

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:

Programma di Continuità Assistenziale Ventilatoria nel territorio pisano

*N. Ambrosino, M. Di Giorgio
U.O. Pneumologia,
Dipartimento Cardio-Toracico A.O.U.P.*

Mezzo secolo di professione nel libro di Giuseppe Costa

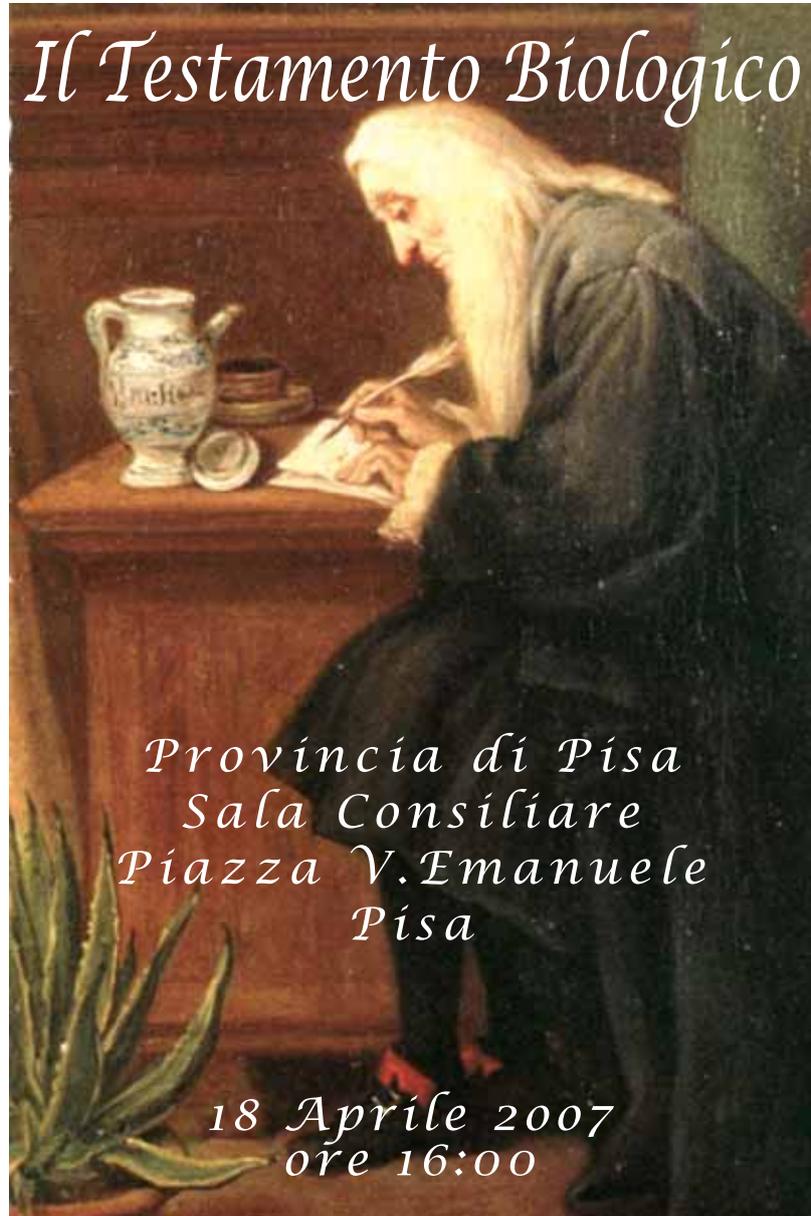
*Franco Pancani
Presidente CAO Pisa*

Il medico e la privacy

*Filomena Polito
Responsabile Ufficio Privacy USL 5 Pisa*



Associazione Oncologica Pisana
"P. Trivella"



PARTNER'S:



Società della Salute



Provincia di Pisa



Comune di Pisa
Ass. Politiche Sociali
Circoscr. 4



Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Sanità pisana: insieme per fare squadra

Istituzioni sanitarie e medici, insieme, per "fare squadra" con i cittadini allo scopo di tutelarne al meglio la domanda di salute ed al contempo qualificare la figura degli operatori. E' questo lo scopo primario dell'incontro che ha visto nella nostra sede, la partecipazione del neo Direttore Generale dell'Aoup, Vairo Contini e Maria Teresa De Laurentis, Direttore Generale della Asl 5. Un momento significativo che sottolinea il ruolo centrale dell'Ordine anche in materia di programmazione.

Lodevole, l'intervento di Contini, sui recenti fatti di cronaca sui quali ha fatto chiarezza proprio per sottolineare, al di là delle inchieste in atto, di un intatto livello qualitativo dell'intera sanità pisana, un livello d'eccellenza come la stessa comunità scientifica internazionale ha da sempre riconosciuto, nell'articolazione del discorso, Contini ha puntualizzato anche il concetto innovativo della "qualità totale" ovvero il nuovo ruolo del cittadino, non più utente o cliente, bensì cliente nella medesima logica aziendale del quotidiano. Secondo il suo giudizio,

Pisa rappresenta sempre il "cardine" della sanità regionale ed in tal senso il messaggio si base su alcune semplici parole, ascoltare informare, comunicare, orientare per soddisfare quanto richiesto. Se le parole di Contini hanno trovato il consenso del nostro Consiglio, l'opinione espressa da Maria Teresa De Laurentis ci ha riportato a quanto ancora rimane da fare sul nostro territorio specie a causa delle patologie croniche dovute all'aumento della popolazione anziana, alla quale, è indispensabile la facilitazione del percorso diagnostico-terapeutico che deve essere solo e soltanto avviato e coordinato dal medico di medicina generale. Ritengo quindi fondamentale il riconoscimento e rispetto dovuto all'Ordine dei Medici ed Odontoiatri, finalizzato ad una fattiva collaborazione tra sanità del territorio ed ospedaliera, anche per i temi di natura programmatica e decisionale. In tal senso è nostro intento, proseguire nel percorso già avviato che prevede ulteriori contatti con i sindaci dei comuni delle tre Società della Salute operanti sul nostro territorio.

Premi & Riconoscimenti

Nel corso della cerimonia inaugurale dell'Anno Accademico 2006-2007 (663° anno dalla fondazione dell'Università di Pisa), dieci docenti dell'Ateneo sono stati insigniti dell'Ordine del Cherubino. Il prestigioso riconoscimento viene assegnato ogni anno a quei docenti che hanno contribuito ad accrescere il prestigio dell'Ateneo per i loro particolari meriti scientifici o per il contributo dato al suo funzionamento e al suo sviluppo. Tra questi, risultano insigniti anche i nostri colleghi Prof. Antonio Salvetti Direttore del Dipartimento di Medicina Interna dell'AOU, e Prof. Mario Del Tacca Direttore del Centro Interdipartimentale di Ricerche di Farmacologia Clinica e Terapia Sperimentale dell'Università di Pisa. Dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Pisa, le più sincere felicitazioni.

Felicitazioni anche per il ns iscritto, Prof. Pier Franco Conte, Direttore del dipartimento di Oncologia ed Ematologia del Policlinico di Modena, a cui è stato assegnato l'edizione 2007 del Premio internazionale Claude Jacquillat sul carcinoma mammario, considerato uno dei più importanti riconoscimenti per chi si occupa di tumori. È la prima volta che il prestigioso premio viene assegnato ad uno studioso italiano. Nella lista dei vincitori vanno infatti annoverati scienziati nordamericani (tra cui Judah Folkman, Larry Norton e Paul Bunn) ed un solo europeo, Martine Piccart.

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

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini,
Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
Digiprint

Linee guida per le medicine non convenzionali

DELIBERAZIONE N. 51

Il Comitato Centrale della FNOMCeO riunito a Roma il 23 febbraio 2007,

VISTE le precedenti determinazioni adottate dalla FNOMCeO con le linee-guida sulle Medicine non convenzionali individuate dal Consiglio Nazionale di Terni il 18 maggio 2002 e successivamente approvate il 21 giugno 2002 nelle quali si riconduceva ad atto medico l'esercizio di nove Medicine e pratiche non convenzionali;

RITENUTO opportuno, in vista della sempre più frequente richiesta di tali specifiche prestazioni professionali e in assenza di una legislazione nazionale in materia riaffermare la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico. Tutto ciò con particolare riguardo ai doveri deontologici dei medici chirurghi e degli odontoiatri in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e acquisizione del consenso, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri;

CONSIDERATA la necessità da parte della FNOMCeO, alla luce dell'art. 2 comma 1, lett. b) della legge 4 agosto 2006 n. 248 in materia di pubblicità dell'informazione di indicare, in fase di prima applicazione, agli Ordini provinciali quale atto di indirizzo e coordinamento, i criteri sui quali fondare la verifica sulla veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario informativo riguardo all'esercizio professionale in ambito non convenzionale;

FATTO PROPRIO il documento scaturito dal dibattito del Consiglio Nazionale riunito a Roma il 22 febbraio 2007 sul tema delle Medicine e pratiche non convenzionali;

VISTO l'art. 15 comma 1, lett. b) del DLGCP 16 settembre 1946 n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri,

DELIBERA

di approvare il documento elaborato dal Consiglio Nazionale del 22 febbraio 2007.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI (Consiglio Nazionale - 22 febbraio 2007)

Il percorso di responsabilità riguardo alla tematica dell'esercizio professionale delle Medicine e pratiche non convenzionali, già avviato a Terni dalla Federazione Nazionale nel 2002, vede oggi la FNOMCeO esercitare nuovamente, a distanza di cinque anni, un ruolo di riferimento per i Colleghi medici e odontoiatri a garanzia della dignità della Professione ma soprattutto un compito di tutela della salute dei cittadini e di salvaguardia del livello qualitativo delle prestazioni professionali rese anche in ambito non convenzionale.

La presa di posizione di Terni rimane a tutt'oggi l'espressione concreta della doverosa attenzione che la FNOMCeO deve porre in essere in tutti i campi dell'esercizio professionale.

Non è stato un percorso facile e ancora oggi rivendichiamo la giustezza di quella scelta.

Ritenere che l'esercizio professionale di nove Medicine e pratiche non convenzionali costituisce atto medico già all'epoca fu espressione della volontà di offrire al cittadino la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Libertà di scelta che secondo noi medici ed odontoiatri non può prescindere dalla piena informazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici.

Sulla base, quindi, del consenso libero e informato si ritenne consapevolmente di trasferire nella sfera delle responsabilità etiche, civili e tecnico-professionali un sistema di conoscenze e di attività quali le Medicine e pratiche non convenzionali, pur nella consapevolezza delle difficoltà esistenti sul piano della metodologia scientifica

che caratterizza e definisce la Medicina ufficiale.

L'Ordine professionale riafferma anche in questo campo la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico con particolare riguardo ai doveri dei medici in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e di acquisizione del consenso.

Oggi si ritiene opportuno ribadire la necessità di definire a livello legislativo il sistema delle prestazioni mediche non convenzionali, in considerazione della sempre più frequente richiesta professionale non convenzionale, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri.

Riteniamo che i pilastri di tale normazione dovranno fondarsi su una puntuale definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti formativi nonché dei curricula formativi, ovvero delle regole e norme di regolamentazione dell'esercizio professionale e dell'autorizzazione di farmaci, rimedi e presidi non convenzionali.

In tale senso la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

CHIEDE

con forza un intervento legislativo del Parlamento che porti all'approvazione di una normativa specifica sulle Medicine e pratiche non convenzionali che consenta anche in tali ambiti il rispetto del diritto sancito dalla Costituzione alla tutela della salute dei cittadini, possibile solo attraverso una piena realizzazione e valutazione della competenza professionale,

DECIDE

nelle more di tale normazione legislativa di esercitare fino in fondo il proprio ruolo di garanzia e di tutela dei cittadini e di consentire agli Ordini provinciali di svolgere in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari informativi relativamente all'esercizio delle Medicine e pratiche non convenzionali così come previsto dall'art. 2, comma 1, lett. b) della legge 4 agosto 2006 n. 248.

DELIBERAZIONE N. 52

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Roma il 23 febbraio 2007;

VISTO l'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 che testualmente sancisce: "Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine";

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 175 così come modificata dall'articolo 3 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dall'articolo 12 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 e dal comma 8 dell'articolo 7 della legge 3 maggio 2004, n. 112;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2003, n. 70 "Attuazione della direttiva comunitaria 2001/31/CE" relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione nel mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico;

VISTI gli articoli 55, 56 e 57 del Codice di Deontologia Medica approvato in data il 16 dicembre 2006 e la Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTA la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007;

VISTE le risultanze della riunione del 30 gennaio 2007 della Commissione tecnico-giuridica della Federazione;

VISTE le risultanze della riunione del 6 febbraio 2007 della Commissione sulla pubblicità sanitaria;

CONSIDERATO che occorre individuare orientamenti comuni finalizzati a consentire agli Ordini provinciali di svolgere, in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari così come stabilito nel già citato articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248;

CONSIDERATO che gli Ordini provinciali, anche prima dell'entrata in vigore della legge 4 agosto 2006, n. 248 non dovevano provvedere a rilasciare alcun provvedimento autorizzatorio nei confronti dei messaggi pubblicitari proposti dagli iscritti ma che avevano solo il compito di rilasciare un nullaosta, quale parere obbligatorio ma non vincolante nei confronti degli Enti territoriali, titolari del potere di adottare l'autorizzazione prevista dagli articoli 2 e

5 della legge 175/92;

CONSIDERATO che la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007 non ha in alcun modo modificato l'interpretazione del quadro normativo preesistente, essendosi espressa in via incidentale sulla materia;

CONSIDERATA la necessità di sostituire al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica la dizione: "autorizzata dall'Ordine" con "verificata dall'Ordine";

CONSIDERATO altresì che in relazione a quanto previsto nella presente deliberazione occorre modificare ed integrare in parte alcune indicazioni previste nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTO l'articolo 15, comma 1, lett. b), del DLCPS 13 settembre 1946, n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini;

DELIBERA

- ogni messaggio pubblicitario, svolto dai medici e dagli odontoiatri in materia sanitaria a titolo individuale, in forma societaria o comunque nelle loro funzioni di Direttori Sanitari di strutture autorizzate, deve essere rispondente alle disposizioni deontologiche di cui agli art. 55, 56, e 57 del vigente Codice di Deontologia e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice, relativamente ai contenuti, ai mezzi e alle forme dell'informazione sanitaria;
- gli Ordini, ai fini degli obblighi della verifica deontologica prevista nell'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 cui corrisponde l'esercizio della potestà disciplinare in caso di accertata violazione delle norme, promuovono iniziative ed attivano procedure idonee a favorire la comunicazione da parte degli iscritti dei propri messaggi pubblicitari;
- a partire dal 1° aprile 2007, fatta salva la pubblicità già oggetto di specifica autorizzazione da parte degli Ordini o degli altri Enti allo scopo abilitati, la comunicazione di cui sopra dovrà avvenire tramite una specifica dichiarazione, rilasciata dall'iscritto, di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia e a quanto previsto nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice stesso. La mancata comunicazione preventiva ha rilievo disciplinare solo nel caso in cui il messaggio non sia, alla verifica, conforme alle norme deontologiche;
- gli Ordini devono attivare strutture e procedure di consulenza per i propri iscritti, al fine della valutazione preventiva e precauzionale del messaggio, allo scopo di prevenire e contenere il contenzioso disciplinare;
- gli Ordini, qualora formalmente richiesti, sono tenuti a rilasciare il "nulla osta" previsto dalla legge 175/92 che gli Enti territoriali (Comuni e Regioni) dovessero esigere nel procedimento, quale atto indefettibile della procedura amministrativa;
- ai fini della tutela della dignità e del decoro, i mezzi, le forme e gli strumenti indicati nella legge 175/92 e nel DM 657/94 per la diffusione dei messaggi pubblicitari conservano piena rispondenza alle disposizioni del vigente Codice di Deontologia anche a seguito delle innovazioni legislative introdotte in materia;
- la dizione "autorizzata dall'Ordine" di cui al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica viene sostituita con "verificata dall'Ordine";
- il testo della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, approvato il 16 dicembre 2006, viene modificato secondo gli orientamenti contenuti nella presente deliberazione;
- il testo dell'articolo 56 del nuovo Codice di Deontologia Medica e della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria fanno parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- al fine di esercitare le funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività degli Ordini di cui all'articolo 15, lett. b), del DLCPS 233/46, la FNOMCeO costituisce l'Osservatorio Nazionale sulla Pubblicità dell'Informazione Sanitaria, coordinato dal Segretario della Federazione e composto da un gruppo tecnico-giuridico e da responsabili istituzionali degli Ordini provinciali, da individuare con apposita deliberazione del Comitato Centrale. L'Osservatorio avrà compiti di monitoraggio sull'efficacia delle procedure attuate, di sviluppo degli orientamenti in materia di nomenclature delle attività sanitarie e di valutazione degli elementi costitutivi i costi delle prestazioni infine di consulenza agli Ordini provinciali al fine di rendere uniformi e coerenti i comportamenti degli stessi. Entro dicembre 2007, l'Osservatorio provvede alla definizione di un primo specifico Rapporto al Comitato Centrale, anche allo scopo di motivare eventuali proposte al Consiglio Nazionale di adeguamenti ed integrazioni alle procedure di verifica e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione allegata al Codice.

Pillola del giorno dopo: obiezione di coscienza e diritti del paziente

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha diramato una circolare sul problema della "pillola del giorno dopo" e dell'obiezione di coscienza. La FNOMCeO ricorda che la Commissione Nazionale di Bioetica si è pronunciata sulla materia sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della "pillola del giorno dopo". Pur essendo tale "clausola di coscienza" concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza (riconosciuta nel nostro ordinamento solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè nei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppres-

sione della vita), tuttavia trova la sua consacrazione nell'art. 22* del Codice di Deontologia Medica, che consente al medico di rifiutare la propria opera se contrasta con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, purchè questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita. Ciò significa che, per il caso della "pillola del giorno dopo", il medico non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione, ma deve provvedere, nell'ambito delle proprie responsabilità, affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione. Questo perchè l'esercizio della "clausola di

coscienza" non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e dei diritti riconosciuti alle donne dall'ordinamento giuridico.

(Tratto da Toscana Medica News del 14/12/06)

***Art. 22: Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica**

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.

Roma, 11 Dicembre 2006

Comunicazione N. 81

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Ai Presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'albo degli Odontoiatri

Loro Sedi

Sono pervenute alla Federazione numerose richieste di informazioni in merito alla problematica dell'obiezione di coscienza relativamente alla prescrizione della "pillola del giorno dopo" con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano il servizio di continuità assistenziale.

Si ritiene, pertanto, opportuno fornire a tutti gli Ordini provinciali chiarimenti in proposito considerando anche l'aspetto della responsabilità civile del medico in merito alla questione specifica.

La Commissione Nazionale di Bioetica si è pronunciata con una nota del 28/5/2004 sulla contraccettione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Pur essendo tale "clausola di coscienza" concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè di quei casi in

cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998.

Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento alla salute della persona assistita, è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge

Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art 1, Legge 405/75 "Istituzione dei consultori familiari")

E' necessario pertanto individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi

Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono servizio di continuità assistenziale bisogna considerare che i medesimi all'interno dello stesso possono intervenire in situazioni di urgenza con relativa prescrizione di farmaci ed è in questa veste che, verosimilmente, sono tra i più interessati dalla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione

La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione

Tale posizione trova riscontro nella postilla alla nota del Comitato di Bioetica che prendendo atto che l'ampliamento della libertà riconosciuto al medico nel caso di prescrizione della pillola del giorno dopo comporta come conseguenza la possibilità di disagi aggiuntivi all'accesso al principio farmacologico invita le Autorità ed Istituzioni competenti a vigilare e provvedere affinché l'esercizio della clausola di coscienza non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico

La FNOMCeO ritiene, inoltre, che trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art. 9 della Legge 194/78 (Legge sull'interruzione della gravidanza), i medici debbano adottare le modalità prescritte nell'articolo medesimo e pertanto debbano inviare la dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al direttore generale della ASL e al direttore sanitario nel caso di personale dipendente dall'ospedale.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco



La Finanziaria 2007

La Finanziaria 2007, benché composta da un unico articolo contiene ben 1364 commi, ed ha introdotto molteplici novità che riguardano tra l'altro: la casa, l'auto, l'irpef, le deduzioni fiscali, il reddito dei professionisti, gli studi di settore, e la nuova modalità di riscossione dei compensi da parte dei medici per le prestazioni svolte nelle strutture sanitarie private.

Per quanto concerne la "casa" modifiche sono state introdotte sugli adempimenti relativi all'Ici, e sulla prossima attribuzione delle funzioni catastali ai singoli Comuni, per le "auto" torna la rottamazione dei veicoli più inquinanti, per la determinazione dell'Irpef si torna al meccanismo delle detrazioni di imposta e vengono modificati gli scaglioni con la soppressione della no-tax area; per quanto riguarda le "deduzioni" le spese dei farmaci dovranno essere certificate (a decorrere dal 01.07.07) da fattura o scontrino

fiscale contenente il dettaglio dei medicinali acquistati e l'indicazione del codice fiscale del destinatario, potranno essere dedotte le spese sostenute in favore dei figli a carico (con età compresa tra i 5 e i 18 anni) per l'iscrizione annuale ad associazioni sportive, palestre, piscine fino ad un massimo annuo di € 210,00, le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza saranno deducibili fino a € 2.100,00 annui; così come saranno deducibili le spese documentate nel limite di € 1.000,00 sostenute e pagate per l'acquisto di un personal computer da parte dei docenti delle scuole pubbliche, ma anche la sostituzione del frigorifero, del congelatore di classe energetica non inferiore ad A+ darà il diritto alla deduzione pari al 20% con un massimo di € 200,00 per ciascun apparecchio. E anche l'acquisto della televisione digitale (possibilità questa offerta ai soli abbonati in regola con il cano-

ne Rai!) dotata di sintonizzatore digitale godrà di una detrazione del 20% fino ad un importo massimo di € 1.000,00, pari a € 200,00 di deduzione.

Il reddito dei liberi professionisti viene sempre più ad assomigliare al reddito di impresa con la possibilità per il lavoratore autonomo che acquista l'immobile da adibire a studio di procedere all'ammortamento del bene, le spese di ristrutturazione dello studio sostenute dopo il primo gennaio 2007 non saranno più essere dedotte in cinque anni, ma nell'anno nel quale sono sostenute nel limite del 5% del costo complessivo di tutti i beni materiali ammortizzabili e quindi in quote costanti nei cinque esercizi successivi; le spese telefoniche dal 2007 in poi si potranno dedurre nella misura dell'80% (sia per la telefonia mobile che per quella fissa).

Gli Studi di settore si arricchiscono di un nuovo indice: "l'indicatore di normalità economica" idoneo a rilevare la presenza di ricavi non dichiarati o di rapporti di lavoro irregolare.

Infine il comma 38 prevede che con decorrenza primo marzo 2007 la riscossione dei compensi per l'attività svolta dai medici nell'ambito delle strutture sanitarie private è effettuata obbligatoriamente da parte della struttura stessa, sulla quale graveranno nuovi obblighi contabili e dichiarativi. La struttura sanitaria provvederà a trasmettere al fisco i dettagli degli incassi effettuati, mentre il medico emetterà la ricevuta al paziente e adempirà a tutti gli obblighi fiscali conseguenti. (Fonte: "Il Sole 24 Ore" e "Italia Oggi")



L'Ordine: garante della qualità professionale

Uno degli aspetti prioritari e fondamentali per l'attività del medico e dell'odontoiatra è il costante aggiornamento professionale ma oggi, data la rapidità dei progressi scientifici, è molto complesso per il singolo professionista verificare la qualità e validità degli eventi che quotidianamente vengono proposti.

E' l'Ordine quindi, garante della qualità professionale dei propri iscritti nei riguardi delle istituzioni e dei cittadini, che, senza sovrapporsi alle università o alle società scientifiche, deve contribuire all'aggiornamento fornendo opportune occasioni.

Nello specifico, oltre alla rilevazione dei bisogni formativi e alla progettazione degli obiettivi, l'Ordine deve contribuire alla valutazione e validazione delle attività formative in modo che quelle proposte privilegino specificatamente aspetti inerenti l'etica e la deontologia.

Per meglio rispondere alle esigenze del gran numero di iscritti, il Consiglio dell'Ordine della Provincia di Pisa sta da tempo individuando percorsi di aggiornamento, modalità e tematiche che possano realmente interessare e rispondere ai bisogni formativi. Rilevante è anche l'esigenza di dare la possibilità ai colleghi di acquisire, insieme all'aggiornamento professionale, i crediti ECM, come previsto dalle normative recentemente emanate.

Le modalità formative che hanno risposto maggiormente alle esigenze sono state quelle che hanno previsto l'organizzazione di eventi monotematici, a numero chiuso e con obbligo di prescrizione.

E' stato preferito l'intervento di pochi relatori, con relazioni sintetiche, che fossero di stimolo alla discus-

sione e dessero ampio spazio alle esercitazioni pratiche, al lavoro per piccoli gruppi e all'apprendimento attivo.

Il primo evento dell'anno 2007, dal titolo "Il medico e la privacy", si è tenuto in data 26 gennaio. Lo scopo in specifico è stato quello di affrontare, alla luce delle recenti normative, gli adempimenti del medico e dell'odontoiatra e le responsabilità conseguenti al non corretto trattamento dei dati.

L'incontro condotto dalla dr.ssa Filomena Polito ha visto la partecipazione di 70 medici e 30 odontoiatri. Al termine sono stati distribuiti due questionari: uno per saggiare il livello di gradimento fra i partecipanti e l'appropriatezza dei temi trattati rispetto agli obiettivi, ed uno per valutare il livello di apprendimento e l'interiorizzazione dei contenuti affrontati. Sono stati raccolti 90 questionari di valutazione/gradimento e 90 questionari di autovalutazione. L'analisi dei questionari ha rilevato che l'argomento ha destato un vivo interesse. Per tale motivo è sembrato opportuno pubblicare un articolo della relatrice in modo da permettere, anche agli assenti, di avere una breve sintesi di quanto esposto durante l'intervento.

Il secondo evento, dal titolo "Aspetti normativi e giuridici del consenso informato", si è tenuto in data primo marzo 2007. I relatori, dr.ssa Annalia Lucchetti e i professori Ranieri Domenici e Mario Zana, hanno illustrato le recenti disposizioni legislative, introdotte e discusso gli aspetti etici, medico legali e giuridici al fine di stimolare una riflessione critica per migliorare la comunicazione medico-paziente e l'uso della modulistica.

All'incontro hanno aderito oltre 90

tra medici e odontoiatri ai quali sono stati distribuiti i questionari la cui elaborazione e valutazione è ancora in corso di effettuazione.

Al fine di offrire la possibilità di discutere anche gli aspetti pratici e psicologici della problematica del consenso informato, in data quindici marzo è stato effettuato un nuovo incontro di aggiornamento che ha affrontato il rapporto con il nuovo codice deontologico e ha dato ampio spazio alla discussione di casi clinici.

E' in via di organizzazione anche l'evento dal titolo "Il dolore acuto in Ospedale e sul Territorio" durante il quale verranno trattate tematiche inerenti i principi farmacologici della terapia antalgica, la corretta prescrizione degli oppiacei, la rilevazione e misurazione del dolore, il triage del dolore acuto in Pronto Soccorso, la gestione del paziente con dolore cronico riacutizzato nel confronto Ospedale-Territorio.

Entro l'anno è inoltre prevista l'organizzazione di un corso B.L.S. e di un incontro sulle corrette modalità della certificazione e prescrizione medica.

Il Consiglio dell'Ordine, nell'ottica di rispondere meglio alle esigenze formative dei propri iscritti, ha predisposto anche nell'anno in corso un brevissimo questionario di seguito riportato che potrà essere spedito all'Ordine Dei Medici Chirurghi Ed Odontoiatri,
via Battelli n. 5 - 56127 Pisa
o via Fax al n. 050 973463
e-mail: segreteria@omceopi.org

ORDINE dei MEDICI e degli ODONTOIATRI
Provincia di Pisa
Indagine conoscitiva sulle istanze formative
Marzo 2007

Dati anagrafici (non obbligatori)

Cognome Nome

anno di nascita e-mail

Sono interessata/o ai seguenti argomenti

- Il nuovo Codice deontologico
- Eutanasia e accanimento terapeutico
- Avviamento professionale neolaureati
- Terapie palliative
- Comunicazione medico paziente
- Medicine complementari
-
-
-
-
-

Sono interessata/o a ricevere i crediti ECM

- sì
- no

Sono interessata/o a iniziative della durata di :

- Una giornata
- mezza giornata
- due ore serali in più sessioni
- o con incontri in orario dalle 19 alle 23 con breve interruzione per break
- Il giorno (o mezza giornata) maggiormente indicato per me è.....
- altro.....

In caso di trascrizione di dati anagrafici, firmare per l'autorizzazione ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Dr.

La sideropenia in età evolutiva

La deficienza di Fe, pur raggiungendo la sua massima incidenza e gravità nelle nazioni in via di sviluppo, costituisce un problema nutrizionale anche nei Paesi ad alto tenore di vita, dove, delle sindromi carenziali di alcuni decenni fa, rimane in pratica l'unica ad essere ancora relativamente frequente.

L'importanza di mantenere normale lo stato marziale deriva dal ruolo biologico che il Fe svolge nell'organismo. Per molti anni l'anemia è stata considerata il metro principale per misurare i possibili effetti sfavorevoli di una carenza marziale. In realtà l'anemia sideropenica non è una "malattia" del tessuto eritropoietico, ma piuttosto una malattia sistemica, in cui sono coinvolti molti parenchimi. Il termine di anemia sideropenica dovrebbe essere dunque sostituito con quello più appropriato di malattia sideropenica, in cui la riduzione dell'Hb è, entro certi limiti, il segno clinicamente meno importante. Infatti, quando la concentrazione emoglobinica diminuisce, aumenta il contenuto intra-eritrocitario di un metabolita intermedio della glicolisi, il 2,3, difosfoglicerato, che riduce, attraverso un

meccanismo competitivo, l'affinità dell'Hb all'ossigeno. Ne consegue che l'aumentata capacità dell'Hb di liberare ossigeno evita, entro certi limiti, l'ipossia tissutale. Così, un paziente con una lieve anemia può non essere funzionalmente anemico. Da un punto di vista clinico, una modesta diminuzione dell'Hb è importante soprattutto perché rappresenta la spia di una situazione patologica. L'interessamento di tessuti non eritroidi nella carenza marziale trova una spiegazione nella distribuzione del Fe nell'organismo: la stragrande maggioranza è contenuta nell'Hb, nella mioglobina, nella ferritina ed emosiderina, mentre una piccola quantità è contenuta in enzimi che svolgono importanti funzioni biologiche. Nelle cellule molti processi metabolici necessitano di enzimi contenenti Fe o richiedenti Fe come cofattore. Tali enzimi non sono un santuario inviolabile, ma risentono precocemente degli effetti della sideropenia. Non c'è dunque da meravigliarsi se la carenza di Fe a livello tissutale provoca manifestazioni indipendenti dall'anemia. Sia negli animali da laboratorio che nell'uomo sono state descritte alterazioni dei tessuti non

eritroidi, imputabili alla sideroenziopenia e responsabili di molti sintomi dell'anemia sideropenica (Tabella 1). Sono ormai noti gli effetti della sideroenziopenia sulle funzioni muscolari, intestinali e mentali, sull'accrescimento corporeo, sulla termogenesi. Particolarmente sensibili alla sideroenziopenia sono le cellule epiteliali, in rapida proliferazione, del tratto superiore dell'apparato digerente, da cui deriva la frequenza con cui si manifestano le alterazioni della mucosa orale (glossite, stomatite, cheilosi angolare). La sideroenziopenia tissutale si può manifestare prima di una significativa diminuzione dell'Hb, dal momento che la vita media degli eritrociti è molto lunga. Da quanto detto risulta chiaro come la profilassi e la terapia della carenza marziale vadano molto al di là della semplice prevenzione e correzione dell'anemia.

Valutazione dello stato marziale

I parametri di laboratorio per valutare lo stato marziale sono numerosi ed in grado di stabilire la diagnosi e la gravità di una sideropenia.

L'approccio ottimale è rappresen-

Tabella 1: Principali manifestazioni della sideropenia

SEGNI E SINTOMI	ENZIMI CARENTI
Astenia Ridotta resistenza allo sforzo	Alfa-glicerofosfato-ossidasi Citocromo-ossidasi Piruvato-ossidasi
Irritabilità Alterazioni del comportamento Riduzione dell'attenzione e della memoria	Monoammino-ossidasi Aldeide-ossidasi Deficit della trasmissione neuronale dopaminergica
Ridotto assorbimento intestinale Glossite, Cheilosi angolare	Citocromo-ossidasi Ribonucleotide reductasi

Test di laboratorio	6-24 mesi	2-5 anni	6-11 anni	12-14 anni	15-18 anni
Emoglobina (g/dL)	<11	<11	<11,5	<11,5 (F) <12 (M)	<12 (F) <13 (M)
Volume corpuscolare medio (μ^3)	<70	<73	<75	<78 (F) < 77 (M)	<79 (F) < 78 (M)
Transferrina satura (%)	<10	<12	<14	<16	<16

Tabella 2: Parametri di laboratorio che indicano carenza marziale in relazione all'età

tato dall'utilizzazione di una batteria di esami la più ampia possibile. Nessun singolo test (Hb, transferrina, volume globulare medio, ...) è infatti sufficientemente sensibile e specifico per svelare tutti i pazienti con carenza di Fe, poiché esiste una marcata sovrapposizione di quasi tutti i parametri di valutazione tra soggetti normali e soggetti con lieve sideropenia (Tabella 2).

L'unico parametro di cui può essere fissato un valore discriminante tra normalità e sideropenia è la ferritina sierica, la cui concentrazione è strettamente correlata con l'entità dei depositi marziali. E' ormai accertato che livelli di ferritina sierica inferiori a 10-12 μ g/L sono sempre espressione di un esaurimento del Fe di riserva e la loro determinazione rappresenta in pratica l'unico mezzo per evidenziare un'iniziale carenza marziale, quando tutti gli altri parametri sono normali. Tuttavia, i livelli di ferritina sierica, una proteina "reattiva", possono aumentare indipendentemente dallo stato marziale in parecchie condizioni patologiche: malattie infettive od infiammatorie, epatopatie, neoplasie ed anche durante banali episodi febbrili.

Fattori favorenti la sideropenia

La diffusione della carenza marziale è influenzata essenzialmente da tre fattori: fisiologici, nutrizionali, patologici (Tabella 3). Uno stato sideropenico può essere la risultante dell'azione variamente combinata di questi fattori. Poiché la carenza alimentare di Fe relativa alla rapida crescita è la causa più frequente di sideropenia in età pediatrica, è evidente l'importanza dei fattori fisiologici e nutrizionali nel determinare uno stato carenziale in questo periodo della vita. Tra i fattori fisiologici, l'elevato ritmo di crescita gioca un ruolo particolarmente importante. Si spiega così, almeno in parte, l'incidenza maggiore della sideropenia nei bambini dal 6° al 24° mese di età (il peso corporeo raddoppia e la protoporfirina eritrocitaria ed il recettore sierico della transferrina non vengono solitamente utilizzati). In età evolutiva inoltre i parametri variano con l'età.

I fattori nutrizionali svolgono, senza dubbio, un ruolo fondamentale nella determinazione della sideropenia, specialmente nei periodi di maggiore accrescimento. In un lattescente di un anno, ad esempio, solo il 70% del fabbisogno è fornito dal-

la emolisi fisiologica, mentre il 30% è in stretta dipendenza con la dieta, a differenza del maschio adulto, in cui solo il 5% delle richieste di Fe dipende dagli alimenti.

Alcune nozioni sui rapporti tra Fe e alimentazione sono indispensabili per poter sospettare uno stato carenziale e per essere in grado di impartire consigli dietetici, onde realizzare una efficace profilassi.

Il contenuto di Fe nella dieta non è sufficiente per quantificare, anche approssimativamente, il Fe assorbito, ma altri importanti fattori debbono essere considerati. Infatti la quantità di Fe assorbita da un pasto dipende, da una parte, dall'entità dei depositi marziali del soggetto e, dall'altra, dalla biodisponibilità del Fe degli alimenti, che varia in rapporto al contenuto di Fe emico e di Fe non emico e in rapporto alla presenza di inibitori e di promotori dell'assorbimento marziale.

L'assorbimento del Fe emico, che rappresenta circa il 40% del Fe contenuto nella carne e nel pesce, non viene influenzato dalla composizione della dieta, poiché il Fe è liberato dall'anello porfirinico soltanto dopo che l'eme è entrato nella cellula della mucosa. Al contrario, il Fe non emico diventa disponi-

Tabella 3: Fattori modulanti l'insorgenza della sideropenia nel bambino e nell'adolescente

Fattori Fisiologici	Elevato ritmo di crescita
Fattori Nutrizionali	Perdita di Fe (mestruazioni, gravidanza, allattamento)
Fattori Patologici	Perdite ematiche intestinali (latte vacino crudo o pastorizzato nel 1° anno di vita, diverticolo di Meckel, ulcera peptica, colite ulcerosa, m. di Crohn) Malassorbimento Emoglobinuria

bile per l'assorbimento dopo essere stato ionizzato nel lume intestinale, per cui la sua biodisponibilità dipende dalle concentrazioni di quei ligandi che ne facilitano o ne inibiscono l'assorbimento. La loro importanza deriva dal fatto che la quantità del Fe non emico, rappresentando l'85%-90% del Fe della dieta, costituisce la maggior parte del Fe assorbito.

I promotori dietetici sono ligandi che formano con il Fe piccoli complessi molecolari solubili. I più importanti sono l'acido ascorbico ed i "meat factors" (aminoacidi) contenuti nella carne e nel pesce. Il consumo di cibi ricchi in vit. C (frutta e verdura) ha dunque un ruolo importante nel mantenimento di uno stato marziale normale soprattutto quando la dieta è deficiente in proteine animali. Anche i "meat factors" promuovono l'assorbimento del Fe non emico con effetto additivo a quello dell'acido ascorbico.

I ligandi inibitori formano invece con il Fe non emico macrocomplessi non assorbibili. Ne sono esempio i fitati, i polifenoli, la fosfoproteina del tuorlo dell'uovo. I ligandi inibitori si trovano nella crusca, nel tè, nel caffè, nel latte e nel formaggio. Da un punto di vista marziale, il latte vaccino non è un buon alimento, contiene poco Fe (<1mg/L) che è scarsamente biodisponibile (5-10%) ed inibisce l'assorbimento del Fe contenuto in altri alimenti. La quantità di Fe nel latte umano è simile a quella del latte vaccino (<1mg/L), ma la sua biodisponibilità è elevata (50%). In netto

contrasto con quanto avviene nel maschio adulto e nella donna dopo la menopausa, i fattori patologici sono, nel bambino, raramente coinvolti nella eziologia della carenza di Fe. Di fronte ad un'anemia sideropenica, che trova una difficile spiegazione nei fattori fisiologici e nutrizionali, si dovrà pensare soprattutto ad un malassorbimento, in primis la celiachia, una malattia più comune di quanto si creda (1 su 100 abitanti). Talora i sintomi intestinali mancano ed una carenza marziale può indirizzare il sospetto diagnostico. Da sottolineare, nel primo anno di vita, l'importanza delle perdite di sangue occulto dall'intestino dovute al consumo di latte vaccino crudo o pastorizzato non sottoposto ad ebollizione.

Prevenzione della sideropenia tissutale

La strategia per prevenire la carenza marziale può essere attuata in vario modo: consigli dietetici, introduzione nella dieta di qualche componente fortificato con Fe, somministrazione di Fe medicinale.

In Italia, a differenza di quanto avviene in altre nazioni (Svezia, USA, Thailandia, ecc), non viene fortificato alcun alimento di base (farina, frumento, riso, sale, zucchero). Tuttavia nel bambino e negli adolescenti i consigli dietetici sono in genere sufficienti per una efficace prevenzione.

Il problema che interessa maggiormente il pediatra è la profilassi della carenza marziale nei bambini tra il 6° ed il 24° mese di vita. E' oppor-

tuno sottolineare che le misure preventive mirano ad evitare una sideropenia tissutale e non un'anemia sideropenica, evento tardivo della carenza marziale. Ciò acquista particolare significato nel lattante, in cui la sideropenia raggiunge la massima frequenza e causa i danni maggiori. Poiché il depauperamento del Fe si realizza anche nelle cellule a lunga vita, il cervello, che nel primo anno di vita quasi triplica il peso della nascita, rappresenta un organo particolarmente a rischio. Ciò spiega come nel lattante la più importante alterazione sistemica causata dalla sideropenia sia la compromissione della performance cognitiva. Vi sono ormai studi che suggeriscono che il Fe sia un elemento critico per il normale funzionamento del sistema nervoso centrale: età di inizio, gravità e durata della sideropenia sembrano importanti fattori modulanti la denominazione della performance mentale. L'approccio alla prevenzione della sideropenia nel lattante è riassunto nella Tabella 4.

Il nato a termine allattato al seno non necessita di alcun intervento preventivo nel primo semestre; in seguito il latte materno non soddisfa completamente il fabbisogno in Fe, tanto più che l'introduzione di alimenti solidi ne riduce l'assorbimento. Fortunatamente tutti i latti adattati ed i latti speciali (di soia, idrolisati, ecc) contengono quantità di Fe ritenute adeguate.

Con l'inizio del divezzamento, quando il lattante ha raddoppiato il

Tabella 4: Approccio alla prevenzione della sideropenia nel lattante

Mantenere se possibile, l'allattamento al seno per almeno 6 mesi
Usare un latte di proseguimento, invece del latte vaccino, durante il divezzamento e per tutto il primo anno di vita
Aumentare l'intake di acido ascorbico
Somministrare Fe medicinale ai lattanti di basso peso alla nascita dal secondo mese fino ai 12 mesi di età:
-2mg/kg/die (peso nascita kg 1,5-2)
-2mg/kg/die (peso nascita kg 1-1,5)
-4mg/kg/die (peso nascita kg <1)
Nei lattanti nati a termine la somministrazione di Fe medicinale (1mg/kg/die, max 15mg/die, dall'età di 4 mesi nell'allattamento al seno, fino a 12 mesi) dovrà essere decisa nel singolo caso

peso corporeo della nascita ed ha esaurito le riserve di Fe, lo stato marziale dipende esclusivamente dall'alimentazione. Nel secondo semestre di vita, in assenza del latte materno, sono indicati i latti di proseguimento, più adeguati a soddisfare le esigenze nutrizionali del lattante. Non è invece consigliabile l'uso di latte vaccino nei primi 12 mesi di vita, poiché presenta, in questo periodo, alcuni aspetti nutrizionali negativi. Il latte vaccino pastorizzato, se non bollito, causa perdita di sangue con le feci in una elevata percentuale di lattanti dopo il 6° mese di vita e la quantità di Fe perduta è nutrizionalmente importante. Nel 2° anno di vita, in particolare nei bambini in cui l'alimentazione è prevalentemente latte, sono preferibili i "latti di crescita" al latte vaccino, che contengono una maggiore quantità di Fe (10 mg/L) e di Vitamina C.

Terapia della sideropenia

Il trattamento della malattia sideropenica si basa essenzialmente su tre punti fondamentali:

- 1) eliminazione delle cause;
- 2) ripristino del patrimonio marziale;
- 3) prevenzione delle recidive.

La correzione della sideropenia senza averne chiarito con ragionevole certezza la causa, ha il significato di una semplice terapia sintomatica. Infatti, il trattamento della malattia sideropenica consiste, prima di tutto, nella eliminazione delle cause che l'hanno determinata. In altre parole, prima della somministrazione di Fe è necessario chiedersi: *perché il bambino è diventato sideropenico?*

Poiché in età pediatrica sono più frequentemente in causa fattori fisiologici e nutrizionali, si indagherà soprattutto sul ritmo di crescita, sull'alimentazione e, nelle adolescenti, sulle perdite fisiologiche di sangue. Nella *scelta del preparato* si dovranno considerare il contenuto di Fe elementare, la biodisponibilità, la tollerabilità ed il costo. Il solfato ferroso rappresenta il preparato standard con il quale viene

confrontata l'efficacia di tutti gli altri preparati. Il ruolo di eventuali additivi è discutibile e non vi è alcun beneficio pratico a prescrivere preparazioni contenenti altre sostanze, quali la vitamina B12, l'acido folico ed il cobalto. *Il momento della somministrazione* del Fe è di fondamentale importanza. L'assorbimento dei Sali ferrosi è massimo a digiuno, poiché i cibi riducono variamente la biodisponibilità del Fe, in rapporto alla composizione della dieta. Si calcola che l'assunzione del Fe con gli alimenti ne riduca la biodisponibilità del 50-65%. Nei lattanti il latte vaccino riduce l'assorbimento del solfato ferroso del 75%.

La dose di Fe elementare ritenuta ottimale corrisponde a 3 mg/kg/die, preferibilmente tra i pasti, in un'unica somministrazione nel lattante ed in 2-3 somministrazioni dopo l'anno di età. Anche nell'adulto, 100 mg/die sono sufficienti per ottenere una buona risposta terapeutica. Nel prescrivere una terapia marziale è indispensabile conoscere la quantità di Fe elementare presente nel preparato che si vuole utilizzare. Nel caso di una anemia sideropenica, *la risposta alla terapia marziale* può essere verificata soprattutto con l'aumento dell'Hb che, nel bambino, con un dosaggio di 3mg/kg/die di Fe, può giungere fino ad un massimo di 0,25-0,40 g/dL al giorno nel caso di grave anemia... La reticolocitosi non rappresenta un parametro ottimale di valutazione della risposta nelle anemie sideropeniche di modesta entità, che rappresentano la stragrande maggioranza nei paesi industrializzati. Il dosaggio della ferritina sierica è utile per monitorare la normalizzazione dello stato marziale e per determinare con precisione il momento della sospensione della terapia (generalmente 3 mesi). Se dopo 14-30 giorni, la terapia marziale non è seguita da un aumento significativo dell'Hb, è inutile protrarre la somministrazione di Fe, ma è necessario esaminare le possibili cause dell'insuccesso: inos-

servanza delle prescrizioni, uso di preparati contenenti Fe scarsamente biodisponibile, dosaggio non adeguato, ridotto assorbimento intestinale, continue perdite di sangue, errore diagnostico. Per quanto riguarda quest'ultimo, da segnalare la diagnosi differenziale con lo stato di portatore di trait thalassemico (normalità dell'RDW, aumento Hb A2 e/o Hb F) e con l'anemia da disordini cronici (ferritina aumentata).

Gli *effetti indesiderati* della terapia marziale per os sono rari nel bambino, in modo particolare nel lattante, ed essenzialmente in rapporto alla quantità di Fe solubile nello stomaco e nel tratto gastrointestinale superiore (azione irritativa diretta sulla mucosa). E' insolito che la terapia debba essere sospesa per la comparsa di stipsi, diarrea, nausea, dolori epigastrici e pirosi gastrica. Poiché la sideropenia non richiede quasi mai una urgente e rapida correzione, in caso di intolleranza, invece di sospendere il trattamento, può essere utile ridurre le dosi e somministrare il Fe dopo i pasti. Una buona strategia per migliorare la tolleranza può essere quella di iniziare con piccole quantità di Fe per dimostrare l'assenza di effetti collaterali ed aumentare gradualmente la dose giornaliera fino a quella desiderata. Una volta ripristinato il patrimonio marziale, occorre *prevenire le recidive* rimuovendo la causa della sideropenia. Una delle cause di frequente riscontro è una scorretta alimentazione: tipico è il caso di una dieta prevalentemente latte (latte vaccino) dopo il primo anno di vita. In questi casi, se la prevenzione delle recidive non può essere facilmente attuata, almeno a breve termine, con la modificazione della dieta, può rivelarsi opportuna, dopo la correzione della sideropenia, la somministrazione, continua o a cicli, di piccole quantità di Fe (ad esempio 0,5-1 mg/kg/die) in modo da mantenere normale lo stato marziale.

Medicina d'Urgenza: un futuro pieno di incertezze

In campo sanitario, gli anni 90' hanno rappresentato un periodo di grandi svolte. Nel marzo del 1992 fu emanato un DPR che regolamentava in modo dettagliato l'organizzazione dei servizi di Emergenza in Italia. Oltre alla implementazione del 118, fu definita la creazione dei Dipartimenti di Emergenza e del Pronto Soccorso autonomi. Nello stesso periodo si affermò, con il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, un sistema di gestione degli Ospedali di tipo Aziendale, in cui si perseguiva un rigidissimo monitoraggio delle risorse produttive volto ad ottimizzare i costi. Una delle più evidenti conseguenze di questa nuova organizzazione gestionale è stata una drammatica riduzione della disponibilità di posti letto di degenza per malati acuti che è passata da 8 letti per 1.000 abitanti nel 1990 a 3,3 letti per 1.000 abitanti nel 2004.

Questa modificazione crediamo possa essere, oltre all'incremento degli accessi di cui, in questa occasione non analizziamo le cause, una dei motivi del sovraffollamento dei Pronto Soccorso in Italia. Infatti questa struttura ha cessato di essere un luogo di esclusivo trattamento di eventi traumatici più o meno gravi, dove quasi tutti i pazienti di altro tipo venivano ricoverati, ed è diventato una struttura dove i pazienti vengono curati e studiati con accertamenti laboratoristici e strumentali allo scopo di poterli dimettere in sicurezza. E' evidente che la necessità che il Pronto Soccorso agisca da filtro alle prestazioni di ricovero ha allungato i tempi di permanenza dei pazienti. In verità la riduzione della disponibilità di posti letto ha contribuito all'affollamento dei Pronto

Soccorso anche creando un collo di bottiglia in uscita per i pazienti in cui la decisione al ricovero è già stata presa. Basta dare un'occhiata alla letteratura internazionale sull'overcrowding in Pronto Soccorso per verificare che il fenomeno della permanenza in Pronto Soccorso, per carenza di posti letto, di pazienti in cui la decisione di ricovero è già stata presa, non è solo un fenomeno pisano.

Di fronte a questi problemi è apparso subito evidente che il Pronto Soccorso avrebbe potuto incrementare la propria capacità di filtro e avrebbe potuto gestire meglio l'affollamento se avesse potuto disporre di letti dove poter eseguire dei trattamenti e/o dei percorsi diagnostici di breve durata. Per questo motivo negli ospedali più importanti si sono implementati letti di osservazione e di degenza breve.

I letti di osservazione, comunemente definiti OBI (Osservazione Breve Intensiva), sono di norma situati in Pronto Soccorso o nelle sue immediate adiacenze (a Pisa per carenza di spazi sono situati nella palazzina adiacente al Pronto Soccorso, al piano superiore, assieme ai letti di degenza breve). Questa struttura consente una valutazione clinica e/o un trattamento, in un tempo compreso tra le 3 e le 24 ore, senza ricorrere al ricovero ospedaliero. Va precisato, per evitare equivoci, che il termine intensivo va inteso come esplicativo dell'utilizzo di risorse strumentali e cliniche concentrate in un breve periodo di tempo e non si riferisce all'invasività delle procedure diagnostiche e dei trattamenti.

Un OBI non necessariamente deve essere una struttura a se stante, poiché letti tecnici di osservazione

possono essere presenti anche nei comuni reparti di degenza, ma comunque l'attribuzione a un medico del Pronto Soccorso della responsabilità di decidere in merito alla dimissione o all'eventuale ricovero del paziente trattenuto, sembrerebbe più logica, visto che questo medico è continuamente chiamato a tale decisione.

Naturalmente la necessità di letti di osservazione a supporto della attività del Pronto Soccorso fu ben compresa negli Stati Uniti molto prima che nel nostro paese, tanto che il Comitato di Gestione dell'American College of Emergency Physicians già nel 1988 pubblicò le prime linee guida, poi rielaborate nel 1995, per l'implementazione e la gestione di Observation Units nell'ambito dell'Emergency Department. Le funzioni dell'OBI sono state essenzialmente definite di 2 tipi:

1. Il trattamento a breve termine di condizioni acute a bassa complessità oggettiva ed alta criticità soggettiva (coliche renali e biliari, urgenze ipertensive, reazioni allergiche, ecc...)

2. La valutazione continua di pazienti in buone condizioni generali, potenzialmente dimissibili, ma con probabilità più o meno elevata di malattia grave, per i quali una diagnosi di certezza è formulabile solo dopo avere eseguito degli esami seriati e/o una osservazione longitudinale. Cioè valutazione di condizioni ad elevata complessità potenziale e bassa criticità oggettiva (dolori toracici recenti, traumi cranici minori, sincopi, etc.).

Al fine di ottenere una buona accuratezza diagnostica, ottimizzare il risultato clinico dei trattamenti intrapresi, ridurre i costi e migliorare la soddisfazione dei pazienti, ap-

pare fondamentale che questa struttura sia perfettamente organizzata, con criteri di ammissione, linee guida, procedure e protocolli ben definiti e facilmente applicabili, altrimenti si corre il rischio di intasarla con pazienti che il medico del Pronto Soccorso non ha avuto il coraggio di dimettere o di ricoverare. Un altro sistema per aumentarne l'efficacia è quello di affidarne la gestione ad un medico esperto (senior doctor) che dovrà dimostrare autorevolezza e rapidità nelle decisioni.

Anche i letti di degenza breve, comunemente definiti come Medicina di Urgenza, contribuiscono in modo decisivo a snellire l'attività del Pronto Soccorso consentendo di accogliere pazienti in condizioni temporaneamente critiche per stabilizzarli e per poterli trasferire in reparti di minore intensità di cura (reparti di degenza) oltre che per trattenere pazienti con problemi risolvibili mediante percorsi diagnostico-terapeutici codificati e di breve durata (di norma la degenza non dovrebbe protrarsi oltre le 72 ore). Per la rapidità di questi percorsi è di vitale importanza che il reparto

possa avvalersi di tutte le possibilità diagnostiche proprie del Dipartimento di Emergenza. Purtroppo, sovente questi letti servono anche per accogliere pazienti che andrebbero destinati ad un reparto specialistico o ad una degenza ordinaria, per carenza di letti in una di queste strutture. Un'altra importante funzione della degenza breve è quella di consentire al medico di Pronto Soccorso di variare la propria attività, alternando turni in Pronto Soccorso a turni nel reparto di degenza. Questo consente di ridurre la monotonia e lo stress della attività esclusiva in Pronto Soccorso e di favorire la crescita professionale attraverso una gestione più prolungata e completa del paziente, inteso come caso clinico, oltre che attraverso il più stretto rapporto di collaborazione con gli altri medici della struttura e in modo particolare con il direttore e con un senior doctor dedicato alla gestione del reparto.

Nel nostro reparto, che dispone di 19 letti, si è deciso di usare il posto letto come letto di osservazione o di degenza in funzione delle esigenze contingenti, in pratica la di-

stinzione tra i letti non è definita strutturalmente, ma funzionalmente. Questo ci consente una maggiore elasticità, anche se a volte crea qualche problema soprattutto nel conteggio dei dati di attività.

Nel 2006 sono stati trattenuti in osservazione e dimessi nelle 24 ore 1429 pazienti, inoltre sono stati ricoverati in degenza 2121 pazienti di cui 1040 sono stati trasferiti ad altri reparti mentre 1081 sono stati dimessi con degenza media di circa 3 giorni. Di tutti i trasferiti, solo 423 sono stati destinati a reparti di Medicina.

Dai dati riportati, soprattutto considerando che, nel 2006, il Pronto Soccorso ha ricoverato in tutto 8150 pazienti pari all'11,1% degli accessi, si deduce l'importanza dei letti di degenza e osservazione breve nell'economia del nostro Ospedale. Questa nostra organizzazione è una sfida continua per le difficoltà che comporta, ma è anche, per noi, fonte di soddisfazione e ci sprona ad operare avendo ben chiaro che al centro di tutti i nostri sforzi deve rimanere la salute e la soddisfazione del paziente.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Il Programma di Continuità Assistenziale Ventilatoria

La insufficienza respiratoria cronica con indicazione al trattamento ventilatorio rappresenta l'evento finale di numerose patologie respiratorie parenchimali croniche e neuromuscolari. Il progressivo incremento dell'incidenza della BPCO, il raggiungimento delle fasi più avanzate in molte malattie neuromuscolari nonché l'aumento dell'età media della popolazione, rendono sempre più frequenti i ricoveri ospedalieri legati alle fasi di riacutizzazione delle suddette patologie ed il ricorso a presidi terapeutici quali la ventilazione meccanica invasiva o non-invasiva (Figura 1). Sempre più numerose sono, infatti, le dimissioni di soggetti che necessitano di ventilazione meccanica non invasiva domiciliare e soggetti tracheotomizzati ventilatore dipendenti (21 soggetti solo nel 2005 nelle due UU.OO. Pneumologiche della AOUP).

Da qui è nata la necessità di creare un modello assistenziale volto a soddisfare esigenze complesse di soggetti che richiedono un'assistenza continuativa di tipo socio-

sanitario mediante l'applicazione di un piano assistenziale individualizzato e concordato. Il progetto di **continuità assistenziale** ha il fine di assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali a domicilio da parte di figure professionali fra loro funzionalmente correlate. In particolare, come definito dalla Legge della Regione Toscana N° 40/2005 la continuità assistenziale rappresenta *"il risultato di una modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino, in forma coordinata, integrata e programmata, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di zona e dei servizi ospedalieri in rete, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione"*.

La continuità assistenziale prevede pertanto un'adeguata pianificazione, programmazione ed organizzazione operativa dei sistemi sanitari secondo un modello di rete che

garantisca la comunicazione tra l'ospedale, il distretto, il territorio etc. La continuità assistenziale deve essere garantita, in particolar modo, alle "persone fragili": deve essere infatti rivolta prevalentemente a compensare situazioni di "non-autosufficienza parziale o totale", condizioni spesso riscontrate in pazienti anziani o che vivono situazioni logistiche precarie, che mancano di un supporto familiare o amicale, che necessitano di ventilazione meccanica a lungo termine, nutrizione artificiale e/o affetti da patologie cronico-degenerative, neoplastiche o da sindrome da immunodeficienza acquisita.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) e l'azienda USL5 hanno adottato il **progetto di continuità assistenziale AOUP-AUSL 5** diretto alla realizzazione di una gestione unitaria, tra ospedale e territorio, dei bisogni socio-sanitari del paziente con varia patologia fra cui quello con insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione meccanica domiciliare.

Figura 1: ventilatore per la ventilazione meccanica non invasiva (a sinistra) e invasiva (a destra)





Dalla collaborazione del personale medico e non medico dell'AOUP e della ASL5 e dei medici di medicina generale è nato uno specifico percorso assistenziale terapeutico con il fine di garantire una migliore assistenza ai pazienti con insufficienza respiratoria cronica. Le modalità operative sono ben definite e con/suddivise tra i vari operatori che partecipano a tale percorso quali il medico di medicina generale, il personale dell'AOUP, della AUSL 5, il caregiver, il volontariato, il personale della Società della Salute etc.

Con il progetto interaziendale ASL-5-AOUP "Dimissioni programmate nei pazienti con respiratori polmonari", l'azienda ASL 5 si è adoperata a fornire alle strutture dell'AOUP il materiale necessario per il trattamento domiciliare dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica con necessità di ventilazione meccanica domiciliare, portatori o meno di tracheotomia e residenti nella provincia di Pisa.

E' stato, pertanto, costituito un "magazzino aziendale", contenente dispositivi inventariati messi a disposizione dall'Azienda USL 5 (ventilatori meccanici e relativo materiale di consumo, aspiratori di secrezioni tracheobronchiali) cui poter attingere per la fornitura del materiale prescritto limitatamente ai pazienti residenti nella provincia di Pisa.

La prescrizione del ventilatore domiciliare tiene conto del modello

più idoneo al singolo caso nonché dei dispositivi di scorta giacenti nel magazzino, pur valutando la possibilità di richiedere direttamente alla ditta fornitrice il modello ritenuto più adeguato nel caso in cui anche il magazzino della UO Tecnologie Sanitarie Azienda USL 5 ne sia sprovvisto.

Durante le prime fasi del ricovero, il personale medico, infermieristico e fisioterapico ospedaliero adattano il paziente al ventilatore disponibile più adeguato e si fa carico di svolgere un programma di addestramento del paziente e/o del caregiver volto alla corretta gestione domiciliare del ventilatore stesso e del materiale di consumo.

Al momento della dimissione il medico specialista consegna al paziente il ventilatore prescritto, corredato del tubo di connessione, maschera e filtri, invia via fax alla UO Tecnologie Sanitarie della Azienda USL 5 la richiesta del materiale di consumo necessario per un anno, consegna al paziente/familiari il consenso informato da parte del paziente all'uso di tali dispositivi e ed il Foglio di Accoglienza del Servizio Assistenza Domiciliare cui il paziente dovrà fare riferimento in caso di problemi tecnici.

La continuità assistenziale deve essere attivata, mediante segnalazione ai Referenti della U.O. Assistenza Infermieristica di riferimento, durante il ricovero ospedaliero per quei pazienti identificati come "fragili", almeno 5 giorni feriali prima della presunta data di dimissione da parte del medico e Caposala.

Come si vede, si tratta di un programma impegnativo per tutti. Per la parte Ospedaliera e per la parte territoriale. Tuttavia il sempre crescente numero di pazienti "cronicamente critici" come quelli con Insufficienza Respiratoria cronica necessitanti Ventilazione meccanica invasiva o non invasiva a domicilio, rende inevitabile un cambiamento di prospettiva, di mentalità e di conoscenze.

In tutto questo programma il ruolo del *medico di medicina generale* è

centrale nel:

- Identificare precocemente il paziente a rischio di insufficienza respiratoria ed inviarlo alle necessarie indagini funzionali (spirometria, emogasanalisi ecc) in modo da poter agire precocemente nel corso della storia naturale della malattia respiratoria;
- Coordinare il lavoro dell'equipe territoriale nelle varie fasi dell'assistenza;
- Identificare precocemente riacutizzazioni e peggioramenti dello stato funzionale in modo da prendere i necessari contatti con la struttura ospedaliera;
- Individuare necessari percorsi di aggiornamento sanitario e tecnologico per tutte le figure coinvolte.

Il progetto non è finito qui.

Sarà completato con l'apertura della *Unità di terapia intensiva intermedia pneumologica*, che potrà consentire, in accordo con il Dipartimento di Emergenza Urgenza, una via preferenziale nel caso di riacutizzazioni e/o di problemi sanitari/tecnologici insorti.

Un ultimo rilievo riguarda gli attori principali di questo programma che sono il paziente e il suo/sua caregiver.

Sotto questo aspetto il progetto deve prevedere per il futuro:

- l'istituzione di un programma permanente di "Educazione del paziente e del caregiver", in modo da avere un punto di riferimento costante su tematiche legate all'assistenza;
- l'istituzione di un programma di "ricovero di sollievo" per i pazienti in modo da dare un periodo di riposo al caregiver;
- l'istituzione di un call center 24 ore/24 in modo da soddisfare le richieste verbali di consigli, dubbi etc. ed infine una espansione diretta della attività ospedaliera sul territorio, in modo da poter fornire anche a domicilio alcune prestazioni specialistiche (per es. il cambio della cannula tracheostomica), attualmente devolute esclusivamente all'ambito ospedaliero (ambulatoriale o di ricovero).

Mezzo secolo di professione nel libro di Giuseppe Costa

Mercoledì 21 Febbraio alle ore 15 nella Sala delle Balleari di Palazzo Gambacorti a Pisa, il nostro collega Dott. Giuseppe Costa ha presentato il suo libro *“Un Medico Dentista Racconta – Memorie di un tappabuchi di periferia”*. La prestigiosa sede è stata concessa grazie all’interessamento dell’Amministrazione Comunale e del Presidente dell’Ordine dei Medici per rendere onore ad un illustre Collega, alla sua pregevole opera scritta, ed alla sua storia umana e professionale, alla sua continua azione nel volontariato, alla sua intensa vita sportiva. Il saluto ai presenti in sostituzione del Vicesindaco di Pisa Costantino Cavallaro è stato dato dall’Assessore Dott.ssa Ciangheretti.

Successivamente hanno preso la parola Franco Pancani come Presidente della Commissione Odontoiatri dell’Ordine dei Medici, Lia Marianelli Preside del Liceo Scientifico “U. Dini” di Pisa e Stefano Sodi Presidente del Circolo Culturale “Il Portone”. Ognuno ha sottolineato gli aspetti del libro a suo dire più rappresentativi. Il sottoscritto quelli professionali, la Professoressa Lia Marianelli quelli scolastici e socioambientali prevalentemente legati agli anni giovanili dell’autore; Stefano Sodi spaziando su tutti gli aspetti sopra menzionati con interessanti osservazioni linguistiche e culturali. Partendo dal ti-

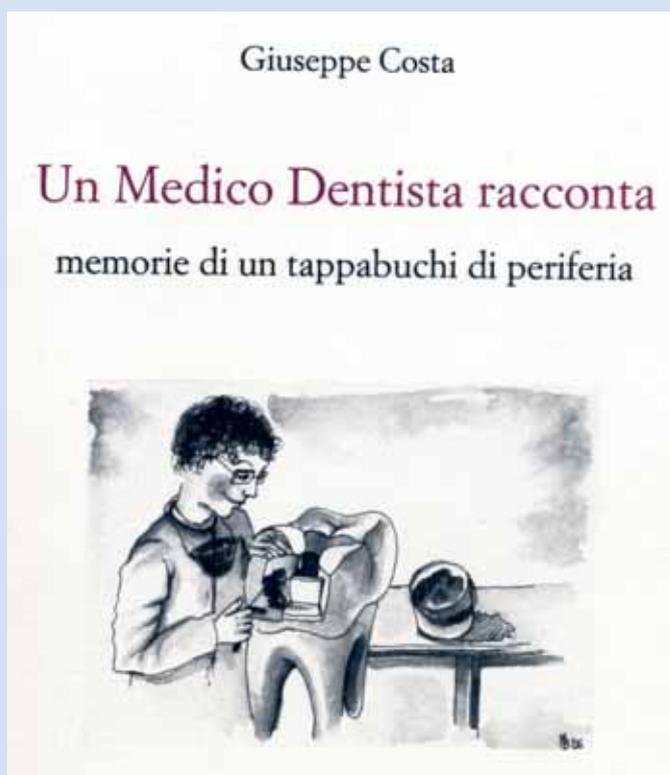
tolo ho sottolineato come la parola “tappabuchi” evidenziasse la personale modestia e più ancora l’ironia con cui Giuseppe Costa ha saputo guardare ad un onorevolissimo passato professionale, ancora più onorevole in quanto condotto da maestro in tempi in cui l’odontoiatria ne aveva ben pochi. Ricordo a questo proposito che un illustre collega torinese il Dott. Franco Noveri protesista e gnatologo amasse dire che il dentista passava la vita a tappare i buchi nelle bocche altrui: nei denti (conservativa, ecc.), intorno ai denti (parodontologia, ecc.), fra i denti (protesi). Di questo libro, ho ammirato la prosa scarna, essenziale, molto simile al parlato; fatto a mio parere molto moderno ed apprezzabile, che è difficile trovare in persone mature, e maturate in un ambiente

scolastico e sociale molto diverso dal presente. Un modo di scrivere che, per chi conosce bene il nostro autore ci avvicina molto al suo carattere ed al suo modo di comportarsi.

Un altro aspetto che ho subito apprezzato è la sottolineatura dello spaccato sociale all’interno del quale si è sviluppata la nostra professione nell’ultimo mezzo secolo:

“Fu già da ragazzo, quando ero sfollato nelle campagne intorno a Pisa, osservando i vecchi, ma anche i giovani, molto sdentati, o con pochi denti e tante lacune, ricordo che alcuni affermavano di riuscire a masticare il pane anche duro con le sole gengive. Mi facevano pena, riflettevo che non era giusto ridurre una donna, ma anche un uomo in quelle condizioni, c’era la miseria che ora non possiamo immaginare più, ma anche l’ignoranza, la trascuratezza. Tornavano a volte quasi contenti, dopo essersi fatti estrarre uno o più denti, affermando, stanotte dormirò, non sapevano immaginare soluzioni diverse, mi facevano pensare che anche in questo si poteva e doveva agire, con la convinzione, parlando, cercando di persuaderli a rispettare prima di tutto se stessi”.

Oggi fortunatamente la componente sociale è molto cambiata e, se è dato osservare dal vivo od in TV persone - magari anche importanti - con lacune dentarie, igiene orale molto tra-



scurata, o gravi difetti protesici od ortodontici, questo è dovuto ad una loro libera scelta, non alla cattiva informazione né certo alla tecnica odontoiatrica.

Nel libro viene evidenziata anche la scarsa propensione in passato dei medici ad impegnarsi nell'odontoiatria cercando di elevarne il livello, lasciando quindi in mano una grande parte della popolazione al fenomeno dell'abusivismo. Di questo fenomeno, dopo che io stesso ho partecipato attivamente negli ultimi anni alla vita sindacale ed ordinistica, posso purtroppo confermare la perdurante virulenza, che attualmente però non è più sostenuta dalle carenze numeriche degli odontoiatri, né da carenze tecniche, né ritengo da carenze economiche. Posso tranquillamente affermare che la buona odontoiatria, senza cercare quella di eccellenza, la buona odontoiatria di base è in realtà cara di per se stessa, non sono certo i dentisti ad essere cari. Non credo che il costo monetario delle prestazioni potrà scendere ulteriormente, se vogliamo mantenere un decoroso livello qualitativo. Dovremo solo decidere una volta per tutte chi dovrà pagare direttamente la parcella: il paziente, l'assicurazione privata, la comunità.

Voglio sottolineare come l'impegno professionale e sociale di Giuseppe Costa sia evidente in ogni pagina di questo breve libro, pieno di episodi e di commenti che io stesso sento come miei. E questo è indice di una somiglianza nel quotidiano odontoiatrico di molti di noi, che hanno vissuto con passione la professione in una parte dei decenni del secolo scorso. Per questo il testo è da consigliare a tutti i colleghi odontoiatri, che lo leggeranno tutto d'un fiato. Ma è da consigliare anche a chi non è dentro l'odontoiatria, perché l'esposizione dei fatti e le relative considerazioni permettono a chiunque di addentrarsi nel tema trattato.

Giuseppe ci guida nella vita e nel livello culturale della Clinica Odontoiatrica di allora, negli ambulatori

sociali, negli studi privati, con osservazioni acute, con un piglio critico ma sostanzialmente bonario; forse con l'età egli ha perso una parte della sua battaglia aggressività, almeno a livello espressivo. Con intelligente lungimiranza ed amore per la professione riuscì a trovare la strada giusta:

“Iniziammo a frequentare insieme i Corsi di aggiornamento che erano cominciati a tenersi per i Colleghi interessati a migliorare e ad incrementare le cognizioni e insegnamenti ricevuti da quella che invece avrebbe dovuto essere la principale fonte di cultura, la Clinica”.

Così la conoscenza e comunanza con i colleghi “giusti” portò naturalmente fino all'incontro con Augusto Biaggi e Luigi Castagnola con il conseguente arricchimento tecnico professionale, ma soprattutto con la partecipazione ad una “comunità” di amici impegnati anche nella società (vedi anche l'impegno durante il terremoto nel Friuli del 1976). È stato un percorso umano e professionale, intelligente ed esaltante, vissuto in un'epoca irripetibile, che ha fatto di Giuseppe Costa a sua volta un maestro, partecipe di un gruppo di maestri, che riuscì a fare di Pisa uno dei punti di riferimento nella odontoiatria italiana non accademica. Tutti noi siamo ancora riconoscenti per questi progressi e tuttora ne godiamo i vantaggi. Gli eventi culturali odontoiatrici di Pisa sono ancora un esempio in Toscana ed in Italia, ed il Memorial biennale in onore di Michele Cagidiaco ne è un esempio per la partecipazione di valenti relatori e per gli argomenti affrontati nello spirito degli amici di Brugg, adattato ai tempi attuali.

Mi piace ricordare che Costa ha avuto anche un'importante partecipazione nell'A.M.D.I. con quella “M” fonte di tante diatribe. Soprattutto ammiro di questa sua esperienza personale la battaglia sul tema dei nomenclatori e dei tariffari; il tempo passa ma forse poco è

cambiato, in quanto anche ora il problema delle convenzioni con assicurazioni o con enti pubblici e la salvaguardia della libertà professionale sono un argomento irrisolto del nostro vivere quotidiano. Certo la vita odontoiatrica attuale è burocraticamente molto più complessa ed i rapporti coi pazienti (privacy – consenso informato, ecc.) molto lontani da quelli degli anni settanta, ma i problemi di fondo sono ancora in parte uguali.

Riguardo ai motivi dell'uscita di Costa dall'ANDI io penso che allora l'ANDI perse un ottimo dirigente, ma purtroppo anche Costa perse l'occasione di migliorare l'associazione dall'interno. Del resto, caro Giuseppe, vedi bene come siano andate a finire le cose in tema di pubblicità e di sponsor: basta leggere giornali o collegarsi a canali TV grandi e piccoli. Il nuovo Codice Deontologico conferma quanto il tema sia scottante più che mai, ma i poteri forti economici e mediatici – si sa – procedono in un certo senso; però si possono contrastare almeno in parte, con le dimissioni si fa loro solo un favore.

Un ulteriore aspetto desidero sottolineare della personalità di Costa: la sua appassionata e polivalente attività sportiva, condotta ad un ottimo livello anche qualitativo, fino al punto da consumare qualche articolazione.

Giunto alla fine di queste pagine, lette con grande godimento, che mi hanno arricchito, che mi hanno sollecitato tanti ricordi, mi sembra di avere scorso quasi un moderno copione di una fiction televisiva, capace di attraversare in poche pagine la professione e la società pisana per ben cinquanta anni nel rispetto dei valori importanti della vita e nell'amore verso la propria famiglia.

Il libro edito da ETS potrà essere acquistato nelle principali librerie di Pisa al prezzo di € 10,00. I proventi delle vendite saranno devoluti a favore dell'operazione MATO GROSSO.

Prevenzione carie nei bambini: un progetto pilota di grande successo

Nel precedente numero 27 di Pisa Medica, nelle pagine curate dagli odontoiatri veniva illustrata la campagna di prevenzione dentale promossa dalla Regione Toscana.

Ritengo opportuno integrare quanto già esposto in quelle pagine, dai Colleghi Dott. Roberto Trivelli e Dott. Stefano Marengi, vista la complessità organizzativa dell'evento.

Alle loro parole ed ai concetti espressi naturalmente rimando ed a loro mi associo.

Sottolineo ulteriormente l'importanza etica e deontologica dell'operato dei medici e degli odontoiatri coinvolti, impegnati in una capillare campagna di prevenzione pura.

Sottolineo l'importanza della manifestazione a livello sociale (gratuità della prestazione) e preventodontico, perché imperniata non solo nel puro aspetto tecnico della sigillatura dei solchi occlusali dei sesti, ma anche accompagnata da consigli igienici ed alimentari.

Sono coinvolte le classi dei nati nel 1999 e successivamente saranno chiamati in tre anni i nati nel 2000 e 2001 con le loro famiglie ed il supporto dei pediatri convenzionati.



L'impatto motivazionale sarà notevole sulla popolazione in quanto si svolge sotto il controllo dell'OMS attraverso il Centro di Collaborazione dell'Università di Milano e dell'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze, con la collaborazione delle tre Università della Toscana (Firenze, Pisa e Siena), delle ASL. Gli studi connessi avranno sicuramente una ricaduta pratica.

Sottolineo infine che si tratta di un progetto pilota a livello nazionale, che ha già avuto consensi anche a livello governativo nazionale nella

speranza di una sua estensione ad altre regioni.

A fronte per ulteriore delucidazione, e per sottolineare l'apertura dell'iniziativa a tutti i professionisti privati, troverete l'estratto del verbale della seduta del 24.07.2006 con la delibera della Giunta Regionale Toscana n. 537 del 27 Luglio 2006.

Quanto in essa già da tempo enunciato potrà chiarire i residui dubbi di natura pratica e deontologica insorti in alcuni colleghi.

Gradita Collaborazione a "Pisa Medica"

La Commissione degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, per aumentare la partecipazione diretta dei Colleghi alla stesura delle pagine odontoiatriche della rivista, invita i lettori a scriverci lettere o fax, esprimendo pareri, fornendo consigli, comunicandoci articoli propri oppure letti altrove e degni di approfondimento, consigliando argomenti da trattare.

È stato altresì ritenuto giusto dedicare un piccolo spazio a delle inserzioni commerciali esclusivamente professionali (sostituzioni, ricerca di lavoro, compra-vendita di beni strumentali, cessioni, collaborazioni, ecc).

Odontoiatria, un percorso sostenibile

Delibera N. 537 del 24-07-2006

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la delibera di CR n. 22/2005 del 16.02.2005 ad oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2005-2007", ed in particolare il Progetto speciale d'interesse regionale punto 3.2.4.: "Odontoiatria un percorso sostenibile", che prevede, tra gli obiettivi specifici, iniziative appropriate mirate alla riduzione ed alla prevenzione della carie nei soggetti in età evolutiva;

Vista la DGR 332/2006 ad oggetto "PSR 2005-2007 Odontoiatria un percorso sostenibile: accordo ANDI-Reg Toscana per interventi di prevenzione delle carie in soggetti in età evolutiva" che prende atto dell'accordo dell'Ass.Reg. al Diritto alla Salute, con ANDI (Ass.Naz.Dentisti Italiani) per interventi di prevenzione della carie in soggetti in età evolutiva che prevede precisi interventi consistenti in :

- attività di educazione alla igiene orale per il personale docente di tutte le scuole elementari della Regione Toscana;
- attività di educazione alla igiene orale per le famiglie dei bambini interessati;
- visita specialistica gratuita per i bambini al compimento del 7°anno di età e sigillatura dei quattro morali

Ritenuto di dover specificare l'intervento previsto a favore dei soggetti in età evolutiva con quanto riportato nel documento allegato, allegato A, che motiva e spiega gli interventi proposti a partire dall'analisi compiuta a dalla diagnosi effettuata

Visto lo schema di accordo tra l'Assessore al Diritto alla Salute e l'Ufficio Scolastico Regionale, per la promozione della salute orale nelle scuole allegato, allegato B

Visto lo schema di accordo tra l'Assessore al Diritto alla Salute e la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) per il supporto dei Pediatri di Famiglia nella promozione della salute orale nei soggetti in età evolutiva allegato, allegato C.

Atteso che potranno aderire all'iniziativa anche professionisti privati non associati ANDI con specifiche intese;

a voti unanimi

DELIBERA

per le motivazioni riportate in narrativa di approvare:

1. il documento allegato, allegato A, che costituisce parte integrante del presente atto;
2. lo schema di accordo tra l'Assessore al Diritto alla Salute e l'Uff. Scol. Reg. allegato B;
3. lo schema di accordo tra l'Assessore al Diritto alla Salute e la FIMP, allegato, allegato C;
4. di dare atto che la presente delibera non comporta oneri aggiunti rispetto a quelli individuati con la DGR 332/06.

Il presente provvedimento soggetto a pubblicità ai sensi dell'Art. 41, comma 1, lett.b, della L.R.9/95 è pubblicato per intero unicamente agli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'Art.3,comma 1 della L.R.18/96.

Applicazione deliberazione G.R. 537/06



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Direzione Generale del Diritto alla Salute
delle Politiche di Solidarietà
Settore Servizi Sanitari Territoriali e
Percorso Assistenziale

Allegati

Risposta al foglio del numero

Prot. AOOGR/53185/125.006.001

Al Presidente Federazione
Regionale Ordine dei Medici
Firenze

Oggetto: Applicazione deliberazione Giunta Regionale 537/06 "PSR 2005/2007 odontoiatria un percorso sostenibile" Indirizzo alle Aziende Sanitarie per la prevenzione in età evolutiva.

In relazione a quanto in oggetto indicato sono a richiedere alla S.V. la diffusione agli Ordini Provinciali dell'informazione contenuta nella deliberazione della Giunta Regionale 537/06 relativa alla possibilità per qualsiasi professionista anche non aderente ANDI di essere inserito negli elenchi delle Aziende Sanitarie Locali - Allegato A pagina 5 Il comma "Le Aziende Sanitarie Locali individueranno un elenco di professionisti, pubblici e privati, disponibili ad assicurare, gratuitamente per l'utente, l'attività prevista"

Il professionista sarà enumerato secondo la tariffa concordata e riportata nella delibera in oggetto citata.

Il Dirigente Responsabile
Dr. Valerio Del Ministro

Il medico e la privacy

Sono ormai dieci anni che la normativa sulla riservatezza dei dati è stata introdotta nel panorama normativo italiano. Le direttive sulla privacy, che discendono da direttive comunitarie, sono di rango superiore alle Leggi ordinarie e perciò rispetto alle Leggi ordinarie sono prevalenti.

Prima la Legge 675/96 e poi il Decreto Legislativo n.° 196 del 30 giugno 2003 hanno dettato una serie di regole specifiche per l'uso dell'informazione della persona.

La Privacy rimane comunque un tema, peraltro, di sempre maggiore attualità, che coinvolge tutti gli ambiti in cui possono essere coinvolte le informazioni di ogni soggetto, fisico e giuridico.

Ma tra tutti gli ambiti in cui possono venire trattati dati personali quello sanitario è quello relativamente al quale il cittadino protesta con maggiore frequenza.

Al riguardo si pensi che l'Autorità Garante per la Privacy soltanto nel corso delle due ultime settimane di febbraio ha diffuso un comunicato stampa e ha adottato quattro provvedimenti che evidenziano e sanzionano cattivi usi dell'informazione in ambito sanitario.

Per affrontare il tema in oggetto è doverosa comunque una considerazione preliminare: ricordiamoci che quando si parla di privacy, non si parla di come impedire l'uso delle informazioni relative al cittadino, ma dell'insieme delle regole che disciplinano l'uso delle stesse.

Il provvedimento normativo di riferimento più recente, prima citato, il Decreto Legislativo 196\03 o Testo Unico Privacy, è stato varato sulla base di una politica d'intenti nella quale il cittadino stesso è sempre di più il primo tutore e sorvegliante

del rispetto di un uso corretto delle sue informazioni.

Tale disciplina ha posto dei vincoli all'uso libero dei dati da parte di tutti coloro che non avevano già, per altra ragione, direttive cui attenersi per gestire l'informazione.

Come noto, un segreto sui dati conosciuti in occasione di lavoro era già un obbligo da rispettare da parte di tutti i dipendenti di una pubblica amministrazione che devono mantenere il segreto d'ufficio, o da parte di talune categorie di professionisti, come il medico che, così come disposto dal proprio codice deontologico, è tenuto al mantenimento del segreto professionale.

In tutti questi casi la Legge Privacy impone comportamenti e prassi che a volte ripetono le regole già osservate, a volte invece introduce nuove regole del gioco.

Nuove regole che il recente Codice Deontologico, approvato il dicembre scorso, ha recepito e fatto proprie.

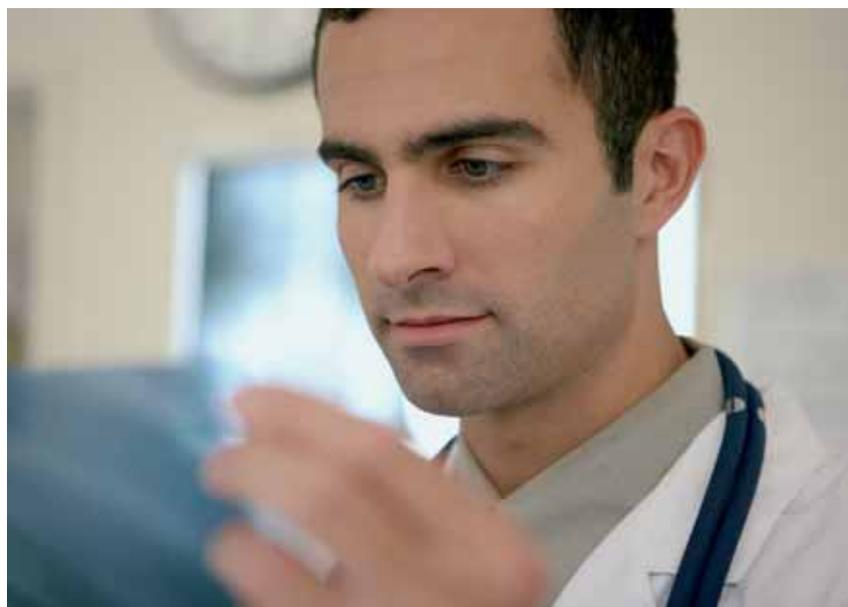
Alla luce di tali considerazioni è ne-

cessario che il medico, che già per sua cultura e prassi operative doveva usare i dati dei suoi pazienti in un'ottica di oculata riservatezza, consideri le regole della Legge Privacy come qualcosa che pone il paziente al riparo da possibili incidenti di percorso che possano consentire un'esposizione non corretta dei dati più delicati della persona.

Quindi la Legge Privacy deve essere vista dal medico come la continuazione e l'integrazione delle regole che già doveva osservare.

In realtà tale Legge prende atto dell'ovvia considerazione che il cittadino, nel corso di pochi anni soltanto, è cambiato, vuole essere protagonista di tutto ciò che lo riguarda. In forza di ciò al cittadino sono stati attribuiti poteri di verifica, controllo e denuncia contro un uso non corretto o improprio delle sue informazioni.

Il cittadino, inoltre, se non soddisfatto dalle risposte ottenute può attivare un percorso che può con-





cludersi con sanzioni amministrative, civili ed anche penali a carico di chi gestisce i dati.

Ma ricordiamoci che applicare una normativa come quella della privacy, già di per suo conto complessa ed articolata, all'interno del sistema sanitario mette in evidenza immediatamente la particolarità dei dati, quelli di salute, che si trovano ad essere oggetto di tutela.

Questi, come tutti sappiamo, sono dati caratterizzati dall'estrema criticità gestionale perché la loro divulgazione potrebbe portare un serio pericolo di discriminazione per i soggetti di riferimento.

L'utente di riferimento del sistema sanitario è, poi, il "soggetto debole" del rapporto tra gestore e portatore dell'informazione, un soggetto che spesso vede ledere i suoi diritti senza protestare.

Quindi i dati sulla salute devono essere usati solo adottando cautele particolari.

Queste cautele specifiche ed ulteriori rispetto a quelle generali, che devono essere rispettate da tutti gli utilizzatori di dati, sono introdotte da un'apposito Capo del Decreto Legislativo 196/03, che devono essere osservate da tutti i soggetti che operano in ambito sanitario.

Ma il rispetto della privacy in ambito sanitario non è solo il rispetto di scadenze e adempimenti, è anzi-

tutto un valore che deve entrare nei comportamenti reali delle varie categorie professionali coinvolte e tra queste anche del medico.

L'applicazione della Legge deve essere vista nell'ottica di rispettare il dettato della norma evitando però ogni ingiustificato appesantimento burocratico, anche se il quadro dei diritti non può in alcun modo essere alterato ed anzi deve essere ulteriormente affinato, costituendo esso l'inevitabile contrappeso al massiccio diffondersi dell'utilizzazione di dati personali da parte dei soggetti più diversi.

Che cosa prevede quindi la nor-

mativa come onere a fronte dell'uso lecito delle informazioni da parte del medico?

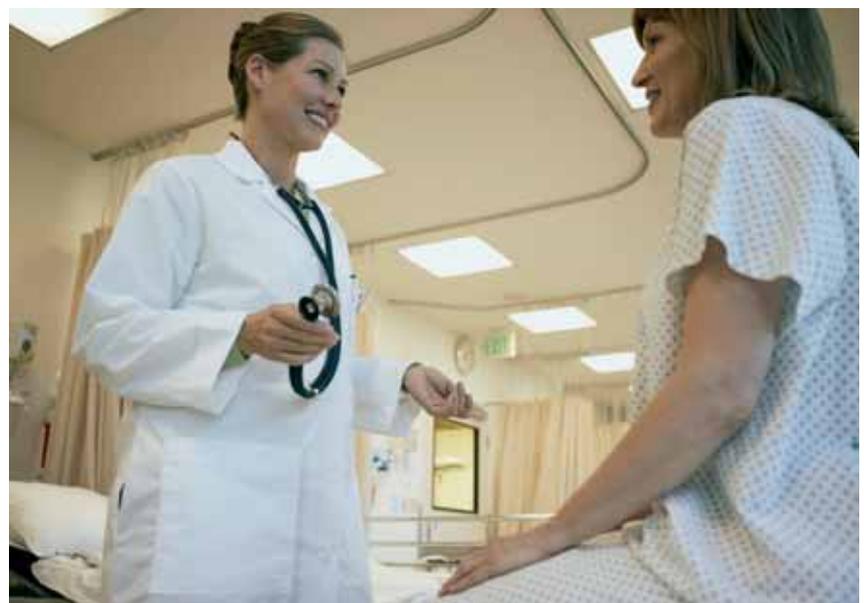
È necessario innanzitutto distinguere se il medico opera sotto il coordinamento di una struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, oppure esercita la sua attività in regime libero professionale oppure come medico di famiglia.

Nel primo caso il medico opera come un delegato, a diverso titolo, della struttura sanitaria che è tenuta a formarlo sulle disposizioni di legge e gli impartisce le disposizioni di uso dei dati.

Per quanto riguarda i medici liberi professionisti o di famiglia questi devono osservare il rispetto di una serie di adempimenti che, con cadenza periodica o "una tantum", sono a carico di chiunque utilizzi dati.

Tra tali adempimenti ricordiamo che rispettare la normativa sulla riservatezza significa, fra l'altro, anche autorizzare i collaboratori all'uso dei dati, informare gli assistiti ed acquisirne il consenso, formare in modo continuo i propri collaboratori, attivare le misure di sicurezza e adottare il Documento Programmatico sulla Sicurezza una volta l'anno, entro il 31 di marzo.

Emerge che una corretta applicazione della normativa sulla riservatezza dei dati non può che presup-



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.

Consulenze gratuite nel disbrigo delle pratiche ASL.

CASCINA

Via Curiel, 6/8

Tel. 050 700 284

Aperto lunedì pomeriggio, mercoledì e giovedì tutto il giorno

PISA

Lungarno Mediceo, 62

Tel. 050 540 063

PONTEDERA

Via Roma, 142

(di fronte all'Ospedale)

Tel. 0587 290 228

Abilitata alle forniture con il S. S. N.



amplifon

La vita ti parla

www.amplifon.it

porre un impegno sistemico, dedicato e costante in termini, prima ancora che organizzativi, di significativo approccio culturale all'interno di ogni contesto professionale. Ciò è ancora più evidente qualora l'ambito sul quale vadano ad incidere le disposizioni di cui sopra sia quello dello studio professionale del medico, vista soprattutto la particolarità dei dati gestiti, quelli riguardanti la salute, così delicati da meritare sicuramente un elevato e specifico livello di tutela ed attenzione.

In riferimento a tutto ciò l'Assessorato alla Sanità ed alle politiche di Solidarietà della Regione Toscana ha già da anni voluto fare delle politiche di rispetto della normativa sulla riservatezza nell'uso dei dati in ambito sanitario non un inevitabile aggravio burocratico del rapporto tra medico ed assistito, bensì un punto di forza della sua azione, introducendo anche un capitolo specifico nella parte dedicata ai rapporti con il cittadino, nel vigente

Piano Sanitario Regionale.

Quindi ha voluto attivare un vera e propria politica di riservatezza, o politica privacy, che tenda a qualificare maggiormente l'intero percorso terapeutico offerto dal sistema regionale all'assistito.

Ma la privacy che la Sanità Toscana vuole perseguire e promuovere non è la privacy formale, bensì quella sostanziale, intesa come un sacrosanto diritto da garantire ad un "cliente" particolare: l'assistito.

Rispettare la privacy in ambito sanitario quindi non può significare soltanto gestire in modo formale gli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 196/03, magari ricopiando in modo puntuale ciò che di modulistica o comunque documentazione si può trovare ricercandola attraverso Internet.

Rispettare la riservatezza nel contesto sanitario significa invece attivarsi per tutelare, attraverso procedure e comportamenti adeguati, una privacy sostanziale e la dignità dell'assistito.

Privacy come garanzia di rispetto della persona che dovrebbe anche essere sempre di più pretesa dai cittadini e dai suoi movimenti di tutela, che possono, con proprie iniziative, stimolare le strutture sanitarie ad una maggiore efficacia della propria azione.



Il Centro Regionale di Riferimento per le Dislipidemie Ereditarie

Intervista a Tiziana Sanpietro, Responsabile Centro Regionale di Riferimento Dislipidemie Ereditarie dell'Istituto di Fisiologia Clinica.

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

Risposta: Il Centro ha avuto il riconoscimento regionale qualche anno fa ma l'attività attorno alle dislipidemie ereditarie nasce nei lontani anni ottanta.

L'offerta assistenziale rappresenta un percorso assistenziale articolato diagnostico-prognostico-terapeutico, che va dalla formulazione diagnostica alla terapia ultraspecialistica, ove necessario, con LDL aferei.

L'originalità di questa offerta assistenziale è dovuta a tre fattori:

- 1) essa è imprescindibilmente intrecciata con la ricerca;
- 2) si svolge in un contesto cardiologico (in Italia è ancora l'unico, e nel mondo uno dei pochi centri per le dislipidemie inseriti in un contesto cardiologico);
- 3) è disegnata a partire dal "punto di vista del paziente".

Domanda: Cosa significa in questo caso farsi guidare dal punto di vista del paziente?

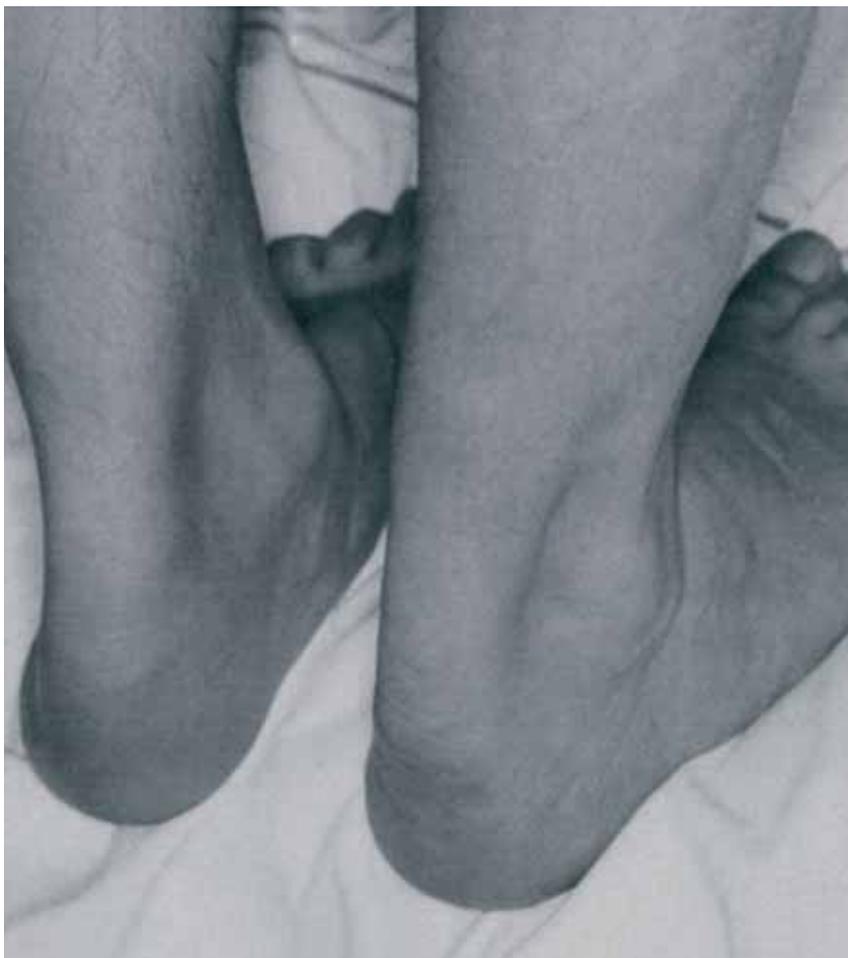
Risposta: Fu col punto di vista dell'interesse dei pazienti che nel 1999 curammo l'inserimento, nel relativo decreto del Ministero della Sanità, delle principali forme di dislipidemie ereditarie tra le patologie esenti da ticket. E grazie a ciò nessun paziente affetto da queste patologie, in Italia paga il ticket per terapie, visite mediche, esami di la-

boratorio e strumentali. Queste forme di dislipidemie, in quanto malattie genetiche, sono una condizione di malattia cronica; ciò vuol dire costo economico e sociale, personale e familiare. Costo che varia a seconda della precocità e della gravità della complicanza cardiovascolare cui vanno incontro. Perciò fare diagnosi di dislipidemia ereditaria presso il Centro vuol dire attivare contestualmente una serie di prestazioni: certificazione di patologia, counseling genetico, screening e diagnosi precoce dei familiari. Il tut-

to di concerto col medico di base.

Domanda: Perché screening dei familiari?

Risposta: La maggior parte di queste forme si trasmettono in modo autosomico dominante secondo le leggi di Mendel, cioè di padre in figlio. Nel nostro data-base "dislipidemie ereditarie" in cui sono registrati più di 4000 casi sono presenti infatti moltissime famiglie. Fare diagnosi precoce vuol dire attuare tutte le misure di prevenzione delle complicanze (infarto, claudicatio,



Xantomi dei tendini di Achille in soggetto con ipercolesterolemia familiare eterozigote (da Sampietro T, archivio personale)

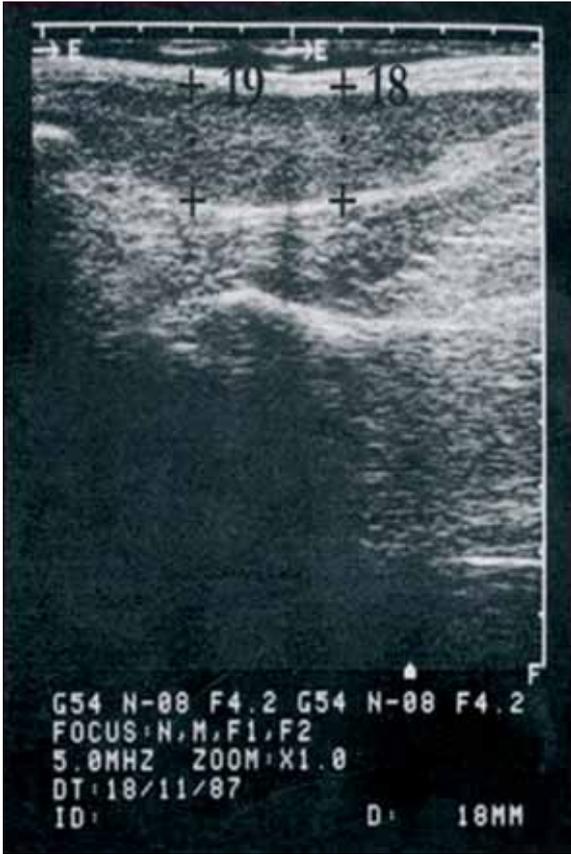


Immagine ecografica della figura precedente (da Sampietro T, archivio personale)

ictus e tutto il corredo che caratterizza la "carriera" di un malato cardiovascolare (angioplastiche, by pass, ecc. e invalidità relative - temporanee o permanenti).

Domanda: Cosa si fa per le complicanze?

Risposta: Ciò che potremmo definire il programma di staging di complicanze cardiovascolari: ECG basale, ECG da sforzo o ecocardiogramma da stress quando appropriato; ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici, ecocolordoppler arterioso arti inferiori, ecografia addome. Questo "protocollo" di staging antesignatamente concepito in autonomia e riportato nel decreto di cui sopra, è oggi, nella sua completezza, seguito nei centri di eccellenza internazionale. La misura dello spessore dell'intima-media, oggi universalmente accettato, come ricorda *Circulation* nel numero del 6 febbraio di quest'anno, è da noi utilizzato dal 1989 perfino per

decidere l'inizio della terapia nei casi incerti. Questo parametro è imprescindibile nel follow up per seguire lo sviluppo (nella progressione o nella regressione) della lesione vascolare.

Domanda: Avete esperienza di regressione delle lesioni?

Risposta: Sì, sia con la terapia farmacologica che con LDL aferesi.

Domanda: Che cos'è LDL aferesi?

Risposta: Consiste nella rimozione, mediante circolazione extracorporea, delle lipoproteine che trasportano il colesterolo. E' indicata nelle

forme più gravi di dislipidemie ereditarie che non rispondono alle altre terapie, anche se purtroppo la richiesta sopravanza l'offerta. La LDL aferesi è però soprattutto salvavita nei rarissimi (e gravissimi) casi di Ipercolesterolemia Familiare Omozigote, la cui storia naturale, come è noto, è a prognosi infausta - in genere per infarto del miocardio - già nei primi anni di vita.

Domanda: Ne avete esperienza?

Risposta: Sì, l'esperienza pisana è stata avviata proprio per il caso di un omozigote che noi curiamo da quando era in età infantile e ora è maggiorenne e in buona salute. Egli non è mai stato sottoposto ad esami invasivi né a procedure di rivascularizzazione. Ciò, unitamente al protocollo terapeutico seguito, lo rende un caso unico nella letteratura mondiale.

Domanda: Cosa serve per un servizio di LDL aferesi?

Risposta: Fondamentale è la collaborazione interdisciplinare efficace che si sostiene su interessi scientifici. Nel nostro caso è vitale la collaborazione con il Dr Alberto Bionda del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Pisa.

Domanda: Perché è importante la ricerca e la collaborazione interdisciplinare per questa attività?

Risposta: L'LDL aferesi, proprio per queste necessità, è ancora un campo di confine e di frontiera. L'esperienza internazionale è molto variegata. Può risultare molto strano il fatto che gli Stati Uniti abbiano dato avvio a questa attività solo da qualche anno. Tanto è vero che fummo invitati come maggiori esperti del settore, insieme con australiani, tedeschi e giapponesi, nella sessione che l'American Heart Association dedicò a questa materia per la prima volta tre anni fa.

Domanda: Quali sono i flussi ambulatoriali?

Risposta: I pazienti sono inviati dai medici di base, specialisti - cardiologi ospedalieri e extraospedalieri, specialisti di altre discipline -, per informazione via internet o dalla letteratura scientifica; da moltissime province della Toscana ed altre regioni specie del centro sud.

Domanda: Quali previsioni faresti per il futuro delle dislipidemie ereditarie?

Risposta: Di grande sviluppo, se si impegnassero le dovute risorse. Si consideri che il 75% dei soggetti sopravvissuti ad infarto acuto del miocardio sotto i 60 anni è affetto da una forma di dislipidemia ereditaria. Tra loro c'è la consapevolezza che il sistema sanitario deve essere attrezzato per assicurare almeno ai figli ciò che loro non sapevano di poter evitare. E perciò deve garantire diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze.

Un medico ribelle e rivoluzionario: Paracelso

Paracelso, il cui nome era Filippo Aureolo Teofrasto da Hohenheim, nacque il 10 novembre 1493 a Einsiedeln, Svizzera: il padre era medico mentre la madre morì nel darlo alla luce. Fu un fanciullo gracile, di salute fragile, piccolo di statura e tendente al rachitismo. Fu educato inizialmente dal genitore e a nove anni si spostò a Villach, in Carinzia, ove il padre aveva ottenuto un incarico di insegnamento e di ricerca presso le miniere di piombo di quella regione. Nel 1510 si iscrisse alla Scuola Superiore di Basilea: fu allora che latinizzò il suo nome in Paracelso. L'anno successivo iniziò a viaggiare spostandosi continuamente da un luogo ad un altro, spesso fermandosi solo pochi mesi in una città, conducendo così una vita errabonda, senza fissa dimora. Dapprima si recò a Wurzburg, ove divenne discepolo di un abate benedettino, Tritemio, esperto nell'alchimia, l'astrologia e le scienze esoteriche.

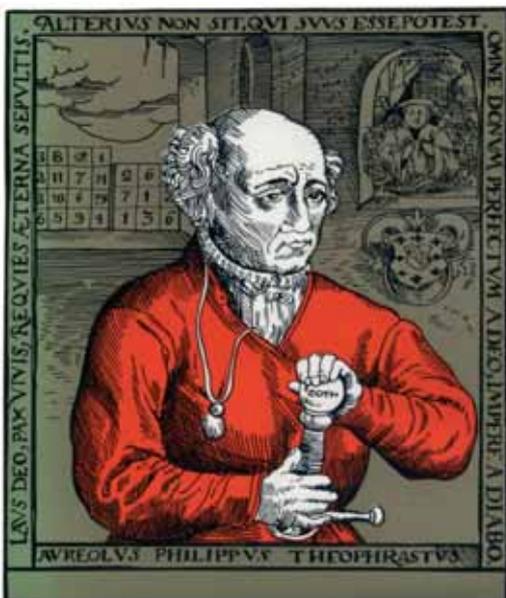
Nel 1515 lo lasciò e all'età di 22 anni si recò nelle miniere dei Fuger in Alsazia, ove approfondì le sue conoscenze delle sostanze minerali, specie l'antimonio. Si spostò poi a Vienna, Colonia, Parigi; nel 1517 è a Montpellier, poi va in Italia, a Bologna, Padova e Ferrara, ove fu lettore di medicina, quindi in Spagna, in Inghilterra e nei Paesi Bassi e qui si arruolò come medico nell'esercito olandese e come chirurgo poi in quello danese. Sempre insofferente di stabilirsi in un posto, si recò poi in Svezia, Boemia, Lituania, Polonia, Dalmazia, frequentando spesso anche zingari, pellegrini e guaritori, alla ricerca di cure segrete. Nel 1521 lo ritroviamo a Venezia; fece forse anche altri viaggi, in Russia, a Costantinopoli e a Napoli, ove frequentò la Scuola di Salerno. Tornò poi per pochi mesi a Villach, presso il padre, ma ripartì di nuovo recandosi a Tubinga, Friburgo e Strasburgo. Alla fine del 1526, chiamato dal famoso stam-

patore Froben che aveva curato e guarito, va a Basilea ove ottenne subito un incarico municipale ed una cattedra di medicina all'università. Anche qui, come era già accaduto in precedenza, il suo comportamento ribelle e contestatore dell'insegnamento ufficiale gli creò ben presto numerosi nemici e violente accuse: Paracelso vestiva una casacca semplice grigia, con in capo un berretto nero, spiegava in tedesco (ed anche questo era scandalo perché i docenti parlavano solo in latino), portava sempre con sé l'inseparabile

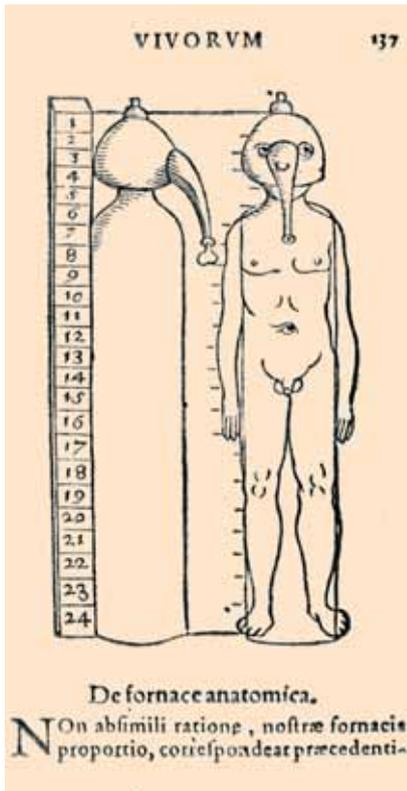


Una sua prima edizione in legatura coeva

spada (che chiamava Azoth), dispreggiava l'insegnamento degli antichi medici con una critica distruggitrice della cultura ufficiale del tempo, rifugiava inoltre dai medicinali complessi per propugnare invece l'uso di quelli minerali. Diceva anche che si doveva rigettare l'antica tradizione ed i dogmi del passato per studiare invece le malattie a letto dei malati. Bruciò anche pubblicamente i libri di Ippocrate, Galeno ed Avicenna dicendo che "ciò che è morto deve andare al rogo, essendo divenuto inutile". Per le violente accuse mosse contro di lui, Paracelso fu costretto a fuggire e riprese la sua vita errabonda; si recò in Alsazia, quindi a Colmar, ove rimase quasi un anno. Negli anni 1528-29 riprese i suoi viaggi: recandosi prima a Esslingen, ove approfondì gli studi di alchimia, magia e cabala, poi a Zurigo, No-



Ritratto di Paracelso



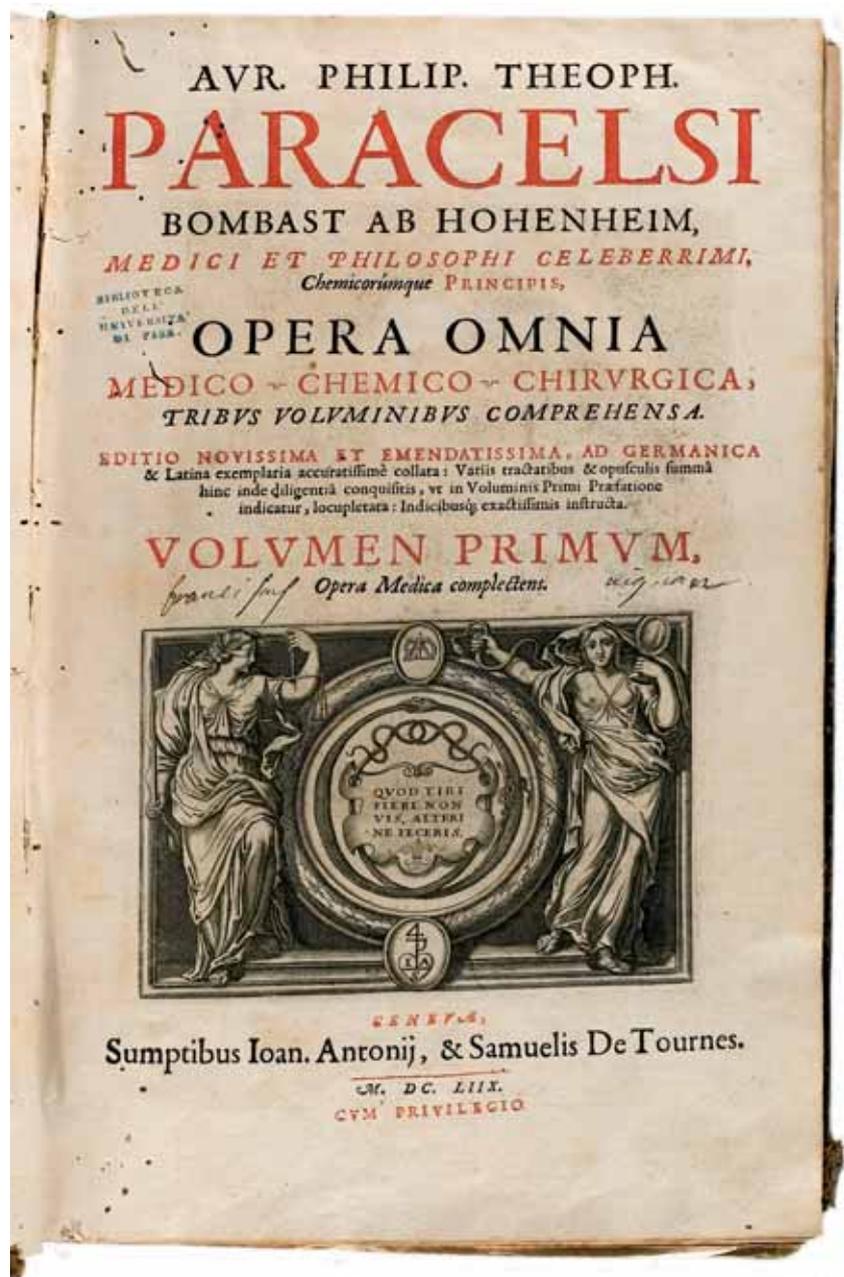
“La Fornace Anatomica”
in *Aurora Thesaurus*, Basilea, 1577

rimberga, San-Gallo, vivendo anche miseramente e solo sulle montagne; quindi a Merano, Ulma, Vienna, ove fu accolto con onore. Seguirono altri spostamenti e l'ultima sua tappa è a Salzburg, ove in una camera di albergo dettò il suo testamento. Morì, solo ed in misera, il 24 settembre 1541, all'età di 48 anni.

Scrisse moltissime opere, quasi tutte composte in un linguaggio difficilmente comprensibile e quasi sempre pubblicate dopo la sua morte. Fra le più significative, ricordiamo *Paragranum* (prima edizione nel 1530) in cui è esposto il suo pensiero base che lo studio della natura e delle sue leggi cosmiche, fisiche e terrestri, è la base vera della medicina. Bisogna comprendere i fenomeni intorno a noi, per poter poi preparare i rimedi efficaci, specie chimici. L'arte di guarire si fonda su quattro elementi: filosofia, astronomia, alchimia ed onestà del medico. Altra sua opera fondamentale è il *Paramirum*, composto negli anni 1530-31, in cui tratta diffusamente delle cause che sono al-

l'origine delle varie forme morbose, che distingue in cinque tipi: quelle provenienti dagli astri, quelle originate dai veleni, quelle dovute alla costituzione propria dell'uomo, quelle cagionate dagli spiriti ed infine quelle inflitte da Dio. Illustra inoltre come affezioni tartariche quelle che portano a concrezioni patologiche, come la litiasi urinaria, quella biliare, la gotta e l'artrite. L'uomo per lui è formato dalle stesse sostanze di cui è costituito il macrocosmo ed è quindi sottoposto alle stesse leggi che governano il mondo. Introdusse un nuovo concetto

di malattia, quello cioè di un'entità che dall'esterno a livello invisibile penetra nel corpo. Ciò però poteva avvenire solo se questi elementi esterni si “sposavano” con gli elementi celesti; mediante la congiunzione fra le forze occulte provenienti dalle stelle con le qualità fisiche del corpo, derivava la salute o la malattia. Come si può vedere, nel suo pensiero un ruolo importante era rivestito dall'astrologia, dalla cabala e dalla magia. Per la terapia, fu il primo a valorizzare le sostanze chimiche ed a proporre nuove formulazioni dei pre-



Opera Omnia..., Genevae, 1658

parati medicinali a base di antimonio, zinco, ferro, idrargirio in varie soluzioni. Sostenne la teoria della "segnatura" secondo la quale tutti i rimedi portano la forma o il colore dell'organo malato, per i quali sono indicati. Così l'erba polmonaria è indicata nell'affezioni dei polmoni, l'estratto di fiele di bue per la cirrosi, l'oro, che armonizza col cuore, è indicato nelle malattie cardiache. Compito principale del medico è trovare questi specifici per ciascuna forma morbosa.

Fu anche un valente chirurgo; scrisse in proposito *l'Alta chirurgia*, che ebbe un grande successo e fu ristampata 40 volte: suddivisa in cinque trattati, ciascuno dei quali a sua volta in tanti piccoli capitoli, vi sono affrontati numerosi argomenti



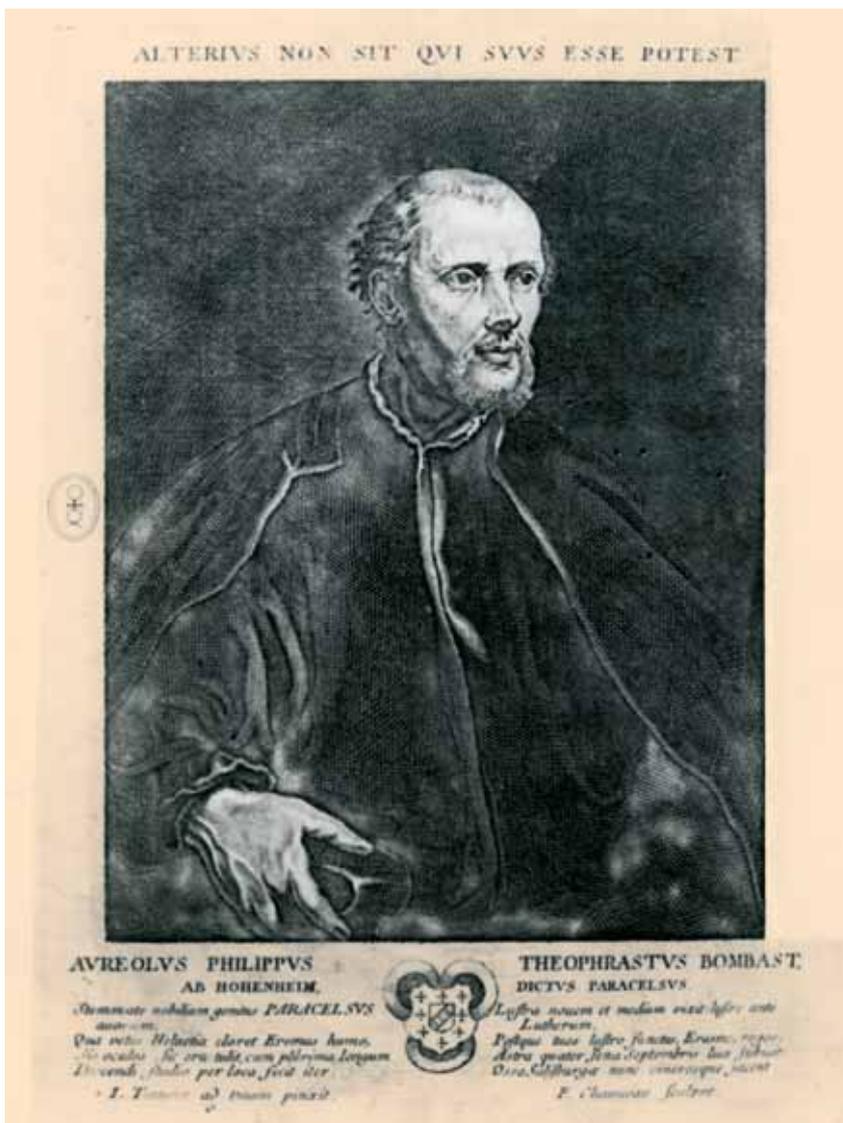
Immagine tratta da *Opus Chyurgicum*, Frankfurt 1565

di interesse chirurgico, con i relativi

medicamenti da usare, proponendo anche alcuni apparecchi per il trattamento delle fratture; sono riportate inoltre varie esperienze utili per guarire in particolare le ulcere. Per la sua vasta esperienza acquisita come medico militare, divenne un abile chirurgo delle ossa, specie nel curare le fratture prodotte dalle armi pesanti usate in quei tempi. Si interessò anche di malattie mentali e scrisse inoltre delle profezie che raccolse nel libro *Pronosticazioni*, ricco di oroscopi e predizioni di eventi, enunciati però in modo oscuro e cabalistico.

Altri suoi scritti da ricordare sono: *Dell'Origine e della Guarigione della Peste Naturale*; *Delle malattie tartariche*; *Tre libri sulla Malattia dei Minatori*; *Consilia medica* (una raccolta di ricette); *Archidoxis Magica*; *De Natura Rerum*; *De Gradibus et Compositionibus* (un insieme di ricette farmaceutiche); *De Thermis*; *Liber Principiorum* (sui serpenti, rospi, ragni e vermi e loro uso in medicina); *La Filosofia Occulta*; *Il Libro Azoth* (di scienza esoterica).

Paracelso, medico, filosofo, scienziato ed alchimista, è indubbiamente una delle figure più interessanti del Rinascimento che con le sue idee rivoluzionarie e profondamente innovatrici cercò di introdurre nuovi concetti nell'edificio del sapere conservatore di quei tempi.



Ritratto di Paracelso, *Opera Omnia*, 1658



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

L'impegno dell'AMMI per gli invalidi civili

La nostra Associazione è già impegnata da anni in attività sociali, di queste la più importante, quella che richiede un significativo sforzo finanziario, è la consegna annuale dei premi di studio agli orfani dei medici.

Abbiamo voluto ampliare il nostro impegno sociale con la realizzazione di una iniziativa rivolta alla Associazione Provinciale Invalidi Civili (A.P.I.CI.): donare un pulmino destinato al trasporto di disabili ed anziani. Una delle principali attività dell'A.P.I.CI. è infatti costituita dal trasporto gratuito di queste persone quando hanno necessità di frequentare corsi di riabilitazione o di sottoporsi ad esami o cure.

Dopo aver fatto un giro informativo fra le varie concessionarie auto per valutare l'impegno finanziario del progetto abbiamo preso in seria considerazione l'offerta della FIAT che ci proponeva l'acquisto a condizioni vantaggiose di un pulmino Doblò a tetto rialzato per il trasporto promiscuo di carrozzelle e passeggeri normali.

Occorreva a questo punto trovare i fondi necessari per portare a buon fine l'iniziativa considerando che solo una parte della spesa poteva essere affrontata dalla nostra Associazione attraverso l'accantonamento di una cifra ottenuta con le quote di tessera-

mento, le gite e altre attività ludiche organizzate durante l'anno sociale. Abbiamo quindi iniziato una ricerca di altre contribuzioni facendone richiesta ad Istituzioni Bancarie e Commerciali. La Fondazione della Cassa di Risparmio di San Miniato ci ha dato un aiuto fondamentale contribuendo con lo stanziamento di una notevole cifra al coronamento dell'iniziativa grazie all'interessamento e all'impegno dell'allora Presidente Dott. Giacomo Conti che purtroppo non è più tra noi. Dobbiamo ringraziare anche Lloyd Adriatico di Pisa, l'Azimut di Lucca, la Cassa di Risparmio di Lucca - Pisa - Livorno sede di Pisa e la Banca Nazionale del Lavoro sede di Pisa per il loro contributo.

Giovedì 1 febbraio 2007 presso la sede dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa si è svolta la ce-

rimonia ufficiale di consegna del pulmino Fiat Doblò all'Associazione A.P.I.CI. All'evento erano presenti il Direttivo della nostra Associazione, alcune socie, i rappresentanti dell'A.P.I.CI., la Segretaria Nazionale dell'AMMI Graziella Coli Giorgetti, la Fiduciaria per la Toscana Maria Grazia Tatti Citi, e i rappresentanti degli sponsor.

Gli organi di stampa e la rete TV locale hanno dato risalto alla cerimonia testimoniando la sensibilità della nostra Associazione verso i problemi di alcune categorie di persone e l'impegno perché ad esse giunga un aiuto concreto.

Alcune immagini di una giornata per noi molto importante sono presenti sul nostro sito internet www.ammipisa.it

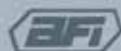




Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farmindustria

FEDERCHIMICA

Assobiotec

Associazione Nazionale
per lo sviluppo delle biotecnologie

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

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

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

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

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

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

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für

DIPLOMA

di medaglia



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.*

