

PisaMedica

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

Sped. a. p. 45% - art. 2 comma 20/b - Legge 662/96 Filiale di Pisa - € 2,00



In questo numero:

**Cellule staminali:
potenzialità e limiti
nella ricerca applicata**

Mario Petrini
Direttore UO Ematologia AOUP

**Come sta cambiando
il percorso di studi
in odontoiatria**

Mario Gabriele Presidente Corso di Laurea
in Odontoiatria Università di Pisa

**Il ricordo
del Prof. Palagi**

Elio Tramonte
Consigliere Ordine dei Medici di 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.



amplifon

La **vita** ti parla

PisaMedica ponte mediatico



L'interesse mostrato dai colleghi nel primo numero del nuovo corso di Pisa Medica è il miglior viatico per chi, come il sottoscritto, sta muovendo i primi, difficili passi nel mondo della comunicazione.

Molteplici gli apprezzamenti ed altrettanti gli appunti critici a dimostrazione del desiderio di partecipazione al dibattito in corso per la promozione delle tante e varieguate attività che il nostro Ordine promuove anche attraverso il "bollettino".

Probabilmente non riusciremo a soddisfare le tante richieste pervenute, ma di sicuro il percorso delineato ha già alimentato un dibattito costante e costruttivo che è, o meglio dovrebbe, essere "norma" in ogni organismo associativo.

Il ponte mediatico che "Pisa Medica" rappresenta consente e consentirà ancor più, a tutti i colleghi, di avere informazioni certe su quanto possa interessare e facilitare la nostra professione.

Il progetto editoriale originario, a buon diritto intriso anche di articoli "leggeri" e/o comunque di facile ed immediata fruizione, si è arricchito adesso di argomentazioni che trattano con molta

appropriatezza le attività di ricerca che sia l'Azienda USL 5 che l'AOUP stanno conducendo con la collaborazione di Medici di Medicina Generale.

Un rapporto sempre più stretto, quello tra "Ospedale e Territorio", dove la figura del Medico Generico riassume finalmente il ruolo che gli compete, esattamente come enunciato nel SSN che, lo colloca come figura centrale del Sistema Sanitario.

Dialogo, sinergia, chiarezza, professionalità, sono questi gli ingredienti primari per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Ma anche una buona informazione ed un costante, sereno confronto fra le varie componenti mediche, di cui dare notizia anche su "Pisa Medica", possono trasformarsi in quel valore aggiunto utilissimo ad accelerare ed ottimizzare e favorire il cittadino nel percorso assistenziale in modo deontologicamente corretto.



In considerazione di quanto sopra esposto ed in generale, invitiamo tutti i lettori a contribuire con osservazioni, idee ed eventuali suggerimenti per rendere il "bollettino" sempre più consono ai nostri desiderata, inviando per e-mail o per posta ordinaria le proprie considerazioni alla segreteria dell'Ordine dei Medici di Pisa.

Coloro che non dovessero ricevere la rivista sono pregati di informare l'Ordine del disservizio in modo da essere inseriti nella mailing list di PisaMedica.

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Paolo Giuseppe Baldi, Carlo Borsari,
Piero Bucciatti, Antonio De Luca,
Sergio Ghione, Cataldo Graci,
Eugenio Orsitto, Mario Petrini,
Paolo Rindi, Massimo Seccia,
Elio Tramonte, Teresa Galoppi,
Franco Pancani,
Maria Cecilia Villani,
Gabriele Bartolomei,
Paolo Graziani

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini,
Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
Digiprint

Cellule staminali: potenzialità e limiti nella ricerca applicata



Intervista a: Mario Petrin
Direttore U.O. Ematologia
Direttore Scientifico del Centro
Universitario Colture Cellule
Staminali (CUCCS) istituito dalla
Regione Toscana in collaborazione
con Azienda Ospedaliera e
Università di Pisa

Che cosa hanno modificato le recenti disposizioni europee nella ricerca applicata?

La ricerca sulle cellule staminali embrionali costituisce, a tutt'oggi, una sfida tecnologica e culturale ma le possibilità applicative in tempi brevi sono scarse.

Negli ultimi anni sono state chiaramente dimostrate le potenzialità differenziative di queste cellule ma non vi sono convincenti modelli applicativi. Troppe intrinseche limitazioni, messe in risalto, a suo tempo, anche dalla Commissione Etica Europea, non lasciano prevedere una rapida applicazione, specialmente nei settori per i quali c'è maggiore attesa.

In particolare, l'impiego con fini terapeutici nelle lesioni del sistema nervoso centrale sembrano molto distanti anche se è stata chiaramente dimostrata la possibilità di indurre differenziamento neuronale a partire da cellule embrionali. Anche a Pisa, presso la neurofarmacologia, sono in corso studi sull'identificazione di cellule staminali neuronali e sulla possibilità di indurre differenziazione dopaminergica ma la ricerca è ancora limitata al modello animale.

Prescindendo dalle problematiche etiche e religiose che pure hanno un loro importantissimo peso, l'impiego delle cellule embrionali, quando

ne sarà dimostrata la fattibilità, dovrà tener conto dei possibili rischi legati alla trasformazione neoplastica, alla non regolata funzione ed alla possibile trasmissione di patologie. Occorre, altresì, considerare che l'immissione di cellule non autologhe comporta la necessità, come per un qualsiasi altro trapianto, di una profonda immunosoppressione.

Le novità legislative, quindi, aumentano la possibilità di ricerca anche se non sono prevedibili rapide applicazioni.

Le sorgenti alternative di staminali hanno possibilità applicative?

La maggior parte delle ricerche in questo ambito vertono sulle cellule staminali somatiche: ogni individuo porta una riserva di cellule staminali che, se identificate ed espanse, potrebbero costituire la base della medicina rigenerativa.

La possibilità di impiegare cellule autologhe elimina, in primo luogo, ogni necessità di immunosoppressione ed ha minori rischi di trasmissione di patologie. Inoltre, cellule autologhe, sembrano più facilmente responsive ai meccanismi di controllo.

Rimane irrisolto il dubbio se esistano, nell'adulto, cellule totipotenti o se cellule indirizzate verso una linea differenziativa possano, in opportune condizioni, modificare il loro programma e formare tessuti diversi da quelli inizialmente programmati: dal punto di vista applicativo queste differenze sono irrilevanti.

È certo che ogni individuo, durante tutta la vita, mantiene la capacità di rigenerare tessuti e strutture come

la pelle, il fegato, il sangue ecc. Queste proprietà non sono ristrette a particolari tessuti ed anche quelli considerati perenni contengono cellule con potenziale proliferativo: recenti ricerche dimostrano che anche nel sistema nervoso centrale esistono cellule staminali ed anzi, già da molti anni, proprio a Pisa, fu dimostrata dal Prof. Malvaldi l'esistenza di cellule neuronali con capacità proliferativa.

Esistono esempi pratici di applicazione delle cellule staminali somatiche?

La prima, storica, applicazione clinica delle cellule staminali è rappresentata dal trapianto di midollo osseo. È del tutto evidente che la piccolissima popolazione di cellule staminali contenute nel graft è capace di ripopolare l'intero midollo del ricevente e di mantenere, per tutta la vita, l'ematopoiesi.

La successiva introduzione in terapia dell'autotrapianto ha permesso di chiarire che, anche in pazienti pluritrattati, permane la riserva di cellule staminali ematopoietiche e la loro identificazione ha avviato le tecniche di purificazione.

È, oggi, possibile identificare ed isolare, anche dal sangue periferico, quantità di cellule staminali ematopoietiche purificate che consentono un trapianto senza altri contaminanti normali o patologici. Oltre all'eliminazione dai prodotti da trapiantare di eventuali cellule neoplastiche contaminanti, è anche possibile modulare la risposta immunitaria eliminando, ad esempio nel caso di trapianti non completamente compatibili, la componente linfocitaria responsabile del possibile, gravissimo, riget-

to del trapianto verso l'ospite.

Le cellule staminali ematopoietiche sono quindi le cellule staminali totipotenti?

Sembra ragionevole sostenere che le cellule staminali ematopoietiche, così come le identifichiamo oggi, siano già precursori orientati e che la separazione per mezzo di anticorpi monoclonali CD 34+ ci fornisca una miscela di cellule a diverso livello di differenziazione.

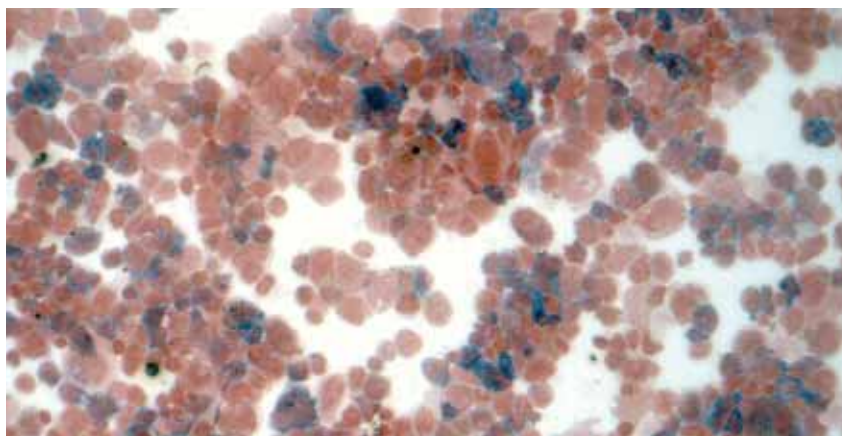
Esistono marcatori che permettono l'identificazione di cellule ancora più immature ma, verosimilmente, non è questa la popolazione delle cellule totipotenti.

Nonostante queste considerazioni è stato possibile ottenere da cellule CD 34+ purificate varie linee di differenziazione tra le quali le più studiate sono quelle muscolare ed endoteliale. Inoltre, secondo alcuni, sarebbe perfino possibile la transdifferenziazione in senso neuronale. Certamente, l'impiego di cellule di derivazione midollare ha avuto ampia applicazione in campo cardiologico e, pur con risultati discordanti, il complesso dei dati della letteratura suggerisce l'utilità dell'impiego nell'infarto e nello scompenso altrimenti intrattabile.

Sono state identificate cellule con maggiori potenzialità di quelle ematopoietiche CD 34+?

L'attenzione della maggior parte dei ricercatori impegnati in questo settore è, oggi, rivolta allo studio delle cellule mesenchimali che possono essere coltivate a partire dal midollo osseo e da numerosi altri tessuti.

Le cellule mesenchimali hanno la possibilità di differenziare, in opportune condizioni di coltura, verso numerose linee e di essere espanse senza che compaiono segni di invecchiamento (accorciamento dei telomeri) o di trasformazione neoplastica (es. mutazioni). Queste cellule, isolate e purificate, possono essere facilmente indiriz-



cellule mesenchimali umane: differenziazione ossea ALP+

zate verso osteoblasti, condrociti, adipociti, precursori endoteliali etc. È inoltre affascinante la possibilità che il condizionamento tissutale possa indurre differenziazione delle cellule mesenchimali senza necessità che queste vengano orientate in una determinata linea differenziativa: queste osservazioni potrebbero dare nuove prospettive agli studi di riparazione ed ingegneria tissutale.

Il celeberrimo lavoro del gruppo di Vescovi, a cui partecipò anche Cristina Magli, oggi a Pisa al CNR, dimostrò la possibilità di una trasformazione di alcune cellule del SNC verso l'ematopoiesi confermando l'ipotesi che cellule staminali esistono in ogni tessuto ed aprendo la strada alle ipotesi di transdifferenziazione, oggi ampiamente ma non universalmente, contestate.

Qual è l'attività di ricerca a Pisa?

Numerosi gruppi lavorano sul tema e sulle potenzialità applicative nella medicina rigenerativa.

Oltre gli evidenti interessi dell'Ematologia che studia anche la potenzialità immunoregolatrice delle cellule mesenchimali e delle CD 34+ vi sono importanti attività nel differenziamento osteoblastico e condroblastico (in collaborazione con le ortopedie), nel condizionamento della risposta immune delle cellule dendritiche (Pediatria), nell'individuazione di cellule dopaminergiche da parte della neurofarmacologia.

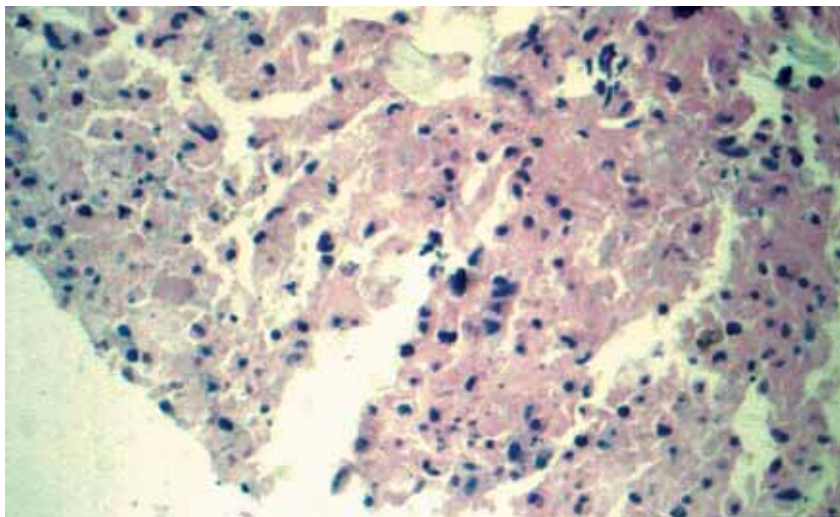
La biochimica è impegnata nella determinazione degli effetti di alcuni fattori di crescita ed in particolare di derivati della vitamina D, mentre l'Istologia valuta, in collaborazione con settori dell'Ingegneria e della Chimica, le possibilità di costruire supporti che condizionino la crescita ed il differenziamento.

Gli studi nel settore endocrinologico sono, prevalentemente, rivolti al possibile impiego delle cellule staminali per riparazione dei danni nei pazienti diabetici ma anche alla possibilità di ricostruire insulae pancreatiche e strutture tiroidee.

In Pneumologia sono in corso lavori sui precursori delle cellule polmonari.

Sembra rilevante notare che anche le specialistiche più selettive hanno interesse nel settore e, ad esempio, in ambiente Otorino si sono messe le basi per la ricostruzione degli ossicini con metodiche biologiche che utilizzano l'impiego delle cellule staminali, in Odontoiatria vi è un progetto per l'impiego delle cellule orientate in senso osteoblastico ed in chirurgia maxillo facciale si stanno valutando le potenzialità nel settore dell'impiantologia.

Studi pionieristici sono stati condotti presso la Cardiologia e, oggi, il CNR è fortemente impegnato nella trasformazione di cellule mesenchimali in cardiomiociti. Non è possibile tralasciare gli studi nel settore della trapiantologia epatica e pancreatica né le potenzialità dell'impiego del sangue da cordo-



cellule mesenchimali:
differenziazione in cartilagine

ne ombelicale, per il quale è stata costituita una importante banca a Cisanello.

Fuori dall'area medica strettamente intesa, ma in fattiva collaborazione, alcuni gruppi di ingegneria lavorano alla costruzione di biomateriali e il prof. Carlucci, a Veterinaria, ha ricostituito, nel cavallo, tendini lesionati e lavora a studi sulla crescita neuronale.

Esistono immediate applicazioni di questi studi?

Certamente la tecnologia ci consentirebbe, immediatamente, di trasferire le conoscenze ottenute in vitro e sull'animale nell'uomo.

Oltre al grande sviluppo dei trapianti di midollo osseo, a Pisa, sono stati eseguiti numerosi interventi in Ortopedia e, in passato, in Cardiologia.

La legislazione attuale non consente l'impiego di cellule staminali, anche se autologhe, per impieghi in vivo – con l'eccezione dei trapianti di midollo osseo – fuori da protocolli sperimentali che debbono essere condotti in laboratori certificati di altissimo livello: in pratica in Italia non vi sono strutture pubbliche pienamente accreditate e pochissime in fase avanzata di accreditamento.

Quali sono gli investimenti in Toscana in questo settore e quali le prospettive?

La Regione Toscana ha finanziato tre grandi progetti nelle tre Aziende Universitarie per lo sviluppo di questo tipo di ricerca.

A Pisa il finanziamento, erogato all'Università e gestito in accordo con l'Azienda Ospedaliera, è stato prevalentemente finalizzato alla realizzazione di laboratori per la manipolazione di cellule staminali da utilizzare in vivo.

Questi laboratori dovranno essere certificati e costituiranno uno dei centri più ampi d'Italia.

Il Progetto è estremamente ambizioso e tende a realizzare, oltre ad una vera e propria cell factory, un

polo biotecnologico dedicato alla ricerca sulle cellule staminali.

Oltre alle evidenti attese in termini di potenziamento dell'offerta sanitaria e della elaborazione di nuovi protocolli terapeutici, la finalità di questo centro sarà quella di espandere linee di ricerca applicativa e traslazionale che portino alla realizzazione di metodiche innovative. Una ricaduta aggiuntiva sarà quella di armonizzare le attività dei numerosi gruppi che lavorano nel settore affrontando la ricerca sulle staminali da diverse angolazioni.

Lo scopo è quello di costituire una massa critica di ricercatori che interagiscano sul tema in modo da costituire una struttura catalizzante che orienti le linee portanti di buona parte della ricerca.

Sinergie tra le tre Università e con il CNR sono già in avanzata fase di realizzazione così come le collaborazioni con Aziende locali e nazionali impegnate in questo ambito.

Con i primi assegni di ricerca erogati si è già costituito un nucleo di ricercatori che, operando in differenti laboratori preesistenti, realizzano un'integrazione delle diverse linee di ricerca ed un virtuoso scambio di informazioni e risultati tra gruppi appartenenti a discipline apparentemente distanti ma che affrontano, da diversi punti di vista, lo stesso tema della medicina rigenerativa.



utilizzo delle cellule staminali nella riparazione di femore

a sx prima

a dx dopo

Un medico internazionale col nuovo esame di Stato

Dopo 45 anni, con il DM del 19/10/2001, n°445, l'esame di abilitazione alla professione medica, noto a tutti come Esame di Stato, è stato radicalmente modificato nella struttura e reso più consono alle sue finalità, inserendolo in quella dimensione europea che dovrebbe caratterizzare sempre più la formazione universitaria delle lauree professionizzanti.

A due anni dalla sua entrata in vigore, possono essere utili alcune considerazioni su questa procedura che, sola, consente l'accesso alla professione di Medico.

Per cominciare, la prova è strutturata in modo completamente nuovo e si articola in due parti: una parte teorica costituita da 90 domande a scelta multipla (DSM), su argomenti di materie pre-cliniche del primo triennio e da 90 DSM su argomenti clinici del secondo triennio del Corso di Laurea. Questa parte è identica e si svolge nello stesso giorno in tutte le sedi universitarie dove è previsto l'esame ed è mirata a verificare la preparazione teorica del candidato, cioè il grado di "sapere" che egli ha tratto dal Corso di studio.

L'altra parte, che è preliminare alla prima, ha invece carattere pratico ed è costituita da un tirocinio valutativo in cui il candidato viene seguito da tutors selezionati lungo percorsi di attività pratica della durata di un mese ciascuno che si svolgono in un reparto universitario e/o ospedaliero di Medicina interna, di Chirurgia generale e nello studio di un Medico di famiglia. La parte pratica di tirocinio valutativo ha, appunto, lo scopo di verificare la capacità a "saper fare" del candidato quando è impegnato con un caso clinico e rappresenta il

momento in cui il suo "sapere" trova applicazione e diventa professionalmente e socialmente utile. L'aver coinvolto anche un Medico di base nel processo di verifica delle capacità pratiche del neolaureato riveste un significato particolare e rappresenta forse l'aspetto più innovativo della procedura: è nell'ambulatorio che il medico, da solo, deve affrontare l'impatto con la malattia. Deve saper gestire il contatto con il paziente, deve saper impostare l'iter diagnostico adeguato per inquadrare la malattia e indirizzare eventualmente il paziente ad un presidio specialistico adeguato. In altre parole, il "sapere" e il "saper fare" che ha acquisito durante la sua formazione nel Corso di Laurea devono manifestarsi come "saper essere" all'altezza della situazione, prendendo la decisione giusta al momento giusto.

Queste, in sostanza, sono le tre qualità che dai tempi di Ippocrate debbono far parte della personalità di un medico e che possono, da sole, garantire della sua professio-

nalità.

Dopo molti decenni il legislatore si è finalmente accorto che l'Esame orale e la Prova Pratica sul paziente che costituivano la vecchia modalità dell'Esame di Stato instaurata nel 1957 potevano accertare solo un aspetto episodico delle competenze del neolaureato; mentre riuscire a rispondere, superando un criterio abbastanza elevato (120/180) a DSM ben scelte che coprono tutto il Core Curriculum del Corso di Studio, presuppone una assiduità e una uniformità di preparazione coltivata per tutti i sei anni.

Analogamente, sul piano della prova pratica, altro è il valore della dimostrazione di "saper fare" effettuata per tre mesi sotto la sorveglianza di tutors responsabili in una serie di circostanze cliniche e ambientali le più diverse ed imprevedibili, rispetto al significato della vecchia prova pratica, effettuata su un caso clinico, di solito scelto tra quelli più paradigmatici.

A questo punto una seconda considerazione: se ne esaminiamo





attentamente la struttura, vediamo che il nuovo Esame di Stato, più che costituire un meccanismo a soglia come il precedente, possiede tutte le caratteristiche di un sistema di valutazione dei singoli laureati, e quindi anche delle capacità formative teorico-pratiche dei Corsi di Laurea in Medicina che li hanno prodotti.

È la prima volta che questo succede nel nostro Paese e, proprio per questa sua caratteristica, l'Esame di Stato potrebbe diventare un utile strumento, da non sottovalutare, per calibrare l'organizzazione didattica dei Corsi di Studio in Medicina delle varie sedi universitarie e per portare ciascuno di essi verso uno standard europeo che assicura non solo visibilità internazionale ai nostri laureati, ma rappresenta anche un elemento positivo per il Servizio sanitario nazionale in termini di efficienza, organizzazione e qualità dell'assistenza al malato.

Naturalmente occorrono delle garanzie per impedire la sterilizzazione dell'Esame come sistema di valutazione, sia sul versante della teoria (verifica del "sapere"), mediante una costante attenzione nella scelta delle DSM e nel loro continuo rinnovamento.

Per questo è necessario che la Commissione ministeriale paritaria deputata alla confezione delle DSM per l'esame, formata da 4 docenti universitari, due di 1^a e due di 2^a fascia, designati dal Ministero, e da

4 Medici Chirurghi designati dalla Confederazione degli Ordini dei Medici, attui ogni anno un rinnovamento di almeno il 10% della base di 5.000 domande disponibili da cui vengono estratte le 180 somministrate in ciascuna delle due sessioni annuali dell'Esame.

Anche per la parte pratica dell'Esame il tirocinio valutativo va organizzato in modo rigoroso e completo in modo da poter esplorare le caratteristiche delle competenze professionali del candidato che si possono riassumere in sette aree principali:

- capacità di intervistare e raccogliere dati anamnestici,
- capacità di fornire informazioni e chiarimenti al paziente,
- capacità relazionali (rapporto medico-paziente),
- comportamento personale del medico con il paziente,
- profilo personale,
- capacità cliniche gestuali,
- capacità cliniche interpretative e decisionali.

A questo proposito va subito eliminato il possibile equivoco che il tirocinio di tre mesi previsto dall'Esame rappresenti un ulteriore addestramento che si aggiunge ai 60 Crediti di Tirocinio Professionalizzante che i laureati hanno acquisito come parte integrante del corso di studi.

In questi tre mesi i tutors hanno solo il dovere di osservare e giudicare il comportamento del laureato esposto a situazioni cliniche del tutto

casuali e imprevedute, mai scelte o preordinate.

Solo così si può formulare un vero giudizio sulla abilità a "saper fare" e a "saper essere" dei candidati.

In questo contesto va sottolineata l'importanza del Medico di base nel suo ruolo di tutor che può, osservando il comportamento del laureato nelle attività della pratica medica ambulatoriale, percepire qualità e difetti nel "saper fare" e nel "saper essere" che talvolta sfuggono al tutor che opera in ambiente clinico.

Ecco che appare sempre più opportuna una stretta collaborazione tra le facoltà Mediche e la Federazione degli Ordini dei Medici per affinare ulteriormente gli elementi di sintonia già esistenti e operare insieme per un auspicabile miglioramento della organizzazione e della efficienza del SSN per una più puntuale cura della salute dei cittadini.

Come considerazione conclusiva vorrei ribadire il fatto, già ben presente a livello della Conferenza dei Presidi delle Facoltà Mediche e di quella dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina italiani, che il nuovo Esame di Abilitazione alla professione di medico Chirurgo, da prova abbastanza routinaria e forse un po' scontata qual'era, potrebbe diventare, se ben utilizzato, un elemento trainante per il miglioramento qualitativo della capacità formativa delle Facoltà Mediche del nostro Paese, contribuendo a portarla a livello dei migliori standard internazionali, in particolare europei dove i nostri medici hanno, in teoria, diritto di esercizio professionale.

In questo modo verrebbe attivato un ciclo virtuoso che porterebbe gradualmente all'inserimento nella professione di laureati in Medicina sempre più preparati e consapevoli del loro ruolo di custodi della salute del cittadino.



Dolore acuto in pronto soccorso

"Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, GIURO: ... di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza..." (Dal giuramento di Ippocrate – Testo moderno)

"I Comitati Ospedale Senza Dolore hanno come obiettivo... il coordinamento nell'ospedale delle diverse iniziative per la lotta al dolore e una formazione adeguata del personale sanitario...." (Progetto "Ospedale senza dolore" 2000 Programma Health Promoting Hospital).

"Non provare dolore inutile è un diritto di ogni cittadino. Questo principio basilare deve trovare applicazione sia nelle strutture ospedaliere, incluso il pronto soccorso, che sul territorio, compreso l'ambito domiciliare... (da: Il controllo e la cura del dolore Piano Sanitario Regionale 2005-2007)

Il trattamento inadeguato del dolore acuto rappresenta tutt'oggi un problema irrisolto. Il Pronto Soccorso, come porta dell'ospedale, rappresenta uno dei punti nevralgici per la lotta al dolore; quest'ultimo, infatti, è sicuramente il sintomo più frequente (fino al 70% dei casi) che spinge l'utente a rivolgersi ad un servizio di Pronto Soccorso. A fronte di un'elevata aspettativa da parte dell'utente esiste, purtroppo, un'attesa prolungata prima che tale sintomo venga efficacemente trattato.

È intuitivo come tutto questo si traduca in una percezione qualitativa pessima del servizio offerto dall'ospedale e dai suoi operatori, sminuendo la professionalità di chi, in una situazione di emergenza-urgenza, riesce ad assicurare al cittadino, nella maggior parte dei casi, una diagnosi esatta ed un'adeguata quanto repentina terapia.

Il dolore acuto in Pronto Soccorso non è un problema solo italiano, ma è un problema ancora irrisolto anche per il sistema sanitario americano, considerato uno dei sistemi sanitari più efficienti se non il migliore nel mondo. Basta fare una ricerca nella lettera-

tura medica internazionale per avere un'idea sulla realtà delle Emergency Room. Intanto, l'intervallo di tempo per ricevere un antidolorifico è mediamente di 78 minuti. Il problema principale, però, sembra essere l'inadeguato trattamento del dolore stesso, legato ad uno scarso uso di farmaci oppiacei. Infatti, da alcuni studi si evince che gli antidolorifici oppiacei vengono prescritti a meno del 20% dei pazienti e in circa un terzo di questi ultimi a dosaggio sub-ottimale.

Tale resistenza all'uso degli oppiacei risiederebbe in una "cultura medica", ancor dura a morire, basata, da un lato, sulla convinzione che necessariamente risulti una dipendenza psicologica dall'uso regolare di oppiacei per il controllo del dolore; dall'altro, sulla paura non giustificata di un effetto collaterale degli oppiacei, l'arresto respiratorio. Vale la pena, a tale riguardo, ricordare come tale effetto sia quello più temuto ma non certo quello più frequente. È interessante osservare, infine, come esistano delle differenze razziali nella somministrazione della terapia antidolorifica, dato che i pazienti neri e quelli ispanici risultano meno trattati rispetto ai bianchi. Alcuni studi condotti indicano

come circa la metà dei pazienti trattati non ricevano una prescrizione per il trattamento domiciliare.

Se è vero che il problema di un adeguato trattamento del dolore acuto nelle Emergency Room è soprattutto culturale, alcuni studi dimostrano come semplici sforzi per diffondere tra i medici la conoscenza degli analgesici ed il controllo degli effetti indesiderati porti ad un più alto livello di soddisfazione da parte degli utenti. In particolare, in uno studio condotto tra gli specializzandi di Medicina d'Urgenza di un teaching hospital americano, un unico incontro didattico di 4 ore sulla gestione del dolore, determinò un significativo miglioramento nel trattamento dei pazienti giunti all'Emergency Room per dolore.

Sicuramente la situazione italiana, con le dovute eccezioni, non è migliore di quella descritta negli Stati Uniti.

Se è vero, però, che tale conclusione si basa sostanzialmente sul riscontro di uno scarso consumo di oppiacei, che non vuol dire necessariamente non trattare il dolore, è pur vero che il dolore non è ancora sistematicamente rilevato, misurato e registrato nella maggior parte

dei Pronto Soccorso italiani. Per tale motivo è più difficile quantificare le “carenze” del nostro sistema.

Il dolore in Pronto Soccorso: necessità di un percorso prestabilito. La tabella 1 mostra le cause principali di dolore acuto per cui l'utente si rivolge al Pronto Soccorso.

Nei primi tre casi (dolore toracico non traumatico, dolore addominale, cefalea) la sua caratterizzazione in termini di localizzazione, intensità, modalità e tempo d'insorgenza, variazione, lo rende prezioso elemento per un corretto inquadramento diagnostico dei più vari quadri clinici.

Tab 1- Il dolore in Pronto Soccorso

Il dolore in Pronto Soccorso

Dolore addominale non traumatico

Cefalea

Traumi: oftalmici, arti, torace,

cingoli, rachide, tessuti molli

Colica renale

Odontalgie

Procedure: EGA, accessi venosi,

catetere venoso centrale, sondino

naso-gastrico, broncoaspirazione,

Esacerbazione di dolore cronico

Proprio per questo, la cultura medica ha sempre incoraggiato il medico a non trattare il dolore finché non sia stata fatta una diagnosi; questo vale soprattutto per il dolore addominale.

Fortunatamente, anche questa tendenza sta cambiando, in quanto diversi studi hanno confermato che la somministrazione precoce di un analgesico consente ai pazienti di rilassarsi; fa ridurre la reazione di difesa, fattore confondente, e permette una più accurata valutazione della tensione localizzata.

Come abbiamo accennato prima, i cardini della gestione del dolore acuto in Pronto Soccorso, come, del resto, in qualunque altra Unità Operativa, sono i seguenti:

1. rilevazione, misurazione e registrazione,
2. trattamento,
3. rivalutazione.

Questi diversi momenti della gestione del dolore si realizzano

normalmente in tempi e ad opera di figure professionali differenti. Consideriamoli nel dettaglio:

1. La rilevazione, misurazione e registrazione viene effettuata da un infermiere professionale che esegue la valutazione di Triage.

Il suo operato segue, o dovrebbe seguire, linee guida sviluppate e condivise dal personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso che identificano a chi rilevare il dolore, la scala di misurazione da utilizzare e la modalità di registrazione.

A proposito di misurazione del dolore, questa può basarsi sui cambiamenti dei parametri respiratori e cardiovascolari, così come l'espressione del viso ed i movimenti del corpo, che si associano frequentemente al dolore.

I parametri fisiologici, tuttavia, permettono di confermare un'ipotesi clinica da parte dell'infermiere, piuttosto che una reale misurazione del dolore.

Tali strumenti vengono più spesso utilizzati nei pazienti pediatrici, che per l'età risultano meno collaboranti.

Sono state ideate alcune scale di autovalutazione (numerica, verbale, VAS) che si basano sulla quantificazione del dolore da parte dell'utente attraverso un numero (0 – 10)

un aggettivo (assente - lieve - moderato - forte - atroce) o una lunghezza (0 – 10 cm).

Si tratta di scale di facile utilizzo per l'utente, anche in contesti “caotici” come quello del Pronto Soccorso. Il limite principale è rappresentato dal fatto che, richiedendo la piena collaborazione dell'utente, sono spesso di difficile applicazione negli anziani e nei bambini.

L'importanza del dolore quale elemento di selezione risulta evidente quando si consideri come la sola intensità del dolore, di per sé, permetta di attribuire un codice di priorità maggiore in particolari stati patologici, indipendentemente dalla gravità degli stessi.

Valga per tutti l'esempio della colica renale, una patologia che, nella maggior parte dei casi, è di facile diagnosi e presenta una gravità minima, ma che si manifesta con un dolore considerato forse il più atroce che un paziente possa sperimentare.

Il dolore, quindi, non è solo un sintomo da analizzare per una corretta diagnosi ma può diventare elemento “autonomo” di classificazione della priorità.

Naturalmente, sarebbe impossibile attribuire un codice di priorità maggiore a tutti gli utenti che presentassero dolore come sintomo prin-





cipale, dato che questo comporterebbe un malfunzionamento del Triage.

Ne risulta, quindi, l'utilità di attribuire un codice di priorità maggiore perlomeno a chi presenti un dolore atroce.

Da quanto detto sopra si evince l'importanza di disporre di protocolli per la rilevazione, misurazione e registrazione del dolore in Pronto Soccorso, che garantisca: puntualità della rilevazione, distribuzione del dolore per codici di priorità, problematiche cliniche, sesso, età.

2. La terapia del dolore è invece una responsabilità del medico di Pronto Soccorso, che sceglie il farmaco che ritiene più adeguato, magari seguendo linee guida di trattamento predefinite.

È ragionevole pensare che tra misurazione e trattamento del dolore ci debba essere una stretta continuità temporale, soprattutto quando il dolore sia di elevata intensità, ma spesso così non è. Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso ai nostri giorni, infatti, fa sì che i tempi di attesa per la visita possano essere lunghi, anche per soggetti con codice di priorità elevata (GIALLO, VERDE) ritardando quindi l'attuazione di una terapia analgesica.

Sono stati messi a punto alcuni protocolli che prevedono, dopo la misurazione del dolore, un pre-trattamento del dolore, in attesa che

l'utente venga valutato dal medico. La somministrazione del farmaco, solitamente un FANS, per esempio, viene fatta direttamente dall'infermiere di Triage, dopo aver escluso eventuali reazioni allergiche riferite dall'utente o controindicazioni. È intuitivo il vantaggio di tali protocolli, principalmente per l'utente, che si sentirà maggiormente considerato e vivrà con meno tensione l'attesa del suo turno.

3. Sempre all'infermiere spetta la rivalutazione del dolore dopo terapia analgesica.

Rilevare e registrare questo dato è di grande importanza per un corretto trattamento.

Si tratta di una procedura nuova nella pratica quotidiana di Pronto Soccorso, la quale permette di inserire, nel percorso di gestione del dolore, il principio della continuità terapeutica.

Qualunque sia, infatti, l'esito della valutazione di Pronto Soccorso, nella sua destinazione intermedia (consulenze) o finale (dimissione - ricovero) l'utente sarà seguito dalla registrazione di un ulteriore "parametro vitale", che permetterà una corretta e mirata gestione della sintomatologia dolorosa.

Basti pensare al paziente che giunge in Pronto Soccorso per politrauma: la rivalutazione del sintomo dolore, alla fine dell'iter diagnostico, assicura un trattamento continuo, che proseguirà quando il paziente verrà preso in carico dall'équipe ortopedica.

In conclusione, la lotta al dolore può essere vinta grazie all'uso di una strategia che vede la sinergia di diverse forze. Innanzitutto, è necessaria, a livello organizzativo, una volontà politica.

In questo senso, va riconosciuto, la Regione Toscana, è impegnata con varie iniziative, ormai da alcuni anni, nel perseguire tale obiettivo. Altrettanto fondamentale è l'impegno di tutti gli operatori sanitari, in ogni contesto della Sanità.

Il Pronto Soccorso e, nel complesso il Dipartimento di Emergenza-Urgenza, può svolgere un ruolo

importante: da un lato, assicurando a tutti i cittadini che si presentino in Pronto Soccorso, il tempestivo ed efficace trattamento del "dolore inutile"; dall'altro, garantendo la continuità del trattamento, attraverso un coordinamento con le U.O. di destinazione finale, quando l'utente venga ricoverato, e, rispettivamente, con i medici del territorio, quando il paziente venga dimesso.

A proposito di quest'ultimo punto, siamo convinti che una collaborazione tra Dipartimento di Emergenza-Urgenza e medici del territorio garantirebbe all'utente anche un miglior funzionamento del Pronto Soccorso.

Un'ultima considerazione riguarda quella "cultura medica" che finora ci ha portati a considerare il dolore un sintomo importante ad orientarci alla diagnosi e, pertanto, inevitabile.

Come abbiamo detto, questo atteggiamento sta cambiando. Sarà fondamentale che la cura del dolore diventi bagaglio culturale del medico in formazione.

Questo, però, non esime noi, medici formati, dal cambiare atteggiamento nell'approccio al dolore, attraverso la formazione continua, tenendo fede così ad un giuramento nel quale ci siamo impegnati a perseguire "...come scopi esclusivi il sollievo dalla sofferenza..."

A questo punto, i colleghi che abbiano avuto la pazienza e la cortesia di leggere fino in fondo il nostro articolo si chiederanno quale sia la situazione del Pronto Soccorso di Pisa. Ebbene, ormai da alcuni anni c'è l'impegno da parte del Dipartimento di Emergenza-Urgenza di perseguire l'obiettivo di combattere il dolore acuto in Pronto Soccorso, attraverso una serie di iniziative che verranno espone in un prossimo articolo.

Il D.L. n°223 del 4 luglio 2006 convertito in L. 248/06



Il decreto Legge n. 223 del 4 luglio 2006, convertito in L. 248/06 ha introdotto molteplici e significative novità i cui obblighi decorrono dalla data del 4 luglio 2006, e che riguardano anche i professionisti.

Analizziamole singolarmente:

Obbligo di riscuotere i compensi di importo superiore a € 1.000,00 (fino al 30.06.07) mediante: assegni non trasferibili, bonifici bancari, moneta elettronica, altre modalità di pagamento bancario o postale. La soglia limite di incasso per contanti è poi destinata a diminuire nel modo seguente: a € 500,00 dal 01.07.07 al 30.06.08 e dal 01.07.08 in poi a € 100,00.

Obbligo di utilizzare un c/c bancario (o postale) sul quale affluiscono obbligatoriamente le somme riscosse nell'esercizio dell'attività (compresi gli importi incassati per contanti fino a € 1.000,00) e dal quale sono effettuati i prelevamenti

personali e per il pagamento delle spese. Se è già esistente un c/c bancario intestato non è necessario aprirne uno nuovo, anche se è preferibile, per motivi di chiarezza avere un c/c dedicato all'attività professionale.

Inoltre stante l'obbligo per i soggetti titolari di partita iva di effettuare i pagamenti delle imposte, tasse e contributi, tramite internet (modello F24 telematico) è consigliabile al momento dell'apertura del c/c bancario che questo sia accessibile via internet, e che l'Istituto di credito prescelto sia convenzionato con l'Agenzia delle Entrate (l'elenco delle banche convenzionate può essere consultato sul sito www.agenziaentrate.it).

Come sopra accennato a decorrere dal 1° ottobre 2006 i pagamenti di imposte, contributi e premi (compresi i versamenti alle Casse di Previdenza) versati tramite Mod. F24 potranno essere effettuati uni-

camente per via telematica (previa richiesta del pin alla Agenzia delle Entrate o tramite intermediario abilitato).

Quindi o il contribuente provvederà in prima persona attraverso il proprio computer mediante l'utilizzo delle procedure messe a disposizione dall'Agenzia delle Entrate, oppure darà incarico al proprio commercialista di effettuare il pagamento, autorizzandolo a prelevare dal proprio c/c. Ma pare poco probabile che entro il 1° Ottobre p.v. sia possibile provvedere ai pagamenti in via telematica, infatti oltre agli intermediari abilitati anche le case di software lamentano grosse difficoltà nell'attuazione delle nuove regole (vedi Il Sole 24 Ore del 29.08.2006).

Poiché è stato ripristinato l'obbligo di inviare l'elenco Clienti e Fornitori, è assolutamente necessario che sulle ricevute emesse venga indicato il codice fiscale e/o il numero di partita iva del Cliente.

Unica deroga è prevista per l'anno di imposta 2006, che prevede che nell'elenco clienti compaiano esclusivamente coloro che sono titolari di partita iva.

Sono stati anticipati, anche se di pochi giorni, i termini previsti per il versamento delle imposte, compresa l'Ici dovuta sui terreni e sugli immobili la cui prima rata scadrà il 16 giugno 2007 anziché il 30 giugno e la seconda rata il 16 dicembre 2007 anziché il 20 Dicembre. Sono stati anticipati anche i termini di presentazione delle dichiarazioni dei redditi: non più entro il 31 Ottobre ma entro il 31 Luglio.

Tante sono ancora le novità introdotte in ambito fiscale che rimandiamo al prossimo articolo.





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**
carrozze - 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.

G. Raspolli Galletti e M. Vannozzi

Sonetti

G. Raspolli Galletti

La notte di Sa' ILorenzo

Notte di Sa' ILorenzo, 'un c'è la luna,
'ndell'aria 'un tira un alito di vento,
luccianti sur brù der firmamento,
si 'ontano le stelle una per una.

Se un tempo ne 'ascava 'varcheduna,
io n'affidavo alla su' scia d'argento
un messaggio d'amore, un sentimento,...
Ner silenzio un rintocco batte l'una.

M'arrammenta 'ver sòno di 'ampana
sogni e speranze di tan'anni fa
d'una mi' gioventù così lontana.

Cade 'na stella... Penso ar su' destino:
ner buio, come la vita, finirà
quella striscia di luce 'r su' cammino.

M. Vannozzi

Estate

Un fresco venteggià' di bibolina
fa bballà' ' grani smarginati, a mare...
E un miliardo di spighe si strofina:
risoffia un fiato e qualche risatina
sur cardo di stagione
e sur pelo de' pioppi,
come ' bimbi alle bolle di sapone...

Culle leggere, bianche 'òme di neve
volano ll'aria bell'e rassegnate
all'urtime reate
ché, poi, 'r mare di spighe se le beve...

Pare lo stesso vento
di 'vando, a vorte, capita, la sera
che a me mi nasce un sogno,
e lo soggallo a stento...

Dècco, è lo stesso vento
che se lo rubba e lo strascina via;
mi ciaggràppo, 'ni resto nella scia,
ma poi rallento ' passi
dar trèmito a' ginocchi
perché lo so che corre a rovinassi
ner chiaro verdemare de' tu' occhi...



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°

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa • tel 050 22 00 078 050 22 01 480 • fax 050 22 06 673 050 22 04280 • e-mail: info@archimediapisa.it

L'importanza dei rapporti Ospedale e Territorio



Da questo numero riteniamo di dover dare maggior spazio alle comunicazioni informative provenienti da Enti, Amministrazioni sanitarie e pubbliche, al fine di facilitare lo svolgimento della nostra professione e di favorire la collaborazione tra le componenti Ospedale e Territorio nell'interesse di tutti, pazienti compresi.

A seguito dell'interessamento dell'Ordine dei Medici per un corretto rapporto deontologico tra medici del territorio ed ospedalieri, abbiamo incontrato le Direzioni sanitarie delle due Aziende che ci hanno inviato le comunicazioni di seguito pubblicate.



AZIENDA OSPEDALIERA CNR

Istituto di Fisiologia Clinica

CREAS Malattie Cardiovascolari e Discipline Affini

Centro di Ricerca per l'Erogazione di Attività Sanitarie di rilievo nazionale ed internazionale
(L. 833/78 art. 40, D.M.S. 26 Giugno 1993, D. Lgs. 517/93 art. 4 c. 12)

11 agosto 2006
Prot. 20/06/DS

Ai Direttori U.U.O.O. Sanitarie

Al Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pisa
Al Presidente della Società della Salute
Al Direttore della Società della Salute
Al Direttore Amministrativo CREAS IFC CNR
Al Direttore Generale CREAS IFC CNR

Loro Sedi

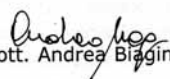
Oggetto: prescrizione di accertamenti sanitari: corretto rapporto con i Medici di Medicina Generale.

A seguito di segnalazioni pervenute anche in via informale, si richiamano i medici specialistici che operano nel nostro Istituto a voler attenersi da quanto previsto dalla Deliberazione Regionale Toscana n. 244 del 1 marzo 2000 che regola l'organizzazione del percorso assistenziale del paziente.

In particolare, onde non recare disagio ai pazienti e non inficiare i corretti rapporti tra Medici Specialistici e Medici di Medicina Generale, si ricorda che il Medico Specialista, operante in strutture sanitarie pubbliche come la nostra, e che effettua la visita medica e l'inquadramento clinico del paziente, deve prescrivere direttamente gli eventuali accertamenti ritenuti necessari servendosi del proprio ricettario regionale senza rinviare il paziente al proprio medico curante.

Si prega di richiamare il personale medico assegnato al rispetto della corretta procedura dandone la massima diffusione.

Confidando nella Vostra opera di sensibilizzazione, si inviano i più cordiali saluti.


Dott. Andrea Biagini

Direttore Sanitario

54100 Massa - Via Aurelia sud - Tel. 0585-493602-493634 Fax 0585-493601-493633
56124 Pisa - Area della Ricerca di Pisa - Via Moruzzi 1 - Tel. 050-3152216, Fax 050-3152166
Direzione: Pisa, Via Trieste 41 - Tel. 050-916311 Fax 050-503596



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA
Spedali Riuniti di S. Chiara - Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione



DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Via Paradisa, 2 - 56124 Pisa - Italia
Tel. 050 995903-04 Fax 050 995745

U.O. Programmazione Organizzazione Controllo Attività Sanitarie

Direttore dott. Mauro Giraldi

Prot. Az. 25355
02/07/06

Prot. 4496

17 LUG. 2006
Pisa,

Oggetto: rapporti con i medici di Medicina Generale: prescrizioni di accertamenti sanitari

Ai Sigg.ri Direttori UU.OO. Sanitarie

e p.c.

Al Direttore U.O. Gest. Amm. Prest. Sanitarie
Al Presidente Ordine dei Medici Provincia di Pisa
Al Presidente della Società della Salute
Al Direttore della Società della Salute
Al Direttore Amministrativo AOUP
Al Direttore Sanitario AOUP
Al Direttore Generale AOUP
LORO SEDI

Con una certa frequenza, i medici specialisti ospedalieri che ritengono necessaria l'esecuzione di accertamenti diagnostici rinviando i pazienti al proprio Medico curante, per il rilascio della necessaria impegnativa.

In alcuni casi, addirittura, viene preliminarmente richiesto di presentarsi a visita muniti non solo dell'impegnativa per la stessa, ma anche di ulteriori impegnative per future specifiche indagini.

Tale abitudine provoca notevole disagio ai pazienti e inficia i corretti rapporti tra medici specialisti ospedalieri e medici di medicina generale.

In merito, come già fatto più volte in passato, si torna a ricordare che, in base alle vigenti disposizioni il medico ospedaliero, effettuata la visita medica ed il primo inquadramento clinico del paziente, deve prescrivere direttamente gli ulteriori accertamenti ritenuti necessari, servendosi del ricettario regionale, senza rinviare il paziente al proprio medico curante.

In tal senso si esprime peraltro la Deliberazione Regionale Toscana n° 244 del 1° marzo 2000, che regola l'organizzazione del percorso assistenziale del paziente e uno specifico accordo tra l'Ordine dei Medici della Provincia di Pisa e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, vigente dal 06.07. 1995.

Si richiede pertanto di richiamare il personale medico assegnato al rispetto della corretta procedura, dandone la massima diffusione all'interno della U.O.; si confida nella piena e fattiva collaborazione delle SS.LL. nell'opera di sensibilizzazione del personale medico, sottolineando la rilevanza politica e gestionale della questione.

Distinti saluti.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero
Dr. M. Giraldi

Il Direttore Sanitario
Dr. A. Delvino

DELIBERAZIONE 10 ottobre 2005, n. 995

Indirizzi per la istituzione delle commissioni aziendali per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'articolo 79, commi 2 e 3, della legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" che prevede, in ogni azienda sanitaria, la istituzione di una commissione per la valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati;

Preso atto che la Giunta Regionale è tenuta ad impartire alle aziende sanitarie indicazioni circa la composizione di dette commissioni e, in accordo con le OO.SS. mediche e la federazione regionale degli ordini dei medici, ad emanare specifici indirizzi circa i termini di valutazione della appropriatezza prescrittiva;

Preso atto che alle aziende sanitarie, al fine di migliorare la qualità delle prescrizioni farmaceutiche, compete, anche in accordo con le disposizioni emanate dalla stessa Giunta Regionale sulla base delle indicazioni della Commissione Terapeutica Regionale, la messa in atto di specifiche iniziative quali:

- la promozione di specifici progetti di informazione scientifica rivolti al personale dipendente e convenzionato;
- istituzione di centri di documentazione scientifica;
- sviluppo di studi di farmaco economia;
- realizzazione di profili prescrittivi con particolare riferimento a determinate patologie croniche;
- rilevazione ed elaborazione dei dati sul consumo dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero;

Preso atto che le suddette indicazioni non modificano i precedenti atti regionali, le competenze aziendali previste dai contratti e convenzioni del personale medico;

Acquisito il parere favorevole delle OO.SS. dei medici dipendenti e convenzionati e della federazione regionale degli ordini dei medici.

A voti unanimi

DELIBERA

1. La commissione di cui all'articolo 79, commi 2 e 3, della legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005, nominata dal Direttore Generale, deve essere costituita entro 60 (sessanta) giorni dalla approvazione del presente provvedimento in ogni Azienda USL, è presieduta dal Presidente dell'Ordine Provinciale dei medici competenti per territorio.

- il direttore sanitario dell'Azienda UsL;
- due medici di medicina generale indicati dalle rispettive OO. SS.;
- due medici dipendenti indicati dalle rispettive OO.SS.;
- un farmacista dirigente, dipendente del SSN, individuato dal Direttore Generale ;

2. Per le Aziende USL di Siena, Pisa e Firenze la Commissione di cui al punto precedente è integrata da due medici nominati dal Direttore Generale della Azienda Ospedaliera su indicazione delle OO.SS. dei medici dipendenti, da due medici di medicina generale indicati dalle rispettive OO.SS. e dal Direttore Sanitario della stessa Azienda Ospedaliera.

3. A fronte di particolari temi, la Commissione può cooptare, limitatamente alla problematica affrontata, specifiche professionalità non presenti fra i membri della Commissione;

4. Alla Commissione di cui al comma precedente compete:

- a) la verifica del grado di raggiungimento delle linee di indirizzo emanate dalla Giunta Regionale in ordine alle problematiche del farmaco;
- b) indicazioni finalizzate al governo della domanda con particolare riferimento a:
 - Valorizzazione dei farmaci con brevetto scaduto;
 - Raccordo fra le varie commissioni aziendali preposte al governo della assistenza farmaceutica sia territoriale che ospedaliera;
 - Contributo alla definizione delle linee di indirizzo per la formulazione dei Prontuari Ospedalieri delle rispettive aziende;
 - Promozione di momenti di verifica e di confronto dei risultati raggiunti nel settore nelle altre realtà della Regione Toscana;
 - Iniziative volte alla promozione di una cultura dell'appropriatezza nell'uso del farmaco sia nelle realtà aziendali che nel contesto sociale;
 - Individuazione ed interpretazione di eventuali variazioni significative nella prescrizione di singole molecole o classi di medicinali ;
 - Azioni tese a rimuovere eventuali criticità legate alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio;

5. La Commissione aggiorna puntualmente la Commissione Terapeutica Regionale di cui all'articolo 81 della legge Regionale n° 40 del 24 febbraio 2005 sulle iniziative programmate annualmente e rendiconta alla stessa Commissione Terapeutica i risultati ottenuti dalle attività messe in essere.

6. La Direzione Sanitaria dell'azienda USL è tenuta a garantire alla Commissione di cui all'articolo 79 commi

2 e 3 della L.R. 40/2005, il supporto necessario per l'espletamento del proprio mandato;

7. Di precisare che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico dei bilanci delle aziende sanitarie.

Il presente provvedimento soggetto a pubblicità ai sensi dell'art. 41, comma 1 lettera b, della legge regionale 9/95 è pubblicato per intero sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 1 della legge regionale 18/96.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Valerio Pelini

La Commissione della ASL 5 si è insediata il 4 luglio 2006 ed è formata da:

- Presidente dell'Ordine dei Medici di Pisa, Dr. Giuseppe Figlini
- Direttore Sanitario Azienda U.S.L. 5, Dr. Rocco Damone
- due medici di medicina generale indicati dalle rispettive OO.SS. Dr. Paolo Monicelli, Dr. Edoardo Gianetti
- due medici dipendenti indicati dalle rispettive OO.SS. Dr. Riccardo Cecchetti, Dr. Carmine Del Re
- un farmacista dirigente dipendente del SSN, individuato dal Direttore generale Dr. Tiberio Corona
- due medici nominati dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera su indicazione delle OO.SS. dei medici dipendenti Dr.ssa Adriana Paolicchi, Dr. Gerardo Anastasio
- due medici di medicina generale indicati dalle rispettive OO.SS. Dr. Alfredo Macaluso, Dr. Romano Pardossi
- Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Dr. Vito Antonio Delvino.

Nella prima riunione la Commissione ha adottato le seguenti determinazioni per favorire un uso appropriato del farmaco e nello stesso tempo un impiego delle risorse finanziariamente sostenibile.

È chiaro che per ottenere i risultati sperati, le indicazioni riportate dovranno essere condivise a livello delle singole Aziende con i Medici dipendenti e/o convenzionati.

1) Approvazione di un pacchetto informativo, da trasmettere a tutti i Medici (allegati 1a e 1b) teso a favorire l'impiego di Lansoprazolo come farmaco di prima scelta tra tutti gli Inibitori della Pompa Protonica a livello Gastrico (PPI), in considerazione del minor costo per giornata di terapia della molecola indicata e dell'effetto di classe di questi farmaci che li rende terapeuticamente omogenei nella pratica clinica.

2) Approvazione di un pacchetto informativo, da trasmettere a tutti i Medici (allegati 2a e 2b), teso a favorire la lettura critica delle informazioni biomediche, mediante la semplice estrapolazione dai dati presentati di indicatori che favoriscono il posizionamento nella pratica clinica delle informazioni stesse. In questo caso l'indicatore proposto rappresentato dal Numero di pazienti Necessario da Trattare (NNT) per evitare un evento.

Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore contributo in merito alle determinazioni della Commissione stessa, si pubblicano nell'inserto i contenuti degli allegati 1 e 2.

Il Presidente
Giuseppe Figlini



REGIONE TOSCANA GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26-06-2006 (punto N. 13)

Delibera

N.463

del 26-06-2006

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicità'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Loredano Giorni

Estensore: Loredano Giorni

Oggetto:

Assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende Sanitarie.

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

MARINO ARTUSA

ANNA RITA BRAMERINI

AMBROGIO BRENNIA

SUSANNA CENNI

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MASSIMO TOSCHI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Decreto Legge 347 del 19 settembre 2001 convertito con Legge n° 405 del 26 novembre 2001 “ Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria ” con particolare riferimento alle disposizioni risultanti nel testo coordinato di seguito indicate:

1. articolo 5 comma 1 della legge 405/01, il quale dispone che le regioni devono adottare, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare che, a decorrere dall'anno 2002, l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola regione, il 13 % della spesa sanitaria complessiva;
2. articolo 8 della legge 405/01, nel testo modificato dall'articolo 52 comma 65 della legge 28 dicembre 2001 n° 443, il quale dispone che le regioni, anche tramite provvedimenti amministrativi, possono individuare particolari modalità di erogazione dei medicinali agli assistiti di seguito indicate :
 - a) erogazione delle categorie dei medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche tramite le farmacie convenzionate previa stipula di apposito accordo a livello regionale con le associazioni sindacali delle farmacie;
 - b) erogazione diretta da parte delle Aziende Sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

- c) erogazione diretta, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o dalla visita specialistica ambulatoriale;

Visto l'articolo 48 della legge 326/03, il quale dispone che l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica complessiva, compresa quella relativa al trattamento dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero, è fissato, in sede di prima applicazione, al 16% come valore di riferimento, a livello nazionale ed in ogni singola Regione.

Rilevato che nel primo trimestre dell'anno 2006, rispetto allo stesso periodo dell'anno 2005, la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSR, erogata tramite le farmacie, ha subito un incremento di 12,6 milioni di euro pari al 7,6% della spesa farmaceutica convenzionata;

Considerato che circa il 60% dell'incremento della spesa di cui al punto precedente è imputabile all'aumento dei consumi delle seguenti categorie farmacologiche :

- inibitori della pompa acida (codice ATC =A02BC);
- inibitori della HMG CoA reduttasi (codice ATC=C10AA);
- antagonisti dell' Angiotensina II non associati (codice ATC =C09CA);

Preso atto che:

- a. all'interno della categoria "Inibitori della Pompa Acida" si rileva una forte differenza del prezzo per unità posologica ed una significativa variabilità, fra le aziende USL della Toscana, nel numero di unità posologiche erogate in rapporto alla popolazione pesata;
- b. all'interno della categoria "Inibitori della HMG CoA Reduttasi", si registrano significative differenze, nell'anno 2005, fra le aziende USL della Toscana, nel costo e nel numero delle Dosi Definite Giornaliere (DDD) erogate; inoltre, a livello regionale, si registra una percentuale elevata di utenti che consumano soltanto una o due confezioni all'anno;
- c. all'interno della categoria C09 "Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina", si è registrato uno spostamento delle prescrizioni dalla sottocategoria degli ACE inibitori verso i farmaci Antagonisti dell' Angiotensina associati e non associati (Sartani), senza evidenze scientifiche che ne dimostrino, su base clinica ed epidemiologica, l'effettiva necessità; dal 2001 al 2006 l'incidenza percentuale dei sartani all'interno della categoria è significativamente aumentata;
- d. all'interno della categoria G04CA "Antagonisti dei Recettori Alfa Adrenergici", dal mese di maggio 2006 è disponibile il farmaco generico Tamsulosina e che l'introduzione di un generico sposta la prescrizione verso molecole della stessa categoria a brevetto non scaduto;
- e. all'interno della categoria N06AB "Inibitori selettivi della Serotonina-ricaptazione", si registra uno spostamento prescrittivo da molecole a brevetto scaduto, notoriamente più economiche, verso molecole a brevetto non scaduto; inoltre si osserva fra le Aziende toscane una forte variabilità di consumi e indici di consumo nettamente superiori alla media nazionale; inoltre, a livello regionale, si assiste ad un elevato tasso di abbandono della terapia già dai primi mesi dell'inizio della stessa;
- f. preso atto che l'individuazione dei farmaci a duplice via di distribuzione previsto dall'articolo 8 della legge 405/01 è stato definito dalla regione Toscana con deliberazione Giunta Regionale n° 135 del 11 febbraio 2002 e che, da tale data, le strategie terapeutiche hanno subito trasformazioni e nuovi farmaci sono stati inclusi fra quelli concedibili dal Servizio Sanitario Nazionale;

Preso atto del verbale della riunione della Commissione Terapeutica Regionale, di cui all'art. 81 della L.R. n.40/05, dove è stato espresso parere favorevole sugli obiettivi di cui al presente atto;

Sentite le OO SS dei medici dipendenti e convenzionati;

I Direttori Generali delle Aziende USL, al fine di contenere per l'anno 2006 la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR entro il limite del 13% della spesa sanitaria complessiva, sono tenuti al rispetto degli obiettivi di cui alla presente deliberazione, di seguito indicati:

1) INIBITORI DELLA POMPA ACIDA

L'impiego dei farmaci inibitori della pompa acida (codice ATC= A02BC) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL entro il limite di 8,1 unità posologiche all'anno per assistito pesato ed il costo medio unitario ponderato di ogni singola unità posologica non deve essere superiore a 0,8 euro;

2) INIBITORI DELLA HMG CoA REDUTTASI

Per i farmaci inibitori della HMG CoA reduttasi (codice ATC=C10AA) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, il costo medio unitario ponderato di ogni singola DDD, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL non deve essere superiore a 0,90 euro; inoltre a livello regionale ed in ogni singola azienda USL, la percentuale di utenti che consumano soltanto una o due confezioni all'anno non deve superare l'8% dei casi;

3) SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA (COD. ATC C09)

L'impiego dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (codici ATC C09C e C09D) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL entro il limite del 20%, in termini di confezioni, del totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09 = Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina.

L'impiego dei farmaci a base di Enalapril (codici ATC C09AA02 e C09BA02) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL almeno al 20%, in termini di confezioni, sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09 = Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina.

4) ANTAGONISTI DEI RECETTORI ALFA ADRENERGICI (CODICE ATC = G04CA)

Per almeno 12 mesi dalla data di disponibilità dei medicinali generici a base di Tamsulosina, l'incidenza percentuale della Tamsulosina all'interno del gruppo G04CA non deve essere inferiore al 39% in termini di numero di confezioni erogate;

5) INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA (CODICE ATC =N06AB)

L'impiego dei farmaci Inibitori Selettivi della Serotonina (codice ATC = N06AB) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL entro il limite di 30 DDD per mille abitanti ab/die ed il costo medio unitario ponderato di ogni DDD non deve essere superiore a 0,55 euro;

I predetti obiettivi devono essere completamente raggiunti, dalle Aziende USL toscane, al mese di dicembre 2006.

Di dare mandato alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, entro sessanta giorni dalla adozione del presente provvedimento, di riesaminare con le OO.SS. delle farmacie pubbliche e private i medicinali erogabili in duplice via di distribuzione alla luce degli interventi messi in atto a livello nazionale dall'Agenzia Italiana del Farmaco, degli effetti prodotti dal presente provvedimento, delle nuove esigenze assistenziali e dei nuovi farmaci immessi in commercio;

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi dell'articolo 41, comma 1 lettera b, della L.R. 9/95 è pubblicato per intero sul BURT ai sensi dell'articolo 3 comma 1 della legge 18/96.

Il Dirigente Responsabile
LOREDANO GIORNI

Il Direttore Generale
ALDO ANCONA

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

allegato 1a

I FARMACI INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA (PPI): SIMILITUDINI E DIFFERENZE DI UNA CLASSE TERAPEUTICAMENTE OMOGENEA

Capitolo 3.3.5 Inibitori della pompa protonica (Guida all'uso dei Farmaci: 3; 2005 Agenzia Italiana del Farmaco)

Gli inibitori della pompa protonica **omeprazolo**, **esomeprazolo**, **lansoprazolo**, **pantoprazolo** e **rabeprazolo** inibiscono l'acidità gastrica bloccando il sistema enzimatico idrogeno-potassio adenosintrifosfatasi (la pompa protonica) delle cellule parietali gastriche. Gli inibitori della pompa protonica sono efficaci nel trattamento a breve termine dell'*ulcera gastrica e duodenale*; sono usati anche per l'eradicazione di *Helicobacter pylori* in combinazione con antibiotici secondo schemi specifici. Un breve ciclo iniziale con un inibitore della pompa protonica è il trattamento di scelta nella *malattia da reflusso gastroesofageo* con sintomi gravi; i pazienti con conferma endoscopica di *esofagite erosiva*, *ulcerativa* o *stenosi esofagea* di solito richiedono una terapia di mantenimento con un inibitore della pompa protonica. Questi farmaci vengono usati anche nella prevenzione e nel trattamento delle ulcere associate a FANS. Nei pazienti che devono continuare la terapia con antinfiammatori dopo la guarigione dell'ulcera, non si deve ridurre la dose di inibitori della pompa protonica perché potrebbe insorgere un peggioramento asintomatico dell'ulcera.

L'omeprazolo è efficace nel trattamento della sindrome di Zollinger-Ellison (inclusi i casi resistenti ad altri trattamenti); come pure il lansoprazolo.

INDICAZIONI APPROVATE¹

	Nota AIFA n° 1	Nota AIFA n° 48
ESOMEPRAZOLO	☺	☺
OMEPRAZOLO	☺	☺
RABEPRAZOLO	NO	☺
PANTOPRAZOLO	☺	☺
LANSOPRAZOLO	☺	☺

MEDIA PONDERATA DEI COSTI PER GIORNATA DI TERAPIA²

	Quote % di mercato (ASF)	Giornate di terapia (2005)	Costo medio gg. Terapia
ESOMEPRAZOLO	23,7	1.801.772	1,70
OMEPRAZOLO	28,8	2.185.414	1,61
RABEPRAZOLO	9,24	702.030	1,20
PANTOPRAZOLO	15,6	1.185.506	1,10
LANSOPRAZOLO	22,7	1.721.076	0,68
totale	100	6.967.758	1,30

PRESCRIZIONE APPROPRIATA A CARICO SSN

Nota AIFA N° 1

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore:

- in trattamento cronico con FANS non selettivi (non con COXIB);
- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi;

purchè sussista una delle seguenti condizioni di rischio:

- storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante; •
- concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici;
- oltre 75 anni di età.

Gli inibitori di pompa, fatte salve le indicazioni della nota 48, ed il misoprostolo, non sono rimborsati quando prescritti in associazione con i COXIB.

•
•
•
•
•

Nota AIFA N° 48

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento ed alle seguenti condizioni:

- **durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane):**
 - ulcera duodenale o gastrica positive per *Helicobacter pylori* (Hp);
 - per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione;
 - ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa (primo episodio);
 - malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio);
- **durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno:**
 - sindrome di Zollinger-Ellison;
 - ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante;
 - malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante).

Interpretare e valutare le prove di efficacia

NNT (numero necessario da trattare per ottenere/evitare un esito)

Negli studi sperimentali controllati i soggetti coinvolti sono suddivisi in due gruppi: il gruppo o braccio sperimentale che riceve il trattamento e il gruppo o braccio di controllo che riceve un diverso o nessun trattamento. Con il termine **trattamento** si intendono non solo le terapie, ma ogni intervento (diagnostico, di *screening*, di educazione sanitaria).

In questi studi è possibile la valutazione del cosiddetto **numero necessario da trattare** (*number needed to treat*, NNT), vale a dire la stima del numero di pazienti da sottoporre al trattamento per ottenere una unità di vantaggio rispetto al trattamento di confronto o, in parole semplici, quanti pazienti trattare perché uno di essi ne tragga beneficio. NNT è calcolabile in ogni *trial* i cui esiti siano espressi da risultati binari (guarigione/malattia, sopravvivenza/morte, ecc.).

Un trattamento è tanto più efficace quanto più basso è NNT: un trattamento con il quale si risparmia un decesso ogni 10 pazienti è ovviamente migliore di uno che ottiene lo stesso risultato ogni 50 pazienti trattati.

Il valore di NNT è pari al reciproco della **riduzione assoluta del rischio** espresso come percentuale ($NNT = 100/ARR$). La riduzione assoluta del rischio, o differenza del rischio, è la semplice differenza aritmetica tra le frequenze % con cui si verifica un evento in seguito a due diversi trattamenti. Se la differenza del rischio risulta zero (i trattamenti sono perciò equivalenti), NNT ha valore infinito.

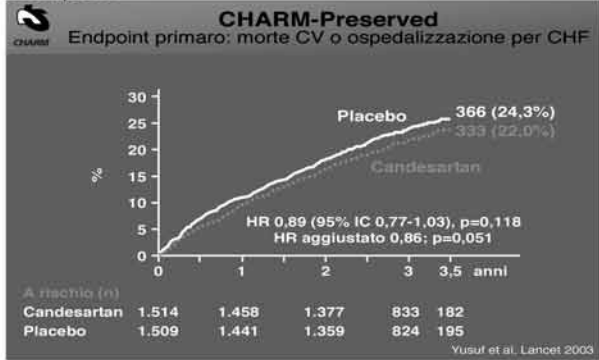
Esempio: se in uno studio comparativo tra due farmaci A e B il numero di pazienti guariti è stato rispettivamente di 70/100 e 50/100, la differenza del tasso di guarigione o del rischio per questo esito è 20/100 e il suo valore reciproco ($100/20 = 5$) rappresenta NNT. Ciò significa che in media dovranno essere trattati 5 pazienti con il farmaco A per ottenere una guarigione in più rispetto al farmaco B.

Il (semplice) calcolo di NNT (peraltro quasi assente nelle presentazioni delle evidenze legate ai trattamenti farmacologici), consente una stima immediata della rilevanza clinica del trattamento preso in esame (il numero di pazienti che un Medico dovrà trattare, per ottenere almeno un risultato).

Naturalmente NNT non può prescindere dalla correttezza formale di uno studio (rilevanza del quesito clinico, corretta randomizzazione, assenza di bias, ecc.). Inoltre è necessario sottolineare che NNT fornisce l'informazione sui pazienti da trattare, perché uno di essi tragga il beneficio dichiarato dall'end point considerato nello studio in esame.

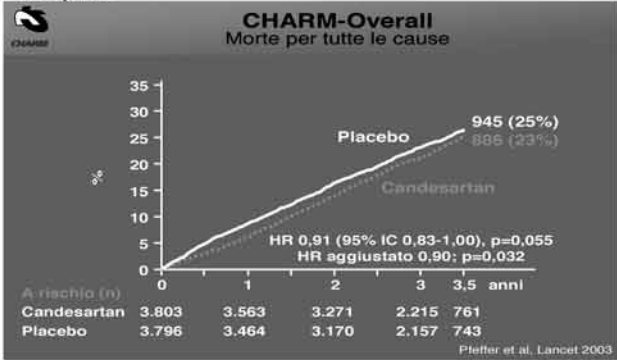
Alcuni semplici esempi di calcolo del NNT nella pratica

Esempio 1



Esito considerato	Intervento	Frequenza % esito (trattati)	Frequenza % esito (controlli)	Riduzione del rischio	NNT ¹
Morte CV o ricovero per CHF	3.021 pazienti in classe NYHA II-IV e FEVS > 40% trattati per 38 mesi con sartani (CHARM-Preserved)	24,3%	22%	1,7%	(100/1,7) 58

Esempio 2



Esito considerato	Intervento	Frequenza % esito (trattati)	Frequenza % esito (controlli)	Riduzione del rischio	NNT ¹
Morte per tutte le cause	7.601 pazienti in classe NYHA II-IV trattati per 38 mesi con sartani (CHARM-Overall)	25%	23%	2%	(100/2) 50

¹ Numero di pazienti da trattare come da intervento dello studio di riferimento, per evitare un esito considerato•

REGIONE TOSCANA



Giunta Regionale

L'Assessore al Diritto alla Salute

Prot. n. A006RT / 187348/10.2

30 giugno 2006

OO.SS. dei Medici
e dei Pediatri di Famiglia

OGGETTO: Progetto regionale "Consenso al trattamento dei dati personali nel sistema sanitario toscano"

Com'è noto, da più di un anno e mezzo è in vigore il Protocollo d'intesa tra questo Assessorato e le OO.SS. dei medici e dei pediatri di famiglia per collaborare all'interno del "Percorso privacy nella sanità toscana", percorso di attuazione della normativa in materia di protezione dei dati personali (d.lgs 196/2003, cd Codice Privacy) all'interno del sistema sanitario regionale (PSR 2005-2007, punto 4.2.3.4).

Il Protocollo, unico in Italia, attiva un tavolo permanente di confronto e di condivisione su tutte gli aspetti interpretativi e applicativi della normativa stessa. Tra le questioni in primo piano, l'assolvimento all'obbligo di acquisizione del consenso dell'assistito sia da parte del medico che da parte dell'Azienda sanitaria.

Il progetto regionale "Consenso al trattamento dei dati personali nel sistema sanitario toscano", approvato con deliberazione della G.R. n 1204 del 12 dicembre 2005 prevede che i due distinti titolari del trattamento (medico e Azienda) cooperino per dare attuazione agli obblighi di informativa e di consenso previsti dal Codice privacy attraverso comportamenti metodologicamente corretti e soprattutto integrati per minimizzare i disagi a carico dell'assistito.

La Regione sta provvedendo a predisporre gli strumenti operativi e la correlata modulistica perché il progetto entri nella fase esecutiva, con l'effettiva distribuzione agli assistiti della documentazione relativa al consenso per il tramite dei Medici e dei Pediatri di famiglia, a partire dal 1° ottobre 2006.

La fattiva partecipazione dei medici è essenziale per la riuscita di un'iniziativa che si prefigge di porre il sistema sanitario toscano nella condizione di ottemperare a un obbligo normativamente imposto sia agli organismi sanitari pubblici che agli esercenti le professioni sanitarie. Si consideri, inoltre, che il progetto, per le sue caratteristiche rese possibili dal coordinamento di livello regionale, garantisce legittimità sotto il profilo privacy a una serie di scambi informativi medico di famiglia/azienda sanitaria previsti dal recente Accordo regionale dei medici di assistenza primaria recepito con deliberazione G.R. n 216 del 27 marzo 2006 e dall'Accordo regionale dei pediatri di famiglia in corso di definizione.

Sono certo che il livello di attenzione e di risposta da parte dei medici non potrà che essere in linea con il senso di responsabilità e di impegno professionale che tradizionalmente Vi contraddistinguono e che contribuiscono ad annoverare il nostro sistema sanitario tra le esperienze di eccellenza in ambito nazionale.

Con l'augurio di buon lavoro

Enrico Rossi

Cooperazione e patrocini



COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

L' Organizzazione Non Governativa COSV, attiva da più di 30 anni attraverso progetti di solidarietà in Africa, America Latina, Asia e nella regione Balcanica, è alla ricerca di possibili candidati per missioni all'estero nell'ambito della cooperazione internazionale.

Un supervisore delle attività del centro di salute di Kulbus, in Darfur (Sudan);

Un coordinatore per un progetto di prevenzione HIV in Zimbabwe;

Un coordinatore sanitario in Sud Sudan.

Durata media: 6 -12 mesi, richiesta discreta conoscenza della lingua inglese.

Tutti gli operatori umanitari, duran-

te il loro incarico e viaggi da e per l'Italia, hanno la possibilità di richiedere l'aspettativa presso il proprio Ente di appartenenza, godono di assicurazioni per gli infortuni (morte e invalidità), rimborsi spese sanitarie, rimpatrio di emergenza etc. Per informazioni: tel 06 85358411 www.cosv.org, cosv.roma@tin.it.

REGOLAMENTO PER LA CONCESSIONE DEI PATROCINI

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha trasmesso la comunicazione n.35 con la quale informa che il Comitato Centrale ha definito alcune linee-guida concernenti la concessione dei patrocini che siano pienamente coerenti con i dettami del Codice deontologico e le finalità istituzionali dell'Ente, massimamente con quelle che lo

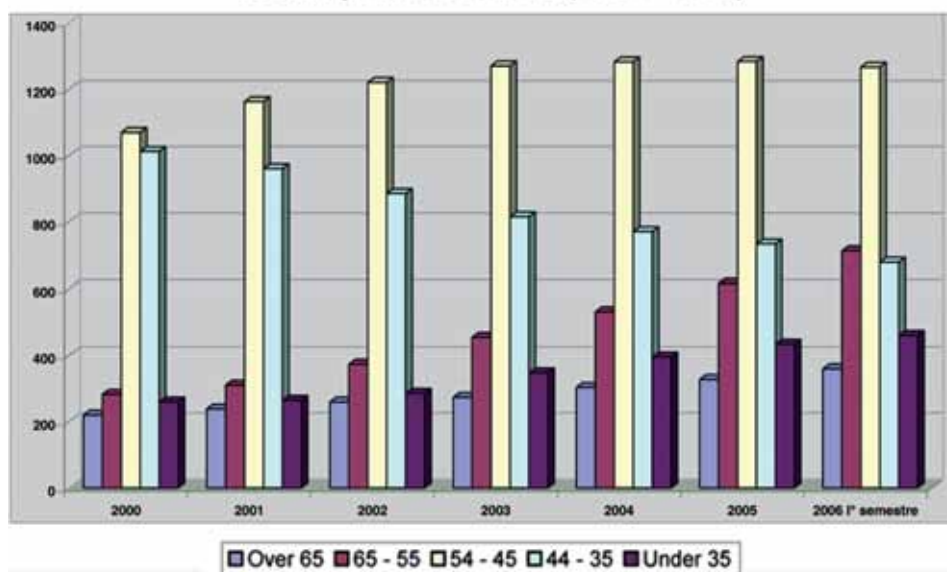
caratterizzano quale garante del decoro e della dignità della professione, del continuo adeguamento delle conoscenze e competenze della categoria a tutela della salute del cittadino. Pertanto i responsabili delle organizzazione degli eventi per i quali si desidera avere il patrocinio, potranno scaricare dal sito della Federazione www.fnomceo.it, il regolamento e attenersi a quanto richiesto.

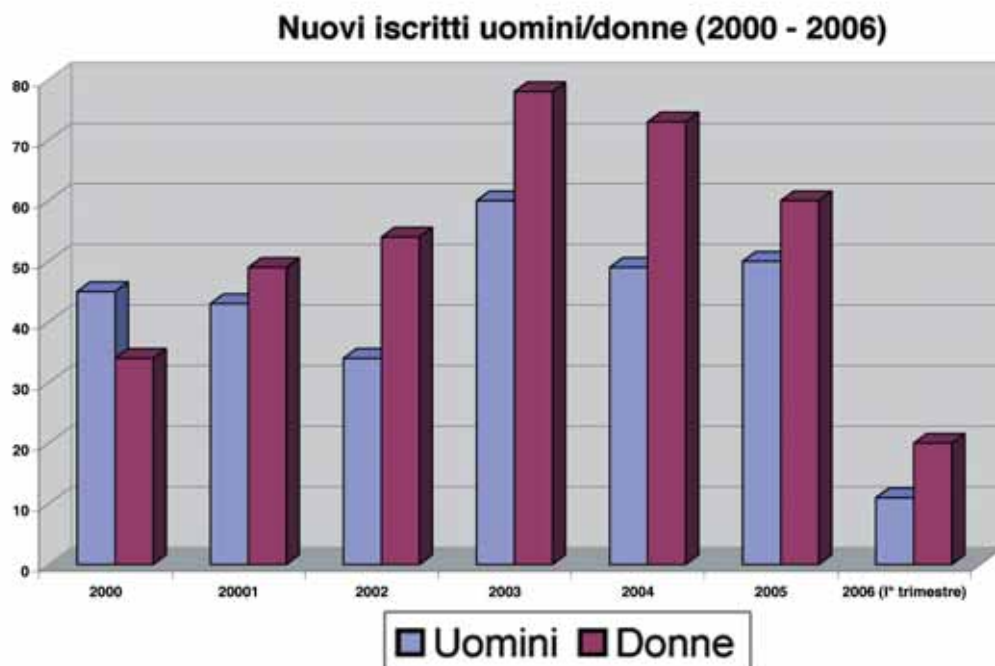
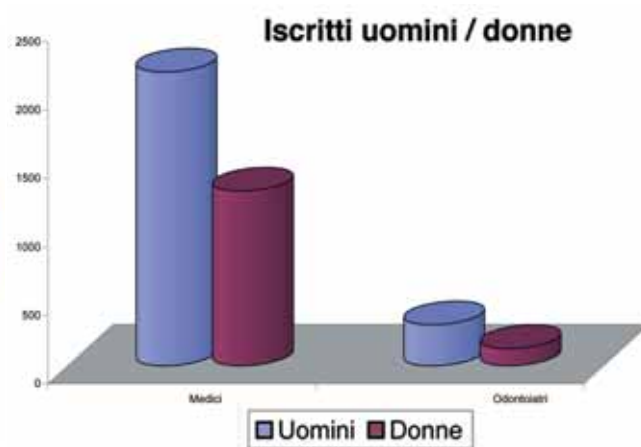
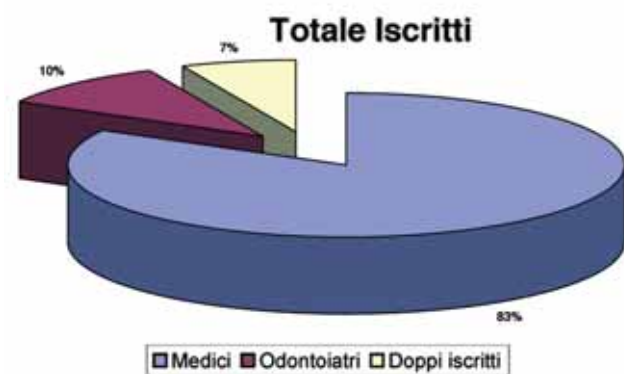
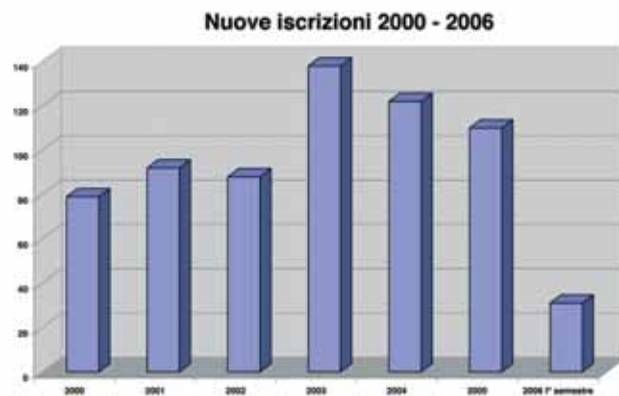
Le richieste di patrocinio per eventi o iniziative scientifiche possono essere approvate dall'Ordine dei Medici solo se hanno valenza provinciale o regionale; i patrocini per eventi a carattere interregionale, nazionale o internazionale devono essere richiesti alla FNOMCeO attraverso la compilazione del modulo A o B.

I grafici fotografano la situazione degli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa, attualmente 3.605 di cui 1.359 donne e 2.246 uomini, e come sta cambiando il rapporto tra sesso maschile e femminile.

Da come si può vedere dal 2000 al 2006 il numero dei medici donna è in costante aumento.

Iscritti per fasce di età (2000 - 2006)





Appropriatezze odontoiatriche

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la comunicazione del Dr. Giuseppe Renzo, Presidente nazionale CAO, su un argomento ampiamente dibattuto ed oggetto di frequente richiesta di chiarimenti da parte dei colleghi.


UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI
FNOMCeO
Il Presidente della Commissione
per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri
Prot. N° 7597
Rit. Nota
Resp. Proced. Dr. M. Poladas
Resp. Istrut. Sig.ra E. Catarinazzi
OGGETTO
Documentazione clinica.

Roma, 26 LUG. 2006

Ai Presidenti delle
Commissioni Iscritti Albo Odontoiatri

Loro e-mail
e-mail Ordine

Cari Colleghi,

sulla questione relativa al diritto di proprietà delle radiografie effettuate nei confronti dei pazienti nell'ambito delle cure odontoiatriche, il Presidente della CAO di Piacenza dr. Gaetano Noè, che ringrazio per la collaborazione, ha posto un interessante quesito che, credo, per la sua valenza generale, possa interessare tutti i Presidenti delle Commissioni.

L'art. 21 del vigente Codice di Deontologia Medica prevede che il medico, nell'interesse esclusivo della persona assistita, deve mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione del paziente stesso o dei suoi legali rappresentanti.

Si tratta di un principio deontologico che non può essere ignorato e, pertanto, anche gli originali delle radiografie devono essere consegnati al paziente che ne faccia richiesta il quale, ovviamente, dovrà sostenere i relativi costi.

E' anche da accennare che il medico ha diritto di conservare copia della documentazione di cui trattasi ma gli originali sono di proprietà del paziente.

Indubbiamente, le radiografie rivestono anche una funzione di ausilio diagnostico all'attività del professionista ed il rilascio delle stesse al cittadino-utente, senza uno specifico referto scritto da parte di un medico specialista in radiologia, fa nascere qualche perplessità.

E' però da osservare che la norma deontologica ha lo scopo di garantire in primis il diritto del paziente di rivolgersi ad un altro professionista senza dover ripetere ogni volta esami già svolti, utilizzando la documentazione clinica già in essere.

Questa considerazione porta a concludere, come già accennato, che non sia possibile rifiutare alla persona assistita il rilascio di tutta la documentazione clinica in originale, ivi comprese le radiografie.

Cordiali saluti

(Giuseppe Renzo)



Riceviamo dal dottor Nicola Macris e volentieri pubblichiamo il calendario dei corsi organizzati dall'ANDI Pisa presso l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Pisa

1° TITOLO IL RUOLO DELLA STRUMENTAZIONE MECCANICA NEL CONTROLLO DELLA INFEZIONE ENDODONTICA

Il Corso è strutturato in modo da dare le nozioni per poter gestire la pratica endodontica secondo corretti principi che consentano di semplificare le procedure e di razionalizzare l'approccio al trattamento endodontico. Verranno date le basi per poter selezionare gli strumenti ed i materiali endodontici e per sfruttare nel modo più corretto le moderne tecniche di preparazione e di obturazione del canale radicolare sempre con l'obiettivo di migliorare la predicibilità ed il risultato della terapia, sottolineando l'importanza della strumentazione meccanica nel contesto della terapia endodontica.

Il corso, organizzato dal dottor Andrea Gesi, si svolgerà il 7 ottobre 2006 (4 ore formative).

2° TITOLO COMPARAZIONE DEI RISULTATI CLINICI DELLE RIABILITAZIONI SU DENTI ANTERIORI E POSTERIORI MEDIANTE RICOSTRUZIONI DIRETTE ED INDIRETTE IN COMPOSITO E LA LORO RICOSTRUZIONE O CEMENTAZIONE TRAMITE SISTEMI ADESIVI.

continua a pag. 34

Le attività di aggiornamento e formazione

ATTUALITÀ E PROSPETTIVE IN CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA E NEL TRATTAMENTO COMBINATO ORTODONTICO CHIRURGICO

E.C.M. 320-252049 - 320-252050 - 320-252805
GIORNATE DI AGGIORNAMENTO S.I.d.C.O. - S.I.D.O.P.
STRESA - SABATO 23 E DOMENICA 24 SETTEMBRE 2006 - Hotel Regina Palace

Presidenti del Convegno: Prof. Giovanni Dolci – Prof. Mario Gabriele – Prof. Giampietro Farronato - Prof.ssa Carmen Mortellaro.
COMITATO SCIENTIFICO: Carmen Mortellaro, Lia Rimondini, Gaetano Turatti, Filippo Graziani, Umberto Garagiola

Sabato 23 settembre

08.30-09.00 Registrazione partecipanti

09.00 Saluto delle Autorità ed apertura lavori scientifici

Moderatori: Francesco Di Lauro, Francesco Scarparo

09.30-09.50 Il ruolo della chirurgia maxillo-facciale nel trattamento della Obstructive Sleep Apnea Syndrome **Aldo Bruno Gianni**

09.50-10.10 Chirurgia Rigenerativa: considerazioni biologiche ed applicazioni cliniche **Mario Gabriele, Filippo Graziani**

10.10-10.30 Razionale dell'utilizzo degli innesti ossei in chirurgia implantare avanzata **Gilberto Sammartino, Oreste Trosino**

10.30-11.00 Coffe break

Moderatori: Gregorio Laino, Giampietro Farronato, Marco Dolci

11.00-11.20 Implantologia protesicamente guidata **Franco Santoro**

11.20-11.40 Complicanze in chirurgia orale: l'emorragia **Roberto F. Grassi**

11.40-12.00 Chirurgia implantologica virtuale in 3D **Ruggero Rodriguez Y Baena**

12.00-12.20 Protesi implantosupportate e carico immediato: evidenza scientifica o consuetudine clinica **Enrico Gherlone, Raffaele Vinci**

12.20-12.40 Diagnosi e terapia delle lesioni nervose del cavo orale **Federico Biglioli**

12.40-13.00 Trattamenti superficiali bioattivi dei materiali in chirurgia rigenerativa e implantare **Lia Rimondini**

13.00-14.00 Pausa lavori

Moderatori: Marcello Sfasciotti, Carmen Mortellaro, Gabriele Greco

14.00-14.20 Il trattamento ortodontico pre-chirurgico e l'ancoraggio **Carmela Savastano**

14.20-14.40 Cause di instabilità nella correzione ortochirurgica del morso aperto **Sergio Ruffino**

14.40-15.00 Criteri per la valutazione del

successo delle procedure ricostruttive di innesto di osso autologo a scopo preimplantare **Marco Bernardi**

15.00-15.20 Orientamento diagnostico e terapeutico dei parametri al limite tra ortodonzia e chirurgia ortognatica **Alessandro Silvestri**

15.20-15.40 Il rischio infettivo, emorragico e cardiovascolare nel paziente chirurgico orale **Lucio Montebugnoli**

15.40-16.00 Una originale apparecchiatura, per il controllo di torsioni indesiderabili, dei due emi-mascellari, nelle espansioni rapide, chirurgico-assistite, con viti di espansione ad ancoraggio dentale e/o osseo **Pietro Bracco**

16.00-16.30 Coffee break

Moderatori: Vittorio Falco, Riccardo Maccario

16.30-16.50 Ancoraggio ortodontico scheletrico: mini-impianti a confronto con gli impianti osteointegrati **Umberto Garagiola**

16.50-17.10 Biomeccanica e prospettive future dell'ancoraggio scheletrico tramite miniviti **Roberto Rossi**

17.10-17.30 Discussione - Chiusura lavori prima giornata

Domenica 24 settembre 2006

08.30-09.00 Registrazione partecipanti

Moderatori: Cesare Brusotti, Fausto Polastri, Giorgio Perfetti

09.00-09.20 Le asimmetrie facciali **Sid Berrone**

09.20-09.40 La gestione dei tessuti molli in chirurgia implantare **Roberto Abundo**

09.40-10.10 La programmazione prechirurgica della posizione condilare **Claudio Chimenti**

10.10-10.30 La chirurgia delle asimmetrie facciali **Sandro Pelo**

10.30-11.00 Coffe break

Moderatori: Mario Gabriele, Franco Bruno, Stefano Tetè

11.00-11.20 Problematiche chirurgico ortodontiche in chirurgia malformativa pediatrica

Roberto Cocchi

11.20-11.40 Le asimmetrie dento-scheletriche: diagnosi e trattamento combinato ortodontico-chirurgico **Federico De Nuccio**

11.40-12.00 Displasie trasversali - aspetti ortodontico-chirurgici **Giancarlo Cordasco**

12.00-12.20 Valutazioni elettrocinosiografiche nel trattamento ortodontico chirurgico delle disgnazie **Valentino Ghiglione**

12.20-12.40 Prevenzione e terapia delle complicanze in chirurgia endorale con ozono **Vincenzo Simonetti**

12.40-13.00 Utilizzo del laser er:yag in chirurgia orale: prime esperienze presso l'UOA di odontostomatologia dell'Ospedale Martini **Maurizio Giordano**

13.00-13.30 Discussione e chiusura lavori

Sessione Igienisti - sabato pomeriggio

"RUOLO DELL'IGIENISTA DENTALE NELLA CHIRURGIA ODONTOIATRICA"

Presidente Sessione Igienisti: **Gianna Maria Nardi**

Titolo: Preparazione del Paziente all'intervento chirurgico: il ruolo dell'igienista dentale **Gianna M. Nardi-Olivia Marchisio**

Titolo: La decontaminazione degli strumenti rotanti **Annamaria Genovesi-Stefano Paci**

Titolo: Ruolo differenziato del team odontoiatrico in chirurgia orale **Alessandra Matassa**

Titolo: Chirurgia parodontale trattamento pre e post chirurgico: ruolo dell'igienista dentale **Elisabetta Polizzi-Loredana Rivoltella**

Titolo: Controllo del biofilm e alimentazione del paziente sottoposto a chirurgia orale **Consuelo Sanavia-Paola Gavoglio**

Titolo: La salute orale nel paziente in terapia rigenerativa su dentatura naturale e su impianti: protocolli **Annalisa Sibille-Ignazia Casula**

Titolo: Motivazione e counselling del paziente da sottoporre a chirurgia maxillo-facciale **Giovanna Gualtieri-Patrizia Corbascio-Maria Giulia Cristofaro**

L'esperienza del Mozambico

Un vero e proprio censimento delle Associazioni Italiane Onlus (Organizzazioni non lucrative di utilità sociale) che si occupano di volontariato e cooperazione nel campo odontoiatrico mi risulta sia stato mai fatto. Un buon riferimento può essere il 1° Convegno per la Cooperazione e Volontariato Odontoiatrico, organizzato dalla Fondazione ANDI Onlus a Milano il 21 ottobre 2005, con lo scopo di riunire le realtà più importanti del settore e che ha visto la presentazione di dodici Associazioni tra cui APA, SMOM, Smile Mission, COI e l'Associazione di cui fa parte chi scrive: SOM che sta per Solidarietà Odontoiatrica nel Mondo, con sede ad Asti, ma con folta rappresentanza di colleghi toscani. SOM si fa carico di perseguire Progetti di Cooperazione Internazionale nel campo della salute orale, in favore di comunità bisognose in ogni parte del mondo. L'Associazione privilegia la prevenzione, la formazione di personale ausiliario del luogo, l'attuazione del progetto in tempi brevi e l'autogestione del progetto stesso.

La nascita della Fondazione Andi Onlus, con finalità indirizzate al volontariato, alla solidarietà, alla formazione e alla ricerca scientifica, è un ottimo punto di riferimento per chi voglia intraprendere progetti in questo campo. Partner privilegiati della Fondazione sono le varie realtà del comparto dentale, l'industria, le associazioni di categoria e altri soggetti che operano nel sociale, con l'eventuale sostegno di finanziatori istituzionali.

Questo articolo prende come spunto una missione condotta da me e il dottor Stefano Mirengi in Mozam-

bico nel luglio-agosto 2004 con lo scopo di mostrare in concreto la realtà quotidiana di chi fa volontariato.

Strade d'Africa, strade del Mozambico.

La strada che dalla capitale Maputo si inoltra nella provincia di Inhambane a sud del Mozambico e del Globo, pur asfaltata, è sempre più accidentata con il passare dei chilometri. Nei tratti più sconnessi, quando il traffico dirada, i pick up, i *machibombo*, corriere col tetto stracolmo di ogni tipo di bagaglio e mercanzia, i *chiapas*, piccoli ed economici mezzi di trasporto locali, che la percorrono, si esibiscono in pericolosi zig zag tra le buche, o si spostano sulla sabbia rossa ai margini per meglio attutire gli urti.

Negli ultimi trenta chilometri verso la cittadina di Homoine, l'agognata meta, a circa 500 km da Maputo, la strada che percorriamo è di sabbia rossa. Oltre, verso le zone rurali, (lo vedremo nei giorni successivi) solo viottoli di sabbia tra le palme e i *cajueiri*, collegano piccoli insediamenti di capanne costruite con le foglie di palma intrecciata.

Il Mozambico è uno dei paesi più poveri del mondo. La presenza dello Stato è forte dopo il periodo coloniale portoghese e la dilaniante guerra civile che lo ha annientato. Da anni però è un paese politicamente stabile. Siamo qua, Stefano ed io, inviati dalla nostra associazione di cooperazione odontoiatrica internazionale, per lo studio di fattibilità e la logistica di un progetto di salute orale. Ci vuole coraggio a proporre questo tipo di intervento



dove non c'è da mettere da mangiare in tavola per sé e per i propri figli. Ma riteniamo che la patologia dentale incida pesantemente sul benessere quotidiano di tutta la popolazione mondiale e ancora di più nei paesi più poveri dove non c'è posto per le cure dei denti nei bilanci di governi che non riescono a controllare il dilagare di malattie come l'AIDS o la malaria, dove non ci sono medici e tanto meno dentisti e quei pochi sono concentrati nei centri più ricchi.

L' Ambulatorio di Odontoiatria

L'Ospedale di Homoine fa parte di un gradevole complesso costruito nel 1922 dai portoghesi e ristrutturato nel tempo con fondi italiani.

I pazienti aspettano diligentemente il loro turno per le visite seduti su panche, sotto la tettoia della veranda prospiciente gli ambulatori, il ticket ritirato all'accettazione in mano. Quasi tutti hanno percorso molti chilometri a piedi. Le donne hanno portato i figli e molte hanno un piccol-

no alloggiato sulla schiena fermato da una fascia. Un solo medico, il dottore italiano Leonida Compostella, e non se ne trova un altro per chilometri, dirige un Ospedale che comprende il pronto soccorso, la medicina, l'ostetricia, la pediatria, il laboratorio di analisi e, per l'appunto, l'ambulatorio di odontoiatria. A breve sarà pronto il day hospital per i malati di AIDS. In alcuni giorni, seduto anch'io sulla veranda dell'ospedale, mi sorprende della tranquillità che regna in questo Centro di Salute, non un tono di voce alto o i movimenti agitati di molti nostri Ospedali. Come può avere un senso che persone miti, contadini che vedo rientrare la sera alle loro capanne dai campi aridi conversando amabilmente con gli occasionali compagni di strada e ti salutano ogni volta che ti incontrano –Todo bien?–Todo bien, siano gli stessi che irrompevano nella capanna del vicino e ne massacravano la famiglia. Che sgozzavano l'insegnante dei loro figli e mettevano a ferro e a fuoco l'ospedale sparando a medici e infermieri con il solo scopo di distruggere quella classe dirigente che poteva aiutarli a costruire un futuro migliore.

Il responsabile dell'ambulatorio di odontoiatria è Alexander, un agente sanitario abilitato alle cure dentali. La mancanza di medici ha ufficializzato la figura di infermieri a vari livelli. Al livello più alto è concessa la diagnosi e la terapia del caso. Alexander è quindi un tecnico, un infermiere di alto livello che guadagna circa 3.000.000 *meticaïs* al mese (circa 120 euro!) In una regione grande come il Lazio (la provincia di Inhambane appunto) abbiamo trovato inseriti nel SSN solo una collega odontoiatra cubana e un collega ugandese. L'ambulatorio ha a disposizione una poltrona con la vernice scrostata (tipo quella del barbiere di una volta), un compressore al quale è collegato un manipolo, niente aspirazione, un micro-motore, una serie di pinze e leve per estrazioni, e poco più. Una poltrona Castellini è momentaneamente (anni?) sistemata nella toilette per-

ché non sono in grado di ripararla. Se si pensa come è difficile avere in tempi brevi un tecnico nei nostri studi figuratevi all'interno dell'Africa australe! In questo ambulatorio, con il permesso delle autorità locali, dopo essere andati di persona nel capoluogo a procurarci gli anestetici, per giorni abbiamo estratto denti e cercato di curare con i pochi mezzi carie non destruenti. Quando Alexander scompariva, a volte per ore, ci siamo cimentati in dialoghi improbabili per cercare di annotare sul registro le generalità e capire le necessità di pazienti, molti dei quali parlavano solo la lingua della loro tribù e che si presentavano per le cure spaventati di trovare al posto del loro dentista di fiducia due uomini bianchi che non parlavano la loro lingua. Ma ce la siamo cavata. Abbiamo notato dai registri che in quell'ambulatorio il 90% delle prestazioni consisteva in estrazioni dentali.

L'OMS ha indicato una serie di trattamenti di salute orale di base ai quali tutti hanno diritto. I Centri di Salute Orale che collaborano con l'OMS hanno sviluppato un basic package oral care per i paesi in via di sviluppo che tiene conto dei trattamenti orali d'urgenza (Oral Urgent Treatment), coinvolge le ditte nella distribuzione di dentifricio al fluoro a costo accessibile (Affordable Fluoridated Toothpaste), consiglia l'utilizzo di tecniche a costi bassi e realizzabili anche in zone distanti da centri di cura, dove spesso non c'è acqua e nemmeno corrente elettrica.

Si è sviluppata quindi la tecnica ART (Atraumatic Restorative Treatment) grazie al Centro Universitario di Salute Orale di Nijmegen in Olanda che collabora con l'OMS. La tecnica ART è conservativa e preventiva. Si utilizzano solo strumenti manuali (come il tagliasmalto, l'escavatore e così via) e un cemento vetroionomerico. Si curano le piccole carie smalto-dentali e si ottura con il vetroionomerico, che fa anche da sigillante. Il tutto è facilmente trasportabile quando ci si sposta nelle zone rurali distanti dai

centri più importanti, facilmente sterilizzabile, non richiede corrente elettrica e quasi niente acqua. Il tutto a basso costo. Occorre tenere conto delle realtà dove si opera per accettare anche mentalmente una tecnica così elementare rispetto ai materiali sofisticati e all'utilizzo di tecnologie sempre più avanzate del mondo occidentale. I pazienti che si trovano davanti un dentista con solo in mano uno specchietto e poco più e comunque non il terrificante "trapano" accettano bene la cura.

Prevenzione orale nelle scuole.

L'attuale politica governativa del Frelimo, il partito al governo del Mozambico, dà una priorità alta all'istruzione e alla riorganizzazione soprattutto della scuola primaria (le nostre elementari e medie). Ma in molte zone non vi sono scuole e i ragazzi in media devono percorrere, in genere a piedi, distanze non inferiori ai 10 chilometri. Molti non vanno a scuola e l'analfabetismo è alto. Gli insegnanti sono pochi, molti inesperti e di bassa moralità.

In una di queste scuole ci siamo recati con Leonida e Alexander per una palestra, una lezione di prevenzione dentale. Dopo avere ottenuto il permesso dalle autorità scolastiche e percorso col fuoristrada circa trenta chilometri di viottoli di sabbia tra la vegetazione e le palme nel distretto di Homoine, si arriva alla scuola primaria di Golo. Decine di bambini ci corrono incontro festanti. Poi ordinatamente si mettono in fila ed entrano in classe. Le lezioni si svolgono in capanne sulla sabbia costruite con foglie di palma. Nessun tipo di intervento ha senso senza una motivazione all'igiene orale ed alimentare. Da queste parti quasi tutti masticano la canna da zucchero e anche qua è arrivata la coca cola e il chewing gum.

La lezione viene svolta con ausili didattici semplici, disegni su fogli di carta spessa, ma tutti sono attenti, partecipano e fanno domande (in portoghese). Con una canzoncina, in coro, ci salutano. Si aspettano di rivederci.

Come sta cambiando il percorso di studi in odontoiatria

Intervista a:

Mario Gabriele

Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Pisa e Direttore UO Chirurgia Odontostomatologica Universitaria.

D. Da quanto tempo è presente nel nostro Ateneo la Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria?

R. La Laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria è attiva nel nostro Ateneo dalla fine degli anni '80 quando l'odontoiatria ha acquisito un'identità propria. Si è così sviluppato il corso di Laurea che ha una durata di 5 anni.

D. Quali sono gli obiettivi del vostro Corso di Laurea?

R. Gli obiettivi del corso di Laurea sono quelli di fornire agli studenti conoscenze teoriche essenziali delle scienze di base per poter rilevare e valutare criticamente i dati relativi allo stato di salute sistemico e di correlarlo alle malattie dell'apparato stomatognatico. A questo scopo dovranno necessariamente:

- conoscere gli aspetti epidemiologici del proprio territorio al fine di prevenire e trattare le malattie del cavo orale;
- acquisire le metodiche di diagnosi e gestione del dolore dentale, oro-facciale e cranio-mandibolare;
- imparare ad acquisire immagini radiografiche dentali ed effettuare interventi di chirurgia dei tessuti duri e molli;
- praticare estrazioni chirurgiche di residui radicolari e di elementi

dentali e sostituirli con protesi fisse, rimovibili o complesse come nella terapia implantare. Inoltre, dovranno imparare ad effettuare correzioni ortodontiche di problemi occlusali minori.

D. Praticamente, come è organizzato il Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria?

R. La Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria si articola in 5 anni. I primi due anni sono caratterizzati da corsi che forniscono nozioni di medicina di base e farmacologia. I tre anni successivi sono rivolti alla formazione specifica, pertanto gli obiettivi dei docenti diventano sempre più mirati. Con il nuovo ordinamento didattico, in vigore oramai da 4 anni, gli studenti sono "obbligati" anche a fare diverse ore di tirocinio professionalizzante per cui possono "toccar con mano" cosa sia l'odontoiatria e come questa non si limiti solamente alla cura e riabilitazione degli elementi dentali.

D. Che cosa vuol dire?

R. Quello che ritengo importante e per cui mi sto battendo come Presidente del Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria, è di non "incasellare" il medico odontoiatra come semplice "dottore dei denti" ma ricordarsi che all'interno del cavo orale esistono molteplici strutture anatomiche. Gli elementi dentali infatti sono circondati dai tessuti molli e duri. Non bisogna inoltre dimenticare che nel cavo orale ci sono la lingua, le ghiandole salivari maggiori e minori, l'articolazione tem-

poro-mandibolare con le loro patologie che sono quindi di pertinenza dell'odontoiatra.

D. Sembra che Le stia particolarmente a cuore la diagnosi di patologie di strutture differenti dagli elementi dentali?

R. Certo, è opinione generale che noi ci occupiamo soltanto di denti. In realtà posso dire che nella mia pratica clinica mi occupo essenzialmente di lesioni dei tessuti duri e molli che possono anche non avere alcun rapporto con gli elementi dentali. L'attività clinica della Unità Operativa che dirigo, la Chirurgia Odontostomatologica Universitaria della nostra Azienda Ospedaliera Universitaria, comprende tra l'altro estrazioni complesse di denti inclusi, ma anche di malattia parodontale e di neoformazioni che possono coinvolgere le ossa mascellari superiori ed inferiori, neoformazioni di labbra, lingua e mucosa del cavo orale. È evidente che non possiamo dimenticare le lesioni odontogene del seno mascellare. Vorrei che fosse chiaro che il "dentista" del futuro debba essere un sanitario che si occupa del cavo orale in toto.

Negli ultimi tre anni, vi è stato un numero considerevole di pazienti oncologici, sottoposti a terapia con bifosfonati, che si sono presentati alla nostra attenzione con estese aree di necrosi ossea. Dalle prime ricerche effettuate, avvalorate anche da evidenze scientifiche, sembra che esista un'associazione tra l'utilizzo di alti dosaggi di bifosfonati e lesioni necrotiche ossee. È chiaro da questo esempio come l'aggiornamento continuo e le relazioni inter-

disciplinari, in questo caso con l'oncologo, l'ematologo ed il radioterapista, siano fondamentali anche nel nostro settore medico-chirurgico.

D. Cosa state facendo per ottenere questi obiettivi?

R. Primariamente è necessario garantire una buona formazione universitaria. La conoscenza dei meccanismi fisio-patologici, degli strumenti diagnostici e terapeutici. Inoltre è nostro compito avvicinare lo studente universitario all'evidence-based dentistry.

D. Che cosa è l'evidence-based dentistry?

R. L'evidence-based dentistry è quella disciplina che permette tramite una revisione critica e rigorosa della letteratura scientifica, di prendere delle decisioni cliniche basate su un alto livello qualitativo. Il razionale clinico è costituito dall'applicazione dei risultati dei trials di cui review sistematiche e meta-analisi ne sono la sintesi. La forza di questi studi la si evidenzia nella loro applicazione in campo terapeutico sia esso medico che chirurgico.

È nostro compito insegnare agli studenti ad avere un approccio critico nei confronti della professione, pertanto già durante le lezioni del nostro corso facciamo anche analisi della letteratura.

Inoltre da due anni il mio gruppo di ricerca svolge mensilmente degli incontri intitolati "Journal Club", sia con studenti che con odontoiatri. Lo scopo è quello di affrontare un singolo problema clinico sfruttando l'analisi della letteratura per cercare di tracciare delle linee guida.

D. Quindi la vostra struttura è aperta anche a liberi professionisti?

R. La nostra U. O. di Chirurgia Odontostomatologica è senz'altro aperta anche ai liberi professioni-

sti. Ogni anno organizziamo un Master di II livello in "Chirurgia orale e d'urgenza odontostomatologica". È un corso teorico-pratico, di 8 odontoiatri, della durata di un anno che permette un aggiornamento culturale sia per odontoiatri di base sia per medici chirurghi specialisti in odontostomatologia, con particolare rilievo alle urgenze ed emergenze della chirurgia odontostomatologica.

Oltre al corso Master ed alle sedute mensili di "Journal Club" facciamo incontri bi-mensili di "Case Presentation", nei quali sia i medici del mio reparto sia liberi professionisti possono presentare casi clinici seguiti da discussioni.

D. Quindi sono incontri esclusivamente odontoiatrici?

R. No, non è così. In alcune sessioni di "Case Presentation" medici di altre discipline presentano nuove metodologie o terapie che interessano gli odontoiatri da vicino. Per cui, questi sono incontri interdisciplinari con l'obiettivo di una formazione sinergica, continua ed attiva. Tale formazione ci permette di avere sempre nuovi spunti anche come ricerca.

Anche l'odontoiatria pisana infatti si sta lentamente muovendo per promuovere la ricerca sia clinica che più propriamente di base inerenti alla chirurgia orale.

D. Cosa state facendo in particolare?

R. Il mio gruppo di ricerca si occupa storicamente di rigenerazione sia di tessuto osseo sia parodontale ed effettua ricerca di base e clinica. Storicamente ci occupiamo di farmacocinetica e farmacodinamica di preparati ad azione analgesica ed antibiotica.

Recentemente si stanno sviluppando filoni di ricerca tra malattie propriamente del cavo orale, come la malattia parodontale, ed alterazioni di altri apparati sistemici.

segue da pag. 29

Da 25 anni ormai e dopo 50 anni dall'introduzione della mordenzatura acida dello smalto da Buonocore, nella nostra pratica clinica utilizziamo delle sostanze chimiche (prevalentemente resine liquide) che hanno il compito di sigillare l'interfaccia tra smalto e/o dentina e materiali di restauro.

Data la complessità anatomica e strutturale della dentina e dello smalto da una parte e la composizione eterogenea dei compositi dall'altra è necessario applicare in ogni fase operativa un protocollo rigido per evitare errori durante la loro manipolazione e, quindi, risultati scadenti.

La moltitudine dei prodotti che l'industria ci mette a disposizione crea spesso una confusione tra i clinici nello stabilire quale è il sistema migliore da usare per ogni specifico caso clinico, quando si deve o non si deve mordenzare la dentina, quanti strati di liquido resinoso bisogna passare, quanto tempo per polimerizzare e quale composito adottare per ogni caso clinico.

Con la recente introduzione dei sistemi self-etching primers e bondings e con sempre più ampie applicazioni dei cementi resinosi adesivi anche in protesi è assolutamente indispensabile una buona conoscenza di tutto quello che l'adesione in odontoiatria può fare.

Questi sistemi adesivi opportunamente scelti ed abbinati con i cementi compositi resinosi ci permettono di "cementare" o meglio "fissare" i nostri manufatti (onlay inlay-corone metal free-perni) sulle strutture del dente nel modo migliore possibile. Le indicazioni cliniche ed i confronti tra i vari materiali e tecniche per un restauro diretto od indiretto, ci permetteranno di dare al nostro paziente la soluzione più corretta. Il relatore cercherà di porre chiarezza e ordine in tutti questi interrogativi nella nostra pratica quotidiana avendo come obiettivo un restauro funzionale e duraturo.

Il corso, organizzato dal professor Vassilio Kaitsas, si svolgerà il 14 ottobre 2006 (6 ore formative). Info: nicolamacris@interfree.it



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

Il ricordo del Prof. Palagi

Solo in questi giorni, alla riapertura degli uffici dell'Ordine dopo la pausa feriale, abbiamo appreso la triste notizia della scomparsa del prof. Umberto Palagi.

Eravamo a conoscenza che da qualche tempo Egli versava in condizioni di salute precaria e ne seguivamo l'evoluzione.

Tale coincidenza non ha consentito al Presidente dell'Ordine ed anche a me di associarci tempestivamente al lutto della famiglia e di estendere la notizia ufficialmente a tutti gli iscritti.

A me il compito di tratteggiare la figura complessa e poliedrica del Prof. Palagi, per via di una particolare personale conoscenza che affonda le radici nei lontani anni '50 allorché, studente, potei apprezzarlo come docente di Medicina Legale, collaboratore ed aiuto del Prof. Folco Dominici, allora titolare della Cattedra e dell'istituto della nostra Università ed al quale subentrò quale legittimo erede.

Da allora ne ho seguite le vicende professionali ed umane perché, abitanti nello stesso quartiere della città, avevamo modo di incontrarci spesso e soffermarci velocemente sulle vicende dei nostri tempi, sulle crisi attraversate dall'Università e dalla scuola in generale, in parallelo con le vicende storico-politiche di cui sono stati protagonisti gli studenti e l'ordinamento degli studi, non solo universitari, ma anche quelli delle scuole medie.

In Umberto Palagi è stato sempre presente un arguto ed altrettanto pratico senso di osservazione e di rigetto di ogni forma di pressappochismo, figlio di un lassismo rivoluzionario che, in tempi oscuri per la nostra Repubblica, era giunto a pretendere un immeritato diciotto che, aggiunto agli altri, conduce-

se ad un'altrettanto immeritata ed insignificante Laurea.

Su questo e sulle sue conseguenze professionali il Prof. Palagi è sempre stato critico, considerando il tutto una grave decadenza dei costumi.

Sul campo strettamente professionale ricordo la Sua lunga e qualificata azione di docente e di perito fiduciario dei privati cittadini come dei tribunali.

Lo portarono agli onori della cronaca momenti vissuti con grande determinazione e convinzione, pari almeno alle Sue intime sofferenze, in perfetta buona fede.

Conseguenza di questa globale valutazione dello studioso e del personaggio è che, nei circa trenta anni dacché io vivo da vicino la vita dell'Ordine, anche con ruoli di rilevanza nel Consiglio Direttivo, fino agli ultimi undici anni di presidenza, il Prof. Palagi è stato il Medico Legale di riferimento per l'espletamento della funzione ordinistica di formazione ed aggiornamento.

Lo ricordo nelle sue conferenze parlare con passione e precisione di linguaggio dei molti doveri e dei pochi diritti nel loro rapporto con i pazienti, con le leggi, con le istituzioni.

Certificato, obbligo di referto, obbligo di denuncia, omissione azione, responsabilità civile e penale del medico erano i suoi cavalli di battaglia.

Per questo, per la Sua disponibilità al colloquio con i colleghi ed alla sua con l'Ordine, da molti anni, il Prof. Palagi era consulente della nostra istituzione e componente la commissione ordinistica per la verifica dello stato di invalidità temporanea e definitiva all'attività professionale, ai fini dei trattamenti economici da parte del nostro ENTE di previdenza e assistenza E.N.P.A.M.

Più volte, su richiesta delle società assicuratrici, dei privati e dei tribunali, l'Ordine lo ha proposto quale terzo arbitro nel dirimere le questioni giunte a quel livello di valutazione.

Sempre, per quanto risulta all'Ordine, il Prof. Palagi ha svolto i suoi ruoli con competenza ed equilibrio. Solo un breve accenno alla Sua vasta produzione scientifica che ha sempre riscosso un apprezzamento che va oltre i nostri limiti territoriali e costituisce letteratura di riferimento.

L'Ordine, nell'unirsi al lutto della famiglia per la grave comune perdita, esprime anche il compianto di più generazioni di colleghi che, sui banchi dell'Università hanno appreso le basi della medicina legale indispensabili per un corretto esercizio della futura professione.



La Risonanza Magnetica Cardiologica

Da questo numero di Pisa Medica la rubrica "Notizie dal CNR" dedicherà un articolo alle varie realtà cliniche che operano nel CNR. Iniziamo con un'intervista al Dottor Massimo Lombardi, responsabile del Laboratorio di Risonanza Magnetica Cardiologica dell'Istituto di Fisiologia Clinica.

Domanda: Quali sono le caratteristiche principali del Laboratorio, anche dal punto di vista della Medicina pisana?

Risposta: Il nostro è il primo laboratorio di Risonanza Magnetica in Italia che si sia sviluppato all'interno di un reparto di Cardiologia e che sia dedicato all'apparato cardiovascolare, con ambizioni all'inizio prevalentemente di ricerca, oggi, sempre più anche di assistenza.

Attualmente eseguiamo circa 1.800 indagini di imaging cardiovascolare all'anno. Di queste 1.000 circa riguardano il cuore, le altre i grandi vasi.

Lo staff è costituito da cinque tra cardiologi (di cui uno pediatra) e radiologi, due biologi, quattro ingegneri, tre tecnici, due infermieri professionali e due segretarie.

Domanda: Quali sono le patologie cardiache che vengono studiate in prevalenza?

Risposta: Attualmente la Risonanza Magnetica trova un'applicazione crescente nell'ambito delle cardiomiopatie (cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, aritmogena, etc). Moltissimi pazienti affetti da queste forme dopo aver eseguito altri esami di imaging come l'ecocardiografia vengono poi indirizzati al

nostro laboratorio per ulteriore approfondimento diagnostico, ad esempio per valutare la presenza di fibrosi intramiocardica od escludere la presenza di infiltrazione adiposa.

Le cardiopatie congenite poi passano quasi immancabilmente dall'esame con RM.

Attualmente esiste anche un grande interesse nella comunità cardiologia per la possibilità di studiare con notevole accuratezza la lesione necrotica che si realizza nel corso di infarto miocardico e quindi poter evidenziare le aree dotate di vitalità e quindi degne di un eventuale intervento di rivascolarizzazione (angioplastica, by-pass).

Domanda: Ma queste cose non possono essere studiate con altre tecniche?

Risposta: Certamente sì, ma la RM offre vantaggi non da poco se si considera che non somministra radiazioni potenzialmente nocive e

che offre una qualità di immagini superiore a qualsiasi altra tecnica di imaging.

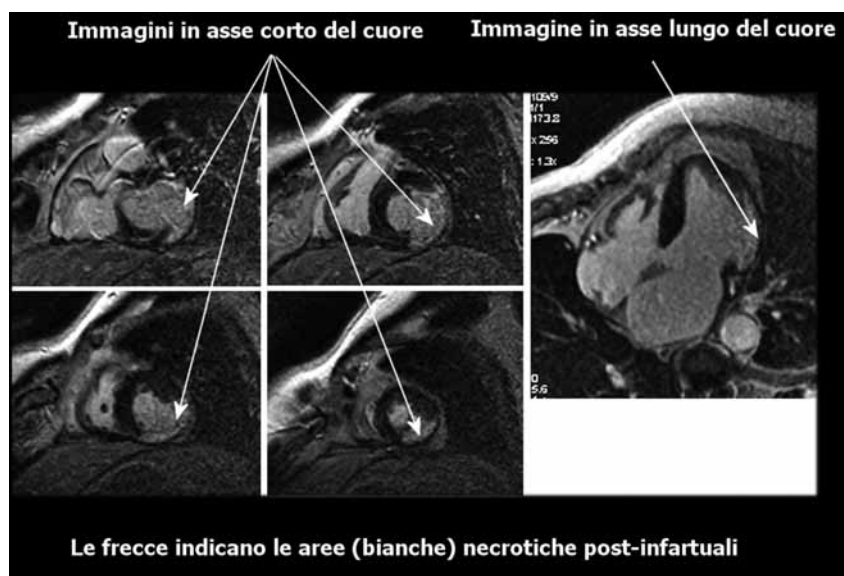
Domanda: Da dove provengono i pazienti che vengono sottoposti all'esame RM nel vostro centro?

Risposta: L'85% da realtà sanitarie al di fuori della nostra Area Vasta il resto viene inviato dai cardiologi ospedalieri e non dell'Area Vasta.

Domanda: Chi prenota l'esame?

Risposta: In genere il cardiologo di riferimento od il medico di base telefona al nostro laboratorio e discute con il personale medico eventuali problematiche di opportunità dell'esame e/o la tempistica di esecuzione.

Si discute con il medico referente quanto l'esame sia urgente, il tipo di informazione che dobbiamo fornire, eventuali controindicazioni etc.



Domanda: Avete lista di attesa?

Risposta: La richiesta è talmente cresciuta in questi anni che inevitabilmente si è creata una lista di attesa.

Consideriamo che molti dei nostri pazienti provengono da regioni italiane dove tale possibilità diagnostica non si è ancora sviluppata.

Cerchiamo di ovviare alla lista di attesa proprio discutendo con i medici referenti e spesso con i pazienti quanto urgente sia la richiesta.

In questa maniera i pazienti che devono fare l'esame urgentemente vengono messi in condizioni di non attendere più del dovuto e chi invece può programmare l'esame di eseguirlo in condizioni di tranquillità.

Stiamo comunque provvedendo a potenziare il Laboratorio con una seconda apparecchiatura.

I lavori di installazione dovrebbero partire a giorni.

Domanda: Come si integra un volume di attività clinica così elevato con la missione di ricerca che il vostro Istituto deve perseguire?

Risposta: Nel nostro caso direi che le due cose hanno trovato un giusto mix.

Citerò ad esempio l'esperienza che abbiamo fatto sui pazienti affetti da Emocromatosi (ad esempio i pazienti affetti da talassemia major e quindi politrasfusi).



Hai mai pensato a quanti pazienti stai perdendo?

Il tuo attuale Studio medico è o no uno **Studio da 3 SÌ?**

È vicino ad un'importante struttura sanitaria?

È raggiungibile in auto o bus e con parcheggio gratuito?

È dotato di un servizio appuntamenti cortese ed efficiente?



STUDI MEDICI_(*) DA 3 SÌ in prova gratuita e senza impegno per 2 mesi fino ad esaurimento posti, e solo se sei soddisfatto prosegui per un anno con soli 80 Euro al mese_()!! Richiedilo come tuo primo o secondo Studio!**

SIMAT via Pratale n 66 - 56127 Pisa - tel. ammin 050 575592
visita <http://xoomer.alice.it/studi.medici.simat/home.htm> o scrivici a studimedici@alice.it

(*) 'studi medici' e non 'ambulatori medici' - (**) prezzo escluso IVA e riservato all'offerta "Promozione 2006 base" soggetta ad approvazione

La Scuola medica di Salerno



L'origine della Scuola Salernitana è un problema ancora discusso, cioè se di istituzione monastica, laicale o se fondata da quattro maestri: Adela arabo, Elino ebreo, Salernus latino e Pontus greco. È comunque documentato che nei primissimi anni del X secolo viveva alla corte del Re di Francia un medico salernitano e che nel 984 Adalberone vescovo di Verdun venne a Salerno per avere consigli curativi.

Nella sua storia si possono distinguere tre periodi: il primo, che va dalla fondazione alla fine dell'anno Mille, è caratterizzato da una medicina di tradizione classica greco-latina e gli insegnamenti basati su un sano empirismo, specialmente rivolto all'osservazione di regole igieniche rivolte a conservare la salute.

Fra i personaggi da ricordare, citiamo il monaco Alfano I, divenuto poi vescovo di Salerno dal 1058 fino alla sua morte avvenuta nel 1085, autore di alcune famose opere di quei tempi: *De quattuor humoribus* e il *De pulsibus*. Altro celebre maestro fu Guarimpoto o Garioponto, che scrisse un trattato, *De simplicibus medicinis* ed il *Passionarius*, un'opera enciclopedica, sunteggiata dagli scritti di Galeno, Teofrasto e Paolo, divisa in cinque libri, più un'appendice sulle febbri, importante perché vi si trovano le basi del linguaggio medico moderno (come gargarizzare, cicatrizzare, clisterizzare, cauterizzare, ecc.). Appartengono sempre a questo periodo Pietro Clerico o Petroncello, autore di una *Practica*, anche questa silloge di tante malattie.

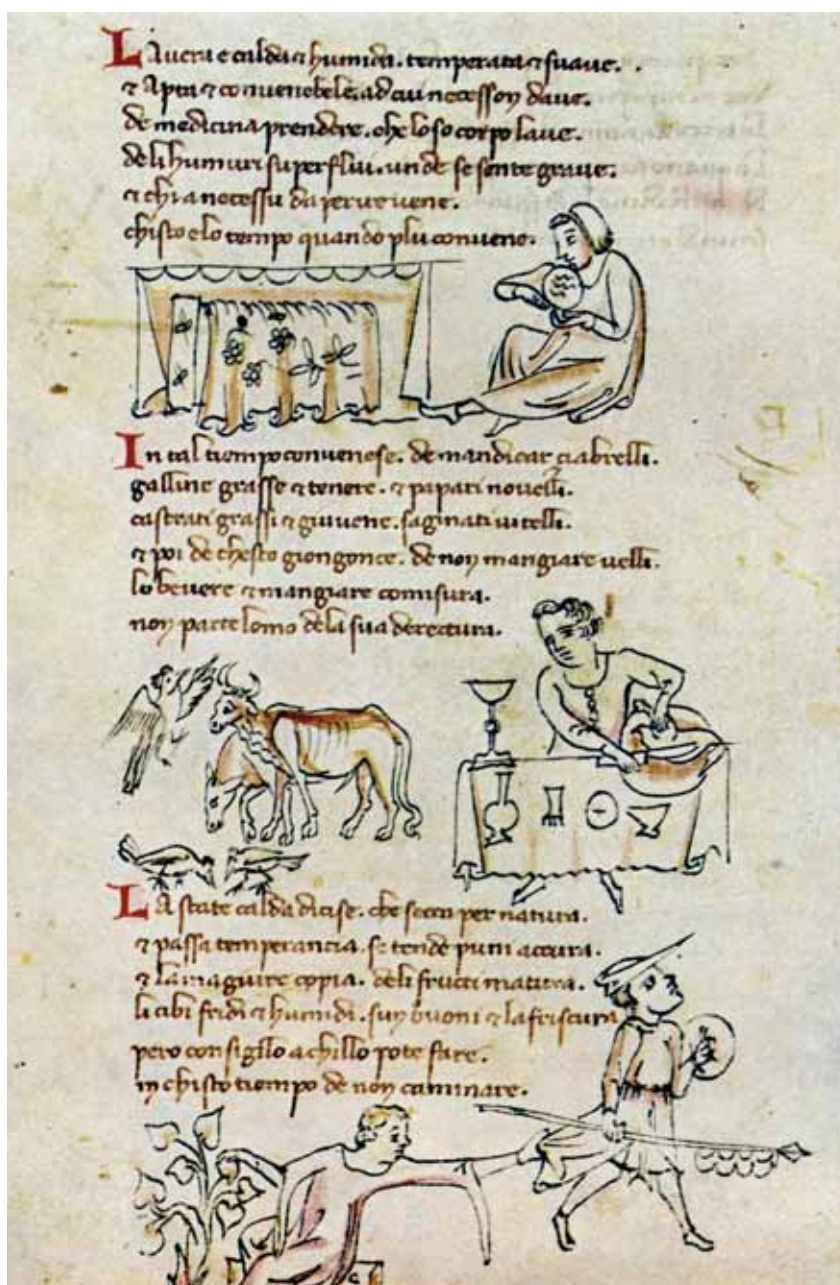
Ben presto si affermano i capostipiti di alcune famiglie laiche illustri, che avranno nel secolo successivo

il massimo splendore: quella dei Plateari e quella dei Ferrario.

Tra le figure femminili, si ricorda Trocta, generalmente conosciuta col nome di Trotula, medichessa o semplice levatrice, i cui insegnamenti furono raccolti in un libro inti-

tolato *De mulierum passionibus in ante et post partum*.

Sono di questo periodo anche alcuni scritti anonimi, fra cui l'*Antidotario Salernitano*, poi andato perduto, che era una raccolta di tutte le ricette codificate basate



REGOLA SANITARIA SALERNITANA



Anglorum Regi scribit tota Schola Salerni...

Regola sanitaria salernitana,
Salerno 1987

sulla pratica giornaliera negli ospedali.

Nella seconda fase la figura principale è costituita da Costantino l'Africano, così detto da Cartagine sua patria. Conoscitore profondo delle lingue orientali e delle conoscenze di quelle scuole, egli trascrisse, tradusse e commentò numerosi codici arabi, dando così inizio alla diffusione della cultura medico-araba in Italia; successivamente si ritirò come monaco a Montecassino e qui morì nel 1085 circa.

La sua opera fu vastissima e fra i tanti suoi scritti ricordiamo anzitutto Pantegni, suddivisa in dodici libri in cui è compreso tutto ciò che il medico deve conoscere; altre opere sono: Pratica, Graduum simplicium, Viaticum, Librum tegni, De urina, De ginecia e il De oculis.

Se Costantino fu indubbiamente il personaggio più famoso di questo periodo, altri fiorirono in Salerno in questo spazio di tempo che comprende quasi due secoli.

Il De Renzi, autore di un approfondito studio su questo argomento (Storia Documentata della Scuola Medica di Salerno) ricorda oltre 60 medici, dei quali per lo più è rimasto solo il nome.

Di altri sappiamo di più: così citiamo Cofone il giovane, vissuto intorno al 1120, autore di un trattato intitolato De modo medendi e di una Practica Cophonis secundum humores, un vero trattato completo di patologia preceduto da una dissertazione sulle febbri; Giovanni Plateario II, che redasse una Practica brevis e forse anche un trattato dal titolo Regulae urinarum; un

terzo Giovanni è forse l'autore della celebre opera De simplicibus medicinis; fu allievo della scuola salernitana anche Pierre Gilles de Corbeil, famoso per i suoi due poemi in versi, De pulsibus e il De urinis: quest'ultimo rimase poi un testo classico di studio fino al Rinascimento.

Tra gli altri medici, sono ricordati un Giovanni Afflacio, un Bartolomeo e Nicolò Salernitano, vissuto intorno al 1130, autore di un celebre Antidotarium.

Il dottrinario della Scuola salernitana fu completo nelle varie branche dell'arte sanitaria: così per lo studio dell'anatomia, quasi del tutto dimenticata dopo Galeno; per la chirurgia, che fu rivalutata anche con la compilazione di specifici trattati, ad opera di Ruggero di Parma e di Rolando, detto anche lui da Parma.

Questa chirurgia, pur se limitata ad interventi semplici e superficiali, portò ad ottenere buoni risultati grazie all'introduzione di una forma empirica di anestesia generale, ottenuta con l'uso di una "spongia somnifera" imbevuta di sostanze stupefacenti (oppio, giusquiamo,



Miniatura in *Canone* di Avicenna scritto in ebraico.
Rappresenta la Scuola medica di Salerno - secolo XV
Bologna, Biblioteca Universitaria.



Una pagina della *Chirurgia* di Enrico De Mondeville

belladonna, ecc.) che venivano fatte inalare sotto forma di vapori poco prima dell'intervento.

Particolare sviluppo lo ebbe anche l'oculistica e l'uroscopia, che assunse una fisionomia particolare, con tante osservazioni che si potevano trarre dal semplice esame ispettivo.

La terapia costituì una delle glorie di Salerno; l'opera più celebre su questo argomento è il *Regimen Salernitanum* o *Flos medicinae Salerni*, scritta in versi, così famosa nella letteratura medica antica che ebbe poi centinaia di edizioni, in ciascuna delle quali furono apportati mutamenti ed aggiunte, tanto da far giungere il numero dei suoi versi dagli iniziali 362 a ben 3.250. Tradotta più volte, lo fu anche in italiano da parte di vari autori ed in epoche diverse, a partire almeno dal XVI secolo.

Lo stile è certamente più vicino a quello popolare che non a quello erudito, ma i versi hanno il vantaggio indiscutibile di essere estremamente facili, ingenui ed accessibili a tutti ed anche agevolmente ritenibili a memoria, proprio per la loro semplicità, il ritmo e per l'efficacia delle rime ed assonanze.

Il testo contiene a centinaia aforismi, ammaestramenti, sentenze, consigli, per lo più di carattere igie-

nico-curativo utili per conservare la salute, tutti assai spesso profondamente veri.

Si passa così all'igiene fisica e mentale, alla dietetica, alla meteorologia, agli influssi delle costellazioni sul corpo umano, alle molteplici proprietà curatrici di tante erbe, alla costituzione generale, alle indicazioni per una buona flebotomia, ai purganti, ai clisteri: è tutto un susseguirsi di osservazioni e di indicazioni, talvolta veramente sorprendenti per la loro intuizione ed anche, spesso, per la loro attualità.

Vari capitoli sono dedicati anche alla patologia, secondo la dottrina umorale ed i vari temperamenti.

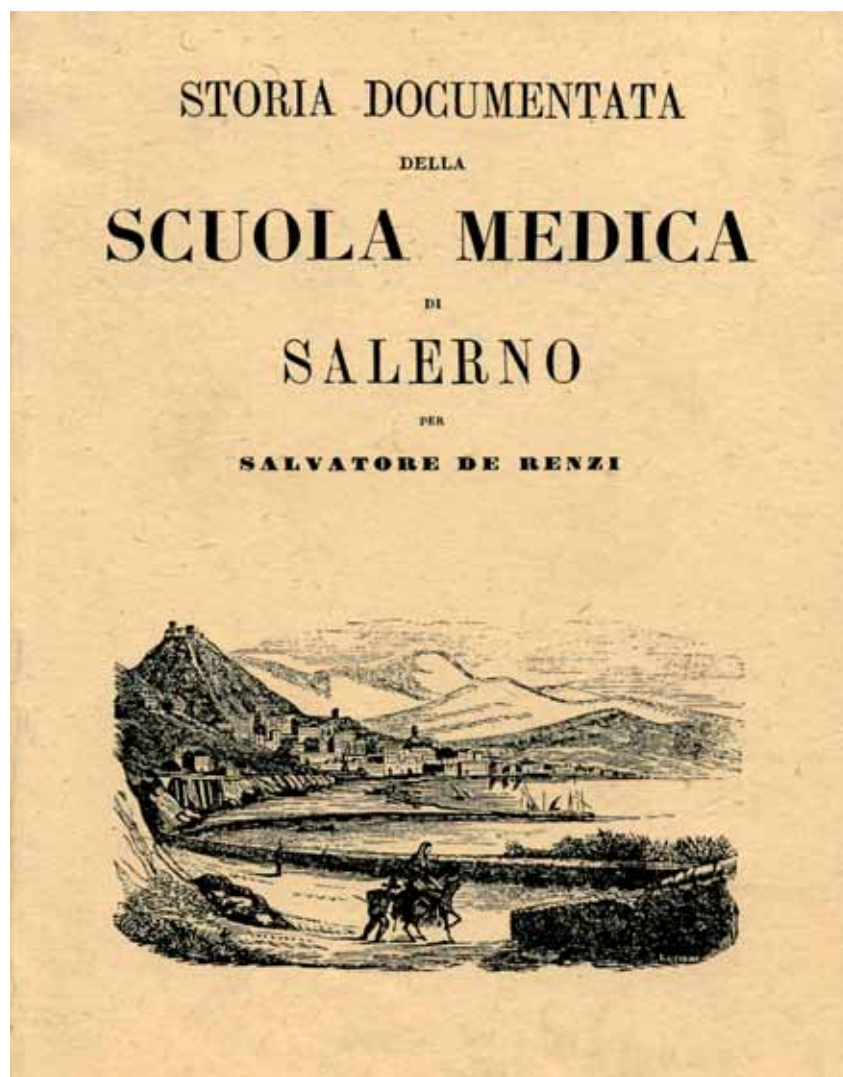
L'ultimo periodo è quello della decadenza, che possiamo far iniziare dal 1300.

Con il sorgere ed affermarsi delle

varie università e specialmente di quella napoletana, protetta da Federico II ed i relativi privilegi a questa concessi, la fortuna della Scuola Salernitana decadde sempre di più, fino a quasi scomparire nella storia della medicina.

Solo sporadicamente il nome dell'antica "Civitas hippocratica" riaffiora nel mondo degli studi, come ad esempio nel 1748, quando la facoltà medica di Parigi la interpellò a proposito di questioni di privilegi che si dibattevano tra medici e chirurghi.

Si arriva così al 1811 quando, in occasione del nuovo ordinamento dell'istruzione pubblica del regno di Napoli, Gioacchino Murat sopprime definitivamente quell'antico e glorioso Studio.



S. De Renzi, *Storia documentata...*, Napoli 1857

“L'esplorazione della mente umana” è il tema inaugurale...

Inizia un nuovo Anno Sociale e si celebrerà l'inaugurazione come al solito il 18 ottobre festa di S.Luca patrono dei medici con un convegno su un tema, scelto dall'Assemblea Nazionale, “Mente e memoria”.

Il Convegno si terrà all'Auditorium “G.Toniolo” Opera della Primaziale in piazza dell'Arivescovado alle ore 16.30 del giorno mercoledì 18 ottobre e vi parteciperanno docenti universitari della nostra Università che si sono dedicati all'esplorazione della mente e della memoria e alla cura dei loro disturbi.

La malattia che coinvolge soprattutto la memoria si chiama demenza e riconosce numerose cause, nel 50% la malattia di Alzheimer e nel restante 50% cause vascolari, degenerative, tossiche ed infettive; sembra che la demenza colpisca il 5% della popolazione over 65 anni e sale al 30% in quella over 80 anni.

Si calcola che in Italia vi siano oltre 500.000 persone con demenza e con l'invecchiamento della popolazione il numero andrà aumentando.

È una malattia pertanto di importante valenza sociale anche perché la maggioranza dei malati sono assistiti per vari motivi (principalmente economici, affettivi o terapeutici) dagli stessi familiari che ovviamente sono costretti a numerose rinunce; in una indagine conoscitiva fra i familiari di malati di demenza ben il 75% ha risposto di non essere più in grado di svolgere una vita sociale privata.

La demenza oltre a fattori predisponenti non modificabili come l'età, il sesso, la familiarità, le malattie pregresse, annovera fattori come l'abuso di alcool, il fumo di sigaretta, l'uso di droghe, le malat-

tie come l'ipertensione arteriosa o il diabete o l'ipercolesterolemia che possono essere controllati con una buona educazione socio-sanitaria. Tra i personaggi famosi colpiti da demenza di Alzheimer voglio ricordare l'ex Presidente degli Stati Uniti Ronald Reagan; è stata proprio la sua disavventura a far conoscere al grande pubblico la gravità e la diffusione di questa malattia. Probabilmente il neurologo tedesco Alois Alzheimer non credeva che sarebbe diventato così famoso negli anni futuri quando nel 1907 descrisse gli aspetti clinici e patologici della malattia.

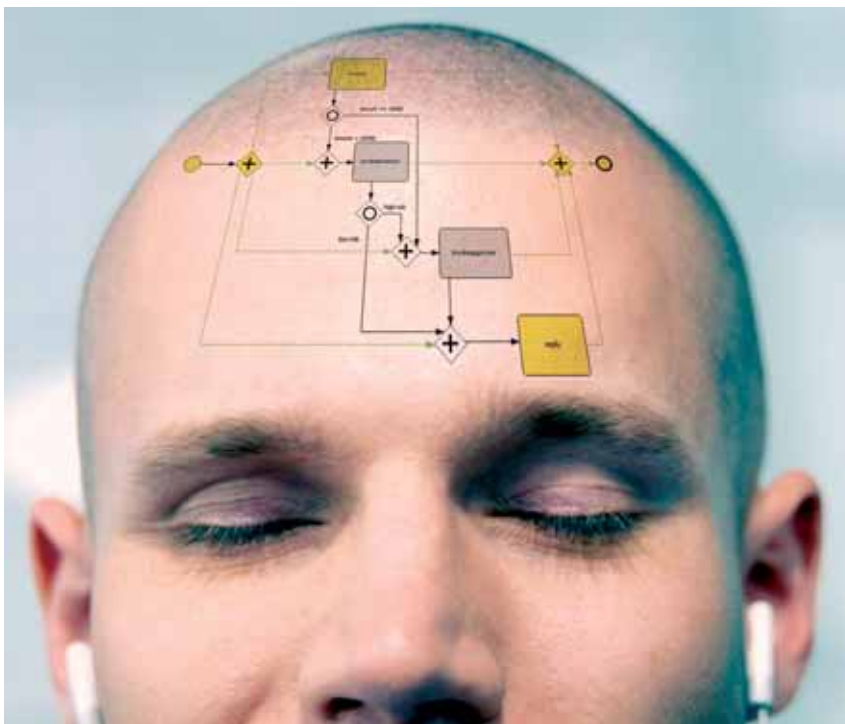
Ma la riduzione della memoria non è riconducibile solo alla malattia demenza; tutti noi oltre i 60 anni abbiamo un indebolimento della memoria che fa parte di un normale processo fisiologico: una delle manifestazioni più frequenti il non venire subito in mente il nome delle persone.

D'altronde i medici ci insegnano che il nostro cervello inizia ad “invecchiare” all'età di 30 anni; da questa età ogni anno muoiono alcuni milioni di neuroni e il nostro cervello perde infatti il 10% del suo peso.

Ma la perdita di questa notevole quantità di neuroni compromette in maniera irrimediabile le nostre funzioni cognitive in primis la memoria? Vi sono sistemi di protezione che il cervello mette in atto? Sembrerebbe di sì.

Oggi è possibile indagare le nostre funzioni cerebrali non solamente motorie o sensitive o della parola con apparecchiature sempre più sofisticate come la Risonanza Magnetica Funzionale o la PET.

In questo convegno saranno trattate tutte queste problematiche e valenti ricercatori ci illustreranno questi affascinanti metodi di esplorazione della mente.





Dalla Tradizione Alla Innovazione



Via Meucci, 36 56121 Ospedaletto - Pisa Tel. 050 3154101 www.abiogen.it



associazione farmaceutici industria



Farminindustria

FEDERCHIMICA

Assobiotec

Associazione Nazionale
per lo sviluppo delle biotecnologie

Abiogen Pharma SpA affonda le proprie radici su quelle dell'Istituto Galenico, in seguito divenuto Istituto Gentili SpA, fondato a Pisa nel 1917 dal Commendator Alfredo Gentili e rappresenta, nel panorama farmaceutico nazionale, un esempio di capacità imprenditoriale che vuole assumersi il compito ambizioso di coniugare il modello tutto italiano della media impresa, con la creatività e la capacità innovativa della Ricerca.

Innovazione, ma anche diversificazione: questo, si evince dalla suddivisione in tre A.S.A. (Aree Strategiche di Affari) distinte come R&D (Ricerca & Sviluppo), Manufacturing (Produzione Farmaci) e Phar-

ma (Commercializzazione Farmaci) e dal listino dei prodotti commercializzati da Abiogen Pharma articolato in più Aree Terapeutiche.

Le capacità e la fama del Centro Ricerche Abiogen sono riconosciuti nel mondo grazie alla scoperta ed alla successiva affermazione sul mercato di importanti molecole nel campo del Metabolismo osseo. Presso il Centro Ricerche Abiogen, oltre ai tradizionali studi sul Metabolismo osseo, sono in fase di sviluppo diverse molecole, alcune delle quali già in fase clinica I o II, nel campo del Sistema nervoso centrale e dei

Tumori, in collaborazione con partners internazionali e con centri di ricerca di università americane.

Negli ultimi tre anni un impulso particolare è stato dato alla attività di biotecnologia in stretta collaborazione con Areta International, una azienda privata di servizi di biotecnologia che coopera con Abiogen nello sviluppo di molecole biotecnologiche, nel processo di produzione-ottimizzazione e nel processo di produzione di lotti di prodotto che sono necessari allo svolgimento della fase pre-clinica e clinica.

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



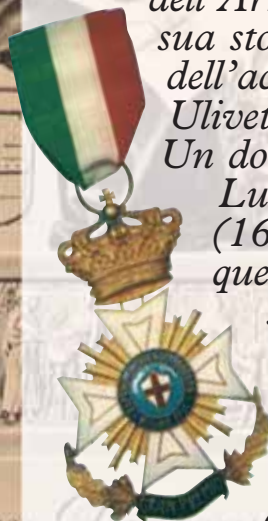
Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®

Aiuta la Digestione

*N*el 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.*

