

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:

La Società della Salute
della Zona Pisana

Doady Giugliano

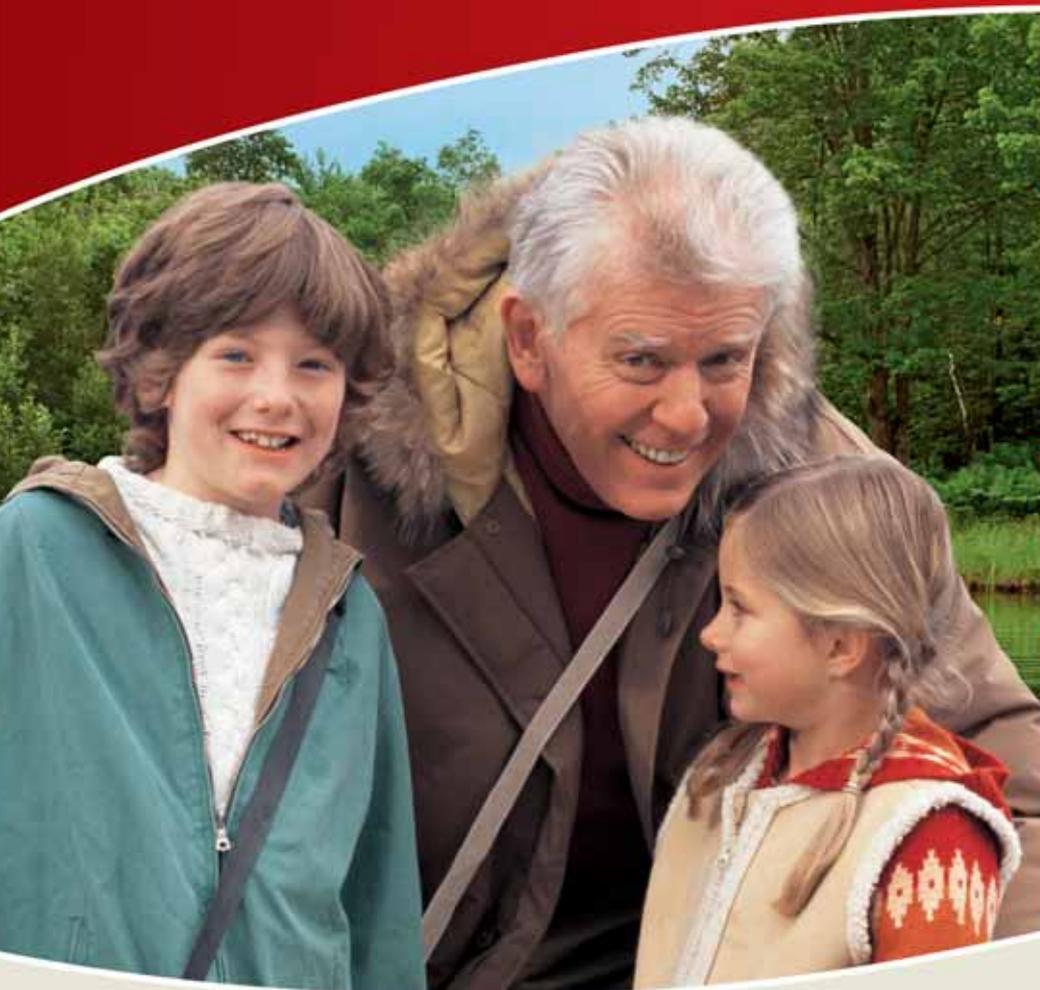
A proposito
di margini nella protesi
in metalceramica

Dario Castellani
Titolare Cattedra Corsi Master Università Bologna

Medicine alternative
fra azione ed omissione...

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.



La *vita* ti parla

Insieme per un nuovo Ordine



Volentieri mi accingo a raccogliere l'eredità "giornalistica" di Elio Tramonte, artefice del rilancio di quello che un tempo, riduttivamente, veniva definito il "bollettino" dell'Ordine. Durante il suo mandato, le pagine di "PisaMedica", hanno ospitato gli esponenti del gotha della medicina non solo pisana ma, anche e soprattutto, hanno visto la partecipazione di amministratori e quanti a vario titolo hanno a che fare con il nostro mondo.

In quest'ottica oggi, mi accingo dunque a presentare il nostro bimestrale ulteriormente rinnovato, secondo gli indirizzi editoriali espressi dal Consiglio dell'Ordine. Un rinnovamento che, salvaguardato l'aspetto divulgativo degli articoli, si evince nell'aspetto grafico espresso dalla quadricromia, una svolta non secondaria nell'approccio con i nostri eterogenei lettori.

Circa invece i contenuti, balzerà immediatamente agli occhi, lo "spazio" dedicato alle problematiche degli odontoiatri. Sinergia editoriale che per la prima volta caratterizza la pubblicazione di "PisaMedica" a testimonianza del fattivo spirito di collaborazione che contraddistingue il nuovo indirizzo dell'Ordine. Abbiamo dato priorità all'approfon-

dimento delle principali tematiche medico-sociali ed ordinistiche, attraverso la costante presenza di "tavole rotonde", elemento trainante e coagulativo dei diversi, molteplici, espressione-pensiero.

Con grande soddisfazione stiamo registrando una maggiore adesione e collaborazione del mondo scientifico universitario, sostenuto dal neo rieletto preside Luigi Murri, dal Cnr di Pisa, presente con articoli di grande spessore, e dai vari settori, unità operative e reparti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, dalla Az. Usl 5 dell'Area Pisana sia nella componente territoriale che in quella ospedaliera (Pontedera e Volterra).

Tra gli argomenti di questo numero, non poteva mancare quello per noi di maggiore valenza economico-comportamentale, afferente al Decreto Bersani, che i colleghi Odontoiatri trattano in prima battuta. Andremo ad affrontare di nuovo questa problematica dopo l'esito delle trattative in corso tra Governo e FnomCeo.

Con soddisfazione vorrei far notare la partecipazione, per la prima volta dalla nascita del "bollettino", dei giovani colleghi, che hanno risposto con entusiastica partecipazione.

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

Elio Tramonte, Giampaolo Bresci, Paolo Monicelli, Giuseppe Figlini, Vincenzo Amato, Stefano Bombardieri, Antonio De Luca, Cataldo Graci, Gianfranco Gori, Lina Mameli, Amalia Lucchetti, Ferdinando Pentimone, Paolo Rindi, Fabrizio Scatena, Massimo Srebot, Mario Gabriele (odontoiatra), Teresa Galoppi (odontoiatra), Franco Pancani (odontoiatra)

Coordinamento Odontoiatrico

Filippo Graziani, Roberto Trivella

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
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



La Società della Salute della Zona Pisana

Dott. Macaluso, che cosa è la Società della Salute?

La Società della Salute è un modello organizzativo sperimentale, volto a promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. E' particolarmente importante il ruolo che la Società della Salute promuove, quindi, nel coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nella individuazione dei bisogni di salute della popolazione. Legalmente la Società della Salute della Zona Pisana è un Consorzio pubblico, dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale, organizzativa e gestionale. E' stato costituito nel settembre 2004.

Gli Enti che ne fanno parte sono:

- Comune di Calci
- Comune di Cascina
- Comune di Fauglia
- Comune di Lorenzana
- Comune di Orciano Pisano
- Comune di Pisa
- Comune di San Giuliano Terme
- Comune di Vecchiano
- Comune di Vicopisano
- L'Azienda Usl 5 di Pisa.

L'ambito territoriale di competenza della Società della Salute è quello corrispondente al territorio dei Comuni consorziati.

La sperimentazione della Società della Salute, come previsto dagli atti di programmazione regionale (Piano Sanitario Regionale e Piano Integrato Sociale Regionale), ha come prioritario obiettivo il rilancio della cultura dell'integrazione del

sistema sanitario con quello socio-assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse al fine dell'economicità delle azioni, attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza. Fondamentale per la sua nascita è stata l'attivazione del Distretto Integrato, nel 2002, quale forma di integrazione tra le titolarità e le gestioni dei nove Comuni della Zona Pisana e la Azienda U.S.L. 5, ha costituito il punto di riferimento per la sperimentazione della Società della Salute.

La Deliberazione Consiglio Regione Toscana n. 155 del 2003 'Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute', ha fissato le modalità per attivare e monitorare la sperimentazione e gli elementi che inderogabilmente devono essere presenti negli atti costitutivi.

Qual è l'organo di governo della Società della Salute Zona Pisana?

In base a quanto previsto nello statuto della Società della Salute della Zona Pisana e in attuazione di quanto previsto nella Del. 155/03, l'organo di governo del Consorzio è la Giunta.

Quale ruolo svolge la Giunta?

La Giunta della SdS di Pisa, quale organo di governo, definisce le azioni prioritarie di intervento, dà gli obiettivi di salute e gli indirizzi per la predisposizione del Piano Integrato di Salute articolato in obiettivi di salute e benessere, programmi attuativi e obiettivi di gestione, al fine della promozione di un vero Sistema Locale per la Salute.

La Giunta promuove un sistema in-

tegrato che recependo quanto disposto dalla L.R. Toscana 41/2005 e dalla L.R.T. n. 40/2005, mira:

- ad essere universale
- ad attuare i diritti di cittadinanza e le responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una comunità solidale
- all'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale, favorendo l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli o associati
- a riconoscere e valorizzare il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nell'organizzazione e gestione del sistema integrato.

Dott. Macaluso, sono previsti degli Organi di partecipazione all'interno della S.d.S.?

In attuazione della Del. 155/2003, tra le forme di partecipazione che la Società della Salute Zona Pisana prevede, ci sono la Consulta della Cittadinanza Attiva e il Comitato di Partecipazione.

Nella Consulta della Cittadinanza Attiva sono rappresentate le organizzazioni del volontariato, le organizzazioni di promozione sociale, le Cooperative ed enti religiosi e gli altri organismi del privato che sono presenti in maniera rilevante nella Zona Pisana ed operano nel campo del sociale e della sanità.

E' importante ricordare come la Società della Salute Pisana promuova, attraverso lo strumento della Consulta articolata in Tavoli, la co-programmazione per la definizione dei Programmi attuativi riferiti ai vari obiettivi di Salute all'interno del PIS.

Oltre alla Consulta, abbiamo il Comitato di Partecipazione che è composto da membri nominati dall'organo di governo della SdS di Pisa, tra soggetti che rappresentano l'utenza che fruisce dei servizi o che sono espressione dell'associazionismo di tutela e 'Advocacy', purchè non siano erogatori di prestazioni. Fra le funzioni assolve dal Comitato c'è quella di esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste e i bisogni dell'utenza, e su ogni tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità. Esprime parere obbligatorio sulla bozza di PIS.

Presidente, quale ruolo assume il MMG e PLS nell'ambito della Società della Salute?

Maggior partecipazione a livello di programmazione ma, soprattutto, nella realizzazione dei percorsi assistenziali che assumono sempre più valore socio-sanitario. Su Pisa significa quindi lavorare insieme con l'AOUP, il CNR, la Stella Maris, la USL 5 e tutti gli enti del III settore coinvolti nel percorso socio-sani-

tario.

Qual è la differenza sostanziale tra le funzioni attualmente svolte dai MMG e PLS e quelle che competeranno agli stessi nella Società della Salute?

La differenza si basa sull'importanza nel coinvolgimento nella scelta degli interventi e delle priorità di azione, nel cambiamento circa la territorialità degli interventi, che saranno caratterizzati da un lavoro nuovo che si svilupperà in équipe territoriali per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Ci sarà quindi maggior concertazione con i medici?

Nell'ottica del nuovo modello socio-sanitario della SdS, sarà di fondamentale importanza il raggiungimento di sinergie di intervento fra i vari soggetti interessati AOUP, ASL 5, MMG e PLS e Associazioni di volontariato e Terzo Settore. A tal fine è stato previsto fin da subito che un rappresentante dei MMG e PLS intervenga stabilmente nell'ambito delle sedute dell'Organo di Governo ed è stato istituito da qualche mese un tavolo permanente di confronto per affrontare i più comuni problemi di rapporto tra Medici operanti sul Territorio e Ospedale. Di questo tavolo fanno parte rappresentanti dell'Az. USL 5, AOUP, SdS Zona Pisana, FIMMG, Ordine dei Medici.

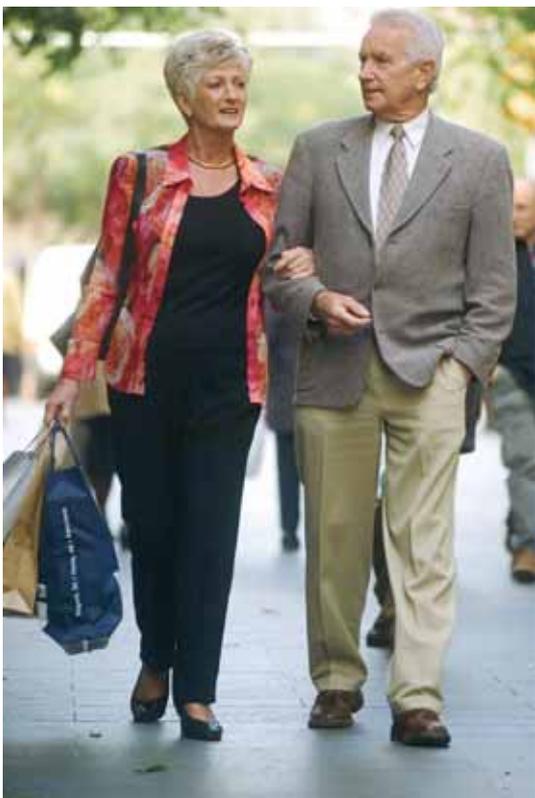
Che cosa è il Patto per la Cittadinanza citato nello statuto della Società della Salute Pisana?

E' l'elemento fondativo della nostra Società della Salute, intesa come organismo di tipo comunitario. Il 'Patto' raccoglie e definisce i principi e gli obiettivi del 'Sistema Salute Locale' che la Società assicura, mantiene e tutela. E' basato

sul rapporto tra diritti di cittadinanza, obiettivi di salute e benessere, e percorsi assistenziali. Il 'Patto per la Cittadinanza' costituisce il complesso dei principi, delle finalità e delle modalità di funzionamento cui aderiscono i Soggetti Sociali istituzionali, pubblici e del privato sociale al fine di condividere gli scopi della Società della Salute e partecipare ad essa in concorso di responsabilità con gli altri sottoscrittori del Patto. Conseguentemente, gli aderenti al Patto partecipano a pieno titolo ai processi di programmazione in qualità di Soggetti Sociali organizzati che hanno capacità di incidere positivamente sulla salute, indipendentemente dalla loro eventuale attività di produttori.

Presidente, mi può definire che cosa è il Piano Integrato di Salute (PIS) recentemente approvato dalla Società della Salute della Zona Pisana?

Il PIS è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto. Tra le sue caratteristiche principali c'è soprattutto quella di essere un prodotto partecipato e di coinvolgere soggetti della cittadinanza attiva accanto ad operatori pubblici. Il PIS di Zona distretto si raccorda con il Piano Attuativo Locale della Azienda Sanitaria e tiene conto nel suo processo di formazione della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le strutture delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del terzo settore. Il PIS quale strumento unico di programmazione a livello di zona distretto, ha uno sviluppo triennale, ma produce annualmente un programma operativo di attuazione orientato alla gestione. Il primo Piano Integrato di Salute della Zona Pisana è stato approvato dall'Organo di Governo del Consorzio nel Marzo 2006.



Le contraddizioni della sanità cinese

Ogni quattro anni ad Hang Zou (6 milioni di abitanti) 180 km da Shanghai viene organizzata la principale esposizione internazionale della Cina che ha come riferimento solo poche nazioni: quest'anno l'esposizione era dedicata anche all'Italia e a rappresentare la Toscana erano state scelte S. Miniato e Pisa.

La nostra delegazione era composta dal Preside della Facoltà di Medicina, Prof. Luigi Murri per l'Università di Pisa, e da alcuni funzionari e imprenditori toscani e dal sottoscritto, referente per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e per l'Ordine dei Medici di Pisa.

L'occasione mi ha permesso di conoscere la realtà sanitaria di questo immenso e antico paese attraverso contatti diretti con i colleghi cinesi, malgrado il poco tem-

po a disposizione e la difficoltà di comunicazione per la scarsità di interpreti italo-cinesi. Ero già stato ad Hang Zou tre anni fa durante un viaggio turistico e ne ricordavo le vie del centro poco illuminate e la scarsità di mezzi pubblici che ci avevano reso difficile ritrovare la strada per l'albergo nelle ore notturne. Sono rimasto quindi stupefatto nel trovare, dopo soli tre anni, una città completamente diversa, piena di luci, di taxi, di automobili e di biciclette elettriche. Si era verificato in tre anni quello che in Italia è avvenuto in trenta. Purtroppo la costruzione caotica di enormi edifici ha modificato negativamente l'immagine architettonica di questa splendida città eretta migliaia di anni fa sulle rive dello Xihu o Lago dell'Ovest.

Premetto che l'assistenza sanitaria

in Cina non è più a carico dello stato, ma basata su un sistema di assicurazione sanitaria primaria per i lavoratori dipendenti delle città e la promozione di un sistema sanitario cooperativo nelle campagne, più povere, con il supporto governativo. Pertanto le prestazioni sanitarie sono effettuate dal medico e delle strutture ospedaliere con rapporto privato. Il cinese, quindi, paga il medico (quando lo trova) e il ricovero in ospedale, come paga le medicine.

Pertanto la difficoltà di comunicazione (e di lettura) mi ha reso difficile contattare i singoli medici libero professionisti al di fuori delle strutture ospedaliere universitarie, anche se molti di loro fanno riferimento alle farmacie (private) per la visita dei pazienti.

La "Casa dei Medici", loro punto



Dr Borsari, Prof. Murri e Prof. De-Bao Ye nel campus della Università davanti alla Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese



Dr Borsari con la Prof. Fang (docente di Anestesia e Rianimazione) e la sua équipe.

di ritrovo, è situata in un'elegante residenza sul lago; qui siamo stati ospitati a colazione (cucina e servizio di livello elevato) da alcuni colleghi universitari e ospedalieri.

Ho potuto visitare tre ospedali universitari, uno dei quali di medicina tradizionale cinese e un college universitario, riportando un'ottima impressione, superiore alle mie aspettative. Tutti sono di recente costruzione, razionali ed efficienti con una buona organizzazione interna ad imitazione delle cliniche statunitensi (ricordo che si tratta di strutture pubbliche ad organizzazione privata). I medici e molti infermieri parlano un buon inglese, migliore del mio, e questo ha facilitato lo scambio di informazioni.

Come specialista in anestesia mi sono interessato soprattutto delle sale operatorie e delle terapie intensive: sia le une che le altre sono dotate di spazi ampi e moderni mentre le apparecchiature sanitarie sono di ottima qualità ma di modello antiquato. Le terapie intensive ricordano un po' le nostre di 25 anni fa; anche i farmaci utilizzati sono pochi e non aggiornati (per esempio gli anestesisti cinesi con i quali ho parlato usano ancora

l'isoflurano da noi in disuso da qualche anno). Le condizioni igieniche e la sterilità sono buone, ma certamente migliorabili.

I turni giornalieri dei medici e degli infermieri non sono di sei ore ma di dodici, senza straordinario e senza ferie pagate, senza pensione di anzianità.

Anche questa volta, dopo la precedente esperienza, sono rimasto deluso dal modo in cui è praticata l'agopuntura nelle cliniche e negli ospedali afferenti alla facoltà di medicina tradizionale cinese. Mi sarei aspettato, da vecchio cultore della materia, molto di più nel paese dove questa tecnica è nata e attualmente considerata allo stesso livello della medicina scientifica occidentale, tanto da avere una facoltà dedicata.

Il modo frettoloso ed uniforme, che ricorda la vecchia "medicina della mutua", è ben lontano dalla valutazione personalizzata del paziente.

Non è stato possibile confrontare gli stipendi dei colleghi cinesi, ma penso che siano alti rispetto alla media, perché un noto docente universitario, ad un mio invito a venire in Italia, ha risposto di guadagnare di più in Cina (caso mai

avrebbe preferito gli Stati Uniti).

La visita e il breve soggiorno al campus di una delle tre università della città (la più piccola ha oltre 26.000 studenti) è stata un'esperienza stimolante: austeri edifici separati da ampi spazi con giardini fioriti e ben curati, viali alberati e organizzazione efficiente. L'esperienza del pranzo con gli studenti nella mensa studentesca (alle 12.30), anche se noi eravamo serviti nelle sale dedicate agli ospiti, mi ha fatto apprezzare la serietà dei giovani cinesi silenziosi, ordinati e gentili e la pulizia degli ampi locali comuni.

Tre giorni, anche se intensi, non sono molti per conoscere e valutare l'organizzazione e l'efficienza della sanità di un Paese come la Cina: la sensazione che ho riportato è di un Paese in crescita vertiginosa, anche in questo settore (almeno nelle città, perché le campagne sono ancora molto arretrate) e mentre oggi sono i cinesi ad imparare da noi, fra 5-6 anni ci sarà forse un'inversione dei ruoli; anche perché il governo di Pechino sta favorendo con incentivi economici il rientro dei propri medici e ricercatori attualmente in Occidente.

Inutile ma senza alternative? L'esame di stato è da cambiare

Il nuovo ordinamento dell'esame di Stato è ormai una consolidata realtà. Non di lunga durata, ma certo già adesso si possono trarre le prime, indicative valutazioni. Viste dalla parte dei candidati o da quella dei docenti, le cose possono essere piuttosto diverse, le esperienze diversificate e le opinioni anche discordanti. Ecco perchè PisaMedica, nell'ottica propositiva di stimolo e confronto cui è preposta, vuole raccogliere le opinioni di giovani neo-laureati e di insegnanti. In questo primo numero, la parola ai primi, nel prossimo ai secondi.

“**A** quale settimana della gestazione, è possibile ecograficamente osservare la presenza di una schisi vertebrale”, è una domanda, fra le tante, cui devono rispondere i neo-laureati in medicina e chirurgia per superare l'esame di Stato al fine di poter esercitare la libera professione. Chi ce ne parla, L.C., appena fresca di promozione, vuole sottolineare una certa incongruenza fra la preparazione di base che ad un medico appena laureato si chiede di avere e i quesiti di indubbia pertinenza specialistica. Ma se uno degli aspetti del problema è la qualità dell'impostazione delle domande, l'altro rimane senza dubbio la quantità.

“Si tratta di ben 5mila crocette da fare e rifare - spiega L.C. a PisaMedica - ed ho calcolato che in sei mesi, fra esame di stato e esame di specializzazione, ho fatto fra le 30 e le 35mila crocette, il tutto nell'ambito di una dimensione culturale in 5 opzioni, a, b, c, d, e”.

Ma se motivata dal suo punto di vista è la critica, in una riflessione successiva sottolinea - *“Onestamente non saprei cosa proporre di diverso e certamente io stessa non avrei avuto voglia di rimettermi ancora una volta a studiare. Forse - aggiunge ancora - sarebbe preferibile un numero di domande*

più contenuto e meno settoriali”.

In particolare, circa l'articolazione temporale del tirocinio, L.C. tiene a precisare come i mesi a chirurgia e medicina interna siano pressoché uguali a quelli di tirocinio durante l'ultimo anno di Università, specificando che la qualità d'apprendimento dipende anche dal professore e che nella maggior parte dei casi è tempo sprecato perché spesso i tirocini sono disorganizzati e poco partecipativi.

“Penso invece - riprende L.C. - che sarebbe opportuno innanzitutto riorganizzare i tirocini a cui partecipiamo durante gli ultimi anni di università, fra cui quelli di medicina interna e chirurgia. Sarebbe bello che fossero imperniati su piccoli gruppi, seguiti costantemente dallo stesso tutor che abbia parimenti a cuore l'ottica di trasmettere e comunicare le proprie esperienze per la formazione di nuovi medici, disposto ad insegnare, a responsabilizzare nella pratica chi ancora vive nella totale teoria. Importante è infatti imparare ed, alla pari, mettere in pratica; non solo studiare, studiare e studiare, perchè poi, alla fine, ci ritroviamo a non saper fare niente o comunque molto poco”.

In breve, L.C. pensa che se questi tirocini fossero meglio organizzati,

non sarebbe necessario riproporli per l'esame di Stato, in modo da poter dedicare gli ultimi mesi ad attività nuove.

“In tal senso il tirocinio con il medico di famiglia - continua L.C. - è un'esperienza molto bella, senz'altro la più interessante. E' la scoperta di una nuova realtà, di cosa succede sul territorio. Si impara moltissimo, perchè si vede e si è partecipi di tutta la realtà oggettiva. E poi, in genere, riusciamo addirittura ad essere utili al medico di famiglia stesso ed alla sua schiera di pazienti. E questo è sempre molto gratificante”.

Che suggerimenti dare, dunque? *“L'esame di Stato potrebbe essere utile proprio per poter vedere cose nuove, diverse, a misurarci anche con la realtà pratica, a fare un po' di esperienza. Perchè non programmare un congruo periodo di tempo al pronto soccorso, ad esempio? Potrebbe essere molto utile anche in vista delle eventuali guardie mediche che ci potremmo ritrovare a fare dopo poco, senza mai aver imparato a muoverci in autonomia. Secondo punto: i tirocini per l'esame di Stato prevedono un voto finale in trentesimi. I voti che si prendono non servono a niente, neanche per la specializzazione, quindi, perchè darli? Superato/non superato. E basta”.*

Più sfaccettata appare, invece, l'opinione di A.L. che trae spunto dalla continuità della preparazione universitaria per giungere poi alla dimensione culturale richiesta all'esame di Stato.

"In pratica - spiega - la scelta del Ministero di proporre cinque soluzioni, di cui quattro errate, indicando al contempo la risposta esatta, sminuisce di fatto il valore della prova. Si tratta, semplicemente, di un puro esercizio mnemonico, in cui l'abilità del candidato è modulata dalla capacità di ricordare a mente dove porre la crocetta, in maniera del tutto acritica".

Due, a suo giudizio, sono le valutazioni di merito che devono essere fatte: la prima è che non si evidenzia in questo modo il grado di preparazione, elemento di critica nelle modalità precedenti. *"E' una prova troppo breve e scheletrica - afferma - che non consente al neo-laureato di esprimere le proprie valutazioni generali e dimostrare la propria preparazione, pur nell'ambito di un singolo fattore di prova".*

In secondo luogo, il grado di diffi-

coltà delle domande è troppo disomogeneo. *"Si passa dal rispondere quanti lobi abbia il polmone destro - continua A.L. - al primo sintomo della leishmaniosi, a dati epidemiologici e di incidenza di malattie di stretta pertinenza specialistica. Questo riporta il tutto alla dimensione della preparazione dei corsi di laurea. Le critiche di sempre sono motivate dall'insufficienza dei livelli di apprendimento. Si può in sostanza arrivare alla laurea senza quasi aver visitato un paziente. Vuoi le motivazioni di carattere medico - legale, ma al contempo anche la scarsità del tempo disponibile oppure la frammentazione delle discipline, finisce che la presenza attiva dello studente al letto, in corsia, nelle sale operatorie, negli ambulatori medici risulti essere poco meno che teorica. Il bagaglio conoscitivo e culturale erra ed è dunque assai scarso.*

Da qui, si suppone una scelta che renda invece agevole la preparazione all'esame di Stato, con un percorso preordinato".

"Perchè non potenziare molto più concretamente i corsi di laurea con esami obbligatori, ad esempio, al termine dello stesso corso teorico-pratico di studi? In questo modo - prosegue - si eviterebbero i fuori-corso e con una solida preparazione, materia per materia, l'esame di Stato può e deve incutere il giusto rispetto.

A fronte, il neo-laureato avrà potuto verificare direttamente ed essere a sua volta esaminato, negli anni, per quelle particolarità specialistiche che scaturiscono nelle 5000 domande, con già la risposta. In pratica, così come strutturato - conclude A.L. - allo studente serve a ben poco, perchè sa di avere una via d'uscita comunque. In secondo luogo si diminuiscono i costi organizzativi anche nella valutazione delle risposte. Prima e dopo la laurea ci si mantiene, dunque, su un basso profilo, un percorso negativamente omogeneo; così poco prima della laurea, così poco, dopo, alla vigilia di lanciarsi, spesso alla cieca o quasi, nella professione. Un po' come mettere la testa sotto la sabbia".



Insufficienza renale progressiva: un progetto per l'area pisana

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una complessa condizione patologica caratterizzata da alterazioni di ordine clinico-metabolico conseguenti alla riduzione graduale e irreversibile della funzione renale, sia in senso emuntorio sia omeostatico, con una naturale tendenza progressiva. Il substrato anatomico-funzionale è rappresentato dalla perdita progressiva dei nefroni funzionanti e il termine IRC fa pertanto riferimento al deficit graduale di massa nefronica, indipendentemente dalle cause che lo hanno indotto. Importante è pertanto distinguere tra insufficienza renale cronica e lesioni renali croniche: nella prima l'entità delle lesioni è tale da indurre una riduzione del Volume di Filtrazione Glomerulare (GFR), mentre lesioni renali croniche possono essere documentate in pazienti con GFR normale. Data la complessità delle funzioni svolte dal rene, occorre peraltro sottolineare come la perdita della funzione escretoria possa spiegare solo in parte l'insieme dei sintomi clinici e delle alterazioni biochimiche presenti nelle fasi avanzate delle nefropatie croniche. Negli USA e nei Paesi europei l'incidenza e la prevalenza di IRC terminale sono raddoppiate negli ultimi dieci anni; la prevalenza di pazienti con IRC, in trattamento sostitutivo o trapiantati, è pari allo 0.1% della popolazione adulta, mentre i pazienti in trattamento conservativo, e quindi i futuri ingressi in dialisi, sono pari al 5%.

L'IRC è una malattia di grande impatto sulla sanità pubblica per tre ordini di motivi.

a) il numero di pazienti è in costante ascesa a causa dell'aumento

dell'età della popolazione generale e delle patologie ad essa correlate, quali ipertensione e diabete tipo 2, che ne rappresentano oggi le principali cause;

b) la mortalità e la morbilità cardiovascolare sono marcatamente elevate sia nei pazienti dializzati, in cui la mortalità da cause cardiovascolari è aumentata di 20-500 volte, sia nei pazienti con iniziale danno renale, in cui una creatininemia di 1.5-3.0 mg/dl già comporta un aumento significativo di 3-4 volte della morbilità/mortalità cardiovascolare;

c) il trattamento dialitico, punto di arrivo della quasi totalità dei pazienti con IRC, è una terapia ad alto costo sia sociale (il paziente dializzato è costretto a interrompere la propria attività a giorni alterni per 4-5 ore) che economico.

L'identificazione dei pazienti con IRC nelle fasi iniziali (ossia non dializzati né trapiantati) è essenziale per implementare al meglio una terapia conservativa multifattoriale (farmacologica e dietetica) la cui efficacia nel rallentamento della progressione del danno cardiovascolare e renale è stata ampiamente riconosciuta ed è suggerita dalle principali Linee Guida nazionali ed internazionali sulla cura dell'IRC non uremica.

Allo stato attuale, per quanto riguarda le malattie renali croniche, in Italia si conosce solo la prevalenza dell'IRC in fase terminale: nel 2003, il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto, ha censito 40.912 pazienti uremici in trattamento dialitico con una prevalenza di 728 pmp (aumentata di circa il 7% rispetto all'anno precedente). L'incidenza di nuovi pazienti in trattamento dialitico per il 2003 era di 139 pmp.

Al contrario, in Italia, come nel resto d'Europa, l'epidemiologia della popolazione di pazienti con IRC in fase non uremica è ancora sconosciuta. Negli USA, unica nazione per cui sono disponibili tali dati, il numero di pazienti con IRC in trattamento conservativo è 50 volte superiore a quello dei pazienti in trattamento sostitutivo (0.1%), essendo pari a circa il 5% della popolazione adulta.

Al momento, nell'Area Vasta Toscana di Nord-Ovest circa 900 pazienti ricevono un trattamento dialitico sostitutivo con un costo sanitario annuo di circa 49 milioni e 500 mila Euro.

Al 1° giugno 2004 è iniziato uno studio osservazionale e prospettico degli oltre 800 pazienti in emodialisi ed in dialisi peritoneale di tutti i centri nefrologici dell'area vasta nord-ovest della Toscana con il proposito di chiarire il ruolo dei vari fattori di rischio cardiovascolare in dialisi (RISCAVID) sul tasso di morbilità e mortalità nei pazienti prevalenti in dialisi cronica.

I dati emersi da questo studio serviranno a progettare uno studio di intervento farmacologico e/o dialitico sui pazienti incidenti al fine di cercare di ridurre il tasso di morbilità e/o mortalità.

I dati raccolti dallo studio RISCAVID nella nostra realtà di Area Vasta, mostrano che nel corso del 2004 c'è stato un incremento del 1,0% dei pazienti che hanno iniziato trattamento sostitutivo.

Al momento il trend della nostra realtà locale si iscrive in modo non particolarmente allarmante nel panorama internazionale, se valutato a breve raggio. Tuttavia è sufficiente una proiezione di appena 10 anni, a trend costante, per eviden-



ziare le difficoltà che potremmo presto dover fronteggiare. L'aumento di 90 pazienti in trattamento dialitico previsto nei prossimi dieci anni (circa il 10% della nostra popolazione dialitica), è del tutto ingestibile per la nostra Area Vasta. E' esperienza comune a tutti la continua richiesta giornaliera di nuovi posti dialisi, con rischio di "saturazione e blocco" dell'attività dei nostri centri.

Per identificare i pazienti con IRC non è sufficiente la misura della sola creatininemia in quanto la concentrazione ematica di questa sostanza non dipende esclusivamente dal grado di funzione renale ma anche dalla taglia corporea del paziente. Pertanto, per valutare in modo adeguato la funzione renale si deve ricorrere alla stima del filtrato glomerulare con formule (per es. Cockcroft-Gault) che tengano conto

non solo della creatininemia, ma anche di peso, altezza, età e sesso del paziente.

Il riconoscimento precoce di modificazioni iniziali a livello renale aumenta la possibilità di prevenire la progressione da nefropatia incipiente a nefropatia clinica. L'esame standard delle urine rappresenta il primo gradino diagnostico, soprattutto in caso di pazienti affetti da diabete di tipo II: in questi pazienti, infatti, data la difficoltà di datare con precisione la comparsa della malattia, il programma di screening dovrebbe essere implementato già alla diagnosi del diabete. Se l'esame si presenta positivo per la presenza di proteine è necessario procedere alla misura quantitativa della proteinuria per valutarne l'effettiva entità, stimare in corso di follow-up la gravità della sua progressione, decidere la terapia e verificare

l'impatto della stessa in termini di remissione (proteinuria < 1 g/24 h) e di regressione (proteinuria < 0,3 g/24 h).

Numerosi fattori possono influenzare l'escrezione urinaria dell'albumina, per questo motivo almeno due di tre raccolte eseguite in un periodo di tre-sei mesi devono aver fornito risultati alterati prima di poter affermare la presenza di un'eventuale patologia.

Un altro fenomeno di particolare interesse emerso dai dati RISCAVID, riguarda l'alta percentuale di pazienti che hanno iniziato la terapia dialitica sostitutiva nell'anno 2005, affetti da "nefropatia di base non nota": il 36% degli incidenti in emodialisi ed il 18% degli incidenti in peritoneale, per un totale di oltre 50 pazienti, continuano ad entrare in dialisi ogni anno, senza una diagnosi. Questo dato temuto da molti, conferma, in termini statistici, il ben noto fenomeno dei "late referral": molti dei nostri pazienti giungono all'osservazione dello specialista con un quadro di nefropatia tanto avanzata, da non permettere la formulazione di una diagnosi e quindi di una terapia etiopatogenetica.

E' stato dimostrato che il riferimento nefrologico tardivo si associa ad un aumentato rischio di mortalità e di ospedalizzazione sia nella fase pre-dialitica che durante la fase dialitica. Oggi, le Linee Guida consigliano di inviare al più presto il paziente con diagnosi di IRC a consulenza dal nefrologo e di non tardare ulteriormente quando il valore di filtrato glomerulare si è ridotto a meno di 30 mL/min.

La diagnosi precoce con le opportune terapie potrebbe, di fatto, diminuire il numero dei pazienti che raggiungono l'insufficienza renale terminale o quanto meno, rallentare l'evoluzione di molte nefropatie verso la dialisi, con un guadagno sociale di anni di trattamento.

Si fa strada quindi la necessità di individuare i soggetti a rischio e di riconoscere precocemente il danno renale, in modo da rallentare il più

Stadiazione della malattia renale cronica

Stadio	Descrizione	GFR (ml/min)
I	Danno renale (proteinuria e/o ematuria) con GFR normale	>90
II	Lieve riduzione del GFR	89-60
III	Moderata riduzione del GFR	59-30
IV	Severa riduzione del GFR	29-15
V	Insufficienza renale terminale	<15

evidenza di danno renale:

- alterazioni urinarie (proteinuria o microalbuminuria nel diabete: 20-300 mg/24h e/o micro-macroematuria) e/o
- riduzione della funzione renale (creatininemia >1.4 mg/dl negli uomini e >1.2 mg/dl nelle donne e/o GFR <60 ml/min)

possibile l'inevitabile progressione della malattia renale, con una conseguente riduzione anche della morbilità ad essa associata.

Risulta evidente la necessità di identificare con strumenti adatti i pazienti con IRC in fase conservativa al fine di poter attuare tutti gli interventi volti alla prevenzione dell'evoluzione della malattia renale e delle complicanze cardiovascolari. La conoscenza dell'epidemiologia dell'IRC, inoltre, permetterebbe una programmazione corretta delle risorse umane ed economiche da utilizzare per la terapia sostitutiva delle fasi avanzate della malattia.

E' ipotizzabile che la prevenzione primaria e secondaria della malattia renale possano modificarne il trend epidemiologico in costante crescita.

L'iniziativa "Giornata Pisana del Rene" nasce nel tentativo, non certo di risolvere i problemi evidenziati, ma di richiamare l'attenzione della popolazione sulla malattia nefrologica, a molti sconosciuta.

A tal fine risulta indispensabile il coinvolgimento dei colleghi di Medicina Generale, primo e più importante filtro sul territorio e dei Colleghi operanti nei Reparti di Medicina Interna e nelle altre Specialistiche.

Per discutere con i Colleghi della Medicina Generale le problematiche di questo progetto abbiamo organizzato un incontro da svolgersi nel settembre 2006 (23 settembre 2006) dal titolo "Prevenzione delle malattie renali: dal medico di famiglia allo specialista"; in tale occasione saranno relatori Medici della Medicina Generale e Medici del Dipartimento Nefrologico. Saranno mostrati dati sull'incidenza delle malattie renali nell'area pisana e discussi percorsi assistenziali idonei a migliorare la diagnosi precoce e la terapia di questi pazienti.

A seguito di questo incontro proponiamo di organizzare una giornata durante la quale potranno essere erogate gratuitamente le seguenti prestazioni mediche:

- Dosaggio ematochimico di azoto, creatinina
- Esame delle urine
- Misurazione della Pressione Arteriosa
- Ecografia renale
- Visita specialistica nefrologica

La "Giornata Pisana del rene", si svolgerà domenica 15 ottobre 2006, con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana, della Facoltà di Medicina e dell'Ordine dei Medici, presso la Divisione Nefrologica "Clara Monasterio Gentili" con la collaborazione della Nefrologia Universitaria e della Nefrologia e Dialisi Ospedaliera, entrambe operanti nel Dipartimento Assistenziale Integrato di Medicina Generale Seconda.

Saranno coinvolti e presteranno gratuitamente la loro opera i Medici interessati di entrambe le Unità Operative, i medici iscritti alla Scuola di Specializzazione in Nefrologia, il personale infermieristico, tecnico ed amministrativo operante in queste strutture.



Centro Ortopedico Sanitario



via Calcesana via Tosco Romagnola e Superstrada FI - PI - LI

Carrefour **siamo qui** VIA FOSCOLO VIA ROSINI

VIA GORDANI VIA GALDI VIA CANAVARI

VIA TASSO VIA CARDO VIA D'ACHARDI

VIA ANTONIO VIA SHELLEY VIA MOLESA

VIA VETTORI VIA ZANON VIA MORICIANO

VIA MARCONI VIA GIOVANNI VIA CANAVARI

VIA MED VIA CENTOQUATTRO VIA DONATI

Centro

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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Medicine non convenzionali: la posizione della FTOM



Riunione Consiglio del 10/04/2006
ODG:

- Approvazione del verbale della seduta precedente
- Comunicazioni del Presidente
- Nuovo Statuto FTOM
- Movimento agli albi
- Situazione del personale
- Comunicazioni Odontoiatri
- Deliberazione sul bilancio consuntivo 2005
- Varie ed eventuali

Nuovi iscritti all'albo dei Medici

Dr. Marco Seu

Dr. David Viola

Dr.ssa Chiara Baldacci

Dr. Alessandro Giacobini

Dr. Cristiano Ceccarini

Dr.ssa Jikta Kuncova

Dr.ssa Laura Bevilacqua

Riunione Consiglio del 29/05/2006

ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente
- Comunicazioni del Presidente
- Bollettino Pisa Medica
- Situazione del personale
- Comunicazioni odontoiatri
- Varie ed eventuali

Riunione Consiglio del 29/06/2006

ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente
- Comunicazioni del Presidente
- Approvazione regolamento privacy
- Corsi di aggiornamento
- Personale
- Movimento agli albi
- Comunicazioni Odontoiatri
- Varie ed eventuali

Nuovi iscritti all'albo dei Medici

Dr. Lazzareschi Michele

Dr.ssa Choub Anna

Master annuali post-universitari attivati da aziende ospedaliere

L'articolo 3 ottavo comma del D.M. n. 509 del 1999 regola i titoli di Master universitari di primo e di secondo livello, senza far cenno ad altre Amministrazioni abilitate ad attivare servizi didattici integrativi e corsi di perfezionamento scientifico. Da ciò discende che i titoli di Master, rilasciati da altre Amministrazioni ad eccezioni delle Università, non possono essere pubblicizzati.

Obbligo di iscrizione all'albo per gli specializzandi

I medici che frequentano una scuola di specializzazione, hanno l'obbligo di iscriversi all'albo dei Medici in quanto la mancata iscrizione all'albo pone gli specializzandi in una situazione di illegittimità dal momento che esercitano, come previsto per la formazione, la professione in forma teorica e pratica.

Deducibile il contributo ONAOSI

Il contributo a favore dell'ONAOSI che viene versato dai medici, gli odontoiatri, i farmacisti e i veterinari è considerato onere deducibile dal reddito complessivo del contribuente, vista la sua obbligatorietà e la natura assistenziale. Lo ha chiarito l'Agenzia delle Entrate con la circolare n. 17/E del 18/05/2006 in risposta ad un quesito sollevato dal Centro di Coordinamento dei CAF.

Nuova specializzazione in "Medicina d'emergenza -urgenza"

Sulla Gazzetta Ufficiale del

23/05/2006 è stato pubblicato il Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 17/02/2006 che aggiunge all'elenco delle specializzazioni mediche la "Medicina d'Emergenza-urgenza", per le esigenze del Servizio sanitario Nazionale. Tale decreto contiene anche l'ordinamento del nuovo corso di specializzazione (G.U. del 23/05/2006).

Tassa di iscrizione all'albo dei medici

Sono ormai due anni che l'Ordine prese la decisione di non riscuotere più la tassa di iscrizione all'albo tramite il Servizio di Riscossione Tributi (GET) in quanto questo servizio non offriva le garanzie per una corretta riscossione della tassa di iscrizione e pertanto il Consiglio scelse di adottare una nuova forma di pagamento per gli iscritti tramite MAV bancario. Purtroppo anche questa non ha avuto l'esito sperato. Per agevolare sia l'iscritto che l'Ordine, il Consiglio ha preso in considerazione un'altra forma di pagamento, il RID.

L'addebito permanente in c/c bancario della tassa di iscrizione permette al medico di addebitare sul proprio conto corrente la tassa stessa e quindi lo solleva sia dal fatto di non recarsi più in banca, sia anche dal dimenticarsi come capita di pagare il MAV. **Quindi preghiamo gli iscritti di voler compilare il modulo RID che si può scaricare dal nostro sito www.omceopi.org e di portarlo presso la propria banca per le dovute formalità ed infine di consegnarlo alla segreteria dell'Ordine.**

Ci scusiamo con i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine, che pur avendo pagato, hanno ricevuto, a causa di problemi informatici, una sollecitazione di pagamento della quota annuale.

Il Presidente e il Tesoriere

Acute Respiratory Distress Syndrome

La prima descrizione dell'ARDS (acronimo di Acute Respiratory Distress Syndrome) risale al 1967, ad opera di Ashbaugh D.G., riferendosi ad una patologia caratterizzata da dispnea acuta e grave ipossiemia, con cianosi resistente a ossigeno-terapia, senza aumento della pressione capillare polmonare, con riduzione della compliance polmonare e infiltrati alveolari diffusi alla radiografia del torace.

Successivamente (1988) viene predisposta una scala di gravità (LISS: "Lung Injury Score System") che considera il danno polmonare sia dalle prove di funzionalità respiratoria che dal radiogramma del torace. Secondo questa scala si ha un quadro di ARDS con punteggio superiore a 2.5.

Nel 1994 si giunge ad una nuova definizione: patologia ad esordio acuto, con infiltrati bilaterali alla radiografia del torace, con PAWP (pressione di cuneo polmonare) inferiore o uguale a 18 mmHg o as-

senza di evidenza clinica di ipertensione atriale sn, con rapporto PaO₂/FiO₂ inferiore o uguale a 200 (PaO₂=pressione arteriosa di O₂) (FiO₂=concentrazione ematica di O₂).

Per spiegare la fisiopatologia dell'ARDS bisogna fare un breve accenno alla morfologia e fisiologia della parete alveolo-capillare la quale è formata da:

- parete capillare (cellule endoteliali) che è impermeabile alle proteine ma permeabile a acqua e soluti;
- spazio interstiziale (vasi linfatici);
- parete alveolare (pneumociti di I° e II° tipo) che è impermeabile ad acqua e soluti.

In condizioni di normalità la "legge di Starling" mantiene in equilibrio le forze emodinamiche del distretto alveolo-capillare.

L'ARDS è una risposta aspecifica del polmone a insulti polmonari (esposizione ad agenti chimici, infezioni, liquido gastrico, gas tossici,...) o extra-polmonari (condizioni sistemiche che determinano una reazione "a cascata" mediante agenti ossidanti, mediatori infiammatori e enzimi come durante sepsi, pancreatiti, traumi gravi, trasfusioni di sangue,...).

A seguito di un in-



Fig 2a

sulto la risposta del polmone, dal punto di vista fisiopatologico, può articolarsi in tre fasi, spesso sovrapposte tra loro (Fig.1):

- **essudativa** (acuta, entro la 1° settimana): si sviluppa edema interstiziale che rapidamente riempie gli spazi alveolari, associato a emorragia e formazione di membrane ialine;

- **proliferativa** (sub-acuta, 3°-10° giorno): si ha l'organizzazione dell'essudato fibrinoso con rigenerazione del rivestimento alveolare e ispessimento dei setti alveolari;

- **fibrotica** (cronica, dopo due settimane): si vengono ad avere vari gradi di cicatrizzazione con formazione di cisti intra-polmonari e sub-pleuriche.

Il "Gold-standard" diagnostico è rappresentato dalla radiografia del torace talora coadiuvata, prevalentemente per d.d. con altre patologie, per la valutazione delle complicanze e per studi di follow-up, dalla TC del torace (morfologia e

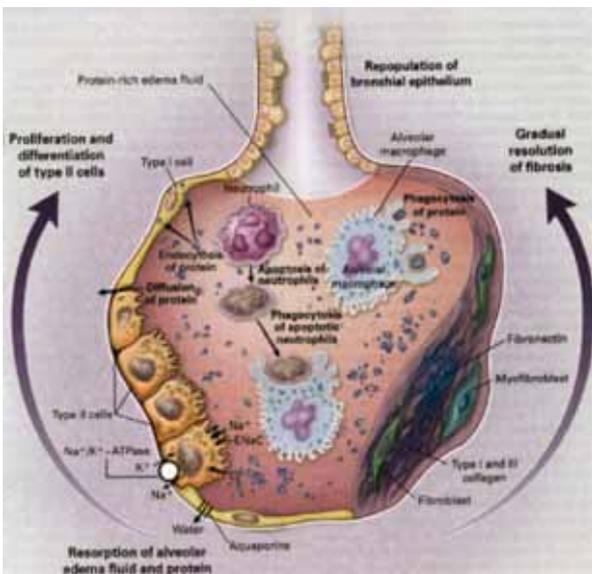


Fig 1



Fig 2b

quantitativa). In letteratura ci sono lavori sulla validità diagnostica della RM funzionale e dell'ecografia toracica.

L'imaging diagnostico (Rx e TC) è diverso a seconda della fase della malattia.

Nella "fase essudativa" (early exudative phase) (entro 1 settimana):

- alla radiografia del torace inizialmente (Fig. 2a) si ha edema interstiziale seguito rapidamente da infiltrati irregolari, asimmetrici, bilaterali, con opacizzazione diffusa e con possibile ma non frequente versamento pleurico. E' presente broncogramma aereo. In questa fase è importante fare d.d. con edema cardiogeno che generalmente non presenta distribuzione periferica, è associato a cardiomegalia, ha redistribuzione del flusso agli apici e strie del Kerley;
- alla TC del torace (Fig. 2b) generalmente si ha opacizzazione tipo "ground-glass" e aree di consolidamento polmonare, prevalenti in sede posteriore, a paziente supino, talora alternati ad aree di parenchima polmonare con normale area-zione. L'edema ha un gradiente di densità cefalo-caudale e ventro-dorsale.

In fase tardiva (late phase) (nella seconda settimana) inizia la fase di organizzazione con riassorbimento del liquido dal polmone. La densità polmonare si riduce e l'architettura polmonare subisce modifiche con

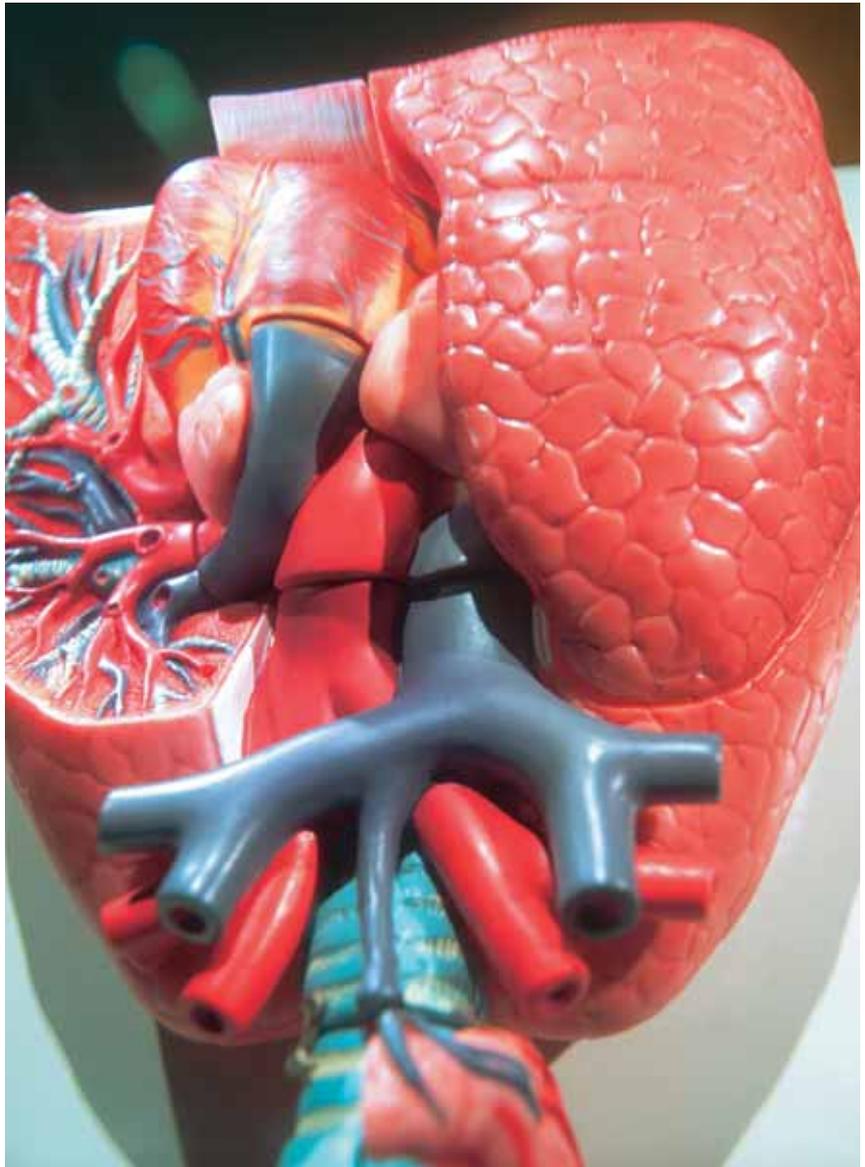
possibilità di formare opacità lineari con distorsione dell'interstizio e del profilo bronco-vasale (fibrosi parenchimale), cisti intra-parenchimali e sub-pleuriche, bolle e pneumatoceli. Nel follow-up (a lungo termine), nei pazienti che sopravvivono, possiamo rile-

vare un pattern reticolare (rappresentativo di fibrosi) sia alla radiografia che soprattutto alla TC.

Con TC è possibile fare, oltre alla valutazione morfologica, anche una analisi quantitativa delle immagini mediante programmi software che permettono di distinguere zone ben areate da altre poco/non areate o iperdistese.

Queste valutazioni sono importanti per la comprensione fisiopatologica dell'ARDS e possono aggiungere dati utili ai fini prognostici e terapeutici (ad es.: valutazione della PEEP (pressione positiva di fine espirazione) con migliore rapporto costo/beneficio).

L'ARDS rimane comunque una patologia ad alta mortalità (dal 42% al 75%, con media del 50%).



Perché la quota di iscrizione all'Ordine...



La professione di "medico chirurgo e odontoiatra" appartiene al novero delle professioni intellettuali riconosciute, quelle cioè per il cui esercizio è necessaria l'iscrizione in appositi albi od elenchi.

L'art.2229 del codice civile così recita: ".....L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi e o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato...".

La professione medica comporta l'espletamento di attività riguardante uno specifico settore di interesse collettivo e di rilevanza sociale, il cui esercizio richiede il possesso di particolari ed idonei requisiti di formazione culturale, scientifica e tecnica ed è caratterizzata da autonoma

decisionale nella determinazione delle modalità di perseguimento dei risultati nonché dall'assunzione di responsabilità dirette e personali in relazione all'attività svolta. L'Ordine Professionale, ente pubblico non economico a carattere locale, ha pertanto i seguenti compiti:

- 1) compilare e tenere l'albo dell'Ordine e pubblicarlo annualmente;
- 2) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- 3) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni;
- 4) promuovere e favorire le iniziative volte a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- 5) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nei provvedimenti che possono interessare l'Ordine;
- 6) esercitare il potere disciplinare;
- 7) interporre, se richiesto, nelle controversie tra sanitario e sanitario.

Gli Ordini Professionali attraverso i poteri di autogoverno della categoria realizzano una duplice tutela: da una parte quella dei cittadini e dall'altra quella degli stessi professionisti nei confronti sia dell'esercizio illegale dell'attività da parte dei colleghi sia delle attività abusive di persone non abilitate. L'Ordine è necessario, in quanto previsto per legge, obbligatorio, per esercitare la professione



medica, autonomo, in quanto può dotarsi di organizzazione e regolamenti propri, associativo, in quanto formato dagli iscritti e democratico, in quanto tutti gli associati partecipano alla costituzione degli organi mediante votazioni.

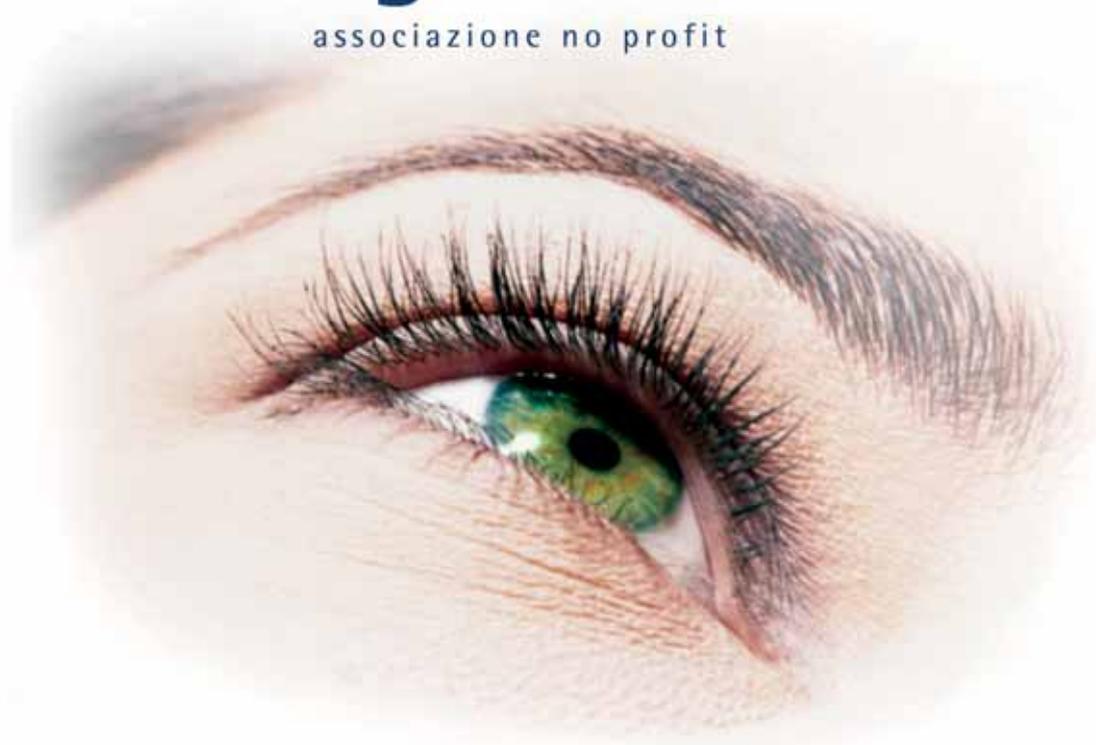
La legge istitutiva degli Ordini n. 233 del 13.09.1946 prevede: "il Consiglio dell'Ordine provvede alla amministrazione dei beni ed entro i limiti necessari a coprire le spese stabilisce una tassa annuale...". Nei giorni scorsi la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (Organo Nazionale che riunisce gli Ordini Provinciali) ha voluto sottolineare l'obbligo del versamento della quota annuale a cui sono tenuti gli iscritti, invitando gli Ordini Provinciali ad attivare la procedura di cui al DLCPS 233/46 e del DPR 221/50 che consiste nella verifica dei mancati pagamenti dei contributi ordinistici e nel sollecito al pagamento, poiché in caso di non ottemperanza l'Ordine Provinciale sarà costretto alla cancellazione dell'iscritto per morosità.





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

Gli odontoiatri e PisaMedica

Settembre 1972. In quel mese mi iscrissi giovane medico all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Pisa. La foto sul tesserino conferma impietosamente quanto tempo sia passato. Ricordo con nostalgia il giorno in cui mi presentai emozionato in quella che da allora è stata la mia casa professionale: la sede dell'Ordine in via Battelli 5 a Pisa.

Ma il tempo è trascorso non solo a livello personale, ma anche istituzionale. L'Odontoiatria, salvo rare eccezioni, un tempo era considerata una cenerentola fra le specializzazioni mediche. Una cara collega di Università quasi mi fece le condoglianze quando seppe che mi ero iscritto a quella specializzazione. Notevole è stata la strada percorsa dai "dentisti" nell'Università e nella libera professione, portando l'odontoiatria italiana a livelli di eccellenza in campo internazionale.

Fu nel 1985 con la legge n. 409 che l'odontoiatria da semplice branca medica diventò una componente ordinistica: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Contemporaneamente nacque il corso di laurea in Odontoiatria. Da allora si è fatta avanti una sempre più numerosa e valida schiera di giovani professionisti con preparazione, esigenze, idee in parte diverse da quelle di noi laureati in medicina. Ultimamente, grazie alla legge n. 14/2003 ed al parere del Consiglio di Stato n. 4884/04 che recita "le attività oggetto della professione odontoiatrica potranno essere svolte soltanto da esercenti iscritti al relativo albo professionale", in maniera definitiva tutti gli esercenti l'odontoiatria si sono riuniti in un unico albo: Albo degli Odontoiatri.

Progressi all'interno dell'Ordine ci sono stati, ma invero con una progressione molto lenta, direi esasperante. Il percorso è stato veramente lungo dal 1985 al 2004, ma siamo ancora lontani dal raggiungimento della meta prefigurata dalla legge 409/85. I laureati in Odontoiatria all'interno delle Commissioni Odontoiatriche sono sempre più numerosi e stanno ricoprendo incarichi dirigenziali sempre più importanti. I medici chirurghi, gli specialisti, i colleghi con "doppia iscrizione" sono per contro un po' meno numerosi. Ma, se all'interno delle Commissioni Odontoiatri il cambiamento si vede, all'interno degli Ordini la redistribuzione dei compiti decisionali molto spesso non esiste e la gestione dei problemi comuni è affrontata spesso solo dal punto di vista medico. Basta pensare, tanto per guardare solo a due problematiche contingenti, all'atteggiamento degli Ordini nei confronti delle convenzioni pubbliche e private e dell'autorizzazione degli studi professionali.

Questa evoluzione, sia pure lentissima, ma troppo spesso ostacolata, dovrebbe consigliare tutti i dirigenti ordinistici attuali a guidare invece questo passaggio in maniera progressivamente più rapida ed atraumatica. A livello nazionale attualmente sembra che questo sia stato recepito. A livello locale la situazione è più variegata e legata a fattori contingenti.

A Pisa con le ultime elezioni la componente odontoiatrica ha voluto affermare un cambiamento di impostazione, sperando che nuove persone possano sottolineare maggiormente l'importanza della componente odontoiatrica all'interno dell'Ordine. Non è detto che

l'attuale Commissione Odontoiatri riesca ad ottenere i risultati desiderati. Importante sarà provarci con il massimo impegno nel rispetto di tutte le componenti ordinistiche. Certamente sarebbe ideale che anche a livello locale i medici e gli odontoiatri lavorassero in accordo nell'interesse di tutti gli iscritti per la costruzione di una casa comune senza prevaricazioni reciproche.

La casa comune presuppone, come in tutte le famiglie, che nell'edificio ognuno abbia i propri spazi utili, che ognuno abbia le proprie libere disponibilità economiche, con la libertà di gestire le proprie specifiche attività, parlando apertamente e confrontandosi su tutto quanto c'è in comune.

Un aspetto importante che desidero sottolineare per i suoi connotati formali e sostanziali è il naturale *diritto* degli Odontoiatri ad avere la vicepresidenza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri indipendentemente da qualsiasi esito elettorale. Ostacolare oltre ogni limite del consentito l'evoluzione naturale degli eventi è indice di una politica ordinistica conservatrice e conflittuale, che potrebbe portare purtroppo a due case separate dopo anni di livorose contese. A ciascuno la scelta del punto di arrivo desiderato.

L'attuale Commissione Odontoiatri di Pisa vuole l'unione sia a livello nazionale che a livello locale, portando avanti le istanze del nuovo e pensando al futuro con lealtà e collaborazione.

Questo è uno dei motivi per cui in questo numero di PisaMedica escono gli articoli dei "dentisti", perché vogliamo che le nostre aspirazioni ed i nostri problemi siano letti da tutti, anche se distratta-

Decreto Legge luglio 2006 n. 223 (Decreto Bersani)

Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale (GU n. 153 del 04.07.2006).

Con la firma avvenuta ieri da parte del Presidente della Repubblica e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 04.07.2006 disponibile da questa mattina del testo definitivo del decreto legge, sono entrati in vigore da ieri una serie di provvedimenti approvati dal Consiglio dei Ministri del 30 giugno u.s.

Riportiamo qui di seguito un primo elenco delle principali misure che interessano la categoria odontoiatrica.

Norme contro l'evasione fiscale

- obbligo di tenere un conto corrente bancario o postale dedicato alla gestione dell'attività professionale (in cui obbligatoriamente far confluire i pagamenti dei clienti e da cui prelevare le somme occorrenti per le spese professionali);

- obbligo di incassare i compensi dei pazienti per le parcelle (ad esclusione di quelle inferiori a 100 Euro) mediante assegni bancari non trasferibili, bonifici, pos, carte di credito, bollettini di pagamento postale;

- viene abrogato il concordato fiscale triennale preventivo, previsto dalla Legge Finanziaria 2006.

Norme contro l'elusione fiscale

- gli accertamenti sulla base degli studi di settore possono essere effettuati nei confronti degli esercenti arti e professioni con le stesse regole dei contribuenti in contabilità semplificata;

- tutti gli operatori finanziari (banche, poste, ecc. ...) dovranno comunicare periodicamente all'anagrafe tributaria l'elenco dei correntisti.

Norme sulla concorrenza e diritti dei consumatori

- si abrogano le disposizioni normative e regolamentari che prevedono la fissazione di tariffe obbligatorie fisse minime ed il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;

- si abroga il divieto di pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto ed il prezzo delle prestazioni;

- si abroga il divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo indisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti, fermo restando che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più professionisti previamente indicati sotto la propria personale responsabilità.

Mi auguro che la FNOMCeO cerchi di contrastare e modificare le misure più penalizzanti sia per la professione che per i pazienti. Daremo ulteriori informazioni, anche sulle modifiche che si avranno in sede di conversione del Decreto Legge.

mente, anche dai medici non odontoiatri, affinché si ritrovino convergenze istituzionali ed umane.

Dopo questa lunga premessa sarà mia cura lasciare la parola ai Colleghi rappresentanti le varie componenti dell'odontoiatria, per primi gli illustri Colleghi della Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Pisa, ed i numerosi Colleghi competenti nei più svariati campi.

In questo numero scriverà il Dott. Dario Castellani, eminente protesista, affrontando un argomento di propria competenza, ed inoltre il Dott. Marcello Ridi medico legale ed il Dott. Renato Mele, presidente CAO di Pistoia, tratteranno delle convenzioni pubbliche e private, un

tema di grande attualità.

Saremo aperti nel nostro gruppo di lavoro al contributo di tutti e cercheremo con insistenza la collaborazione di odontoiatri e medici, per ricercare una visione attuale ed ampia della nostra attività.

Un aspetto che affronteremo insistentemente a livello ordinistico sarà quello dell'abusivismo per la tutela dei pazienti e dell'onesto lavoro dei Colleghi, facendo presente come esso possa essere combattuto certamente con la repressione, ma anche con una sempre migliore preparazione universitaria e professionale, con un controllo delle convenzioni nel rispetto delle linee guida e del deco-

ro professionale, con una migliore informazione nei confronti dei pazienti e degli iscritti all'Albo. Dovremo invitare competenti colleghi perché di volta in volta ci illustrino il loro pensiero sulla pletera odontoiatrica, cercheremo di diffondere nell'ambito professionale il messaggio del codice deontologico, parleremo delle linee guida e del contenzioso legale, della privacy e del consenso informato. Venendo poi all'attualità di questi giorni dovremo dibattere sul D.L. 4 luglio 2006 n. 223 "Decreto Bersani", parlando del tariffario minimo, del nomenclatore delle prestazioni, di pubblicità sanitaria e corretta informazione. Auguri di buon lavoro a tutti!

Convenzioni ed accreditamenti

Alcune osservazioni relative allo studio della problematica e delle Delibere Regionali in tema di Convenzioni ed accreditamenti.

Si premette che l'articolo di questione, per motivi di stretta temporistica, è, almeno nella parte iniziale, un estratto delle slides degli incontri tenuti dai due Relatori in diverse Sedi Provinciali Associative regionali toscane nel corso dell'anno, per la qual cosa si è un pò sacrificato l'aspetto discorsivo per privilegiare quello schematico-informativo.

Tale premessa è indispensabile per comprendere al meglio l'argomento trattato anche da parte dei "non addetti ai lavori" e per ricordare alcune definizioni e normative vigenti sulle quali esso si basa.

Definizione di condizioni di disagio

- quelle legate a basso reddito familiare (<11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale
- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava ed interferisce con la patologia tutelata (pat. croniche o rare)

1° Livello

- prestazioni:
 - urgenze;
 - intercettazione patologie gravi;
 - protesi ed ortodonzia intercettiva in caso di anomalie basali da erogarsi a tutti i soggetti assistiti con le modalità di spesa come da normativa vigente (ticket, salvo esenti); in aggiunta un pacchetto di protesi gratuite da erogarsi a ultrasessantenni con reddito familiare <6.019,00 e in condizioni di disa-

gio e/o esclusione sociale;

- accesso: tutti gli assistiti;
- attesa: 10 gg., fatta eccezione per le protesi e l'ortodonzia.

2° Livello

- prestazioni:
 - odontoiatria conservativa;
 - ortodonzia intercettiva in caso di anomalie non basali con significativa compromissione funzionale da erogarsi a soggetti in condizioni di disagio a fronte di una partecipazione alla spesa, come da normativa vigente (ticket);
- accesso: soggetti in condizioni di disagio;
- attesa: entro 30 gg.

3° Livello

- prestazioni: di 2° livello erogate a soggetti (residenti) non in condizioni di disagio ed ulteriori prestazioni di alta specialità da erogarsi a tariffe concordate;
- accesso: tutti;
- attesa: oltre 30 gg.

LIVELLI DI ASSISTENZA

- Si possono definire, secondo l'accordo del 22.11.2001 tra Governo / Regioni / Province Autonome, quelle prestazioni sanitarie garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte del cittadino.
- Le forme e modalità di partecipazione alla spesa sono individuate da Disposizioni Legislative, statali e/o regionali.

LEA (Livelli essenziali di assistenza)

Sono quelli dovuti ed individuati dalla normativa di cui all'art. 9, comma 5 del D.Lgs. n° 502 del 30.12.92 (L'assistenza Odontoiatrica ... limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità) e dal D.P.C.M. del 29.11.2001, ma considerati dalla Regione Toscana troppo riduttivi e limitanti per le fasce più deboli della popolazione, individuando i seguenti Livelli aggiuntivi (DGRT n° 163) :

1. Il trattamento delle urgenze e l'intercettazione delle patologie gravi per tutti gli assistiti (primo livello)
2. Il trattamento odontoiatrico-conservativo a favore dei soggetti disagiati (secondo livello)
3. La presa in carico, in ambiente protetto, di soggetti handicappati, non collaboranti e a rischio
4. La fornitura di protesi gratuite a soggetti i condizioni di disagio economico e sociale.

Livelli essenziali aggiuntivi

Sono previsti da: L. 41/86, Dlg. 502/92, L. 388/00, Dl. 347/01 e dall'accordo dell'08.08.2001, con risorse finanziarie ulteriori a carico delle singole Regioni, secondo il PSR.

DGRT n° 163 del 08.10.2003

Il finanziamento di questi è assicurato:

- da un terzo livello di prestazioni erogate (10% dell'attività totale, secondo il criterio dell'appropriatezza) ad una tariffa concordata, rappresentativa dei costi sostenuti;
- da entrate attese dal 10% di materiale gratuito (in rapporto al mate-

riale acquistato) messo a disposizione dai laboratori odontotecnici convenzionati con le ASL (con possibilità di contrattazione fino ad un massimo del 20% di sconto).

Il terzo livello, aggiuntivo di quello previsto dal DPCM del 29.11.01 è costituito da: *prestazioni di secondo livello (tabella 2) erogate a soggetti non in condizioni di disagio e prestazioni della allegata tabella 3.*

IL SSN

- Da un lato (economico) cerca di alleviare il carico dei costi eccessivi attraverso la partecipazione ad essi del privato
- Da un altro (politico) cerca di apparire come fornitore di un maggior numero di servizi ad una maggior area di utenti e di "calmierare" il mercato.

e le Delibere di Giunta Regionale;

- In pratica, però, si introducono le stesse incombenze (ancora più onerose) previste per il regime autorizzativo (es. orari, adempimenti e controlli) dando per scontata la loro accettazione;
- Sono intanto slittati i termini per la domanda di autorizzazione per i vecchi studi, in attesa di una nuova legge (che forse rivedrà tutto);
- Si inseriscono termini temporali per l'inizio delle cure all'assistito (tre gg. per le urgenze e trenta per le altre prestazioni);
- Si inseriscono pressanti oneri burocratici che sbilanciano fortemente l'attività dello studio verso l'"organizzazione", richiedendo inevitabilmente personale "dedicato", a sfavore degli studi medio-piccoli;
- Si crea un forte sbilanciamento verso una sola parte contraente forte che può procedere in qualsiasi momento a "verificare e controllare la quantità, qualità, efficacia e

e competenze sono a carico della Struttura sottoscrivente il contratto;

- Non si ha la certezza che all'accreditamento corrisponda poi la convenzione!

Riepilogo delle negatività:

1. Filtro da parte di operatori pubblici;
2. Pesante carico burocratico pre e post prestazione professionale;
3. Tariffa riscossa dall'ASL con trattenuta del 5%;
4. Piano di trattamento predeterminato e soggetto ad approvazione;
5. Forti vincoli di orario e di giorni lavorativi;
6. Volumi minimi di attività non garantiti;
7. Tetto massimo di attività;
8. Pagamento ritardato di 90 giorni;
9. Trasformazione della propria clientela abituale in clientela convenzionata, non potendosi pensare alla lunga la possibilità di coesistenza dei due sistemi in un ambiente limitato;
10. Tariffe modeste;
11. Decadimento di qualità della prestazione.

Si potranno perciò prevedere facilmente, come conseguenze:

- *corsa al ribasso degli onorari;*
- *aumento del n° delle prestazioni nell'unità di tempo, per abbattere i costi fissi e mantenere la redditività;*
- *carico di lavoro;*
- *decremento della qualità;*
- *aumento delle ore lavorative;*
- *ritardi negli incassi delle parcelle;*
- *uso di laboratori e materiali di qualità inferiore.*

L'odontoiatria pubblica in Toscana prevede

- c) medici odontoiatri dipendenti, circa 40
 - d) medici convenzionati interni per un totale di circa 2.000 ore settimanali (circa 50 medici)
 - e) medici convenzionati esterni n. 6
 - f) odontotecnici circa 6
- (Da: Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n°45)

Se poi uno studio privato desidera entrare a lavorare per conto e a carico del Sistema Sanitario Nazionale, deve dimostrare di essere in possesso di ulteriori requisiti di qualità ed essere quindi anche accreditato. L'accreditamento fornisce lo status di soggetto idoneo ad operare per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Per operare effettivamente a carico del SSN, i soggetti devono entrare in contrattazione con le relative Aziende Sanitarie di riferimento con le quali fisseranno le varie quote di prestazioni da mettere a disposizione. (Dal sito web ufficiale della Regione Toscana)

Passiamo ora ad esaminare alcuni aspetti individuati come negativi che viene proposto da parte delle ASL agli studi privati:

- Si continua a non fare distinzione tra studio professionale ed ambulatorio odontoiatrico / struttura;
- Non vi è chiarezza riguardo al problema autorizzativo (ancora in fase di ridefinizione legislativa) e vi è contraddittorietà tra le varie note

congruità delle prestazioni erogate ed alla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso", ferme restando le altre verifiche, a fronte di...;

- Lo studio/struttura erogante si assume in proprio la responsabilità civile per danni nei confronti dell'Assistito... esonerando l'Azienda Sanitaria da qualsiasi corresponsabilità;
- Tutte le spese per la registrazione

Considerazioni in tema di oneri e convenienza

- A fronte di un grosso impegno economico ed organizzativo dello studio (specie se monoprofessionale), che deve riadattare e/o stravolgere tutta la propria impostazione, per ottemperare agli obblighi contrattati, a spese della clientela abituale;

- Non vi è alcuna garanzia o certezza per chi contrae il rapporto convenzionato, vuoi in termini di scelta, che del numero di accessi, che di tariffe, che di durata contrattuale stessa;
- Non è data alcuna possibilità di controllo paritetico, a garanzia della controparte;
- Appare evidente che assumeranno sempre più rilevanza nella causalità dell'errore le tipologie cosiddette: cause remote/deficit dei meccanismi di controllo e coordinamento, rispetto a quelle classiche dell'imprudenza, imperizia e negligenza (legate al singolo professionista), in quanto nell'ambiente di lavoro sarà immancabilmente prevalente la parte organizzativa su quella professionale.

Ma allora?

- ***E' veramente solo una questione tariffaria il problema del convenzionamento?***
- ***risolve le problematiche della nostra professione (abusivismo, plethora, disoccupazione/sottooccupazione, accessi, problemi economici, "valore aggiunto")?***

Infine, è necessario fare alcune considerazioni ulteriori in termini di

responsabilità:

- È indubbio che viene ad aprirsi un ulteriore rapporto contrattuale (oltre a quello col cliente) tra il professionista convenzionato e l'Ente erogante, con conseguenti obbligazioni;
- Una eventuale inadempienza verso quest'ultimo potrebbe non essere coperta da eventuali polizze RC private;
- Potrebbe verificarsi qualche problema in caso che l'Ente erogante sia la stessa Compagnia assicuratrice del professionista in proprio (nel caso delle convenzioni private).

L'Associazione possiede la qualità, la cultura e la capillarità di distribuzione sul territorio, ma non accetta, giustamente, costi comprimibili al di sotto di un certo limite, pena il decadimento della garanzia della tutela della salute del cittadino; si è sempre, di contro, dimostrata disponibile, anche gratuitamente, a tutte quelle iniziative volte alla prevenzione ed intercettazione delle patologie del cavo orale.

Il pubblico, da parte sua, non considera come incidenti sulla prestazione alcuni costi, ricaricandoli su altre voci di spesa, per la qual cosa difficilmente si potrà discutere con

studi comparativi sui centri di costo tra pubblico e privato, anche partendo da parametrizzazioni scientificamente sovrapponibili in merito alle singole voci.

Quale può allora essere il punto di incontro per arrivare a risparmiare e garantire al contempo la migliore salute orale a tutti? Da quanto sopra appare indiscutibile che esso sarà costituito dalla prevenzione, per impedire l'instaurarsi delle patologie e/o intercettare le malattie più frequenti allo stato iniziale, con notevole risparmio nella spesa futura della Sanità pubblica e privata ed investimento sul miglioramento della salute.

La logica del convenzionamento selvaggio ci porterebbe invece solo a ripercorrere, con gli stessi risultati negativi, l'esperienza di Paesi che ora stanno cercando disperatamente di tornare indietro: due sarebbero le vittime di questo sistema, il cittadino da una parte, ed il dentista dall'altra. L'esperienza, del resto, l'abbiamo già avuta anche nel nostro Paese quando i farmaci venivano erogati gratuitamente a tutti: stiamo ancora pagando quegli sprechi, quei milioni di farmaci che venivano gettati nella spazzatura all'80% da un'utenza non educata a gestire correttamente le risorse.

Non è erogando indiscriminatamente tutto a tutti che si possono risolvere i problemi della Sanità generale, ma usando in maniera oculata le risorse investendo miratamente nel bene-salute: la qualità alla fine paga sempre.

Esistono dei difetti in questa scelta: i tempi lunghi e lo scarso consenso immediato ma si otterrebbe il rispetto della garanzia della salute orale dei cittadini attraverso i principi:

- Prevenzione primaria e secondaria delle malattie a più alta incidenza e di vero interesse sociale;
- Qualità e rispetto di tariffari decorosi (anche al di là degli interessi lobbistici), nell'ottica della tutela del bene-salute comune;
- Libera scelta del curante e rispetto dei rapporti fiduciari medico-paziente.



A proposito di margini nella protesi in metalceramica

Oggigiorno le linee di finitura marginali protesiche più accreditate sono:

- a finire
- lama di coltello
- spalla viva
- spalla arrotondata
- spalla 50°
- chamfer
- chamfer profondo
- spalla bisellata
- chamfer bisellato

Molto spesso la scelta della linea di finitura è legata a motivi di abitudine clinica ("io mi trovo bene con la preparazione x o y") o alla fiducia data ad un Autore piuttosto che ad un altro. In realtà la scelta dovrebbe comportare un minimo di ragionamento e consapevolezza.

I parametri da considerare nella scelta di un margine sono fondamentalmente due: *la qualità della chiusura marginale e l'estetica*.

Circa la qualità della chiusura marginale occorre considerare che il sistema di fusione a cera persa comporta un peccato originale irrisolvibile, dato dal fatto che il metallo, nel raffreddamento, subisce una inesorabile contrazione. Per questo motivo, partendo da uno stampo corretto (il vuoto lasciato dalla cera sublimata) il risultato, a temperatura ambiente, sarà quello di un metallo sottodimensionato.

La tecnica costruttiva dentale ha notevolmente ridotto il problema lavorando sulla espansione del materiale da rivestimento in modo tale da compensare la contrazione da raffreddamento: lo stampo viene sovradimensionato in modo che la fusione risulti precisa una volta che sia raffreddata.

Purtroppo questo controllo è empirico, ogni odontotecnico ha le sue

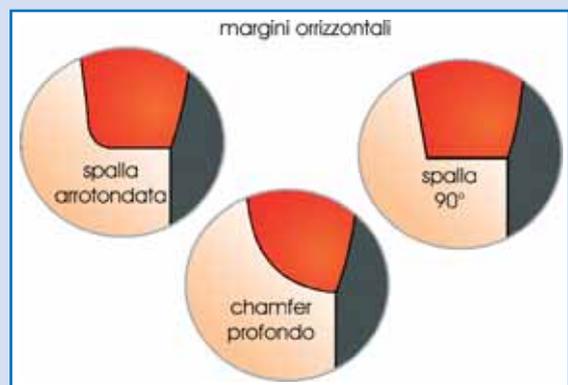
metodiche basate sulla scelta del materiale da rivestimento, sulle dosi delle sue componenti, sui tempi di preriscaldamento condizionanti l'espansione termica. Nonostante l'impegno profuso, c'è concordia nel riconoscere che l'errore è impossibile da rimuovere, che questo è un coefficiente, ovvero si esprime con valori bassi per protesi di dimensione contenute, mentre diventa sempre più rilevante via via che la monofusione assume dimensioni maggiori. Quando una protesi sia costituita da più di quattro o cinque unità (secondo le dimensioni dei denti che la compongono), l'imprecisione risulta inaccettabile. Da qui l'interesse per la ricerca sui sistemi CAD-CAM che ottengono la struttura metallica (così come di altri materiali quali lo zirconio) per sottrazione, ovvero attraverso un processo di erosione meccanica da un blocco già fuso. Attraverso l'erosione si elimina tutto ciò che non serve, fino a ricavare la struttura metallica. In caso di protesi estese, dunque, è doveroso ipotizzare una difficoltà di inserimento; questa comporta un combaciamento marginale in difetto. Nel caso di finiture marginali a spalla 90°, il difetto di inserimento si tradurrebbe in un eguale difetto marginale.

La situazione cambia completamente se alla spalla si aggiunge un bisello. L'ancoraggio che si confronti con una superficie bisellata viene a costituire un effetto telescopico, similmente a due bicchieri tronco-conici che non siano perfettamente inseriti l'uno sull'altro: il difetto di combaciamento sarà ampiamente inferiore al

difetto di inserzione. Alla stessa maniera una protesi che non calzi perfettamente lascerà un difetto marginale notevolmente ridotto qualora la preparazione sia un margine bisellato. Un margine come la spalla 90°, qualora si approfondi sul tessuto dentale per almeno 1.0 – 1.2 mm permette, a livello del margine, una ricostruzione protesica costituita esclusivamente da ceramica. Senza alcuna esposizione metallica, sarà possibile ottenere il massimo del risultato estetico.

Dal momento che il margine rappresenta esclusivamente la parte estrema dell'ancoraggio protesico, ovvero la protesi a livello del punto di passaggio con l'elemento dentale, poca importanza sarà la morfologia del resto della finitura marginale. Una spalla bisellata non sarà diversa dal margine di una preparazione a finire. Adottando questo ragionamento, sarà possibile raggruppare tutti i tipi di finitura marginale in pochi gruppi che possono essere suddivisi in:

margini orizzontali costituiti da: spalla 90°, spalla arrotondata, chamfer profondo



margini verticali, ovvero margine a finire, a lama di coltello, spalla bisellata, chamfer bisellato

Tutti i margini orizzontali privilegiano l'estetica del restauro, mentre i margini verticali privilegiano la qualità della chiusura. Occorre pensare ai margini verticali ogni volta che la protesi sia estesa e con il metallo ottenuto da una monofusione.

Il margine più spesso adottato dai dentisti a livello internazionale, e da alcuni Autori considerato "il migliore", è il chamfer. Così come, secondo Altri, la spalla 50° rappresenta il miglior tipo di finitura marginale.

In realtà entrambi i suddetti margini finiscono sull'elemento dentale in maniera obliqua, potendo anche risultare difficile la distinzione clinica soprattutto usando frese diamantate a grana media e non fine.

margini obliqui:

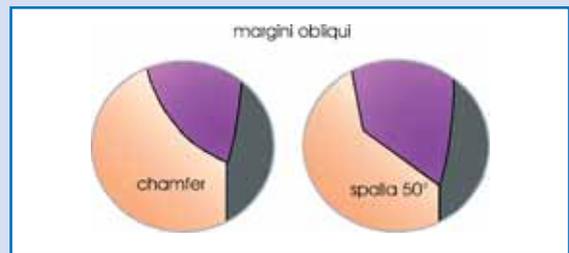
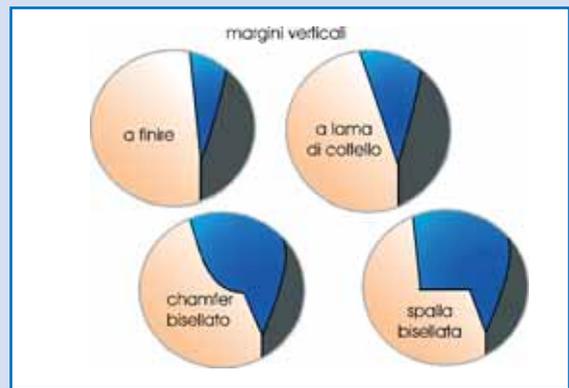
chamfer, spalla 50°

I margini obliqui rappresentano, a tutti gli effetti, una via di mezzo tra i margini verticali e gli orizzontali.

Come i margini orizzontali, infatti, possono essere restaurati in modo da avere una buona estetica (anche se non è consigliabile la chiusura in ceramica) e nello stesso tempo possiedono un parziale effetto bisello. Il

bisello ideale ha un angolo di 65 - 70°. Una spalla 50° è come un bisello di 50°: non particolarmente efficace, tuttavia presente. Certamente se il dentista dovesse adottare una unica linea di finitura marginale, questa sarebbe costituita dal margine obliquo, tuttavia occorre considerare che il margine obliquo è estetico, ma non come un margine orizzontale; ha un certo effetto bisello, ma non come un margine verticale. Sarebbe tuttavia auspicabile che un profes-

sionista possa valutare la complessità del caso per decidere se sia possibile adottare un margine estetico orizzontale, o se sia più prudente sacrificare l'estetica a favore di una maggior sicurezza in termini di qualità della chiusura marginale. Il margine obliquo trova una importante applicazione in tutti quei casi in cui l'entità della ricostruzione in monofusione richieda un margine



verticale, ma in cui le esigenze estetiche siano tali da rendere inaccettabile la visibilità di un collare metallico. La tipica situazione clinica è rappresentata dal bloccaggio di più elementi anteriori a cui si ancori una protesi rimovibile. In questi casi, nell'ambito del singolo pilastro, verranno combinati margini verticali nelle zone esteticamente irrilevanti con margini obliqui nelle aree vestibolari.



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

Medicine alternative fra azione ed omissione.....



Invitato dai Presidenti degli Ordini degli Avvocati e Procuratori e dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, ho assistito recentemente alla presentazione dell'ultimo libro pubblicato dal Prof. Antonio Cristiani, illustre giurista e principe del Foro pisano ed oltre, dal titolo "Le omissioni del medico ed il giudizio penale".

Non so se è la prima volta che l'autore affronta la materia medicolegale nella sua vasta produzione di libri e di testi di studio.

È mio intendimento, durante le prossime ferie, fare una ricerca e leggere il libro presentato, nella

certezza di apprendere molto e di poter trarre materiale per non poche riflessioni, sia pure nei limiti di chi è soltanto un appassionato delle problematiche legali riferite all'esercizio della professione medica.

I professori Ranieri Domenici e Tullio Padovani, che hanno presentato e dissertato sul libro, non hanno certamente bisogno del mio elogio tale e tanta è la notorietà nei rispettivi campi come studiosi e come professionisti.

Le loro lucide ed argute argomentazioni hanno appassionato l'uditorio, che ha lungamente applaudito

loro e l'autore.

Il programma della serata ed il protrarsi delle relazioni non hanno permesso di aprire un dibattito, ma chissà quanti hanno maturato spunti e domande da porre all'avvocato Cristiani.

Per quanto mi riguarda l'occasione mi ha riportato ad un caso dei lontani anni '60 nel quale seguivo un paziente affetto da una grave forma di morbo di Buerger al quale avevo rilasciato ampia certificazione poi prodotta in un processo internazionale conclusosi con un consistente risarcimento della parte lesa. Non conobbi l'esito sotto l'aspetto penale.

In sintesi il mio paziente era stato illuso da un Centro svizzero nel quale si praticava una cosiddetta "terapia cellulare" che avrebbe dovuto comportare un significativo ringiovanimento e la guarigione della malattia. Condizione imprescindibile per il risultato era che il paziente avesse sospeso le terapie tradizionali in atto, anticoagulanti e vaso dilatatici. Conclusione fu l'amputazione dei due arti inferiori! Il giudice considerò il paziente plagiato dalla promessa di guarigione ed i colleghi svizzeri responsabili anche di omissione.

Di riflessione in riflessione, il pensiero mi è corso all'atteggiamento difensivistico che molti colleghi assumono attualmente, esponendosi al grave rischio di omettere indagini, specialmente se invasive, e trattamenti rischiosi e non, ma certamente utili al paziente anche considerato il rapporto tra costo o rischio e beneficio.

Come è ampiamente riconosciuto questo accade perché il Medico si trova compresso tra i limiti di spesa imposti dal sistema pagatore ed il





rischio di trovarsi di fronte a richieste risarcitorie per presunto o reale danno arrecato.

L'atteggiamento dilatorio spesso assunto dalle Società assicuratrici ed il desiderio del danneggiato di anticipare i tempi del risarcimento favoriscono il ricorso all'azione penale, molto gravosa da un punto di vista economico e morale.

A proposito di comportamento omissivo, mi viene da porre all'attenzione dei colleghi e dei giuristi la questione delle medicine alternative complementari o non convenzionali che siano.

Come è noto il Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, di fronte al dilagare del ricorso a questi trattamenti, nel tentativo di ricondurli nella esclusiva competenza dei medici, ne riconobbe cinque che sembravano dare certe garanzie e le definì "complementari".

Non prenderò in considerazione le altre definite "non convenzionali", l'esercizio delle quali, al momento, costituisce esercizio abusivo della professione medica.

Orbene, il Consiglio Nazionale degli Ordini Professionali dei Medici non

costituisce l'organismo preposto ad eseguire i percorsi scientifici ed etici che la legge prevede per la sperimentazione e validazione dei trattamenti diagnostici e terapeutici nel loro insieme, per cui i trattamenti complementari da questo riconosciuti continuano ad essere destituiti di ogni riconoscimento da parte della comunità scientifica e legislativa, anche se qualche Regione non si limita a riconoscerle adottando il principio del diritto alla libertà di cura, ma ne favorisce la pubblicità e l'esercizio nelle sue strutture sanitarie.

In realtà più che di libertà di cura si dovrebbe parlare di adesione ad una domanda sempre più consistente e pressante.

Partendo da questi presupposti, con tutta umiltà e fatta salva la buona fede dei medici che praticano le medicine complementari, sono del parere che sia almeno discutibile, se addirittura non valido, il consenso informato a procedere con questi trattamenti acquisito dai pazienti, eventualmente anche in forma scritta come per i trattamenti in fase sperimentale o non ancora registrati nel nostro

Paese.

Consequente ed ovvio è il giudizio complessivo sull'intero ricorso ai trattamenti di cui si tratta.

Ciò premesso, se da questa opzione terapeutica dovesse derivare un danno consistente nel peggioramento della malattia fino alle estreme conseguenze o anche un allungamento del tempo di guarigione per il ritardato ricorso riparatore alla medicina ufficiale, siamo certi che il medico non sia chiamato a rispondere anche penalmente almeno del reato di omissione?

Quale valore come attenuante potrà avere il fatto che le Aziende Sanitarie abbiano adottato questi trattamenti ancorché riconosciuti dalla più alta espressione della professione medica stante il fatto che penalmente risponde personalmente l'attore?

Ho inteso esprimere una preoccupazione di ordine pratico e senza alcuna pretesa se non quella di invitare il nostro Ordine ed i responsabili delle nostre Aziende Sanitarie a sottoporre il problema al parere ed al giudizio di esperti giuristi.

Interstiziopatia polmonare bilaterale ad esito fatale

Amiodarone è un derivato benzofuranico ad attività antiaritmica ed antianginosa, indicato nella terapia e nella prevenzione di gravi disturbi del ritmo cardiaco e nella profilassi delle crisi di angina pectoris. Sebbene la sua efficacia terapeutica sia stata ampiamente dimostrata, la sua utilizzazione rimane limitata a causa del basso profilo di tollerabilità. Una delle maggiori complicanze che si possono riscontrare in seguito all'impiego di questo farmaco è la tossicità polmonare.

Al Centro di Area Vasta Nord-Ovest per la Farmacovigilanza è stato segnalato il caso di un paziente maschio di 75 anni che ha sviluppato *interstiziopatia polmonare bilaterale* durante trattamento con amiodarone 200 mg/die somministrato per via orale per circa un anno per il trattamento di un'alterazione del ritmo conseguente ad infarto miocardico acuto. Non è stato possibile ottenere informazioni su eventuali terapie concomitanti. Il paziente si sottopone ad accertamenti specialistici allergologici successivi alla valutazione funzionale respiratoria che aveva evidenziato una grave alterazione funzionale al test della diffusione alveolare di CO e una costrizione polmonare compa-

tibile con una condizione di interstiziopatia. L'analisi dei referti trascritti nella cartella clinica rivela una grave interstiziopatia polmonare bilaterale evidenziata dalla TAC toracica, alterazioni dell'emogasanalisi con pO₂ fortemente ridotta, test di diffusione polmonare (DLCO) con valori intorno al 20%. L'assunzione di amiodarone aveva provocato in passato effetti avversi sulla funzione tiroidea, controllati farmacologicamente. Il quadro clinico richiede un ricovero immediato e la sospensione del trattamento con amiodarone, con l'adozione di misure alternative per il controllo dell'aritmia, ma le azioni intraprese non sono state in grado di evitare il decesso del paziente avvenuto circa 5 mesi dopo l'insorgenza dei sintomi.

L'applicazione dell'algoritmo di Narrajo alla reazione avversa ha dato come risultato un rapporto di causalità probabile con l'assunzione di amiodarone.

Interstiziopatia polmonare è una reazione avversa che può rientrare nel quadro di tossicità polmonare previsto per amiodarone e che può presentarsi anche sotto forma di alveolite polmonare, infiltrati polmonari, polmoniti, polmoniti lipoidi e fibrosi polmonari. Il meccanismo alla base della tossicità polmonare

non è ancora ben delineato: sono state proposte varie ipotesi tra le quali lesioni cellulari dirette, alterazione della membrana dei capillari alveolari, coinvolgimento del sistema immunitario e liberazione di molecole ossidanti. L'eziopatogenesi sembra coinvolgere anche i fosfolipidi: il farmaco, data la sua natura anfipatica, potrebbe interagire con i fosfolipidi inibendone la degradazione enzimatica e provocandone l'accumulo nei lisosomi.

La tossicità polmonare indotta da amiodarone è caratterizzata da varie manifestazioni cliniche quali tosse, dispnea, febbre, diminuzione del peso corporeo, dolore toracico e infiltrati polmonari bilaterali. Una volta individuata l'origine iatrogena, le opzioni terapeutiche sono limitate, ma in molti casi il disturbo è reversibile, soprattutto se diagnosticato ad uno stadio precoce. Il trattamento consiste generalmente nella sospensione di amiodarone e in una terapia con corticosteroidi che può accelerare i tempi di guarigione. La diagnosi tempestiva è comunque indispensabile ed impone un'immediata interruzione del trattamento, per evitare lo sviluppo di danno interstiziale e alveolare con conseguenti sindromi respiratorie acute ad elevata percentuale di mortalità.

Tra i fattori di rischio per l'insorgenza di patologie polmonari causate da amiodarone, sono da considerare soprattutto l'età avanzata, disfunzioni polmonari preesistenti e una dose di mantenimento elevata del farmaco (superiore a 300 mg/die). Vari studi clinici dimostrano tuttavia la possibilità di insorgenza di tossicità polmonare in seguito a dosi ridotte di amiodarone somministrate per brevi periodi di trattamento.



Pharmacopea del passato: i rimedi presi dal regno animale



Leggendo i vari Autori che dall'antichità fino al XVIII secolo si sono occupati di terapia, vediamo che nel corso di tutti questi secoli notevole importanza è stata sempre assegnata ai rimedi che si possono ottenere anche dal regno animale. Veramente incredibile e frutto di una fantasia che non ha limiti è l'elenco di questi, rap-

presentati dalle più diverse classi zoologiche.

Del cervo era raccomandato l'uso del midollo, del grasso ma soprattutto delle sue corna ridotte in polvere; dell'asino, è ricordato l'impiego delle sue unghie nella cura dell'epilessia, il suo sangue come diuretico, il suo sterco come emostatico, il grasso per la cura delle ferite,

mentre il latte era ottimo rimedio contro la tisi. Tutto è buono pure nel bue: le corna, il fiele, il fegato, la milza, il sangue, le unghie, il burro, il latte.

Fra i rimedi principali e sempre consigliati nella cura delle più svariate malattie, ricordiamo l'impiego dell'urina; portentoso medicamento: quella degli eunuchi era capace di rendere le donne feconde, quella delle giovani fanciulle proteggeva dal morso dei serpenti velenosi, era sovrano rimedio contro i dolori podagrici, l'idropisia e l'apoplezia, solo per citare alcuni esempi. Fino a tutto il XVII secolo l'urina umana, sempre si intende presa per bere, si trova raccomandata nelle malattie renali, nella gotta, delle forme reumatiche e nelle paralisi; quella inoltre di vacca, chiamata col nome poetico di "acqua di mille fiori", leggermente diluita si prendeva alla dose di un bicchiere al mattino in certe forme di malattie intestinali. Subito dopo l'urina, è lo sterco dei più svariati animali ad essere spesso consigliato per i suoi effetti mirabili. Paracelso chiamava quello umano "Sulphur occidentale" e molti medici lo ritenevano un potente antidoto a tante affezioni e non c'era un farmacista che nella sua bottega non tenesse molti escrementi seccati e polverizzati. Quelli più pregiati, dopo quello dell'uomo nel linguaggio medico chiamato anche "Oletum", erano quelli del maiale, del pavone, dell'asino, di piccione, speciale per la cura delle coliche, nonché quelli di tanti altri animali. E su questi argomenti furono pubblicati anche specifici trattati: un esempio di questi è il *De hominis excrementis* di Rodriguez Fonseca, stampato a Pisa nel 1613.



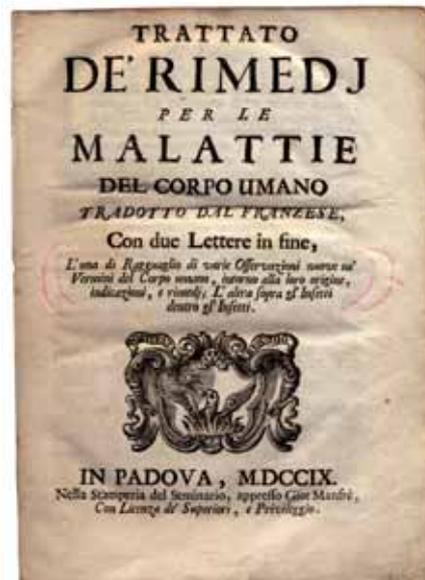
Hortus sanitatis, s.t., 1517

Anche il sangue aveva il suo posto d'onore in questa galleria di strani rimedi: quello di maiale bevuto curava le malattie dello stomaco, quello fresco di piccioni era un grande rimedio per le affezioni oculari, mentre era assai pericoloso quello mestruale, ritenuto - se ingerito - un potente veleno. Sono ancora ricordati l'uso delle unghie raschiate da prendere infuse nel vino, la cenere dei capelli femminili contro le verruche, le ossa calcinate del braccio umano contro l'itterizia.

Tutti gli animali possedevano proprietà medicamentose. Per l'enuresi notturna dei bambini, si doveva far loro mangiare carne di topo; il rospo era indicato ottimamente per

uso interno nella cura dell'idrope. L'osso della sua gamba anteriore sinistra polverizzato era un sicuro rimedio per il male di denti, mentre il sugo di giovani rondini andava bene per le difficoltà di urina. Poi, fin dai tempi più antichi e citate già da Plinio, venivano le lumache, le api, le cicale, le formiche, le zecche, i grilli, le cantaridi, tutte queste in molteplici modi usate in medicina. Abbiamo già parlato dell'importanza della carne di vipera, componente primo ed essenziale della triaca, panacea di tutti i mali.

Un medicamento indiscusso era inoltre l'olio di scorpioni, preparato in vari modi, che serviva come potente antidoto contro i veleni, specie pestilenziali. Molto usato



Trattato De' Rimedj... In Padova 1709

inoltre il grasso delle specie più varie: quello di anguilla curava le malattie dell'orecchio, poi erano famosi quello di orso, di maiale, di pecora, di capra, di serpente, di gatto, di oca, di gallina, di tasso ed anche quello umano!

Si ritrovano consigliati anche gli organi animali: così il cuore caldo delle tortore guariva le febbri intermittenti, le budella di lupo facilitavano l'espulsione dei calcoli, quelle di cicogna contro le coliche, le viscere della volpe scacciavano le rughe. Ma fra tutte le parti animali quella più ricercata, discussa e sulla quale furono scritti molteplici libri, fu certamente l'unicorno.

Era ritenuto questo, come dice il nome, un corno che spuntava sulla testa di un misterioso animale, e la sua polvere, ingerita, rappresentava un potente rimedio contro ogni veleno; pagato a prezzi altissimi, era anche consigliato nell'epilessia, nelle convulsioni, nelle febbri pestilenziali; si fabbricavano bicchieri d'unicorno, bevendo nei quali si era sicuri di non essere avvelenati.

Per l'importanza che ha rappresentato questo studioso, si deve ricordare anche Andrea Mattioli che nella sua opera (*I discorsi nelli sei libri di Pedacio Dioscoride*, vedi l'edizione veneta del 1568)



Hortus sanitatis, s.t., 1517



Hortus sanitatis, s.t., 1517

dedica una ampia trattazione, arricchita da espressive illustrazioni, a questo argomento, riportando tante ricette, spesso bizzarre o curiose, come ad esempio quella di ingerire in un guscio di fava sette pidocchi vivi, rimedio sicuro per combattere la febbre quartana!

Tuttora nelle edizioni seicentesche del *Ricettario Fiorentino*, un intero capitolo è dedicato alle medicine che si ricavano dagli animali: sono così ricordati i lombrichi terrestri, prima lavati in vino bianco e poi cotti in olio rosato; il grasso di bufalo, di anatra, di pollo, di cane; la somministrazione di chiocchie e di cantaridi; poi il fegato di lupo, il polmone di maiale, i gusci di ostriche, il corno di cervo, la carne di

vipera, il sangue poi di molti animali.

Ancora agli inizi del Settecento, come possiamo vedere leggendo un famoso trattato di terapia anonimo stampato a Padova in cui sono riportate centinaia di ricette per tutte le malattie, esaminate dalla testa ai piedi, continuano ad essere ricordati frequentemente questi rimedi animali, accanto ad altri nuovi di natura chimica: così utili sono gli intestini ma anche lo sterco di lupo, le viscere della lepre, l'infusione in vino dei millepiedi pestati per la cura delle coliche, il

fegato di vitello, lo sterco fresco di bue, lo sperma di ranocchi, i testicoli di castoro, i gamberi di mare o di fiume raccolti a luna piena, le corna grattate e lo sterco della capra, la polvere di carne di vipera, il guscio delle chiocchie ed ancora lo sterco di cane.

Il rospo seccato, tenuto sotto l'ascella, o dietro le orecchie o attaccato al collo, era creduto uno specifico per arrestare le emorragie nasali.

Si arriva anche a consigliare la raschiatura di cranio umano per la cura dell'epilessia e la somministrazione di mumia (il liquido che esce dai corpi imbalsamati) contro i dolori.

Come possiamo vedere, tutto questo armamentario terapeutico, fantastico, misterioso, indubbiamente spesso repellente e privo di qualsiasi validità, era invece in questi secoli passati un punto di riferimento cui ricorrere nel trattamento delle più svariate situazioni morbose.



R. Fonseca, *De Hominis...*, Pisis 1613

Un nuovo strumento per la valutazione automatica della funzione endoteliale

L'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa ha sviluppato uno strumento per la valutazione della funzione endoteliale mediante il monitoraggio automatico in tempo reale del diametro del vaso (in genere arteria brachiale). I metodi fino ad oggi utilizzati per questo scopo hanno importanti limiti in termini di accuratezza e oggettività della misura e richiedono un tempo notevole per l'analisi off-line dei dati. Questi elementi hanno limitato fino ad oggi l'applicazione clinica di questa misura. Negli ultimi anni i ricercatori del Gruppo di Computer Vision dell'I-

stituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa hanno acquisito un importante know-how e tre brevetti di interesse industriale nel campo della caratterizzazione vascolare. Il dispositivo si interfaccia ad un qualsiasi apparato ecografico (con una uscita video standard) e ne analizza le sequenze di immagini usando un nuovo operatore matematico permettendo di semplificare notevolmente l'esame e di ottenere la misura automatica in tempo reale. Il sistema è stato adottato dal progetto multicentrico dal titolo "Validazione clinica della valutazione della funzione endoteliale nell'uo-

mo" condotto dalla Società Italiana Ipertensione Arteriosa (SIIA) e dalla Società Italiana Cardiologia (SIC) che coinvolge 21 centri nazionali e 9 europei. Il sistema è già in uso presso il Dipartimento di Medicina Interna della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa e in varie altre sedi italiane e straniere. Al momento il sistema viene fornito ai centri che aderiscono alla sperimentazione ad un importo che ricopre la somma delle spese sostenute dall'Istituto per lo sviluppo e l'installazione in sito del sistema stesso.

Info: f.faita@ifc.cnr.it - demi@ifc.cnr.it

Corsi di formazione

Emergenze ed urgenze cardiovascolari

Calendario

Basic Life Support (BLS)

BLSD Laici: 12/06/2006; 11/09/2006; 16/10/2006; 13/11/2006; 04/12/2006

BLSD Operatori sanitari: 13/06/2006; 17/10/2006

BLSD Re-training 12/09/2006 (2 corsi); 14/11/2006 (2 corsi)

BLSD Istruttori 13-14/09/2006

Advanced Cardiac Life Support (ACLS)

ACLS Operatori sanitari: 14-15/06/2006; 18-19/10/2006

ACLS Istruttori 15-16/11/2006

Pediatric Basic Life Support (PBLIS)

PBLIS Operatori sanitari: 03/07/2006; 05/12/2006

Pediatric Advanced Life Support (PALS)

PALS Operatori Sanitari 05-06/07/2006; 06-07/12/2006

Organizzatori International Training Organization (ITO) ANMCO-AHA; Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del CNR Pisa; ENDOCAS (Computed Assisted Surgery)

Coordinatori Dr. Danilo Neglia (Resp. nazionale ANMCO-AHA ITO; Referente dei corsi di formazione ECC; IFC CNR) e Dr.ssa Maria Grana (Referente dei corsi di formazione ECC; del Centro Endocas AOUP)

Info Segreteria organizzativa: Dr.ssa Susanna Carabba (tel +39.050.315.2653; fax +39.050.315.2166; e-mail: susca@ifc.cnr.it) <http://www.ifc.cnr.it/emergenza>. Le iscrizioni saranno accolte e confermate in ordine cronologico e fino alla copertura dei posti disponibili (20 per ciascun corso); crediti: richiesti.

La dispnea. Percorso diagnostico ambulatoriale: il parere del cardiologo e dello pneumologo

Coordinatori Dr M.A. Morales, Dr R. Prediletto (Istituto di Fisiologia Clinica CNR Pisa)

Data 9 dicembre 2006

Sede Aula 31; Area della Ricerca CNR, Pisa

Rivolto a 15 medici interessati all'argomento

Costo: da definire

Crediti: richiesti

Argomenti Valutazione clinica con particolare riferimento all'esame obiettivo; approccio strumentale; casi clinici (presentato dal cardiologo, dallo pneumologo, dal MMG); Quiz radiologici

Info: prediletto@ifc.cnr.it morales@ifc.cnr.it

La gestione del paziente portatore di dispositivi per stimolazione cardiaca

Coordinatore Dr Marcello Piacenti

Data sabato 21/10/2006 9:00-13:00

Sede Aula 31; Area della Ricerca CNR, Pisa

Rivolto a 15 medici interessati all'argomento

Costo: da definire

Crediti: richiesti

Argomenti gestione del paziente dopo impianto di dispositivo (problemi collegati alla ferita chirurgica, stimolazione dei muscoli toracici e/o addominali, aritmie indotte dai cateteri, programmazione iniziale); tempestività dei controlli dei vari dispositivi; problematiche legate alla programmazione dei Pace maker; problematiche legate alla programmazione dei defibrillatori impiantabili; shock inappropriati dei defibrillatori; ruolo ed indicazione della stimolazione biventricolare nei pazienti con scompenso cardiaco refrattari

Info: piacenti@ifc.cnr.it

Pianeta donna: approccio integrato alla patologia femminile nella postmenopausa

Coordinatore Dr Silvia Maffei

Data sabato 21/10/2006

Sede Aula 28; Area della Ricerca CNR, Pisa

Rivolto a 50 medici interessati all'argomento (cardiologia, medicina generale, ginecologia, endocrinologia, medicina interna)

Costo: gratuito

Crediti: richiesti

Argomenti approccio multidisciplinare alla gestione della patologia cardiovascolare nella donna in postmenopausa. Verranno discusse le implicazioni genetiche della malattia cardiovascolare nelle donne, i fattori di rischio e i nuovi markers di malattia cardiovascolare e gli effetti delle terapie ormonali su tali fattori di rischio, la sindrome metabolica e l'obesità femminile. Particolare attenzione verrà posta alle differenze di genere nella fisiopatologia, diagnosi e terapia delle più comuni patologie cardiovascolari femminili (ipertensione, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco).

Info: maffei@ifc.cnr.it

Progetti di ricerca: richiesta di collaborazione con i MMG

Iperensione arteriosa, ipertrofia ventricolare sinistra e riserva coronarica

E' in corso uno studio sull'effetto della terapia con perindopril/indapamide (Preterax, Prelectal) per 6 mesi sulla riserva coronarica in pazienti ipertesi con ipertrofia ventricolare sinistra.

Interesse dello studio: mentre è noto che l'ipertrofia è un importante fattore di rischio cardiovascolare spesso associato ad alterazioni del microcircolo coronarico, non è chiaro se farmaci ipotensivi migliorano oltre all'ipertrofia anche il microcircolo.

Lo studio, approvato dal Comitato Etico dell'AOUP, prevede il reclutamento di pazienti ambulatoriali ipertesi "non complicati" con ipertrofia (ecocardiogramma) e l'esecuzione gratuita di esami diagnostici di uso corrente (es. ematochimici, PET [riserva coronarica con dipiridamolo] e RMN cardiaca).

Info chi è interessato e ritiene di avere pazienti idonei a cui proporre questo studio, può prendere contatto con Dr. Enza Fommei (fommei@ifc.cnr.it; 348 3962645 tra le 10:00 e le 16:00).

Rinnovo Cariche Direttive 2006-2009

Il 6 giugno u.s. si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Direttivo della nostra sezione di Pisa che rimane in carica tre anni e risulta così composto:

Past-President Lucetta Salvetti, *Presidente* Fiorella Parenti, *Vice-presidente* Gabriella Consoli, *Segretaria* Delia Tongiani, *Tesoriera* Silvia Speroni, *Consigliere* Caterina Basile, Nuccia Calderazzi, Bruna Cionini, Angela De Rosa, Giusi Marchesi, Giusi Mosca, Graziella Muratorio, Patrizia Pancani, Gabriella Sardella, Letizia Soldani.

Sono stati rinnovati anche i Collegi dei Proviviri e dei Revisori dei Conti e sono risultate elette per i primi Presidente Grazia Colizzi, Francesca Marchetti e Grazia Moggi, per i secondi Presidente Gabriella Genai, Liliana Levanti, Nincenza Paparelli.

Ho accolto con grande soddisfazione e piacere la fiducia che la sezione mi ha voluto accordare nel rieleggermi Presidente per un secondo triennio; ho inteso questa mia rielezione come un riconoscimento del lavoro e dell'impegno profusi in questi tre anni. In realtà ho avuto la fortuna di essere coadiuvata da amiche nel vecchio Di-

rettivo molto in gamba ed efficienti e tutte insieme siamo riuscite ad attuare quelle attività e i compiti che il nostro statuto prevede.

Voglio ricordare brevemente i punti salienti del nostro lavoro.

Uno dei principali obiettivi della nostra Associazione è quello dell'informazione ed educazione sanitaria. Infatti nel primo anno abbiamo iniziato con il seminario del prof Dario e collaboratori della Scuola Superiore del Sant'Anna sulla Robotica in Chirurgia e successivamente con la conferenza del prof Petrini sulle cellule staminali. Nel secondo anno abbiamo organizzato in collaborazione con vari docenti universitari il Corso sugli "Incidenti Domestici", argomento di notevole attualità anche dal punto sociale, che ha avuto risonanza anche presso alcune amministrazioni provinciali della nostra Regione Toscana.

In questo ultimo anno abbiamo svolto un Corso sulle malattie che riguardano più da vicino noi donne coinvolgendo docenti universitarie tutte donne, Corso che abbiamo intitolato "Dalle Donne per le Donne".

L'altro obiettivo principale della nostra Associazione è quello sociale, in particolare l'assistenza alle vedove e agli orfani dei sanitari.

Abbiamo continuato nella assegnazione di Premi di Studio per gli orfani dei Medici incrementando l'importo a 7.000 Euro e dal prossimo anno speriamo di arrivare a 8.000 Euro; abbiamo distribuito varie somme a Istituti cittadini e a varie iniziative sanitarie nel terzo mondo.

Inoltre quest'anno siamo riuscite a realizzare una importante e forse unica iniziativa fra tutte le sezioni AMMI italiane: donare un pulmino Doblò con tetto rialzato ad uso carrozzelle per il trasporto gratuito di disabili e anziani; è stato uno sforzo finanziario notevole che ci viene a costare circa 18.000 Euro; per motivi organizzativi della FIAT la consegna alla Associazione di volontariato si farà nel prossimo mese di ottobre.

Nella nostra attività non abbiamo trascurato le iniziative culturali e ludiche che tra l'altro sono indispensabili per la raccolta dei fondi necessari per le attività sociali.

Particolare impegno richiedono i grandi viaggi che ogni anno organizziamo a primavera: in questi tre anni abbiamo visitato la Russia, il Brasile e il Sud-Africa.

Il Direttivo è stato riconfermato per i 2/3 delle componenti; un terzo e vale a dire cinque nuove amiche sono state elette in modo da assicurare il giusto turnover nelle cariche direttive. In questo modo la nostra Associazione ha un continuo rinnovo di persone e di idee senza interferire sulla continuità delle nostre consuetudini.

L'impegno attuale è quello di programmare l'attività futura sempre nel rispetto delle linee guida fissate dallo statuto che rappresenta il patrimonio ideale della nostra Associazione; in questa programmazione penso che si dovrà tener presente una maggiore collaborazione con altre associazioni femminili e prendere in considerazione i problemi dell'infanzia e degli anziani, entrambe categorie d'età più deboli e maggiormente esposte alle difficoltà.

Ed ora auguriamoci buon lavoro!





Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farmindustria

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

ESPOSIZIONE DI NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA
di medaglia

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.*

