e tutto si può sostituire - trapiantare etc.") e la criminalizzazione ("impossibilità di qualsiasi organo di informazione a trattenersi dall'etichettare qualsiasi "evento avverso" come "malasanità", nel suo stesso divenire e ancor prima di qualsiasi riscontro oggettivo).

Sul versante Medico, del resto, poco viene fatto per conferire alla professione una immagine di serietà, a partire dalla brama di protagonismo nell'apparire e nel comparire negli organi di informazione con messaggi tipo: "eseguito per la prima volta nel mondo (oppure in Europa, oppure in Toscana, ma va bene an-





che a Pisa e tra poco – vedrete – anche nel quartiere di..... l'intervento eccezionale di.....).

Domanda: Quali sono i rischi e le conseguenze di una non adeguata comunicazione per il paziente, per il medico e per la struttura o il sistema nel quale si svolge il rapporto medico-paziente?

Paolo Monicelli: Collegandomi con la mia prima risposta ed integrandola il risultato finale è quello di un paziente sconcertato e illuso e di un Medico che, a fronte anche della valanga di richieste di danni, spesso motivate, ma spesso anche alimentate da una "cultura del risarcimento" tende a vedere il paziente non più come massimo obiettivo delle sue cure e di tutto il suo impegno, ma addirittura come un potenziale "antagonista". Solo da poco tempo e in forma del tutto sporadica nel sistema sanitario del Paese si stanno affrontando i problemi "comunicazione e risk - management". Sotto questo profilo occorre essere fiduciosi su quanto

si sta facendo nella nostra sede pisana, ma è sotto gli occhi di tutti come in molti nosocomi italiani la mancanza di locali per l'attesa dei familiari e per un colloquio tranquillo con i sanitari, oltre alla scarsità di personale per fornire informazioni e documentazione in tempi brevi e in forma rispettosa della privacy siano la regola piuttosto che l'eccezione.

Per il ruolo del "sistema sanitario" nel prevenire e nel controllare gli "eventi avversi" valga su tutte l'affermazione recente di Paul Schive (Vice Presidente del Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO, USA): "adverse events are generally not the result of one thing that went wrong. They result from the combination of a series of latent errors that are built into the system".

A livello di AOUP tale concetto è stato ben recepito e ci si sta fattivamente organizzando nel rimuovere le cause strutturali di "eventi avversi", ma in altri contesti territoriali ciò non avviene e il problema

non potrà essere a più lungo ignorato.

Domanda: Indipendentemente dai contenuti quali sono i presupposti di riferimento per una corretta comunicazione medico-paziente?

Sergio Ghione: Il tempo presente è caratterizzato da una maggiore coscienza del paziente riguardo ai propri diritti; da una informazione sanitaria diffusa, a volte in maniera non sufficientemente adeguata, dai "media" attraverso i quali raggiunge milioni di persone; da una sempre più pressante domanda di salute da parte dei cittadini.

L'evoluzione della medicina ha introdotto modalità di diagnosi e terapia sempre più complesse che richiedono la cosciente collaborazione del paziente.

Il medico rimane il principale attore della comunicazione col paziente e può esercitare in maniera adeguata il suo ruolo a condizione che abbia:

- a) disponibilità psicologica al dialogo con il paziente,
- b) adeguata preparazione, prevista (da prevedere?) nel "cursus studiorum", finalizzata all'apprendimento delle modalità di comunicazione tra medico e paziente,
- c) "tempo medico" da dedicare al colloquio con il paziente, strettamente subordinato all'attribuzione di carichi di lavoro adeguati.



La comunicazione: una dote che si può apprendere

Ecologia del linguaggio in medicina pratica vista dagli operatori della salute ed, al contempo, materia di insegnamento ai futuri medici. E' questo il significato, incisivo ed originale insieme, dello "speciale" sull'argomento che PisaMedica intende presentare come apripista di comunicazione editoriale. Si sfaccettano così aspetti diversificati e simili, convergenze parallele di un argomento di estrema attualità che Pisa, come ateneo e come espressione di tante figure professionali, ha presentato prima in Italia. Le Facoltà di Medicina e Chirurgia (Preside il prof. Luigi Murri) e Lettere e Filosofia (coordinatore prof. Fabrizio Franceschini) hanno in tal senso organizzato un master. Ecco, accanto ad altri autorevoli pareri che lo precedono, il parere dei relatori.

Rossella Bossa

Alfonso Iudice

Luigi Murri

Clinica Neurologica
Università di Pisa

Si parla sempre più spesso dell'importanza della comunicazione medico-paziente; qual'è il vero significato di questo termine?

La comunicazione, oltre ad essere il presupposto per una buona relazione terapeutica, è la tecnica più importante a disposizione del professionista della salute ai fini diagnostici e terapeutici: è determinante nella raccolta dell'anamnesi, influenza la compliance del paziente e la soddisfazione del paziente e del professionista.

Comunicare è una dote innata o una competenza appresa?

Si crede erroneamente che la capacità di comunicare al paziente e ai suoi familiari sia una dote innata, oppure che si acquisisca automaticamente durante gli studi universitari, non si pensa che possa essere migliorata con la formazione, sia teorica, sia pratica. La comunicazione efficace è una competenza che viene acquisita solo in parte dall'esperienza: spesso il professionista tende a ripetere determinati



errori di comunicazione per mancanza di un adeguato training.

Quali sono le funzioni di una comunicazione efficace?

La funzione di una comunicazione efficace non è solo quella di trasmettere le informazioni, ma anche di raccogliere le notizie necessarie per un corretto inquadramento diagnostico. A tal fine risulta evidente l'importanza di un ascolto empatico, e di saper formulare le domande in modo che sia il paziente sia il medico si sentano a proprio agio durante il dialogo.

Questo non è sempre facile nel caso di patologie croniche o con una prognosi non favorevole.

La rassicurazione può essere un'arma a doppio taglio se utilizzata prematuramente e se troppo lontana dalla realtà, è importante invece cercare di creare speranze realistiche.

Come si può trovare la "giusta distanza emotiva" dal paziente?

Riconoscere le emozioni del paziente e le proprie sono presupposti necessari per sviluppare e mantenere la relazione terapeutica.

Possiamo ricavare molte informazioni in merito osservando il paziente e la sua mimica durante il dialogo; anche questo aspetto rischia spesso di essere trascurato nella pratica comune per mancan-

za di tempo o per la difficoltà di creare una relazione adeguata.

Bisogna dire sempre la verità?

Questo problema è stato ampiamente dibattuto e non ha trovato tuttora una risposta univoca.

Non si tratta tanto di decidere se dire la verità, ma come dirla e in quale momento. La verità può essere paragonata a un farmaco, il cui dosaggio deve essere personalizzato. Ricordiamo che il primo dovere del medico è "non nocere". Una cattiva notizia, o una notizia comunicata in modo scorretto, può avere in quel determinato paziente, in quel momento, un effetto "nocebo", così come un professionista della salute può determinare, per carisma ed esperienza, un effetto placebo che esplica un effetto sinergico con la terapia che somministra.

Dall'altra parte, gli aspetti assicurativi spingono il professionista a comunicare al paziente tutte le informazioni necessarie per tutelarsi nei confronti di eventuali rivalse per malpractice.

Quali fattori sono da considerarsi fondamentali nella comunicazione di una diagnosi impegnativa?

Possiamo riconoscere fattori relativi al paziente, fattori relativi al professionista, fattori sociali e infine aspetti medico-legali e assicurativi. Per quanto riguarda i primi, la problematica si identifica soprattutto con l'aspettativa di vita e con la progettualità del paziente per il suo futuro. Una malattia cronica invalidante può compromettere notevolmente il progetto di vita del paziente e dei familiari più prossimi, e per questo una corretta informazione è un diritto imprescindibile. Del resto il professionista che comunica una diagnosi di patologia grave, assiste ad un sovvertimento del suo ruolo, da colui che allevia la sofferenza a quello di messaggero di sofferenza. Questo può essere fonte di frustrazione e difficoltà nel



dialogo con il paziente, soprattutto se non viene riconosciuta la propria vulnerabilità.

Per ciò che riguarda i fattori sociali, è difficile trovare uno spazio e un significato per la malattia, la sofferenza, la morte, in una società 'salutista' il cui motto è: "don't worry, be happy", laddove solo la bellezza, la giovinezza e la salute sono i presupposti per realizzarlo. Infine non bisogna trascurare gli aspetti assicurativi e legali. L'introduzione del consenso informato costituisce un diritto per il paziente ed una tutela per il professionista, ma occorre verificare che il paziente capisca sempre tutto ciò che legge. Il paziente deve essere informato dei rischi e dei provvedimenti che sono conseguenza di una determinata patologia, e decidere consapevolmente le proprie scelte.

Come si inserisce l'empatia nella comunicazione medico-paziente?

L'empatia è un ingrediente fondamentale per una comunicazione efficace.

Essere empatici non significa farsi coinvolgere affettivamente ("presa in carico", non "del carico"), tollerare comportamenti di mancanza di rispetto o di educazione (ritardi, mancata presentazione alle visite senza avvisare, ecc.), ma mostrare

comprensione per la sua sofferenza mantenendo il ruolo di professionista ed esperto e facendosi rispettare come tale.

Ovviamente l'empatia non è sufficiente da sola, in quanto comunichiamo al paziente la nostra capacità di comprendere la sua sofferenza, ma nulla riguardo alla nostra competenza, cioè alla nostra capacità di prenderci cura di lui.

Come possiamo dimostrare la nostra competenza ottenendo la fiducia del paziente?

Ad esempio rendendolo consapevole che altre persone stanno lottando con lo stesso problema e inserire quindi la malattia in un contesto più ampio; mostrare le nostre conoscenze della patologia, riportando esempi di altri pazienti che sono stati in cura presso di noi, oppure renderlo edotto che si stanno conducendo studi in merito alla patologia che lo riguarda, cercando di assumere un atteggiamento di ottimismo realistico rispetto alla situazione clinica.

Si possono identificare dei punti cardine nella comunicazione medico-paziente?

La prima cosa da fare è predisporre un ambiente adeguato, cosa non sempre facile nelle nostre

strutture, per favorire l'ascolto da parte del professionista, e mettere il paziente a proprio agio in modo che si senta invogliato a raccontare tutti gli aspetti della sua malattia.

Prima di iniziare il colloquio clinico vero e proprio, è importante allinearsi al paziente, cioè capire quali informazioni ha già avuto in merito alla sua malattia (da internet, da riviste sulla salute, da altri colleghi) e come le ha elaborate. Altra cosa importante è cogliere le domande inesprese che il paziente vorrebbe chiederci, ma prova imbarazzo e si trattiene, ad esempio quelle sulla sessualità, saper ascoltare, e riuscire a tollerare i silenzi. Questi possono essere momenti in cui il paziente sta cercando il modo di formulare una domanda o un dubbio.

Infine, è importante capire in quale fase di elaborazione si trova il paziente prima di comunicargli un giudizio prognostico negativo o una progressione del decorso.

Una prima reazione di shock ad esempio, impedisce al paziente di ascoltare e collaborare a un piano terapeutico, in quanto la sua mente è occupata esclusivamente dall'angoscia per la disabilità futura o addirittura dal timore della morte.

Altre condizioni emotive importanti da riconoscere in quanto condizionano l'alleanza terapeutica sono l'incredulità, soprattutto in caso di notizia inattesa, la negazione, quando il paziente non crede possibile di trovarsi in questa situazione, la rabbia. Quest'ultima può essere rivolta contro il destino, contro la casualità biologica, o contro i limiti della scienza.

Come si possono gestire gli stati di apprensione del paziente?

In questi casi occorre "agire, ma non reagire", dietro l'impulso di alleviare la sofferenza. Ad esempio è deleteria una iper-rassicurazione prematura, diventa poi più difficile per il paziente accettare l'impatto inevitabile con la realtà e continuare a fidarsi del professionista.

Quello che si può fare è invece ras-

sicurare il paziente che non verrà abbandonato, che si affronteranno i problemi man mano che si presentano.

accettazione passiva, credono cioè che le cose andranno comunque secondo un disegno che non dipende da loro, ma non si oppo-



I pazienti non reagiscono tutti nello stesso modo: cosa può fare il professionista per migliorare questo aspetto nell'ambito della relazione terapeutica?

In effetti ciascuno affronta lo stress di una malattia grave in diversi modi, ed è compito del medico aiutare il paziente ad adottare uno stile di coping il più possibile "adattivo".

Il coping rappresenta proprio la modalità di far fronte allo stress, in questo caso una malattia grave, come può essere una neoplasia o una malattia cronica progressiva, come la sclerosi multipla o la malattia di Parkinson.

Sono stati identificati diversi stili di coping: ad esempio lo stile *helplessness/hopelessness*, caratterizzato da depressione, ansia, mancanza assoluta di speranza.

E' chiaro che questo atteggiamento si oppone all'aderenza al trattamento, così come un atteggiamento di negazione/evitamento, laddove il paziente rifiuta la sua condizione clinica e non assume consapevolezza. Alcune persone adottano uno stile cosiddetto "stoico" di

gono alle cure. L'ideale sarebbe lo stile combattivo, caratterizzato da una piena consapevolezza della situazione clinica, ma non dalla perdita della speranza, e dalla convinzione di poter comunque influire sul decorso della malattia con l'aiuto della cura, e con la propria determinazione e aderenza alla stessa.

Per ottenere questo tipo di atteggiamento è fondamentale il supporto dei familiari e in genere, di coloro che si occupano del paziente.

Spesso i familiari possono avere atteggiamenti iperprotettivi o un eccessivo timore per il futuro che condiziona negativamente la qualità di vita del paziente, in particolare chi si occupa del paziente (caregiver) può andare incontro ad uno stato depressivo e di esaurimento delle energie, noto come "sindrome da burn-out".

Non è questa la sindrome che può colpire i professionisti della salute?

Certamente. E' una situazione di grande attualità, oggi che la medi-



cina ha aumentato l'aspettativa di vita di molte patologie un tempo fatali, o per le quali non c'era assolutamente alcuna cura, come ad esempio molte neoplasie.

Il medico segue questi malati per tutta la loro vita e spesso l'impatto con la progressione e i sentimenti di impotenza che essa genera costituiscono fattori predisponenti allo sviluppo della sindrome da burn-out.

Cosa si può fare in questi casi?

Per adesso l'unica arma a disposizione è quella della prevenzione, ed a tal fine è molto importante confrontarsi spesso tra colleghi, imparare a lavorare in team, riconoscere le proprie emozioni, la propria vulnerabilità, non credersi onnipotenti.

Anche le strutture hanno un ruolo importante, ad esempio nello stabilire la rotazione dei turni; turni molto pesanti hanno una forte ricaduta sull'efficienza lavorativa, non solo per la stanchezza fisica, ma per lo stress emotivo suscitato dal malato grave.

Quali sono quindi le vostre conclusioni su questo argomento della comunicazione?

E' un argomento di grande interesse ed attualità, che merita appro-

fondimento e non ammette più ignoranza. Per questo è opportuna una formazione ad hoc, sia durante il corso di Laurea, sia nella formazione specialistica.



Conoscere per crescere

Accolgo con entusiasmo e gratificazione l'opportunità di essere ospitata, da debuttante, in questa nostra Rivista. Sono stata eletta nel Consiglio Direttivo dell'Ordine nel ruolo di Membro supplente nel Collegio dei Revisori dei Conti operante per il prossimo triennio. Intendo approfittare di questa prima occasione per ringraziare nuovamente tutti gli iscritti che hanno partecipato al rinnovo degli organismi di gestione dell'Ordine. L'evento ha visto la partecipazione di oltre 1300 iscritti, stabilendo il record di afflusso nella storia del nostro Ordine. Ciò dimostra un movimentiamo, che vivacizza l'interesse di tutti e stimolerà positivamente l'attività del Consiglio stesso. Ad un primo disorientamento è subentrata una decisa motivazione al prospettarsi di poter entrare negli Organi gestionali ed elettivi dell'Ordine per rappresentare gli iscritti più giovani, fra cui anche i medici specializzandi. Anche questa è una novità importante. Va evidenziato il fatto che il regolamento non prevede la partecipazione alle riunioni del Consiglio Direttivo dei revisori dei Conti, effettivi e supplenti salvo a quelle, nell'ordine del giorno delle quali è prevista materia contabile ed amministrativa. A Pisa, per consuetudine consolidata, queste figure sono invitate a partecipare a tutte le riunioni del Consiglio senza diritto di voto, considerato che le riunioni stesse sono momento di crescita e di formazione professionale per i futuri ricambi generazionali.

Mi pregio pertanto di invitare tutti gli iscritti specie se appartenenti alle categorie che rappresento a manifestare interpellanze, da valutare nella pertinenza istituzionale del Consiglio dell'Ordine e magari trattare qualche argomento di vasto interesse da ospitare nelle pagine della rivista a ciò riservate.

"Sono andato a votare ma non so a cosa serve"; "Non ho capito come funziona l'Ordine", queste le espressioni che ho avuto modo di ascoltare più frequentemente e non solo da pochi colleghi. Vorrei iniziare appunto da un'opera di informazione di base ottimizzando, per quanto possibile, completezza e sintesi degli argomenti. L'iniziativa credo sia utile non solo ai colleghi più giovani ma a tutti.

CENNI SULLA STORIA FONDAMENTI GIURIDICI

Gli Ordini dei Medici sono istituiti nel 1910 con legge 455/1910 dal governo Giolitti, dopo anni di travagli e pressioni sociali. Con scarno articolo di legge vengono soppressi nel marzo 1935 e le relative competenze vengono trasferite al sindacato fascista di categoria. Le basi dell'attuale configurazione vengono poste con DLCP 233/1946 ed il conseguente regolamento di esecuzione viene definito con DPR 221/1950.

L'attuale struttura viene sancita nel 1985 con legge 409 che, recependo analoga direttiva CEE 78/686 e 78/687, istituiva la professione odontoiatrica creando un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici che si trasforma, quindi, in Ordine dei Medici Chirur-

ghi e degli Odontoiatri (OMCEO) con due albi, uno dei Medici chirurgi, l'altro degli Odontoiatri.

L'art. 229 C.C. pone il principale fondamento giuridico là dove "La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi ed elenchi. L'accertamento dei requisiti per la iscrizione negli albi e negli elenchi, la tenuta dei medesimi ed il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle Associazioni professionali sotto la vigilanza dello Stato". Le professioni intellettuali sono definite tali perché "comportano l'espletamento di attività di natura prevalentemente intellettuale riguardanti determinati e specifici settori operativi di interesse collettivo o di rilevanza sociale. Il loro esercizio richiede il possesso di particolari ed idonei requisiti di formazione culturale, scientifica e

tecnica ed è caratterizzata da autonomia decisionale nella determinazione delle modalità di perseguimento dei risultati nonché dall'assunzione di responsabilità dirette e personali in relazione alle prestazioni svolte". E' in conseguenza di quanto ora esposto che la legge richiede la speciale abilitazione (esame di Stato) e l'iscrizione in uno specifico albo (OMGeO) per esercitare la professione di medico chirurgo o di odontoiatra. L'iscrizione all'Ordine costituisce "conditio sine qua non" ai fini dell'esercizio della professione, assumendo la natura giuridica di accertamento costitutivo erga omnes, con cui si acquisisce e si perfeziona la qualifica di cui trattasi. In tal modo si attua la conferma e la tutela delle competenze tecnico-professionali garantite dallo Stato con il diploma di laurea, con il diploma di abilitazione

ed eventuale specializzazione.

L'iscritto è obbligato all'osservanza delle regole comportamentali della deontologia professionale, autonomamente elaborate dall'Organo della professione e raccolte nel Codice di deontologia medica che statuisce gli speciali doveri del professionista.

L'esercizio della professione medica senza l'iscrizione all'Albo è indubbiamente definito "esercizio abusivo della professione medica", con i rigori conseguenti e previsti dalla legge penale. Mi permetto una breve considerazione a proposito di palesati propositi, periodicamente manifestati da qualcuno, di abolizione di tutti gli Ordini Professionali.

Con infinita modestia invito ad affrontare l'argomento con approfondita scienza e libera coscienza.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA-ORDINAMENTO

L'OMCeO è un Ente di diritto pubblico non economico dotato di propria autonomia decisionale ed amministrativa, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute.

Gli organi dell'Ordine Provinciale sono:

- l'assemblea degli iscritti negli albi
- il consiglio direttivo
- il presidente
- il vice presidente, il segretario e il tesoriere
- le commissioni per i medici e per gli odontoiatri
- il collegio dei revisori dei conti
- la sede e gli uffici

La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha sede in Roma ed esercita in sintesi la stessa attività, in ambito nazionale, degli organi provinciali, nei confronti dei quali svolge anche opera di coordina-



ORDINI PROVINCIALI - COMPETENZE

Al Consiglio Provinciale compete per dovere istituzionale sancito con Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233/46 e successive modifiche:

- compilare e tenere l'albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno,
- vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del Collegio,

mento e di indirizzo.

Le Federazioni regionali sono funzionanti dal 1977, non sono previste dalla legge istitutiva degli Ordini Professionali (DLCPS 233/46) ma traggono origine e fondamento dalla delibera del 1° ottobre dello stesso anno della Federazione Nazionale che prendeva atto del decentramento organizzativo, amministrativo e il potere di emanare norme in materia di sanità devoluto alle Regioni. A partire dalla data di costituzione, le Federazioni Regionali sono divenute realtà operanti e ad esse fanno riferimento i governi e gli uffici regionali ogni qualvolta sia necessario uno specifico apporto delle rappresentanze professionali in tema di sanità pubblica. Con sentenza del TAR della Toscana è stata sospesa la legge 50/2004 della Regione Toscana che, tra l'altro, recepiva la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici (FTOM) il cui Presidente fa parte, di diritto, del Consiglio Sanitario Regionale con il ruolo di Vice Presidente.

Ciò non impedisce l'esistenza di un coordinamento regionale degli Ordini provinciali al quale possono liberamente aderire gli Ordini provinciali; coordinamento che la Regione nella sua autonomia, continua a considerare appunto Federazione Regionale.

- designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, Enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale,
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti,
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio,
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore,
- interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti l'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

Giunge il momento di ringraziare e salutare il lettore per essere arrivato a questo punto, con l'augurio di poterci ritrovare prossimamente ed in attesa di nuove idee e proposte.

Albi & commissioni



NUOVO CERTIFICATO D'ISCRIZIONE ALL'ALBO

Pensando di fare cosa gradita a tutti gli iscritti, il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha deciso di adottare un provvedimento per far sì che i colleghi che richiedono il certificato d'iscrizione gli venga rilasciato in tempo reale.

Infatti con l'apposizione sul certificato dell'ologramma, appositamente realizzato per il nostro Ordine, questo garantisce l'autenticità del certificato stesso.

Pertanto all'iscritto che si presenterà alla segreteria dell'Ordine verrà rilasciato subito il certificato nella sua nuova veste.

MOVIMENTO AGLI ALBI

Nelle riunioni di Consiglio tenute nei giorni: 19 gennaio – 9 febbraio e 9 Marzo 2006 il Consiglio ha deliberato l'iscrizione all'albo dei nuovi Colleghi che di seguito riportiamo:

ALBO MEDICI

Agostinacchio Maddalena, Baccelli Mauro, Baldini Mariella, Bartolini Cristina, Brunetti Steven, Candalise Vincenzo, Carlesi Cecilia, Castellani Tarabini Valentina, Cerri Francesca, Corsetti Francesca, Fattori Silvia, Franchini Luigi, Ghelarducci Isabella, Lo Dico Monica, Madrigali Valeria, Marchetti Valentina, Meniconi Martina, Morgantini Cecilia, Okunuga Bola, Pellegrini Filippeschi Irene, Peluso Raffaele, Perini Daria, Proietti Agnese, Prospero Valerio, Saverino Fabio, Scaramuzzo Rosa Teresa, Tinghi Vanessa

ALBO ODONTOIATRI

Meini Agnese, Mazza Eleonora, Vierucci Francesco.

Il Consiglio Direttivo, nell'adempimento delle proprie funzioni, ha

deliberato di istituire dei gruppi di lavoro composti dai seguenti Colleghi:

COMMISSIONE PUBBLICITA' SANITARIA

Dr.ssa Lina Mameli (responsabile) dr. Gabriele Bartolomei (odontoiatra) dr. Antonio de Luca – dr. Cataldo Graci – dr.ssa Amalia Lucchetti

COMMISSIONE PARI OPPORTUNITA'

Dr.ssa Amalia Lucchetti (responsabile), dr.ssa Lidia Fanelli, dr.ssa Teresa Galoppi (odontoiatra), dr.ssa Eleonora Geminiani, dr. Cataldo Graci, dr. Paolo Baldi, dr. Carlo Borsari, dr. Piero Buccianti, dr.ssa Lidia Fanelli, dr. Sergio Ghione, dr. Gianfranco Gori, dr. Eugenio Orsitto, prof. Mario Petri, prof. Massimo Seccia

COMMISSIONE RAPPORTI TRA ORDINE E GIOVANI MEDICI

Dr.ssa Eleonora Geminiani (respon-

sabile), dr. Giuseppe Figliani, dr. Eugenio Orsitto, prof. Paolo Rindi

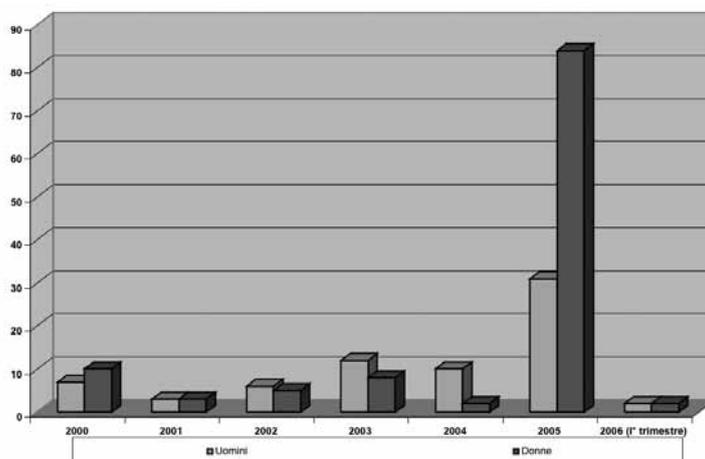
COMUNICARE ALL'ORDINE IL CAMBIO DI RESIDENZA

Si invitano i colleghi, la cui residenza è mutata rispetto a quella depositata all'atto dell'iscrizione, di comunicare agli uffici dell'Ordine la modifica intervenuta. Tale adempimento è estremamente importante per la gestione dell'Albo ed evita fastidiosi disagi ai fini del pagamento delle tasse annuali e del recapito della corrispondenza.

Pertanto si richiama l'attenzione dei Colleghi sulla necessità di adeguarsi a quanto richiesto per evidenti esigenze organizzative e burocratiche.

E... per rendere più rapidi e agevoli i rapporti tra Ordine e iscritti, si pregano i Colleghi di volere comunicare alla segreteria dell'ordine - segreteria@omceopi.org - il proprio indirizzo di posta elettronica e

Odontoiatri - Nuovi Iscritti uomini/donne (200-2006)

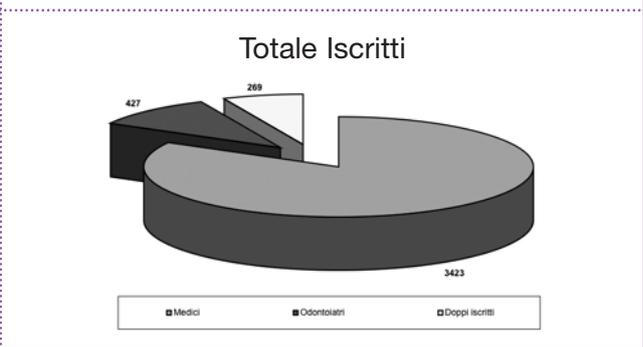
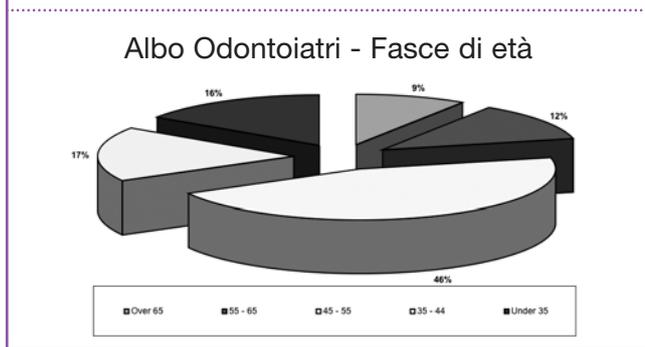
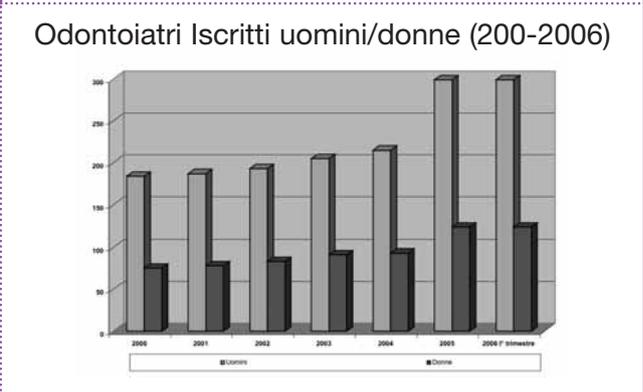
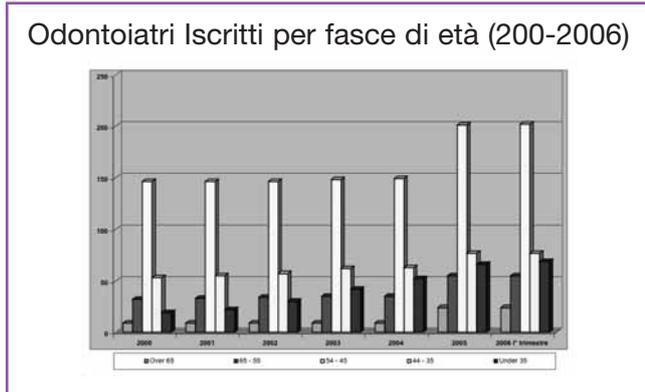
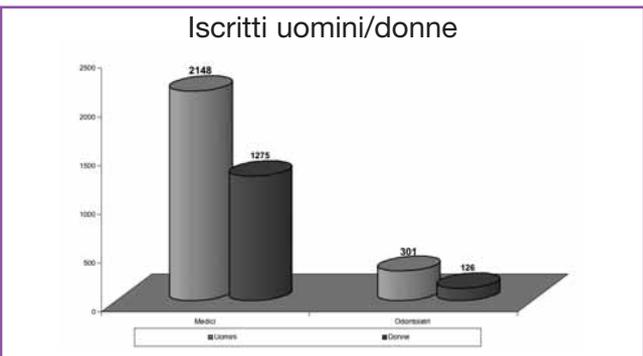


Il dato delle iscrizioni per l'anno 2006 è condizionato dalla revoca dell'annotazione. I medici "annotati" che esercitavano la professione odontoiatrica si sono dovuti iscrivere all'albo degli Odontoiatri.

il numero di cellulare.

Considerato che le forme di pagamento a mezzo RID sono riconosciute universalmente le più celeri si pregano i colleghi di voler comunicare il proprio numero di conto corrente completo di ABI e CAB e nome della Banca.

E' implicito che l'Ordine farà uso di questi dati in stretta osservanza delle norme di legge vigenti.



continua da pag. 3

e 5 e specialmente dall'art. 9 che contempla l'obiezione di coscienza.

Presso l'Ordine non è raro che pervenga ancora la richiesta di informazioni, ad esempio, su chi sia il destinatario della dichiarazione di obiezione dopo la soppressione della figura del Medico Provinciale.

Percorrendo il testo della Legge 194/78 ed a proposito della formazione ed aggiornamento del Medico, appare interessante richiamare l'Art. 15 che recita:

Le Regioni, di intesa con le Università e con gli Enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le Regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli Art. 2 e 5, le Regioni redigono un programma annuale di aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale e sui servizi sociali, sanitari ed assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Purtroppo c'è da constatare che in circa trent'anni di applicazione della Legge 194/78, non risulta che nei programmi di aggiornamento e formazione, ad esempio, dei medici di famiglia sia mai stata proposta la questione della contraccezione e della I.V.G. disattendendo un preciso vincolo di legge.

L'occasione sembra propizia per richiamare chi di dovere a colmare questo vuoto ed invitare l'Ordine ad assolvere ad un suo dovere istituzionale di affiancare ed eventualmente di surrogare le altre istituzioni inerti non solo relativamente alla questione attuale ma anche nel più generale processo di aggiornamento e formazione professionale e di diffusione della conoscenza anche presso l'opinione pubblica.

L'occhio nel web

Cari Colleghi, la consultazione e la ricerca di approfondimenti medici attraverso Internet presenta spesso qualche problema, a causa dell'enorme numero di siti che vengono offerti dai vari Motori di Ricerca (Google tra i primi). Non sempre, però, sono siti aggiornati e semplici da consultare. Con questa rubrica mi propon-

go di offrire a tutti voi una recensione che sia utile a trovare rapidamente il sito migliore per le vostre ricerche. Ho scelto di iniziare da 5 siti web statunitensi sia per la loro completezza, sia per l'accurato aggiornamento al quale vengono sottoposti. Per chi non avesse troppa confidenza con la lingua inglese, c'è da osservare che molti dei siti

recensiti offrono la versione in lingua spagnola, facilmente comprensibile. Nella prossima edizione della rubrica inizierò a recensire anche siti nazionali e siti "mirati" per le singole branche specialistiche. Sperando che l'iniziativa venga accolta favorevolmente,
Un cordiale saluto



National Cancer Institute
U.S. National Institutes of Health | www.cancer.gov

Search

NCI Home
Cancer Topics
Clinical Trials
Cancer Statistics
Research & Funding
News
About NCI

Indirizzo Web	http://www.cancer.gov/	
Descrizione	Sito del NCI (National Cancer Institute – US) – vincitore award 2005 come miglior sito governativo USA	
Pregi e difetti	Estremamente esauriente ed aggiornato. Offre un sicuro punto di riferimento per quanto riguarda statistiche, trias in corso, terapie standard. Comprende un dizionario oncologico. Di accesso agevole e rapido, con menu semplici ma esaurienti. Lingua inglese	
Giudizio complessivo	★★★★★	
Consigliato per	Tutti i medici	
Registrazione necessaria	SI	NO <input type="checkbox"/>
Aggiornamento newsletter	SI	NO <input type="checkbox"/>






A FREE CME course on OSAHS by sleep authority Michael R. Littner, MD

Indirizzo Web	http://www.emedicine.com/	
Descrizione	Sito tra i più noti e completi. Offre informazioni in tutti i campi medici. Da considerare come portale da consultare quotidianamente	
Pregi e difetti	Estremamente esauriente ed aggiornato. Consente accesso a Corsi CME estremamente ben concepiti e ad un numero impressionante di articoli aggiornati e chiari. Di accesso agevole con menu e sezioni chiare. Lingua inglese	
Giudizio complessivo	★★★★★	
Consigliato per	Tutti i medici	
Registrazione necessaria	SI	<input type="checkbox"/> (free) per accedere a sezioni monografiche
	NO	<input type="checkbox"/> per consultazione
Aggiornamento newsletter	SI	NO

 Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

CDC en Español

Search:

Indirizzo Web <http://www.cancer.gov/>

Descrizione Sito del NCI (National Cancer Institute – US) – vincitore award 2005 come miglior sito governativo USA

Pregi e difetti Estremamente esauriente ed aggiornato. Offre un sicuro punto di riferimento per quanto riguarda statistiche, trias in corso, terapie standard. Comprende un dizionario oncologico.
Di accesso agevole e rapido, con menu semplici ma esaurienti.
Lingua inglese

Giudizio complessivo ★★★★★

Consigliato per Tutti i medici

Registrazione necessaria SI NO

Aggiornamento newsletter SI NO

 **MedlinePlus**
Trusted Health Information for You

A service of the U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
and the NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

Search MedlinePlus About MedlinePlus | Site Map | FAQs | Contact Us

Home | Health Topics | Drugs & Supplements | Encyclopedia | Dictionary | News | Directories | Other Resources español

Indirizzo Web <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html>

Descrizione Enciclopedia Medica gestita dall'arcinoto MedlinePlus. Esauriente e con una grafica eccezionale spazia dagli argomenti più semplici a quelli più complessi. Utile anche per la preparazione di presentazioni, grazie alla sua iconografia.
Stile "mini-netter".

Pregi e difetti Di assoluta utilità per Medicina Generale e Specialistica. Gli argomenti si stampano con estrema facilità. E' presente l'icona per l'invio EMail dell'articolo o dell'argomento. Disponibile anche in spagnolo.

Giudizio complessivo ★★★★★

Consigliato per Tutti i medici

Registrazione necessaria SI NO

Aggiornamento newsletter SI NO

A Service of the National Health Information Center, U.S. Department of Health & Human Services

 [Help](#) | [Advanced Search](#)

News • Library • Just For You • Health Care • Organizations • en Español 

Indirizzo Web <http://www.healthfinder.gov/>

Descrizione Sito del Department of health and Human Services (USA) offre in tempo reale (aggiornamento quotidiano): news mediche, accesso a pubblicazioni ottimamente indicizzate, a database e vari links. Eccellenza per statistiche complete e aggiornate.

Pregi e difetti Se è necessario conoscere le più recenti news su temi medici di attualità è tra i migliori. Motore di ricerca (search) ottimo. Disponibile anche in spagnolo. I links con le organizzazioni no profit e con quelle governative sono di maggior utilità per i Medici USA.

Giudizio complessivo ★★★★★

Consigliato per Medicina Generale

Registrazione necessaria SI NO

Aggiornamento newsletter SI NO

IRAP ultimo atto?



Torniamo a parlare di Irap, forse non per l'ultima volta ma certamente la questione, molto tormentata, sta avviandosi verso una "complessa" conclusione. Si iniziò a parlare di "illegittimità" dell'Irap nel maggio 2001, allorché la Corte Costituzionale riconobbe che, l'esercizio abituale di arti e professioni svolto senza mezzi propri organizzati, costituisce presupposto all'esenzione dall'imposta. I Professionisti che si riconoscevano nella definizione data dalla Corte, proposero quindi istanza di rimborso alla competente Agenzia delle Entrate e quindi a seguito di silenzio rifiuto eventuale ricorso in Commissione Tributaria Provinciale. Tutto questo accadeva negli anni 2001-2002.

Nel novembre 2004 in seguito ad un'autorevole interpretazione della normativa, Abi e Confindustria sug-

gerirono di presentare una nuova istanza di rimborso da inviare questa volta non solo alla competente Agenzia delle Entrate ma anche alla Regione (qualora la Regione avesse assunto la competenza diretta della gestione del tributo.....) includendo quale motivo di incompatibilità anche la VI Direttiva CEE. I contribuenti più solerti provvidero quindi ad inoltrare la nuova istanza (per i soliti anni di imposta non ancora prescritti) riproponendo tutti i precedenti motivi oltre alla incompatibilità con la VI Direttiva CEE e spedendo il tutto questa volta non solo all'Agenzia delle Entrate ma anche alla Regione. Era il mese di Novembre 2004...

Ed eccoci arrivati a Marzo 2006, data nella quale molto probabilmente verrà depositata la sentenza della Corte di Giustizia della Comunità Europea chiamata a pronunciarsi in

merito alla legittimità dell'Irap. L'avvocato Christine Stix-Hackl della Corte UE ha concluso per l'illegittimità dell'imposta a causa dell'incompatibilità dell'Irap con la Direttiva 77/388/Ce in tema di armonizzazione dell'Iva, e fin qui tutto chiaro, ciò che è divenuto nuova "materia di contesa" è invece la data indicata come spartiacque tra chi avrà diritto al rimborso e chi invece tale diritto non lo avrà. Secondo l'Avvocato della Corte Lussemburghese nel caso di bocciatura dell'Irap avranno diritto al rimborso i contribuenti che avevano presentato istanza di rimborso o ricorso in Commissione Tributaria prima del 17 marzo 2005 (giorno di presentazione delle conclusioni del precedente avvocato Ue poi dimessosi), mentre secondo il Dipartimento per le Politiche Fiscali del Ministero dell'Economia per avere diritto al rimborso la data entro la quale doveva essere presentata istanza o il ricorso è quella del 24 Gennaio 2004, giorno della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale Ue dell'atto di ricezione dell'ordinanza con la quale veniva rimessa la questione Irap alla Corte di Giustizia Europea. Ciò che è certo ed è stato ben illustrato dal Prof. Miscali su "Il Sole 24 Ore" del 18 Marzo 2006, è che se l'Irap sarà dichiarata illegittima, la questione, al di là delle rilevantisime conseguenze di carattere economico per le casse dello Stato, deve essere inquadrata sul piano etico, poiché è giusto rimborsare al cittadino ciò che è stato prelevato illegittimamente, unico limite il rispetto delle norme nazionali in tema di procedimento di rimborso e sul procedimento giurisdizionale, dettate a tutela del principio di certezza dei rapporti giuridici.



Risoterapia

COGNOMI PISANI (Gianfranco Raspolli Galletti)

A pPisa, 'on certi nomi, 'ome Chiavacci,
come Passera, Cai, Trombi e Cordoni
(ch'è 'r parlà scérto per 'un di "ciglioni")
se 'un ci badi ti trovi 'ndell'impacci.

Ma, qquarche vòrta, 'un vale anc'a guardacci.
Così, presempio, alle presentazioni,
lei fa: - Sono la Passera – supponi;
risponde lui: - Piacere mio...Chiavacci.-

Fo ar telefano un numero sbagliato,
chiedo:- Trombi?- Dimandalo a tu mà!
mi risponde la serva del Curato.

Ho rrisbagliato ner telefonà
Ar mi' amio Valentino:-Pronto... Cai? -
-Dio volesse!,- m'han detto-'un vado mai.

PROPRIO NATO MALE (Miriano Vannozi)

Era un amore propio nato male:
lui 'un fece a tempo a dinni "Dove vai"
e per un niente che nun capì mai
'ni lesse drent'all'occhi un frullo d'ale

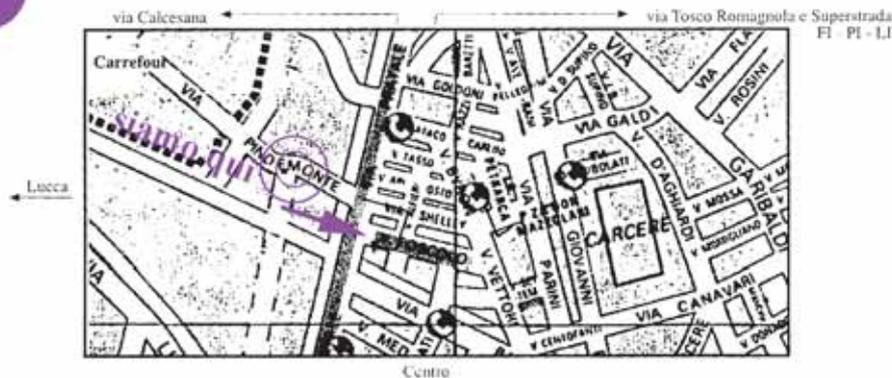
e la guardò sparì'. Poi fu fatale
'vér giorno 'he doppo tanto, dai dai,
la rincontrò ar banchetto de' pesciai.
Anco 'r puzzo di pescio era speciale!

Còr battivòre 'he 'ni strozzava 'r fiato
Provonno a rammentassi lì per lì
Tutte le 'ose 'he si volevan di',

ma la voce e ll'ammicchi delli sguardi
rincorrevano un sogno strapazzato
e s'accorseno 'he gliera troppo tardi.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Medicine non convenzionali: la posizione della FTOM

Su segnalazione del Presidente, pubblichiamo il documento della FTOM a proposito delle medicine non convenzionali e delle medicine alternative, in quanto sembra interpretare il pensiero e le riserve che ogni medico di buon senso ha il diritto di coltivare quando non esistono prove certe di efficacia, documentate da una sperimentazione adeguata, secondo i criteri del rigore scientifico.

La presa di posizione della FTOM, che non può essere vincolante per i singoli ordini, ancorché condivisa dalla riunione dei presidenti, costituirà motivo per una ripresa della discussione all'interno del Consiglio Direttivo che, già in passato, si era occupato della materia, pervenendo alla determinazione di dover approfondire la questione.

FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA TOSCANA

In merito alla Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 655 del 20/06/2005 che ha inserito la "Medicina Complementare" nei Livelli Essenziali di Assistenza, ed alla successiva campagna di informazione attuata con l'affissione di manifesti pubblicitari in tutte le città della Toscana, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana, riunita a Firenze il giorno 11 febbraio 2006, ricorda che:

- la decisione della Giunta Regionale di inserire le Medicine Complementari nei LEA è stata assunta senza alcun coinvolgimento degli organismi professionali della regione;
- l'inserimento nei LEA di alcune Medicine Complementari non tiene conto della efficacia di tali terapie e l'affermazione che si tratti di pratiche dotate di "sufficiente" evidenza scientifica appare una affermazione carente di riscontri scientifici;
- la campagna informativa condotta dalla Regione, tramite l'affissione capillare di manifesti pubblicitari ha creato sconcerto nei medici per il contenuto dei messaggi diffusi alla cittadinanza, tramite i quali si propagandano le virtù delle terapie non convenzionali, ingenerando nel

pubblico una distorta percezione della realtà scientifica e creando aspettative di salute ben difficilmente sostenibili;

- tale campagna informativa non ha tenuto in alcun conto le norme previste dalla Legge n. 175/1992 sulla pubblicità sanitaria, con ciò disorientando gli Ordini provinciali, tenuti a far rispettare le prescrizioni della legge nei confronti dei loro iscritti, ma impotenti nei confronti di iniziative pubblicitarie prese dalla Regione.

La Regione, infatti, ha proceduto alla "integrazione definitiva delle MnC negli interventi per la salute", dopo "sei anni di sperimentazione" intesa quest'ultima come offerta agli utenti senza però aver attuato un piano di osservazione sistematica del suo impatto sulla salute.

La Regione Toscana ritiene che il SSN debba *"tendere a garantire, a favore di tutti i cittadini, l'erogazione efficiente e tempestiva dei servizi sanitari, tutelando, nel contempo, il diritto degli individui stessi a una libertà di scelta terapeutica, da esercitarsi, però, nei limiti di una assoluta sicurezza per la tutela della salute"*. Il SSR sembra avere il ruolo di puro e semplice erogatore efficiente di prestazioni sulla base delle richieste avanzate dai cittadini secondo le loro convinzioni, aspirazioni e suggestioni. La libertà di scelta terapeutica viene, infatti, su-

bordinata unicamente alla sicurezza, che si pretende peraltro sia assoluta. Tuttavia, in assenza di benefici documentati, la sicurezza da sola non garantisce il raggiungimento del vero scopo del SSR che è rappresentato dalla tutela della salute.

La premessa serve però per "trovare un giusto equilibrio tra due tesi estreme" quella di chi "ritiene che occorra valorizzare esclusivamente l'aspetto della libertà terapeutica" che il SSN deve garantire per qualsiasi scelta e dunque "anche quella che risulti essere la meno giustificata in termini razionali" e quella di coloro che, all'estremo opposto, ritengono che "il SSN si deve adeguare agli orientamenti medico-scientifici esistenti, operando le scelte di politica terapeutica in base esclusivamente alle prescrizioni dettate dall'evidenza scientifica tradizionale". In realtà la conoscenza scientifica circoscrive la possibilità di scelta del paziente ai trattamenti dotati di un profilo di efficacia dimostrata e di tollerabilità favorevole rispetto ai rischi potenziali. In questo modo traccia una linea di demarcazione spesso netta fra ciò che è appropriato e ciò che deve essere escluso.

La Regione ha tuttavia ritenuto idonea una sintesi fra le due opposte esigenze "che contemperino il massimo di giustificabilità razionale delle scelte terapeutiche con il massimo

di garanzia delle libertà di scelta dei singoli cittadini" patologia per patologia. Viene introdotto come secondo criterio per la libertà di scelta quello di non sconfinare nell'irrazionale.

L'integrazione nel SSR è stata concessa a omeopatia, agopuntura, fitoterapia e medicina manuale in quanto dotate di "una sufficiente evidenza sulla base dei dati della letteratura scientifica internazionale e dell'esperienza accumulata" e definite pertanto Medicine Complementari (MC), mentre quelle che "non hanno ancora raggiunto un idoneo livello di dimostrazione", sono denominate MnC e non sono

prese in considerazione. Nella delibera non è chiarito che cosa si intenda per "sufficiente evidenza", quali siano i dati della letteratura scientifica internazionale, di quale natura sia l'esperienza accumulata, se esistano pareri di commissioni *ad hoc* e su che base l'inserimento delle MC nei LEA sia da considerare definitivo. Non sono inoltre specificate le indicazioni approvate, oltre le tre situazioni rappresentate nei manifesti predisposti per la campagna promozionale, che hanno causato grande sconcerto nella comunità medica che in essi ha visto una sostanziale equiparazione delle MC alla medicina scientifi-

ca.

Non si può nemmeno trascurare la difficoltà di fronte alla quale si può trovare il medico alle prese con la necessità di far prendere coscienza al paziente della necessità assoluta di accordare la sua preferenza ad un trattamento dotato di un livello di efficacia dimostrato attraverso studi controllati e randomizzati di buona qualità rispetto ad una modalità terapeutica di MC ancorché inserita nei LEA.

Se l'esercizio della libera scelta terapeutica esprime una domanda sociale alla quale la sensibilità politica deve dare una risposta, la delibera 655, presentata enfaticamente come "fortemente innovativa" e anche "rivoluzionaria", sembra contraddittoria rispetto alla dichiarata esigenza di razionalizzazione dell'intervento sanitario.

Non è innovativa perché non sono disponibili dati dimostrativi della capacità delle MC di migliorare morbilità e mortalità delle malattie.

Non è rivoluzionaria perché la Regione si propone di procedere attraverso la verifica dei risultati clinici delle prestazioni praticate "sulla base delle prove di efficacia dimostrata secondo i criteri adottati di norma alla comunità scientifica". La dimostrazione di efficacia di una modalità terapeutica di MC attraverso le regole della metodologia scientifica è un fatto pragmaticamente accettabile poiché i trattamenti, sulla base di sperimentazioni idonee, possono risultare efficaci o inefficaci, anche se la dimostrata efficacia di un trattamento non costituisce di per sé prova della validità della dottrina medica dalla quale deriva e non infrange la linea di demarcazione tra scienza e pseudoscienza.

Pertanto la FTOM ritiene l'iniziativa della Regione Toscana sulla materia discutibile sia dal punto di vista scientifico che riguardo alle scelte politiche che sostanziano il sistema dei LEA, fondate sul criterio di efficacia; ritiene infine criticabile l'aver utilizzato strumenti di propaganda dal contenuto fortemente pubblicitario.

MATCHPOINT



**NEGOZIO DI ARTICOLI SPORTIVI
E PER IL TEMPO LIBERO**

**Piazza Duomo n° 36
Pontedera (Pisa)
0587/52398**

**Offerta agli iscritti
all'ordine dei medici
della provincia di Pisa**

SCONTO DEL 15%

(ESIBENDO IL TESSERINO)

Escluso merce già scontata e nei periodi di saldi

Organizzazione del Trauma Center: l'esperienza pisana

La denominazione di Trauma Center fu assunta per la prima volta nel 1966 da due ospedali americani, il San Francisco General Hospital e il Cook Country Hospital di Chicago.

A partire da quello storico anno, sempre negli Stati Uniti si svilupparono molte iniziative analoghe, tanto che nel 1976 la Società Scientifica allora più potente, l'American College of Surgeon, elaborò le prime linee guida per la certificazione di questo tipo di strutture. Altro anno storico fu il 1980. In tale anno, sempre sotto l'egida dell'American College of Surgeon nasce infatti l'ATLS un sistema di formazione del personale medico operante nell'emergenza che forniva un nuovo, ma soprattutto sicuro approccio nel trattamento delle persone vittime di lesioni traumatiche pericolose per la vita. Per dare un'idea dell'importanza di tale metodologia basti pensare solo che essa ha portato ad una riduzione del 10% della mortalità complessiva per incidenti stradali e ad una riduzione del 50% delle morti evitabili per trauma.

Il Centro del Trauma nasce invece nel nostro DEA nel Marzo 1994, non a caso anno di fondazione del capitolo italiano dell'ATLS; dico non a caso perché il primo presupposto alla base di tale nascita fu che tutti i medici operanti in esso dovessero essere certificati ATLS. Il Centro del Trauma nasce quindi mutuato, logicamente, dal modello statunitense e rappresenta il punto d'arrivo di un radicale processo di rinnovamento del vecchio Pronto Soccorso operante nel presidio ospedaliero pisano.

Fino al 1990 la situazione strutturale esistente prevedeva la presenza

di tre medicherie, di una sala operatoria deputata a quella che oggi definiremmo "piccola chirurgia", di una Astanteria nella quale venivano ricoverati i pazienti operati. L'organico comprendeva 16 medici e l'operatività era rappresentata dal quasi esclusivo "smistamento" dei pazienti nei reparti di accettazione. Niente di strano, badate bene, l'organizzazione logistica in uso a Pisa in quegli anni non era dissimile da quella di altre realtà nazionali, il Pronto Soccorso era ancora ben lungi dall'essere gravato dagli attuali flussi di afferenza per cui la vita scorreva relativamente tranquilla e certe regole (dolori addominali in Chirurgia, dolori toracici in Cardiologia, febbre e diarrea in Malattie Infettive) rappresentavano veri e propri dogmi e come tali indiscutibili e immutabili.

I pazienti afferenti al Pronto Soccorso, compresi i politraumatizzati venivano quindi "distribuiti" nei vari Reparti di accettazione d'urgenza.

Anche la valutazione strumentale radiologica e il trattamento chirurgi-

co seguivano le stesse regole e venivano attuati, per i pazienti più fortunati nella Radiologia e nella Chirurgia presenti nello stesso presidio; per quelli meno, nei locali della Radiologia e nella Chirurgia del Presidio di Cisanello.

Risulta fin troppo evidente come una tale situazione fosse tutt'altro che ideale e purtroppo molti decessi c.d. "evitabili" lo attestano in maniera inequivocabile.

Finalmente, soprattutto grazie ai continui "gridi di dolore" dell'allora direttore della cattedra di Specializzazione in Chirurgia d'Urgenza, il prof. E. Cavina e all'impegno del Dr. Carlo Macaluso, nel Maggio 1989 veniva stipulata la convenzione fra l'Università degli Studi di Pisa e l'allora USL 12 che sanciva di fatto la nascita del DEA, nascita che si concretizzava di lì a pochi mesi.

Prendevano quindi il via importanti opere di modifica e adeguamento che nel giro di pochi anni mutarono radicalmente il volto del vecchio Pronto Soccorso a livello di strutture, di organici e di operatività.



Mi preme soprattutto evidenziare le nascite del:

- servizio di Radiologia d'Urgenza nei locali del DEA, elemento imprescindibile per un'ottimale gestione del politrauma

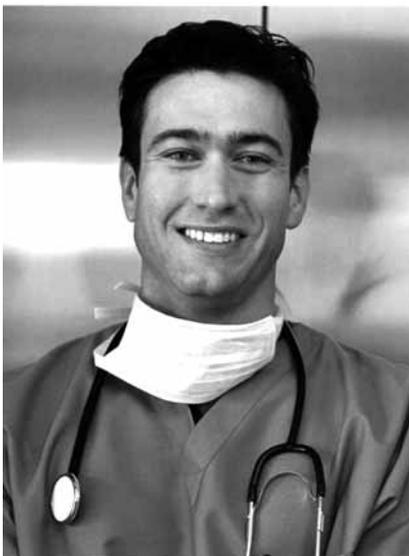
- UO di Medicina d'Urgenza

- sezione Organizzativa di Chirurgia d'Urgenza e Trauma affidata al Prof. M. Chiarugi e dedicata esclusivamente al trattamento delle emergenze chirurgiche traumatiche e non dotata di una sala operatoria situata nei locali del DEA (purtroppo non multidisciplinare) da attivarsi per il trattamento dei pazienti instabili, nonché di un reparto di degenza autonomo.

Fino al Gennaio 2000 medici e chirurghi lavoravano fianco a fianco, anche se in medicherie ben distinte e "blindate".

Dal Gennaio 2000, mese ed anno della creazione della Sezione Organizzativa Chirurgia Urgenza e Trauma, la figura del chirurgo scompare definitivamente dalle medicherie del DEA assumendo il ruolo di **consulente ed unica** (o quantomeno PRINCIPALE) **figura deputata alla valutazione ed al trattamento del paziente politraumatizzato** (tutto questo suffragato con atto ufficiale della Regione Toscana che con delibera 763 del 06.07.01 stabiliva e ufficializzava la leadership della figura del chirurgo nel trattamento del paziente politraumatizzato).

Al di là di qualsiasi giudizio in pro-



posito è evidente come il **risultato di valore assoluto** ottenuto da questa rivoluzione sia rappresentato dal fatto che **finalmente i pazienti politraumatizzati venivano non solo stabilizzati ma anche studiati e trattati nella stessa sede di arrivo con notevole risparmio di tempi e vite umane.**

C'era qualcosa da modificare in una situazione che di fatto sembrava rappresentare il gold standard del trattamento del politrauma? Si poteva fare di più e meglio?

Apparentemente no: le strutture erano adeguate, le professionalità operanti di buono, se non di ottimo livello, l'organizzazione paramilitare, le motivazioni forti.

Dovevamo purtroppo però fare i conti con un nemico insidioso, il **bilancio aziendale.**

Il sistema di emergenza-urgenza costituisce, infatti, un **centro di costo ad elevato impegno economico che solo attraverso un'efficiente ed oculata gestione organizzativa permette di recuperare risorse.**

Il modello attuato fino alla fine del 2001, pur nella sua indubbia bontà e validità mostrò in breve tempo le sue crepe alla luce della piccola dimensione di una città come Pisa.

Il modello statunitense di Centro del Trauma identifica infatti precisi livelli minimi di volume volti all'attivazione del Centro stesso al di **sotto dei quali il dispiego di risorse necessarie diventa fallimentare sia in termini economici che di crescita professionale.**

Tali livelli minimi sono rappresentati dalla ricezione di almeno 1200 traumatizzati maggiori per anno, di cui almeno 250 con ISS maggiore o uguale a 15 oppure di almeno 35 pazienti annui per chirurgo partecipante al programma "trauma".

L'analisi retrospettiva dell'attività svolta negli anni 2001 e 2002 dalla Sezione Organizzativa di Chirurgia d'Urgenza e Trauma evidenzia come tale sezione non riuscisse a trattare più di 70-80 pazienti/annui con ISS maggiore di 15.

Alla luce di quanto appena afferma-

to, la soluzione organizzativa adottata fino al Dicembre 2002 risulta palesemente **inopportuna.**

Con il senno di poi, come si dice dalle nostre parti, tale dato poteva essere ampiamente previsto, la **provincia di Pisa** consta infatti di:

- una popolazione di circa 400.000 abitanti,

- è dotata di altri Presidi Ospedalieri di buon livello,

- la centralizzazione non è ancora adeguatamente codificata.

Era quindi assurdo presumere di poter trattare un numero così elevato di pazienti salvo il verificarsi di eventi catastrofici.

In realtà valori vicini a quelli ideali potrebbero realizzarsi mediante un **coinvolgimento estensivo e capillare dell'Area Vasta Nord-Ovest Toscana** di cui Pisa è centro di riferimento. Attualmente i nostri sforzi sono volti proprio alla messa a punto dei delicati sistemi di coordinamento fra Organizzazioni di Soccorso e le varie Unità Operative dell'Area Vasta stessa, finalizzati alla centralizzazione diretta (quando indicata) del paziente critico.

Altri aspetti negativi oltre all'ovvio dispendio eccessivo di risorse erano inoltre da ricercarsi nell'assenza di una sala operatoria multidisciplinare e, a mio parere, **dall'esclusione della figura del Medico di Medicina d'Urgenza dal trattamento del paziente politraumatizzato.**

Dal Gennaio 2002, anche grazie all'arrivo del nuovo Direttore dell'UO Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, il Dr. Roberto Melandri e all'impegno dell'attuale Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza, il Dr. Eugenio Orsitto, ha preso il via un nuovo processo rinnovativo finalizzato sì all'ulteriore potenziamento delle strutture ma, soprattutto, ad una più logica distribuzione delle risorse.

Fra le principali migliorie attuate mi preme evidenziare:

- la sostituzione della Sezione Organizzativa di Chirurgia d'Urgenza e Trauma con una più logica Chirurgia Generale e d'Urgenza affidata alla direzione del Prof. Mas-



fig.1

simo Seccia e dedicata al trattamento non solo delle emergenze ma anche delle urgenze traumatiche e non,

- la nascita di un reale reparto di Medicina d'Urgenza e Osservazione breve (dico reale perché il preesistente era situato in altri locali e non era interamente gestito dagli stessi Medici operanti nel DEU) dotato di 19 posti letto (5 dei quali HD) questo sì interamente gestito dagli stessi medici di Medicina d'Urgenza operanti al DEA e dedicato anche all'osservazione e al trattamento non operatorio dei pazienti traumatizzati non critici,
- l'accesso del Medico di Medicina d'Urgenza al sancta sanctorum del trattamento del politraumatizzato; la Shock Room con ampliamento delle proprie funzioni, che fino ad allora erano state quelle di semplice "allertatore" o "coadiutore" del Chirurgo di guardia.

Cosa offre dunque oggi il nostro Ospedale a questo tipo di pazienti?

Direi quanto di meglio possibile si possa trovare anche in realtà apparentemente più evolute; il nostro modello organizzativo di Centro del Trauma identifica infatti ben due team di trattamento del paziente politraumatizzato, un Core Trauma Team ed un Trauma Team esteso. Il Trauma Team viene attivato in presenza dell'alterazione di 3 parametri (dati) facilmente rilevabili sul paziente (fig. 1); il suo stato di co-

scienza, la sua pressione arteriosa e la sua frequenza respiratoria (revised trauma score); la presenza di alterazioni significative di uno o più di questi criteri, rilevate sul campo o alla porta d'ingresso del DEU dall'infermiere di TRIAGE, determina l'attivazione diretta del team.

E' il cosiddetto Core Trauma Team (fig. 2) ad intervenire immediatamente essendo presente nell'edificio che ospita il DEU 24 ore su 24. Il CTT è costituito, come vedete da un medico di Medicina d'Urgenza (che interviene immediatamente), da un Chirurgo "senior" di Chirurgia Generale e Urgenza, affiancato da un Chirurgo "in formazione", da un Anestesista Rianimatore, un Radiologo di Radiologia d'Urgenza, 2 infermieri e un tecnico radiologo.



fig.2

fig.3



Il Trauma Center del DEU di Pisa

Analisi del biennio 2004-2005

Il "Documento Intersocietario per la creazione dei Centri per il Trauma in Italia" ha definito con precisione le linee guida per l'implementazione di tali strutture nel nostro Paese. Il modello organizzativo del DEA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana si ispira a queste linee guida e, per certi aspetti, le precorre. Il nostro modello prevede l'identificazione di chiari criteri di attivazione del Trauma Team (TT) attraverso la verifica di tre parametri facilmente rilevabili: PAS, FR e GCS (RTS). La presenza di uno di questi criteri, rilevata sul campo, determina l'attivazione diretta del TT da parte dell'Emergenza Territoriale. Il TT può essere altresì attivato dal Medico d'Urgenza che accoglie il paziente in funzione delle caratteristiche anatomiche delle lesioni riportate, della dinamica del trauma e dei fattori di rischio aggiuntivi propri del paziente. Il nostro modello organizzativo prevede un Core Trauma Team (CTT) presente nell'edificio che ospita il DEU 24/24 h ed un Trauma Team Esteso (TTE), costituito da afferenze "in house" e da afferenze "on call". Il CTT è costituito dal Medico d'Urgenza, da un Chirurgo senior affiancato da uno specializzando, da un Anestesista-Rianimatore, da un Radiologo d'Urgenza, due Infermieri ed un Tecnico Radiologo. Le afferenze "in house" vengono attivate solo se necessario e sono costituite dagli specialisti presenti nel nosocomio con guardia 24/24 h (Ortopedico, NCH, ORL, Oculista, Chirurgo Maxillo-Facciale/Plastico, Neuroradiologo); le afferenze "on call" sono infine rappresentate da personale in reperibilità. L'analisi critica dei dati in nostro possesso e dell'attività svolta nel biennio 2004-2005 fa chiaramente emergere come il nostro modello rappresenti un importante punto di riferimento e di confronto per tutte le altre realtà nazionali. Abbiamo considerato i dati relativi ai codici rossi per trauma relativi agli ultimi 2 anni di attività prenden-

do in considerazione i più comuni indici di score (RTS, ISS e TRISS), la frequenza con cui sono stati attivati i vari componenti del CTT e del TTE, le tecniche diagnostiche impiegate, le procedure praticate, il timing dei vari processi e la destinazione finale del paziente.

Nel biennio 2004-2005 abbiamo trattato nella nostra Shock Room 159 Codici Rossi; 108 (68%) di sesso maschile e 51 (32%) di sesso femminile. L'età media dei pazienti è risultata di 42,17 anni con un range di 1-98 anni. Fra le cause dell'evento traumatico i sinistri stradali hanno rappresentato il 62% dei casi seguiti dagli Infortuni domestici (17%), da quelli sul lavoro (8%), da quelli sportivi (8%), dall'Autolesionismo (4%) e dalle Patite lesioni (1%).

L'82% degli accessi era di provenienza locale; il rimanente 18%, trasferimento dall'Area Vasta Pisana.

I Traumi chiusi hanno rappresentato la quasi totalità dei casi (96%).

Il RTS medio rilevato all'ingresso del paziente è stato di 6.904 con un range di 1.756-7.841.

L'intero CTT è stato attivato nel 23% dei casi; i singoli componenti del CTT sono stati invece attivati rispettivamente nel 100% dei casi (Medico d'Urgenza), nel 96% (Radiologo d'Urgenza), nel 55% (Chirurgo d'Urgenza) e nel 41% (Anestesista-Rianimatore).

Gli elementi del TTE sono stati attivati nel 72% dei casi con una frequenza così ripartita: Ortopedico: 36%; NCH: 35%; Chirurgo Maxillo-Facciale/Plastico: 11%; Oculista: 4%; ORL: 3%; Altri specialisti (Cardiologo, Pediatra, Ginecologo, Chirurgo Toracico): 11%. Abbiamo sottoposto a Rx "standard" (Rx Rachide cervicale, Rx Torace e Rx Bacino) 148 pazienti, ad indagine FAST, 144 pazienti e a Rx di altri segmenti scheletrici 97 pazienti. La TC Cranio si è resa necessaria in 95 casi, quella Addominale in 51, quella Toracica in 42, quella del Massiccio fac-

ciale in 18, quella del Rachide (C-D-L) in 16 casi. La TC di altri distretti (Bacino, Spalla) è stata effettuata 3 volte.

Fra le procedure effettuate la IOT si è resa necessaria 41 volte così come un posizionamento di un CVC. Sono state stabilizzate 64 fratture, posizionati 25 drenaggi toracici ed eseguite 33 suture. In 11 casi si sono rese necessarie altre procedure (CPR, Defibrillazione, Paracentesi esplorativa). L'ISS medio è stato di 19.86 con un range di 3-75.

Il TRISS medio è stato dell'86.72% con un range di 0.50-99.6%.

Il Timing medio è stato di 129.1 minuti con un range di 14-487 minuti.

L'esito finale ha visti i pazienti ripartiti nei seguenti reparti di degenza: 38 pazienti in Chirurgia Generale e Urgenza, 30 in Rianimazione, 28 in Ortopedia, 21 in NCH, 30 in Medicina d'Urgenza (20 in degenza e 10 in osservazione breve), 4 in Pediatria, 2 nel CGU. 6 pazienti sono deceduti.

Dall'analisi dei dati in nostro possesso risulta evidente come un utilizzo ragionato delle risorse unito alla presenza di precisi protocolli di attivazione del CTT e del TTE rendano il meccanismo di stabilizzazione e trattamento del paziente politraumatizzato efficiente ed efficace evitando pericolosi e dispersivi sprechi di energie. Risulta inoltre evidente il ruolo chiave svolto dal Medico d'Urgenza e della Medicina d'Urgenza (intesa come reparto di degenza/osservazione breve) nella gestione dello stesso tipo di paziente. Il Medico d'Urgenza infatti nella nostra realtà, nonostante una legislazione regionale che attribuisce al Chirurgo il ruolo di Team Leader (Delibera n.763 del 6/7/01 della Giunta Regionale Toscana), riveste al pari di quest'ultimo un ruolo centrale nella gestione del paziente politraumatizzato non solo come figura di prima accoglienza alla porta dell'ospedale ma soprattutto come coordinatore dell'Emergenza Territoriale.

Il medico di Pronto Soccorso. Specialità o mentalità

Da alcuni anni, fortunatamente, anche nel nostro Paese si è cominciato a parlare di Urgenza e di Medicina di Urgenza, con un ritardo di decenni, come in altri campi del resto, rispetto a molti paesi del mondo e della nostra stessa Europa.

Ed è quindi auspicabile che anche tutte le Università italiane comincino a prevedere la Specializzazione in Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso.

Nel nostro Paese per decenni i neolaureati in Medicina e Chirurgia hanno iniziato la loro carriera professionale proprio nel mondo dell'emergenza, medico del 118 o del Pronto Soccorso.

Negli altri Paesi si diventa medici di Pronto Soccorso dopo anni di attività in branche mediche o chirurgiche, dopo avere avuto possibilità di esperienze nei vari rami della Medicina e Chirurgia; ed è forse per questo che in quei paesi la figura del Medico di Pronto Soccorso è stimata, se non prestigiosa, al contrario che nel nostro Paese, dove la diffidenza è palpabile, specie da parte dell'utenza, che appare "prevenuta" nei nostri confronti.

E' un lavoro non programmabile ed imprevedibile. Il Pronto Soccorso di Pisa accoglie 80.000 pazienti l'anno, 250 accessi al giorno e quindi 10 pazienti l'ora (uno ogni 12 minuti per medico in servizio).

Il Medico di Urgenza, al di là della propria specializzazione particolare, non solo svolge un lavoro difficilissimo e delicato, dovendo affrontare le patologie acute più diverse, da solo e con tempi brevi, prendendo decisioni che spesso comportano esposizioni legali non indifferenti, ma è un Medico che deve

avere caratteristiche personali non comuni.

Il Medico di Pronto Soccorso deve saper affrontare il politrauma, l'infartuato, l'arresto cardiaco, il paziente psichiatrico violento oppure depresso, ma in più anche le comprensibili preoccupazioni, le ansie dei parenti ed il loro dolore in caso di morte del congiunto, le loro perplessità, le loro domande.

Deve essere in grado di formare un'unità sola col personale infermieristico e far partecipare tutto il personale a quella emergenza, sfruttando la capacità di ogni singolo.

Deve saper interagire con i colleghi delle diverse specialità dopo aver inquadrato ogni singolo caso.

Se bastassero infatti solo il sapere e la conoscenza bibliografica, sarebbe sufficiente un piccolo programma informatico inserito in un banale computer per avere imme-

diatamente il farmaco ideale, il suo dosaggio, le interferenze tra farmaci, in poche parole una diagnosi ed una terapia statisticamente corrette.

Il grande nemico che il Medico di Urgenza deve affrontare quotidianamente non è la patologia, ma la presunzione; se "l'occhio clinico" è virtù di pochi luminari, in ambito di emergenza quest'occhio può essere facilmente accecato dalla presunzione di aver capito tutto di un paziente che vediamo per la prima volta, nella concitazione dell'emergenza in tempi brevi.

Il Medico di Pronto Soccorso, insomma, deve possedere da una parte la saggezza di chi ha molti anni di professione alle spalle, anche se giovane, e dall'altra lo slancio e la passione del giovane Medico anche se giovanissimo non lo è più.



Sergio Ghione Dirigente di ricerca CNR Pisa

Il futuro dell'Istituto di Fisiologia Clinica

INTERVISTA AL PROFESSOR DONATO SULLA FONDAZIONE GABRIELE MONASTERIO

Nel prossimo futuro l'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del CNR subirà importanti modifiche istituzionali.

Vuole dirci le caratteristiche e i motivi di questi cambiamenti?

Partiamo dai motivi. Fin dalla sua nascita nell'ormai lontano 1968, l'Istituto ha svolto attività di ricerca e di assistenza nel settore delle malattie cardiopolmonari e metaboliche. L'attività sanitaria (come del resto quella di ricerca) è cresciuta in maniera straordinaria. A puro titolo di esempio ricordo che eravamo partiti con 7 letti di degenza e ora, tra Pisa e Massa ve ne sono circa 150. Ciò ha comportato la progressiva esigenza di coordinare l'attività di sanitaria dell'Istituto con il Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare con le Aziende Sanitarie di Pisa e di Massa, in cui hanno sede i due presidi ospedalieri dell'Istituto. Questo tipo di coordinamento è avvenuto in passato attraverso convenzioni tra il CNR, la Regione Toscana e le Aziende Ospedaliere interessate. Convenzioni soggette a rinnovo periodico ogni tre anni. Per consolidare questo rapporto si è pensato di dar vita - ed è in avanzata fase di attivazione la sua costituzione - ad una Fondazione, che ha come soci fondatori il CNR e la Regione Toscana e che prenderà il nome di Fondazione Gabriele Monasterio per la Ricerca Medica e di Sanità Pubblica.

Lo scopo primario è consentire, da una parte, all'Istituto di consolidare

la propria attività assistenziale e di fare programmazione di ricerca sanitaria a lungo termine e di consentire dall'altra al Servizio Sanitario Regionale di avvalersi istituzionalmente di un centro di ricerca avanzato in cui poter sperimentare nuove tecnologie, nuovi percorsi diagnostici e terapeutici, prima di un loro eventuale trasferimento nella realtà sanitaria regionale.

Perché questo nome?

Come molti medici di Pisa ricorderanno, il Professor Monasterio è stato per moltissimi anni il Direttore della Clinica Medica, e si deve alla sua lungimiranza l'idea di realizzare il Laboratorio di Fisiologia Clinica, come allora si chiamava, in cui a strettissimo contatto lavoravano medici, biologi, fisici, ingegneri, chimici, matematici. E questo spirito multidisciplinare è ancora vivissimo oggi come allora nell'Istituto.

Cosa cambierà e cosa rimarrà invariato nella vita dell'Istituto?

Dal punto di vista gestionale vi saranno modifiche sostanziali, perché la Fondazione avrà una sua struttura gestionale e amministrativa autonoma, rispetto all'IFC che rimarrà un Istituto del CNR.

Quello che noi tutti vogliamo, al di là della casacca che indosseremo, è che continui lo spirito a cui ho sopra accennato e che Fondazione e IFC possano per il futuro operare come le due facce di un'unica realtà.

Non si tratterà infatti di due realtà distinte ma di due componenti fortemente integrate e necessarie l'una all'altra.

Cosa cambierà per il personale che lavora in IFC?

Il personale universitario e del CNR che opera nell'Istituto potrà continuare ad operare come dipendente del proprio Ente con un'opportuna convenzione oppure optare nel prossimo tempo di passare alle dipendenze della Fondazione. Importanti cambiamenti ci saranno soprattutto per il personale attualmente a contratto a tempo determinato, che a vario titolo svolge attività sanitaria in IFC, e per il quale, sulla base della pianta organica, sarà possibile un'assunzione a tempo indeterminato nella Fondazione.

Come si pone l'ambiente universitario nei confronti della Fondazione?

Molto bene, anche perché la Fondazione non è e non vuole essere la quinta Azienda Ospedaliera della Regione Toscana. Tanto è vero che le Università saranno presenti nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione con i presidi delle Facoltà di Medicina delle tre Università di Pisa, Firenze e Siena.

A che punto è l'iter giuridico?

La maggior parte delle procedure sono già state espletate. Tra cui l'approvazione dello statuto da parte dell'Assessorato della Sanità, della Giunta della Regione Toscana e del CNR.

Vi saranno delle modifiche nei rapporti con i medici sul territorio?

Non potranno, a mio giudizio, che migliorare.

Utero: in arrivo il vaccino anticancro

Capitale internazionale del farmaco per un giorno, Pisa ha dato corpo, con le sue XXIII "Giornate Farmaceutiche", ad una notizia di grosso spessore medico e sociale. Entro il prossimo anno sarà infatti disponibile anche in Italia (negli Stati Uniti già da luglio) il primo vaccino contro il tumore della cervice uterina. Senz'altro un deciso passo in avanti, date le motivazioni causali della malattia, la trasformazione cioè maligna di un'infezione da papilloma virus. Il significato della novità è soprattutto legato alla grande diffusibilità del virus, trasmissibile attraverso i rapporti sessuali (ne è portatore il 70% delle donne).

In una parte di loro, per motivazioni legate alle condizioni della persona soprattutto ed alla carica virale, il virus si trasforma in neoplasia, con tutte le negative conseguenze. Basti infatti pensare come, soltanto in Italia, muoiano sei donne al giorno per tale motivazione. Dunque, prima applicazione: vaccinare ogni donna in epoca precedente l'inizio dell'attività sessuale. Lo ha detto in particolare il prof. Antonio Perino, docente di Ostetricia e Ginecologia all'Università di Palermo, che nel nostro Paese ha coordinato la sperimentazione clinica (in totale sono state arruolate per lo studio oltre 12 donne nel mondo).

In aggiunta, Perino ha sottolineato come il vaccino abbia dimostrato l'assenza di effetti collaterali essendo stato allestito con ceppi privati di DNA.

Inoltre - è il suo pensiero - si dimostra attivo, essendo tetravalente, contro quattro degli stipiti virali più

comuni. Una particolarità non secondaria, in quanto contrasterebbe efficacemente la comparsa dei condilomi acuminati, una lesione certamente non maligna, comunque eradicabile soltanto attraverso l'applicazione di terapie lunghe e disagiati.

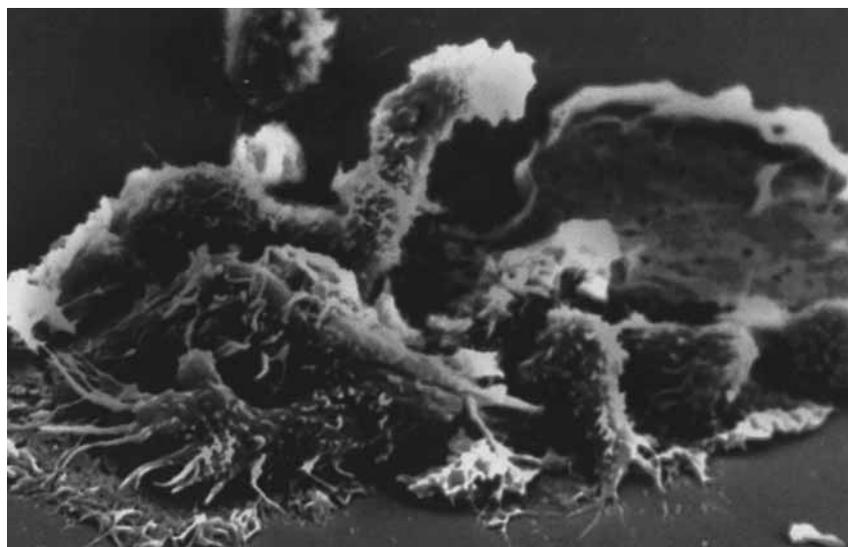
Trattandosi poi di infezioni sessualmente trasmesse, l'ottica futura - sempre secondo Perino - dovrà in ogni modo prendere in dovuta

considerazione la possibilità di una profilassi anche sul sesso maschile. Comunque, si sta aprendo una frontiera tutta nuova, legata all'impiego delle nuove biotecnologie, che certamente darà la possibilità di affrontare altre situazioni come quella dovuta all'azione dell'Herpes Zoster, il cosiddetto "Fuoco di sant'Antonio" o le lesioni nevralgiche post-herpetiche, più frequenti nella terza età. Oltre quindi alle donne, anche gli anziani potranno



beneficiare a breve di tale innovativa scoperta.

Ed in tema di vaccini in generale, secondo Daniel Jacques Cristelli, Amministratore Delegato della Sanofi Pasteur, la ditta che ha prodotto il vaccino contro il papilloma, passi avanti ne sono stati fatti. Intanto sappiamo che il virus non è passato nell'uomo, non passerà nella forma con cui si mostra oggi, non vi è alcun pericolo di contagio umano.



A tutela di un'influenza aviaria, tuttavia, il Ministero della Salute ha acquistato, dalla Sanofi Pasteur, 185 mila dosi di vaccino H5N1, attualmente conservato in bulk presso lo stabilimento Marcy l'Etoile di Lione.

Nell'incertezza di conoscere se e quando una pandemia si verificherebbe,

dall'attacco di batteri e/o virus, ma che sia anche in grado di coprire un arco di tempo più ampio rispetto a quello annuale del vaccino contro l'influenza.

Ebbene questo vaccino esiste ed è in grado, potenzialmente, di abbassare del 50% la possibilità di morte per complicanze in tutti i pa-

l'anziano. Vaccinandosi ci si assicura contro questo pericolo per cinque anni.

Se un tempo si parlava di vaccinazione di massa per evitare milioni di morti, oggi si parla di vaccinazioni capaci di migliorare la vita individuale, familiare e della collettività, sia in termini di tempo che dal



rà, si sa che il 50% dei decessi sarà dovuto alle complicanze respiratorie, come la polmonite.

Una vera prevenzione - è emerso dall'importante manifestazione scientifica promossa da Farindustria e dalle Grafiche Zannini - sarebbe anche la possibilità di combattere questo pericolo attraverso un vaccino che ci difenda non solo

zienti anziani ed a rischio che si ammalano d'influenza.

A ciò si aggiunga che ogni anno si registrano 30 mila casi di polmonite in soggetti "over 65" ed in quelli affetti da patologie croniche. Tremila circa sono i decessi.

Potremo dunque definire il vaccino contro la polmonite, causata dallo "streptococco pneumoniae", con il nome di anti-pneumococco del-

punto di vista della qualità.

Le vaccinazioni rappresentano, dunque, uno dei più efficaci strumenti di prevenzione a nostra disposizione. In pratica, chi si vaccina e chi vaccina compie un'azione intelligente.

Non solo difende se stesso e gli altri, ma riduce, financo ad azzerare, i costi sociali e economici che comporta ammalarsi.

III corso di perfezionamento in Ecografia vascolare in emergenza

La valutazione delle urgenze vascolari è l'argomento del III corso teorico-pratico di ecografia vascolare in emergenza organizzato dal 13 al 16 giugno presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. Il corso è rivolto agli addetti alla diagnostica ecocolor Doppler, operatori e specialisti di diversa provenienza disciplinare (internisti, cardiologi, radiologi, neurologi, angiologi, chirurghi vascolari, e medici dell'emergenza) interessati ad approfondire le applicazioni delle tecniche con ultrasuoni nella fase acuta dei principali quadri di patologia vascolare (ictus, trombosi venosa profonda, complicanze vascolari procedurali, ischemia critica delle arterie degli arti inferiori, com-

plicanze acute degli aneurismi, traumatologia).

Il corso ha caratteristiche multidisciplinari con l'intento di delineare un percorso condiviso nell'approccio alla patologia in fase acuta sia dal punto di vista organizzativo che diagnostico-terapeutico.

Ogni sessione prevede una descrizione degli aspetti essenziali dei singoli quadri clinici in emergenza con l'intento di delineare i principali e comuni quesiti diagnostici posti all'ecografista.

La parte più ampia e centrale di ogni sessione è dedicata all'insegnamento del metodo con ultrasuoni e alle applicazioni che permettono una corretta diagnostica differenziale.

La parte pratica del corso si articola in 4 sessioni pomeridiane che si aprono con lezioni di orientamento in fisica Doppler, strumentazione ecografica e si chiudono con le esercitazioni ecocolor Doppler.

Il corso si terrà presso l'Aula Magna della Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Viale Morgagni 85 - Firenze

Per informazioni ed iscrizioni:

Plesso didattico
Viale Morgagni 40
50134 Firenze
Tel. 055 4598776-772
Fax 055 4598928

e mail: perfezionamento@polobiomedico.unifi.it



La mandragora: fra terapia e magia



Nella storia della medicina, fin dai tempi antichi ritroviamo ampiamente citata, accanto ad altre droghe vegetali, la mandragora specie per le sue proprietà analgesiche e narcotiche. Conosciuta ed apprezzata dagli Egiziani e dagli Ebrei, si ritrova ricordata perfino nella Bibbia nel libro della Genesi, quando si narra la sconcertante storia di Giacobbe e delle due sue mogli Lia e Rachele e per la prima volta le viene attribuito un potere afrodisiaco.

La sua fama continuò ai tempi del-

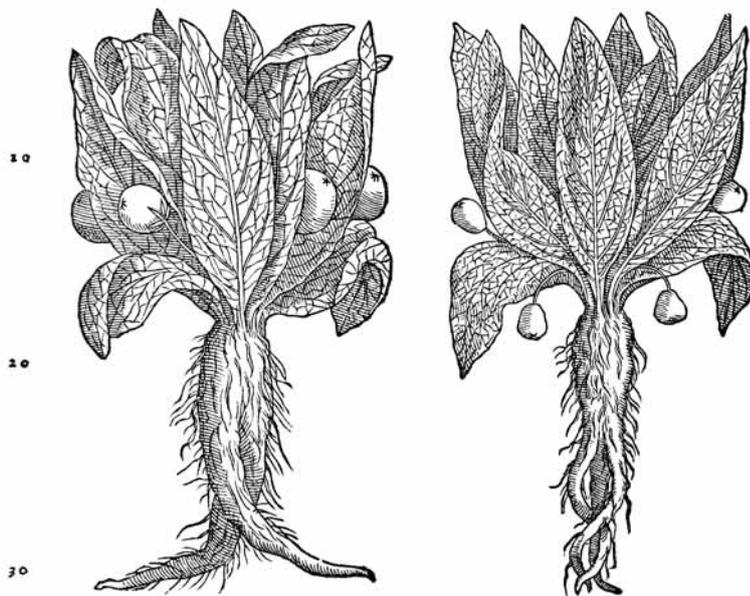
la Grecia classica ed Ippocrate la consigliava in infuso per la cura della malinconia e nelle febbri quartane; nella medicina di epoca romana, ritroviamo Celso, nel suo *De re medica* suggerisce di farla bere in decotto ai pazienti che devono essere operati, per non farli soffrire; importante anche la sua osservazione che è capace di produrre dilatazione delle pupille e difficoltà della visione.

Per le sue riconosciute proprietà narcotiche, è descritta da Plinio nella sua *Historia naturalis*, ed è lui

Nel quarto lib. di Dioscoride. 501

MANDRAGORA MASCHIO.

MANDRAGORA FEMINA.



lifica di tal forte, che ageuolmente se ne puo improntare cio che si voglia. Impiastransi conueneuolmente le frondi fresche, insieme con polenta alle infiammazioni de gli occhi, & alle posteme caufate dall'ulcere: risolouono tutte le durezza, posteme, scrofole, & altri piccioli tumori: spengono le margini delle cicatrici senza vlcercarle, se si fregano leggiermente cinque, ouer sei giorni. Condifconli le frondi in salamuoa per tutte queste cose. La radice trita, & impiastrata con aceto, medica al fuoco sacro: & con mele, ouero con olio, al morfo de i serpenti. risolue applicata con acqua le scrofole, & i piccioli tumori: & mitiga con polenta i dolori delle giunture. Falsi della corteccia della radice il uino senza cuocerlo in questo modo. Mettonsi tre mine delle sue scorze in un cado di uin dolce. Danfene poscia tre ciathi à coloro, à i quali (come è ftato detto) senza sentir dolore bisogna fegare qual-

Fig 1: A. Mattioli, *I Discorsi su i sei libri della materia medica...*, In Vinegia 1557



Fig 2: Dioscorides Pedacius, *De medicinali materia*

che scrive che questa pianta deve essere scavata con cautela, guardando verso occidente e dopo aver fatto con una spada tre segni circolari.

Nacquero altre leggende su di essa, fra cui quella che per estrarla non si poteva toccarla con mano pena la morte immediata, per cui era necessario legarla ad un cane il quale volendo seguire il padrone tirava la corda con impeto, estraendo così la radice ma rimanendo subito fulminato.

Delle virtù della mandragora (questa pianta appartiene alla famiglia delle Solanacee ed è ricca di alcuni alcaloidi) parla lungamente anche Dioscoride, il quale ricorda che la radice conferisce virtù amatorie e che ne esistono di due specie, una nera che si ritiene essere femmina

e che produce frutti simili alle sorbe, ed un'altra bianca, che è il maschio e che ha frutti più grandi dell'altra.

Questo autore consiglia di dare il succo delle radici fresche misto al vino melato specie per ottenere un sonno profondo, che permette qualsiasi tipo di operazione.

Successivamente Paolo d'Egina le attribuisce anche un potere magico; egli scrive in proposito: "quando vuoi fare un sortilegio a qualcuno, fai bollire nel vino la radice o i frutti o le foglie di mandragora;

quando tutto è ridotto ad un terzo, dallo a bere a colui che deve essere vittima del sortilegio".

Per tutto il medioevo il suo succo fu raccomandato per le sue qualità soporifere ed era uno dei componenti più importanti del liquido nel quale venivano imbevute le famose spugne per addormentare che venivano poste sotto il naso dei malati, delle quali parla l'*Antidotario* di Nicolò di Salerno e che furono in seguito ampiamente usate nella pratica dai grandi chirurghi di quei tempi. Ricordata anche da santa

Ildegarda da Bingen nel suo famoso libro *Physica*, un interessante ricettario di allora, è poi citata da Pietro Mattioli nel suo commento a Dioscoride, che ne sottolinea le sue proprietà, negando però le credenze superstiziose e le tante speculazioni dei ciarlatani che spacciavano per vere vendendole su vasta scala a carissimo prezzo, radici falsificate con altre piante.

La mandragora fu anzitutto considerata la più celebre fra tutte quelle magiche, dotata di grandi poteri, specie la radice per la sua strana



Fig 3: La pianta della mandragora in una raffigurazione medievale



T A Mandragora sic fredda z humida nel terzo gra

Fig 4: *Herbolario volgare*, in Venetia 1539

forma che ricorda il corpo umano; ciò stimolò l'immaginazione popolare e quella dei medici e fu rappresentata negli antichi erbari di quest'epoca con una testa di uomo o di donna.

Nacquero tante leggende in proposito, fra cui tutto il complesso rituale di come raccoglierla e si ribadisce che doveva avvenire di notte e con l'ausilio di un cane per estrarla, pena la morte immediata del soggetto che l'avesse estratta con le sue mani.

Se ne specificano due tipi, maschile e femminile; è da usarsi specie la

radice in decotto, potente per le sue proprietà fredde e secche. Insieme alla fama delle sue virtù terapeutiche, fu quella di potente afrodisiaco, efficace nel rendere possibile la gravidanza.

Così in quasi tutte le antiche leggende, come nelle poesie amorose dell'antichità, la mandragora è ricordata come mezzo di sicuro successo, procurava amore, matrimoni e fecondità; data ad esempio alla donna prima di unirsi al marito, questa sicuramente ne sarebbe restata incinta, era una panacea che aveva anche la proprietà di accrescere le ricchezze di chi la posse-

deva. Tutto ciò era creduto non solo dal popolo, ma anche dai potenti: fra i beni di Carlo V ad esempio, si ritrovarono due mandragore in un astuccio di cuoio.

Avrebbe avuto inoltre virtù profetiche perché, se trasformata magicamente in un omuncolo con una serie di complesse operazioni, avrebbe risposto coi movimenti della testa alle domande dell'interlocutore, facendo anche scoprire tesori nascosti.

Fu considerata pure un'erba delle streghe, che se ne sarebbero servite per rubare nelle case o per rapire i neonati.

Avvennero così tanti processi di cui il più celebre quello contro Giovanna d'Arco dove nei capi di accusa contro di lei c'era anche quello che usava portare una mandragora sul petto.

Secondo l'interpretazione cristiana maturata in ambiente ebraico, la radice avrebbe avuto invece la virtù di scacciare i diavoli.

Le virtù della mandragora continuarono ad essere vantate anche nel corso del Seicento ed era allora ritenuta la più efficace quella cresciuta sotto la forca nel punto nel quale era caduto morto un giovane forte e sano.

La pianta trova il suo posto ed è presente anche nella letteratura, in versi ed in prosa: è ripetutamente citata dal Boccaccio nelle sue novelle, da Shakespeare nel "Romeo e Giulietta", e specialmente celebrata da Machiavelli che le dedicò una sua famosa commedia, con il vecchio ricco e credulone, la sua avvenente moglie Lucrezia e il di lei spasimante Callimaco.

Col passare dei tempi e venendo ad epoche più vicine a noi, con le nuove ricerche della farmacologia la mandragora perde il posto importante che essa aveva avuto nell'antica farmacopea, pur rimanendo ancora ricordata nella medicina popolare.

I medici pisani ricordano il prof. Lorenzo Pera un grande maestro di anatomia umana

Con la scomparsa del prof. Lorenzo Pera è venuta senz'altro a mancare una figura irripetibile per umanità e professionalità nella vita e nella cultura del nostro Ateneo. Un esempio di trasparenza e rettitudine morale a cui sempre si potrà fare riferimento.

PisaMedica lo vuole dal canto proprio ricordare, interpretando il comune pensiero di tutti i colleghi ed al tempo stesso con le parole del nostro presidente.

“Un Maestro nella vita e nel lavoro, indimenticabile”. Così il presidente dell'Ordine dei Medici - Chirurgi ed Odontoiatri, Giuseppe Figlini, ha recentemente ricordato, il prof. Lorenzo Pera, già direttore dell'Istituto di Anatomia Umana per 17 anni, recentemente scomparso.

“Una figura che ha tracciato un solco nei cuori di noi giovani e nelle menti dei futuri medici”, ha aggiunto, “perchè ha saputo infondere la passione e la dedizione per quelle che considerava le basi nella formazione dello studente

universitario”.

“Aveva in sostanza compreso quanto importanti fossero le basi culturali e pratiche, i fondamentali, nella costruzione di quella figura umana e professionale che poi avrebbe dovuto dedicarsi alla tutela della salute della gente. Così il prof. Pera intendeva forgiare lo studente, futuro medico. L'anatomia era l'asse portante su cui poi costruire un edificio solido che resistesse all'oblio del tempo”.

50 anni della propria vita, spesi ad apprendere ed insegnare, rappresentano una dimostrazione di quanto per lui valesse lo studio del corpo umano e la ricerca scientifica. Ancor oggi, le sue scoperte sono prezioso punto di riferimento per intere generazioni e la stessa Università ne ha riconosciuto il valore quando, nel 1978, lo insignì con il prestigioso riconoscimento del “Cherubino d'oro” che l'Ateneo attribuisce ai ricercatori di talento.

Ma il percorso tracciato nell'intervista, rilasciata alla stampa, dal presidente dell'Ordine ha evidenziato in particolare le doti umane

e la capacità di saper comunicare ogni cosa con straordinaria chiarezza e semplicità.

“Fra i colleghi più anziani”, ha detto ancora, “molti lo rammentano sui banchi dell'Istituto, nelle sale anatomiche, a contatto diretto con gli allievi che conosceva uno ad uno e dai quali pretendeva il massimo proprio perché d'eccellenza era la qualità d'insegnamento”.

“Oggi noi lo ricordiamo così e chiediamo fin d'ora con forza” - ha concluso Figlini - “che sia anche la città di Pisa, cui Lorenzo Pera tanto ha dato per immagine e fama, a commemorarlo in modo degno”.

In tal senso l'Ordine sta valutando iniziative di sensibilizzazione presso gli organi istituzionali affinché si giunga a concreti risultati.

A nome di tutti un ultimo ricordo: “Caro Professore, grazie per tutto quello che ci hai donato, ne faremo tesoro. Non ti dimenticheremo mai”.



La
fedeltà
dei nostri clienti
ha radici
profonde.

La fedeltà dei nostri clienti non è frutto di un'infatuazione ma nasce dalla condivisione di interessi e obiettivi comuni. Un mix di creatività, esperienza, competenze marketing e media ci consentono di proporre un'offerta di servizi di comunicazione a 360 gradi. Idee, strumenti e soluzioni di comunicazione ad alto valore aggiunto, pensate e realizzate su misura per le esigenze di clienti grandi e piccoli che vogliono metter radici senza porsi limiti di crescita. Il successo del nostro lavoro, dall'immagine di marca all'advertising, dal collateral alle attività di R.P. e ufficio stampa, all'organizzazione e gestione completa di meetings e convegni, è quello dei nostri clienti.

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



LA COMUNICAZIONE A 360°

Rinnovo del Consiglio Nazionale e del Direttivo della sezione

La nostra Associazione si troverà ad affrontare appuntamenti molto importanti per la fine di questo anno sociale.

Dal 9 al 12 maggio si è svolto il XII° Congresso Nazionale a Montecatini, nel corso del quale saranno contemplate le elezioni per il rinnovo dell'Esecutivo Nazionale.

Inoltre quest'anno è arrivato a scadenza anche il Direttivo e il Collegio dei Probiviri e dei Revisori dei Conti della nostra sezione ed il 6 giugno si svolgeranno le elezioni per il loro rinnovo.

Il Congresso Nazionale si presenta già con una atmosfera ricca di dibattiti e di confronti; si è sentita la necessità di aggiornare lo Statuto per adeguarlo alle norme attuali e ai cambiamenti che si sono verificati nella società civile e in particolare nel mondo medico.

Il nostro Statuto risale a molti anni

fa, precisamente al 1970, anno della fondazione dell'AMMI. Da allora le varie Presidenti Nazionali e i vari Direttivi Nazionali che si sono succeduti nel tempo hanno agito ispirandosi alle linee guida indicate dalle regole statutarie ed oggi a trentasei anni di distanza l'Associazione si presenta viva e dinamica, ricca di entusiasmo e presente più che mai nel contesto sociale.

Oggi l'AMMI è di fatto riconosciuta nell'ambito dell'Associazionismo. Perciò all'esame dei fatti, i principi e le regole cui abbiamo fatto e facciamo riferimento sono ancora validi e giusti; sicuramente vi sono aspetti marginali non tanto da modificare, ma quanto meno da specificare; dobbiamo invece rifiutare ipotesi di stravolgimenti statuari.

Intanto dobbiamo riconfermare che la nostra associazione è una Associazione femminile e come tale

spesso agisce in sintonia con altre associazioni femminili.

Tuttavia dobbiamo riconoscere che in questo quarto di secolo la condizione femminile si è notevolmente evoluta; allora la stragrande maggioranza delle donne erano mogli di medici, oggi moltissime sono medico loro stesse, con marito medico o non medico; tantissime sono riuscite ad ottenere successo professionale raggiungendo posti di prestigio negli Ospedali e nelle Università.

Proprio durante quest'anno sociale la nostra sezione ha organizzato un corso di Educazione Sanitaria che abbiamo chiamato "Le Donne per le Donne" tenuto esclusivamente da Professoressa Universitarie particolarmente esperte ognuna nella propria materia.

Perciò un argomento da affrontare al prossimo Congresso sarà proprio quello di come inserire e far partecipare alla nostra Associazione le donne medico, specie con marito non medico.

Comunque prima delle novità "il nostro compito deve essere tutelare il grande patrimonio morale e umano che ci è stato tramandato dalle migliaia di ammine che ci hanno preceduto e che, credendo nelle sue finalità e nei suoi valori, ad esso hanno dedicato tempo, impegno e passione". Non dobbiamo però ignorare le nuove esigenze che sorgono dalla società civile e dal mondo femminile.





ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / info@progettoluceonline.org

Segreteria Scientifica:

U.O. Oculistica Universitaria / Via Roma, 67 56126 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 992 976 / progettoluce@unipisa.it

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



ULIVETO®
Aiuta la Digestione

Nel comune di Vicopisano, circondato dal verde degli ulivi, dove le colline toscane degradano verso le rive dell'Arno, sorge un borgo che deve la sua storia e il suo sviluppo alla Fonte dell'acqua che porta il suo nome: Uliveto.

Un documento del Mille, riportato da Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) ci narra che già a quei tempi erano noti gli effetti non solo dissetanti ma soprattutto salutistici di quest'acqua.

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

**Con Uliveto
digerisci meglio.**

