

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:

Ginocchio: nuova tecnica chirurgica artroscopica

G. Guido, S. Giannotti, M. Ghilardi
Clinica Ortopedica - Università di Pisa

Le tumefazioni suppurative del distretto oro-facciale

M. Gabriele Professore Ordinario
F. Graziani Ricamatore Universitario
Cattedra di Chirurgia Speciale
Odontostomatologica - Università di Pisa

Alla ricerca dell'arte di guarire: la storia della medicina a Pisa - vol. II

A. Zampieri
Libero Docente in Semeiotica Medica
Specialista in Storia della Medicina



Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farindustria

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.

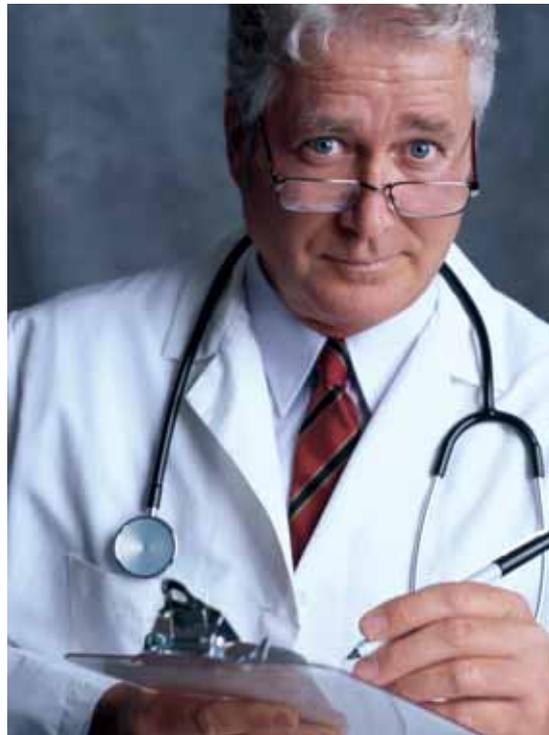
Negli ultimi tre anni un impulso particolare è stato dato alla attività di biotecnologia in stretta collaborazione con Areta International, una azienda privata di servizi di biotecnologia che coopera con Abiogen nello sviluppo di molecole biotecnologiche, nel processo di produzione-ottimizzazione e nel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

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Publicità sanitaria: una "Babele" pericolosa

Ad ogni medaglia il proprio rovescio. Con la legge Bersani in tema di pubblicità sanitaria, che ci uniforma alla normativa europea, si chiudono certe porte e se ne aprono, però, altre. Prendiamo atto della necessità legislativa dell'adeguamento, ma pubblicità e salute del cittadino rappresentano un binomio molto più delicato di quanto si creda. In una parola, ben venga il principio della liberalizzazione, i tempi sono maturi, forse però non lo dovrebbero essere mai in tema di sanità. Distinguere farmaci da banco e con obbligo di ricetta medica, regola ferrea che con forza sosteniamo, dà infatti la misura di quanto l'Ordine voglia tutelare la figura prescrittrice del medico e la sicurezza del paziente.

L'altro aspetto, comune in tutti i settori della comunicazione di massa, è il rischio di una pubblicità ingannevole che, nello specifico, potrebbe avere ripercussioni ben più importanti e significative. Esprimiamo in particolare perplessità, oggi, laddove l'Ordine abbia visto mutare il proprio ruolo decisionistico. Non più garante a tutto campo, bensì semplice controllore in caso di critiche da parte di ogni singolo cittadino, non disponendo comunque né di titoli, né di mezzi per farlo.



Se fra l'altro, c'erano quote minime nelle prestazioni professionali a tutela anche di un'immagine di decoro, oggi questo non avviene più e, tutto sommato, ci sembra un livellamento non certo proiettato verso l'alto. Ecco perché le nostre linee - guida intendono sostanzialmente indirizzare i comportamenti dei colleghi verso obiettivi di veridicità, trasparenza e decorosità dei messaggi al pubblico. In sostanza, il decreto, aumentando la responsabilità individuale del singolo sanitario, riduce di fatto la griglia di controllo e dunque ciascuno sarà ancor più libero di andare per la propria strada. Se questo avviene già oggi, dove andrà l'Europa della Salute di domani?

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
Digiprint

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.

Delibera n. 1038. Obiettivo lavorare meglio assieme!

La Giunta Regionale

Vista la delibera di GR 21 del 10.01.2005 ad oggetto: "assistenza specialistica ambulatoriale - misure di appropriatezza" che rileva, tra l'altro, come elemento di criticità del livello di assistenza della specialistica ambulatoriale il rapporto tra specialisti (dipendenti e convenzionati interni) e i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, in particolare per quanto riguarda:

- la condivisione dei percorsi assistenziali;
- la continuità di cura assicurata al cittadino assistito;
- la integrazione e collaborazione tra gli stessi professionisti;

Preso atto che presso la Direzione Generale del diritto alla salute è stato costituito un tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali mediche convenzionate e dipendenti al fine di affrontare la problematica sopra richiamata;

Visto il protocollo d'intesa allegato, allegato A, elaborato dal tavolo di confronto citato che propone un processo organizzato, tra i professionisti sopra citati, per assicurare ai cittadini un percorso di cura assistito ed integrato nella finalità di garantire la continuità di cura sia nell'ambito dei percorsi assistenziali formalizzati da specifici atti regionali ed aziendali che al di fuori degli stessi;

Preso atto che il protocollo allegato A è stato sottoscritto dall'Assessore regionale al diritto alla salute, dalla Delegazione dei Direttori Generali e dalle OO.SS dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni e dei medici dipendenti;

Preso atto altresì di dover delineare le seguenti linee direttrici che giustificano l'articolazione del protocollo allegato prevedendo:

- a) la costruzione di un modello di responsabilità professionale concertato e condiviso con tutte le componenti mediche coinvolte (specialisti dipendenti e convenzionati interni e medici di medicina generale/pediatri di libera scelta);
- b) la costruzione di un modello organizzativo aziendale che consenta alle componenti mediche coinvolte di assicurare una reale "presa in carico" del bisogno di salute anche al fine di evitare al cittadino percorsi spontanei non appropriati;

Atteso che:

- in merito al punto a) riportato alla linea precedente, il protocollo allegato rappresenta il primo documento regionale concertato e condiviso dalle organizzazioni sindacali mediche convenzionate e dipendenti che definisce puntualmente e analiticamente le modalità di comportamento e di rapporto tra i medesimi soggetti quando si rapportano allo stesso utente definendo un modello di responsabilità professionale nelle finalità sopra richiamate;
- in merito al punto b) riportato alla linea precedente si rileva la sofferenza del sistema nel dotarsi di strumenti operativi e modelli organizzativi che consentano la strutturazione di processi/percorsi che sono basilari per assicurare la presa in carico del bisogno di salute e la continuità terapeutica da parte delle componenti mediche coinvolte;

Rilevato che il protocollo allegato A rappresenta un primo intervento di risposta alle criticità sopra evidenziate;

Ritenuto altresì di dover impegnare i Direttori Generali delle Aziende sanitarie a:

- rendere operativo, per quanto di competenza, il protocollo allegato, allegato A;
- rendere disponibile un assetto organizzativo in grado di consentire ai medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e specialisti, l'adozione del modello di responsabilità professionale per la gestione del percorso di

cura articolato come nel protocollo allegato A;

- attivare al livello aziendale un tavolo di concertazione con le organizzazioni sindacali firmatarie del documento allegato A, in conformità a quanto specificato nel documento stesso;

Ritenuto importante dover impegnare la Direzione Generale del Diritto alla Salute ad attivare una commissione regionale, anche con le figure professionali che hanno contribuito alla stesura del documento allegato A, al fine di:

a) monitorare e verificare l'applicazione delle indicazioni fornite nel protocollo allegato A;

b) proporre analisi e valutazioni in tema di appropriatezza e governo della domanda e dell'offerta sanitaria sulla specialistica ambulatoriale;

a voti unanimi

DELIBERA

per le motivazioni riportate in narrativa:

1. di prendere atto del protocollo allegato, allegato A al presente atto per costituirne parte integrante e di condiderne i contenuti;

2. di impegnare i Direttori generali delle Aziende sanitarie a:

- rendere operativo, per quanto di competenza, il protocollo allegato, allegato A;

- rendere disponibile un assetto organizzativo in grado di consentire ai medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e specialisti, l'adozione del modello di responsabilità professionale per la gestione del percorso di cura articolato come nel protocollo allegato, allegato A;

- attivare al livello aziendale un tavolo di concertazione con le organizzazioni sindacali firmatarie del protocollo allegato, allegato A, in conformità a quanto specificato nel documento stesso;

3. di impegnare la Direzione Generale del Diritto alla Salute ad attivare una commissione regionale anche con le figure professionali che hanno contribuito alla stesura del documento allegato, allegato A, al fine di:

a) monitorare e verificare l'applicazione e le indicazioni di cui al protocollo allegato A;

b) proporre analisi e valutazioni in tema di appropriatezza e governo della domanda e dell'offerta sanitaria sulla specialistica ambulatoriale;

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95, è pubblicato per intero, unitamente all'allegato, sul BURT ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della L.R. 18/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Protocollo d'intesa tra: la Regione Toscana le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti.

Vista la LR 40/2005 che definisce:

- all'art. 2 il percorso assistenziale come "...il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione informata e condivisa dei servizi sanitari e socio-sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione

- all'art. 4, comma 1, che i servizi territoriali ed ...ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato

- all'art. 4, comma 2, che i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono responsabili verso gli assistiti dell'attivazione del percorso assistenziale;

Visto l'atto di intesa Stato - Regioni del 23.3.2005, art.7 "meccanismi di raccordo tra Aziende Sanitarie e Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta"

Premesso che

la DGR 21/2005:

- rileva elementi di criticità nel livello di assistenza della specialistica ambulatoriale che producono effetti sull'appropriatezza, sul governo della domanda e sull'offerta sanitaria nonché sulla qualità percepita dall'utente;
- riconduce tali criticità, tra l'altro alla difficoltà di comunicazione e condivisione, tra medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e specialisti, dei percorsi assistenziali attivati per i cittadini assistiti;

preso atto che le criticità sopra evidenziate comportano in primo luogo scarso coordinamento tra operatori sanitari ospedalieri e territoriali con conseguente mancanza di continuità di cura per il cittadino assistito;

atteso che non esiste ad oggi un accordo tra le parti che definisca modalità di intervento e di rapporti;

Considerato che

- il Sistema Sanitario assicura la presa in carico dell'assistito;
- il medico di assistenza primaria e/o il pediatra di libera scelta è responsabile dell'attivazione del percorso assistenziale organizzato da atti regionali o aziendali e, ove non previsto, comunque dell'appropriato iter diagnostico terapeutico in risposta ad un bisogno di salute;
- lo specialista interviene:
 - a) nel percorso assistenziale come attore nelle modalità indicate dagli stessi percorsi quando questi sono formalizzati da atti regionali o aziendali;
 - b) in risposta al quesito diagnostico proposto dal medico di assistenza primaria e/o pediatra di libera scelta e/o altro specialista che ne ha richiesto la consulenza specialistica anche attraverso la prescrizione degli esami diagnostici e/o degli ulteriori consulti specialistici ritenuti opportuni;

atteso che i percorsi assistenziali organizzati, previsti da atti regionali/aziendali per patologie ad alto impatto sociale, definiscono i rapporti tra medici di assistenza primaria/pediatri di libera scelta e specialisti di riferimento e assicurano al cittadino assistito l'accesso e la fruizione informata, condivisa e coordinata dei servizi sanitari e sociosanitari, in relazione agli accertati bisogni di salute;

ritenuto importante assicurare ai cittadini un percorso di cura "assistito" ed "integrato" tra le diverse professionalità che possono intervenire su un bisogno di salute anche al di fuori dei percorsi organizzati sopra citati e che tale obiettivo non può prescindere da una intesa ed una concertazione tra le parti:

- su un modello di responsabilità professionale per la gestione del percorso di cura;
- su un modello organizzativo aziendale che consenta agli operatori sanitari del sistema (medici di medicina generale/pediatri di libera scelta/specialisti) di assicurare una reale "presa in carico" del bisogno di salute evitando al cittadino percorsi spontanei;

preso atto che il presente protocollo è da intendersi come uno degli elementi condivisi e partecipati della costruzione di un processo organizzato che vedrà come sua realizzazione finale conclusiva la definizione di quel percorso assistenziale che è da ritenersi come uno dei principi costitutivi del Servizio Sanitario Toscano;

valutato che il presente accordo assume rilievo quale strumento partecipato di governo clinico a livello regionale ed in particolare opera nello spirito di assicurare al sistema sanitario toscano adeguati strumenti di governo della domanda;

LE PARTI CONCORDANO

1. I medici di assistenza primaria/pediatra di libera scelta e gli specialisti:

- a) si impegnano ad assicurare il governo della domanda sanitaria, per quanto di competenza, orientandosi a comportamenti integrati e condivisi anche utilizzando le nuove modalità organizzative di governo del territorio;
- b) sono sempre tenuti a prescrivere su ricettario regionale le prestazioni, sia farmacologiche che special-

istiche e riabilitative, ritenute appropriate al bisogno sanitario dell'utente secondo il principio di assunzione diretta di responsabilità professionale;

2. L'Azienda Sanitaria è tenuta a rendere disponibile, anche con specifici momenti informativi e formativi, un assetto organizzativo in grado di garantire ai soggetti del sistema la operatività delle indicazioni di cui al presente accordo concertando con le OO.SS.:

- a) un modello organizzativo di prenotazione aziendale che consenta al medico prescrittore di rispettare la compatibilità dei tempi di attesa proposti all'utente con il quadro clinico (cfr. punto 5) secondo le indicazioni contenute nella deliberazione della DGR. n. 887/2003;
- b) la semplificazione nell'accesso ai servizi, predisponendo modelli di Day-service e modalità procedurali che ottimizzano, nello spazio e nel tempo, la soddisfazione del bisogno del cittadino, in particolare evitando la frammentazione dei percorsi assistenziali e delle procedure, chirurgiche o diagnostiche, di consolidata condivisione tra Specialisti, MM.GG e P.d.LS:
- c) la promozione delle relazioni, anche telematiche, tra gli operatori;
- d) la condivisione, per le specifiche branche specialistiche, dei protocolli di comportamento di cui ai punti 7 ed 8 per le patologie e le condizioni cliniche più frequenti;

3. il medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta è responsabile dell'attivazione del percorso assistenziale organizzato e, ove non previsto, comunque dell'appropriato iter diagnostico terapeutico in risposta ad un bisogno di salute e, nello specifico:

- a) richiede l'esecuzione di indagine strumentale o di prestazione terapeutica;
- b) attiva, qualora lo ritenga necessario per la soluzione del problema clinico, una diversa competenza professionale, intesa come consulenza, con la richiesta di visita specialistica;
- c) formula la richiesta di cure termali;
- d) propone allo specialista ospedaliero il ricovero. La proposta deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata contenente i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale (ai sensi dell'allegato e dell'accordo collettivo nazionale dei MMG recepito con atto d'intesa della conferenza stato regioni 23/3/2005) o di breve relazione scritta o di contatto telefonico in caso di ricovero urgente;

4. Lo specialista interviene:

- a) direttamente, nei casi stabiliti dalla normativa vigente (prestazioni ad accesso diretto e dimissione ospedaliera);
- b) su richiesta del medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta e/o altro specialista che ritiene utile avvalersi della sua specifica competenza.
- c) con le modalità indicate nei percorsi assistenziali formalizzati da specifici atti regionali o aziendali;

5. Lo specialista, cui accede il cittadino, con le modalità di cui al punto 4, per una visita specialistica assume in carico lo specifico bisogno di salute; pertanto, se lo ritiene necessario, in relazione al caso clinico:

- a) richiede sul ricettario regionale le ulteriori consulenze specialistiche e/o le indagini cliniche-diagnostiche necessarie alla soluzione del caso, e, provvede ad attivare il percorso di prenotazione nelle modalità indicate dall'Azienda come previsto al punto 2, accertando la compatibilità dei tempi di attesa proposti con il quadro clinico dell'utente, utilizzando, se disponibili, i canali preferenziali previsti dalla delibera di GR.....al fine di assicurare la massima tutela e rassicurazione al cittadino;
- b) prescrive/provvede ad attivare il percorso di prenotazione aziendale, nelle modalità indicate dall'Azienda, come previsto al punto 2, le eventuali visite di controllo che ritiene necessarie fino alla soddisfazione del bisogno di salute così come previsto dal PSR 2005-2007, punto 3.2.9;
- c) assicura, con richiesta su ricettario regionale o provvedendo ad attivare il percorso di prenotazione aziendale, nelle modalità indicate dall'Azienda, come previsto al punto 2, la visita conclusiva dell'iter diagnostico/terapeutico;
- d) provvede, concluso l'iter diagnostico, a darne risposta scritta al paziente; qualora il modello organizzativo aziendale non consenta al singolo specialista la assunzione diretta della continuità di cura, come previsto ai punti sopra citati, questa sarà garantita dalla U.O. di riferimento dello stesso specialista o dalla Zona-Distretto attraverso la adozione di linee di indirizzo la cui applicazione è garantita dal responsabile della struttura;

6. Lo specialista, cui accede il cittadino, con le modalità di cui al punto 4, per un esame strumentale o per

una prestazione terapeutica, ove siano necessarie delle indagini preliminari o complementari all'esecuzione degli stessi:

- a) prescrive direttamente sul ricettario regionale le ulteriori indagini cliniche diagnostiche necessarie e provvede ad attivare il percorso di prenotazione nelle modalità indicate dall'Azienda come previsto al punto 2, accertando la compatibilità dei tempi di attesa proposti con il quadro clinico dell'utente, utilizzando, se disponibili, i canali preferenziali previsti dalla delibera di GR.....al fine di assicurare la massima tutela e rassicurazione al cittadino;
- b) assicura l'iter programmato delle prestazioni (cfr. punto 5);
- c) provvede, concluso l'iter diagnostico, a darne risposta scritta al paziente;

7. **Lo specialista**, cui accede il cittadino, con le modalità previste al punto 4, per una visita specialistica o esame strumentale:

- a) ove il risultato della visita o dell'indagine strumentale evidenzia una patologia acuta o una condizione di immediata necessità per l'assistito garantisce direttamente la continuità di cura, anche prescrivendo sul ricettario regionale i farmaci relativi;
- b) ove il risultato della visita evidenzia una situazione clinica che necessita un piano di trattamento farmacologico, non immediato, formula una proposta terapeutica al medico curante; la proposta è consegnata al paziente;
- c) ove il risultato della indagine strumentale evidenzia una situazione clinica che non necessita di un piano di trattamento farmacologico immediato lo specialista risponde al quesito diagnostico del medico curante e consegna il risultato dell'indagine al paziente.

8. Le Aziende sono invitate a sperimentare ed organizzare, se condivise dal tavolo di concertazione aziendale, modalità prescrittive che promuovono un appropriato ed innovativo approccio ad alcune prestazioni diagnostiche, in particolare radiologiche; in tal senso il medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta o altro specialista limitano i contenuti della prescrizione alla descrizione della motivazione clinica e al quesito diagnostico che giustificano il ricorso ad un iter diagnostico per immagini, lasciando allo specialista radiologo la scelta dell'indagine congrua e conseguente rispetto alla esigenza conoscitiva del medico prescrittore;

9. I punti 3,4,5,6,7,8 sopra descritti, costituiscono determinanti dei percorsi assistenziali non diversamente strutturati con atti formali della regione o della Azienda. Hanno l'obiettivo di garantire al cittadino un percorso diagnostico terapeutico assistito ed integrato attraverso una assunzione di responsabilità professionale diretta dello specialista, cui ha avuto accesso il cittadino, il quale attiva direttamente il percorso e lo chiude, così come descritto al precedente punto 5, lettera a,b,c, d; In caso di ricovero, se al momento della dimissione sono previste o programmate ulteriori prestazioni utili al completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, lo specialista prescrive direttamente sul ricettario regionale le ulteriori indagini necessarie e provvede ad attivare il percorso di prenotazione nelle modalità indicate dall'Azienda come previsto al punto 2;

10. Al fine della appropriatezza della prestazione da eseguire (visita o prestazione strumentale), il medico prescrittore deve, oltre che assicurare il rispetto dei requisiti essenziali di chiarezza e completezza, redigere la prescrizione riportando sempre la motivazione clinica e il quesito diagnostico che giustificano la prestazione richiesta, prevedendo la possibilità di completare la prescrizione con i dati anamnestici se importanti ai fini conoscitivi e decisionali;

11. In caso di soggetti affetti da particolari patologie (patologie croniche/rare di cui al DM 329/99 e successive integrazioni, e DM 279/2001), individuate in modo specifico nei LEA e/o oggetto di specifici atti regionali/aziendali, il medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta e lo specialista di riferimento concordano, al tavolo di concertazione aziendale, il relativo percorso assistenziale ivi compresa la modalità di richiesta della visita di controllo. Il piano di monitoraggio deve essere organizzato secondo i principi della assunzione diretta di responsabilità e della continuità del percorso assistenziale; in particolare lo Specialista richiede sul ricettario regionale le ulteriori consulenze specialistiche e/o le indagini cliniche diagnostiche definite dal piano di monitoraggio, nonché la ulteriore visita specialistica di controllo del piano stesso provvedendo ad attivare l'iter diagnostico nelle modalità previste al punto 2. Sono fatte salve le disposizioni assunte negli atti regionali ed aziendali di definizione di specifici percorsi assistenziali;

12. Il medico, di Medicina Generale/pediatra di libera scelta o Specialista, anche nel rispetto dell'art. 22

del Codice di Deontologia Medica, in tutte le situazioni in cui abbia direttamente constatato dati clinici a carattere diagnostico e prognostico, anche in fase di dimissione ospedaliera o da Pronto Soccorso, rilascia al cittadino, ove ne abbia necessità ai fini dell'assenza dal lavoro, certificazione medica relativa al suo attuale stato di salute, attestando diagnosi e prognosi iniziale;

13. Le parti ritengono necessario un confronto permanente di livello regionale sulle tematiche oggetto del presente accordo ed in particolare:

a) monitoraggio e verifica della applicazione delle indicazioni di cui al presente accordo;

b) approfondimenti, analisi e valutazioni in tema di appropriatezza e governo della domanda e dell'offerta sanitaria.

GLOSSARIO

Ai fini di una corretta applicazione del presente documento si ritiene utile precisare il significato attribuito ad alcuni termini di particolare ricorrenza nel testo:

Motivazione clinica: è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente, (per es. colica addominale, tosse, gonalgia,...)

Quesito diagnostico: esprime precisamente il sospetto clinico che il curante ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver, eventualmente, valutato indagini precedenti.

Indagine diagnostica, esame strumentale, prestazione di diagnostica strumentale, prestazione terapeutica, visita specialistica: secondo quanto definito dal nomenclatore tariffario regionale (DGR 229/97 e successive integrazioni) che rappresenta il livello di assistenza della specialistica ambulatoriale.

Certificazione di malattia: Certificato di malattia valido per l'assenza dal lavoro (art. 22. Codice di Deontologia Medica e Circolare INPS n° 99 del 13 Maggio 1996), redatto anche su carta intestata, con i requisiti previsti per la certificazione, attestante diagnosi e prognosi iniziale.

Day service medico è la sede operativa che offre la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare procedure mediche di natura diagnostica e/o terapeutica di bassa complessità senza ricorrere al ricovero e, nel medesimo tempo, in considerazione della necessità di contenere il numero di accessi per i pazienti e di razionalizzare l'organizzazione sanitaria, senza rinunciare allo stile di trattamento proprio del day hospital. In Toscana tale modalità organizzativa corrisponde sostanzialmente al modello "Prestazioni Specialistiche in Diurno" disciplinato con delibera di Consiglio Regionale n° 384 del 25/11/1997.

Firenze 26 settembre 2005



Termoablazione a radiofrequenze: Pisa ancora una volta precursore

I risultati delle attuali metodiche di trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule sono buoni solo nel caso di malattia al I stadio. Tra queste, la chirurgia rappresenta a tutt'oggi la terapia con le maggiori potenzialità curative nel caso di malattia limitata (stadi I, II, IIIa), mentre chemio e radioterapia, singolarmente od associate, offrono un modesto contributo terapeutico, prevalentemente di tipo palliativo.

Il polmone rappresenta poi la seconda sede più frequente di malattia metastatica e numerosi studi documentano che in casi selezionati la chirurgia rappresenta un'opzione di trattamento anche per queste lesioni.

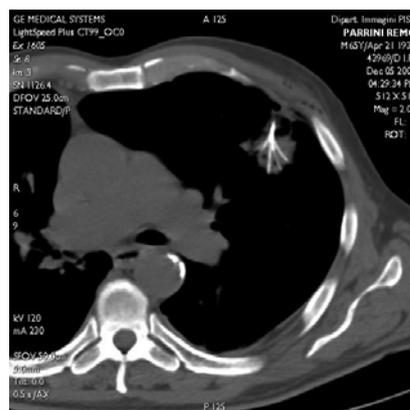
Tuttavia l'atto chirurgico non sempre è fattibile per la possibile pre-

senza di controindicazioni di carattere medico in pazienti affetti da neoplasie primitive, o per il numero e la sede delle lesioni secondarie che richiederebbe un sacrificio di parenchima polmonare sproporzionato agli intenti spesso palliativi di questa particolare indicazione terapeutica.

È, inoltre, da considerare come i costi/benefici di un trattamento chirurgico in pazienti in fase metastatica non siano sempre proporzionati ai risultati in termini di sopravvivenza e qualità di vita.

In questo scenario si sono recentemente sviluppate metodiche mini-invasive, con lo scopo di proporre un trattamento locale delle neoplasie polmonari primitive e secondarie anche a pazienti non suscettibili di quello chirurgico. Tra queste sem-

bra riscuotere sempre maggior successo la termoablazione percutanea mediante radiofrequenze. Tale procedura è stata inizialmente proposta nel trattamento di neoplasie solide maligne localizzate in strutture quali fegato ed osso. Solo successivamente, a partire dalla fine degli anni '90 in modelli animali ed agli inizi del XXI secolo nell'uomo, questa procedura è stata testata nel parenchima polmonare e sulle sue neoplasie. Il rationale di questo trattamento è quello di indurre un'area di necrosi coagulativa in modo controllato che comprenda la neoplasia determinandone la sua distruzione. Questo av-



viene solitamente attraverso l'infissione per via percutanea di aghi-elettrodo nella neoplasia, sotto la guida delle immagini (ecografia o TC), seguita dall'applicazione di energia termica fino ad ottenere temperature superiori a 60 °C, e determinando così una rapida necrosi del tessuto circostante. Nei casi selezionabili per questo tipo di trattamento, i vantaggi di tale tecnica, se comparata alla resezione chirurgica, appaiono subito piuttosto evidenti: invasività notevolmente ridotta; possibilità di esecuzione in anestesia locale; riduzione di morbidità e mortalità; bassi costi; possibilità di esecuzione in regime ambulatoriale o di day-surgery.

Le fonti di energia termica proposte per questo tipo di trattamento sono diverse e vanno dalle microonde, agli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità, al laser, alle radiofrequenze. Queste ultime, in particolare, hanno riscosso notevole successo per l'efficacia dimostrata a fronte di una maneggevolezza e di costi decisamente favorevoli. Il meccanismo con cui viene prodotto calore nei tessuti è semplice: le onde a frequenza radio, veicolate nel tessuto da ablare, determinano uno stato di agitazione ionica, gli ioni sfregando tra loro trasformano parte della





loro energia in calore fino ad ottenere temperature che conducono alla necrosi coagulativa.

Proprio a Pisa, tra la fine del 1999 e l'avvio dell'anno 2000, veniva approvato e finanziato dal MIUR un programma di ricerca che prevedeva, attraverso 5 fasi consecutive (dalla prima sperimentale sull'animale, all'ultima clinica nell'uomo), il trasferimento della terapia termoblattiva percutanea a radiofrequenze dall'ambito epatico a quello polmonare nell'uomo, ed i cui risultati preliminari furono già presentati alla Conferenza Europea di Chirurgia Toracica tenutasi ad Istanbul nell'Ottobre 2002. Più nel dettaglio il nostro protocollo di studio, approvato anche dal comitato etico locale per la sperimentazione sull'animale e sull'uomo, prevedeva il trattamento di lesioni di non più di tre centimetri di diametro, con conferma cito-istologica della lesione neoplastica, in pazienti con controindicazione chirurgica. La termoablazione era condotta sotto guida TC con il paziente in sedazione vigile, utilizzando un generatore

di radiofrequenze fino a 250 W di potenza massima a regolazione automatica. L'ago elettrodo, introdotto per via percutanea dopo anestesia locale, era composto da un trocar con 9 elettrodi estraibili a ventaglio fino a 5 cm di diametro. Cinque di questi elettrodi contenevano altrettante termocoppie che, misurando in tempo reale la temperatura raggiunta, permettevano l'autoregolazione della

temperatura impostata. La temperatura target era di 90°C, mantenuta da 15 a 27 minuti secondo le dimensioni della lesione da ablare.

In pochi anni, grazie ai brillanti risultati ottenuti nel nostro ed in altri 7 centri nel mondo che avevano adottato lo stesso protocollo, la Termoablazione a Radiofrequenze (RFA) è praticamente entrata nella routine. La metodica è risultata subito ben tollerata dai pazienti e con bassa incidenza di complicanze, per lo più di tipo minore, come documentato anche da un importante studio pubblicato nel 2004. L'autore, infatti, attraverso l'invio di un questionario ad oltre 10 centri in cui la metodica veniva eseguita, tra cui il nostro, registrava una bassa percentuale di complicanze minori (tra cui il pneumotorace era quella più rappresentata), bassissima di quelle maggiori, a fronte di una ottimale tolleranza e soddisfazione da parte dei pazienti.

Sul fronte poi dei risultati in termini di efficacia è da sottolineare che la RFA è una metodica di trattamento locale ed in questo senso essi van-

no letti. Nonostante un follow-up che ad oggi al massimo raggiunge i 24 mesi, i primi dati sono decisamente incoraggianti. Numerosi autori, infatti, riportano in letteratura un controllo locale della malattia superiore al 50% dei casi.

Se da un lato va ancora sottolineato che la RFA è da riservarsi a pazienti con controindicazione chirurgica, dall'altro non tutti i pazienti sono suscettibili di essere sottoposti a tale trattamento. Tecnicamente è possibile ablare con radiofrequenze lesioni che non superino i 5 cm di diametro massimo, che non siano in numero superiore a 3-4 per emitorace e che abbiano una distanza da grossi vasi e vie aeree superiore ad 1 cm. Tali limiti non sono tuttavia assoluti ma legati ad una evoluzione della tecnologia adottata che è tuttora in corso. In pochi anni si è passati da aghi mono-elettrodo ad aghi con più elettrodi estraibili, e più recentemente a sistemi di microperfusione degli stessi aghi, che hanno tutti contribuito ad aumentare l'efficacia e la sicurezza della metodica.

Sono anche allo studio altre sorgenti di energia termica, tra le quali le microonde sembrano avere le maggiori potenzialità. Ed infine, sono già state pubblicate le prime esperienze di studi che hanno visto l'associazione della RFA con la radioterapia e con la chemioterapia sistemica. In entrambi i casi sembra esserci una sorta di sinergismo nell'associazione di queste metodiche, per il quale quando sono associate sembrano ottenersi risultati migliori che nel caso di trattamento con le stesse singolarmente.

In conclusione, la RFA di neoplasie polmonari si è ormai affermata come metodica di trattamento miniminvasiva alternativa alle altre metodiche di trattamento locale, in pazienti con controindicazioni chirurgiche o che rifiutano la chirurgia. Possiamo ormai dire che essa rappresenta una nuova arma a disposizione di quei medici che quotidianamente combattono contro le neoplasie polmonari primitive e secondarie.

Ginocchio: nuova tecnica chirurgica artroscopica

Il trattamento dei difetti osteocondrali dei condili femorali del ginocchio prevede numerose metodiche tra le quali: le condroabrasioni, le perforazioni, le microfratture, i trapianti di condrociti autologhi, l'uso delle cellule staminali e gli autotrapianti osteocondrali (OATS). A questi si è recentemente aggiunto l'uso di uno scaffold biodegradabile che in un certo senso, oltre a riassumere le caratteristiche dei trattamenti precedenti, ne esalta le finalità biologiche. Abbiamo usato questo scaffold (TruFit) in 12 pazienti ed i nostri risultati preliminari evidenziano la completa risoluzione della gonalgia con ottime impressioni cliniche. In un caso è stato inoltre eseguito un second-look artroscopico a oltre 5 mesi che ha mostrato l'integrazione dell'innesto e alla biopsia è stata osservata la presenza di condrociti e condroblasti.

Caratteristiche

Questo scaffold è stato progettato per la riparazione della cartilaginee e dell'osso nei difetti osteocondrali. Consiste in un impianto cilindrico bi-fase in PoliGraft ed è composto da un copolimero di polilattide-co-glicolide (PLG) che ne costituisce la struttura e da solfato di calcio che stimola la rigenerazione ossea. Il copolimero è amorfo (non-cristallino) ed è riassorbibile in nove mesi. Inoltre nell'inserto vengono incorporate fibre di poliglicolide (PGA) per garantire la resistenza meccanica ed è aggiunto del surfatante che permette ai fluidi di essere facilmente assorbiti dallo scaffold. Gli impianti cilindrici vengono inseriti con tecnica artroscopica a press-fit nella zona prescelta per garantire una solida tenuta e per permettere la migrazione del tessuto di riparazione nello scaffold. La sua struttura tridimensionale porosa (con

pori interconnessi del diametro medio di 250 μm) stimola lo sviluppo ed il rimodellamento tissutale. Le proprietà meccaniche dell'inserto mimano quelle dei tessuti circostanti e questo determina non solo la stabilità meccanica ma influenza anche la natura della rigenerazione ossea e cartilaginea. Gli inserti hanno inoltre proprietà idrofiliche che permettono di intrappolare i fluidi come il sangue ed il midollo che contengono nutrienti, proteine e cellule. Infine lo scaffold può essere conformato, al momento dell'intervento, per corrispondere perfettamente alla superficie articolare. Questi scaffold hanno forma cilindrica con diametri che variano da 5 ad 11 mm e con lunghezza che può arrivare fino a 20 mm.

La tecnica chirurgica

Si tratta di una procedura chirurgica eseguita completamente in artroscopia: il difetto osteocondrale, già identificato con l'imaging (RMN), viene individuato e dopo la misurazione della sua estensione superficiale con apposito strumentario viene eseguita l'asportazione della zona malacica creando così l'alloggio per lo scaffold (TruFit) con una profondità che può variare fino ad un massimo di 20 mm. E' necessario nel creare l'alloggio superare lo stato di tessuto osseo sclerotico fino al raggiungimento di uno strato vitale al fine di ottenere la risposta biologica necessaria alla guarigione della lesione. Verrà così posizionato "press-fit" l'inserto con diametro e lun-



ghezza corrispondenti all'alloggio reparato. In base all'estensione della lesione osteocondrale da trattare possono essere utilizzati anche più inserti.

Questa metodica chirurgica non preclude affatto all'esecuzione di altre procedure e nella nostra esperienza abbiamo casi di ricostruzione di LCA nel medesimo tempo chirurgico.

Il numero massimo di scaffold da noi utilizzati per una lesione osteocondrale sono stati tre.

Nell'immediato post-operatorio non viene utilizzata alcuna immobilizzazione ed i pazienti iniziano immediatamente la rieducazione del ginocchio per il ripristino del range articolare, l'arto viene mantenuto in scarico per 3 settimane durante le quali il paziente utilizza degli anti-brachiali per la deambulazione.

Al termine delle 3 settimane, con l'inizio del carico, il paziente eseguirà un ciclo di fisiochinesiterapia per il recupero del tono trofismo muscolare.

In conclusione, anche se il numero dei casi trattati non è ancora stati-



sticamente rilevante ed il follow-up è breve, l'utilizzo del TruFit ci ha dato ottime impressioni cliniche con la completa risoluzione della gonalgia in tutti i casi ed anche risultati istologici ottenuti con il second look che abbiamo effettuato sono molto incoraggianti.

Possiamo quindi affermare che l'utilizzo di questo scaffold rappresenta una affascinante soluzione nel trattamento dei difetti osteocondrali del ginocchio che se confermata con un follow-up clinico più lungo e con ulteriori riscontri istologici ed istochimici si pone de-

cisamente in primo piano come la miglior metodica di trattamento per questo tipo di lesioni.

Inoltre avendo avuto ottimi risultati anche in soggetti ultrasessantenni con lesioni abbastanza estese è ipotizzabile anche la completa sostituzione della porzione osteocondrale di carico di un condilo femorale, quando l'asse di carico lo consente, in alternativa ad un intervento molto più invasivo di protesi monocompartimentale.

Potremo così ottenere per via artroscopica una "protesi biologica" ed è su questo che stiamo lavorando.



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**
carrozzine - kinetec - stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTRMEDICALI
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

Nuove norme sulla pubblicità sanitaria

Con l'entrata in vigore della legge Bersani (Legge 4 agosto 2006, n. 248) è stato abrogato "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". Pertanto il Consiglio FNOMCeO ha approvato il nuovo codice deontologico in data 16/12/2006 e, successivamente, ha provveduto a correggerne alcuni punti a seguito delle valutazioni evidenziando il contrasto con la nuova normativa (artt. 55-56-57). Lo stesso Consiglio ha inoltre provveduto alla redazione delle "Linee guida" per l'applicazione degli articoli sopra citati e la disciplina dei messaggi pubblicitari tramite siti Internet (punto 3).

La eliminata procedura di autorizzazione, conseguenza delle nuove norme, non fa venir meno, ma semmai aumenta, la responsabilità di chi vuole effettuare pubblicità sanitaria.

Chi, anche dopo aver letto le norme e le correlate linee-guida, ha dubbi circa la liceità del messaggio, per forma, contenuto, modalità e ubicazione può chiedere una preventiva valutazione all'Ordine, sul quale l'Ordine esprimerà il proprio parere, con riserva di successiva verifica. In caso di mancato riscontro entro 60 giorni il testo dovrà essere considerato deontologicamente non rilevante.

Chi invece, dopo aver letto le norme e le linee-guida, non ha dubbi circa la liceità della pubblicità informativa che intende attuare, né per forma, modalità, contenuto e ubicazione, ritenendola vera, trasparente e decorosa, può porla in es-

sere tenendo presente però che è rimasto intatto, se non rafforzato, il potere dell'Ordine di verificarne trasparenza, veridicità e decorosità.

La veridicità e trasparenza dei messaggi pubblicitari potranno anche essere comunicati all'Ordine professionale tramite una specifica autodichiarazione, rilasciata dagli iscritti, di conformità del messaggio pubblicitario, degli strumenti e dei mezzi utilizzati, alle norme del Codice di Deontologia Medica e a quanto previsto nelle linee-guida correlate.

Nel caso che il messaggio non sia trasparente, veritiero o decoroso per forma, contenuto, modalità e ubicazione, l'autore sarà sottoposto a procedimento disciplinare.

I testi del nuovo Codice Deontologico e delle Linee Guida sono disponibili sul sito dell'Ordine dei Medici di Pisa (www.omceopi.org).

Pagamento quota di iscrizione 2007

Si ricorda a quanti non avessero ancora provveduto al pagamento della quota di iscrizione all'Ordine per l'anno 2007 che il versamento deve essere necessariamente effettuato entro il termine perentorio del 15 settembre 2007.

Ricordiamo che l'importo non ha subito aumenti e resta di:

- € **92,96** per la sola iscrizione all'albo dei Medici o degli Odontoiatri;
- € **185,92** per gli iscritti sia all'albo dei Medici che a quello degli Odontoiatri.

Il pagamento può essere effettuato secondo le seguenti modalità:

1. Bonifico bancario:

ABI	CAB	CONTO	BANCA
05188	14000	000000030180	Banco S.Geminiano e San Prospero (Gruppo Banca Popolare Verona e Novara)

Causale: Iscrizione 2007 dott./ssa Nome e Cognome

2. Bancomat o Carta di credito: presso la Segreteria dell'Ordine, Via Battelli 5, Pisa.

Orario: da lunedì a venerdì: 9.30 – 13; martedì e giovedì: 15 – 17.30.

IMPORTANTE Si invitano i colleghi che hanno presentato il modello RID entro il 10 luglio '07 a verificare l'avvenuto addebito della quota di iscrizione sul proprio conto corrente. In caso di mancato addebito si prega di contattare la Segreteria dell'Ordine (Tel. 050.579714).

La
fedeltà
dei nostri clienti
ha radici
profonde.

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

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



LA COMUNICAZIONE A 360°

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

Aritmologia e Cardiolazione

Intervista a Marcello Piacenti, responsabile del Laboratorio di Elettrofisiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC)

Domanda: Quali sono le caratteristiche principali del Laboratorio, in rapporto anche al suo inserimento nella realtà della Medicina pisana?

Risposta: Storicamente, il nostro è stato il primo laboratorio di Cardiolazione in Toscana e uno dei primi in Italia. E' stato iniziato dal Prof. Luigi Donato e dal Prof. Carlo Contini negli anni '70. Da allora il Laboratorio ha cambiato completamente volto sia per la straordinaria evoluzione cui è andata incontro l'aritologia e la cardiolazione, sia per lo svilupparsi di altre realtà cardiologiche dedicate. Per molto tempo il nostro è stato l'unico punto di riferimento sulla fascia costiera, anche oltre i confini della Toscana, e veniva svolto un lavoro pionieristico nell'ambito della cardiolazione. Successivamente si è aggiunta l'attività di aritologia, che comprende non solo la diagnostica ma anche l'attività interventistica quali le ablazioni transcateretere per le aritmie ipercinetiche. Inoltre anche l'attività di cardiolazione ha subito un'importante evoluzione con l'introduzione del trattamento dello scompenso cardiaco, in alcune categorie particolari di pazienti, attraverso la stimolazione tricamerale (atrio-biventricolare). Oltre all'impianto di dispositivi di sola stimola-

zione, che sono diventati molto più sofisticati, sono stati introdotti i defibrillatori impiantabili che rappresentano dei salva-vita e che attualmente sono l'unica nostra risorsa veramente efficace nella prevenzione della morte improvvisa.

Domanda: In cosa consiste attualmente la vostra attività?

Risposta: Attualmente l'attività di aritologia e di cardiolazione è svolta da un gruppo di quattro medici dedicati, con l'ausilio di un gruppo di infermieri, nell'attività sia di sala di elettrofisiologia sia ambulatoriale specialistica.

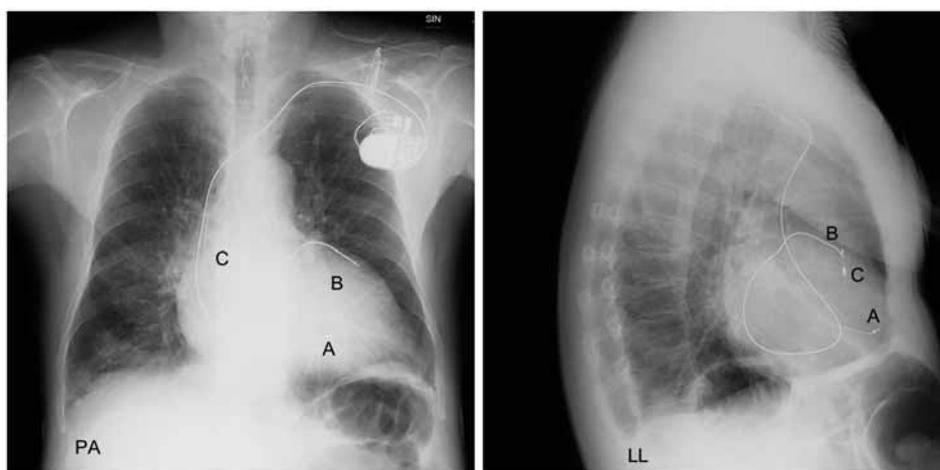
L'attività di sala comprende impianti e sostituzioni di pacemaker e defibrillatori (monocamerale, bicamerale e tricamerale), l'elettrofisiologia diagnostica come studi elettrofisiologici transesofagei ed endocavitari e attività interventistica fra cui le ablazioni transcateretere con ra-

diofrequenza. L'attività viene svolta su pazienti ricoverati presso l'Istituto con ricovero ordinario o, quando possibile, in regime di Day Hospital.

Vengono svolte anche attività ambulatoriali come il controllo di pacemaker e defibrillatori ed un ambulatorio specifico per pazienti con problematiche legate alle aritmie, diversificato dall'ambulatorio cardiologico normale.

Domanda: Quali sono le aritmie che vengono studiate in prevalenza?

Risposta: Sono molto variabili. Un gruppo è dato dalla patologia legata alla formazione e alla conduzione dell'impulso cardiaco (aritmie ipocinetiche). L'altro gruppo, le aritmie ipercinetiche, comprende numerose aritmie che possono richiedere sia terapie farmacologiche che con dispositivi impiantabili. In alternativa vengono proposte tera-



Radiografia del torace in paziente sottoposto ad impianto di pacemaker tricamerale.

Si osserva la presenza un catetere posizionato in apice del ventricolo destro (A), un catetere che attraverso il seno coronarico è stato posizionato nella vena cardiaca postero-laterale (B) e un catetere posizionato in auricola destra (C).

pie interventistiche con ablazione transcateretere.

Domanda: Dove viene svolta l'attività ambulatoriale e quali sono le liste di attesa?

Risposta: Gli ambulatori sono localizzati a S. Cataldo presso la Fisiologia Clinica. L'attività di controllo pacemaker e defibrillatori è un ambulatorio dove il paziente viene seguito a seconda della patologia e del dispositivo impiantato con cadenza semestrale o annuale; l'appuntamento per il controllo successivo viene dato subito dopo la visita. In caso di urgenze o per richieste prioritarie da parte dei Medici di base le visite vengono garantite nell'arco di 24 - 48 ore. Il servizio non viene interrotto durante il periodo estivo. Deve essere inoltre ricordato che i medici dedicati all'attività di controllo elettronico dei dispositivi hanno tutti le conoscenze teoriche per gestire i dispositivi anche da un punto di vista ingegneristico, per cui possono, in caso di urgenze, intervenire direttamente.

Per quanto riguarda l'ambulatorio

aritmie facciamo il possibile perché l'attesa non superi il mese. E' stato fatto uno sforzo enorme con aumentare il numero di visite ma ci rendiamo conto che la richiesta è molto superiore alle nostre possibilità, per lo meno in questo momento. In effetti a mia conoscenza, credo che questo sia l'unico ambulatorio dedicato per le aritmie nel comprensorio pisano.

Domanda: Nell'ambito del CNR, in cui viene svolta ricerca, come si integra questa attività clinica?

Risposta: E' difficile ma lo scopo che si propone l'Istituto viene mantenuto con molti sforzi. La ricerca è parte integrante della nostra attività. Abbiamo varie collaborazioni con l'industria per lo sviluppo di nuovi dispositivi e per la ricerca di nuove applicazioni con dispositivi esistenti. Per esempio si sta concludendo una ricerca, a cui abbiamo partecipato, sull'applicazione di algoritmi per la prevenzione della fibrillazione atriale. Inoltre abbiamo la fortuna di avere ricercatori che provengono da altre discipline che ci aiutano nell'interpretare diversi



fenomeni elettrici provenienti dall'apparato cardiaco. Ad esempio abbiamo studiato l'influenza della stimolazione elettrica ventricolare indotta dai pacemaker sull'attività elettrica atriale. Questo fenomeno ha implicazioni potenzialmente molto importanti perché potrebbe essere alla base dell'aumento dell'incidenza della fibrillazione atriale che si osserva nei soggetti sottoposti a cardiostimolazione cronica.

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

Osteonecrosi da bifosfonati: assistenza d'avanguardia

La crescita esponenziale di testimonianze cliniche a livello mondiale sulla osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati dal 2003 ad oggi, ci ha spinto ad approfondire, nello spazio di Pisa Medica riservato agli Odontoiatri, tale importante complicanza, che riteniamo debba fare parte del bagaglio culturale di ogni Medico e non solo degli Specialisti del settore odontoiatrico od oncologico. Negli Stati Uniti la ditta produttrice di tali farmaci, nel 2004, quando il numero dei casi aumentava, ha preparato il materiale informativo per i pazienti, per metterli al corrente del rischio che possono comportare le procedure odontoiatriche nelle persone che assumono i bifosfonati. In seguito, nel giugno 2004, al congresso degli oncologi clinici americani (ASCO), è stato distribuito un «libro bianco» su tale effetto avverso. Nel settembre 2004 l'azienda ha inviato a oncologi, ematologi, urologi e chirurghi maxillo-facciali americani una «Dear doctor letter» (concordata con la Food and Drug Administration) per informarli delle modifiche della scheda tecnica dei farmaci implicati, che è così aggiornata con le informazioni sul rischio di osteonecrosi. In Europa, e in particolare in Italia non sono state diffuse «Dear doctor letter», né brochures per i pazienti, e anche l'informazione da parte degli informatori scientifici è stata pressoché nulla. Le modifiche della scheda tecnica sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale solo il 16 novembre 2006.

E' per questo che abbiamo già dato ampio spazio con il numero 27 (settembre-ottobre 2006) di questo periodico (e li rimandiamo

per un approfondimento sulla clinica) alla osteonecrosi da bifosfonati con l'articolo del professor Mario Gabriele e dott. Filippo Graziani della Chirurgia Speciale Odontostomatologica della nostra Università. La loro casistica è una delle più ampie in Italia e documentata dalle numerose pubblicazioni italiane e internazionali. Fra i molteplici interventi a Congressi Medici e Odontoiatrici ricordiamo il vivo interesse suscitato tra i numerosi presenti al recente Congresso organizzato da ANDI Regione Toscana con le Università di Pisa, Siena e Firenze a Viareggio il 14 aprile 2007. Ritorniamo oggi sull'argomento dal momento che apprendiamo che l'impegno dei colleghi della Clinica Odontoiatrica Pisana si è concretizzato nella attivazione nella Unità operativa di Chirurgia Odontostomatologica diretta dal Professor Mario Gabriele di un **ambulatorio per i pazienti oncologici trattati con bifosfonati**. Riteniamo che il servizio sia non solo un valido riferimento per una categoria di pazienti che può avvalersi di un gruppo di lavoro specificamente dedicato, ma lo è anche per i numerosi colleghi che frequentemente si imbattono in pazienti affetti da mieloma multiplo, tumori che possono dare metastasi ossee (prostata, mammella, polmone...), malattia di Paget o anche osteoporosi senile, e che possono avere bisogno di una consulenza prima di essere sottoposti ad una prestazione odontoiatrica che potrebbe causare gravi complicazioni. Sappiamo a tutt'oggi che il 60% dei casi è insorto in seguito a un'estrazione dentale o un altro tipo di chirurgia dento alveolare, e il 40% spontaneamente, spesso in

pazienti con dentiere o altri tipi di riabilitazioni protesiche, a volte in zone predisposte a traumi, come esostosi. Sappiamo anche che la quasi totalità dei pazienti è stata trattata con amino-bifosfonati intravena, come pamidronato e zoledronato (più di rado alendronato). Non sono invece stati riportati casi di osteonecrosi nei pazienti trattati con clodronato. L'ambulatorio applica le linee guida e i protocolli indicati dalla comunità scientifica internazionale distinguendo innanzitutto tra chi non ha ancora iniziato la cura con bisfosfonati e necessita quindi di un intervento di tipo preventivo nei confronti della complicazione e chi invece è già in terapia e necessita di trattamenti il meno possibile invasivi.

Crediamo di fare una cosa utile ai colleghi informando che l'orario dell'ambulatorio è il martedì e mercoledì dalle 10.30 alle 12.30 alla Clinica Odontostomatologica del Santa Chiara prenotando allo 050 992939.

E' lontana da noi l'idea di creare ansie a colleghi Odontoiatri già coinvolti nelle complesse problematiche della professione, il nostro compito è quello di fare informazio-



ne, tanto più che è necessario, come ribadito da illustri studiosi della comunità scientifica, chiarire meglio tale patologia eseguendo studi clinici prospettici con più elevato livello di evidenza, per determinare in modo più preciso il peso di altri fattori di rischio, assunzione di farmaci concomitanti, etc. La pubblicazione sulla **Gazzetta Ufficiale N.267 del 16 novembre 2006** sulle complicazioni da bifosfonati, di cui noi pubblichiamo l'**allegato I**, se da una parte pone giustamente l'attenzione sull'argomento, dall'altra ("scripta manent"), impone una particolare cautela nella decisione terapeutica, soprattutto per non creare gravi complicazioni ai pazienti, ma anche per non incorrere in contenziosi.

A margine dell'articolo, per il piace-

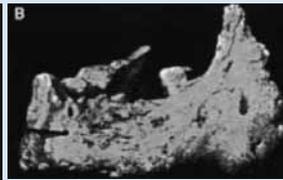


Fig. 2 A Deformity resulting from excision of entire lower jaw in a case of phosphorus necrosis (Case of Dr John P. Andrews,

The Occupational Diseases, W Gilman Thompson, D Appleton & Co, New York, 1914).

B Phosphorus necrosis of entire lower jaw excised by Mr McCarthy in 1884 (*London Hospital Medical College Museum*)

re degli appassionati della **storia della medicina**, segnaliamo la somiglianza tra questa osteonecrosi e l'antica phossy jaw (mandibola da fosforo) dei lavoratori delle fabbriche di fiammiferi (spesso bambini). Il primo case series, comprendente 22 casi, fu presentato a Vienna nel 1845. Una necrosi della mandibola che spesso fistolizzava, con esiti spesso devastanti e una

mortalità del 20%. Scomparve negli anni venti dopo la sostituzione del fosforo bianco con il fosforo rosso. Secondo l'ipotesi di Heiner Berthold, la struttura chimica dei bifosfonati (che comprende atomi di fosforo legati ad altri di carbonio) potrebbe essere la causa della osteonecrosi con un meccanismo simile all'esposizione professionale dei lavoratori del fosforo.

Gazzetta Ufficiale N.267 del 16 Novembre 2006

Allegato I

Modifiche da introdurre nella sezione 4.4 del riassunto delle caratteristiche del prodotto delle specialità medicinali contenenti bifosfonati (escluso acido pamidronico e acido zoledronico)

Sezione 4.4

L'Osteonecrosi della mandibola e/o mascella, generalmente associata ad estrazione dentale e/o ad infezione locale (osteomielite inclusa), e' stata riportata in pazienti con cancro in trattamento con regimi comprendenti i bifosfonati somministrati principalmente per via endovenosa. Molti di questi pazienti erano trattati anche con chemioterapia e corticosteroidi. L'osteonecrosi della mandibola e/o mascella e' stata anche riportata in pazienti con osteoporosi in trattamento con i bifosfonati orali.

Prima di iniziare il trattamento con i bifosfonati in pazienti con concomitanti fattori di rischio (come cancro, chemioterapia, radioterapia, corticosteroidi, scarsa igiene orale) deve essere presa in considerazione la necessita' di un esame odontoiatrico con le appropriate procedure dentistiche preventive.

Durante il trattamento, questi pazienti devono, se possibile, evitare procedure dentarie invasive. Nei pazienti che hanno sviluppato osteonecrosi della mascella durante la terapia con i bifosfonati, la chirurgia dentaria puo' esacerbare la condizione. Per i pazienti che necessitano di chirurgia dentale, non ci sono dati disponibili per suggerire che l'interruzione del trattamento con i bifosfonati riduca il rischio di osteonecrosi della mandibola e/o mascella.

Il giudizio clinico del medico deve guidare il programma di gestione di ciascun paziente, sulla base della valutazione individuale del rapporto rischio/beneficio.

Modifiche da introdurre nella sezione 4.8 del riassunto delle caratteristiche del prodotto delle specialità medicinali contenenti i bifosfonati acido Alendronico

Sezione 4.8

Nei pazienti trattati con bifosfonati è stata segnalata osteonecrosi della mandibola e/o mascella. La maggior parte delle segnalazioni riguarda pazienti oncologici, ma si sono verificati anche casi in pazienti trattati per osteoporosi. L'osteonecrosi della mandibola e/o mascella è generalmente associata con estrazione dentaria e/o infezione locale (inclusa l'osteomielite). Sono considerati fattori di rischio anche diagnosi di tumore, chemioterapia, radioterapia, terapia con corticosteroidi e scarsa igiene orale (vedere 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego).

Le tumefazioni suppurative del distretto oro-facciale

Le tumefazioni flogistiche del distretto cranio-maxillo-facciale costituiscono un complesso quadro di patologie. Queste possono assumere quadri clinici estremamente variabili, da piccole alterazioni anatomico-funzionali ad ampie tumefazioni con marcata deformazione della facies e seria compromissione delle funzioni vitali come la respirazione, la deglutizione e la fonazione. I fattori eziologici delle tumefazioni cranio-maxillo-facciali sono vari ed eterogenei tuttavia sono riconducibili principalmente ad eventi flogistici di natura infettiva.

Generalmente la terapia di questi processi è semplice e gestibile a livello ambulatoriale con la somministrazione di terapia antibiotica e piccoli interventi chirurgici. Talvolta tuttavia questi processi infettivi assumono dimensioni eclatanti caratterizzati da compromissione dello stato generale del paziente.

Eziologia

Le infezioni odontogene trovano principalmente origine dalla diffusione ed invasione batterica che fa seguito a parodontiti apicali, marginali ed a pericoronariti.

La parodontite apicale è l'esito della necrosi della polpa dentale ed è generalmente imputabile a processi cariosi che si sono propagati fino a livello pulpale, con progressiva estensione dell'infezione ai tessuti periapicali. Nel corso di parodontopatie marginali gravi è la presenza di profonde tasche a permettere la penetrazione e la diffusione dei batteri ai tessuti duri sottostanti. Nelle pericoronariti sono i processi infiammatori di natura infettiva a carico dei tessuti molli pericoronari, di elementi parzialmente o comple-

tamente inclusi, che causano la progressiva diffusione batterica ai tessuti profondi. Inoltre, processi infettivi possono talvolta colpire i tessuti limitrofi agli impianti dentari, determinando il quadro patologico definito perimplantite che può esitare in veri e propri ascessi.

Si crea così una raccolta di essudato purulento che, attraverso le vie di minor resistenza, progredisce nel tessuto osseo ed erode la corticale con diffusione nello spazio sub-periosteale, strato sottomucoso e successivamente nelle logge e fasce connettivali della testa e del collo, occupando quegli spazi virtuali che si determinano nel corso di processi infettivi, con la raccolta di materiale colliquo.

Clinica

La localizzazione delle raccolte purulente è determinata dal rapporto fra focolaio infettivo, lunghezza delle radici e loro relazione spaziale con le inserzioni muscolari limitrofe.

In base alla localizzazione della raccolta purulenta, gli ascessi ed i flemmoni possono essere classificati in mascellari ed in mandibolari.

A livello mascellare gli spazi dove si estrinsecano principalmente le raccolte purulente sono rappresentati dagli spazi canino, buccale, palatale e infratemporale.

Lo spazio canino è uno spazio potenziale, che si localizza tra l'elevatore dell'angolo della bocca e l'elevatore del labbro superiore. Si localizzano in quest'area ascessi derivati da processi infettivi a carico del canino mascellare. La lunga radice

del canino fa sì che l'erosione della corticale ossea avvenga al disopra dei suddetti muscoli mimici e quindi la tumefazione si localizzerà nella parte anteriore della faccia a livello del solco nasolabiale.

Quando il processo infettivo erode la corticale ossea al di sopra dell'inserzione del muscolo buccinatore si ha la formazione di ascessi buccali. Questo spazio viene interessato da processi infettivi a carico dei molari e dei premolari sia mascellari che mandibolari. La tumefazione si localizza al di sotto dell'arco zigomatico ed al di sopra del margine inferiore della mandibola. Processi infettivi a carico delle radici palatine dei molari mascellari possono invece determinare la formazione di ascessi palatini.

Lo spazio infratemporale è situato dietro il margine posteriore dell'osso mascellare, è delimitato medialmente dalla faccia laterale del processo pterigoideo dello sfenoide, superiormente dalla base cranica e



lateralmente è in diretta comunicazione con la loggia temporale. La localizzazione degli ascessi in questa zona è estremamente rara ed è causata da infezioni a carico dei terzi molari superiori.

Le infezioni odontogene mascellari possono spingersi superiormente determinando anche celluliti orbitali e periorbitali o trombosi del seno cavernoso: con diffusione per via ematica all'encefalo (complicanza gravissima talora mortale). Queste sono complicanze che richiedono terapie mediche aggressive ed un approccio poli-specialistico intraclinico.

Sebbene a livello mandibolare la raccolta purulenta si estrinsechi con maggior frequenza a livello vestibolare, talvolta si hanno ascessi sub-mentali, buccali, sub-mandibolari o sub-linguali.

Gli ascessi sub-mentali sono determinati da processi infettivi a carico degli elementi frontali mandibolari, l'erosione della corticale ossea avviene al di sotto dell'inserzione del muscolo mentale e la tumefazione si localizza tra il muscolo miloideo e il platisma.

Per quanto concerne gli ascessi buccali questi presentano caratteristiche cliniche analoghe agli ascessi buccali di origine mascellare.

Gli spazi sub-linguali e sub-mandibolari sono delimitati lateralmente dal margine mediale della mandibola; questi vengono interessati da perforazioni linguali da parte di processi infettivi a carico di molari e premolari mandibolari. La localizzazione sub-linguale o sub-mandibolare della raccolta purulenta è determinata dall'inserzione del muscolo miloideo sulla superficie mediale del corpo mandibolare. Se l'infezione determina un'erosione al di sopra di suddetta linea si avranno gli ascessi sub-linguali; questi sono causati da processi infettivi interessanti i premolari ed il primo molare inferiore. Quando il processo infettivo ha origine da patologie a carico del terzo molare si hanno raccolte ascessuali in sede sub-mandibolare. Il secondo molare invece può essere coinvolto nella

formazione di entrambi questi due tipi di ascesso. Lo spazio sub-linguale non presenta un confine posteriormente risultando in comunicazione con lo spazio sub-mandibolare per cui un ascesso sub-linguale può avere un'estensione a livello sub-mandibolare. Clinicamente le tumefazioni associate ad ascessi sub-linguali sono localizzate principalmente a livello intraorale ed hanno la tendenza ad estendersi bilateralmente determinando un innalzamento della lingua. La tumefazione negli ascessi sub-mandibolari si localizza tra il margine inferiore della mandibola, il ventre anteriore del muscolo digastrico e posteriormente è delimitata dall'osso ioide.

In particolare, quando il focolaio infettivo coinvolge bilateralmente gli spazi sub-mandibolari, sub-linguali e submentonieri si può sviluppare un'angina di Ludwig. Si tratta di una cellulite diffusa caratterizzata da un quadro infettivo a rapida progressione, che se trascurata può essere particolarmente pericolosa poiché, oltre alle serie difficoltà nella deglutizione e respirazione, può determinare la diffusione del processo infettivo allo spazio retrofaringeo e mediastinico con conseguenze sistemiche.

Se non viene instaurato un adeguato trattamento, queste infezioni degli spazi primari peri-mascellari e peri-mandibolari possono estendersi a fasce e spazi secondari determinando quadri settici ben più gravi. Si hanno così ascessi masseterini con tumefazioni localizzate medialmente al margine anteriore del muscolo massetere, ascessi pterigomascellari in cui la raccolta si localizza tra la superficie mediale del ramo mandibolare e la superficie laterale del muscolo pterigoideo interno. Se la raccolta si estrinseca superiormente allo spazio pterigoideo si ha interessamento della loggia temporale con tumefazioni che si estendono superiormente all'arco zigomatico e po-

steriormente all'orbita. In rari casi si può avere un'ulteriore estensione del processo flogistico allo spazio retrofaringeo con possibile interessamento mediastinico. Importante ricordare che la sede della tumefazione è legata essenzialmente alla lunghezza delle radici dentarie infette ed alla loro localizzazione spaziale rispetto alle inserzioni muscolari.

Complicanze

Le complicanze più frequenti si hanno per diffusione del materiale purulento per contiguità attraverso loci di minore resistenza logge,





spazi e fasce muscolari secondo la lunghezza delle radici infette e come su menzionato in relazione alla loro localizzazione spaziale rispetto alle inserzioni muscolari. Le complicanze più gravi e talora mortali si hanno per diffusione linfatica ed ematica a livello cerebrale, mediastinico, pleurico e pericardico. A tale proposito ricordiamo che le vene del distretto oro cranio facciale non hanno valvole ritentive quindi i batteri possono risalire in senso anti gravitativo retrogrado.

Terapia

Il trattamento degli ascessi, indipendentemente dalla loro localizzazione ed estensione, prevede sempre una terapia sistemica ed una terapia locale.

La terapia sistemica consiste nella somministrazione di una specifica terapia antibiotica; questa può essere somministrata per os, quando sono presenti ascessi di piccole dimensioni o per via endovenosa per grandi ascessi. L'antibiotico di scelta è rappresentato da amoxicillina e clavulanato (2-3 g die per os o per somministrazioni endovenose da 1200 mg in 100 ml di soluzione fisiologica ogni 12 ore); in caso di pazienti con allergia alle penicilline si può ricorrere alla somministrazione di macrolidi o chinoloni. Quando è presente un grossa tumefazione è buona norma affiancare alla terapia antibiotica una terapia antiedemigena ed antinfiammatoria con cortisonici (prednisone 20 mg fl) da unire alla terapia anti-

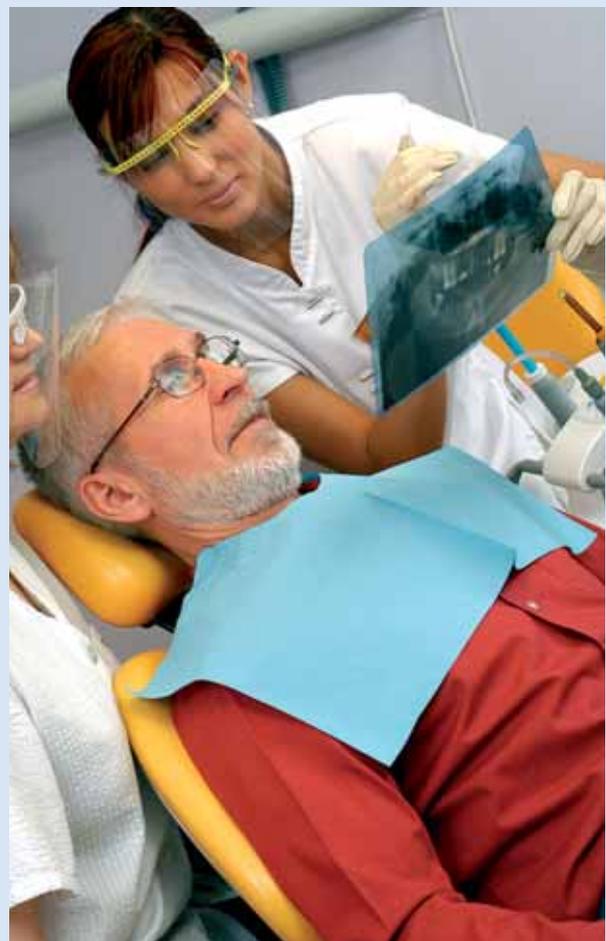
biotica per via iniettiva. Quadri settici avanzati possono richiedere un monitoraggio continuo del paziente, da effettuare tramite ricovero presso strutture adeguate. La terapia locale prevede, nelle prime fasi, l'applicazione di impacchi caldumidi al fine di promuovere la maturazione e la colliquazione della raccolta asessuale. A ciò farà seguito l'incisione, per via orale od extraorale, della raccolta purulenta con successiva applicazione di un drenaggio e la rimozione dell'agente causale.

Conclusioni

Nella pratica clinica ci troviamo, quotidianamente, a dover trattare ascessi di grandi dimensioni, che rendono necessario il ricovero di pazienti in strutture sanitarie attrezzate e terapie medicochirurgiche prolungate per molto tempo. Queste condizioni morbose sono imputabili primariamente alle cattive condizioni igieniche ed alla trascuratezza per la propria salute orale. E' importante non minimizzare questi processi infettivo-flogistici in quanto un ritardo nell'attuazione del piano terapeutico potrebbe avere anche conseguenze importanti sulla salute del paziente.

Infatti terapie antinfiammatorie ed antibiotiche ad ampio spettro, senza indicare al paziente la necessità di un intervento da parte dell'odontoiatra per rimuovere l'agente causale, solitamente determinano il rischio di recidiva. Bisogna considerare che le lesioni di natura infettivo-flogistica, una volta rimossa la causa ed instaurata un'adeguata terapia antibiotica, devono risolversi in massimo due settimane. Se invece la lesione persiste oltre questo tempo è necessario porre diagnosi differenziale con altre patologie quali ad esempio le neoplasie. E' pertanto necessario motivare attivamente tutti i pazienti al mantenimento di un'adeguata salute orale ed invitare tutti i soggetti ad aderire ai periodici protocolli di prevenzione della salute orale. Se siamo in presenza di quadri clinici più complessi o che non si risolvono rapidamente, è bene riferire i pazienti presso specialisti e strutture adeguate.

La terapia locale prevede, nelle prime fasi, l'applicazione di impacchi caldumidi al fine di promuovere la maturazione e la colliquazione della raccolta asessuale. A ciò farà seguito l'incisione, per via orale od extraorale, della raccolta purulenta con successiva applicazione di un drenaggio e la rimozione dell'agente causale.



A denti stretti

Nel precedente numero di "PisaMedica" (n. 29 Marzo-Aprile 2007) nella nota che trattava degli accessi ai corsi di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, proprio nei paragrafi finali veniva evidenziato come negli ultimi anni fosse calata la spesa odontoiatrica delle famiglie italiane in valore assoluto. Rimanendo in argomento voglio sottolineare ulteriormente il suddetto aspetto ed in particolare come all'interno del budget familiare anche in percentuale la spesa dedicata alla salute orale sia sempre più ridotta a tutto vantaggio di altri comparti di spesa apparentemente più "futili". Pertanto, per non essere serio, approfitto di una breve nota "rubata" al Dott. Antonio Montanari, illustre ed ironico collega dell'Umbria, che in forma garbata punta il dito su questa tematica e ci strappa un sorriso... a denti stretti. Anche questa è l'odontoiatria italiana del nuovo secolo.

"Dottore, la ringrazio di non avermi fatto aspettare; sa, dopo aver timbrato, sono in pausa caffè e devo rientrare al più presto".

S'immagini

"A proposito, le piace la mia pettinatura?"

Le dona molto

"Me lo dicono tutti; pensi: taglio, me-

ches, extension, 600 Euro in tutto; mezza giornata dal parrucchiere, ma così sono a posto per diverse settimane".

Ah!

"e le mie unghie alla francese? Me le ha fatte una ragazza con il diploma di terza media, ma è bravissima. 80 Euro la prima seduta e 30 per le successive di 15 minuti ogni 20 giorni, per sempre. Sapesse per avere un appuntamento!"

Però! (Se penso a tutti gli anni sui libri, ai denari investiti, alle "autorizzazioni", al rischio professionale...)

"e della mia nuova camicetta di Armani? Poco più di 900 Euro e

speriamo che stavolta la mia amica non me la bruci con la sigaretta dopo solo due settimane!"

Bella. Le dona

"Le ho parlato dei lavori nella nuova casa? L'impianto elettrico e di allarme me li fa un amico di mio marito, dipendente del ... (omissis), tutto al nero e senza IVA, quello idraulico un f... (omissis) in pensione, idem come sopra, poi..."

Scusi, ma devo catalizzare il composito (grrr!)

"Bella questa otturazione, non si vede nulla. Durerà almeno 10 anni come le altre? Quanto le devo?"

Un'ora e un quarto di lavoro, l'anestesia perché non vuole sentire nulla, materiali migliori in commercio, massima sterilizzazione, 100 Euro

"Così tanto? Ma ... con la fattura?"

Naturalmente, con ricevuta sanitaria esente da IVA

"Beh, allora gliela pagherò con la tredicesima, visto che adesso sono sulle spese; tanto si sa che voi dentisti, oltre che evasori impenitenti, siete ricchi e non avete bisogno!!!"



La dichiarazione dei redditi di giugno 2007

Per la maggior parte dei contribuenti Italiani il mese di giugno è per eccellenza il mese delle "tasse", la cui liquidazione deriva dalla compilazione del Modello Unico, comprensivo di Dichiarazione Irap, Dichiarazione Iva e Studi di Settore (per coloro che sono in possesso della partita iva) o del Modello 730 per coloro che possiedono redditi di lavoro dipendente, di pensione, di terreni e di fabbricati, di capitale o di lavoro autonomo occasionale. Il Modello 730 permette di ottenere eventuali rimborsi direttamente con la retribuzione o la pensione in tempi decisamente rapidi, cosa che invece richiede tempi assai più lunghi quando il rimborso viene chiesto con il Modello Unico.

Come sempre accade anche quest'anno nel modello di dichiarazione sono presenti alcune novità: nel frontespizio è possibile indicare un indirizzo diverso alla propria residenza anagrafica per la notifica degli atti da parte dell'Amministrazione Finanziaria; nel quadro dei fabbricati deve essere indicato sia l'ammontare dell'importo dell'Ici dovuta per l'anno 2006 relativamente ad ogni fabbricato che il codice catastale del Comune dove è situato l'immobile; viene concessa ai contribuenti che vantano un credito di imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi la possibilità di

compensare con l'Ici dovuta (ovvero: in presenza di un credito questo può essere "speso" per pagare l'Ici) tramite il Modello F24; viene introdotto per la prima volta l'obbligo di versare un acconto sull'Addizionale Comunale per l'anno 2007; per la detrazione riconosciuta a coloro che hanno effettuato ristrutturazioni edilizie (previa comunicazione al Centro Operativo di Pescara), l'importo da dedurre è rispettivamente del 41% per le spese sostenute fino al 30 Settembre 2006 e quindi del 36% per le spese sostenute dal 1° Ottobre 2006 al 31 Dicembre 2006, contemporaneamente la norma ha previsto un tetto massimo di

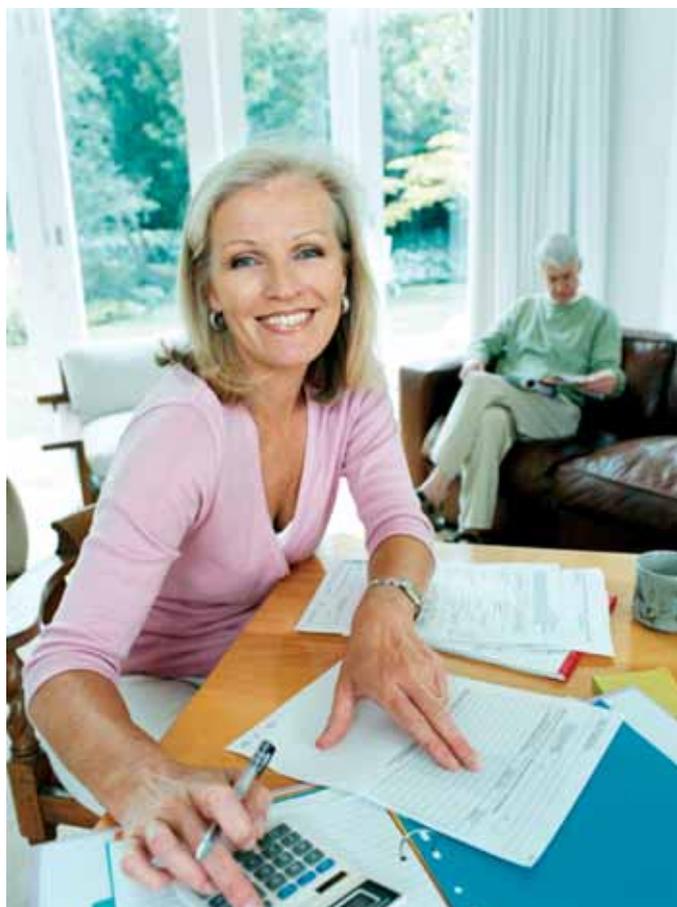
costi deducibili per ogni immobile in complessivi € 48.000,00; per i possessori di partita Iva che vanteranno un credito superiore a € 10.000,00 e che intenderanno utilizzarlo in compensazione, è prevista la preventiva richiesta telematica di autorizzazione all'Agenzia delle Entrate (ma il provvedimento attuativo non è stato emanato).

Ciò premesso, ad oggi, 12 luglio 2007 molte sono ancora le incertezze per coloro che compilano il modello unico: i liberi professionisti soggetti agli studi di settore che si trovano alle prese con i nuovi indici di "normalità economica", ai quali resta il dubbio di poter dedurre dalle

proprie imposte le ritenute d'acconto subite ma non certificate, che non sanno con certezza da quale data in poi devono essere dichiarate le plusvalenze realizzate a seguito della cessione di beni strumentali, che attendono di sapere con certezza quale sia il tetto massimo di deduzione per gli automezzi utilizzati promiscuamente nell'attività autonoma.

L'autorevole quotidiano "Il Sole 24Ore" del 9 luglio ricorda che era dall'anno 1993 che "l'appuntamento con il principale adempimento fiscale dell'anno non si presentava carico di insidie e di incertezze come accade ora".

(Fonte: "La Settimana Fiscale" Maggio 2007 e "Il Sole 24Ore" 9 luglio 2007).



Maria Grazia Petronio Presidente ISDE Pisa
Giuseppe Figlini Presidente Ordine Medici Pisa

Scopi e progetti dell'Associazione Medici per l'Ambiente

L'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente è nata per stimolare l'impegno dei medici per la salvaguardia dell'ambiente. Dal momento che i rischi per la salute sono inequivocabilmente legati al degrado ambientale e agli stili di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale.

L'ISDE Italia vuole valorizzare il ruolo di interfaccia che il medico può svolgere tra il mondo della ricerca scientifica e quello dei tecnici che si occupano di salute, per una corretta diffusione delle conoscenze relative ai problemi della salute legati all'ambiente.

L'ISDE è inoltre l'unica organizzazione del suo genere riconosciuta dall'ONU e dall'OMS.

La presa di coscienza di questa situazione ha recentemente portato all'introduzione, nel nuovo Codice deontologico, di un apposito articolo, il numero 5, per il quale *"Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini (...) Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva"*.

L'importanza del nuovo articolo 5 deriva dal fatto che esso prefigura un allargamento di prospettiva che coinvolge il medico nella sua funzione sociale: oggi il medico non può più limitarsi a un rapporto individualizzato con il paziente, ma deve guardare a un più ampio mandato nei confronti della collettività e



dell'organizzazione sanitaria, almeno per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema.

In questa direzione va anche l'accordo siglato il 15 marzo tra la FNOMCeO e l'ISDE che hanno sottoscritto un documento comune, punto di partenza di un progetto più ambizioso.

Si tratta di un importante documento che vuole siglare la scesa in campo dei medici con concrete scelte di tutela dell'ambiente, dato per acclarato che moltissimi processi patologici trovano la loro spiegazione in cause ambientali.

I dati presentati durante l'incontro confermano queste preoccupazioni: il 75% delle patologie e delle cause di morte risulta infatti associato a problemi legati al degrado ambientale oltre che a stili di vita scorretti. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'indagine su 13 città italiane che coinvolge oltre 200 mila abitanti, stima,

per il periodo 2002-2004, che ben 8820 morti/anno (di cui 742 per cancro al polmone) siano da attribuire a valori di PM_{10} che superano la soglia di $20 \mu g/m^3$.

Se l'inquinamento atmosferico ha raggiunto livelli tali da destare, nel mondo scientifico a livello mondiale, un forte allarme per la salute pubblica, i cambiamenti climatici associati all'effetto serra sono motivo di altrettanta preoccupazione: si pensi che l'estate del 2003, caratterizzata da una forte afa, si sono registrati in Italia (in base ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità) 2.222 decessi in più rispetto all'anno precedente, e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento dei decessi è stato addirittura del 36% nella popolazione in generale e del 40% tra le persone con oltre 65 anni.

Inoltre medici e ricercatori riferiscono di cluster di patologie respiratorie e tumorali annualmente registrate nelle strette vicinanze di impianti di trattamento dei rifiuti, industrie

chimiche, impianti radio-trasmettenti; incidenze in vertiginoso aumento di asma, patologie allergiche e respiratorie, specie nei bambini che vivono in città.

In particolare l'incidenza in Europa dei tumori in età pediatrica sta crescendo dell'1-1,5% all'anno senza che questo fenomeno possa essere spiegato unicamente con un miglioramento delle capacità diagnostiche.

Per ciò che concerne i costi secondo l'OMS, in Italia si potrebbero risparmiare ogni anno 28 miliardi di euro riducendo l'inquinamento atmosferico da particolato, mentre nel nostro Paese la spesa sanitaria dal 1995 al 2003 è cresciuta del 68% attestandosi sugli 80.864 milioni di euro. La spesa sanitaria è in parte dovuta proprio all'acquisto di farmaci antitumorali, che entro il 2008 porteranno nelle casse delle multinazionali del biotech 41 miliardi di dollari.

Si calcola che, in Italia, per ogni euro investito nella lotta all'inquinamento ambientale si potrebbero risparmiare sei euro di spesa sanitaria e quattro euro di spese previdenziali: ciò merita una seria riflessione.

Invece domina ancora il pensiero che il futuro, sia nella ricerca di farmaci ad altissimo costo, in sperimentazioni biomediche dagli effetti imprevedibili e potenzialmente catastrofici, in opere pubbliche faraoniche dalla dubbia utilità sociale ma dal sicuro devastante impatto ambientale. In nome di un'idea di sviluppo inteso unicamente come crescita economica (peraltro riservata a pochi) e non come progresso, l'uomo sta di fatto mettendo fortemente a repentaglio la sopravvivenza della propria specie danneggiando forse irreversibilmente il proprio ambiente, gli ecosistemi da cui la sua stessa salute dipende.

I medici sono i primi testimoni delle evidenti ricadute che il danno ambientale provoca sulla salute dei cittadini; i medici di medicina generale constatano direttamente negli



ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie degenerative, tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza. I pediatri registrano l'aggravarsi nei bambini - specie se residenti in zone più inquinate o più trafficate - di patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopneumoniti e soprattutto i tumori.

Obiettivi generali dell'ISDE (www.isde.it) sono:

- Recuperare il ruolo etico della professione medica.
- Promuovere l'impegno dei medici per la salvaguardia dell'ambiente.
- Privilegiare le politiche di prevenzione.
- Informare e coinvolgere sulle problematiche ambientali pazienti, col-

leggi, studenti, insegnanti, cittadini in generale.

- Avere una solida base culturale e scientifica sui problemi ambientali promovendo corsi di formazione, ricerche, convegni.

- Svolgere, sulle tematiche "Ambiente e Salute", un ruolo di unione tra società scientifiche, centri di ricerca, associazioni non governative (ambientaliste e non), associazioni di cittadini, settori professionali, istituzioni e popolazioni, sia a livello locale che internazionale.

A livello locale riteniamo che vadano perseguiti i seguenti obiettivi:

1) Ridurre il **disagio bioclimatico**: tramite opera di sensibilizzazione per l'aumento del verde pubblico, e conseguente riduzione dell'asfalto,

come azione preventiva per assorbire le "isole di calore", che tra breve renderanno le nostre estati sempre più torride, utile a dare sollievo soprattutto a bambini, anziani e ammalati e a ridurre i picchi di mortalità legati al surriscaldamento del centro urbano, oltre ad avere una funzione ricreativa e disinquinante.

L'emergenza legata ai cambiamenti climatici, che già ora stanno determinando conseguenze drammatiche sulla salute umana (aumento di gravità e frequenza di eventi estremi, desertificazione - alluvioni, aumento osservabile di malattie veicolate da vettori - encefalite, malaria, aumento di patologie legate ad aumento dei UVA - malattie immunitarie, melanomi, cataratta), impone una drastica riduzione delle emissioni gassose, nonché l'adozione di politiche che prevedano l'abolizione degli sprechi, un serio ridimensionamento dei consumi, l'impiego e lo sviluppo di tecnologie pulite per la produzione di energia.

2) Incentivare la **bioedilizia** affinché sia favorita l'autosufficienza energetica degli edifici in modo da abbattere drasticamente i consumi di elettricità necessari alla climatizzazione e quindi le relative emissioni di CO₂. Verosimilmente non sarebbe necessario costruire nuove centrali se solo si combattesse l'enorme spreco di energia e di materiali e si costruissero case e edifici ottimizzando la scelta di materiali e impianti.

3) Amministrare avendo come **parametro di riferimento il bambino**: sia perché i nostri figli hanno il sacrosanto diritto di crescere sani e felici, sia perché la società ha bisogno di formare cittadini educati, consapevoli e attivi. I bambini e gli organismi in accrescimento - dall'embrione al feto ed al neonato - rappresentano gli esseri più delicati e sensibili all'esposizione di sostanze tossiche o agenti fisici: anche dosi apparentemente "sicure" possono compromettere il loro futuro

sviluppo.

Sottolineiamo che i così detti "limiti di legge" rappresentano sempre un compromesso fra conoscenze scientifiche ed interessi di mercato ma sono sempre riferiti agli organismi adulti: coloro che dovrebbero essere da noi maggiormente tutelati e protetti risultano i più esposti con danni e conseguenze difficili da ipotizzare (si pensi ai recentissimi studi che associano i tumori infantili alla residenza alla nascita e, in particolare alla vicinanza a siti inquinati da traffico, e quindi all'esposizione ai prodotti di combustione di motori).

Rendere la città pienamente fruibile ai bambini significa inoltre renderla godibile anche agli anziani e ai disabili, cioè ai più deboli, bloccati in casa a causa del traffico, dei pericoli e di ogni sorta di barriera architettonica. In particolare i bambini hanno bisogno di **spazi** possibilmente **non strutturati**, cioè pensati per soddisfare il loro innato bisogno di correre, nascondersi e giocare creativamente. Il maggior tempo libero passato dai bambini in casa piuttosto che in attività ludico-sportive all'aperto, anche per mancanza di spazi pubblici, contribuisce inoltre ad una nuova emergenza sanitaria: l'epidemia di **"dyabesity"** (obesità + diabete).

Noi medici dell'ISDE crediamo sia prioritario impostare le politiche ambientali e sanitarie in termini di

prevenzione primaria e di lotta al degrado ambientale, in modo da **garantire ai bambini il diritto a non essere inquinati**, cioè ad aria, acqua e alimenti salubri.

4) Promuovere la discussione per attuare "rapidamente" un drastico **cambiamento del modello urbano**, affinché non sia più concepito a misura di automobile, bensì delle persone e quindi pensato per dare priorità a pedoni e biciclette o altro mezzo che renda l'aria più respirabile, gli spostamenti a corto raggio molto più veloci, accresca le occasioni di incontro.

5) Passare ad una gestione responsabile e consapevole del **problema rifiuti** che veda innanzi tutto l'attuazione di una politica basata essenzialmente su 4 principi: riduzione, riuso, recupero, raccolta differenziata, evitando in tal modo il ricorso all'incenerimento che, fra tutte le tecniche risulta essere la più costosa e la meno rispettosa dell'ambiente e della salute.

6) Favorire lo **sviluppo sociale della comunità** per renderla più attiva, critica e solidale.

Su questi temi l'ISDE intende proporsi come supporto per le amministrazioni locali e come punto di riferimento per la comunità locale.



Dalla pellicola al cd-rom: il progetto RIS-PACS d'Area Vasta

Rendere il sistema sanitario economicamente sostenibile mantenendo ed accrescendo la capacità di fornire prestazioni di eccellenza nelle condizioni di migliore utilizzo da parte dei cittadini, rappresenta oggi la sfida di maggiore rilievo in tutte le società avanzate.

La Toscana ha affrontato e sta affrontando tale sfida su diversi piani. Tra questi particolare significato per obiettivi e risorse investite, è stato dato alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale in **Aree Vaste**.

Fino al 2000 il sistema sanitario toscano era organizzato, come nel resto del Paese, esclusivamente attraverso le Aziende sanitarie (16 in tutto, di cui 12 Aziende Unità Sanitarie Locali e 4 Aziende Ospedaliere).

Da allora, attraverso una riflessione che ha coinvolto e sta tuttora coinvolgendo tutti i settori della società toscana, è iniziato un processo di razionalizzazione e concentrazione dei sistemi aziendali in 3 livelli tecnici, organizzativi e professionali, denominati **Aree Vaste**.

In quest'ottica la Toscana è stata divisa in tre Aree Vaste, a seconda della collocazione geografica:

- **Area Vasta Nord-Ovest** (in realtà ora è Nord): comprendente Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, Aziende ASL Lucca, Massa e Carrara, Pisa, Versilia, Livorno;
- **Area Vasta Centro** comprendente Aziende Ospedaliero-Universitarie Careggi e Meyer di Firenze, Aziende ASL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli;
- **Area Vasta Sud** comprendente Azienda Ospedaliero-Universitaria

di Siena, Aziende ASL Siena, Arezzo e Grosseto;

A seguire un disegno esemplificativo:



Uno dei primi aspetti affrontati, ai fini della uniformazione delle attività ed ai fini, quindi, del miglioramento sinergico dello scambio informativo fra le Strutture, è stato quello riguardante l'attività delle Unità Operative di Diagnostica per Immagini.

Ad oggi tutte le tre Aree Vaste hanno già aggiudicato la revisione del loro Sistema Informativo Radiologico, basandosi sui principi sopra indicati e, quindi, nelle 3 Aree Vaste sono in fase di attuazione, in maniera uniforme all'interno di ogni Area, i Sistemi delle ditte:

- **Fujimed Medica System Italia S.p.A. - ESAOTE S.p.A.** nell'Area Vasta Nord-Ovest
- **GE Medica System S.p.A. Kodak** nell'Area Vasta Sud
- **Siemens - AGFA** nell'Area Vasta Centro

Specificatamente, il progetto R.I.S.-P.A.C.S. dell'Area Vasta Nord Ovest (A.V.N.O.), aggiudicato da Fuji-Esaote nel Giugno 2006, ha avviato i lavori nei primi mesi del

2007 con la prospettiva e l'obiettivo di mettere il Sistema a regime nelle 4 Aziende Sanitarie nell'arco di 2 anni.

Le Strutture coinvolte comprendono 12 Ospedali e differenti Enti Sanitari dislocati sul territorio, ciascuno dei quali sarà dotato di un Sistema R.I.S. (Radiology Information System) - P.A.C.S. (Picture Archiving and Communication System) d'Area Vasta.

Il nuovo sistema informativo sarà, unico, unificato, integrato con altri Sistemi preesistenti (fra i quali il CUP, il programma di Pronto Soccorso, il programma di gestione degli interni ed il programma di Screening) e condiviso tra le A.S.L. dell'Area Vasta per la gestione e l'archiviazione dei dati e delle immagini dei pazienti.

Da una interfaccia comune e condivisa da tutte le A.S.L. appartenenti all'Area Vasta sarà possibile, per ora per i soli professionisti degli Ospedali, ma con le potenzialità future per arrivare direttamente sul territorio, accedere alla storia clinica del paziente, corredata di immagini e referti, ed archiviata in un repository centrale.

Fra i vantaggi che porterà il progetto, sono evidenti le ottimizzazioni nella gestione ed organizzazione dei flussi di lavoro dei reparti di Radiologia, dove le immagini diagnostiche seguiranno un processo interamente digitale: acquisizione dell'immagine (possibile grazie alle moderne modalità radiologiche digitali e ai moduli di conversione analogico/digitali laddove necessario); refertazione a monitor, distribuzione ed archiviazione gestite tramite supporti ottici ed infrastrutture di rete.

In particolare, per quanto riguarda

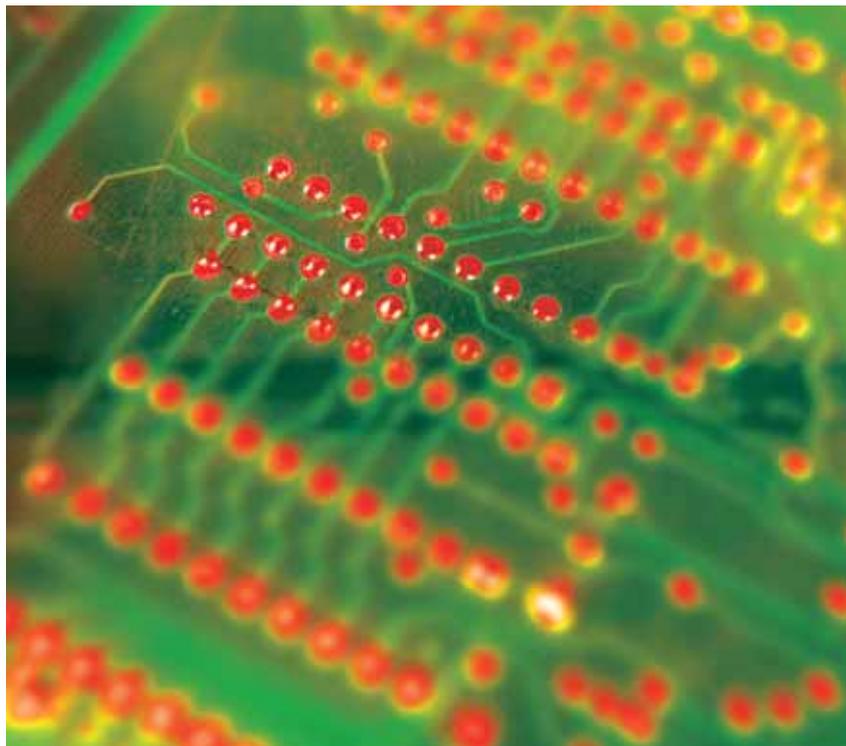
le possibilità di refertazione, i monitor medicali ad alta risoluzione (fino a 5 MP) si sostituiranno ai tradizionali diafanoscopi: il radiologo potrà visualizzare gli studi, le serie e le immagini ad alta ed altissima risoluzione e potrà processarle ed elaborarle grazie alla tecnologia digitale, senza la necessità delle stampe su pellicola.

Le immagini saranno, quindi, archiviate e rese disponibili per ulteriori consultazioni anche dai reparti che potranno accedere al PACS tramite interfaccia web.

Naturalmente, prevedendo la migrazione verso un ospedale totalmente privo di pellicola, il progetto modificherà anche le modalità di distribuzione immagini ai pazienti esterni/ambulatoriali, in quanto è prevista la distribuzione delle immagini e dei referti su supporto ottico.

Ogni reparto di Radiologia sarà provvisto di Sistemi di produzione di CD Pazienti che produrranno CD-ROM contenenti sia le immagini digitali ottenute durante l'esecuzione di ogni esame diagnostico, originali ed eventualmente processate per facilitarne la comprensione, sia il referto relativo alle immagini visualizzate. Tale CD-ROM verrà, di norma, consegnato al paziente in sostituzione delle lastre radiologiche.

Per visualizzarne il contenuto basterà semplicemente inserirlo nel lettore di un qualsiasi PC. Il sistema di visualizzazione autoavviante e



non installante permetterà infatti la consultazione del contenuto del CD su qualsiasi personal computer.

Il paziente ed il medico di base troveranno, quindi, inclusi il testo del referto associato estratto automaticamente dal sistema RIS e la lista degli esami contenuti nel CD, con la possibilità di visualizzarne le relative immagini.

La visualizzazione delle immagini potrà, inoltre, essere effettuata in due diverse modalità:

1- Visualizzazione con possibilità di elaborazione delle immagini (tramite funzionalità di zoom, contrasto e luminosità, rotazioni, ecc.)

2- Consultazione rapida, per visualizzare e scorrere le immagini dell'esame, secondo l'ordine di acquisizione.

In sintesi, l'utilizzo dei Sistemi Informativi integrati, nonché l'introduzione del CD paziente, si pone l'obiettivo di apportare sia un miglioramento dal punto di vista organizzativo, sia dei grandi benefici in termini di costi ed è, comunque, il primo importante passo per poter arrivare ad una unica ed uniforme condivisione del dato paziente all'interno almeno della intera Regione Toscana.

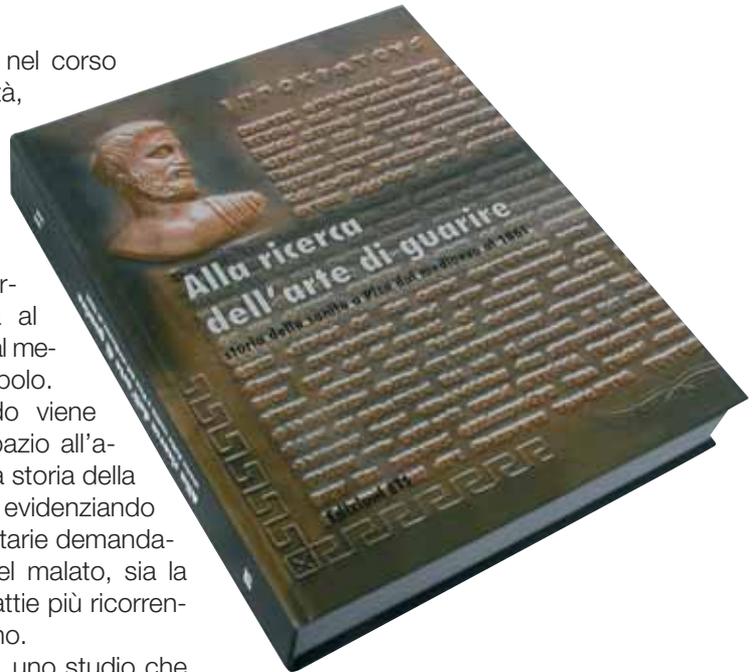


Alla ricerca dell'arte di guarire: la storia della medicina a Pisa - vol. II

In questi giorni è uscito il secondo volume *Alla ricerca dell'arte di guarire. Storia della sanità a Pisa dal medioevo al 1861*, e si chiude, così, la ricerca iniziata da cinque anni, che ha finalmente fatto il punto sulle vicende pisane, talvolta estese anche alla Toscana granducale, delle malattie, dei medici, dei rimedi farmaceutici, delle strutture sanitarie attraverso i secoli. L'opera, dotata di preziosi indici finali e corredata da un apparato iconografico correlato al testo, vuole far ripercorrere al lettore la strada che compie il medico quando si adopera per la guarigione del malato e non a caso termina proprio con la storia della terapia, a significare che questa "arte di guarire" è il compimento di un percorso virtuale. Entrando in dettaglio, esaminiamo i contributi, ricordando che tutto il primo volume si incentrava sullo studio di quei basilari pilastri forma-

tivi della medicina nel corso dei secoli: università, ordinamenti comunali, normative granducali e, quindi, alla preparazione teorica del medico nel corso dei secoli, sia al *lector* docente che al medico che cura il popolo. In questo secondo viene dato più ampio spazio all'aspetto pratico della storia della medicina a Pisa, evidenziando sia le strutture sanitarie demandate alla ricezione del malato, sia la tipologia delle malattie più ricorrenti che lo affliggevano. In apertura, quindi, uno studio che traccia la storia dell'ospedale pisano, a partire dall'epoca medievale durante la quale una vasta serie di piccoli ospedaletti locali e ubicati in vari luoghi di Pisa, deputati alla ca-

rità e alla ospitalità per il viandante, si fanno carico anche di curare e, per volontà e dono pontificio di papa Alessandro IV, si uniscono nel 1257, per diventare un corpo unico che approderà nel tempo alla grande struttura degli attuali "Ospedali Riuniti di S. Chiara". Lo studio, condotto da Maurizio Vaglini e Daniela Stiaffini, parte dall'XI secolo e mostra anche quello che oggi resta, da un punto di vista iconografico, dell'antica struttura, non tralasciando di sottolineare il nuovo percorso dell'ospedale di Cisanello, sorto con piccoli spazi come sanatorio. Gli autori hanno anche evidenziato due dati, strettamente collegati al tema del soccorso, della ricettività e della carità: la presenza a Pisa di opere assistenziali nell'Ottocento, un dato che conferma la realtà di un assistenzialismo cattolico di notevole interesse, perché affianca quello laico-operaio. Il secondo dato è la ricerca sulla farmacia annessa al S. Chiara, una storia da ripren-



Un ospedale medievale



Una pagina dell'*Hortus Siccus*

dere e da dettagliare per il suo grande interesse, anche se questo è un compito difficile data la scarsa reperibilità delle fonti in materia. Segue il contributo di Laura Zampieri, relativo alla storia della chirurgia. Questa studiosa, che già in passato ha pubblicato lavori sulla storia della medicina a Pisa, vuole evidenziare la grande difficoltà incontrata da questo ramo della medicina, per ottenere pari dignità con le materie affini di teorica, di pratica e di anatomia. L'estrema confusione dei secoli medievali tra tonsori, barbieri, cerusici *vulgares* e, infine, i chirurghi veri e propri viene chiarita, una volta per tutte. Accanto a questo tema ricorrente in tutte le storie della medicina, la studiosa sottolinea la diversità tra *lector* e *magister*, attribuendo a quest'ultimo il ruolo di chirurgo, in epoca medicea, e precisamente dagli *Statuta totius universitatis*, promulgati da Cosimo I nel 1543, una data che, come viene più volte sottolineato, è estremamente significativa per lo Studio pisano che da questa prende l'avvio definitivo, senza più soste e riconoscendo a questa figura il grande merito di essere stato, nel corso dei secoli, quello più vicino alla gente, in quanto presente come curante, mentre il *lector* restava in cattedra, dedito all'insegnamen-

to. La faticosa ripresa della chirurgia verso le più alte aspirazioni è legata anche alle conquiste dell'anestesia e delle più garantite norme igieniche, ed è per questo che più volte viene evidenziato come le laceranti urla dell'operato, abbiano frenato la crescita del chirurgo e lo abbiano portato ad intervenire solo in casi di estrema necessità. E' quindi un giusto merito quello attribuito dalla Zampieri all'opera di Andrea Vacca', eccelso tra i chirurghi pisani e punto di svolta di questa materia che, con lui, approda, sia come insegnamento, a livello dei grandi stati in Europa e di lui

ella produce ampia documentazione, sottolineando più volte quanto l'amicizia intercorsa tra lei ed una discendente dell'illustre casato, abbia contribuito a farle conoscere a fondo la personalità del chirurgo.

Il terzo e vasto contributo è di Alberto Zampieri che, oltre alla specializzazione in storia della medicina, unisce la passione per quella pisana in genere, concerne gli eventi epidemici che si sono susseguiti a Pisa dall'889 a fine Ottocento. Sono mille anni di vicissitudini pisane, durante i quali la città è ripetutamente colpita da epidemie che arrivano fino a decimare la popolazione. E' chiaro che la qualità, le abitudini di vita, la scarsa igiene incidono molto nel reiterarsi di questi fatti, che certamente van-



Sega per amputazioni, sec. XIX

no a incidere anche sul rallentamento della crescita della città, in ogni senso. Basti pensare ai due trasferimenti in altri luoghi, ad esempio a Prato e a Pistoia, dello Studio pisano nel Quattrocento, proprio dovuti a episodi epidemici gravi a Pisa. Nel percorso che Zampieri compie emerge anche la diversificazione tipologica delle epidemie che, se fino al Seicento compreso, consistono per lo più in frequenti pestilenze, a partire da allora, con il diminuire di queste, se ne incrementano altre, molte delle quali non ben definite se non "febri maligne", ma anche terzane e, tra tutte, emerge per intensità il vaiolo. La documentazione fornita dallo studioso, presente in grande

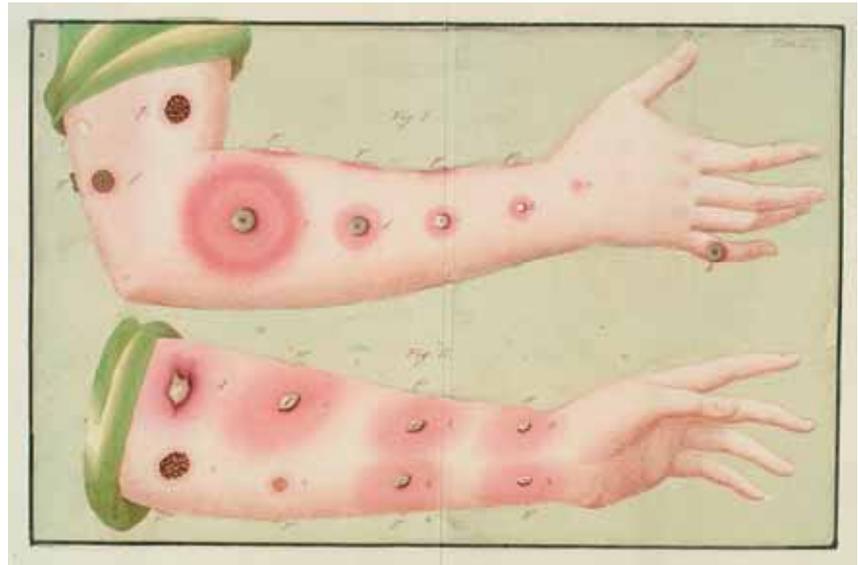


I santi protettori dalla peste

quantità in Archivio di Stato a Pisa, ma anche a Firenze, è notevole anche da un punto di vista di apparato iconografico e il più volte citato repertorio di Corradi è un sostegno notevole per i secoli più vicini a noi.

Per la valenza storica degli episodi epidemici, sono stati inseriti tre contributi di corredo a questi: il primo è l'illustrazione di un percorso artistico in memoria dei santi protettori della peste, per secondo la descrizione di una presenza di sepolture di infanti in piazza Dante a Pisa, cui segue una attenta disamina di casi di peste verificatisi a Calci, per completare il quadro di una situazione di estrema gravità che ha condizionato Pisa nei secoli.

Le testimonianze selezionate con attenta cura, relative al primo di questi tre contributi, da Lorenzo Carletti, il quale intitola il suo studio *Arte, medicina d'ogni pena*, con una specifica quanto mai opportuna sensibilità a tutta l'opera, sono raffigurate a colori e impreziosite da un testo dotto e dotato di ampio respiro che conferma la religiosità pisana e la devozione di un popolo afflitto che altro non può fare se non rivolgersi ad una suprema Entità e consolarsi con le numerose immagini sacre che ancor oggi



1809, L. Sacco, Pustole di vaiolo alle braccia

sono presenti sul territorio.

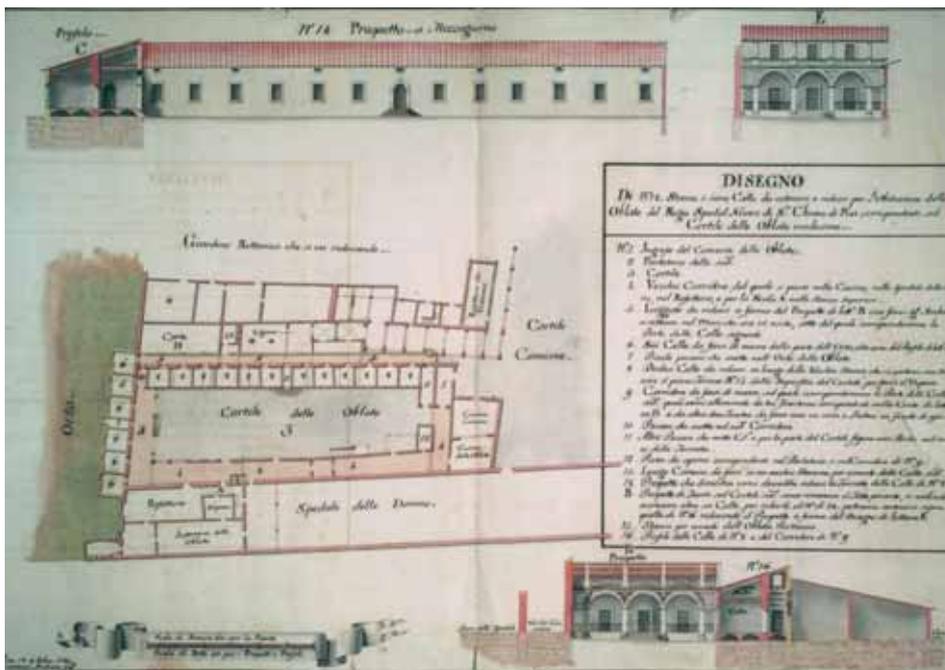
Lo studio successivo, ad opera di Francesco Mallegni e Barbara Lippi, illustra un inquietante episodio di peste accaduto a Pisa intorno alla metà del 1400 relativo ad un consistente numero di "infanti sepolti in piazza Dante". L'esame minuzioso, dettagliato, che si avvale di tecniche, le più sofisticate e moderne, porta alla conclusione che quella fossa comune, rinvenuta durante lavori di ammodernamento della piazza, fosse stata destinata a bambini che, in tutta fretta e a sal-

vanguardia della diffusione del contagio, ovviamente, vi furono gettati senza distinzione né di età né di sesso e dagli studi più specifici, i due studiosi affermano che si trattò di morte per pestilenza.

Un caso analogo, verificatosi però in provincia, nei pressi della chiesa di S.Vito a Calci, evidenzia, attraverso riscontri archeologici e paleopatologici, un analogo caso di fossa comune per peste nel XV secolo. Gino Fornaciari, in qualità di docente meticoloso, oltre che collezionista e bibliofilo, ha condot-

to questo studio con estrema sensibilità e interesse e ha sottolineato che in questo caso si tratta di adulti sepolti con corredo di sepoltura e grazie ad uno scheletro con peculio, ha potuto determinare la datazione della fossa. Le numerose osservazioni che scaturiscono da questa analisi, indicano una metodologia di studio molto raffinata e dettagliata, tale da fare di questo settore uno dei più avanzati dell'università pisana.

Con il contributo di studio di Anna Maria Pagni si entra, finalmente nella parte finale che conduce alla terapia. Lo studio di questa cattedratica verte sul fasci-



G. Andreini, Pianta dell'Ospedale di S. Chiara nel 1784

no del Giardino dei Semplici, orgoglio pisano ancora oggi. Al di là della sua fama per essere stato il primo Orto botanico in Italia, sorto anch'esso, come per le grandi strutture storiche che ancor oggi fanno grande Pisa, negli anni d'oro di Cosimo I, insieme al definitivo assetto dello Studio, insieme al sorgere del Collegio di Sapienza, in una politica medica di ristrutturazione, di innovazione, di potenziamento, di protezionismo rivolta alla città, questo lavoro ci decanta, nel rispetto storico-scientifico, le testimonianze di un glorioso passato, senza perdere mai di vista le meraviglie del presente. L'apparato iconografico, a colori, per la sua eccezionale bellezza, indica quanto ancora Pisa possiede, nonostante molto sia stato distrutto o sottratto. I nomi dei grandi prefetti si susseguono e nel percorrerne la loro storia, restiamo incantati dal loro magistrale lavoro che ha portato ad

un costante ingrandimento e abbellimento dell'Orto a partire da Luca Ghini, per arrivare ai Savi, padre e figli. Ultimo dei contributi, come abbiamo detto, da valutare come approdo significativo al ritrovamento della salute, è la storia della terapia: *L'arte di guarire*, dunque, proprio attraverso l'impiego dei cosiddetti "semplici", quelle piante che per secoli, hanno rappresentato l'unica via del rimedio farmacologico. Il lavoro, redatto da Mario Macchia, Alain Touwaide e Paolo Emilio Tomei, illustra cronologicamente la crescita terapeutica che, pur essendo a lungo legata alla tradizione con l'impiego degli stessi elementi riesce a decollare, lentamente, supportata dall'esperienza clinica, e così si fa più comples-

sa, ma anche più efficace. Il medico clinico ha da sempre, nella storia della medicina e non solo di quella pisana, avuto il dovere della conoscenza dei semplici, quali unici rimedi e di fatto, l'intercambiabilità, anche nello Studio pisano, di anatomici con semplicisti o con medici cattedratici e viceversa, sia pure per brevi periodi di *vacat* del titolare, indica quanto vasta fosse la conoscenza richiesta ad un medico, come pure ad un lettore di *Simplicia*.

A supporto di questa crescita e del divenire terapeutico, sono sta-

**¶ Dabo mori medicus. medicamine non redimendus
Quicquid agat medici pocio dabo mori.**



FIG. 16. DEATH AND THE PHYSICIAN. FROM "LE GRÁT DANCE MACABRE," LYONS, 1499. (AFTER THE ORIGINAL IN THE BRITISH MUSEUM.)

ti descritti, successivi a questo studio, alcuni testi di rilievo presenti in Archivio di Stato a Pisa o in collezioni private dell'area pisana. La cronologia di questi testi, dal notevole frammento camaldolese citato dal grande Francesco Buonamici, del quale è stata reperita l'attuale collocazione in Archivio di Stato a Pisa e del quale è stata fatta la traduzione, che risale al sec.XI-XII, in un continuo crescendo che sottolinea passaggi notevoli, sia normativi che terapeutici, si arriva alla metà dell'Ottocento, quando negli Ospedali Riuniti di S.Chiera, si prospetta l'idea di una migliore qualità di vita, anche con la distribuzione di caffè.

A completamento di questo secondo volume, l'*Indice dei nomi di persona citati nel testo*, doverosa e sicura guida alla consultazione dei due volumi.

I volumi di questa storia della medicina sono disponibili presso l'Ordine dei Medici in via Battelli.

Antica facciata del Museo Botanico



Il restyling dello Statuto e del Regolamento

Sono trascorsi 37 anni dalla fondazione della nostra Associazione Ammi. Era il 1970 quando ad un gruppo di mogli di medici della città di Mantova, sotto la guida entusiastica dell'amica Vanda Capobianco, venne in mente di fondare una Associazione delle mogli dei Medici.

Perché questa Associazione? La molla iniziale scaturì dall'intenzione di supportare la Fondazione dell'Onaosi che era stata annoverata fra gli Enti "inutili" da sopprimere.

Dall'idea iniziale di fiancheggiatrice dell'Onaosi progressivamente l'Ammi assunse sempre di più le caratteristiche attuali di una organizzazione femminile dedicata ad iniziative sociali, culturali, di educazione sanitaria e di aggregazione delle famiglie dei medici.

L'Associazione si diffuse rapidamente in tutta Italia; a Pisa la sezione dell'Ammi venne fondata nel 1988 e la prima presidente fu l'amica Grazia Colizzi, che in seguito per sei anni è stata anche Presidente Nazionale.

Comunque lo scopo iniziale delle socie fondatrici di difendere l'esistenza dell'Onaosi è ben riuscito: la Fondazione è tutt'ora attiva e funzionante e svolge un ottimo lavoro per le famiglie dei Medici.

Anche l'Ammi come organizzazione femminile è cresciuta ed è una realtà della società civile con le sue 80 sezioni sparse in tutto il territorio nazionale.

Con il progredire della società civile, anche se i fondamenti istituzionali di una Associazione rimangono i medesimi, si avverte la necessità di aggiornare le regole e questa necessità si è fatta sentire anche nell'Ammi; già nel 1980 e successivamente nel 2000, Congressi straor-

dinari avevano supportato alcune modifiche all'originale testo dello Statuto.

Il 4, 5 e 6 maggio è stato tenuto a Napoli un nuovo Congresso straordinario per mettere a punto e discutere una nuova dizione dello Statuto e del Regolamento, un restyling come si usa dire oggi.

Si è cercato anzitutto di snellire il testo tanto che lo Statuto è passato da 11 a 9 articoli e il Regolamento da 86 a 27 articoli.

Nell'art. 2 dello Statuto si è voluto enunciare in maniera più schematica con il risultato di una maggiore incisività le varie finalità della Associazione; in particolare si è cercato di sottolineare che le varie iniziative della Associazione devono soprattutto "mirare al mondo femminile" e in particolare cercare di "ottenere il riconoscimento giuridico del lavoro della moglie del medico nello studio professionale dello stesso per conseguire pensioni ed altre forme assistenziali". Finalità queste già presenti nello Statuto fin dalla fondazione della Associazione, ma espresse con parole meno precise e meno dirette.

Molto importante è l'aver condensato nell'art. 4 i "doveri" dell'iscritta,

enunciati nella precedente dizione in due differenti articoli, art. 4 e art. 6. Ogni ammina oltre all'impegno "dell'osservanza dello Statuto, del Regolamento e dei deliberati degli Organi Istituzionali dell'Associazione", ha anche il dovere di "comportarsi con il senso di solidarietà, di colleganza e di amicizia che caratterizzano l'Associazione".

La novità più significativa è quella che si legge nell'art. 6 e riguarda i libri sociali. Questo articolo contribuisce a fare assumere alla nostra Associazione un aspetto di maggiore ufficialità e legalità ai vari livelli decisionali sia nella Direzione Nazionale che nella Sezione. E' una battaglia quello dei libri sociali che mi riguarda personalmente e che d'accordo con la Giunta ho voluto introdurre fin dall'inizio della mia elezione. Finalmente dopo 4 anni vedo che è stato introdotto nel nostro Statuto.

Il sentire la necessità di questo restyling di Statuto e Regolamento è la dimostrazione che la nostra Associazione è più che mai vitale e sente di doversi adeguare ai tempi, anche se spesso si sente la domanda: "Perché una Associazione di mogli di medici?"





ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE DI NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA
di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



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.

