

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:

Il sonno molesto

*E. Bartolini, G. Iudice, E. Bonanni
Dipartimento di Neuroscienze
Sezione di Neurologia - Università di Pisa*

Gli aumenti di volume gengivale nel bambino: le gengiviti croniche

*Maria Rita Giuca
Pedodonzia - Università di Pisa*

Task force contro il piede diabetico

*A. Piaggese - L. Rizzo - S. Del Prato
U.O. Malattie Metaboliche
e Diabetologia A.O.U.P.*



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

No PTAV

“Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggravi e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità”. E’ questo il passaggio più significativo dell’art.13 del nostro Codice Deontologico che ben si coniuga, se pur parzialmente, con la D.R.148 del 26 febbraio scorso, dove si enunciano le direttive per il governo della spesa farmaceutica. La nostra Regione è oggi sicuramente tra le più attente nell’ottimizzazione delle risorse economiche ma nel contempo continua a dare una certa autonomia al Medico di Medicina Generale nell’atto della prescrizione di alcuni gruppi terapeutici che così può tutelare al meglio la qualità della salute dei propri pazienti. Un passo indietro, a nostro parere, si è invece compiuto con la istituzione del PTAV (Prontuario Te-

rapeutico Area Vasta), che di fatto impone al Medico, Universitario e/o Ospedaliero, di utilizzare nelle proprie U.O. un’unica scelta farmacologia per patologia. Per aggirare l’obbligo, il Direttore della U.O. può relazionare la diversa richiesta (per ogni singolo paziente ricoverato) che dovrà inviare all’approvazione del responsabile della distribuzione. Un ritorno alla burocrazia che poco si confà ai tempi di cura e soprattutto alla vocazione di ospedali, come il nostro, che sono classificati di Alta Specializzazione ed in barba al concetto di ricerca e sperimentazione. Da qui, l’invito ad una serena pausa di riflessione e ad un confronto a tutto campo, aperto ed obiettivo, per un travaso di esperienze ed esigenze legittime di entrambe le parti. Un confronto che l’Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Pisa è disponibile ad ospitare ed affrontare nell’interesse di tutti, soprattutto del cittadino-paziente.

L’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa ha stipulato le seguenti convenzioni:

ORDINE DI PISA E WALL STREET INSTITUTE

Possono usufruire di percorsi veloci e personalizzati di general e business english mirati alla comunicazione, tutti gli iscritti, dipendenti, familiari ed amici degli iscritti e/o dipendenti dell’Ordine dei medici.

Condizioni di pagamento stabilite:

- tassa d’iscrizione di 150 euro (invece di 200 euro)
- 150 euro al mese per un corso minimo di 13 mesi (invece di 215 euro al mese).

Sono altresì previste formule di pagamento personalizzate.

ORDINE DI PISA E FONDIARIA – SAI Spa

Assicurati: Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Pisa e i loro familiari conviventi che stipuleranno a proprio nome i contratti emessi in applicazione della presente convenzione.

Sui contratti viene applicata la tariffa in vigore al momento della stipulazione o del rinnovo con lo sconto commerciale del:

- 25% purché la polizza sia inserita in una classe di merito inferiore o uguale a 5.
- 20% purché la polizza sia inserita in una classe di merito compresa tra la 6 e la 11.
- 15% purché la polizza sia inserita in una classe di merito compresa tra la 12 e la 14.
- Responsabilità Civile motoveicoli e motocicli: sconto commercial del 15%.
- Sconto 30% per incendio e furto; eventi socio politici e naturali; assistenza stradale e tutela giudiziaria.
- Sconto del 20% per collisione e danni accidentali.

Per informazioni e per prenotare un colloquio informativo per un piano di studio personalizzato rivolgersi a:

WALL STREET INSTITUTE 050 2200205 (9,00 - 21,00 dal Lun - al Ven; 9,00 - 13,00 Sab)
Per informazioni: SAI - Tel. 050 540601. Fax 050 540615

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

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
 Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
 Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico

Giampaolo Bresci, Lina Mameli, Paolo Monicelli, Paolo Giuseppe Baldi, Carlo Borsari, Piero Bucciante, 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

Delibera n. 148 del 26-02-2007

Assistenza farmaceutica 2007

Estratto dal verbale della seduta del 26-02-2007

Oggetto: Assistenza farmaceutica 2007:determinazioni e revoca delibera G.R.463/2006.

DELIBERA

Per quanto in premessa specificato:

- di determinare, per l'anno 2007, la spesa farmaceutica complessiva della Regione Toscana in 1.042 milioni di euro così come precisati nell' allegato 2, parte integrante alla presente deliberazione;
- di individuare, per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al precedente punto, gli strumenti di cui all'allegato 3 parte integrante della presente deliberazione;
- di individuare , quali indicatori di un corretto e appropriato uso di medicinali, i parametri riportati nell'allegato 4 parte integrante alla presente deliberazione;
- di adottare, come strumento per la gestione e il controllo dell'uso dei medicinali al di fuori delle indicazioni previste dal decreto di immissione in commercio, le disposizioni procedurali circa l'osservanza delle indicazioni terapeutiche autorizzate, di cui allegato 5 parte integrante alla presente deliberazione;
- di incaricare il Direttore Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà di costituire un gruppo di lavoro a cui devono partecipare anche le aziende sanitarie della Toscana per il monitoraggio sull'attuazione del presente provvedimento;
- di revocare la propria deliberazione n° 463 del 26 giugno 2006 avente ad oggetto "Assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende Sanitarie";
- di precisare che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico dai bilanci delle aziende sanitarie.

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

ALLEGATO "1"

Analisi quantitativa e qualitativa dei consumi registrati nella Regione Toscana.

1. all'interno della categoria "Inibitori della Pompa Acida" si rileva una forte differenza tra il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, inoltre si rileva una significativa variabilità, fra le aziende USL della Toscana, nel numero di unità posologiche erogate in rapporto alla popolazione pesata;
2. all'interno della categoria "Inibitori della HMG CoA Reduttasi", si rileva una forte differenza tra il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto; inoltre, a livello regionale, si registra una percentuale elevata di utenti che consumano soltanto una o due confezioni all'anno;
3. all'interno della categoria N06AB "Inibitori selettivi della Serotonina-ricaptazione", si registra uno spostamento prescrittivo da molecole a brevetto scaduto, notoriamente più economiche, verso molecole a brevetto non scaduto; inoltre si osserva fra le Aziende toscane una forte variabilità di consumi e indici di consumo nettamente superiori alla media nazionale; inoltre, a livello regionale, si assiste ad un elevato tasso di abbandono della terapia già dai primi mesi dell'inizio della stessa;
4. all'interno della categoria "Altri Antidepressivi", si rileva una forte differenza tra il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, inoltre è stato rilevato lo spostamento della prescrizione verso molecole coperte da brevetto;
5. all'interno della categoria G04CA "Antagonisti dei Recettori Alfa Adrenergici", si rileva una forte differenza tra il prezzo

per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto;

6. all'interno della categoria C09 "Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina", si è registrato uno spostamento delle prescrizioni dalla sottocategoria degli ACE inibitori verso i farmaci Antagonisti dell'Angiotensina associati e non associati (Sartani), senza evidenze scientifiche che ne dimostrino, su base clinica ed epidemiologica, l'effettiva necessità; dal 2001 al 2006 l'incidenza percentuale dei sartani all'interno della categoria è significativamente aumentata;

7. all'interno della categoria C09AA "ACE-Inibitori non associati", si rileva una forte differenza tra il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, inoltre è stato rilevato lo spostamento della prescrizione verso molecole coperte da brevetto;

8. all'interno della categoria C08CA "Derivati Diidropiridinici", si rileva una forte differenza tra il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole coperte da brevetto e il prezzo per unità posologica di farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, inoltre è stato rilevato lo spostamento della prescrizione verso molecole coperte da brevetto.

ALLEGATO "2"

SPESA FARMACEUTICA ANNO 2007

Nell'anno 2007 la spesa farmaceutica pubblica del Servizio Sanitario Regionale, comprensiva di un fondo provvisorio, è stabilita in 1042 milioni di euro cui 649,6 milioni di euro riferiti alla spesa farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate in regime convenzionale di cui al DPR 371/98 e 392,4 milioni di euro destinati alla erogazione diretta sul territorio, alla erogazione sul territorio tramite specifici accordi con le farmacie convenzionate e al consumo interno ai presidi ospedalieri della Toscana, secondo la ripartizione, per singola azienda sanitaria (v. tabella 2A della Delibera*).

Il fondo provvisorio di cui al capoverso precedente, pari a 20 milioni di euro di cui 3 milioni destinati alle aziende ospedaliere e 17 milioni destinati alle aziende USL, è suddiviso per ogni azienda sanitaria secondo la ripartizione riportata (v. tabella 2B della Delibera*).

Detto fondo, così come ripartito fra le Aziende Sanitarie della Toscana nella tabella 2B, sarà corrisposto:

a) per le aziende ospedaliere al contenimento della spesa entro l'obiettivo di cui alla tabella 2A e alla adozione del prontuario terapeutico di area vasta con le indicazioni di cui al punto 2 dell'allegato 3 della presente deliberazione fermo restando l'obbligo della erogazione diretta in dimissione dal ricovero e dalle visite ambulatoriali di tutti i farmaci rimborsati dal SSR compresi i farmaci ospedalieri erogabili sul territorio.

b) Per le aziende USL l'erogazione del fondo provvisorio avverrà al raggiungimento degli obiettivi di cui ai punti 1) e 2) dell'allegato 4, e di almeno quattro degli obiettivi di cui ai punti 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9) e 10) dell'allegato 4.

* Le tabelle sono visibili, unitamente al testo integrale, sul sito della Regione Toscana

ALLEGATO "3"

1) FLUSSO DATI (v. testo integrale)

2) PRONTUARI TERAPEUTICI OSPEDALIERI Entro il mese di marzo dell'anno 2007 i Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTAV), così come previsti dalla deliberazione Giunta Regionale n° 1175 del 5 dicembre 2005, devono essere operativi in tutte le aziende sanitarie della Toscana.

I PTAV, in particolare, per i sottogruppi chimico/terapeutici, di cui alla classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC) del Nordic Council on Medicines, di seguito elencati, presenti negli stessi PTAV, dovranno, compatibilmente con le esigenze assistenziali, seguire le seguenti linee di indirizzo:

a) il numero dei principi attivi presenti in ogni gruppo deve essere il più basso possibile;

b) nei gruppi devono essere, preferibilmente, inserite, ove presenti molecole a brevetto scaduto;

c) per i principi attivi ricompresi nei gruppi di farmaci riportati in calce al presente punto e non inseriti nel PTAV, è auspicabile che, a livello aziendale, venga posto un limite di consumo annuo seguito da un attento monitoraggio del fenomeno;

La limitazione di cui al sopraccitato punto c) non si applica ai farmaci acquistati dalle aziende sanitarie per la erogazione dei predetti sul territorio in applicazione dell'articolo 8 della legge 405/01;

3) PRESCRIZIONE DI FARMACI A SEGUITO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA O VISITA SPECIALISTICA

I medici, dipendenti o convenzionati, che all'atto della dimissione ospedaliera o visita specialistica ravvedano la necessità di eseguire una prescrizione farmaceutica o di dare indicazioni in merito alla terapia farmacologica, al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta devono attenersi al prontuario ospedaliero in essere presso la struttura in cui operano.

Nel caso in cui il medico ravveda la necessità di prescrivere un farmaco al di fuori del Prontuario Ospedaliero, è tenuto a trasmettere copia della prescrizione farmaceutica alla Direzione Sanitaria aziendale con allegata apposita relazione nella quale siano precisati i motivi della prescrizione al di fuori del PTO.

4) RAPPORTO AZIENDE OSPEDALIERE E AZIENDE USL SULLA DISTRIBUZIONE I processi di compensazione tra le Aziende Sanitarie, per la quota relativa ai farmaci erogati direttamente sul territorio, compresi i farmaci ospedalieri erogabili sul territorio, sono regolati esclusivamente dal flusso informativo FED (farmaci erogati direttamente).

Nel campo "costo" del farmaco, previsto come variabile nel tracciato FED, deve essere inserito il costo di acquisto dello stesso senza aggiunta di ulteriori quote.

5) FARMACI A DUPLICE VIA DI DISTRIBUZIONE Nell'anno 2007 a livello regionale e in ogni azienda USL, i farmaci a

duplicata via di distribuzione ricompresi negli elenchi di cui alla delibera della Giunta Regionale 135/02, nell'allegato 2 del DM 22.12.2000 e nel Prontuario della Distribuzione Diretta (PHT) (determinazione AIFA 29 ottobre 2004) e successive modificazioni e integrazioni devono incidere sulla spesa farmaceutica convenzionata per una quota non superiore al 2 %.

6) NOTE AIFA Le Aziende Sanitarie sono tenute ad attivare controlli circa il rispetto delle note limitative alla prescrizione dei medicinali con oneri a carico del SSN, di cui alla determinazione AIFA 4 gennaio 2007 come specificato al comma 4, art. 1 L. 425/1996 ed a mettere in atto altresì le procedure per la contestazione di eventuali inadempimenti come previsto dalla D.G.R.T. 254/1999. In fase di prescrizione o indicazione di terapia, i medici dipendenti del SSN o convenzionati, devono attenersi rigorosamente alle sopraccitate limitazioni prescrittive, sia che la prescrizione avvenga sul ricettario del SSN sia che essa avvenga in modulari e/o ricettari interni delle strutture sanitarie. Nel caso in cui il medico ritenga necessario adottare una prescrizione o indicazione terapeutica al di fuori di dette limitazioni deve indicare, sulla prescrizione, che il medicinale non è erogabile a carico del SSN. La mancata indicazione che il farmaco non può essere erogabile con oneri a carico del SSN, anche se la prescrizione non è stata redatta sul ricettario del SSN è da ritenersi inadempimento del rispetto delle note limitative della AIFA. **Il medico che si trova a dover riprodurre sul ricettario del SSN la prescrizione rilasciata da un medico dipendente o convenzionato, nell'esercizio delle proprie funzioni, in assenza del rispetto delle suddette note AIFA, può provvedere alla prescrizione con oneri a carico del SSN della suddetta prescrizione allegando alla ricetta la proposta che ha originato la prescrizione stessa. In tal caso l'obbligo di rifondere il SSR delle somme impropriamente sostenute deve essere posto a carico del medico che ha originato la prescrizione.** Trimestralmente le Aziende Sanitarie sono tenute a rendicontare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà sui controlli eseguiti e le risultanze degli stessi.

7) FARMACI PER USO ONCOLOGICO Il sottogruppo di lavoro della Commissione Terapeutica Regionale con la partecipazione di componenti dell'Istituto Toscano Tumori di cui all'allegato 5) della presente deliberazione è incaricato del monitoraggio dei consumi dei farmaci oncologici a livello regionale e la predisposizione di linee guida sui percorsi diagnostico terapeutici in campo oncologico.

ALLEGATO "4"

1) INIBITORI DELLA POMPA ACIDA (codice ATC= A02BC) L'impiego dei farmaci inibitori della pompa acida (codice ATC= A02BC) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di 10 unità posologiche all'anno per assistito pesato, e i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare sempre su base annua, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 70% del totale delle unità posologiche del gruppo A02BC. Sulla base delle analisi dei consumi effettuate mensilmente dal settore farmaceutica della regione, le aziende che fanno registrare un consumo superiore di oltre il 10%, rispetto alla media regionale in termini di unità posologiche pro capite erogate e/o un consumo in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto inferiore del 10% rispetto alla media regionale, devono presentare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà un articolato piano di rientro.

La mancata presentazione del piano di rientro di cui al capoverso precedente, entro trenta giorni dalla comunicazione da parte della regione, costituisce motivo di esclusione dall'accesso al fondo provvisorio di cui all'allegato 2 della presente deliberazione.

2) INIBITORI DELLA HMG CoA REDUTTASI (codice ATC=C10AA) Per gli inibitori della HMG CoA reduttasi (codice ATC=C10AA) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 60% del totale delle unità posologiche del gruppo C10AA; inoltre a livello regionale ed in ogni singola azienda USL, la percentuale di utenti che consumano meno di tre confezioni all'anno non deve superare l'8% dei casi. Sulla base delle analisi dei consumi effettuate mensilmente dal settore farmaceutica della regione, le aziende che fanno registrare un consumo inferiore di oltre il 10%, rispetto alla media regionale, in termini di percentuale di impiego dei farmaci con brevetto scaduto, devono presentare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà un articolato piano di rientro. La mancata presentazione del piano di rientro di cui al capoverso precedente, entro trenta giorni dalla comunicazione da parte della regione, costituisce motivo di esclusione dall'accesso al fondo provvisorio di cui all'allegato 2 della presente deliberazione.

3) INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA (CODICE ATC =N06AB) L'impiego dei farmaci inibitori selettivi della serotonina (codice ATC = N06AB) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite di 30 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die e i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche del gruppo N06AB.

4) ALTRI ANTIDEPRESSIVI (CODICE ATC =N06AX) L'impiego dei farmaci altri antidepressivi (codice ATC = N06AX) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite di 7 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti e i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 15% del totale delle unità posologiche del gruppo N06AX.

5) ANTAGONISTI DEI RECETTORI ALFA ADRENERGICI (CODICE ATC =G04CA) All'interno del gruppo G04CA, l'impiego dei farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, nell'anno 2007, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL almeno all' 85% in

termini di numero di unità posologiche erogate.

6) SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA (COD. ATC C09) L'impiego dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (codici ATC C09C e C09D) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, nell'anno 2007, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL entro il limite del 20%, in termini di confezioni, del totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09 = Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina.

7) ACE- INIBITORI NON ASSOCIATI (COD. ATC C09AA) All'interno del gruppo C09AA, l'impiego dei farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda USL, nell'anno 2007, almeno al 40% del totale delle unità posologiche consumate.

8) DERIVATI DIIDROPIRIDINICI (cod. ATC=C08CA) All'interno del gruppo C08CA, l'impiego dei farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda USL, nell'anno 2007, almeno al 30% del totale delle unità posologiche consumate.

9) FARMACOVIGILANZA Per l'anno 2007 tutte le aziende USL devono attivarsi per il raggiungimento di un numero di segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci di cui al decreto legislativo 219/06, non inferiore al Gold Standard fissato dal OMS in 300 segnalazioni per milione di abitanti. Le aziende Ospedaliere devono attivarsi, nell'anno 2007, per il raggiungimento di un numero di segnalazioni di reazione avversa da farmaci non inferiore a 25 segnalazioni per centomila giornate di degenza.

10) MORFINA (N02AA01) Il consumo dei farmaci a base di morfina, erogati dalle farmacie convenzionate, in regime convenzionale, in ogni Azienda USL, nell'anno 2007, non dovrebbe essere inferiore a 7 milligrammi pro-capite calcolato sulla popolazione assistibile. Sulla base delle analisi dei consumi effettuate mensilmente dal settore farmaceutica della regione, le aziende che fanno registrare consumi inferiori alla media regionale di oltre il 10%, devono presentare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà un piano di interventi per la promozione della terapia del dolore.

ALLEGATO "5"

1) OSSERVANZA DELLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE AUTORIZZATE

Nell'ipotesi di cui all'articolo 1 comma 796 lettera z) della legge 27 dicembre 2006 n. 296 (legge finanziaria 2007), ovvero quando un medico si trovi nelle condizioni di dovere trattare una patologia con un farmaco nel cui decreto di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (A.I.C) e non è inclusa detta patologia e non esistono in commercio medicinali all'uopo autorizzati deve riportare nella prescrizione o nella proposta di prescrizione la dicitura "ASSENZA DI FARMACI AUTORIZZATI" ed è tenuto a riportare sulla stessa prescrizione la patologia per cui il farmaco viene impiegato.

Nell'ipotesi in cui il medico decida di trattare, con un farmaco, una patologia non prevista dal decreto di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (A.I.C) del farmaco stesso ma esistono in commercio medicinali all'uopo autorizzati deve riportare nella prescrizione o nella proposta di prescrizione la dicitura "FARMACO UTILIZZATO AL DI FUORI DELL'A.I.C" ed è tenuto a riportare sulla stessa prescrizione la patologia per cui il farmaco viene impiegato.

Mensilmente copia delle prescrizioni o delle proposte di prescrizione di cui ai capoversi precedenti devono essere trasmesse, a cura del sanitario prescrivente, alla direzione sanitaria della Azienda Sanitaria di riferimento la quale è tenuta ad una rendicontazione mensile, nel rispetto della legge sulla privacy alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

La Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà istituisce un sottogruppo di lavoro della Commissione Terapeutica Regionale con la partecipazione di componenti dell'Istituto Toscano Tumori, e di eventuali ulteriori esperti per l'esame di specifici casi, con il compito di valutare mensilmente, sulla base della letteratura scientifica, le prescrizioni di medicinali per un uso non previsto dall'AIC.

Sulla base delle risultanze delle valutazioni della sopraccitata sottocommissione la Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà redige un elenco di medicinali, con le relative indicazioni di impiego, per cui è ammesso l'utilizzo off label con oneri a carico del SSR. La sottocommissione redige altresì un elenco di farmaci con le relative indicazioni di impiego per cui non è ammesso l'utilizzo off label con oneri a carico del SSR.

Tutte le aziende sanitarie della toscana si devono tassativamente adeguare a detti elenchi.

Dalla data di adozione di detti elenchi gli oneri per il SSR derivanti dal mancato rispetto delle limitazioni di cui sopra, dovranno essere posti a carico del medico prescrivente.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS sono individuati quali responsabili dell'applicazione del presente procedimento, sia per quanto riguarda la fase di rilevazione dell'impiego dei farmaci "off label", sia per quanto riguarda il recupero dei costi sostenuti dal SSR per il mancato rispetto delle disposizioni di cui al presente punto.

In fase di prima applicazione della norma di cui al presente punto tutti i medici che precedentemente alla data di adozione del presente provvedimento hanno utilizzato farmaci al di fuori dell'autorizzazione alla immissione in commercio, sia per assenza di farmaci registrati per la patologia trattata sia per scelta terapeutica del medico stesso sono tenuti, entro trenta giorni dalla suddetta data, a darne comunicazione alla Direzione Sanitaria della propria azienda la quale è tenuta, entro 15 giorni alla rendicontazione alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione. La Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà nei successivi trenta giorni è tenuta alla compilazione dell'elenco dei medicinali di cui al quinto capoverso del presente allegato.

Vito Merlini: un uomo di grande sensibilità

Nel pieno dell'estate scorsa venni a conoscenza di un evento di rilevante valore artistico e di importante significato sociale. Uno dei tanti a prima vista, se nel progetto culturale non fosse coinvolto un nostro carissimo collega che, per molti anni, ci ha rappresentato quale Presidente dell'Ordine Provinciale: Vito Merlini.

Chi di noi, dalla quinta decade in su, non conosce questo amico medico, ormai in là con gli anni? Io ho avuto la fortuna di collaborare con lui nell'Ordine e di avere percorso un cammino professionale simile al suo anche se svolto in città. Quello del medico condotto.

Niente a che fare con il modo che Vito aveva di interpretare questa figura professionale ormai obsoleta. Personaggio poliedrico, dai più diversi interessi: dalla professione, ai doveri d'ufficio, dal teatro in vernacolo a quello classico, dalla politica alla vita associativa in generale, dalla musica alle più diverse

espressioni dell'animo umano.

Sarebbe troppo lungo descrivere analiticamente tutte le vocazioni di questa persona, di questo collega altamente riflessivo, di elevata cultura, apparentemente burbero e schivo, ma dotato invece di una sensibilità e di una dedizione agli altri non comuni. Il rischio sarebbe di cadere nel banale, nel patetico e quindi non credibile.

Desidero cogliere questa occasione per dare onore e merito all'amico Vito Merlini nel momento in cui, con atto di grande generosità, ha offerto alla Comunità a cui appartiene, al territorio che lo vide nascere ad a tutta la Società civile, quanto aveva costruito con grande amore, con illuminata competenza e certissima ricerca: 279 opere di grafica tra incisioni e litografie.

Un modo, a mio parere, di intendere la vita in forma poetica e realistica allo stesso tempo. Come non considerare la nascita dell'uomo anche un dono della ter-

ra e la morte, la restituzione alla terra di quanto questa aveva generosamente elargito? Così Vito Merlini, che dal suo lavoro a favore della comunità aveva tratto quanto necessario anche per realizzare un suo disegno artistico, giunto verso la fine del suo percorso, restituisce questo sogno per il godimento di quanti saranno desiderosi di giovare. Ampi spazi del prestigioso palazzo di Peccioli, recentemente restaurato in attuazione di un progetto di recupero del patrimonio architettonico di questo importante centro della Valdera, fanno da cornice alle tante cornici, oggetto della donazione. Ci saranno altre occasioni, questo è il mio augurio, per incontrare Vito Merlini, sempre partecipe nei momenti importanti della vita ordinistica. A conclusione di questi brevi, ma sentite note, esprimo all'amico ed alla sua consorte il ringraziamento per l'accresciuto prestigio che il loro gesto ha conferito a tutti noi.

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

Nuove regolamentazioni fiscali per le prestazioni mediche

Nel mese di Marzo 2007 sono stati due i provvedimenti emanati dall'Agenzia delle Entrate concernenti le attività svolte dai medici.

Il primo provvedimento è la Risoluzione n. 42 del 12 Marzo con la quale è stato chiarito quale debba essere il trattamento dei compensi percepiti dai medici nel momento in cui questi prestino consulenza o redigano perizie al di fuori dell'attività ospedaliera. L'Amministrazione suddivide nel modo seguente i diversi regimi:

- 1) nel caso in cui il medico sia stato autorizzato dalla propria Azienda ad espletare la consulenza in via occasionale, le prestazioni non sono soggette ad Iva, e proprio in virtù dell'occasionalità il medico non dovrà aprire una partita Iva,
- 2) nel caso in cui il medico presti la sua attività a favore dell'Autorità giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale, questa si configu-

rerà come esercizio di "pubblica funzione" ed il compenso sarà compreso tra i redditi assimilati al lavoro dipendente e non sarà assoggettato ad Iva,

- 3) nel caso in cui il medico sia libero professionista le prestazioni svolte per finalità assicurative ed amministrative dovranno essere assoggettate ad Iva 20% e costituiranno reddito di lavoro autonomo.

Il secondo provvedimento è la Circolare n. 13 del 15 Marzo 2007 e riguarda il nuovo obbligo istituito dalla Legge Finanziaria di "riscossione accentrata" in vigore dal 1° Marzo 2007. Questo meccanismo prevede che i compensi dei medici liberi professionisti che prestano l'attività in strutture sanitarie private vengano riscossi e registrati direttamente dalla struttura. La Circolare chiarisce che per "strutture private" si devono intendere le società, gli istituti, le associazioni, i centri

medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato che opera nel settore dei servizi sanitari, in tutti i casi nei quali dette strutture mettano a disposizione o concedano in affitto i locali e il medico libero professionista intrattenga direttamente il rapporto con il paziente. In pratica il medico emetterà regolare ricevuta ma sarà la struttura a riscuotere a suo nome e per suo conto il compenso, a prescindere dalla modalità di pagamento. La struttura rilascerà quindi al paziente la quietanza dell'avvenuto pagamento (in calce alla fattura) e se il pagamento non sarà avvenuto per contanti provvederà a specificare anche la modalità di pagamento, apponendo infine la marca da bollo di € 1,81 se l'importo fatturato dal medico supera € 77,47. Successivamente l'importo incassato dalla struttura verrà riversato al medico, ma al momento non la norma non la circolare forniscono dettagli in ordine alle tempistiche del riversamento.

Con un ulteriore provvedimento l'Amministrazione finanziaria chiarirà le modalità con le quali le strutture sanitarie dovranno comunicare telematicamente alla Agenzia delle Entrate i compensi riscossi per conto dei sanitari, ed è già stata prevista la sanzione da € 258,00 a € 2.066,00 per coloro che non ottempereranno all'obbligo dell'invio dei dati.

Da ultimo la circolare n. 13 ribadisce che l'obbligo della riscossione accentrata non modifica in alcun modo il trattamento fiscale e gli adempimenti in capo ai professionisti ai fini delle imposte dirette e dell'Iva.

(Fonte: "La Settimana Fiscale" n. 13 del 29.03.2007 e "Il Sole 24 Ore" del 02.03.2007-16.03.2007).



Le malattie neuromuscolari: la diagnosi e i bisogni

Le malattie neuromuscolari sono affezioni muscolari primitive o secondarie, i cui sintomi e segni sono attribuibili ad alterazioni, anatomo-patologiche, biochimiche ed elettrofisiologiche, a carico dei componenti dell'unità motoria. Tali alterazioni possono essere imputabili a numerose cause e rappresentare condizioni geneticamente determinate, come le distrofie muscolari, essere su base neurodegenerativa come per la sclerosi laterale amiotrofica o il risultato di un evento patogenetico acquisito quale un processo infiammatorio diretto contro il motoneurone, la placca neuromuscolare o direttamente il tessuto muscolare. Nonostante la grande varietà sotto il profilo eziopatogenetico, le malattie neuromuscolari hanno tra loro molti aspetti in comune. Una diagnosi precisa non può pertanto prescindere da un'accurata ricostruzione del decorso della malattia e da un attento esame clinico. Limitandoci alle patologie a carico del motoneurone o della fibra muscolare scheletrica, accanto alla sintomatologia più specificatamente indicativa di un disturbo motorio, importanti elementi per orientare la diagnosi sono anche l'età e il sesso del paziente, le modalità di esordio del disturbo e l'andamento nel corso del tempo. Inoltre, quando si sospetta una malattia ereditaria, è fondamentale indagare anche in altri componenti della famiglia i segni o i sintomi indicativi di una eventuale ricorrenza di miopatia, come disturbi nella marcia, difetti scheletrici o muscolari, ritardo nello sviluppo motorio. Infine è necessario valutare attentamente, al fine di escludere forme secondariamente determinate, la presenza di conco-

mitanti condizioni morbose possibilmente responsabili del quadro miopatico, quali disordini endocrinologici, assunzione di farmaci noti per azione miotossica, malattie autoimmunitarie, malattie sistemiche del connettivo.

La sintomatologia comune alle diverse miopatie include deficit di forza, intolleranza allo sforzo, variazioni della massa muscolare (ipotrofia o ipertrofia), mialgie, crampi o contratture muscolari, difficoltà nel rilasciamento muscolare, ipotonia muscolare ed iporefflessia osteotendinea. Il deficit di forza rappresenta la manifestazione di gran lunga più frequente ed il decorso può essere acuto o sub-acuto, come in alcune miopatie infiammatorie (dermatomiosite, polimiosite), oppure cronico e lentamente progressivo e disabilitante, come nella maggioranza delle distrofie muscolari. Il tipo di distribuzione del deficit di forza condiziona l'entità e le caratteristiche del disturbo funzionale motorio associato alla malattia e spesso consente di formulare un primo orientamento diagnostico. Sia nelle miopatie ereditarie che acquisite è comune l'interessamento simmetrico della muscolatura prossimale (cingolo scapolare e pelvico); una distribuzione prevalentemente distale del deficit si riscontra più frequentemente nelle forme infiammatorie, ma anche nelle miopatie ereditarie come la distrofia miotonica, e in alcune miopatie metaboliche e congenite. Esistono poi forme miopatiche che si caratterizzano per un interessamento dei muscoli facciali, come la distrofia facio-scapolo-omerale e alcune miopatie mitocondriali. Analogamente ad altri distretti muscolari, anche la muscolatura respiratoria

può risultare coinvolta e talora gravemente compromessa nel corso di diversi quadri miopatici, sia nell'infanzia che nell'età adulta.

Il decorso e l'entità dei deficit variano non solo in base al tipo di malattia ma anche da paziente a paziente, nelle forme genetiche in rapporto al grado di espressività fenotipica del difetto genico responsabile della miopatia. Ciò nonostante alcune forme miopatiche, come la distrofia di Duchenne, evidenziano delle caratteristiche cliniche piuttosto stereotipate, con esordio precoce in età evolutiva e un decorso rapidamente invalidante, con perdita della capacità di deambulazione autonoma tra i 10 e i 12 anni, precoce immobilizzazione e sviluppo di alterazioni scheletriche, deformità articolari, cifoscoliosi, in aggiunta ad importanti ed inevitabili complicanze cardiorespiratorie.

Tra le malattie del motoneurone va senz'altro menzionata la sclerosi laterale amiotrofica, patologia considerata su basi amiotrofico-neurodegenerative, ad esordio in età adulta avanzata (picco di comparsa in 6^a decade), con una prevalenza stimata intorno a 6 casi su 100.000 ed una evoluzione quasi sempre rapidamente progressiva e con esito fatale, che comporta rilevanti problemi a carico delle funzioni deglutitorie e fonatorie, oltre che motorie scheletriche e respiratorie.

L'iter diagnostico delle malattie neuromuscolari comprende, oltre all'esame clinico-anamnestico, esami di laboratorio, quali il dosaggio ematico degli enzimi muscolari (CPK, LDH e aldolasi), valutazione dei parametri di flogosi, metabolici ed ormonali, dosaggio ematico

dell'acido lattico, sia basale che dopo test da sforzo ischemico o aerobico (atto ad escludere anomalie metaboliche e disfunzioni mitocondriali) e l'esecuzione di un'indagine elettromiografica (per differenziare le affezioni neurogene da quelle primitivamente miogene). Studi di immagine, quali ultrasuoni, TC e Risonanza Magnetica muscolare, sono utili a definire estensione e distribuzione del processo miopatico, anche se non forniscono informazioni valide per una specifica diagnosi; la spettroscopia a risonanza magnetica è indicata in casi selezionati, in pazienti con disturbi della glicolisi o del metabolismo mitocondriale, per la valutazione di modificazioni metaboliche nel corso dell'esercizio muscolare. Le analisi genetiche e la biopsia muscolare permettono nella maggioranza dei casi di completare il percorso diagnostico, identificando la causa di malattia nelle forme miopatiche. Ad oggi la diagnosi molecolare è applicabile in molte

miopatie ereditarie di cui sono stati identificati i geni mutati e/o le proteine deficitarie; lo studio del DNA, oltre a definire con precisione il tipo di malattia, permette inoltre l'identificazione di soggetti asintomatici all'interno della famiglia del paziente. Le indagini istologiche ed immunocitochimiche su tessuto muscolare rappresentano un importante strumento di approfondimento diagnostico e prognostico, anche in quelle forme in cui il quadro clinico, le indagini laboratoristiche strumentali e la biologia molecolare non permettono di raggiungere una definizione eziologica. Nondimeno in alcuni casi appare talora difficile un corretto inquadramento diagnostico del disturbo muscolare. A riprova di questo può essere considerato il gruppo delle cosiddette iperCKemie idiopatiche, come sottolinea il termine condizioni di cui non si arriva ad individuare la verosimile origine miogena, ma che nello stesso tempo possono poi porre dei problemi interpretativi e di

condotte decisionali in ambito clinico, tra tutti quello connesso alla problematica del rischio di reazione avversa agli anestetici.

Le malattie neuromuscolari hanno un notevole impatto sia sotto il profilo della complessità dell'intervento assistenziale che delle implicazioni anche in ambito sociale, in considerazione della giovane età dei soggetti colpiti, della insorgenza di precoci disabilità motorie e dell'ampio coinvolgimento del caregiver e della famiglia. Allo stato attuale, la prognosi e la qualità della vita del paziente affetto da malattia neuromuscolare dipendono in misura essenziale dall'accuratezza e dalla frequenza dei monitoraggi clinici e dal livello di efficienza di tutti i presidi terapeutici e riabilitativi volti a prevenirne le complicanze, all'interno di un corretto programma di prevenzione-trattamento.

L'approccio multidisciplinare, come in altri settori della medicina, risulta perciò a maggior ragione necessario nell'ambito delle malattie muscolari, a causa delle frequenti complicanze cui vanno incontro tali pazienti: per cui, accanto alla figura centrale del neurologo, si delineano le importanti consulenze in ambito cardiologico, pneumologico, riabilitativo, anestesiologicalo, ortopedico, odontoiatrico, nutrizionale e, non certo per ultimo, psicologico e socio-assistenziale.

In un gran numero di malattie muscolari, incluse le distrofinopatie, la malattia di Emery-Dreifuss e le distrofie miotoniche, si possono associare anomalie cardiache più o meno gravi, quali alterazioni della contrattilità e disturbi del ritmo. Tali disordini sono spesso causati da mutazioni ereditarie in geni che codificano per componenti del citoscheletro sia della cellula miocardica che delle cellule muscolari scheletriche, o da mutazioni in grado di modificare l'espressione di geni coinvolti nei processi metabolici muscolari. L'insorgenza di cardiomiopatia e scompenso cardiaco nella distrofia di Duchenne e in quella di Becker, così come di disturbi della conduzione elettrica



dell'impulso in pazienti con distrofia di Emery-Dreifuss, sindrome di Kearns-Sayre e distrofia miotonica rappresentano frequente causa di mortalità. Da tutto ciò si deduce l'importanza dell'approccio prognostico-predittivo e terapeutico in campo cardiovascolare nei pazienti affetti da malattie muscolari e la necessità di un preciso inquadramento clinico rispetto al rischio sia di morte aritmica sia di scompenso cardiaco, attraverso il periodico monitoraggio ecocardiografico ed elettrocardiografico dinamico Holter. Il rischio cardiovascolare può risultare inoltre sostanzialmente ridotto attraverso un buon controllo pressorio e l'utilizzo di farmaci come i beta-bloccanti, gli inibitori dell'angiotensin converting enzyme e i diuretici, quali valido supporto nel trattamento delle disfunzioni ventricolari. In non pochi casi, l'impianto di un pace-maker rappresenta per tali pazienti un provvedimento salvavita.

Le problematiche respiratorie rappresentano un'altra delle più frequenti e precoci complicanze delle malattie neuromuscolari. Il coinvolgimento della muscolatura respiratoria, assieme ad altre possibili variabili associate al quadro clinico (sedentarietà, obesità, cifoscoliosi, difficoltà nella masticazione e nella deglutizione), determina un progressivo deficit della profondità del respiro, della funzione ventilatoria e del meccanismo della tosse, favorendo il ristagno delle secrezioni bronchiali (con ulteriore aumento delle resistenze respiratorie e sovraccarico muscolare) e conseguentemente l'aumento del rischio di complicanze infiammatorie broncopulmonari. Inoltre in questi pazienti durante le ore di sonno l'equilibrio respiratorio, ancora conservato da svegli, può risultare compromesso a causa di una minore attivazione dei muscoli respiratori, con notevole riduzione della ventilazione e conseguente ipossiemia ed ipercapnia. Queste modificazioni, oltre ad alterare la qualità del sonno e a causare un maggiore impegno cardiaco, si ripre-

cuotono progressivamente anche sulla funzione respiratoria nelle ore di veglia, determinando un costante aumento dell'anidride carbonica nel sangue, con torpore e cefalea che si mantengono anche per diverse ore dopo il risveglio. Nella gestione del paziente affetto da malattia neuromuscolare risulta pertanto indispensabile programmare periodiche valutazioni della funzione respiratoria attraverso prove spirometriche e monitoraggio dei valori nel sangue dei gas respiratori (emogasanalisi da svegli, saturimetria nel sonno). In aggiunta a questi esami di base, in alcuni casi può essere necessario approfondire la valutazione con un esame completo del sonno (polisonnografia) e con lo studio dettagliato della meccanica respiratoria (analisi delle proprietà meccaniche di polmone e torace, definizione della forza e dell'affaticabilità del muscolo diaframma, interazione tra vari gruppi muscolari). Tali tecniche di valutazione al contempo diventano anche uno strumento per la verifica di efficacia di ogni trattamento proposto, dalla fisioterapia respiratoria fino alla ventilazione meccanica e alla tracheotomia nelle fasi avanzate.

Nei soggetti con malattie neuromuscolari si rende inoltre necessario un attento monitoraggio della funzione nutrizionale, che risulta spesso compromessa già nelle prime fasi di malattia. La riduzione dell'attività motoria secondaria ai deficit di forza può infatti diventare causa di un eccessivo incremento ponderale, il quale a sua volta determina un peggioramento del quadro clinico, perché i muscoli già deboli non tollerano un peso eccessivo, e può inoltre incidere negativamente sulle possibili complicanze cardiache, accelerando l'evoluzione della malattia. Negli stadi più avanzati, per le difficoltà di alimentazione autonoma, l'alterazione della funzione deglutitoria, i disturbi della motilità intestinale e le aumentate richieste metaboliche secondarie all'insufficienza respiratoria, la malattia può viceversa complicarsi con uno stato di malnutrizione, che a sua

volta peggiora l'atrofia dei muscoli respiratori ed induce una riduzione delle difese immunitarie, favorendo i processi atelettasici e le infezioni broncopulmonari. E' importante infine sottolineare come il tipo di alimentazione e lo stato nutrizionale siano in grado di influenzare direttamente la qualità e l'efficienza del metabolismo muscolare. Un supporto nutrizionale, con periodiche valutazioni specialistiche, rappresenta pertanto un irrinunciabile presidio terapeutico.

E' ormai dato incontrovertibile il fatto che, nella assenza attuale di una terapia eziologia efficace, specie nelle miopatie ereditarie e nelle forme neurodegenerative come la sclerosi laterale amiotrofica, un ottimale trattamento di complicanze e aspetti associati alla malattia neuromuscolare sia in grado di, oltre che migliorare la qualità di vita, aumentare l'aspettativa della vita stessa del paziente affetto. Va inoltre considerato il sempre più importante apporto fornito dalla tecnologia sanitaria in tal senso, che ha permesso di migliorare molte delle prestazioni assistenziali al riguardo.

Proprio a questo proposito si è recentemente svolto a Pisa un convegno, il terzo che annualmente i Dipartimenti di Neuroscienze e Cardiotoracico dell'AOUP organizzano congiuntamente, che ha trattato in particolare i problemi respiratori delle malattie neuromuscolari, non disgiuntamente da altri aspetti, oltre quelli eziologici e fisiopatologici anche quelli connessi a tematiche di tipo etico o psicologico, dalla comunicazione della diagnosi alla gestione delle dinamiche auto-ed etero-conflittuali e relazionali che incidono sulla qualità di vita del paziente, del care-giver e della famiglia.

E' quindi attraverso l'integrazione delle varie competenze specialistiche ed un'attiva collaborazione che si realizza la gestione e l'assistenza di un paziente affetto da malattia muscolare e sarà possibile offrire risposte ai tanti quesiti che ancora si pongono.

Il sonno molesto

Il sonno è una funzione fisiologica imprescindibile per l'individuo, ed i suoi disordini possono essere fonte di notevole disagio. L'impossibilità di riposare correttamente può dipendere, oltre che da quadri francamente patologici, anche da situazioni parafisiologiche che possono disturbare il sonno del soggetto, del partner di letto, e delle persone vicine. Un'attenta valutazione clinica e strumentale può permettere di identificarle, in modo da valutare la necessità di adeguate misure comportamentali e/o farmacologiche.

Introduzione

Il sonno è associato ad una immagine di quiete e di riposo del corpo; parlare, camminare e muoversi in modo eccessivo durante il sonno sono fenomeni noti fin dall'antichità. Episodi isolati sono frequenti nella popolazione generale e non destano preoccupazione, mentre quando sono frequenti possono causare un malessere importante nella persona, oltre ad essere fastidiosi per chi sta vicino.

Le parasonnie, comportamenti indesiderati ed inconsueti, che si realizzano all'addormentamento, nel sonno o durante il risveglio, sono spesso responsabili di "sonno molesto". Il sonnambulismo ne è un esempio: una persona che compie nel sonno atti di cui non è consapevole nella veglia, crea situazioni ambigue, del tutto involontarie, che possono ingenerare dubbi interpretativi. Oggi sappiamo che le parasonnie possono comparire in individui senza problemi neurologici o psichiatrici. Pur non essendo rare nell'adulto, sono più frequenti nel bambino. Certamente sapere che nel sonno possiamo cammi-

nare, vocalizzare, compiere atti apparentemente finalizzati, può essere imbarazzante e creare problemi non solo in chi condivide la stanza da letto. Le parasonnie trovano la loro origine nella struttura fisiologica del sonno, composta di due stadi fondamentali: sonno NREM (non REM) e sonno REM (*rapid eyes movement* - REM). La rapida oscillazione fra veglia e sonno REM e NREM, o l'inappropriata intrusione d'elementi di uno stato in un altro, può comportare la comparsa di parasonnie, che si realizzano di solito durante la transizione fra i vari stati.

Le parasonnie sono distinte in:

- Disturbi del risveglio, in altre parole risvegli anomali del sonno, che comprendono il risveglio in stato confusionale, il sonnambulismo, ed il terrore nel sonno. In queste persone sembra esistere un'anomalia nel meccanismo del risveglio, per cui l'individuo rimane "intrappolato" tra sonno NREM profondo e veglia piena.
- Disturbi della transizione sonno-veglia, che includono i disordini che si manifestano durante il passaggio dalla veglia al sonno o dal sonno alla veglia, come i sussulti massivi, il sonniloquio e la paralisi del sonno.
- Parasonnie associate al sonno REM, come i sogni terrifici, il disturbo comportamentale nel sonno REM, in cui si ha una perdita dell'atonìa dei muscoli scheletrici che normalmente si osserva nel sonno REM e conseguente attività motoria durante il sogno.
- Altre parasonnie, come il bruxismo o l'enuresi notturna.

Alcune di queste manifestazioni sono del tutto innocue e non recano disturbo, altre possono essere de-

cisamente fastidiose e creare situazioni di disagio sociale o relazionale.

Anche altri disturbi parossistici del sonno, non strettamente definibili come parasonnie, possono essere fonte di notevole disagio per la persona con cui si condivide di notte la stanza (Tabella 1).

Parasonnie "moleste"

Il sonnambulismo compare in genere nell'infanzia, con un picco di prevalenza del 17% intorno ai 12 anni. Molti di questi bambini hanno presentato in precedenza risvegli confusionali. E' presente in circa il 4% degli adulti, in alcuni dei quali compare ex-novo. L'immagine corrente del sonnambulo è di un individuo che si aggira per la casa, con le braccia sollevate, fino a salire su terrazzi e cornicioni, schivandone attentamente gli ostacoli. Il sonnambulismo è in realtà un disturbo del sonno caratterizzato da comportamenti motori più o meno complessi, che di solito si manifestano quando il paziente si trova in sonno profondo, soprattutto nel primo terzo della notte. Il soggetto si può alzare dal letto e avere comportamenti finalizzati, quali spostare oggetti, parlare (frequentemente con parole senza senso), vestirsi, mangiare, bere; è stato descritto un caso di sonnambulismo in cui il paziente è uscito da casa e ha guidato per oltre un'ora. Il disturbo può manifestarsi con la ripetizione di uno stesso comportamento dal chiaro significato, come quello dei bambini che s'infilano nel letto dei genitori o quello degli adulti che tentano di preparare un pasto. Il controllo da parte del sonnambulo sul proprio corpo è in tali circostanze molto limitato. La vista e l'u-

dito sono attivati solo in maniera parziale; è possibile che siano evitati oggetti di grosse dimensioni, per scontrarsi, al contrario, contro oggetti più piccoli, col rischio di farsi male ma di accorgersene solo al risveglio. Talora il sonnambulo può apparire impaurito e agitato; occasionalmente sono stati osservati comportamenti violenti o di tipo sessuale.

Gli episodi durano in genere da cinque a quindici minuti. Il sonnambulo può a volte essere "molesto"; eventuali comportamenti aggressivi, che possono determinare lesioni a se stesso o alle persone che gli sono vicine, avvengono soprattutto se qualcuno tenta di limitare i suoi movimenti. Il fatto che la persona presenti una sospensione del giudizio aumenta i rischi che può correre, come il tentare di attraversare una finestra, camminare in luoghi pericolosi, procurarsi tagli o scottature.

Alcuni Autori hanno coniato il termine **sexsomnia** per descrivere una forma di sonnambulismo caratterizzato da comportamenti di tipo sessuale. Questa entità nosologica è dibattuta e non ancora accettata universalmente. Alcune decine di casi contraddistinti da una gestualità di tipo sessuale sono descritti in letteratura, spesso associati a risvegli confusionali, sonnambulismo, ma anche a REM Sleep Behavior Disorder. Questi comportamenti possono essere fastidiosi per il partner ma non dannosi, come nel caso dell'emissione di gemiti e vocalizzazioni a sfondo sessuale durante il sonno. Altre volte la persona addormentata può arrivare alla masturbazione notturna. Talora gli episodi sono decisamente incresciosi per il partner di letto, con veri e propri tentativi di assalto. Si capisce bene come in quest'ultimo caso sia necessaria una diagnosi precisa, escludendo

o meno la volontarietà dell'atto e quindi la sua rilevanza comportamentale. Anche se tali comportamenti sessuali in sonno interessano entrambi i sessi, nel sesso maschile tendono ad avere carattere più aggressivo.

Il terrore nel sonno (**pavor nocturnus**) è il disturbo dell'arousal più drammatico, e interessa prevalentemente i bambini. Il bimbo, addormentato da poco, si leva seduto sul letto, con manifestazioni comportamentali d'intensa paura (espressione terrorizzata sul volto, grida, pianto, richiesta di aiuto) ed estrema iperattività del sistema nervoso autonomo (tachicardia, tachipnea): non risponde ai tentativi di rassicurazione, è inconsolabile e non permeabile ai messaggi esterni, può tentare di uscire dalla stanza o avere comportamenti potenzialmente pericolosi per l'estrema irrequietezza. Se risvegliato, è confuso e diso-

Tabella 1: Disordini parossistici maggiori durante il sonno

PARASONNIE
Disturbi del risveglio (sonno NREM) <i>Sonnambulismo</i> <i>Pavor Nocturnus</i>
Parasonnie solitamente associate a sonno REM <i>REM Sleep Behavior Disorder</i>
Altre parasonnie <i>Catatrenia</i>
DISTURBI MOTORI CORRELATI AL SONNO
Periodic Leg Movements of Sleep
Bruxismo
ALTRI DISTURBI PAROSSISTICI NOTTURNI
Sonniloquio
Attacchi di panico notturni
Condizioni di recente riconoscimento <i>Mioclono eccessivo frammentario</i> <i>Mioclono propriospinale dell'addormentamento</i> <i>Movimenti ritmici dei piedi all'addormentamento</i> <i>Attivazione alternata dei muscoli delle gambe</i>

rientato. Il mattino successivo in genere non ha ricordo dell'evento, anche se, specialmente negli adulti, può riemergere qualche frammento di sogno con contenuti paurosi. L'episodio può durare fino a 10 minuti e oltre, si risolve con un nuovo addormentamento (Figura 1). I genitori spesso si trovano in difficoltà di fronte a questo quadro, non sapendo come tranquillizzare il proprio figlio. Il fenomeno è sostanzialmente benigno e tende a risolversi con la pubertà, al pari del sonnambulismo.

Una delle parasonnie più misteriose è il **REM Sleep Behaviour Disorder** (RBD, Disturbo Comportamentale in Sonno REM). E' un disturbo del sonno REM e, come tale, è più frequente nella seconda metà della notte, quando questa fase di sonno è più rappresentata. Nonostante la condizione sia stata descritta in un modello animale già nel 1965, si è dovuto aspettare fino al 1986 perchè fosse osservata e descritta nell'uomo. Il RBD si può presentare in modo acuto, soprattutto in relazione alla assunzione di farmaci antidepressivi o astinenza

da alcool, benzodiazepine e barbiturici, oppure in modo ricorrente; in quest'ultimo caso può essere idiopatico o associato a patologie, in primo luogo la malattia di Parkinson e l'Atrofia Multisistemica, precedendone l'esordio clinico anche di anni. Il disturbo interessa nella gran maggioranza dei casi il sesso maschile, in età adulta. Tipicamente nel RBD viene a mancare la fisiologica atonia muscolare del sonno REM, cosicché il soggetto può "agire i propri sogni", mettendo in atto comportamenti più o meno complessi e drammatici, non raramente violenti: parlare, gridare, colpire con pugni, saltare giù dal letto e correre. Si comprende bene come questi atteggiamenti possano essere "molesti", e addirittura pericolosi, per l'individuo stesso e per il partner di letto. Generalmente il soggetto torna spontaneamente al sonno dopo l'episodio, ma può essere facilmente svegliato e, in tal caso, ricordare vividamente i sogni.

Lo **Sleep related eating disorder** (disturbo alimentare notturno) consiste in episodi ricorrenti e involontari d'assunzione di cibo e bevande

nel corso di risvegli, con conseguenze problematiche, inerenti alla quantità e il tipo di cibo assunto (pizza congelata, cibo per animali, ecc.), presenza d'insonnia per frammentazione del sonno, inappetenza, distensione addominale al mattino ed aumento di peso e obesità. L'insorgenza del disturbo è tra i 22-29 anni, con prevalenza nel sesso femminile e tendenza alla cronicità.

La **catatrenia** è una parasonnia descritta più di recente e caratterizzata da ricorrenti e involontari gemiti e lamenti durante il sonno. La polisonnografia evidenzia episodi ricorrenti di bradipnea che emergono principalmente dal sonno NREM. Vi è una profonda inspirazione seguita da un'espiazione prolungata in cui avviene una vocalizzazione monotona. Le vocalizzazioni si presentano in **clusters** che possono durare fino ad un'ora, più frequentemente durante il sonno REM, ma anche nel sonno NREM. Il disturbo, sebbene raro, può essere fonte di notevole fastidio per il riposo del partner di letto; è infatti questi a sollecitare un consulto medico nel-

Figura 1: Sequenza degli eventi nel terrore notturno



la maggior parte dei casi.

Altri disturbi "molesti"

Anche disturbi motori che si manifestano durante il sonno possono essere fonte di notevole fastidio. Il **bruxismo** ad esempio è caratterizzato da digrignamento dei denti o movimenti bruschi della mandibola durante il sonno; il digrignamento dei denti occorre durante il sonno NREM e può essere tale da disturbare il sonno del partner di letto, oltre a determinare danni alla dentatura e dolore all'articolazione temporomandibolare. Il fenomeno è più comune nei bambini; può persistere anche nell'età adulta. La causa è sconosciuta, l'ansia e lo stress possono essere fattori precipitanti, come pure l'assunzione di nicotina e caffè nelle ore serali; alcuni farmaci come gli SSRI e la levodopa possono aggravare il fenomeno.

I **Periodic Leg Movements in Sleep** (PLMS, Movimenti Periodici agli arti inferiori durante il sonno) sono movimenti ripetitivi e stereotipati che si realizzano prevalentemente duran-

te il sonno NREM. L'episodio tipico è caratterizzato da estensione dell'alluce e dorsiflessione della caviglia, spesso associata a flessione del ginocchio e dell'anca. Possono essere monolaterali o bilaterali ed avere cadenza periodica o quasi periodica. I PLMS sono spesso presenti nel contesto di una Restless Legs Syndrome (RLS, *Sindrome delle Gambe senza Riposo*), ma sono un'entità indipendente. I movimenti continui che si realizzano durante il sonno ancora una volta possono rendere difficile il riposo di chi sta vicino al paziente. I PLMS possono così divenire "molesti".

La **paralisi da sonno** è stata sperimentata perlomeno in una occasione dal 40% dei oggetti sotto i trent'anni e consiste nell'incapacità di effettuare qualunque movimento corporeo, compresa l'apertura degli occhi, mentre la persona è perfettamente lucida, al risveglio dal sonno REM. I primi episodi si accompagnano ad una intensa sensazione di paura. La paralisi del sonno è un esempio di stato dissociato, con persistenza nella veglia

dell'inibizione muscolare REM-relata.

Altre condizioni recentemente descritte, includono i movimenti ritmici dei piedi all'addormentamento, l'attivazione alternata dei muscoli degli arti nel sonno e all'addormentamento, il mioclono frammentario eccessivo, ed il mioclono propriospinale all'addormentamento. Tali condizioni non sono ancora definitivamente riconosciute, ma sono sicuramente fonte di problematiche per il benessere del sonno della persona e/o del partner.

Gestione del 'sonno molesto'

Per questa serie di problemi del sonno la persona si rivolge in generale al proprio medico sollecitata dal partner di letto, che non riesce a riposare in modo adeguato. La descrizione dei sintomi pertanto è fornita non solo dal soggetto, ma anche da colui che lo accompagna. L'anamnesi deve essere oltremodo accurata e considerare sia il tipo di sintomatologia, sia il periodo della notte in cui questa si manifesta; per esempio i disturbi del ri-



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 ELETTRIMEDICALI
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

sveglia sono più frequenti nella prima parte della notte, mentre i disordini del sonno REM sono tipicamente presenti nella seconda parte. Questionari, diari del sonno e scale di sonnolenza diurna possono integrare le notizie anamnestiche specie in occasione di visite successive. Allo stesso modo un'accurata anamnesi farmacologica può permettere di identificare farmaci responsabili direttamente o esacerbanti il disturbo, come nel caso del RBD acuto. L'esame neurologico completato da una valutazione psichiatrica permetterà di definire quei comportamenti anomali durante il sonno che s'inscrivono nel contesto di una patologia sottostante, come il RBD nell'ambito della malattia di Parkinson, oppure di escludere un disturbo ipnico primitivo, ad esempio la sindrome delle apnee in sonno. L'esame clinico non può in ogni modo prescindere dall'ausilio della diagnostica strumentale. E' infatti pressoché impossibile distinguere i vari disturbi del sonno, le parasonnie e i disturbi psicopatologici senza uno studio polisonnografico.

L'esame più specifico è la Videopolisonnografia notturna, eseguita in un Laboratorio del Sonno, che consente di solito di registrare gli episodi in questione, fornendo quindi una correlazione fra dati comportamentali, elettroencefalografici, oculografici, elettromiografici, spirografici. Ad esempio in un **disturbo del risveglio**, quando si riesce a documentare il fenomeno polisonnograficamente, si possono osservare i comportamenti riferiti in anamnesi, nella prima parte della notte, con inizio spesso nel sonno NREM profondo; il tracciato elettroencefalografico non mostra elementi di veglia durante l'episodio. Durante il sonnambulismo è spesso presente un pattern tipico del sonno leggero.

Una volta effettuata la diagnosi si possono consigliare misure comportamentali e/o farmacologiche specifiche. Nel **sonnambulismo** si consiglia di non tentare di svegliare il soggetto, ma piuttosto cercare di

evitare che si faccia male, evenienza in ogni modo piuttosto rara. E' consigliabile attendere che l'episodio termini da sé, avendo cura di eliminare tutti i possibili oggetti pericolosi dalla traiettoria del sonnambulo: al risveglio, la persona non ricorderà assolutamente nulla di quanto successo durante la notte accusando, al massimo, la sensazione di non aver dormito bene. In alcuni casi si può intervenire farmacologicamente, sotto stretto controllo medico, con basse dosi di antidepressivi triciclici che agiscono sulla soglia del risveglio. Per la natura benigna del **pavor nocturnus**, i genitori devono essere sempre rassicurati, consigliando loro di non svegliare durante l'episodio il proprio figlio, il quale generalmente al risveglio non ha ricordo dell'accaduto. In alcuni casi, soprattutto se il disturbo permane nell'età adulta, può essere opportuna una terapia con benzodiazepine.

Nel **REM Sleep Behavior Disorder** si evidenzia in fase REM la presenza di eccessivo tono muscolare (all'elettromiografia del muscolo mentoniero) o di movimenti muscolari in assenza di attività epilettiforme. Il contenuto del sogno è consono con le azioni del paziente.. "...sognavo di essere aggredito e mi difendevo con calci e pugni..." Le benzodiazepine, in particolare clonazepam, sono di solito efficaci nella prevenzione e nel controllo degli episodi di RBD. Clonazepam sopprime l'attività motoria fasica in REM ed è efficace nel controllo sia dei sogni disturbati sia del comportamento di messa in atto del sogno. La melatonina ad alte dosi, può avere un effetto additivo al clonazepam sul ripristino dell'atonia muscolare in REM.

Veramente difficile ed oltremodo rilevante per le dirette conseguenze è la valutazione della **sexsomnia** e dei comportamenti sessuali atipici durante il sonno. Innanzi tutto è fondamentale raccogliere un'anamnesi precisa, anche con l'ausilio dei familiari, e nel caso attuare una va-

lutazione psichiatrica. Lo studio polisonnografico consente di accertare se i comportamenti sessuali si realizzano veramente durante il sonno, oppure se questo è solo un pretesto. L'approccio terapeutico varia secondo la valutazione clinica. Il trattamento con clonazepam, eventualmente associato a psicoterapia, si è rivelato efficace sia in casi di disturbo del risveglio, sia nell'ambito di RBD. Nel caso in cui si riscontrino quadri di natura psichiatrica, la terapia deve essere finalizzata a trattare il quadro psicopatologico sottostante.

La polisonnografia permette la diagnosi precisa di **catatrenia** e **bruxismo**, grazie al particolare aspetto clinico e elettromiografico durante il sonno, come anche della presenza di **Periodic Leg Movements in Sleep**. Questi sono definiti tali solo se si manifestano in serie di 4 o più movimenti della durata di 0,5-5 secondi, con un intervallo fra i singoli movimenti da 4 a 90 secondi. La presenza dei movimenti nell'ambito di una Restless Leg Syndrome, valutabile solo clinicamente, impone il trattamento diretto di questo disturbo; farmaci di prima scelta sono i dopaminoagonisti, quali pergolide, ropinirolo, pramipexolo.

Conclusioni

Le alterazioni del sonno ed i suoi disturbi presentano notevoli implicazioni per la vita quotidiana delle persone e richiedono oggi una accurata definizione. Non sono solo le situazioni francamente patologiche ad avere rilevanza per il benessere dell'individuo, ma anche tutte quelle situazioni para-fisiologiche che possono frammentare il sonno e condizionare il funzionamento fisico, psichico e sociale di una persona. I comportamenti anomali durante il sonno vanno riconosciuti in ragione del fastidio arrecato al dormiente o al partner, e spesso assumono una notevole valenza, anche per la loro potenziale pericolosità: in questa accezione non è infrequente la loro strumentalizzazione in sede forense.

Accessi ai corsi di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Da alcuni anni a fine inverno perviene ai Presidenti delle Commissioni per gli iscritti agli Albi degli Odontoiatri la richiesta del Presidente Nazionale Dott. Giuseppe Renzo di quantizzare il fabbisogno odontoiatrico dietro sollecitazione del Ministero della Salute.

Che a livello ministeriale avvertano l'esigenza di conoscere le necessità periferiche è stato un progresso importante rispetto al passato.

Prima la determinazione degli accessi ai corsi di laurea era fatto con altri criteri più centralizzati e più impostati su ipotetiche capacità delle singole Università di formare un determinato numero di studenti. Per l'anno accademico 2006/2007 il numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria è stato portato dai 903 posti dell'anno precedente agli attuali 779, pur dietro ad una richie-

sta da parte delle Regioni - dopo rilevazione del fabbisogno formativo - di soli 534.

L'anno scorso appunto per la prima volta il numero dei posti disponibili è diminuito. Si è trattato certamente di un importante risultato, che ha tenuto conto della necessità di modulare la disponibilità alle effettive capacità formative dei corsi di laurea. La C.A.O. ha sempre richiesto che ci fosse una precisa relazione fra numero degli studenti



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie

Rilevazione dei Fabbisogno Formativo Richieste delle Regioni Anno 2006

P r o f e s s i o n i

REGIONE	Med. chirurgo	Veterinario	Odontoiatra	Farmacista	Biologo	Chimico	Fisico	Psicologo
Abruzzo	65	6	6	8	16	3	4	20
Basilicata		6		7	3		3	3
Calabria	80	30	30					
Campania	600	140	50	50	60	20	10	8
Emilia Romagna	600	28	2	9	20	8	5	19
Friuli V. Giulia	190	6	2	4	0	7	3	10
Lazio	1000	90	10	18	21	6	1	80
Liguria		3	1	8	10		1	10
Lombardia		197	140				20	
Marche	25	5		10	18	10	3	18
Molise	80	5	5	6	10	2	3	7
Piemonte	600	10	0	4	10	3	5	10
Puglia	431	35	131	174	110	35	90	170
Sardegna		10	20					
P.A. Bolzano	6				2	2		
P.A. Trento	49	2	2	2	2	1	1	2
Sicilia	600	45	60	40	45	15	20	25
Toscana	597	100	50	9	10	4	4	10
Umbria	50	10	10	20	10	10	10	15
Valle d'Aosta	27							1
Veneto	400	8	15	4	6	3	8	7
TOTALE	5300	736	534	373	353	129	191	415

Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria Classe 52/S anno accademico 2006-2007

Università	Comunitarie non comunitari di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26
Bari	37
Bologna	30
Brescia	20
Cagliari	20
Catania	25
Catanzaro	10
Chieti	45
Ferrara	8
Firenze	23
Foggia	18
Genova	30
L'Aquila	16
Messina	25
Milano	19
Milano "Bicocca"	20
Milano Cattolica "S.Cuore"	25
Modena e Reggio Emilia	6
Napoli "Federico W'	22
Napoli Seconda Università	24
Padova	30
Palermo	22
Parma	10
Pavia	20
Perugia	15
Pisa	14
Politecnica delle Marche	15
Roma "La Sapienza" I Facoltà	60
Roma - "TorVergata"	33
Sassarf	25
Siena	27
Torino	40
Trieste	16
Varese Insubria	11
Verona	18
TOTALE	779

Il Ministro
Fabio Mussi



tativo adeguato.

Ma oltre a questo aspetto non sarebbe male - a mio parere - che si cominciasse a tenere in giusto conto, anche la effettiva necessità sociale di odontoiatri (si veda la bassa richiesta di posti da parte delle Regioni), al fine di evitare fenomeni di disoccupazione, sottoccupazione e comportamenti professionali oltre i limiti della deontologia.

Per questo motivo - dato che i numeri parlano da soli - sottolineo che nel 2003 gli esercenti l'odontoiatria (senza contare il triste fenomeno dell'abusivismo) erano ben 51.546, che i dentisti sopra i 65 anni erano appena il 5%, che i corsi di laurea in odontoiatria erano 36 con 27 corsi di laurea in Igiene Dentale! Si evidenzia chiaramente quanto l'aspetto quantitativo sia il problema principale della categoria, da cui discendono in successione tutti gli altri.

C'è da aggiungere inoltre che in questi anni tutti i rilevamenti economici mostrano un calo della domanda odontoiatrica a livello numerico (dal 1999 al 2002 1.600.000 pazienti in meno) ed anche un grave calo della spesa odontoiatrica da parte delle famiglie.

A questo punto non resta che lasciare a ciascun lettore le proprie considerazioni personali. La lettura delle tabelle allegate inoltre meriterebbe ben altre considerazioni, soprattutto di fronte all'alto numero di posti assegnati a certe sedi con carenze strutturali inimmaginabili!

e le reali disponibilità strutturali di personale e di attrezzature dei vari corsi di laurea, pena una formazione non adeguata. La speranza è che si continui dopo questo primo passo su questa strada al fine di

rendere verificabili le vie di formazione, che devono seguire criteri coerenti e motivati per la tutela della salute dei cittadini, che hanno il sacrosanto diritto di vedere formati professionisti validi e di livello quali-

Gli aumenti di volume gengivale nel bambino: le gengiviti croniche

Le patologie parodontali non interessano esclusivamente l'età adulta, al contrario sono osservate frequentemente anche in bambini e adolescenti. I quadri clinici comprendono la gengivite, una reazione infiammatoria non specifica della gengiva marginale, le parodontiti nel caso in cui siano coinvolti gli altri tessuti di sostegno del dente e gli aumenti di volume gengivale conseguenti all'assunzione di farmaci, a cambiamenti ormonali, a malattie sistemiche e geneticamente trasmesse.

Le gengiviti croniche

Le gengiviti croniche rappresentano la risposta infiammatoria della gengiva a una irritazione locale e sono considerate la più diffusa delle malattie croniche che interessano il periodo infantile e adolescenziale. Queste includono le gengiviti croniche placca indotte che sono la forma prevalente, le gengiviti ormonali della pubertà e gli aumenti di volume gengivale conseguenti all'assunzione di farmaci.

La gengivite colpisce più del 70% dei bambini di 7 anni ed è di fondamentale importanza la diagnosi e il trattamento precoce nel bambino e nell'adolescente in quanto i quadri clinici possono essere molto severi e spesso l'incipiente malattia parodontale nel bambino può sviluppare una malattia parodontale nell'adulto; inoltre ci sono associazioni tra malattia parodontale e malattie sistemiche.

Gli agenti etiologici che portano al processo infiammatorio sono fattori irritativi locali quali la placca batterica, il tartaro, gli affollamenti dentari, le malocclusioni i frenuli patologici, ma il decorso clinico e la severità della malattia possono

essere influenzati dalle condizioni di salute generale del paziente.

Spesso la presenza di una malattia sistemica può aggravare o favorire la comparsa delle manifestazioni orali e in alcuni casi la lesione parodontale può essere la prima manifestazione clinica di una malattia sistemica.

La gengivite placca-indotta

Anche se i dati epidemiologici variano tra i diversi autori, la prevalenza della gengivite cresce a partire dall'età di 3-5 anni essendo diagnosticabile nel 35-100% dei bambini.

Tale prevalenza aumenta fino all'età di 12-13 anni raggiungendo valori più elevati alla pubertà. E' strettamente correlata all'accumulo di placca batterica a livello del margine gengivale ed è condizionata da altri fattori locali quali tartaro, malposizioni dentarie, otturazioni debordanti, respirazione orale e l'eruzione dentaria. Nel momento dell'esfoliazione del dente deciduo o dell'eruzione del dente perma-

nente, il margine gengivale di quest'ultimo si presenta arrotondato e privo della protezione costituita dal rilievo cervicale del dente stesso. Questa condizione anatomica, transitoria e destinata a risolversi ad eruzione completata, rende particolarmente dolorose le manovre di igiene orale, che vengono spesso abbandonate favorendo così l'accumulo di placca e la conseguente infiammazione gengivale, dando luogo a un quadro clinico definito "gengivite da eruzione".

La risposta infiammatoria dell'ospite è stimolata dai prodotti batterici presenti nella placca che, penetrando attraverso l'epitelio giunzionale, inducono le cellule a rilasciare mediatori dell'infiammazione tra cui le prostaglandine (PGEII) e le interleuchine (IL1, IL8) che determinano una reazione infiammatoria nel tessuto, l'attivazione di molecole di adesione e il reclutamento dei neutrofili e la loro chemiotassi nei siti interessati dall'insulto batterico. Il quadro clinico (foto 1) è caratterizzato da:

Foto 1: Gengivite Placca-indotta



- iperemia ed edema della gengiva marginale
- sanguinamento spontaneo o durante le normali manovre di igiene orale
- diminuita consistenza del tessuto gengivale.

Oltre al classico quadro clinico possiamo riscontrare anche ulcerazioni semplici, presenza di essudato o pus, bolle o vescicole, con zone necrotiche o emorragiche, con l'aumento o la riduzione del volume gengivale.

Il ruolo della placca sopragengivale nel determinare la gengivite è ormai chiaro da anni, così come è chiaro il possibile completo recupero dello stato di salute gengivale adottando appropriate misure di igiene orale, sia domiciliari sia professionali.

L'importanza del controllo della gengivite è enfatizzata dal fatto che questa rappresenta un requisito per lo sviluppo della parodontite, anche se tutte le gengiviti non portano obbligatoriamente al coinvolgimento del parodonto in toto e alla distruzione, ma regrediscono o rimangono tali per anni. Dai dati epidemiologici, sembra esserci uno stretto legame tra la gengivite che progredisce a parodontite, e, la gengivite nei bambini fornisce un appropriato modello che illustra come tale condizione crei un ambiente, nel solco gengivale, che a lungo andare potenzia lo sviluppo di una parodontite, favorendo per esempio la colonizzazione di una flora maggiormente patogena.

In virtù di questi dati ed indipendentemente dai dubbi irrisolti è fondamentale per prevenire la parodontite controllare la gengivite.

Foto 2: Gengivite ormonale



Foto 3: Aumento di volume gengivale da fenitoina

Gengivite ormonale

Il periodo puberale e le variazioni ormonali che l'accompagnano accentuano la risposta infiammatoria gengivale alla placca, determinando l'insorgenza di una gengivite ipertrofica diffusa o localizzata. Gli ormoni sessuali indurrebbero un danno epiteliale e un incremento della permeabilità capillare con un aumento dell'essudato, influenzerebbero il reclutamento dei leucociti nel tessuto infiammato e la formazione di tessuto di granulazione inoltre faciliterebbero i cambiamenti nella composizione della microflora sottogengivale con incremento dei batteri gram- parodontopatogeni.

Le gengiviti ormonali sono più frequenti nel sesso femminile e sono caratterizzate da un'iperplasia del tessuto gengivale limitata al gruppo anteriore e può interessare una sola arcata (Foto 2). Il volume delle papille interdentali è superiore rispetto alle tumefazioni delle papille associate a soli fattori irritativi locali.

Aumenti di volume gengivale da farmaci

Un ruolo fondamentale fra i fattori eziopatologici è svolto dalle terapie farmacologiche (fenitoina, ciclosporine e calcio-antagonisti) che possono determinare quadri im-

portanti di iperplasia gengivale. L'aumento di volume gengivale compare da 1 a 3 mesi dall'inizio della terapia, prima a livello papillare e nei settori frontali poi gradualmente viene interessata anche la gengiva marginale che nelle forme più avanzate assume l'aspetto di masse lobulate. In questi pazienti la gengiva non si presenta solo fibrosa e iperplastica ma anche molto infiammata.

L'alterata morfologia gengivale ostacola notevolmente le normali manovre di igiene orale.

L'iperplasia indotta dalla fenitoina, anticonvulsione usata nel trattamento dell'epilessia, (foto 3) è più frequente nei bambini che negli adulti. In uno studio effettuato da Modeer T. et al, in cui sono state paragonate le condizioni parodontali di 2 gruppi di bambini epilettici trattati con fenitoina e con un altro anticonvulsione, risulta, a parità di infiammazione, che i pazienti trattati con fenitoina mostrano parecchi siti con una profondità di sondaggio maggiore di 4 mm.

La ciclosporina è un farmaco immunosoppressivo impiegato nella prevenzione del rigetto dopo il trapianto di organi (Foto 4). Anche in questo caso l'iperplasia indotta è più frequente nei bambini (20%) che negli adulti e sembra essere dose-dipendente. La situazione



Foto 4: aumento di volume gengivale da ciclosporina

peggiora significativamente in quei bambini che assumono contemporaneamente anche i calcio-antagonisti (nifedipina).

Gli aumenti di volume gengivale indotti da farmaci vanno posti in diagnosi differenziale con le gengiviti ipertrofico-iperplastiche di natura familiare o idiopatica che si identificano con la fibromatosi gengivale. L'iperplasia spesso si manifesta già in dentatura decidua e durante la pubertà interessando soltanto le zone di gengiva dove sono presenti i denti. La fibromatosi gengivale familiare è generalizzata ed associata a ipertricosi, anomalie dentarie, oculari e scheletriche; mentre la forma idiopatica è localizzata ed interessa la

regione molare e le superfici linguali. Clinicamente non presenta le classiche caratteristiche infiammatorie, infatti la gengiva è di colore rosa corallo, ha un aspetto "a buccia d'arancia" e una consistenza duro elastica (Foto 5).

A causa dell'alterata anatomia gengivale possono svilupparsi infezioni secondarie. I fibromi aumentano molto lentamente, ma possono provocare il restringimento del cavo orale, malposizioni dentarie o disturbi nell'eruzione.

Conclusioni

Molto spesso le gengiviti sono paucisintomatiche e nella maggior parte dei casi misconosciute. I genitori reputano il sintomo sanguinamento una normale reazione all'azione dello spazzolino sulle gengive. Quindi importante è il ruolo del pediatra e degli eventuali altri specialisti che seguono il bambino nell'informare correttamente i genitori sull'esatto significato clinico dell'infiammazione gengivale e dei rischi futuri ad essa connessi.

Foto 5: Fibromatosi gengivale



Professionisti e pressione fiscale: autovetture e plusvalenze

Con l'entrata in vigore del cosiddetto DL Bersani e della legge finanziaria 2007, molte cose sono cambiate nella gestione della organizzazione e amministrazione a fine fiscale dell'attività professionale odontoiatrica e dei professionisti in genere. La ricerca esasperata di entrate fiscali ha sempre più identificato l'attività professionale nella attività di impresa, caricando i professionisti non solo di maggiori oneri pecuniari IRPEF, ma indirettamente, in campo medico-odontoiatrico, distogliendo e spostando il personale (e lo stesso titolare) da incarichi sanitari, in impegni di tipo amministrativo sempre più pesanti con più alti costi di gestione. Chiunque sia impegnato nella libera professione conosce bene l'enorme impatto sull'organizzazione quotidiana, come impiego di risorse umane e finanziarie, delle norme che regolano la nostra attività che sentiamo ogni giorno sempre meno intellettuale nostro malgrado. Ci rammarichiamo che si mettano sempre più in evidenza solo gli aspetti "aziendali" del nostro lavoro, e sempre meno le nostre capacità nel dare servizi di qualità ai pazienti.

Molti aspetti della legge 248/2006, sono stati affrontati dettagliatamente in questi mesi: la modalità dei pagamenti, la richiesta del codice fiscale, i rapporti con le banche e con l'agenzia delle entrate.

Con questo articolo mi limito a evidenziare **due aspetti** penalizzanti per i professionisti, augurandomi che le Associazioni dei vari settori riescano a modificare: la maggiore stretta fiscale sulle autovetture cosiddette aziendali e la tassazione delle plusvalenze che derivano dalla vendita di attrezzature e beni strumentali (compresa la cessione della clientela).

Riguardo alle **autovetture**, dopo che la Corte di Giustizia Europea con sentenza 14 settembre 2006 aveva riconosciuto che le nostre normative erano in

contrasto con quelle comunitarie riconoscendo il rimborso all'IVA pagata e non detratta anche per il periodo 2003-2006, il decreto legge collegato alla Finanziaria 2007 ha risposto introducendo nuovi limiti alla deducibilità delle imposte dirette sulle auto aziendali e professionali, comprese le spese di manutenzione, riparazione, carburante, etc: **la deducibilità del costo di acquisto, diretto o in leasing, da parte dei professionisti di autovetture, autocaravan, motocicli e ciclomotori, e le prestazioni accessorie, passa dal 50% al 25% con effetto retroattivo al primo gennaio 2006.** Nel caso di attività professionale svolta in forma individuale la deducibilità del 25% riguarda un solo veicolo, se l'attività è di tipo associativo ogni singolo professionista può dedurre parzialmente un veicolo. Inoltre la deducibilità si riferisce ad un tetto massimo di **18.075,99** euro per le autovetture, 4.131,66 per i motocicli e 2.065,83 per i ciclomotori. Per fare un esempio per una autovettura che superi l'importo massimo stabilito (es. 30.000 euro, ma potrebbe essere 40.000 come 25.000) si dedurrà 1.129,75 euro ogni anno per quattro anni per un totale di 4.519 euro: il 25% di 18.075,99 appunto. Ogni commento è superfluo!

Inoltre il tanto sbandierato rimborso dell'IVA a seguito della sentenza della Corte di Giustizia Europea si sta trasformando in un maggior onere per i contribuenti interessati. Molti di essi, tra procedure di calcolo complicatissime (c'è da ricalcolare la dichiarazione dei redditi per gli anni interessati) e maggiori oneri da versare, stanno pensando di gettare la spugna e di lasciar perdere, con grande soddisfazione dell'Erario.

La tassazione delle plusvalenze è invece una novità dell'estate 2006 con l'entrata in vigore della 248 (decreto Bersani) dal momento che dal 1973 la vendita da parte dei professionisti di macchinari, attrezzature, strumenti vari

o anche solo i mobili della sala di attesa non veniva tassata ai fini delle imposte dirette perché ritenuta estranea rispetto agli incassi che derivavano dalle prestazioni eseguite. Le plusvalenze tassabili (e le minusvalenze), sono date dalla differenza positiva (o negativa) tra il corrispettivo o l'indennità percepita alla vendita e il costo non ammortizzato (se per esempio ho acquistato una attrezzatura a 20.000 euro e ho ammortizzato negli anni 17.500 euro vendendolo a 8.000 euro ho una plusvalenza tassabile di 5.500 euro). In caso di cessione della clientela i corrispettivi percepiti costituiscono reddito per il professionista: se il corrispettivo è percepito in un'unica soluzione, si può scegliere per la "tassazione separata" che dovrebbe significare un'aliquota più bassa rispetto a quella dell'anno di tassazione. Comunque significa che, facendo un banale esempio, se prima della legge non era prevista nessuna imposta per un corrispettivo di cessione della clientela di 100.000 euro, a tutt'oggi per una aliquota di puro esempio del 30%, è dovuta una imposta di 30.000 euro! Possiamo concludere che l'attività professionale è sempre più penalizzata ed equiparata dal legislatore a quella imprenditoriale, pur non godendo delle stesse agevolazioni.

Ad esempio, i professionisti non hanno accesso ai contributi, sia in conto capitale che in conto interessi, per l'innovazione e l'adeguamento tecnologico delle strutture produttive, per la ricerca precompetitiva e varie iniziative, quasi come se l'attività professionale degli studi, che pure crea posti di lavoro, non avesse alcun riflesso qualitativo sulla vita economica e sociale del paese.

Inoltre, i professionisti non beneficiano di contributi erogati dalle CCAA per l'assunzione di apprendisti e di altre forme agevolate concernenti la gestione del personale dipendente.

Menopausa: terapia ormonale sostitutiva

Indubbiamente negli ultimi anni è stato scritto, detto e commentato molto sulla terapia ormonale sostitutiva (Hormone Replacement Therapy, HRT). Le controversie sono state molte, non sempre portate avanti in maniera oggettiva e imparziale. In sintesi si deve dire che i benefici della HRT devono sempre essere valutati in relazione ai possibili rischi, e considerati in funzione della comparsa di effetti collaterali. Il calcolo del rapporto rischi/benefici della HRT non può essere definito in assoluto. La selezione delle donne, il timing di inizio, la durata e il tipo della terapia stessa sono i cardini fondamentali per ottimizzare il rapporto rischio/beneficio.

L'importanza della HRT nella cura dei sintomi vasomotori e genitourinari, e nella prevenzione dell'atrofia del connettivo e degli epiteli, rimane indiscusso, come il suo ruolo nella prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture spontanee correlate. Le controindicazioni all'utilizzo di HRT sono poche ma rigorose (sanguinamento uterino anomalo, carcinoma della mammella, carcinoma dell'endometrio, malattia tromboembolica in atto, malattia epatica in atto, infarto del miocardio) e ci permettono di selezionare adeguatamente le donne che possono essere sottoposte a terapia. L'inquadramento clinico della donna permette la selezione del tipo di terapia, del dosaggio e della formulazione più adatta alle caratteristiche cliniche della paziente stessa.

La selezione delle donne

La selezione delle pazienti è la chiave di volta per una HRT efficace e sicura. La HRT non è una panacea buona per tutte le donne, e

coloro che presentano controindicazioni non devono essere trattate. Nella pratica clinica e negli studi osservazionali la HRT è stata da sempre iniziata in donne sintomatiche, sane, mediamente in età perimenopausale (48-55 anni), per la comparsa di una sintomatologia da carenza estrogenica. In tutti questi studi è stato dimostrato che la HRT è efficace nel trattamento dei sintomi tipici della menopausa, nel miglioramento della qualità della vita, oltre ad avere un ruolo protettivo contro le patologie croniche come l'osteoporosi, le patologie neurodegenerative e la malattia coronarica. Studi randomizzati non hanno però confermato il ruolo protettivo della HRT nelle patologie croniche degenerative, ed in particolare nella prevenzione cardiovascolare. La discrepanza di questi risultati può essere ricondotta principalmente alla diversa selezione delle donne. Lo studio HERS (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study), è stato condotto in donne con una età media di 67 anni, quindi con una età menopausale di 15-20 anni e con una storia di patologia cardiaca (infarto miocardico, bypass coronarico, angioplastica delle coronarie, occlusione di almeno il 50% di un'arteria coronarica). Lo studio WHI (Women's Health Initiative) ha arruolato donne tra i 50 e 79 anni (età media di 63 anni), di cui il 35% trattata per ipertensione, il 35% soprappeso ed il 34% obeso, il 4% diabetica, il 12.5% faceva terapia per ipercolesterolemia ed il 6.9% faceva uso di statine. Inoltre, la pressione arteriosa era controllata dalla terapia solo nel 30% delle pazienti ipertese: quindi il 70% delle ipertese era trattata con HRT

senza un preventivo, adeguato controllo dei valori pressori. In questi due studi randomizzati il trattamento era lo standard americano: estrogeni coniugati orali (0.625 mg/di) in associazione combinata continua con medrossiprogesterone acetato (MPA) (Prempo, Whyeth), 2.5 mg die. In questi studi non è stata confermata la prevenzione degli eventi cardiovascolari, in contrasto con tutte le evidenze sperimentali, epidemiologiche e degli studi osservazionali che suggeriscono che l'HRT possa ridurre l'incidenza di malattia coronarica. La selezione delle pazienti è fondamentale per le condizioni cardiovascolari. In perimenopausa gli estrogeni vengono somministrati a donne con endotelio sano e funzioni cardiovascolari normali, diverse da quelle dello studio HERS e WHI. Infatti, al momento in cui si sviluppa la lesione aterosclerotica, gli estrogeni perdono i recettori endoteliali specifici che possono mediare gli effetti protettivi, e possono solo esercitare i possibili negativi effetti procoagulanti e destabilizzanti la placca. A tali effetti si deve ascrivere l'aumento del rischio cardiovascolare nei primi 6-12 mesi di trattamento, descritto sia nello studio HERS che WHI. Si deve quindi riconoscere le limitazioni dell'HERS e del WHI riguardo alla selezione delle pazienti che per età e condizioni cliniche sono assolutamente non comparabili con le donne candidate alla HRT nella pratica clinica, ed è quindi scorretto scientificamente e clinicamente estrapolarne i dati.

Momento di inizio della terapia

La selezione delle pazienti (donne

in età perimenopausale vs donne di età più avanzata) condiziona anche la profonda diversità del momento di inizio della terapia. In studi clinici randomizzati e controllati con placebo condotti in donne in menopausa trattate per la presenza di sintomatologia vasomotoria con diverse formulazioni del commercio, non si è evidenziato alcun aumento del rischio di cardiovascolare. In accordo con studi sperimentali, epidemiologici ed osservazionali, l'unico reale rischio è l'aumento delle trombosi venose periferiche. Nello stesso studio WHI emerge una differenza nell'incidenza della malattia coronarica a seconda di quando viene iniziata la terapia. Infatti l'aumento dell'incidenza della malattia coronarica nei primi mesi di trattamento è presente solo nelle donne in cui la HRT è

iniziata dopo 20 anni dalla menopausa. Al contrario nelle donne che hanno iniziato la terapia più precocemente, entro i 5-10 anni dalla menopausa, non è stato evidenziato alcun incremento del rischio cardiovascolare. Nelle donne che iniziano l'HRT prima dei 60 anni di età è stata dimostrata una riduzione della mortalità, mentre nelle donne che iniziano la HRT dopo i 60 anni non si ha alcun effetto significativo sulla mortalità (non una diminuzione, non un aumento). Il dato è molto rassicurante ed è molto importante per la pratica clinica. Infatti, nella pratica clinica non viene mai iniziata HRT a dosaggi standard in donne di oltre 60-65 anni.

Le stesse considerazioni possono essere fatte per le malattie neurodegenerative. Gli studi osservazio-

nali concordano con le esperienze della medicina di base, nell'evidenziare un ruolo protettivo della HRT nelle donne che hanno iniziato il trattamento in età perimenopausale. Al contrario, nello studio WHI, in cui le funzioni cognitive sono state valutate in un sottogruppo di donne di 67 anni di età media le funzioni cognitive peggiorano con HRT. Come suggerito dagli stessi Autori del WHI, è verosimile che la HRT a dosi standard, iniziata 15-20 anni dopo la menopausa, abbia determinato effetti protrombotici con aumento del danno vascolare cerebrale.

E' quindi necessario sottolineare che la HRT non può essere considerata una terapia utile per la prevenzione delle malattie degenerative nei soggetti con patologia (cardiovascolare, o neurovascolare) in atto. Gli effetti metabolici e protettivi su l'endotelio vascolare della HRT possono svolgere un ruolo di prevenzione primaria solo nei soggetti sani trattati in età perimenopausale.

HRT e carcinoma mammario

Il pericolo di un possibile aumento delle diagnosi di tumore della mammella sorge con i trattamenti di lunga durata, oltre 5-10 anni. L'entità di tale rischio non è univoca in tutti gli studi. Negli ultimi 25 anni oltre 50 studi epidemiologici e 6 meta-analisi hanno esaminato la possibile associazione tra terapia ormonale e rischio di carcinoma della mammella. Considerando gli studi osservazionali: l'80% degli studi non mostra alcun effetto della HRT sul rischio di cancro mammario; il 10% degli studi riporta un aumento, il 10% una riduzione del rischio. Anche gli studi randomizzati non forniscono assolutamente indicazioni univoche sul rischio di tumore della mammella in donne trattate con HRT: nello studio HERS non si ha un aumento del rischio del tumore mammario, mentre nello studio WHI con il medesimo prodotto HRT e una durata di esposizione minore si ha una



tendenza all'aumento. Nelle donne che non erano mai state trattate prima dell'entrata nello studio, i 5 anni di terapia non determinano un aumento di rischio di carcinoma della mammella. L'incremento del rischio è stato osservato nelle donne che erano state trattate in precedenza con ormoni per 5-10 anni, che devono essere quindi sommati ai 5 anni di durata dello studio. E' quindi logico concludere che il rischio di tumore della mammella aumenti almeno dopo 10-15 anni di HRT. Comunque nel WHI l'aumento globale del rischio relativo di carcinoma della mammella nel gruppo trattato è dello stesso ordine di grandezza (circa il 25%) già riportato da studi precedenti. Traducendo il rischio relativo per la popolazione in termini realistici per ogni donna trattata è possibile che il rischio aumenti di circa lo 0.1% per ogni anno di trattamento.

Gli effetti di diverse terapie combinate sul rischio di cancro alla mammella sono emersi prepotentemente, dimostrando che diversi progestinici hanno un impatto molto diverso sul rischio mammario. Il progesterone naturale e progestinici quali il dirogesterone associati all'estrogeno non aumentano il rischio di cancro della mammella a differenza di altri progestinici, e quindi divrebbero essere senza dubbio preferiti per i trattamenti di lunga durata.

Lo studio WHI fornisce importanti indicazioni su possibile ruolo delle diverse componenti della HRT. Infatti, nel WHI è stato incluso un gruppo di donne isterectomizzate trattate esclusivamente con estrogeni coniugati orali (0.625 mg/die) senza l'aggiunta del progestinico. La somministrazione a lungo termine (oltre 7 anni) di soli estrogeni non è associata a nessun incremento di cancro mammario. I dati del WHI dimostrano infatti che le donne isterectomizzate trattate solo con estrogeni coniugati per os mostrano una tendenza alla riduzione del rischio (-20%). Questo dato costituisce di per sé il miglior attestato di sicurezza per la terapia

estrogenica. Questo è estremamente importante per le donne sottoposte ad isterectomia che possono tranquillamente assumere estrogeni per periodi anche molto prolungati senza timori.

HRT, osteoporosi e fratture

Al contrario degli effetti sulla mammella, la presenza o meno della componente progestinica non sembra influire sull'effetto antiosteoporotico delle dosi standard di estrogeni. Infatti, lo studio WHI ha dimostrato una riduzione di circa il 30% delle fratture, sia nel gruppo trattato con estroprogestinici che in quello trattato con soli estrogeni. Molti studi avevano suggerito un uso molto prolungato della HRT per la prevenzione delle fratture. Recentemente, è stato riportato che la somministrazione di HRT in perimenopausa per 2-3 anni determina una riduzione di circa il 50% del rischio di frattura, con un effetto protettivo che persiste molti anni dopo l'interruzione del trattamento. Questa osservazione è di estremo rilievo in termini di rapporti rischi/beneficio e costi/beneficio per le terapie dell'osteoporosi.

La scelta della terapia

Non esiste una terapia ideale, buona per tutte le donne, in ogni condizione clinica ed anagrafica. Non esiste uno schema terapeutico, un dosaggio, una via di somministrazione, un prodotto in assoluto migliore di un altro, adeguato a tutte le donne, in tutte l'età. La terapia deve essere scelta in base alle caratteristiche della donna, delle sue esigenze, dei suoi sintomi e delle sue aspettative. E' opportuno impiegare la dose minima efficace, e personalizzare il trattamento in base all'individuazione del profilo clinico-anamnestico della paziente. La risposta terapeutica è estremamente variabile da soggetto a soggetto. I medici devono saper impiegare preparazioni in dosi e combinazioni mirate alle particolari necessità della donna. Il regime tera-

peutico negli studi HERS e WHI è uno dei più usati in tutto il mondo per la prevenzione ed il trattamento dei sintomi climaterici. Quindi, questo trattamento è indirizzato a donne in postmenopausa almeno di 10-15 anni più giovani della popolazione inclusa nel WHI. Se uno schema terapeutico è adatto ad una donna in perimenopausa, classicamente di 48-52 anni, assolutamente sarà non adatto, o controindicato per una 70enne con 20 anni di menopausa alle spalle. Donne con diverse caratteristiche cliniche ed anagrafiche hanno diverse esigenze riguardo alla dose degli estrogeni. Preparati a basso dosaggio (Estrogeni coniugati 0.3 mg o estradiolo orale 1 mg, estgrasiolo transdermico 25 mcg) consentono un controllo adeguato della sintomatologia e della perdita di massa ossea postmenopausale. Queste formulazioni sono efficaci, danno un buon controllo del sanguinamento e della stimolazione endometriale. Nelle donne a rischio di trombosi venosa è opportuno utilizzare le preparazioni transdermiche che hanno sicuramente un minore impatto sul sistema emocoagulativo.

Conclusione

L'HRT è una delle terapie più largamente usate e studiate ed è stata usata per più di 60 anni da più di 100 milioni di donne in postmenopausa. La decisione di iniziare la HRT per trattare la sintomatologia della menopausa è subordinata alla valutazione medica del singolo caso; esistono comunque situazioni oggettive in cui può essere fortemente consigliata, come nei casi di menopausa precoce o chirurgica, nei soggetti con forte sintomatologia climaterica. Sulla base delle indicazioni saranno il medico e la paziente che valutando la soggettività della situazione potranno decidere se intraprendere o modificare il percorso terapeutico, garantendo il benessere, la sicurezza e la qualità della vita della paziente.

Task force contro il piede diabetico

Il 20 dicembre 2006 il signor G.N., di anni 68, affetto da diabete di tipo 2 da 15 anni, si recava a visita presso l'ambulatorio del proprio medico di medicina generale per la comparsa di una piccola lesione sul dorso del 5° dito del piede destro, senza dolore o segni locali di infezione. Il medico provvedeva a medicare la lesione e a tranquillizzare il paziente consigliandogli solo medicazioni ed igiene locale (Fig 1a). Lo stesso paziente veniva inviato urgentemente all'ambulatorio del piede diabetico della U.O. di Diabetologia e Malattie del Ricambio della Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana cinque giorni dopo, dai colleghi del Pronto Soccorso, con un quadro di gangrena dell'avampiede e osteomielite metatarsale (Fig 1b).

La Signora C.A. una paziente di 39 anni con diabete tipo 1 in attesa di trapianto di pancreas, si recava, il 5 Agosto 2006 presso il pronto soccorso di un ospedale della provincia di Pisa, per l'improvvisa comparsa di edema ed eritema al mesopiede sinistro, in assenza di dolore o lesioni locali, comparso in

maniera apparentemente spontanea senza traumi nell'anamnesi (Fig 2a). Veniva eseguito un Rx del piede, che non evidenziava lesioni a carico della struttura ossea del piede e veniva consigliato il paziente di camminare, nel sospetto di una tromboflebite. Il paziente si recava 20 giorni dopo spontaneamente presso l'ambulatorio del piede diabetico per l'aggravarsi della sintomatologia acuta locale. Un Rx eseguito al momento della visita evidenziava "frattura da scoppio dell'astragalo del piede sinistro" (Fig 2b).

Introduzione

Le complicanze del diabete agli arti inferiori, comunemente denominate

"Piede Diabetico", rappresentano tuttora la causa più frequente di amputazione nei paesi industrializzati e colpiscono il 20% di tutti i diabetici almeno una volta nella



Fig. 1b: Il paziente dopo 5 giorni di medicazioni locali: è chiaramente evidente la gangrena delle tre dita e il territorio di interessamento dell'ischemia. Sul primo dito si può notare un'iniziale necrosi marginale, prodromo di una ulteriore estensione della gangrena.

Fig. 1a: Il paziente al momento della visita iniziale.



Fig. 2a: Condizioni della paziente al momento della diagnosi, è evidente la differenza di forma tra i due piedi.



Fig. 2b: Radiografia in proiezione laterale del piede destro: si può chiaramente riconoscere la distruzione completa dell'astragalo, conseguenza della continuità di carico sulla lesione iniziale, probabilmente una microfrattura.

propria vita: In Toscana si calcola in circa 10.000 il numero di persone affette da questi problemi.

I costi assistenziali ed umani di queste complicanze sono i più alti in assoluto tra quelli legati alla gestione del diabete e delle sue complicanze croniche, ed aumentano progressivamente con l'evoluzione della patologia; inoltre la contemporanea presenza di neuropatia, vasculopatia periferica e ridotta resistenza alle infezioni in un contesto di generale fragilità sistemica, rende queste condizioni estremamente critiche e di difficile gestione, tanto da comportare nei casi più gravi un rischio *quoad vitam* per questi pazienti.

La progressione delle complicanze verso l'amputazione può tuttavia essere efficacemente contrastata applicando le moderne tecniche di diagnosi precoce e approccio terapeutico multidisciplinare.

Già dal 2002 i diabetologi del SSN della Toscana hanno elaborato un progetto di organizzazione della cura per il piede diabetico a livello regionale, per livelli di gravità crescente della patologia, dal primo livello, che può essere identificato con la rete dei medici di medicina generale, e degli ambulatori di diabetologia, con un ruolo di screening e diagnosi precoce, un livello

intermedio, identificabile con i servizi ospedalieri di diabetologia con il ruolo di gestire le condizioni di complessità medio - lieve, ed un Centro di Riferimento Regionale, presso la sezione "piede diabetico" della U.O. Malattie del Metabolismo e Diabetologia della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) che ha il compito di gestire i casi medio-gravi e gravi, avvalendosi del sostegno di

una équipe multidisciplinare altamente specializzata.

L'attività sul piede diabetico a Pisa

Fino dal 1991, presso la U.O. di Diabetologia della AOUP, l'attività relativa al piede diabetico è stata effettuata in aggiunta a quella per il diabete, sul modello di centri d'avanguardia nel settore, come quello della Harvard University di Boston, dove il responsabile della Sezione ha effettuato un periodo di formazione clinica, acquisendo un'expertise che poi si è ulteriormente sviluppato nel corso del tempo. Dal 2001, accanto a due medici specialisti sono

stati inseriti nell'organico tre podologi, con ampliamento delle possibilità di gestione della patologia, in costante incremento nel corso del tempo (Fig 3).

L'attività del Centro di Riferimento è all'avanguardia in Europa, ed è riconosciuta a livello nazionale come un punto di riferimento, sia assistenziale che culturale: infatti da 8 anni è sede del corso di massimo livello per la formazione specialistica dei diabetologi sul piede diabetico, ed ospita continuamente visitatori che effettuano stage residenziali di formazione clinica specializzata.

Il Centro di Pisa gestisce la patologia del diabete agli arti inferiori in tutti i suoi aspetti, attraverso un modello di integrazione multidisciplinare delle varie professionalità coinvolte, ed è in grado di offrire risposte efficaci ai suoi multiformi quadri clinici in tutte le fasi di evoluzione: dalla prevenzione ed educazione dei pazienti, alla terapia delle fasi acute, alla riabilitazione e

Fig. 3. L'organico della sezione piede Diabetico della U.O. Malattie del Metabolismo e Diabetologia della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana è composto da due medici e tre podologi, qui ritratti davanti alla sede della sezione, presso l'edificio numero 8 dell'ospedale di Cisanello.



follow-up delle fasi croniche.

In particolare il Servizio ha sviluppato, grazie al coinvolgimento diretto dei colleghi radiologi interventisti, chirurghi vascolari, infettivologi, anestesisti nell'equipe terapeutica, un modello di gestione integrata dei casi, con la valutazione e la gestione di tutte le componenti della sindrome clinica, sia a livello locale che sistemico.

La possibilità di rivascularizzare i pazienti ischemici, e contemporaneamente gestire chirurgicamente in modo conservativo le condizioni ulcerative ed infettive locali, e stabilizzare il paziente per gli aspetti sistemici della patologia, costituisce un sostanziale vantaggio sia da un punto di vista dell'efficacia che dell'economia di gestione clinica del paziente.

I pazienti possono essere gestiti sia ambulatorialmente, che in regime di day-hospital, che in regime ricoveriale ordinario, a seconda del tipo di problema e della sua gravità.

Alla terapia delle fasi acute della patologia deve essere affiancata una adeguata attività di prevenzione delle recidive, dal momento che queste non solo sono frequenti nel futuro dei pazienti con piede diabetico, ma rappresentano anche un evento infausto, poiché sono solitamente più gravi e di più difficile gestione rispetto alle prime

lesioni.

Presso il centro di Pisa i pazienti che abbiano superato la fase acuta vengono presi in carico da una équipe formata dal medico, dal podologo e dal tecnico ortopedico, che programma un piano di follow-up che solitamente prevede una valutazione biomeccanica, la prescrizione e la realizzazione di ortesi e calzature idonee, la sorveglianza ed il trattamento precoce di condizioni pre-ulcerative potenzialmente pericolose.

Una analisi dei risultati a medio termine ha evidenziato come applicando questa strategia integrata sia stato possibile ridurre dal 45% al 10% la percentuale dei pazienti amputati nel corso di dieci anni di attività esaminata, dal 1992 al 2002. Non solo. Da una analisi comparativa recentemente pubblicata sulle attività di quattordici centri di livello europeo ad alta specializzazione partecipanti al programma Eurodiale, finanziato dalla comunità europea, il centro di Pisa è risultato quello con gli indicatori migliori in assoluto.

Nel tempo sia per l'aumento esponenziale delle richieste, giunte ad oggi a 40 visite ambulatoriali giornaliere, su sei giorni settimanali, che per fare fronte alle richieste di riferimento dei casi da parte dei centri periferici e alle numerose

richieste di ricovero provenienti da altre regioni le necessità del servizio si sono dilatate ed esiste un progetto di riorganizzazione dell'attività che prevede spazi più adeguati ed una sala operatoria dedicata.

Attualmente l'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene tramite CUP [050995995] e nei casi urgenti tramite pronto soccorso; la gestione degli appuntamenti successivi avviene a cura del personale del servizio. Tutte le prestazioni erogate ai pazienti diabetici all'interno del servizio sono in regime di esenzione dal pagamento della quota a carico dell'assistito.

I tempi di attesa per una prima visita sono mediamente inferiori a 15 giorni, ma nel caso di urgenze indifferibili è possibile contattare il centro al numero 050995126 e prendere accordi diretti con il personale per una presa in carico più rapida del caso.

A questo proposito si segnala che recentemente, nel quadro dell'attività di ECM per i medici di medicina generale organizzata dall'Ordine dei Medici della Provincia di Pisa, sono stati organizzati due incontri di formazione/Informazione sul piede diabetico specificamente dedicata ai medici di famiglia, con l'intento di promuovere una maggiore integrazione tra questi e l'attività specialistica dedicata al piede diabetico, e di favorire un precoce riferimento dei casi urgenti in modo da evitare ritardi potenzialmente molto pericolosi a causa della rapidità di evoluzione della patologia.

Epilogo

Il signor G.N. fu immediatamente ricoverato e trattato con adeguata copertura antibiotica parenterale. Una valutazione ecocolordoppler del circolo infrapopliteo evidenziava stenosi significative a carico dei vasi di gamba, mentre un Rx dell'avampiede metteva in evidenza una osteomielite metatarsale. Dopo una rivascularizzazione endoluminale (Figg 1c e d) veniva sottoposto ad amputazione trans-metatarsale e successivamente, dopo alcune settimane, una volta supe-



Fig. 1c - 1d: Angiografia, fase diagnostica: sono evidenziabili multiple stenosi a carico dei vasi della gamba, trattate con successo con angioplastica endoluminale.



Fig. 1e: Intervento di amputazione trans-metatarsale in anestesia loco-regionale.

rata la fase acuta, a ortesizzazione (Figg 1 e – g).

La Signora C. A. veniva diagnosticata come Piede di Charcot variante IV secondo Sanders & Frykberg e immediatamente immobilizzata con apparecchio di scarico in vetroresina

(Fig 2c) . Dopo quattro mesi di scarico assoluto, in relazione al miglioramento del quadro RMN, veniva sottoposta a valutazione per intervento chirurgico di stabilizzazione, effettuato il quale si modificava la strategia di



Fig. 1f: Condizioni del piede in quinta giornata post-operatoria.



Fig. 1g: Condizioni del piede dopo tre settimane.

scarico, utilizzando un tutore pneumatico per altri quattro mesi (Fig 2d), al termine dei quali venivano confezionate ortesi e calzature su misura. L'episodio ritardò di circa un anno il programmato intervento di trapianto di pancreas.



Fig. 2c: La paziente con l'apparecchio di scarico in vetroresina durante la fase di stabilizzazione.



Fig. 2d: La paziente con il tutore pneumatico dopo l'intervento di stabilizzazione.



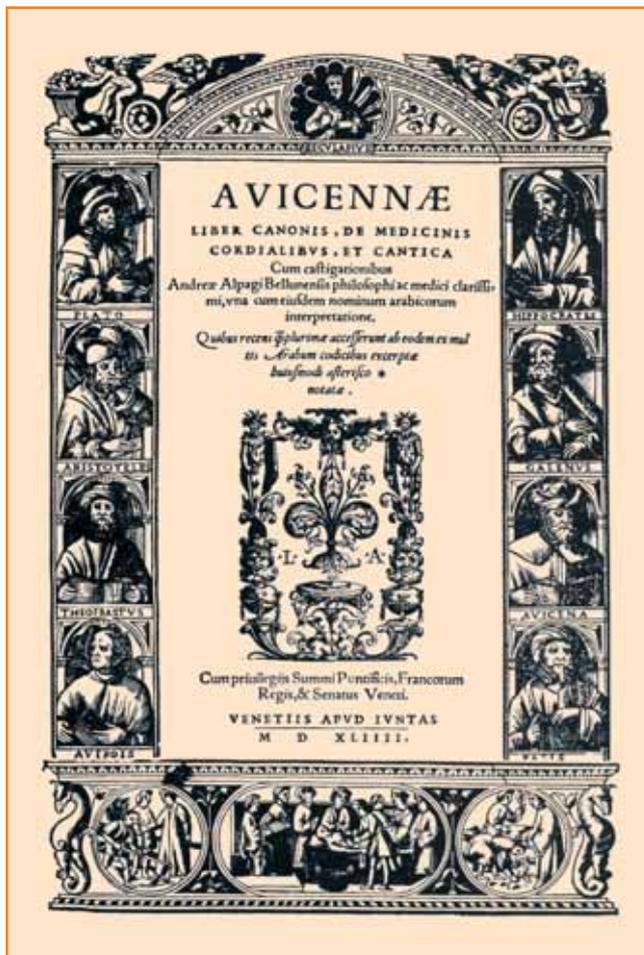
Fig. 2e: I piedi della paziente a stabilizzazione avvenuta, la differenza è scomparsa, a testimonianza della scomparsa del processo flogistico cronico.

Avicenna: una grande figura di medico, filosofo e scienziato arabo

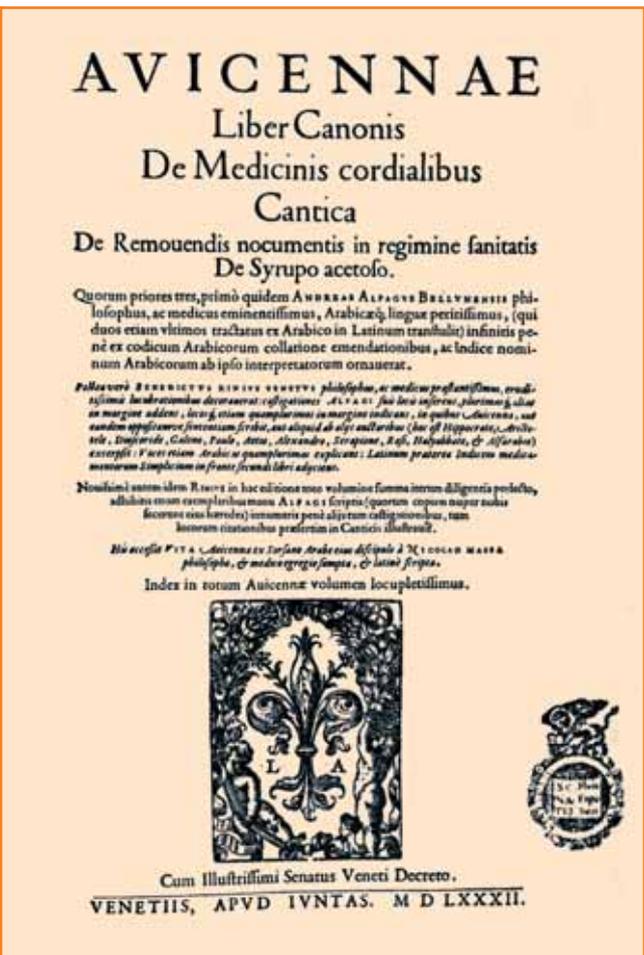
Avicenna (Abu Ali al-Hasan Ibn Sina) nacque nel 980 a Afshana, una località del Turkestan, un paese persiano allora già integrato nel mondo musulmano, ove il padre aveva un importante incarico amministrativo. Quando la famiglia si trasferì nella capitale, Ibn Sina venne affidato ad un precettore che lo introdusse agli studi religiosi e alla letteratura e già all'età di dieci anni conosceva alla perfezione il Corano. Grazie alla sua breve autobiografia, dettata in seguito ad un suo discepolo, cono-

sciamo i particolari più importanti della sua vita, sul suo metodo di lavoro e di studio. Dopo aver imparato l'aritmetica, il fanciullo si dedicò al diritto islamico e quindi ad approfondire la conoscenza della filosofia ed in special modo delle opere di logica di Aristotele. Dopo aver appreso la geometria e l'astronomia, completò la sua educazione quando poté consultare i tanti testi presenti nella importante biblioteca della capitale e fu allora che passò alla medicina, che trovava facilmente comprensibile, ed in parti-

colare si dedicò alle opere di Galeno, scoprendo anche nuovi metodi di cura. A sedici anni sappiamo che era impegnato in dibattiti giuridici e in seminari di medicina, dimostrando in queste materie una notevole competenza. Si dedicò poi intensamente di nuovo allo studio della filosofia, e trascorse un anno e mezzo lavorando anche di notte immerso in trattati di logica e metafisica, riassumendo le conoscenze acquisite trascrivendole su fogli di papiro. Quando il principe Mansur si am-



Frontespizio dell'edizione giuntina del 1544 del *Canone* di Avicenna



Frontespizio dell'edizione giuntina del 1582 del *Canone* di Avicenna



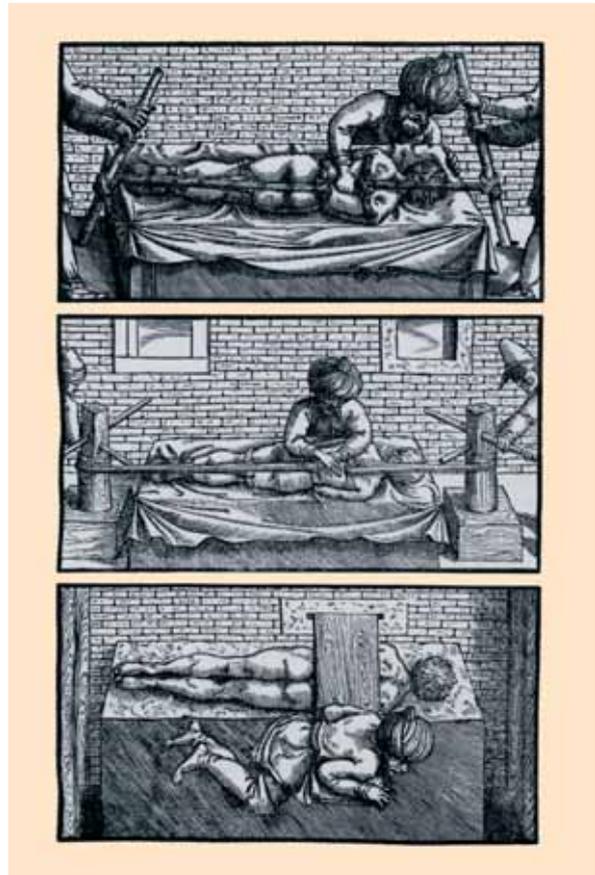
Pagina miniata di una traduzione ebraica del *Canone* di Avicenna (cod. 2197, fol. 402a, Bologna, Biblioteca Universitaria)

malò gravemente, Avicenna fu consultato dai medici di corte e grazie al suo efficace intervento lo guarì: fu così chiamato alla corte samamide a Bukhara come medico e poté avere così l'accesso alla famosa biblioteca reale, di cui avrebbe rievocato negli anni successivi la sua grandezza: intere stanze stipate di volumi su ogni argomento di lingua araba, poesia, filosofia e tutte le scienze, raccolti in appositi scomparti. A quest'epoca aveva 18 anni. Poco prima aveva scritto la sua prima opera, *Sull'Anima*, un breve trattato in dieci capitoli dedicato al suo principe. Alla morte del padre assunse una carica governativa e si spostò dapprima a Gurganj, a sud del lago d'Aral, città importante per le rotte carovaniere ed i commerci con i paesi vicini, e qui rimase fino al 1012, quando sentì nuovamente la necessità di partire, spinto a ciò anche per i tanti avvenimenti milita-

ri che sconvolgevano allora queste terre, e si spostò verso sud. Aveva allora 32 anni e risale a questo periodo quando cominciò a scrivere il suo grande trattato di medicina, il celebre *Qanun* o *Canone*, che completò e pubblicò in dieci anni dopo. Da allora condusse sempre una vita agitata, con ripetuti viaggi e spostamenti, sempre in una continua ricerca della conoscenza, partecipando anche a varie

campagne militari. Fu anche arrestato per motivi politici ed imprigionato per alcuni mesi, durante i quali scrisse un'allegoria dell'intelletto umano ed un trattato di medicina intitolato *Colica*. Liberato a seguito di un capovolgimento militare, in compagnia del fratello Mahmud, più giovane di lui di cinque anni, viaggiò di nuovo, fermandosi infine ad Isfahan, ove fu calorosamente accolto da parte del principe del posto. In questa città si dedicò a completare lo *Shifà*, una sintesi enciclopedica del sapere del tempo. In questo palazzo reale, ogni venerdì notte si tenevano accese

riunioni di studiosi e Ibn Sina vi partecipava con piacere, prendendo spesso parte anche a discussioni letterarie e linguistiche, senza limitarsi alle sole scienze nelle quali eccelleva. Nominato ministro di corte, Avicenna restò in questo posto fino alla morte, partecipando anche a varie campagne militari, non cessando mai di scrivere in continuazione, anche quando era in marcia a dorso di cammello. Non mise su famiglia e morì, anche per aver troppo trascurato la sua salute, nel giugno del 1037 e fu sepolto a Hamadhan (Persia), dove è ancora visibile la sua tomba. Aveva 58 anni secondo il calendario lunare musulmano, ma per quello solare si apprestava a compiere cinquantasette anni. Numerose le opere da lui scritte, che secondo alcuni studiosi arrivano ad oltre 250, dei contenuti più vari: filosofia, medicina, musica, mineralogia, farmacologia, poesia; fra queste, il suo pensiero medico



Cura delle distorsioni. Incisioni nell'edizione giuntina del 1608 del *Canone* di Avicenna

si trova codificato nel **Canone**, un vasto compendio di tutte le dottrine mediche da Ippocrate a Galeno, unite alle concezioni di Aristotele, che rappresentò per lungo tempo in Europa un testo fondamentale di assoluta autorità ed un valore dogmatico indiscutibile per i medici di ogni paese. L'opera si compone di cinque libri, suddivisi in singole sezioni (**fen**), ciascuna delle quali suddivisa a loro volta a cascata in doctrine, tractati e summe, anche queste divise in capitoli.

Il 1° libro si occupa dei principi generali della medicina, a partire dalla teoria dei quattro elementi (aria, fuoco, acqua e terra), dei quattro umori (sangue, bile gialla, nera e flegma) e dei corrispondenti temperamenti; vengono anche ricordate nozioni di anatomia, fisiologia e igiene, nonché i sintomi generali delle malattie; l'urina e il polso sono efficaci rivelatori del funzionamento interno dell'organismo. Il secondo illustra, sulla base di Dioscoride, i medicinali semplici, con molti ritrovati nuovi, indicandone la forza, gli effetti, l'uso e modo di raccolta e conservazione, descrivendo circa 760 prodotti, specie di origine vegetale, alfabeticamente disposti, molti dei quali prima ignorati. Il terzo libro tratta delle singole malattie, esposte secondo le regioni, procedendo dalla testa ai piedi, indicando per ciascuna l'etiologia, i sintomi, la diagnosi, prognosi e terapia. Il quarto è dedicato alle affezioni generali che possono colpire il corpo intero simultaneamente ed il primo capitolo esamina vari tipi di febbri, descrivendo anche alcune malattie epidemiche, tra cui il vaiolo ed il morbillo: la quinta **fen** di questo libro è un vero e proprio trattato di chirurgia, con ampia descrizione anche del trattamento delle fratture e delle lussazioni; la settima **fen** è dedicata alla cosmetica. L'ultimo libro, detto anche antidotario, è un'ampia esposizione della farmacologia, con la descrizione e preparazione di numerose ricette, oltre 600, come teriache, pastiglie, elettuari, sciroppi, droghe emetiche, linimenti ecc., specifici-

candone l'uso e la composizione.

Tornando al primo libro, che fino a tutto il Settecento rappresentò un testo fondamentale di studio per ogni medico, questo è suddiviso in quattro **fen**: la prima di queste definisce cosa è la medicina ed i suoi soggetti e a sua volta è suddivisa in sei doctrine e quindi in summae e capitoli e qui ritroviamo anche un'ampia illustrazione dell'anatomia del corpo umano; le altre tre **fen**

trattano della classificazione delle malattie e di come conservare la sanità, con una serie di prescrizioni igieniche e preventive, mentre l'ultima tratta della terapia in generale con riguardo anche ai clisteri, ai purganti, al salasso e la cauterizzazione.

Fra i tanti argomenti discussi nel **Canone**, fra i più interessanti da citare ricordiamo che vengono trattati anche i veleni animali, vegetali, minerali, la rabbia, la flebotomia, il cancro della mammella, l'idrocele, i tumori, le malattie contagiose e della pelle; descrive inoltre la nefrite cronica, la paralisi del nervo facciale, l'ulcera gastrica, gli itteri e la tubercolosi polmonare, ritenendola per primo contagiosa. Grande l'importanza e la fama di Avicenna per tanti secoli, anche per la chiarezza e il carattere pratico delle sue descrizioni, delle cure



Una pagina del **Canone** di Avicenna nell'incunabolo miniato stampato a Padova nel 1477 da Petrus Maufer (Roma, Biblioteca dell'Accademia Nazionale dei Lincei)

da farsi e lo stile suggestivo dell'esposizione. Il suo intento, del tutto riuscito, fu quello di fornire al medico generico un manuale pronto per l'uso, senza preoccuparsi eccessivamente dei presupposti teorici. Dante lo collocò nel Limbo, fra gli "spiriti magni", accanto a Ippocrate e Galeno. Il **Canone** fu tradotto nel XII secolo da Gerardo da Cremona e successivamente questo testo fu rivisto e corretto da Andrea Alpago; l'opera fu stampata per la prima volta nel 1491 e da allora numerosi furono i commenti e le riedizioni e fra queste, per la loro completezza, ricordiamo quelle giuntine di Venezia del 1523 e del 1527; in lingua araba fu edita a Roma nel 1593.

Fra le altre opere di interesse medico, citiamo il **Poema Arabo**, una summa dei principi di medicina in forma poetica, pensato come sussidio per gli studenti.

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°

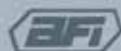
Via F. Crispi, 62 56125 Pisa | tel 050 22 00 078 050 22 01 480 | fax 050 22 06 673 050 22 04280 | e-mail: info@archimediapisa.it



Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farmindustria

FEDERCHIMICA

Assobiotec

Associazione Nazionale
per lo sviluppo delle biotecnologie

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

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

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

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

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

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

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für

DIPLOMA

di medaglia



Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®

Aiuta la Digestione

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

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



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

Con Uliveto digerisci meglio.

