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:

Al via nuovi progetti per la continuità assistenziale

Enrico Desideri Direttore Generale AOUP
Antonio Delvino Direzione Sanitaria

Arbitraria la pretesa degli Odontotecnici!

Stefano Mirenghi
Presidente ANDI Toscana

Calendario e linee guida della Regione Toscana

E. Virgone, A. Celandroni, D. Senese, L. Fanelli, M. Cadoni, N. Galletti, E. Grandi, S. Bortolotto
Azienda USL 5 - Pisa

numero 26 Settembre - Ottobre 2006

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

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

CASCINA
Via Curiel, 6/8
Tel. 050 700 284

PISA
Lungarno Mediceo, 62
Tel. 050 540 063

PONTEDERA
Via Roma, 142
(di fronte all'Ospedale)
Tel. 0587 290 228

www.amplifon.it
Abilitata alle forniture con il S. S. N.

amplifon

La vita ti parla

La pagina del Direttore

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Sburocratizzare il dolore

Prescrivere morfina a scopo antalgico ad un malato terminale e metadone per la disuassefazione ad un tossicodipendente, sul piano burocratico per la legge sono procedure identiche. Il medico è tenuto, cioè, a considerarle sullo stesso piano, nel formulare la prescrizione. Ma se il medico non è un burocrate - e noi lo crediamo fermamente, respingendo con sdegno questa etichettatura - qualche riflessione istintivamente è portato a farla. Sì, perchè emblematici, e purtroppo assai distanti, appaiono i poli di tale dicotomia, etica e professionale.

In una parola se, in tema legislativo, la decisionalità del Parlamento è e rimane sovrana - e ne siamo convinti assertori - un'oggettiva regolamentazione in una materia così delicata, si impone di necessità. Si tratta, cioè, di confrontare situazioni ben diverse che trovano punto di contatto fortuito solo nella realtà pratica del ruolo di farmaci similari, non certo uguali, che vengono singolarmente impiegati.

Da sempre, a chiare lettere, è ben nota la posizione della FNOMCeO contraria alla liberalizzazione delle droghe. E su questo metro interpretativo e di principio, noi poniamo ora l'accento. Viviamo d'altra parte in prima linea, accanto a chi soffre, il nostro impegno quotidiano, rispettiamo inoltre l'identità di ciascuno ed in qualunque forma tale sofferenza si manifesti. Ma non possiamo non sottolineare come talune condizioni di salute impongano un approccio totalmente diverso sul piano clinico.

E se "clinica" rappresenta appunto il compendio di un percorso globale attorno alla persona, ci rendiamo conto, nei fatti, che la legge si dimostra tal ora inadeguata a venire incontro alle esigenze dell'individuo. E lo spirito del nostro editoriale è racchiuso dunque nel titolo: "Sburocratizziamo il dolore".

Siamo il Paese europeo a più bassa somministrazione media di oppiacei nelle terapie antalgiche, un dato che non dipende solo dal tipo di cultura e che certo può modificarsi attraverso tempi non brevi nell'ottica di allinearsi ad un'impostazione sicuramente più obiettiva e comune. Al contempo, si può comunque intervenire sul piano eminentemente legislativo, dando fattiva concretezza ad una interpretazione più funzionale e realistica dell'impronta terapeutica. In sostanza, riteniamo opportuno snellire le attuali procedure, sapendo coscientemente il fine cui si rivolge la nostra prescrizione. Diversificando in sintesi la dinamica burocratica, dimostreremo, in primo luogo a noi stessi, che saremo stati capaci di far capire alle Istituzioni come il ruolo del medico sia attento e partecipe delle esigenze peculiari del cittadino e che la parola "droga" - pur nell'ambito legislativo - non sempre riveste il medesimo significato.

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

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

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
Digiprint

Gian Ugo Berti Direttore Editoriale

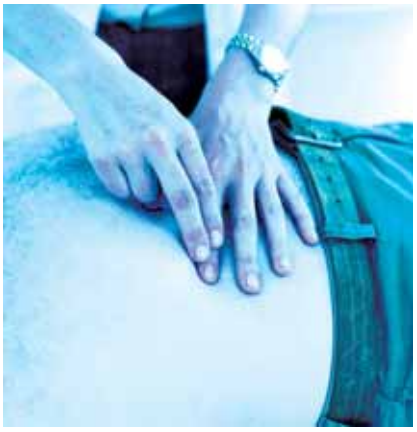
Come e quando dell'Oncologia Interventistica

Riccardo Lencioni
Professore Associato di Radiologia Dipartimento Oncologia, dei Trapianti e delle Nuove Tecnologie in Medicina
Università di Pisa

Riccardo Lencioni è membro di numerose associazioni scientifiche ed ha un ruolo attivo in vari comitati scientifici nazionali e internazionali.
Ha pubblicato oltre 100 articoli in extenso su riviste scientifiche indicizzate (impact factor complessivo di oltre 200) e 7 libri.
Ha tenuto lezioni o letture su invito ad oltre 250 Corsi o Congressi a livello nazionale e internazionale.

Professor Lencioni, cosa è l'Oncologia Interventistica?
Oncologia interventistica è il nome dato al complesso dei trattamenti, a carattere mini-invasivo, realizzati mediante posizionamento di sonde o ago-elettrodi all'interno del bersaglio tumorale, impiegando come guida una metodica per immagine, quale l'ecografia, la TC o la Risonanza Magnetica.

Quali sono le tecniche impiegate in Oncologia Interventistica?
Tra le diverse procedure mini-invasive, la termoablazione a radiofrequenza è la tecnica attualmente più consolidata nell'uso clinico.



Il trattamento di termoablazione ha l'obiettivo di ottenere la distruzione di varie tipologie di tumori solidi attraverso l'applicazione controllata di energia elettromagnetica.

In cosa consiste precisamente questo trattamento?
Viene posizionato un ago-elettrodo all'interno della neoplasia sotto la guida dell'imaging, con assoluta precisione.
Viene quindi applicata una corrente elettrica alternata proveniente da un generatore di radiofrequenza che passa tra l'ago-elettrodo ed una piastra di dispersione posta preliminarmente sulla cute del paziente.
Il campo di corrente elettrica che viene a crearsi induce una marcata agitazione degli ioni presenti nel tessuto attorno all'ago-elettrodo, che porta ad un aumento di temperatura fino ad oltre 100 gradi centigradi, determinando la morte delle cellule tumorali.

Quali sono i vantaggi di questa terapia?
La tecnica presenta numerosi vantaggi: la procedura viene eseguita in sedazione conscia, ovvero non necessita dell'anestesia generale, ed ha una durata di circa 15-20 minuti.
La guida fornita dalle metodiche d'imaging consente poi di verificare in tempo reale la riuscita o meno del trattamento ed eventualmente di ripeterlo.
Anche se, come per qualunque procedura invasiva, sono possibili complicanze, il trattamento è generalmente molto ben tollerato e

privo di effetti a livello sistemico.
É' importante però sottolineare come un utilizzo appropriato di questa tecnica può essere raggiunto soltanto quando la strategia terapeutica viene decisa da una équipe medica multidisciplinare, ed è adattata al singolo paziente ed alle caratteristiche della sua patologia.

Quali sono i tipi di tumore che è possibile trattare?
La termoablazione a radiofrequenza ha assunto oggi un ruolo importante nella gestione clinica dei tumori maligni primitivi e secondari a carico di fegato, polmone e osso.
Grazie al continuo miglioramento della tecnologia e alla maggiore esperienza clinica, sono peraltro da attendere sviluppi molto interessanti anche in altre malattie neoplastiche.
In linea generale, la tecnica è rivolta a pazienti non operabili con la chirurgia tradizionale e portatori di tumori localizzati e di piccole dimensioni.

Perché il trattamento è indicato

nei tumori del fegato?

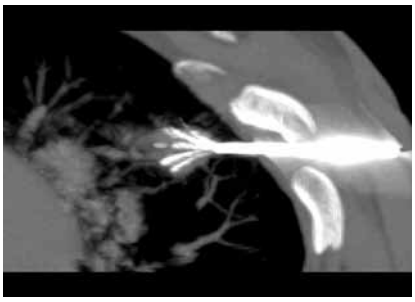
I pazienti affetti da tumore primitivo di fegato sono spesso ad alto rischio per l'intervento chirurgico data la frequente associazione del tumore con la cirrosi epatica.

Il trapianto di fegato è in realtà l'unico trattamento veramente radicale, che può far guarire sia dal tumore che dalla cirrosi, ma è un'opzione terapeutica che ha indicazioni molto precise e che non può essere applicata a tutti i pazienti.

La resezione chirurgica, che rappresenta la terapia di scelta per il tumore primitivo di fegato in pazienti non cirrotici, deve essere attentamente valutata nel paziente epatopatico al fine di ridurre il rischio di insufficienza epatica postoperatoria.

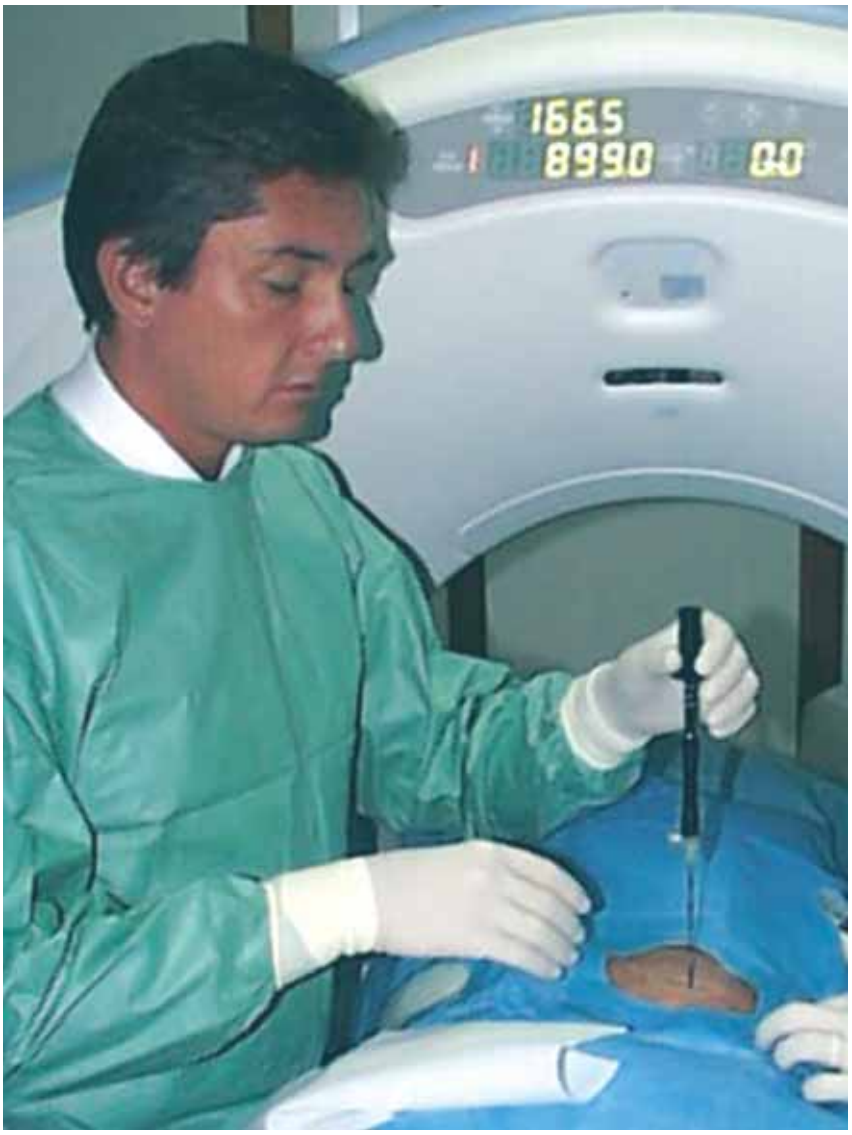
Nel paziente non eleggibile per una soluzione chirurgica, la termoablazione può permettere la distruzione locale del tumore senza alterare il fragile equilibrio funzionale epatico.

Pisa è uno dei centri di riferimento nel trattamento dei tumori del fegato, per l'eccellenza delle varie



Divisioni cliniche epatologiche e la presenza di uno dei Centri Trapianti più attivi al mondo.

La gestione clinica del paziente è affidata ad un Gruppo Oncologico Multidisciplinare che comprende la Chirurgia dei Trapianti diretta dal Prof. Franco Filipponi, le varie Divisioni di Epatologia e Gastroenterologia, le Divisioni Radiologiche, l'Anatomia Patologica e l'Oncologia Medica.



E nel caso dei tumori polmonari?

La termoablazione si sta dimostrando un'arma in più anche nella terapia del tumore primitivo del polmone, in particolare per quei pazienti che, pur avendo un tumore circoscritto, non possono essere operati chirurgicamente a causa della loro compromissione generale o respiratoria.

Devo dire che Pisa è stato il primo centro in Europa ad attivarsi nell'offrire questo trattamento, grazie agli investimenti dell'Azienda e alla spinta della Chirurgia Toracica diretta dal Prof. Alfredo Mussi.

Cosa ci riserva il futuro?

Sono sicuro che il continuo progresso tecnologico porterà a soluzioni terapeutiche sempre più efficaci e meno invasive, che consentano di combinare il miglior risultato terapeutico con la sempre maggior attenzione alla qualità della vita del paziente.

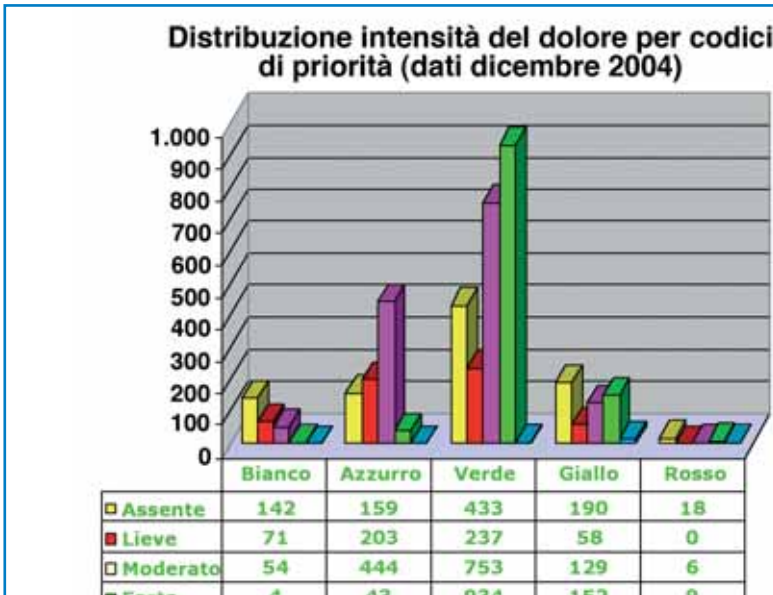
Contiamo in futuro di poter offrire una gestione clinica sempre più completa e personalizzata al paziente oncologico, che tenga conto delle nuove possibilità terapeutiche senza dimenticare quanto già consolidato e che si muova secondo protocolli condivisi a livello multidisciplinare.

G. Diricatti - F. Maggiorelli - R. Melandri - E. Orsitto DAI Emergenza-Urgenza AOUP
A. Paolicchi DAI Anestesia-Rianimazione AOUP

Triage: primo passo per il trattamento del dolore acuto

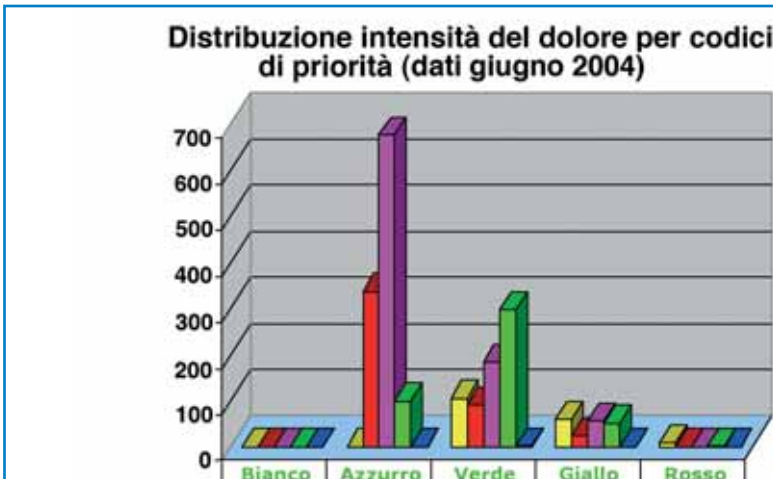
"Il triage è quell'insieme di azioni, svolte durante l'accoglienza dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, che tendono ad identificare la gravità clinica presunta e, conseguentemente, a stabilire la priorità d'intervento".

Il trattamento del dolore acuto in Pronto Soccorso non può prescindere dall'importante fase di triage: rilevazione, misurazione e registrazione del dolore.
Il triage è svolto da un infermiere alla porta del Pronto Soccorso; richiede colpo d'occhio, rapidità, esperienza, oltre ad una competenza acquisita attraverso una formazione specifica. E' la fase in cui la sola rilevazione di pochi parametri, insieme all'attenta osservazione del paziente, consente di acquisire informazioni utili per l'assegnazione di un codice di priorità.
L'osservazione del paziente permette subito di valutare l'aspetto generale, il colorito, la capacità di deambulazione, il livello di coscienza. Secondariamente, vengono raccolti i dati, innanzitutto la sintomatologia riferita dal paziente o dai suoi accompagnatori; quindi, vengono rilevati i parametri vitali: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pulsossimetria, pressione arteriosa, temperatura corporea.
E' in questa fase che viene rilevato quello che ormai è definito il sesto parametro: il dolore. Esso rappresenta talvolta il primo segnale che il nostro organismo non funziona; la sua definizione favorisce un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico.
Il dolore è, però, un sintomo e come tale risente della soggettività del paziente, rendendone più difficile, rispetto agli altri parametri, la misurazione. La rilevazione del dolore si basa, quindi, sull'uso di scale di autovalutazione; lo strumento ideale è una scala di facile applicazione, che si può utilizzare in qualunque caso, a prescindere dall'età, le condizioni psicologiche, sociali e culturali del paziente.
Le scale di rilevazione del dolore utilizzate nell'adulto sono principalmente tre:
• la scala verbale (VRS) si serve di



	Bianco	Azzurro	Verde	Giallo	Rosso
Assente	142	159	433	190	18
Lieve	71	203	237	58	0
Moderato	54	444	753	129	6
Forte	4	43	934	152	9
Atroce	0	0	6	16	3

fig. 1



	Bianco	Azzurro	Verde	Giallo	Rosso
Assente	0	0	106	60	9
Lieve	0	338	91	24	0
Moderato	0	677	184	55	1
Forte	0	100	299	52	2
Atroce	0	1	2	0	1

fig. 2

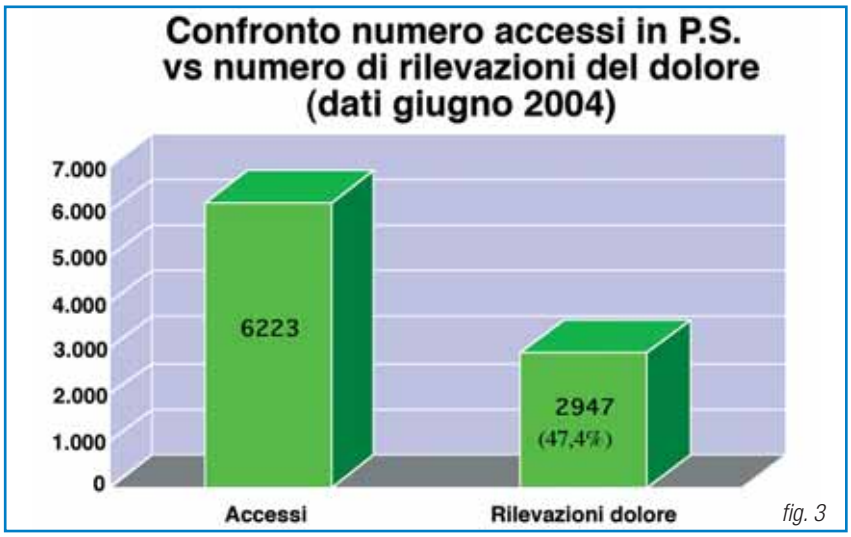


fig. 3

aggettivi per definire l'intensità del dolore (assente - lieve moderato - forte - atroce); è di facile uso, soprattutto per l'infermiere di triage;

• la scala numerica (NRS) permette di descrivere il dolore utilizzando un numero (da 0 a 10; 0 = dolore assente, 10 = il peggiore dolore possibile);

• la scala visiva (VAS) è rappresentata da una linea, marcata da 0 a 10, dove viene indicato, ad un'estremità il termine *"dolore assente"* ed all'altra il termine *"peggiore dolore possibile"*. Il paziente indica sulla linea il punto a cui corrisponde secondo lui il dolore percepito in quel momento; la distanza di quel punto dalle estremità della scala rappresenta il punteggio assegnato.

E' necessario scegliere una scala di misura, quella che si applichi più facilmente al contesto in cui si opera, e fare sì che tutti utilizzino la stessa. Dal giugno 2003 presso il Pronto Soccorso di Pisa è stato attivato un programma di registrazione dei pazienti (First Aid) che prevede una sezione curata dall'infermiere di triage, in cui, oltre al codice di priorità assegnato al singolo paziente, vengono riportati i parametri rilevati all'arrivo. Tra questi esiste una finestra per la registrazione del sesto parametro: il dolore. Abbiamo deciso di adoperare la scala VRS (dolore: assente – lieve – moderato – forte – atroce) che ci è sembrata di facile applicazione, tenuto conto soprattutto del contesto caotico in cui operiamo. Il dolore viene misurato in tutti i pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso. Naturalmente, è richiesta la collaborazione del paziente, che deve essere in grado di specificare con uno degli aggettivi indicati l'intensità del suo dolore; questo rende più difficile l'applicazione della scala verbale nei pazienti stranieri, nei bambini e negli anziani. L'intensità del dolore, quando indicato come atroce, rappresenta un criterio per l'assegnazione di un codice di priorità elevata (CODICE GIALLO) che garantisce al paziente un più rapido trattamento. Si pensi al paziente con colica renale: il dolore in questo caso è descritto come atroce, la sua

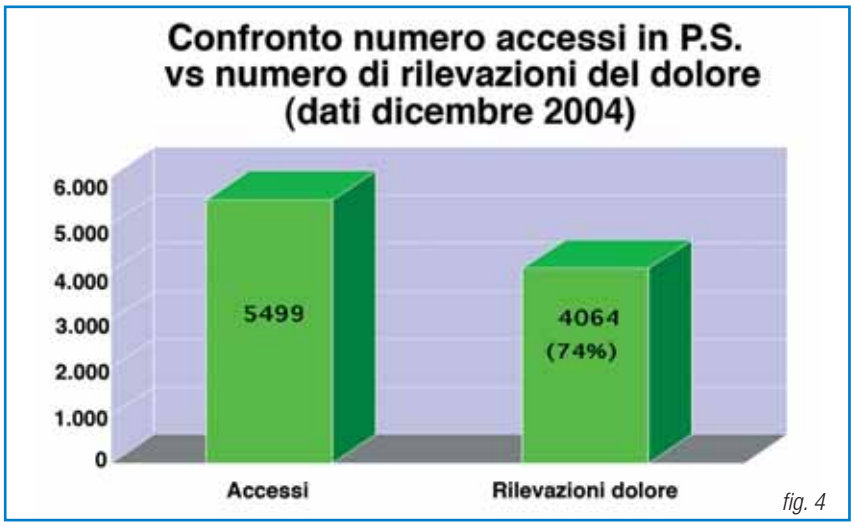


fig. 4

rapida risoluzione rappresenta un grande sollievo per il paziente e non influenza l'iter diagnostico.
Quando si inseriscono delle modifiche innovative, come l'introduzione di un nuovo parametro, queste possono essere viste come un ulteriore carico di lavoro e, pertanto, trovare resistenze da parte del personale preposto alla sua rilevazione; così è stato quando è stata inserita la pulsossimetria, ma oggi tale parametro è ormai acquisito in tutti i pazienti.
Bisogna, allora, formare il personale inculcando una cultura che sottolinei l'importanza delle innovazioni. Così, abbiamo organizzato un corso, rivolto al personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso, della durata di 4 ore, in cui venivano forniti gli strumenti per una corretta rilevazione del dolore, insieme ai princîpi generali di trattamento del dolore acuto. La scelta di riunire medici ed infermieri nello stesso evento formativo derivava dalla convinzione che le fasi, la rilevazione del dolore da parte dell'infermiere ed il successivo trattamento, atto esclusivamente medico, sono interdipendenti: non si può sistematicamente trattare il dolore se questo non viene nello stesso modo rilevato; d'altra parte, non ha alcun senso dedicare del tempo alla rilevazione del dolore se questo non viene trattato successivamente dal medico. Entrambe le figure professionali, così, non hanno più alcuna scusa per non adempiere al proprio dovere.
I risultati non sono mancati, come dimostra il confronto tra due progetti di studio sul triage del dolore acuto in Pronto Soccorso.
Nel primo studio, di tipo retrospettivo, realizzato nel periodo compreso dall'1 giugno al 30 giugno 2004, abbiamo analizzato i seguenti dati:
• intensità del dolore riferito al momento dell'accettazione del paziente, in tutte le classi (codici) di priorità;
• distribuzione del dolore, per intensità, nei vari codici colore;
• puntualità della rilevazione.
Nel secondo studio, di tipo prospettico, condotto in collaborazione con il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) dell'A.O.U.P., nel periodo compreso dal 22 novembre al 22 dicembre 2004, è stato preso in considerazione, oltre agli obiettivi dello studio precedente, quello di valutare la correlazione tra dolore rilevato ed alcune variabili (età, sesso, quadri clinici, terapia antalgica praticata).
Nel periodo compreso tra i due studi è iniziata la fase di formazione/informazione del personale.

In questa sede ci preme sottolineare alcuni aspetti dei risultati (Figg. 1 - 4):
• il maggior numero di soggetti che accusa dolore è presente nel gruppo dei CODICI VERDI;
• fra i CODICI GIALLI prevale il gruppo di soggetti che non hanno dolore, sebbene più della metà dei pazienti presenti dolore moderato/forte;
• il 45% dei pazienti presentano dolore moderato/forte, verosimilmente suscettibile di trattamento analgesico mirato.
Nelle figure 3 e 4 abbiamo riportato per ciascuno studio i dati di confronto del numero di rilevazioni del dolore rispetto al numero di accessi in Pronto Soccorso. E' interessante notare come la percentuale di rilevazioni del dolore sia decisamente aumentata nel secondo studio, quando il personale infermieristico è stato formato per la rilevazione del dolore acuto, passando dal 47,4% del primo studio al 74% del secondo studio. Bisogna tenere conto, comunque, che una percentuale delle mancate rilevazioni del dolore si riferiscono a quei pazienti che per vari motivi (conoscenza della lingua, stato neurologico, età) non sono in grado di descrivere l'intensità del proprio dolore.
Risulta evidente da quanto finora esposto l'importanza di eseguire la rilevazione e la misurazione del dolore come primo passo per il trattamento del dolore acuto in Pronto Soccorso. Una volta trattato il dolore, è necessaria una rivalutazione del paziente per verificare l'efficacia del trattamento, tale procedura deve essere eseguita al momento della dimissione del paziente o dell'eventuale ricovero.

Riteniamo che si siano fatti dei passi importanti negli ultimi anni, nella lotta al dolore nel Pronto Soccorso di Pisa ma tanto ancora c'è da fare. In particolare esiste:
• la necessità di incrementare il numero di rilevazioni del dolore (obiettivo il 100% degli accessi al pronto Soccorso);
• la necessità di una più accurata caratterizzazione del parametro dolore, per poter stabilire la valenza diagnostica, i tempi e le modalità di trattamento;
• la necessità di definire un approccio razionale al trattamento del dolore attraverso linee-guida e protocolli;
• la necessità di diffondere una cultura del dolore.

Alice Sanpaolesi de Falena Dottore CommercialistaRevisore Contabile

IRAP: davvero ultimo atto?

Solo pochi mesi fa eravamo tornati sull'argomento IRAP, poiché era imminente il deposito della sentenza della Corte di Giustizia Europea adita in merito alla legittimità dell'imposta regionale dalla Banca Popolare di Cremona contro l'Agenzia delle Entrate.
In quella sede, avevamo ripercorso l'estenuante cammino "tributario" del contribuente convinto di non essere nel novero degli obbligati, che aveva perciò presentato istanza all'Agenzia delle Entrate, e quindi ricorso in Commissione Tri-butaria per ogni anno di applicazione dell'imposta.
Detto contribuente aveva successivamente presentato una nuova e più completa istanza di rimborso tenuto conto della presunta incompatibilità dell'Irap con la VI Direttiva Cee, inviando il plico questa volta non solo all'Agenzia delle Entrate ma anche alla Regione.
In quello stesso articolo si riportava l'opinione del Dipartimento per le Politiche Fiscali del Ministero dell'Economia, secondo il quale sarebbero stati rimborsati i contribuenti che avevano proposto il ricorso entro il 24 Giugno 2004, mentre l'Avvocato della Corte Lussemburghese riteneva che per avere diritto al rimborso sarebbe stato sufficiente che i contribuenti avessero proposto ricorso entro il 17 Marzo 2005.
Insomma, si parlava già di suddividere i soggetti ai quali restituire l'Irap tra i "tempestivi" e gli "intempestivi", ma sembrava fatta.
Niente di tutto questo.
La Corte di Giustizia Europea, dopo essere giunta per ben due volte, con due diversi avvocati Generali (Christine Stix-Hackl e Francis Jacob) a concludere per la sostanziale equipollenza dell'Irap con l'Iva (e quindi con l'illegittimità dell'Irap), il 3 Ottobre scorso ha sentenziato che le due imposte non sono equivalenti e perciò l'Irap è legittima e non contrasta con il diritto comunitario.
Conseguentemente nessun diritto al rimborso "automatico" per i 141 mila ricorsi presentati dai contribuenti, e un risparmio di circa 30 miliardi di euro all'anno per le casse dello Stato.
Però, se da una parte la possibilità di vedersi rimborsare in seguito alla sentenza della Corte Europea è svanita, per i professionisti resta ancora la possibilità di procedere con il contenzioso qualora siano privi di "organizzazione". I lavoratori autonomi in questione dovranno dimostrare di utilizzare nell'esercizio dell'attività beni strumentali di scarso valore e la natura prettamente personale della prestazione svolta nell'espletamento dell'attività.
Da tener presente che il risultato non è scontato poiché le Commissioni Tributarie dovranno vagliare caso per caso il diritto del contribuente ad essere escluso dall'imposta, né è noto l'orientamento della Suprema Corte di Cassazione poiché tutti i ricorsi giunti in materia di Irap erano stati sospesi in attesa della sentenza comunitaria.

Ma anche questo nodo sta per sciogliersi poiché la Corte di Cassazione ha fissato per i primi giorni di febbraio 2007 un'udienza nella quale verranno discussi molti dei ricorsi pendenti in materia Irap. Senza dubbio dalla sentenza si avranno indicazioni su quali siano i requisiti necessari, secondo la Cassazione, per avere diritto alla restituzione dell'imposta. (Il Sole 24 Ore del 4 e 5 Ottobre 2006).

E. Virgone - A. Celandroni - D. Senese - L. Fanelli - M. Cadoni - N. Galletti - E. Grandi - S. Bortolotto
Azienda USL 5 - Pisa

Calendario e linee guida della Regione Toscana

Le vaccinazioni sono tra gli interventi di Sanità Pubblica più efficaci a disposizione. Insieme alla disponibilità di acqua non contaminata, quella di vaccini efficaci e sicuri ha fornito il massimo contributo in termini di miglioramento dello stato generale di salute della popolazione.
La ricerca scientifica nel campo delle vaccinazioni è ricca di continue innovazioni sia per quanto riguarda la ricerca di base che i suoi risvolti applicativi.
Negli ultimi anni si sono resi disponibili vaccini in grado di prevenire patologie che precedentemente non avevano possibilità di immunizzazione, in particolare sono stati introdotti vaccini polisaccaridici coniugati con proteine, quali il vaccino antimeningococco C ed il vaccino antipneumococco eptavalente, che consentono l'immunizzazione di bambini di età inferiore a 2 anni.
La disponibilità di nuovi vaccini non deve tuttavia far passare in secondo piano il mantenimento dei risultati già raggiunti o in fase di consolidamento per le vaccinazioni storiche, che sono sempre una priorità in Sanità Pubblica e trovano in questo momento difficoltà di applicazione in quanto sta cambiando la percezione del rischio da parte della popolazione.
Le vaccinazioni sono infatti vittime del loro stesso successo, tanto più le campagne di vaccinazioni risultano efficaci tanto più si allontana dalla popolazione la percezione del rischio di malattia, mentre aumenta quello degli effetti collaterali conseguenti a vaccinazione, eventi che risultano comunque a livello molto basso.
Anche la visione della vaccinazione come obbligo di stato, come fatto dovuto e non come diritto, ha di fatto penalizzato la loro adeguata valorizzazione ed insieme a problemi di comunicazione ha contribuito a generare una diffusa diffidenza verso questo intervento preventivo, per cui non consente di fatto di inquadrare il reale problema, quello delle malattie e delle loro conseguenze che grazie alle vaccinazioni sono state evitate.
La Regione Toscana con la Deliberazione GRT n°1249 del 24.11.03 ha introdotto il *"Calendario delle vaccinazioni della Regione Toscana e linee guida per l'applicazione del Calendario"*, nel corso dell'anno 2005 sono tuttavia subentrate modifiche a questo Calendario in relazione alla modifica che ha subito il calendario della vaccinazione antipoliomielitica (Decreto Ministero Salute 15.07.05) ed all'approvazione della Deliberazione GRT n° 379 del 07.03.05 con cui è stata introdotta nel suddetto calendario la vaccinazione antimeningococco C.
Al fine di rendere quanto più uniforme lo svolgimento delle attività di vaccinazione e fornire una guida operativa per tutti coloro che ad ogni livello si occupano di vaccinazioni, il Gruppo di lavoro"Attività vaccinali" presente all'interno della ASL 5 e composto da medici igienisti e pediatri, ha elaborato un documento che recepisce le diverse

AGGIORNAMENTO DEL CALENDARIO DELLE VACCINAZIONI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

TIPO DI VACCINO	PERIODO DI SOMMINISTRAZIONE					
	3° mese (60-90 giorni)	5° mese	11 - 12° mese	13° mese - 15° mese	5° - 6° anno	14° - 15° anno
DTP	DTP Dose 1	DTP Dose 2	DTP Dose 3		DTP Dose 4	DTP Richiamo
ANTIPOLIO	IPV Dose 1	IPV Dose 2	IPV Dose 3		IPV Dose 4	
EPATITE B	Epatite B Dose 1	Epatite B Dose 2	Epatite B Dose 3			
Hib	Hib Dose 1	Hib Dose 2	Hib Dose 3			
MPR				MPR Dose 1	MPR Dose 2	
VARICELLA						Varicella **
MENINGO-COCCO C	Men C Dose 1	Men C Dose 2		Men C Dose 3	Men C* Dose unica	

DTP: vaccinazione antidifto-tetano-pertussica acellulare iniettabile - inattivato
MPR: vaccinazione antimorbillo - parotite - rosolia
tetanico - pertossica per adulti
Hib: vaccinazione anti-Haemophilus influenzae b

IPV: vaccino antipoliomielitico

dTP: vaccinazione antidifto

* Meningococco C in unica dose se non eseguito precedentemente
** Varicella: due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra

modifiche apportate recentemente al calendario regionale delle vaccinazioni.
Secondo quanto previsto dalla normativa vigente il vaccino antimeningococco C *è gratuito per i bambini da 0 a 6 anni di vita, come del resto tutte le altre vaccinazioni eseguite in conformità del calendario vaccinale della Regione Toscana.*

Per i nuovi nati: la prima somministrazione di vaccino per il meningococco C è prevista al 3° mese di vita, la seconda al 5° mese di vita e la dose booster dopo il compimento del 1° anno (all'età di 13-15 mesi). Non sono segnalati in letteratura dati che controindichino la somministrazione simultanea del vaccino esavalente ed antimeningococco C, pertanto, pur in attesa della pubblicazione di dati definitivi sull'associazione dei due tipi di vaccini, si ritiene di indicare la somministrazione delle prime due dosi di vaccino meningococco C o simultaneamente ai vaccini esavalenti o separatamente a qualsiasi distanza di tempo. La terza dose può essere somministrata dopo il compimento dell'anno, anche simultaneamente al vaccino MPR o al vaccino esavalente (qualora la somministrazione della terza dose di quest'ultimo sia eseguita dopo il compimento dell'anno).

Per i bambini da 1 a 6 anni di vita: per raggiungere una rapida immunizzazione delle prime sei coorti di età, negli anni 2005-2006, saranno effettuate azioni di recupero sfruttando tutte le occasioni opportune, in particolare al momento della somministrazione della 4° dose DTP-IPV. Si prevede un'unica dose dopo il compimento del 1° anno di età.

La vaccinazione antimeningococco C è inoltre effettuata gratuitamente (su richiesta del pediatra di famiglia/medico di medicina generale) ai soggetti di qualsiasi età appartenenti alle categorie ad elevato rischio di infezione invasiva meningococcica, che presentino le condizioni di seguito riportate:

- talassemia e anemia falciforme;
- asplenia funzionale e anatomica;
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi);
- diabete mellito tipo 1;
- insufficienza renale con creatinina clearance <30 ml/min;
- infezione da HIV;
- immunodeficienze congenite;
- malattie cardiovascolari croniche gravi;
- malattie epatiche croniche gravi;
- perdita di liquido cerebrospinale;
- difetti congeniti del complemento e dei recettori Toll-like;
- situazione epidemiologica ad alto rischio di infezione su valutazione della UF Igiene Pubblica.

Per i bambini sopra i 6 anni di vita e gli adulti non appartenenti a categorie sopraspecificate, la vaccinazione per il meningococco C viene eseguita su prescrizione del pediatra di famiglia/medico di medicina generale con una compartecipazione alla spesa secondo quanto previsto dal vigente tariffario.

La vaccinazione antipneumococcica viene effettuata gratuitamente, su richiesta del pediatra di famiglia, ai bambini di età inferiore a 5 anni che presentino le seguenti condizioni:

- talassemia ed anemia falciforme;
- asplenia funzionale ed anatomca;
- condizioni associate ad immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi);
- diabete mellito;
- insufficienza renale e sindrome nefrosica;
- infezione da HIV;
- immunodeficienze congenite;
- malattie cardiovascolari croniche;
- malattie epatiche croniche;
- broncopneumopatie croniche compresa l'asma grave cronica e la fibrosi cistica;
- soggetti con impianti cocleari;
- altre condizioni che espongano ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco;
- perdita di liquido cerebrospinale.

Per i soggetti non appartenenti alle categorie sopraspecificate, la vaccinazione antipneumococcica viene eseguita su prescrizione del pediatra di famiglia con una compartecipazione alla spesa secondo quanto previsto dal vigente tariffario. Per coloro che iniziano il ciclo nel corso del 1° anno di vita sono previste 3 dosi (1° a 3-4 mesi; 2° a 5-6 mesi – a 8 settimane di distanza dalla 1°- 3° a 13-16 mesi – a 6 mesi di distanza dalla 2°); per i bambini tra 12 e 24 mesi sono previste due dosi a distanza di 2 mesi l'una dall'altra; sopra i 24 mesi è prevista una sola dose.

La vaccinazione antipneumococcica deve essere somministrata a distanza di dieci giorni dalle vaccinazioni antimeningococcica ed esavalente.

La vaccinazione contro l'epatite A viene offerta gratuitamente a tutti i bambini che si recano per turismo, studio, visita ai parenti, nei paesi ad alta endemia (Africa, America del sud, Medio Oriente, Asia del sud) al fine di evitare sia il rischio di contrarre infezioni durante il soggiorno, che il contagio di altri soggetti dopo il ritorno; in caso di epidemia la vaccinazione sarà offerta gratuitamente ai soggetti esposti ed ai loro contatti in base alle valutazioni effettuate dalla UF Igiene e Sanità Pubblica.

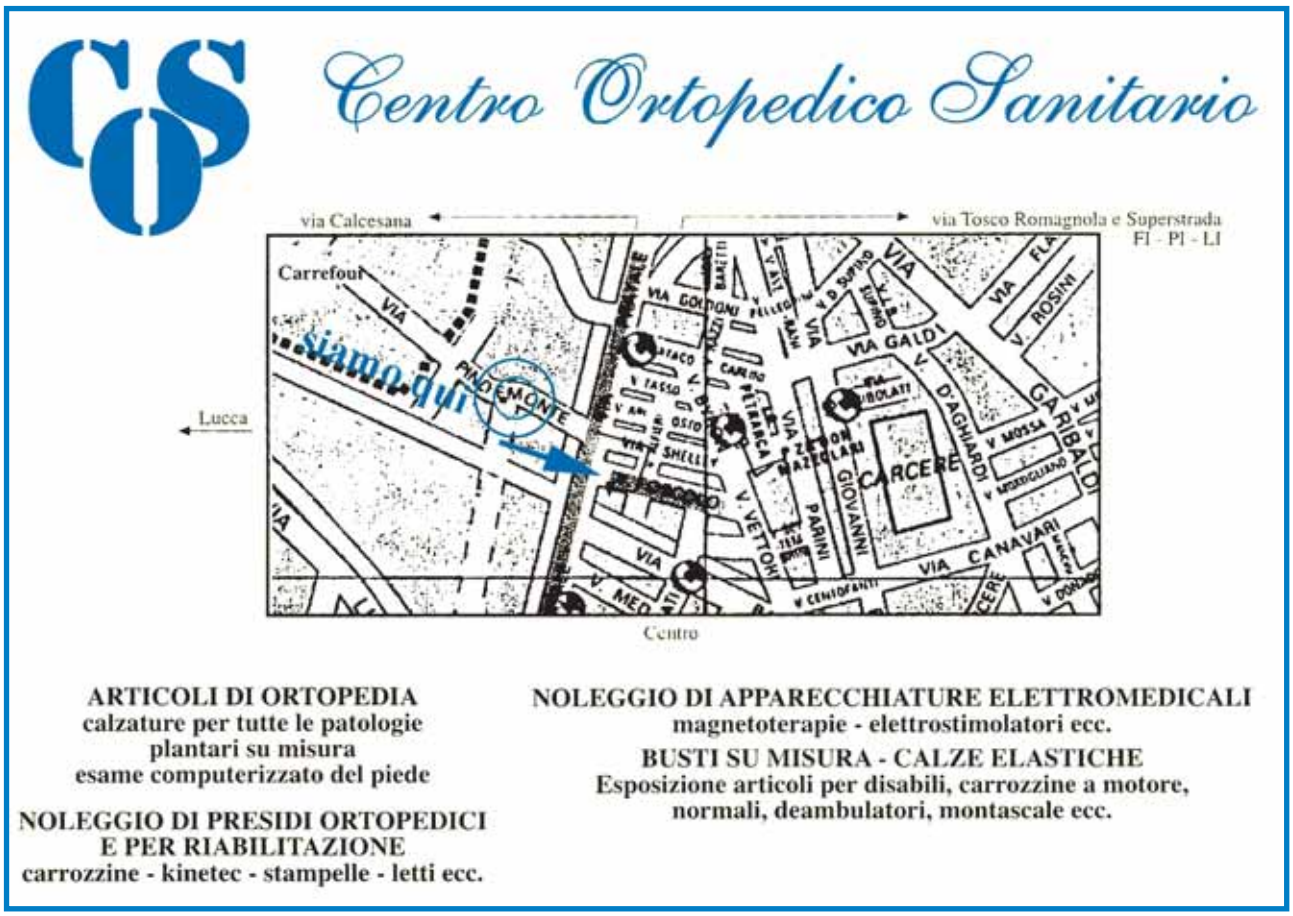
La vaccinazione antivaricella viene offerta gratuitamente, su richiesta del pediatra di famiglia/medico di medicina generale, ai seguenti soggetti a rischio:

- soggetti senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio: leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica e trapianti renali, persone con infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una proporzione di CD4>25%;
- soggetti suscettibili che vivono con persone immunodepresse

quali: persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possono alterare i meccanismi immunitari (leucemie, linfomi, neoplasie che interessano il midollo osseo o il sistema linfatico), con deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia o disgammaglobulinemia o in trattamento immunosoppressore di lunga durata; si ricorda che i vaccinati dovranno evitare il contatto con il soggetto immunodepresso per almeno un mese dopo la vaccinazione; nelle donne in età fertile senza precedenti di varicella, la vaccinazione va praticata procrastinando la possibilità di intraprendere la gravidanza per tre mesi.

La vaccinazione viene effettuata gratuitamente ai suscettibili nel quattordicesimo anno di età su indicazione del medico di medicina generale/ pediatra di famiglia.

Allo stato attuale non è prevista la vaccinazione universale per i nuovi nati.



Maria Grazia Petronio Referente ISDE per la Provincia di Pisa

Costituita a Pisa l'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente

L'*AIMPA* è una Associazione apartitica nata per diffondere le conoscenze in campo ecologico e promuovere l'organizzazione di iniziative finalizzate alla protezione ambientale.
Costituita prevalentemente da medici e operatori sanitari, si occupa della tutela della salute umana in rapporto ai problemi generati dal degrado ambientale.
Svolge un ruolo di coordinamento tra mondo della ricerca scientifica e tecnici che si occupano di salute e ambiente, per una corretta diffusione delle relative conoscenze alla popolazione.
In base alle sue caratteristiche istituzionali può assumere un ruolo di interfaccia tra mondo scientifico e le realtà politico-amministrative.

In particolare si propone di:
- Informare e coinvolgere, sulle problematiche ambientali, i pazienti, i colleghi, gli studenti, gli insegnanti, la popolazione;
- Collaborare con le altre associazioni ambientaliste;
- Influenzare direttamente e indirettamente i politici e le istituzioni pubbliche sui problemi ambientali, eventualmente agendo a livello legale nei confronti degli Enti e soggetti inadempienti;
- Avere una solida base culturale e scientifica sui problemi ambientali promuovendo corsi di formazione e convegni di studio ed espletando ricerche.

Fondata ad Arezzo il 24 Gennaio 1989 è presente su tutto il territorio nazionale, conta oltre 4.200 iscritti ed è membro fondatore dell'International Society of Doctors for the Environment - ISDE, unica organizzazione del suo genere riconosciuta dall'ONU.
In Toscana si sono costituite, al momento, le sezioni di Firenze, Grosseto, Massa Carrara ed Arezzo.

In 90 paesi del mondo oltre 40.000 medici ne condividono le tesi e gli scopi. Contatti e sforzi cooperativi vengono sollecitati ed avviati con organizzazioni internazionali come l'ONU, la UE, l'UNEP, l'UNESCO, la WONCA, il GEF, nonché le ONG, per sostenere progetti di rilevanza internazionale, collegando i gruppi nazionali che lavorano su progetti locali.
Tra le iniziative svolte dall'*AIMPA* ci sono vari convegni internazionali tra cui ***"Inquinamento e Salute"*** in seguito al quale è stata promossa la realizzazione della "Cartella Medica per Medici Generali orientata per problemi ambientali"; ***"Ruolo del Medico di Medicina Generale per la Protezione dell'Ambiente"***.

L'*AIMPA* ha realizzato diverse iniziative e campagne di promozione tra cui "Il Medico per l'Ambiente" con il patrocinio della FNOMM, OMS ed UNESCO, "La riduzione della mortalità evitabile nelle città capoluogo di provincia"; "La scuola per una città sana e sostenibile"; "Campagna per il diritto del bambino a non essere inquinato".
A Pisa già da alcuni anni opera un referente provinciale dell'Associazione e diversi colleghi sarebbero interessati a costituire una sezione provinciale. Vi invitiamo, pertanto a partecipare ad un incontro presso l'Ordine dei medici il 18/12/06 ore 21.

Enrico Desideri Direttore Generale AOUP **Antonio Delvino** Direzione Sanitaria AOUP

Al via nuovi progetti per la continuità assistenziale

In questi giorni si è approvata la Legge Finanziaria e, come ogni anno, si è tornati a parlare di razionalizzazione della spesa e di appropriatezza delle prestazioni.
A queste sollecitazioni le Regioni hanno dimostrato di voler rispondere con consapevolezza della situazione economica e con la volontà di affrontare anche alcuni nodi, più strutturali, per il funzionamento efficiente del sistema e il governo della spesa sanitaria.
La nostra regione già da anni ha pianificato la riqualificazione dei presidi, degli investimenti per l'innovazione e la ricerca di equilibrio economico-finanziario, ad oggi associando rigore, ad esempio combattendo il consumismo farmaceutico, con la garanzia di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea), cosa che non è successa in altre realtà.
Vi è però ancora molto da migliorare e i problemi o le criticità sono ancora presenti ed evidenti sui nostri tavoli, tanto da fungere da guida, da metrica progettuale per le azioni di governo sia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria sia della rete specialistica fra le aziende sanitarie costituenti l'Area Vasta Nord Ovest.

Il rapporto fra ospedale e territorio

La necessità di una osmosi sinergica fra ospedale e territorio è certo uno degli aspetti centrali di qualunque pianificazione sanitaria.
Al nodo del rapporto fra ospedale e territorio si giunge inevitabilmente sia ragionando nell'ottica di migliorare l'assistenza territoriale (come accade, giustamente, nell'ambito della Società della Salute) sia in premessa ad ogni analisi che viene compiuta in Area Vasta (nonostante che al Comitato dei direttori generali di Area Vasta sia prioritariamente richiesto di programmare le sole attività specialistiche).

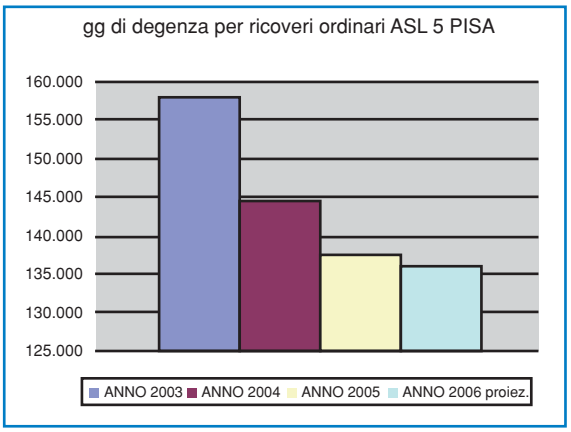
Se ne parla, dunque, tanto e da tanto… e finalmente qualche risultato c'è! Iniziamo con alcuni fatti:

L'Aoup e l'Asl 5 hanno attivato un progetto sulle tematiche della continuità assistenziale, con un corso formativo apposito con il Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna che ha coinvolto gli operatori dei distretti dell'Asl 5 e di quattro Unità operative dell'AOUP (oncologia, pneumologia, medicina IV e fisiopatologia respiratoria).
Gli operatori hanno esposto le fasi di maggiore criticità dei percorsi selezionati, in termini di continuità assistenziale e capacità di presa in carico dei pazienti. Passo successivo è stato fare il punto sul cosiddetto "stato dell'arte", ossia le delibere, i protocolli e le buone pratiche già esistenti sulla materia per sapere da quali basi partire per ridefinire i percorsi. Infine agli operatori è stato chiesto di individuare una serie di azioni per tracciare una strada comune di miglioramento gestionale del percorso assistenziale (ospedale-territorio). Così, ad esempio, è stato individuato il percorso-tipo della dimissione di un paziente broncopneumopatico che necessita, per l'assistenza domiciliare, di presidi sanitari come il ventilatore, l'aspiratore e il filtro.
Ebbene, è stato tracciato un iter che parte dall'impegnativa del medico di reparto, il quale compila il foglio di dimissione con la richiesta dei presidi usati in reparto. Dalla richiesta parte il fax, che arriva direttamente alla ditta fornitrice che invia in prestito il materiale al domicilio del paziente.
L'altro percorso possibile prevede l'esistenza di un magazzino dotato dei presidi sanitari (ausili e protesi): in quel caso il medico di reparto compila l'impegnativa da consegnare al care-giver (colui che accudisce il malato), che si reca così presso l'ufficio protesi, si avvia la pratica dell'assegnazione del materiale già testato sul paziente e, in 15-20 giorni il materiale arriva a casa (può essere tenuto per un anno, dal momento in cui il paziente viene inserito nell'Adi).
Il progetto con la Scuola Sant'Anna prevede l'applicazione al livello aziendale dei risultati ottenuti attraverso la condivisione delle scelte e il contributo organizzativo della Società della Salute e dei medici di medicina generale.

Intanto Aoup e Asl 5 già dall'estate scorsa hanno avviato un progetto sperimentale di continuità assistenziale (durata: un anno) per la dimissione programmata di pazienti "fragili" (vale a dire: anziani con patologie croniche dell'apparato respiratorio o del sistema osteomuscolare, ammalati di cancro allo stadio terminale, già stabilizzati con un ciclo di diagnosi e terapia di 7-8 giorni) per proseguire l'assistenza di tipo socio-sanitario fuori dalle strutture dell'AOUP (nell'ospedale di comunità di Navacchio, nelle Rsa, nelle case-famiglia o nelle stesse abitazioni dei pazienti).
I costi dell'operazione saranno parzialmente rimborsati alla Asl (fino a un tetto massimo di 334 mila euro) dalla stessa AOUP, che trae un vantaggio economico nel risparmio

connesso con il mancato prolungamento inappropriato della degenza.
Alcuni numeri: nel 2005, su un totale di 28.994 pazienti (residenti nel territorio di competenza dell'Asl 5) ricoverati negli ospedali dell'AOUP, in 388 sono stati "segnalati" attraverso una precisa procedura condivisa fra i sanitari delle due aziende.
Di questi, 230 sono stati presi in carico con cure "domiciliari", 130 ricoverati all'ospedale di comunità (per un impegno economico pari a 403 mila euro), 27 nelle Rsa e 1 in una casa famiglia. La convenzione prevede che il reparto dell'AOUP dove è ricoverato il paziente compili una scheda di dimissione programmata, che viene trasmessa al Punto unico di accesso dell'Asl 5 in piazza Toniolo per attivare il servizio di assistenza domiciliare (previo contatto con il medico di famiglia).
Viene attivato un incontro fra il personale sanitario dell'AOUP che ha seguito il paziente e gli operatori dell'Asl 5 (o i familiari stessi, i caregivers): viene redatta una cartella con i bisogni socio-assistenziali della persona in dimissione, in base ai quali se ne decide la destinazione futura e gli interventi di tipo domiciliare da attivare.

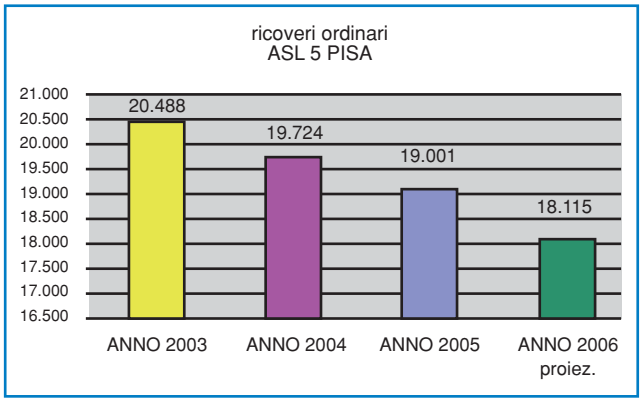
Ecco di seguito due tabelle sui ricoveri ordinari e sulla loro durata media dal 2003 al 2006.
Resta però, ancora molto da fare! Nondimeno considero utile iniziare affrontando solo due aspetti, a mio avviso di grande importanza, intorno ai quali si riflettono gran parte delle questioni relative alla continuità assistenziale:



1. l'accesso tempestivo ed appropriato alle prestazioni specialistiche
2. il passaggio di responsabilità e di informazioni dall'ospedale al sistema assistenziale primario.

Per *l'accesso alle prestazioni specialistiche* un primo risultato sarà raggiunto con l'attivazione, in corso in questi giorni, del "Sovracup di Area Vasta", ancora parziale e in fase sperimentale.

Di fatto, ad oggi, possiamo solo tentare un primo "prudente" giudizio sull'unificazione dei 2 Cup (dell'AOUP e della Asl 5 di Pisa), ormai in essere da alcuni mesi.
Prescindendo dalla questione delle liste di attesa, problema che dovremmo esaminare noi medici per primi, tenendo conto dei suoi riflessi sulla tempestività delle cure (piuttosto che lasciare che divenga facile occasione di scandalo per una certa stampa…), l'accesso alle prestazioni specialistiche è il primo fondamentale tassello sul quale si basa la possibilità di interscambio fra i due sistemi rappresentati dalla relazione "fra pari" dei due professionisti, il medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta) e lo specialista (ospedaliero e, meno frequentemente, territoriale).
Siamo convinti credo tutti che, come asserito da più parti, l'accesso ad esempio alla diagnostica strumentale è gravato da un tasso di inappropriatezza che, in taluni casi, raggiunge il 50%, ma è anche vero che studi elaborati e pubblicati dalle stesse società scientifiche nazionali dimostrano che solo assicurando in tempi ragionevoli la prima visita specialistica, la richiesta di esami strumentali risulta meglio orientata verso criteri di qualità ed appropriatezza!



Corretta, quindi, la strada imboccata nella nostra regione che, a fronte di una difficoltà del sistema ad affrontare una domanda sempre crescente, ha individuato per 7 visite specialistiche l'obiettivo di mantenere i tempi di accesso entro i 15 giorni. Le 7 visite prescelte rappresentano, infatti, circa il 65% del totale delle visite specialistiche e, pur nella riconosciuta necessità che il quadrante dell'offerta "veloce" venga allargato, assicurano intanto un utile strumento per soddisfare una buona parte delle aspettative dell'utenza; senza più imboccare la strada dell'inseguimento della domanda, strada che rischia di portarci lontano dagli obiettivi di qualità e appropriatezza (e di equilibrio economico) che ci siamo dati!

Prima di concludere queste poche riflessioni sull'accesso, voglio ricordare agli specialisti e ai medici di medicina generale che, quanto più si è chiari nel quesito clinico e nella risposta allo stesso, tanto meno si rischiano errori diagnostico-terapeutici e sprechi.

Il tema della *dimissione ospedaliera* e della opportunità che questa avvenga senza frettolosità né ritardo è, poi, questione che investe l'intero sistema: l'ospedale, perché la risorsa "posto letto libero" costituisce l'asse della sua operatività, il territorio, perché la sua capacità di farsi carico di un malato che ha

superato la fase acuta è banco di prova e misura della sua autorevolezza nel sistema e per il sistema.
Chiunque abbia visitato o conosca i sistemi sanitari oltreoceano, può confermare che sia in Usa piuttosto che in Canada i grandi ospedali riescono ad avere la nostra stessa casistica con quasi la metà dei posti letto!
Difatti la degenza media da loro si aggira intorno ai 4 giorni (a fronte dei nostri 7,5 e oltre) e l'intera équipe, che ha preso in carico il paziente, sin dal giorno del ricovero lavora per organizzare la sua dimissione sicura e appropriata migliorando addirittura gli *outcomes* di salute!

Il territorio dispone (spesso sarebbe meglio dire: dovrebbe disporre) di una potenzialità strutturale straordinaria che solo da pochi anni sta meglio emergendo, ma che ancora necessita di essere potenziata. Vediamola.
L'Adi (assistenza domiciliare integrata), da non confondere con l'Adp (assistenza domiciliare primaria), costituisce, lo sappiamo, la prima risposta per i pazienti anziani o con gravi patologie cronico-degenerative. Essa investe, in modo multiprofessionale, tutti i protagonisti del sistema dedicato all'assistenza primaria (medico di famiglia, infermiere e medico del distretto, psicologo, tecnico della riabilitazione etc..etc..) e, quando possibile attuarla, migliora l'*outcome* riducendo la spesa rispetto al ricovero ospedaliero.
Vi è, poi, la rete delle strutture intermedie (Rsa temporanee, residenze per la riabilitazione estensiva, ospedale di comunità, albergo sanitario) che, ove manchino le condizioni – soprattutto familiari – per garantire l'Adi, può essere di grande aiuto, ricollocandovi ovviamente risorse (ne bastano meno) prima impegnate nell'assistenza ospedaliera.

Come si vede, non credo che l'intero sistema debba essere rivisto ma ritengo sia necessario impegnare la nostra organizzazione nel campo dell'assistenza primaria, anche sostenendo, con l'aiuto sempre insostituibile del volontariato, le famiglie che accolgono il proprio familiare a casa, per permettere il completamento delle cure.
Infine, c'è una precondizione perché il sistema si evolva a favore dei bisogni assistenziali: la condivisione dei professionisti coinvolti.
Essa riveste una grande importanza ogni qualvolta si ritiene strategico che, piuttosto che calare le decisioni dall'alto, queste vengono governate dagli stessi protagonisti, gli *opinion leaders* del sistema.
Per questo voglio concludere ringraziando il presidente dell'Ordine, il Comitato scientifico e la redazione di PisaMedica per la scelta di dedicare uno spazio stabile a questo argomento, dimostrando una illuminata visione della sanità, augurandomi che il mio piccolo contributo sia seguito da ben più competenti voci in materia.

Segreteria Ordine dei Medici di Pisa

Migliorare comunicando

L'evoluzione del mondo della comunicazione, il continuo susseguirsi di novità riguardanti la professione medica e, soprattutto, la necessità di fornire informazioni efficaci e mirate a tutti gli iscritti rappresentano una sfida alla quale l'Ordine dei Medici sente di dover rispondere in maniera sempre più appropriata.

In questa prospettiva si inserisce il questionario riportato nella pagina: ogni iscritto è invitato a compilarlo in tutte le sue parti e a farlo pervenire all'Ordine, in modo da poter raccogliere il maggior numero possibile di informazioni utili ad ottimizzare i flussi di comunicazione.

Una volta raccolti i dati, nel rispetto della normativa sulla privacy, sarà possibile inviare e-mail, SMS e lettere, differenziate e mirate secondo variabili quali la professione, le fasce di età, le aree di interesse etc. e fornire le informazioni necessarie alle istituzioni e agli Enti che ne facciano richiesta.

Compilare il presente modulo ed inviarlo in busta chiusa a:
Ordine dei Medici - Via Battelli, 5 - 56127 Pisa
fax: 050973463

Informazioni generali	
Nome	Cognome
Data di nascita	Codice Fiscale

Iscrizione Albo		
Medici	Odontoiatri	Medici e Odontoiatri

Recapiti		
Tel. Abitazione	E-mail	
Cellulare	Tel. Lavoro	Fax
Indirizzo Residenza		
Indirizzo principale lavoro		

Occupazione

Medico/Odontoiatra Libero Professionista Settore di attività	☐
Medico di Medicina Generale	☐
Medico Pediatra convenzionato SSN	☐
Medico convenzionato esterno SSN	☐
Medico Odontoiatra Specialista Ambulatoriale	☐
Medico di Continuità Assistenziale	☐
Medico di Emergenza Sanitaria territoriale	☐
Medico/Odontoiatra ospedaliero U.O.	☐
Medico/Odontoiatra universitario Dipartimento	☐
Medico/Odontoiatra dipendente ente pubblico	☐
Medico/Odontoiatra dipendente ente privato	☐
Medico/Odontoiatra in pensione	☐
Altro (specificare)	☐

Specializzazioni*	Università	Data	Voto

*Per l'aggiornamento della specializzazione è necessario allegare un certificato di specializzazione o una dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Sono interessato a ricevere informazioni su						
☐ E.N.P.A.M.	☐ Leggi & fisco					
☐ Corsi e convegni	☐ ONAOSI					
☐ Concorsi						

Data ..... Firma .....

Allego fotocopia della carta di identità

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96

Franco Pancani Presidente Commissione Albo Odontoiatri

Gli ambiti di competenza professionale vanno rispettati!

Il tema prevalente di queste pagine odontoiatriche nel presente numero di PisaMedica è **il profilo dell'odontotecnico**.
Il tutto è dovuto al nuovo tentativo, portato avanti da associazioni odontotecniche, di espandere le loro competenze dal laboratorio all'interno dello studio odontoiatrico fin dentro la bocca del paziente.
Questo tentativo coinvolge gli Ordini per quanto di loro competenza e le associazioni sindacali.

Gli Ordini che tutelano la salute della collettività ed il livello qualitativo ed etico degli iscritti, i sindacati in difesa di colleghi, particolarmente i giovani, già colpiti dalla pletora, che purtroppo spesso spinge al basso il livello delle prestazioni e talora anche il livello deontologico.
La minaccia degli odontotecnici questa volta, dopo un precedente fallimento a livello nazionale, si manifesta proprio nella nostra Regione Toscana.
Il motivo per cui noi odontoiatri ne parliamo in queste pagine è perché vogliamo rendere partecipi del pericolo in corso non solo i dirigenti ma tutti gli iscritti all'Ordine.
Oggi sono in prima linea gli odontoiatri, domani potranno esserlo gli oculisti, e poi altri ancora.

Detto con breve approssimazione è come se il fabbricante di protesi articolari volesse legalmente entrare in sala operatoria e contribuire materialmente all'inserimento del suo manufatto nel corpo dell'operato. Quindi è necessario essere tutti uniti non certo per corporativismo, ma per salvaguardare fermamente la salute dei nostri pazienti e della collettività, il livello qualitativo e l'etica delle nostre prestazioni, da questi assalti alla diligenza.
Detto ciò ho il piacere di introdurre un articolo di Stefano Mirenghi, Presidente del Dipartimento Regionale ANDI della Toscana ed al tempo stesso unisco il documento presentato da Vincenzo Paroli, Presidente C.A.O. Regionale e rappresentante odontoiatra in seno al C.S.R., al gruppo di lavoro costituito dal C.S.R. stesso.
Questo documento è stato sottoposto ed approvato all'unanimità dai Presidenti Provinciali C.A.O. (Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine) della Regione Toscana riuniti in assemblea il 07/10/2006 a Massa e Carrara.

Vincenzo Paroli Presidente Commissione Albo Odontoiatri Regionale

Odontotecnici in Sanità: No del C.A.O.!

All'Assessorato del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della Regione Toscana è pervenuta la richiesta di valutare la proposta di inserimento della figura di odontotecnico nell'area sanitaria.
Il C.S.R., investito del problema, ha costituito un gruppo di lavoro, coordinato dal Dr. Barresi, al fine di potersi esprimere nel merito.

Premesso che

1. L'attuale situazione legislativa in merito all'attività dell'odontotecnico è classificata "attività artigianale" (R.D. 31 Maggio 1928, n°1.334, tutt'ora in vigore)
2. L'odontotecnico è fabbricante di "dispositivi su misura" su incarico e secondo prescrizioni ad personam da parte del dentista, unico responsabile della diagnosi, terapia del cavo orale, applicazione del manufatto protesico (Dir. 93/42 C.F.F. del 14 Giugno 1993)
3. Le professioni sanitarie sono quelle individuate dalla Legge 251/2000 (Corte Costituzionale 12 Dicembre 2003 n° 502)
4. L'individuazione di nuove professioni sanitarie può avvenire solo in sede di recepimento di direttive Comunitarie, …. *omissis*…, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute (Legge 1° Febbraio 2006 n° 43 Art. 5).

Considerato che

1. Il laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria consegue un titolo in un corso di laurea di 5 anni (dal 2007 portato a 6 anni) che già garantisce una completa formazione odonto-protesica a tutela della salute del cittadino.

2. Lo stesso adeguamento e/o modifiche del manufatto protesico rientrano nell'atto diagnostico terapeutico proprio dell' Odontoiatra.

Riteniamo l'iscritto all'ALBO degli Odontoiatri, sia il solo abilitato alla diagnosi ed a compiere qualsiasi atto sanitario nel cavo orale, al fine della massima tutela della salute del cittadino.
Perciò esprimiamo parere negativo all'inserimento della figura di Odontotecnico in Area Sanitaria.
Nulla toglie che il Diplomato Odontotecnico possa raggiungere una maggiore preparazione attraverso un percorso di studi nell'ambito bioingegneristico e/o biotecnologico.

Il Documento è stato sottoposto ed approvato all'unanimità dai Presidenti Provinciali C.A.O. della Regione Toscana riuniti in assemblea il 07/10/2006 a Massa e Carrara.

Stefano Mirenghi Presidente ANDI Toscana

Arbitraria la pretesa degli Odontotecnici!

E' ricorrente la richiesta di inquadrare il profilo della professione di odontotecnico in area sanitaria.
Attualmente tale richiesta è giunta all'Assessorato al Diritto alla Salute e alle Politiche di Solidarietà della Regione Toscana che ha deciso di incaricare il C.S.R. (Consiglio Sanitario Regionale) di esprimere un parere al riguardo.

Per potere analizzare la problematica è necessario inquadrare le differenti competenze e professionalità delle figure di odontoiatra e di odontotecnico.
Per poter esercitare la professione di odontotecnico sia come dipendente che come titolare di laboratorio occorre un diploma.
Il corso di studi per odontotecnici è formato da tre anni più due.
Al termine dei tre anni di studi lo studente potrà esercitare la professione esclusivamente come dipendente.
Per esercitare la professione in forma autonoma, essere titolare di un laboratorio o per accedere a qualsiasi corso di laurea lo studente dovrà frequentare i due anni successivi. In Italia esistono circa 15mila laboratori odontotecnici per una popolazione di circa 57 milioni di persone. In Germania i laboratori sono circa 5.000 per una popolazione di circa 80 milioni.

Per poter esercitare la professione di odontoiatra è necessario essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e protesi dentaria, della relativa abilitazione all'esercizio professionale conseguita a seguito del superamento di apposito esame di Stato e dell'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri che garantiscono una completa formazione odonto-protesica a tutela della salute del cittadino.
Il dentista e l'odontotecnico sono due figure ben distinte che collaborano, ma le cui competenze è indispensabile non si confondano, al fine di tutelare la salute del paziente.
Dietro una protesi c'è tanto lavoro e tanta abilità; nella protesi si collegano le capacità mediche e cliniche del dentista con quelle tecniche dell'odontotecnico; si collegano ma sono diverse e distinte.
Dal 14 Giugno 1998 esiste una legge, atta a proteggere e tutelare i cittadini quando usano i dispositivi medici.
Tale legge prevede che i dispositivi medici protesici non presentino pericoli e che colui che li usa sia sicuro e informato.
La protesi dentale è un dispositivo medico, così come lo è la siringa per le iniezioni; le siringhe sono però quasi tutte uguali e vengono prodotte in serie; la protesi dentale è invece singola e diversa da bocca a bocca: è un dispositivo "su misura".
Chi fabbrica le siringhe, così come chi fabbrica le protesi dentali (o gli occhiali etc…), dovrà dichiarare per iscritto che il suo prodotto è costruito in modo serio e controllato, con materiali adatti, da personale preparato, che non presenta rischi per la sicurezza di chi lo usa o, se per caso dei rischi fossero rimasti, li segnala: è costruito rispettando i requisiti minimi previsti dalla Direttiva 93/42 Cee, recepita in Italia dalla Legge 46/97.

Quando si tratta di un dispositivo medico in serie, il fabbricante deve mettere un simbolo CE; quando si tratta di protesi dentali su misura il fabbricante, l'odontotecnico, scriverà una dichiarazione tutte le volte che manderà la protesi finita al dentista; e lo stesso dentista la consegnerà al paziente a cura finita.
Questa sarà chiamata "dichiarazione di conformità", porterà il nome del laboratorio odontotecnico che l'ha fabbricata, il nome o codice del paziente, il nome del dentista che l'ha prescritta e vi sarà scritto se presenta un qualche rischio di rottu-

ra, di taglio, o qualsiasi altro problema.
Ovviamente sarà il dentista a consigliare il comportamento da tenere, anche in presenza di rischi.
Non si tratterà di una garanzia ma di una certezza in più sulla serietà di chi ha prescritto e di chi ha fabbricato la protesi dentale.

La recente legge approvata dal Parlamento dal titolo "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega il Governo all'istituzione dei relativi ordini professionali", legge n° 43, datata 1 febbraio 2006, escludendo giustamente le figure dell'ottico e dell'odontotecnico dagli ambiti sanitari riconosciuti, ha stabilito, attraverso l'art. 5 le modalità per l'individuazione di nuove professioni in ambito sanitario.
Ciò ha determinato, a nostro avviso ingiustamente, la richiesta da parte delle rappresentanze odontotecniche di rivedere il profilo professionale che riguarda tale figura.

In particolare l'attuale situazione legislativa in merito all'attività odontotecnica è la seguente:
1) l'attività dell'odontotecnico è al momento classificata "attività artigianale" ("arte ausiliaria della professione sanitaria", come definita dal R.D. 31 maggio 1928, n. 1.334, tutt'ora in vigore)
2) l'odontotecnico è il fabbricante di "dispositivi su misura" (cfr. Dir. 93/42/CEE del 14.06.1993 recepita con Legge 46/97), su incarico e secondo prescrizioni del dentista, unico responsabile della diagnosi, cura e terapia, anche ed in particolare protesica, del cavo orale dei cittadini
3) L'individuazione di nuove professioni sanitarie può avvenire solo in sede di recepimento di direttive comunitarie, ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale o nei Piani Sanitari Regionali, che **non trovano** rispondenza in professioni già riconosciute (Legge 1 Febbraio 2006 n° 43 Art. 5, comma 1)
4) La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene **evitando** parcellizzazioni e sovrapposizioni con professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse (Legge 1 Febbraio 2006 n° 43 Art. 5, comma 5)
5) La stessa giurisprudenza ha recentemente espresso parere in linea con quanto sopra, in merito alla modifica di profili professionali delle attività artigiane, proprio nella parte in cui si disciplina il nuovo profilo professionale dell'odontotecnico, con relative delibere di Giunta Provinciale (n° 2708 del 26.07.2004, Bolzano) ed avverso la quale era stato presentato ricorso al TAR da ANDI-SISOPD, con sentenza depositata il 19.04.2005 (rif. n° 142/2005 Reg. Sent. e n° 310/2004 Reg. Ric.)

Si evince quindi che

1. L'attuale profilo dell'odontotecnico non prevede alcuna mansione tipica di una figura sanitaria che risulta da sempre inquadrata come "arte sanitaria ausiliaria" e mai come "professione sanitaria ausiliaria"
2. Tale figura si renderebbe necessaria solo quando venissero individuati per l'odontotecnico nuove competenze e nuovi compiti in ambito sanitario
3. Tali competenze e compiti, comunque individuati, non dovrebbero sovrapporsi o rientrare tra quelli di figure professionali sanitarie già esistenti (odontoiatri ed igienisti dentali).
4. Le elevate competenze dei laureati in odontoiatra e l'elevato numero di operatori attualmente impegnati nella professione, ben oltre il doppio degli standards indicati dall'OMS, rendono impossibile l'individuazione di competenze e compiti non già altrimenti coperti.

I Presidenti Provinciali della Commissione Albo Odontoiatri della Regione Toscana, hanno espresso parere negativo all'inserimento della figura dell'odontotecnico in area sanitaria in un documento approvato all'unanimità e firmato dal Coordinatore C.A.O. Regionale dottor Vincenzo Paroli.
Ci si preoccupa anche per una richiesta che, se approvata, sicuramente amplierebbe il fenomeno dell'abusivismo con gravi ripercussioni sulla professione odontoiatrica e sulla salute dei cittadini.

A.N.D.I., la nostra Associazione con oltre 19.000 iscritti, la più rappresentativa nel panorama odontoiatrico italiano, in perfetta sintonia con la posizione espressa dalla C.A.O. Regionale Toscana, intende continuare a sostenere i consecutivi princîpi:
1. massima disponibilità ad aiutare le Associazioni Odontotecniche nella battaglia per una maggior preparazione culturale specifica dell'odontotecnico, anche attraverso la creazione di un apposito Corso di "Laurea breve", inserito non certo nell'ambito sanitario, bensì in quello bioingegneristico o biotecnologico
2. difesa della professione odontoiatrica, come unica abilitata alla diagnosi ed a compiere qualsiasi atto sanitario riguardante la bocca del cittadino-paziente, ciò anche al fine della massima tutela della salute.

Mario Gabriele e Filippo Graziani Chirurgia Speciale Odontostomatologica Università di Pisa

Osteonecrosi, patologia rara ma progressiva

L'osteonecrosi dei mascellari è una patologia necrotica sito specifica del tessuto osseo delle ossa mascellari caratterizzata da una lenta progressione e da mancata tendenza alla guarigione spontanea.
Il fattore di rischio più comunemente descritto per lo sviluppo di lesioni osteonecrotiche a carico dei mascellari è rappresentato dalla radioterapia della testa e del collo.

Questo quadro morboso è oggi d'incidenza estremamente ridotta e la sua diagnosi clinica è quasi una rarità diagnostica. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento di lesioni osteonecrotiche in soggetti sottoposti a terapia cronica ad alto dosaggio con bifosfonati (BPs) *(foto 1)*.

Bifosfonati

I BPs sono analoghi stabili del pirofosfato inorganico che si legano selettivamente al tessuto osseo ed è proprio la forza di questo legame a caratterizzare le loro proprietà biochimiche. Gli effetti di questi farmaci si esplicano primariamente sulle cellule osteoclastiche di cui inducono l'apoptosi determinando una riduzione del riassorbimento osseo. Inoltre, recenti studi hanno evidenziato anche una loro azione su cellule osteoblastiche, osteociti e cellule endoteliali.
In particolare, è stato descritto come queste molecole riducano la concentrazione ematica di Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), fattore di crescita deputato alla neoangiogenesi e neovascologenesi.
Ciò determina un'inibizione del fisiologico processo di rimodellamento osseo ed una riduzione della neoangiogenesi nella compagine ossea.
In particolare il pamidronato e lo zoledronato, BPs rispettivamente di seconda e quarta generazione, sono utilizzati specificamente per il controllo delle metastasi ossee di carcinomi prostatici e della mammella e per la terapia dell'ipercalcemia maligna in pazienti affetti da mieloma multiplo.

foto 1

Patogenesi delle lesioni osteonecrotiche

L'insorgenza di lesioni osteonecrotiche a carico dei mascellari è stata associata all'utilizzo di queste due molecole farmacologiche ed in modo particolare all'acido zoledronico che presenta un'attività di circa 10.000 volte più potente rispetto a BPs di vecchia generazione come l'etidronato. La letteratura riporta più di 600 casi di lesioni osteonecrotiche delle ossa mascellari in pazienti oncologici, prevalentemente di sesso femminile, con età e con anamnesi positiva alla terapia con bifosfonati estremamente variabile.
I quadri clinici sono estremamente variabili, da piccole lesioni endodontico-parodontali ad estese aree interessanti l'intero corpo mandibolare e/o l'osso mascellare.
Queste lesioni diventano sintomatiche quando il processo infettivo si diffonde a tessuti molli circostanti. Segni e sintomi precoci dello sviluppo di una lesione osteonecrotiche sono, dolore, mobilità dentale, tumefazione delle mucose, eritema ed ulcerazioni.

Recenti studi retrospettivi hanno evidenziato quali fattori di rischio per lo sviluppo di osteonecrosi a carico delle ossa mascellari i pregressi traumi dento-alveolari quali le avulsioni dentarie, le protesi incongrue e tutti gli interventi che implicano una fase di rimaneggiamento del tessuto osseo. La patogenesi delle lesioni osteonecrotiche è riconducibile ad una riduzione del fisiologico processo di rimodellamento e guarigione ossea.
L'apparente selettivo coinvolgimento dei mascellari è l'espressione delle caratteristiche uniche del cavo orale.
Tipicamente nella cavità orale la guarigione delle ferite ossee aperte, come alveoli post estrattivi, avviene rapidamente e senza complicanze nonostante la presenza di una ricca flora microbica.
Purtroppo nei pazienti oncologici sottoposti a terapia con BPs si ha una riduzione dell'apporto ematico che determina un aumento del rischio di sviluppare osteonecrosi con seguente osteomielite. Inoltre, a causa del significativo continuo processo di rimodellamento osseo a seguito degli stimoli determinati dagli elementi dentari, si ha un maggiore deposito delle molecole di BPs a carico dei mascellari.

Nostra esperienza clinica

Nella nostra Unità operativa nel periodo di tempo compreso tra il giugno 2005 a settembre 2006 sono

foto 2

giunti ad osservazione 28 pazienti con pregressa storia clinica di neoplasia maligna (19 carcinomi mammari, 3 carcinomi prostatici, un carcinoma polmonare, un carcinoma renale e 4 mieloma multiplo). Questi pazienti erano stati sottoposti a terapia con acido zoledronico 4 mg in infusione endovenosa per il trattamento delle lesioni osteolitiche secondarie a metastasi ossee.
Il periodo di trattamento con zolendronato è risultato essere variabile da 2 mesi a 56 mesi (media 33).
Solamente un paziente del campione ha riferito di essere stato sottoposto a terapia radiante in zona parietale 3 anni prima della comparsa della lesione osteonecrotica.
Clinicamente tutti i pazienti si sono presentati con un'area di esposizione di tessuto osseo necrotico dal caratteristico colore giallo bruno ricoperto da una patina mucopurulenta *(foto 2)*. Il 57% (16) dei pazienti presentava una lesione a carico della mandibola, il 39% (11 pazienti) un'area di osteonecrosi a carico del mascellare superiore e il 4% (1 paziente) osteonecrosi sia mandibolare che mascellare.
Tre pazienti presentavono coinvolgimento del seno mascellare con conseguente comunicazione oroantrale.

Due pazienti presentavano una compromissione dei tessuti molli peri-orali a cui si è associata la comparsa di fistole cutanee *(foto 3)*. Anamnesticamente, quindici (53%) pazienti hanno riferito di essere stati sottoposti ad avulsioni dentarie o ad interventi di chirurgia ossea a carico dei mascellari nei sei mesi precedenti alla comparsa della lesione. Negli altri casi la comparsa delle lesioni non è stata associata ad alcun intervento traumatico.
L'esame radiografico e la tomografia assiale computerizzata (TC) hanno sempre evidenziato aree di osso altamente rimaneggiato. L'analisi scintigrafia ha evidenziato aree di ipercaptazione a livello delle zone di osteonecrotiche. L'analisi istologica dei campioni bioptici prelevati dalle lesioni ha confermato il quadro clinico di osteonecrosi complicata da agenti batterici, in un solo caso unitamente al tessuto osseo necrotico erano presenti cellule neoplastiche di un carcinoma mammario (metastasi).
Tutti i pazienti sono stati sottoposti a terapia antibiotica, consistente in amoxicillia e acido clavulanico 3 g die o ciprofloxacina 1,5 mg die, per tutto il periodo in cui era presente l'area di esposizione e compatibilmente alle altre cure mediche a cui i pazienti erano sottoposti.
La terapia antibiotica permette di limitare la diffusione del processo infettivo ai tessuti molli viciniori con notevole riduzione della sintomatologia algica della zona.

Alla terapia medica sistemica è stata affiancata una terapia antisettica locale consistente in collutori e gel a base di clorexidina gluconato da applicare tre volte al giorno dopo le manovre di igiene orale.
Il debridment chirurgico è stato eseguito in 11 casi per ridurre le complicanze orali ed extraorali dei pazienti. In nessun caso trattato chirurgicamente nonostante il miglioramento del quadro clinico si è ottenuta la completa guarigione.

In un caso si è ottenuta la guarigione spontanea dopo un anno dalla sospensione della terapia con acido zoledronico, tuttavia controlateralmente è ancora presente un'area di esposizione ossea se pur di modeste entità.
L'inibizione del riassorbimento osseo mediante l'impiego dei BPs ha rappresentato un passo importante della terapia delle complicanze dei pazienti oncologici avanzati.
I dati epidemiologici ed il possibile razionale biologico suggeriscono che i BPs abbiano un ruolo determinante nello sviluppo di lesioni osteonecrotiche a carico delle ossa mascellari.

Tuttavia ad oggi il meccanismo patogenetico non è stato ancora completamente chiarito.
Particolare cautela dovrebbe essere posta da parte degli odontoiatri e degli oncologi nella gestione di questi pazienti e nella sensibilizzazione degli stessi alla prevenzione delle patologie odontostomatologiche.

foto 3

Sergio Ghione Dirigente Ricerca CNR Pisa

La PET dell'IFC, tra le più attive in Italia

La Tomografia ad Emissione di Positroni (PET). Dopo aver dedicato il primo articolo alla Risonanza Magnetica Cardiologica, parleremo oggi di un'altra metodica avanzata di imaging, intervistando il Dottor Danilo Neglia, responsabile clinico del Laboratorio di Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) dell'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC).

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

Presso IFC è stato installato il primo tomografo ad emissione di positroni italiano, oramai nei lontani anni ottanta. L'attività, inizialmente dedicata quasi esclusivamente alla ricerca medico-nucleare cardiologica, si è via via ampliata parallelamente al riconoscimento dell'utilità clinica di questa metodica. Oggi presso il nostro Istituto sono installati 2 tomografi PET, di cui l'ultimo è un tomografo ibrido PET/TAC con caratteristiche tecniche molto avanzate. Sempre a Pisa è stato inoltre di recente installato un altro tomografo PET presso la Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana e questo rende la nostra città forse unica in quanto ad offerta di questo tipo di imaging ad alta tecnologia.

Cosa vuol dire PET/TAC?

Si tratta dell'integrazione di due sistemi tomografici in grado, l'uno (la TAC) di fornire i dettagli anatomici raffinati che tutti abbiamo imparato ad apprezzare e che, in particolare nel nostro caso si avvale dell'alta risoluzione della tecnologia cosidetta multistrato, l'altro (la PET) è in grado di fornire immagini funzionali che descrivono il metabolismo, la funzione e/o la perfusione dei vari tessuti ed organi presi in esame.
La particolarità è dunque la possibilità di poter combinare l'informazione anatomica con quella funzionale. Ciò è di rilevante valore clinico soprattutto in campo oncologico. Gli esami oncologici infatti rendono conto a Pisa, come del resto in tutta Europa, di più del 90% dell'attività clinica dei tomografi PET e PET/TAC. Il principio su cui si fonda tale diagnostica è, in sostanza, che il tessuto neoplastico, a parità di morfologia, può essere facilmente distinto dal tessuto circostante in quanto metabolicamente più attivo.
Il rimanente 10% dell'attività diagnostica è rivolto alla cardiologia (soprattutto nella diagnosi di vitalità del tessuto miocardico in pazienti candidati alla rivascolarizzazione o al trapianto cardiaco ed alla differenziazione tra alterazioni organiche dei grossi vasi coronarici epicardici ed alterazioni funzionali del microcircolo coronarico) e alla neurologia (in particolare nelle forme neurologiche degenerative).

Che carico di esami avete?

Il numero di esami è cresciuto in questi anni in modo direi esponenziale, grazie all'apprezzamento dell'utilità clinica della metodica. La proiezione per il 2006 è di circa 2350 esami nell'anno. Ciò rappresenta quasi l'attività massima per macchine di questo genere.

Quali sono le condizioni cliniche per le quali una PET o PET/TAC è indicata o particolarmente indicata?

In campo oncologico quasi tutte le lesioni neoplastiche (ad eccezione di alcune forme, quali ad esempio alcune neoplasie neuroendocrine) possono essere rilevate con l'esame PET. Per cui tale indagine può essere indicata nella diagnosi differenziale di una lesione sospetta per neoplasia (caso tipico il nodulo polmonare), nello staging di una neoplasia nota, nel restaging postoperatorio e nel follow-up per valutazione di risposta alla terapia o recidiva. Le indicazioni sono in particolare presenti laddove altri esami non siano conclusivi anche se l'impiego della PET-TAC, come unica indagine, potrà essere considerata una opzione nel prossimo futuro.
In campo cardiologico e neurologico le indicazioni cliniche sono meno numerose (ne abbiamo già parlato) mentre questa metodica si presta molto ad applicazioni attualmente di ricerca avanzata in particolare nelle patologie vascolari aterosclerotiche e funzionali.

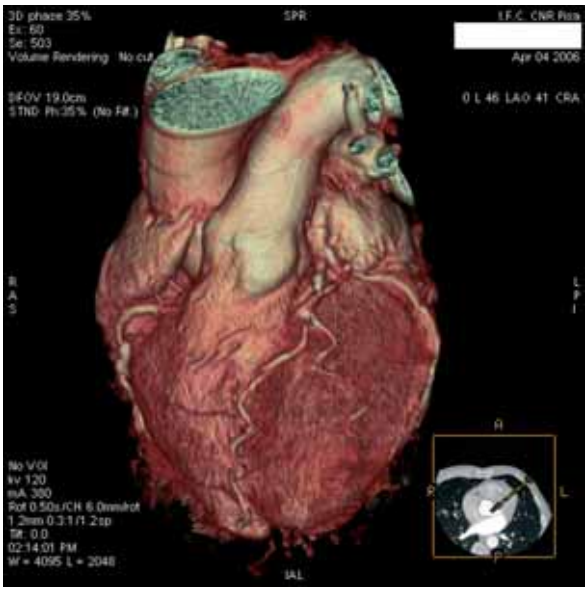
Una preoccupazione sempre presente per gli esami di imaging medico-nucleari e radiologici è l'esposizione alle radiazioni. Come si rapporta la PET rispetto ad altre metodiche radiologiche o medico-nucleari?

Tale preoccupazione in generale è lecita in quanto la riduzione del carico radiogeno è un obiettivo primario della sanità moderna.
In questo contesto tuttavia la PET e la PET-TAC sono molto avvantaggiate rispetto ad altre metodiche medico-nucleari tradizionali.
Infatti i traccianti in uso per la PET sono generalmente a breve o brevissima emivita (circa 2 ore per ^{18}F-FDG che è il tracciante più utilizzato in oncologia e circa 10 minuti per la ^{13}N-NH_3 che è il tracciante

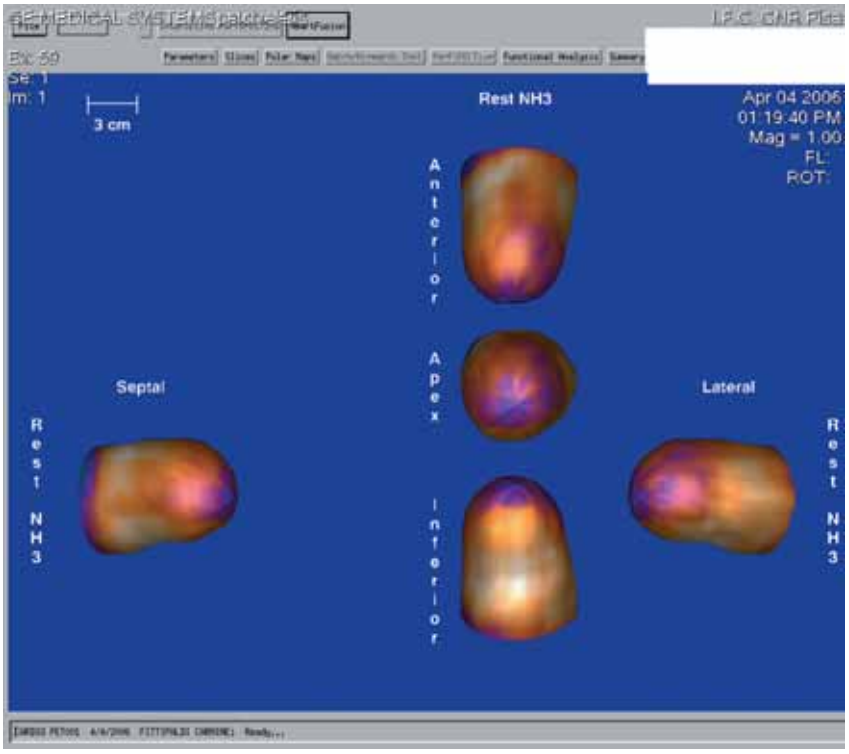
più utilizzato per gli studi di perfusione cardiaca), il che riduce di molto l'esposizione del paziente rispetto a traccianti come il ^{99m}Tc o il ^{201}Tl che hanno emivite molto più lunghe (rispettivamente, 6 ore e 72 ore circa). Nel caso della PET-TAC all'esposizione dovuta ai traccianti PET si aggiunge ovviamente quella dell'esame TAC, che tuttavia, nel caso sia usato per localizzazione, viene eseguito a bassa energia.
Se poi la TAC viene usata come esame a sua volta diagnostico con esposizione identica a quella di una TAC tradizionale, l'esposizione aggiuntiva dovuta alla PET è circa 10 volte inferiore e pertanto quasi irrilevante se si pensa soprattutto al beneficio dell'esame combinato.

Da dove provengono i pazienti che vengono sottoposti all'esame PET nel vostro centro?
Il 50% circa da realtà sanitarie al di fuori della nostra Area Vasta, il resto viene inviato dai centri ospedalieri e dai medici di Medicina Generale e gli specialisti dell'Area Vasta.

Chi prenota l'esame?
In genere lo specialista di riferimento (oncologo, chirurgo, cardiologo, pneumologo, neurologo) o i reparti, ma anche il medico di base sempre su indicazione specialistica.
Il medico normalmente telefona al nostro CUP e se necessario discute con il personale medico eventuali problematiche di opportunità dell'esame e/o la tempistica di esecuzione.
Si discute con il medico referente quanto l'esame sia appropriato o urgente, il tipo di informazione che dobbiamo fornire, eventuali controindicazioni etc.



Avete lista di attesa?
La richiesta, come si diceva prima, segue da vicino la disponibilità dei posti proprio perchè giunge da specialisti o da centri specialistici che conoscono tale disponibilità. Nonostante il continuo aumento del numero degli esami che effettuiamo, la lista di attesa è pressoché rimasta stabile e ad oggi è di circa 4 settimane per i casi ordinari ed entro una per le possibili urgenze.
Come si integra un volume di attività clinica così elevato con la missione di ricerca che il nostro Istituto deve perseguire?
Abbiamo la fortuna che la PET-TAC è una metodica da un lato molto recente e dall'altro tale da offrire la possibilità di studi morfologico-funzionali del tutto inimmaginabili fino anche a pochi anni fa.
Pertanto la stessa attività clinica è per molti versi anche attività di ricerca. Inoltre, cerchiamo continuamente di esplorare nuove applicazioni di questa metodica in campi in cui il suo utilizzo non è consolidato offrendo al paziente una possibilità unica di approfondimento diagnostico nel contesto di studi clinici e trials farmacologici controllati di livello spesso internazionale.
La produzione scientifica che ne è scaturita in questi anni è di tutto rilievo e non potrà che incrementare nel futuro.



Legenda delle figure
In alto immagine anatomica del cuore e delle coronarie ottenuta mediante AngioTAC.

Nello stesso paziente, immagine a lato, la PET consente di ottenere la distribuzione del flusso di sangue al miocardio aggiungendo quindi la dimensione funzionale a quella anatomica (in questo caso dell'albero coronarico).

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

Elio Tramonte Consigliere Ordine dei Medici di Pisa

Medicine Alternative: il punto di vista giuridico

Il Prof. Avv. Antonio Cristiani, dal cui libro trassi spunto per il mio articolo sulle medicine non convenzionali e su quelle complementari pubblicato sul numero 24 di "PisaMedica", ha avuto la bontà di porre attenzione sul problema da me modestamente posto e la compiacenza di dare, tramite me, quelle risposte che invocavo e che risultano importantissime considerata l'autorevolezza della fonte.
È veramente un piacere, ma anche un dovere per la nostra rivista pubblicare la "Breve risposta ai quesiti giuridici che possono sorgere in tema di "Medicine alternative".

L'Egregio Dott. Tramonte mi ha posto una serie di domande lusinghiere, sul piano legale, in tema di *Medicine alternative*.
Debbo premettere che non ho la minima competenza per parlare dei profili, pur rilevanti, economici della spesa e di natura deontologica e amministrativa nei rapporti con il Consiglio Nazionale degli Ordini.
Va da sé, inoltre, che perché sorga un problema *giuridico* occorre parlare di medicine "alternative", nel senso che si tratti di terapie incompatibili con quelle convenzionali; se si trattasse, al contrario, di terapie "aggiuntive", nessun problema di rimproveri sul piano penalistico potrebbe sorgere.
Ho l'impressione che ci troviamo di fronte non ad un quesito di legittimità di comportamenti e di relativi possibili rimproveri, bensì a diversi e numerosi *problemi* "*di merito*", da risolverei caso per caso.
Poiché Lei molto acutamente fa cenno al delicato quesito di natura penalistica, attinente alla distinzione fra *azione ed omissione*, osservo che effettivamente l'interrogativo può sorgere, se l'iniziativa del medico, ritenuta pericolosa o imprudente, possa effettivamente rivelarsi di natura "commissiva".
Ma anche *l'omissione* potrebbe acquistare consistenza, come rimprovero se, e solo se, la condotta del medico possa tecnicamente essere valutata come violatrice specifica *dell'obbligo giuridico di impedire l'evento*, unico presupposto perché si renda applicabile l'art. 40 cpv. del codice penale; ma, ripeto, una risposta astratta e generalizzante come *questione di diritto* non è da ritenere concretamente possibile.
Resto, doverosamente, a disposizione per ogni ulteriore quesito.

F.To Antonio Cristiani

È veramente arduo commentare il pensiero e le parole del Prof. Cristiani stante la difficoltà oggettiva per un medico di comprendere appieno il linguaggio del giurista, ma non c'è dubbio che, accanto alle incertezze che rimangono sul problema, il contributo del professore è servito a stabilire una netta separazione tra medicine "alternative" e terapie "aggiuntive" che dovrebbero corrispondere a quelle definite "complementari" dalla FNOMCeO.
Da questa distinzione derivano le diverse valutazioni dell'atto medico che le comprende sia sotto il profilo dell'azione che sotto quello della omissione a secondo del punto di vista dal quale lo si consideri.
L'atteggiamento, in certi punti dubitativo ed il successivo condizionale usato dall'illustre interlocutore, mi sembra confermare la sussistenza di incertezze di giudizio su una materia che continua ad essere oggetto di discussione.
La dichiarata non competenza in materia di rapporti con il Consiglio Nazionale degli Ordini ci priva di un parere, che sarebbe stato dirimente, sul valore giuridico che può avere il riconoscimento da parte della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), o meglio del Consiglio Nazionale della stessa, di quelle cinque pratiche di medicina alternativa, da quel momento divenute "complementari".
Si tratta di stabilire se il parere del Consiglio Nazionale, organo Non scientifico, ma di coordinamento e di indirizzo per gli Ordini periferici, possa legittimare la definizione di queste attività quali complementari, e quindi ammissibili perché "aggiuntive" secondo il linguaggio dell'Avv. Cristiani, sul piano penalistico o se, invece, tale riconoscimento da parte della FNOMCeO e le successive implicazioni presso alcune Regioni siano state dettate da opportunità "politica" di controllo del fenomeno, come già ipotizzato nel mio precedente articolo, considerato l'imponente ricorso delle persone a queste pratiche non convenzionali o complementari che siano.

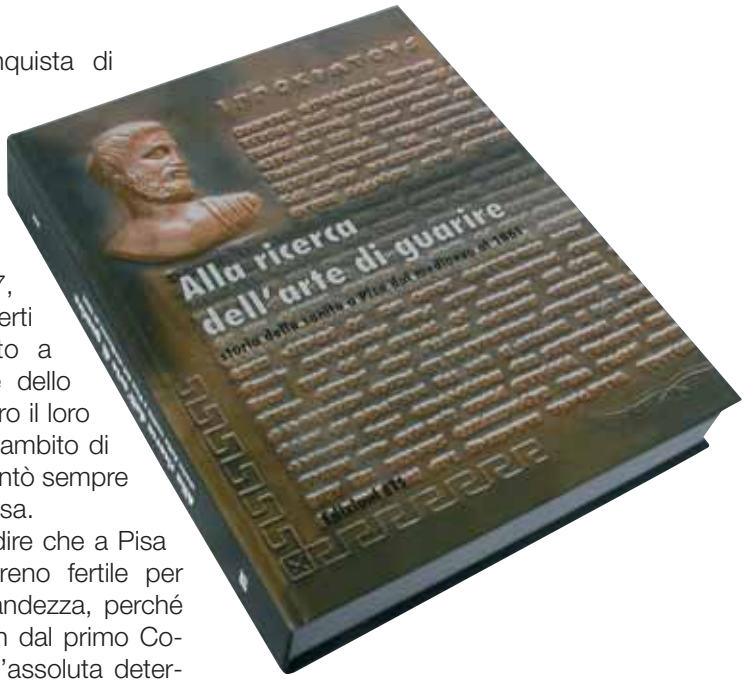
È evidente che il Giurista non può che attenersi ai fatti e per questo ringrazio il prof. A. Cristiani perché, mi sembra, mi lasci libero di continuare a ragionare legittimamente su queste problematiche.

Alberto Zampieri Libero Docente in SemeioticaMedica - Specialista in Storia della Medicina

Alla ricerca dell'arte di guarire: la storia della medicina a Pisa

Nel mese di luglio è uscito il primo volume di storia della medicina a Pisa, dal titolo: *Alla ricerca dell'arte di guarire: storia della sanità a Pisa dal medioevo al 1861*, edita dalla ETS di Pisa. L'opera, che per essere presentata al pubblico pisano, attende l'uscita del secondo volume, prevista per il gennaio del prossimo anno, si avvale della collaborazione di numerosi studiosi e di docenti pisani.

Da anni ormai, fin dal lontano 1982 in cui il prof. Alberto Zampieri ottenne a Roma la specializzazione in storia della medicina, scaturì in lui il vivo desiderio di ricostruire anche per la sua città gli eventi e la tradizione di questa arte sanitaria che, grazie alle remotissime strutture comunali e soprattutto alla riapertura dello Studio pisano nel 1543, ad opera del granduca Cosimo I, ha contribuito, nel suo percorso secolare, alla conquista di nuove acquisizioni.
Di tutto questo bisogna rendere atto non solo ai granduchi medicei che si susseguirono fino al 1737, ma anche e, per certi aspetti, soprattutto a quelli lorenesi che dello Studio pisano fecero il loro punto di forza nell'ambito di una politica che puntò sempre ad essere prestigiosa.
Dobbiamo anche dire che a Pisa essi trovarono terreno fertile per esaltare la loro grandezza, perché se da una parte fin dal primo Cosimo Medici vi fu l'assoluta determinazione ad assegnare all'università pisana i più prestigiosi nomi di lettori, dall'altra coloro che furono ai vertici dell'istituzione seppero far tesoro di quanto veniva loro concesso e chiesero sempre di più.



Scuola di medicina agli inizi del Quattrocento, fot.

Fin da questo primo volume, ma anche nel secondo sarà così, l'impianto della storia della medicina ha tenuto necessariamente conto di quello che è il suo pilastro di base, vale a dire l'innesto di questa nelle più estese e storiche vicissitudini della città e del granducato in genere, non tralasciando di sottolineare come il Collegio degli Artisti fosse diretto e pilotato dalla politica granducale fiorentina.
Disposizioni, bandi, regolamenti, notificazioni e leggi promulgate dai vari granduchi non sono altro che il sostegno, spesso il motivo di decollo della crescita medica.

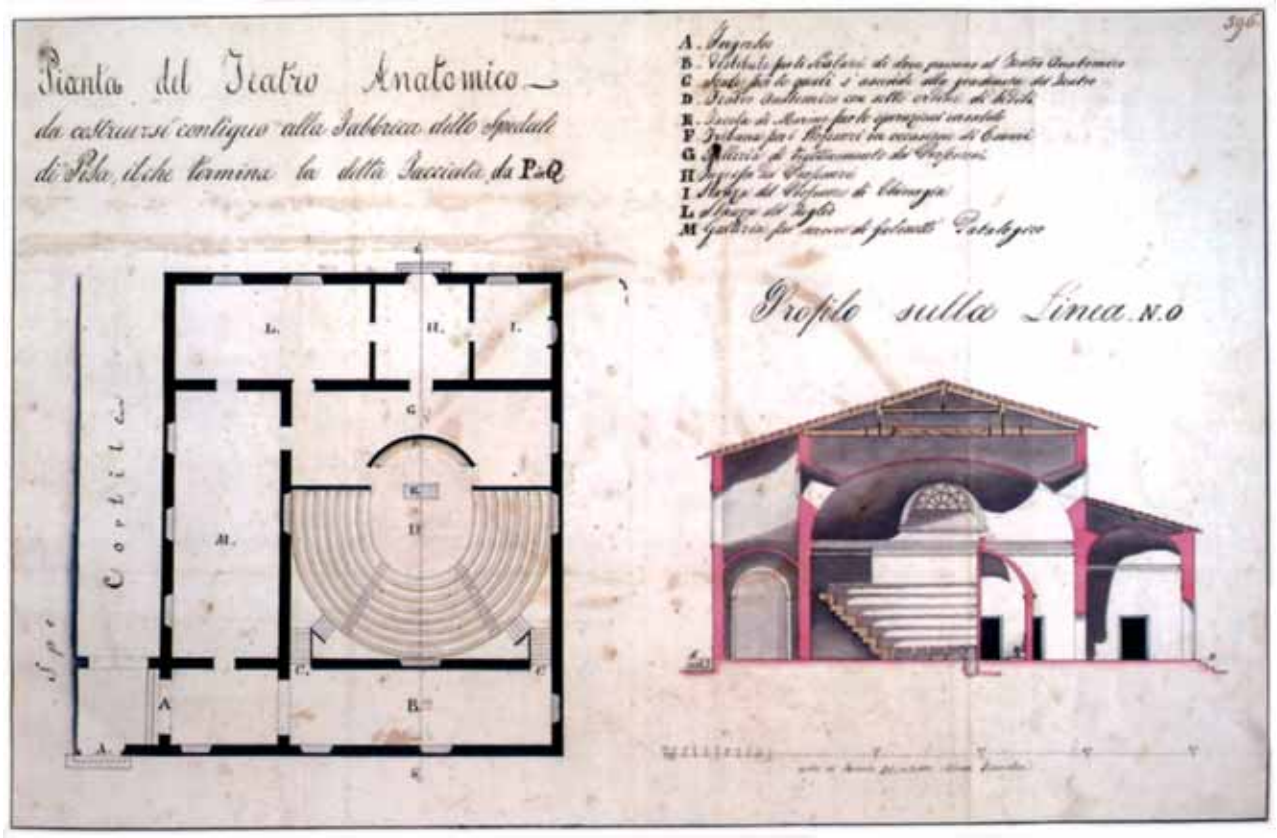
Descrivere i contributi di questo primo volume che Manlio Iofrida, Alberto Zampieri, Laura Zampieri, Gianfranco Natale e Antonio Paparelli, Maurizio Vaglini e Daniela Stiaffini hanno sviluppato ai fini di questa storia, è alquanto comples-

Uroscopia, fot. [Pisa, collezione privata]

so, ma tutti hanno a comune la scientificità della loro ricerca che si basa sulla citazione del documento.
In linea di massima possiamo asserire che la volontà dell'ideatore e promotore di questa storia, il prof. Zampieri, è stata rispettata, nel senso che pur collaborandovi studiosi di estrazioni diverse che vanno da medici a letterati, a docenti, alla fine è giunto in porto un quadro esteso e scandagliato in profondità degli eventi della sanità a Pisa fino all'unità d'Italia, quando ormai una diversa normativa dà luogo alle vere e proprie facoltà, ad una organizzazione che storicamente non fornisce passaggi essenziali tali da non essere noti ai giorni nostri.
Il comitato scientifico, formato nel 2003, selezionato e indirizzato dallo stesso prof. Zampieri, nelle sue riunioni, ha collaborato con entusiasmo a questa storia, avanzando proposte e presentando documenti mai pubblicati fino ad oggi.
Abbiamo citato, sopra, il 1861 come data-termine della ricerca, mentre non abbiamo parlato del suo inizio, in quanto è stata lasciata del tutto libera la data da cui ciascuno degli studiosi doveva partire, ritenendo che esigenze diverse, una differente reperibilità di documenti, una valutazione del tutto soggettiva, fossero scelte prioritarie di chi si accingeva a quel settore di studio, anche se, alla fine, è emerso che la normalizzazione della storia della medicina, avviene con la ripresa cosimiana del 1543, quando anche le istituzioni cittadine si adeguano agli *Statuta* che disciplinano lo Studio pisano.
Il percorso seguito, come asserisce anche il titolo, è quello di illustrare i modi, i termini, i tentativi, le conquiste, gli uomini che hanno contribui-

Preparato generale in cera del corpo di un giovane a grandezza naturale.

to alla “ricerca dell’arte di guarire” e, non a caso, il secondo volume terminerà con l’approdo ad essa, vale a dire con il contributo sulla storia della terapia.
Il primo volume si apre inquadrando il Collegio degli Artisti, il suo funzionamento, le personalità che vi hanno insegnato, sottolineando e spiegando bene le affinità tra filosofia e medicina, materie entrambe appartenenti a questo. Quella di aprire il percorso in tal modo è stata una scelta fondamentale a capire i successivi passaggi dei lettori docenti di medicina, attraverso le cattedre di logica e Manlio Iofrida ha sottolineato la formazione di vari scienziati e filosofi nel corso dei secoli, illustrando come non si parli neppure di confine tra queste due materie che, ai nostri giorni, hanno in qualche modo preso le loro distanze.
Emerge subito il ruolo dello Studio pisano nell’ambito del granducato con la presenza di quei nomi che appartengono oggi alla storia della medicina *tout court*.
Il vero e proprio percorso medico-clinico è illustrato da Alberto Zampieri nel secondo contributo, nel quale non solo abbiamo testimonianza degli illustri grandi personalità di medici che hanno insegnato nell’Ateneo pisano, ma quanto essi hanno prodotto prima, durante e dopo Pisa, fornendo alla scienza un crescendo di conquiste che, dunque, sono legate a questa città.
Il corredo degli schemi, secolo per secolo, serve da orientamento per una analisi più specifica che serve ad identificare con immediatezza i diversi passaggi di cattedra. Lo studioso ha poi ritenuto di evidenziare alcuni nomi rispetto ad altri, privilegiando coloro che, sia pure nell’ambito dei più noti, proprio in questa città hanno condotto quegli studi e ricerche che da Pisa hanno iniziato a decollare.
Sono state ben distinte le letture mediche ordinarie e straordinarie, il diverso ruolo e importanza delle une rispetto alle altre.
Laura Zampieri ha affrontato la storia della cattedra anatomica, iniziando quindi dagli *Statuta* che regolamentano l’università dal 1543.
La scrupolosa ricerca che non vuole attingere da alcune precedenti pubblicazioni, ma si basa esclusivamente sui documenti degli archivi di Pisa e di Firenze, ha fatto emergere alcuni punti base, ben risaltati e messi in luce.
Innanzi tutto la distinzione tra *doctor* e *magister*, medico cattedratico il primo e chirurgo il secondo, una netta separazione che ha comportato anche la relativa evidenziazione della esistenza di due lauree diverse, una in medicina e una in chirurgia, non unite fino alla riforma Giorgini del 1840.
Altro dato emerso è stata la distinzione tra *anatomico* e *sector*, entrambi laureati, il primo necessariamente in medicina e il secondo solo in chirurgia, una distinzione che si è resa necessaria visto che nelle passate stagioni la figura di dissettore non è stata mai differenziata



1830, G. Pasquini, *Pianta del Teatro Anatomico* da costruire in prosecuzione della facciata dell’ospedale S. Chiara, ASP Ospedali Riuniti S. Chiara, ***Plantario,*** c.396

da quella dell'anatomico, nonostante che i compiti siano stati storicamente molto diversi.
A questo contributo si aggiunge il pregio di aver evidenziato e ritrovato la totale iconografia del nuovo teatro anatomico eretto nel 1832.
La puntuale descrizione del museo anatomico, ad opera di Gianfranco Natale e di Antonio Paparelli, è un contributo indispensabile a tracciare gli eventi storico-anatomici di uno dei più prestigiosi musei di Pisa.
La cura, la ricchezza dei materiali, gli ampi spazi dei percorsi, rappresentano oggi un patrimonio inestimabile, a maggior ragione se pensiamo che esso ha sede in uno dei luoghi, storicamente il più ambito fin dal 1837, noto e amato dai pisani, la Scuola Medico-Chirurgica.
Essa rappresenta di per sé un monumento alla storia della medicina, visto che tutto il Collegio degli Artisti–medici, chirurghi, farmacisti iniziarono a volerlo e a chiederne la sua costruzione fin da quel lontano 1837, anno in cui il teatro anatomico, pur essendo vecchio di soli cinque anni, era divenuto troppo stretto per la quantità di studenti e per la mole crescente delle ricerche.
Sappiamo che oggi la sua sussistenza non è poi così certa!
Chiude il volume un contributo di Maurizio Vaglini e di Daniela Stiaffini che illumina il lettore sulla disciplina comunale, volta a garantire una corretta sanità al popolo pisano, prima ancora che gli *Statuta* del 1543 formalizzassero i requisiti richiesti per diventare medico cattedratico, quindi *doctor* della medicina, oppure medico curante, quindi *magister*.
Lo studio e la presentazione capillare degli *Ordinamenta* comunale del sec. XIV ci mostra quante e quali fossero le garanzie che dovevano possedere coloro che erano deputati all'"arte di guarire", pur non tralasciando di descrivere che, in epoche passate, tale mansione era svolta anche da ciarlatani.
Quindi si assiste ad un crescendo di attenzioni volte a garantire l'effettiva e giusta cura del malato.
Infine è necessario sottolineare alcuni dati tecnici.
Il volume, in parte a colori, è composto da 469 pagine di testo, è corredato da una vasta e per quanto possibile inedita iconografia, che segue e correda il testo, mentre per tutto quanto riguarda l'indice dei nomi citati, rimandiamo alla fine del secondo volume che li comprenderà entrambi.
La copertina, che non vuole privilegiare alcuno dei contributi, presenta il giuramento di Ippocrate, in quanto padre della medicina e in quanto artefice di quella "tavola della legge" cui ancor oggi sono moralmente soggetti tutti coloro che esercitano questa "arte".
L'opera che ha avuto il notevole supporto della Direzione Generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà" della Regione Toscana, oltre a quello della "Associazione degli Amici di Pisa", si avvale della presentazione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa, prof. Luigi Murri e di quella del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, oltre che di una breve pagina introduttiva dei curatori Alberto Zampieri e Laura Zampieri.

Il primo volume di questa storia della medicina è disponibile presso l'Ordine dei Medici in via Battelli.

Statue anatomiche ottenute da cadaveri interi. Il cuore e i grossi vasi sono stati iniettati con gesso colorato. I grossi visceri cavi sono stati insufflati d'aria.

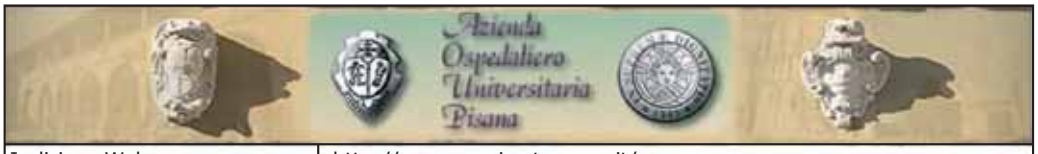
Massimo Seccia Prof. Ordinario Dipartimento di Chirurgia Universitàdi Pisa

L'occhio nel web

Cari Colleghi, questo numero della rubrica "L'occhio nel Web" è dedicato a siti più "vicini" a noi. Si tratta, nel loro complesso, di siti ben concepiti.
Un rilievo comune un po' a tutti è quello dell'aggiornamento che in qualche caso è un po' carente (ed è riportato nelle mie note critiche). Ci troviamo comunque di fronte a livelli che sono superiori alla maggior parte dei siti web italiani, e ciò ci conforta.
Purtroppo il grave handicap che nella realtà italiana è comune un po' a tutti è quello della difficile manutenzione dei siti, attraverso personale ad essi "dedicato". Il più delle volte, infatti, un sito web è costretto a sopravvivere solo grazie al sacrificio personale di chi "istituzionalmente" è destinato ad altri incarichi ma si sobbarca, per sua generosità, questo compito.
A ciò si aggiunge la bassa considerazione da parte di molte istituzioni dell'importanza pratica di avere una buona presenza nel web, considerato più un "giochino" o "una bella vetrina" che uno strumento di lavoro.

Un cordiale saluto.

I siti web scelti per voi



Indirizzo Web	http://www.ao-pisa.toscana.it/
Descrizione	Sito dell' Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. Offre un discreta informazione per i Pazienti e una buona descrizione del complesso nosocomiale pisano. Buona la funzione di ricerca, in particolare per il personale medico e infermieristico delle varie UU.OO.
Pregi e difetti	Visualizzazione buona con tutti i browsers e agevole la navigazione nelle varie sezioni. Buona la sezione Gare e Appalti. Insufficiente quella dedicata alla Ricerca. Pecca per l'aggiornamento non proprio impeccabile e la grafica. Ottimi i links con gli enti e le istituzioni pisane e nazionali.
Giudizio complessivo	✪✪✪
Consigliato per	Pazienti e Tutti i medici
Registrazione necessaria	SI NO ☐☐
Aggiornamento newsletter	SI NO ☐

Indirizzo Web	http://www.area.pi.cnr.it/index.html
Descrizione	Portale di accesso per il CNR a Pisa. Consente un rapido collegamento con tutti gli Istituti CNR , fornendo dettagliate info per tutti. Di particolare interesse per i Medici i siti dell' Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) e quello dell' Istituto di Neuroscienze (IN). Il primo (IFC) è di gran lunga il più completo e offre un ventaglio completo di informazioni anche per il Paziente. In lingua italiana e inglese.
Pregi e difetti	Il portale di accesso CNR consente una navigazione agevole e rapida, ma pecca per la grafica obsoleta e un po' troppo "spartana". Il sito dello Istituto di Fisiologia Clinica è invece gradevole nell'aspetto, agevole nella navigazione e con menù a tendina nitidi e ben comprensibili. Offre inoltre informazioni complete per Medici e Pazienti, con un prezioso link per i singoli Ricercatori, raggiungibili per EMail e vie tradizionali nella sezione "Ricerca". Ben aggiornato e completo. Diverso il giudizio per il sito dell'Istituto di Neuroscienze , che è fortemente carente nell'aggiornamento e nella grafica.
Giudizio complessivo	CNR (portale) ✪✪✪✪ IFC ✪✪✪✪✪ IN ✪✪
Consigliato per	Tutti i medici, pazienti e ricercatori/ studenti.
Registrazione necessaria	SI NO ☐☐
Aggiornamento newsletter	SI NO ☐

Indirizzo Web	http://www.rad.unipi.it:8080/SITORAD/home.html
Descrizione	Portale di accesso per la Radiologia Diagnostica e Interventistica dell' AOUP di Pisa, ma anche per il Dipartimento di Oncologia, dei Trapianti e delle Nuove Tecnologie in Medicina (Dir. Prof. C. Bartolozzi) Con una grafica semplice ma molto efficace offre una navigazione veloce e agevole nelle varie sezioni dedicate all' Assistenza, alla Ricerca e alla Didattica. Ben fatta la sezione informativa per i pazienti con una
Pregi e difetti	dettagliata documentazione sulle varie procedure diagnostiche. Di grande pregio l' accesso alla sezione didattica Testnet, che offre una imponente didattica on-line di Facoltà, con possibilità di tutorials e prove di esame. Meno accattivanti alcune sezioni dedicate all'assistenza (es. Senologia), gravate da una grafica un po' kitch. Buono l'aggiornamento complessivo, anche considerando la sua vastità e l'enorme quantità di info accessibili dal sito. Originale e di grande utilità l'accesso al personale, fornito da pagine di Word e quindi stampabili nitidamente.
Giudizio complessivo	✪✪✪✪✪
Consigliato per	Tutti i medici (specialisti e non), Pazienti e Studenti.
Registrazione necessaria	SI NO ☐
Aggiornamento newsletter	SI NO

Indirizzo Web	http://www-cdu.dc.med.unipi.it/
Descrizione	Sito della Chirurgia Generale e d'Urgenza di Pisa
Pregi e difetti	Creato per Medici, Pazienti e Studenti, offre l'accesso a una notevole documentazione chirurgica e numerosi links. In doppia versione italiana e inglese include una imponente Photo Gallery di casi clinici e interventi. E' tra i più recensiti (oltre 195.000 visite). La difficoltà a memorizzare l'indirizzo web viene ovviata raggiungendo il sito da Google con la query: *emergency surgery*. Compare come primo tra 50 milioni di siti che contengono i due termini. Ha una impaginazione ottimale con il browser Internet Explorer, meno con Firefox. Costantemente aggiornato
Giudizio complessivo	✪✪✪✪✪ (Cicero pro domo sua)
Consigliato per	Medici, studenti e pazienti
Registrazione necessaria	SI NO ☐
Aggiornamento newsletter	SI NO ☐

Indirizzo Web	http://www.bib.med.unipi.it/
Descrizione	Sito dell'Università di Pisa + Sito della biblioteca online della Facoltà di Medicina. Portale di accesso estremamente completo nelle sue varie sezioni. Da consultare quotidianamente per Specializandi, Studenti e Medici.
Pregi e difetti	Pur dovendo comprendere tutte le Facoltà e le varie branche amministrative e non dell' Ateneo il sito offre una buona accessibilità, con una navigazione non immediatamente intuitiva, ma facile da apprendere. Estremamente aggiornato offre per i medici informazioni utili su Corsi di Studio post-Laurea, Masters etc e una Biblioteca ben fornita (con accesso diretto e free a molte riviste per chi è collegato tramite la linea universitaria). La ricerca nel sito è facilitata dalla casella di "accesso veloce" ben evidente e visibile nella homepage. Il sito è penalizzato dalla esigenza di comprendere una enorme mole di informazioni e dai troppi menù non a tendina. Grafica e aggiornamento buoni.
Giudizio complessivo	✪✪✪✪✪
Consigliato per	Medici, Specializzandi, Studenti
Registrazione necessaria	SI NO
Aggiornamento newsletter	SI NO

Fiorella Parenti Presidente AMMI - Pisa

L'inaugurazione del nuovo anno sociale

TAVOLA ROTONDA SULLA MEMORIA

"Tenere il nostro cervello impegnato in conversazioni, nella lettura e anche nei giochi di carte consente di mantenere una buona memoria". Questo è quanto emerso dalla Tavola Rotonda *La memoria: un dono o una conquista? Come allenare la mente per potenziare e mantenere le capacità mnemoniche* che abbiamo organizzato il 18 ottobre scorso per celebrare l'inizio del nostro anno sociale.
In pratica dobbiamo considerare il nostro cervello alla stregua di un muscolo: per mantenerlo efficiente si deve tenere in allenamento.
Queste conclusioni sulle quali hanno concordato il moderatore Prof. Alberto Muratorio e i tre relatori sono state accolte con un certo compiacimento dalle amiche che sono appassionate dei giochi di carte impegnati come il bridge o più semplici come il burraco o il pinnacolo.

Si è avuta, quindi, una rivalutazione dei "passatempi" che non sono un perditempo, ma contribuiscono specie nell'età over 60 a mantenere una integrità della mente nelle sue capacità mnemoniche.
Le relazioni degli oratori Prof. Pietro Pietrini, Dott. Claudio Gentili e Prof. Gabriele Siciliano sono state tutte e tre di alto livello scientifico e sicuramente vi è stata una certa difficoltà da parte dei non addetti ai lavori, che erano la maggioranza, ad ascoltarle. D'altronde un argomento così importante come la memoria umana che oggi è oggetto di studio con le più sofisticate tecniche di Risonanza Magnetica (RM) o di Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) non poteva essere trattato diversamente, tanto più da medici di alta preparazione scientifica come i nostri tre relatori.
Nonostante tutto il folto pubblico presente che occupava l'intera sala della Primarziale (in fondo alla sala vi erano anche persone in piedi) ha seguito con grande attenzione e vivo interesse le relazioni.
È stato affascinante scoprire l'importanza del sonno per il nostro cervello che non rappresenta una banale fase di abbandono, ma tramite una successione di "fasi" documentate elettroencefalograficamente costituisce una riorganizzazione o meglio, come diceva il Relatore un risettamento delle sue funzioni. Ed anche un buon sonno ha la sua influenza benefica sulla memoria, mentre la deprivazione di sonno è causa di grave compromissione delle funzioni mnemoniche. Abbiamo ascoltato con soddisfazione che le demenze, malattie che compromettono fino alla sua completa perdita la memoria, sono oggetto di numerose ricerche per scoprire come si determinano e quindi trovarne il rimedio.
Il progressivo incremento del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ha comportato un aumento dei casi di demenze e perciò questa malattia è sempre più

diffusa.
Vi sono già farmaci che rallentano lo sviluppo della demenza e la ricerca medica sta lavorando con notevole impegno per fornire in continuazione nuovi farmaci sempre più efficaci.
C'è stato spiegato che esistono dei fattori predisponenti per questo tipo di malattie come la familiarità, l'età o malattie pregresse, aspetti questi che non sono modificabili; ma esistono anche fattori predisponenti che possono essere modificabili e riconducibili ad un regolato stile di vita; perciò deve essere evitato l'abuso di alcool, il fumo di sigaretta, l'uso di droghe; anche certe malattie, come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito o l'ipercolesterolemia che possono predisporre alle demenze in età presenile o senile possono non solo essere curate, ma soprattutto controllate con sane abitudini alimentari o attività fisica.
Questa tavola rotonda è stata occasione di un affascinante viaggio nella scienza illustrato da valenti ricercatori che hanno arricchito le nostre conoscenze.
Abbiamo appreso, però, anche numerosi suggerimenti su come regolare il nostro stile di vita se desideriamo ridurre il rischio di malattie come le demenze e conservarci una memoria efficiente.

Dalla Tradizione Alla Innovazione

ABIOGEN PHARMA SPA

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

AFI 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 Pharma (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.

ACQUA E TERME DI ULIVETO SPA

DAL 1868

Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®

Aiuta la Digestione

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

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

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

Con Uliveto digerisci meglio.