

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:

Nuovi scenari per la cura personalizzata del dolore cronico

*P. Poli
Direttore U.O. Terapia Antalgica A.O.U.P.
Presidente Italiano INS*

Il paziente affetto da diabete mellito in odontoiatria

*F. Pancani
Dipartimento Endocrinologia e Metabolismo
Sezione Malattie del Metabolismo e
Diabetologia - Università di Pisa*

ECM: approvate le nuove regole del sistema per il triennio 2008-2010

*G. Bresci
Vicepresidente Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri di Pisa*



Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farindustria

FEDERCHIMICA

Assobiotec

Associazione Nazionale
per lo sviluppo delle biotecnologie

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

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

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

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

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

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

Se il medico è pubblico ufficiale offenderlo diventa un reato

Sempre più operatori sanitari decidono, oggi, di rivolgersi alla magistratura per denunciare di aver subito offese, aggressioni e violenze da parte dei pazienti, nell'adempimento del proprio lavoro. Una situazione delicata, che può sorprendere il grosso pubblico, ma che certo fa più notizia del contrario, così come notizia è se un uomo morde un cane e non viceversa. Situazioni spiacevoli che impongono, comunque, le necessarie riflessioni. Gli operatori della salute, ed i medici in primo piano, sono stati spesso accusati di essersi dimenticati di aver intrapreso una missione. Crediamo che sia troppo semplicistico delineare così lo stato dell'arte della nostra professione. La medicina d'Ippocrate e dei secoli successivi era ben diversa e non paragonabile in ogni modo a quella odierna. Più di recente, la creazione di un Servizio Sanitario Nazionale, ha riordinato un settore pubblico ormai superato ed incontrollabile. Ottima ed irrinunciabile scelta che, però, ha i suoi oggettivi limiti nella dimensione economica ed operativa generale, con sempre più marcate e drammatiche carenze di uomini, mezzi e strutture. Se il Paese

produce meno, è difficile ipotizzare di migliorare il comparto della salute. Da qui si evince che anche i "camicini bianchi" abbiano i loro legittimi e crescenti problemi, pur nell'incontestabile disponibilità ed assieme dovere, a curare i cittadini.

Si palpa in modo tangibile, infatti, il malessere degli operatori, si comprendono alla pari le esigenze del pubblico. Rimane però il fatto che l'offesa, la violenza, l'aggressione sono realtà che non possono comunque essere accettate. Eppure, da parte nostra, si continua a buttare giù bocconi amari e tante volte si passa sopra ad umiliazioni anche pesanti.

E' comprensibile dunque che, nel contesto di situazioni particolari, ci possa essere una risposta sul piano civile che porta alla scelta di denunciare l'accaduto. Vuoi per una parità di diritti e doveri fra cittadini, con o senza camice bianco, vuoi per una dignità che non può essere lesa così palesemente, quella di essere umano, pur nelle vesti di pubblico ufficiale.

Se allora dalla legge sono previste pene per l'offesa a pubblico ufficiale, perchè non deve avvenire lo stesso nei confronti di un operatore sanitario?



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

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
Digiprint

La libera professione intramuraria

Con la legge del 3 agosto 2007 n° 120 "Disposizioni in materia di attività intramuraria e altre norme in materia sanitaria" (G.U. n°181 del 6/8/2007) è stata fatta chiarezza sia per le regioni (e aziende) che per i medici sulle procedure per l'attuazione della libera professione intramuraria (LPI).

Infatti fino al 31/01/2009 le Regioni avranno il tempo per poter organizzare e adeguare le strutture, gli spazi al fine di consentire lo svolgimento della LPI in regime ordinario: la proroga è così consentita per 18 mesi a partire dal 31/7/2007.

Fino a quella data, come specifica l'art. 1-c1 e c2, i professionisti potranno continuare a svolgere la cosiddetta "intra moenia allargata" presso i propri studi.

All'art. 1 della legge le Regioni devono assumere le più idonee iniziative, se necessarie, di interventi di ristrutturazione edilizia presso le ASL, le aziende ospedaliere Universitarie, IRCCS, al fine di rendere disponibili i locali all'attività LPI e tale iniziativa dovrà essere completata entro il 31/1/2009. Pertanto il definitivo passaggio a regime ordinario del sistema LPI della dirigenza sanitaria, medica e veterinari del SSN e del personale universitario di cui all'art. 102 del DPR n° 382/11-7-80 prevede un accordo con le OO.SS. delle categorie interessate nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali.

Con questa legge è possibile, secondo le risorse disponibili ed una dimostrata necessità, anche l'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni aziendali e pluridisciplinari per l'esercizio di attività sia istituzionali che in regime di LPI; previo parere vincolante del Collegio di

Direzione di cui all'art. 17 del Dlg. 502/92 e s.m. o in mancanza di tale collegio, il parere vincolante dovrà essere espresso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano la LPI costituita a livello aziendale.

In ogni caso le Regioni e gli altri soggetti dell'art. 1-c1 di questa legge 120/2007 gestiranno con propria integrale responsabilità l'attività LPI per assicurare il corretto esercizio con alcune modalità:

- le prenotazioni dovranno essere fatte dal personale dell'azienda, riceverne l'onorario al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni
- il tariffario delle prestazioni dovrà essere concordato con i professionisti, con principi di idoneità e copertura di tutti i costi diretti e indiretti correlati alla gestione della LPI
- garanzia che le prestazioni per "urgenze differibili", non urgenti, ma che necessitano di una attuazione in tempi brevi, siano fatte entro 72h
- deve essere assicurata la prevenzione dei conflitti di interesse o di

forme sleali di concorrenza e fissare sanzioni disciplinari e rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all'accertamento delle responsabilità dei Direttori Generali per omessa vigilanza

- le aziende devono tenere sotto osservazione e controllare i volumi dell'attività affinché si consegua il progressivo allineamento contemporaneo della LPI, onde assicurare che il ricorso a quest'ultima sia una libera scelta del cittadino e non una carenza di organizzazione dei servizi

- si deve istituire un monitoraggio di controllo sui volumi di attività istituzionale e di attività LPI, sentito il parere del Collegio di direzione (art.17 Dlg 502/92 e s.m.) o in mancanza dalla commissione paritetica dei sanitari succitata

- predisposizione di adeguata pubblicità e informazione sui piani aziendali inerenti le attività istituzionali e di LPI rivolte agli utenti e alle loro associazioni sempre di concerto con il Collegio di Direzione



ne o Commissione paritetica (costituite nei modi succitati)

- i piani aziendali summenzionati, in fase di prima applicazione entro 4 mesi dalla data di entrata in vigore di questa legge e successivamente entro il limite massimo di 3 anni dall'approvazione del piano precedente e con procedure dettate dal c.6 art. 1 lg. 120/07 saranno trasmessi al Ministero della Salute affinché si intendano operativi

- inoltre le Regioni e i soggetti di cui all'art. della presente legge devono assicurare il rispetto delle previsioni di cui ai c.1-2-4-5-6, anche mediante l'esercizio dei poteri istitutivi e la destituzione, nella ipotesi di grave inadempienza dei direttori generali delle aziende, policlinici ed istituti di cui al c.5 lg. 120/07.

Inoltre in caso di mancato adempimento degli obblighi a carico delle regioni è precluso l'accesso ai finanziamenti statali integrativi di cui all'accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni dell'8/8/01

- possibilità di part-time anche per la dirigenza medica per esigenze familiari o sociali comprovate

- infine le regioni devono trasmette-



re al ministero della Salute una relazione sull'attuazione dei c.1-2-4-5-6 e 7 trimestralmente fino al conseguimento effettivo del definitivo passaggio a regime ordinario di cui al c.2 e successivamente con cadenza annuale.

Con questa legge possiamo concludere che, se non subentreranno ulteriori cambiamenti, la LPI ha avuto un percorso obbligato nella sua applicazione su tutto il territorio nazionale.



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

ECM: approvate le nuove regole del sistema per il triennio 2008-2010

In data 1 agosto la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato/Regioni e le Province autonome ha siglato l'accordo concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina". Il testo recentemente approvato definisce, implementandolo e cambiandolo radicalmente, il programma nazionale dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Le nuove regole entreranno in vigore dal 1-1-2008 mentre fino al 31 dicembre 2007 viene prorogato il vigente programma sperimentale. Il debito formativo è confermato per l'anno 2007 in trenta crediti (minimo 15, massimo 60) e ciascuno operatore potrà acquisire per il periodo sperimentale 2002-2007 fino ad un totale di 150 crediti. I crediti già acquisiti in numero eccedente rispetto a quanto stabilito per il periodo 2002-2006 potranno valere ai fini del debito formativo per l'anno 2007.

Il Riordino dell'ECM prevede un sistema integrato e solidale tra il livello regionale e il livello nazionale, basato su regole comuni e condivise che ne assicurano l'omogeneità su

tutto il territorio nazionale e una chiara ripartizione di compiti tra i rispettivi ambiti di azione.

Il sistema ECM viene confermato strumento utile per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, ed a supportare i comportamenti degli operatori con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale. E' quindi importante opportunità di cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi, necessario per promuovere lo sviluppo professionale e per garantire la qualità dell'offerta formativa.

Coinvolge anche i liberi professionisti, che possono trovare in esso un metodo di formazione continua e uno strumento di attestazione della propria costante riqualificazione professionale.

Nel precedente periodo sperimentale i singoli eventi formativi sono stati accreditati direttamente dalla Commissione nazionale per l'ECM e dalle Regioni, sulla base di criteri comuni condivisi attraverso Accor-

di della Conferenza Stato/Regioni. L'esperienza finora condotta ha tuttavia messo in evidenza la complessità e i limiti di tale approccio e ha indicato l'esigenza di passare ad un sistema che coinvolga direttamente le organizzazioni pubbliche o private responsabili della programmazione e idonee alla realizzazione dell'evento formativo (Provider).

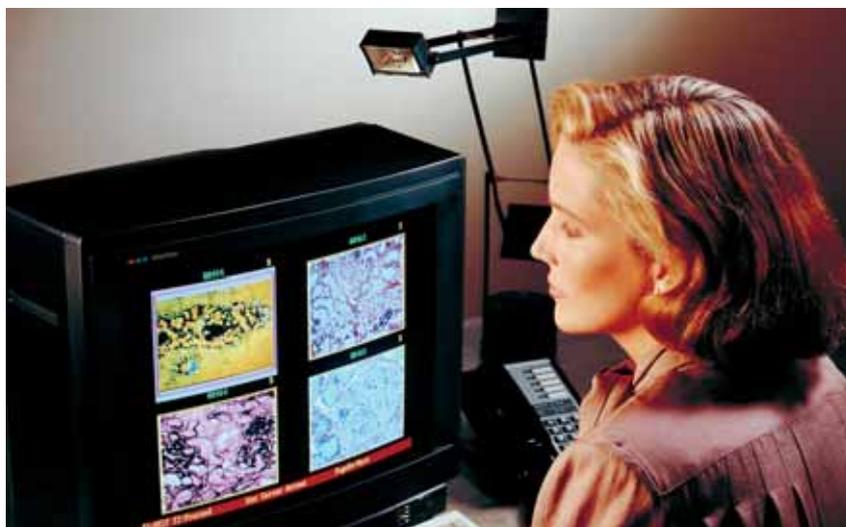
Questa è la principale novità del nuovo accordo che prevede l'accreditamento diretto degli eventi da parte di organizzazioni in possesso di requisiti minimi, denominate Provider, che saranno abilitate a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti.

I Provider agiranno garantendo la coerenza dei piani formativi, la qualità scientifica dei programmi proposti, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e l'impegno del rispetto delle indicazioni programmatiche nazionali. Requisiti specifici saranno richiesti nel caso vengano utilizzati metodi di formazione sul campo e a distanza.

Al fine di elevare la qualità dell'offerta formativa, gli enti accreditanti i Provider potranno anche individuare requisiti e standard aggiuntivi e particolari condizioni per garantire coerenza con altri sistemi di accreditamento internazionali.

Gli eventi ECM potranno essere accreditati a livello regionale, nel caso in cui la formazione venga erogata in una singola regione, o nazionale se verrà svolta in due o più regioni.

Al fine di sviluppare l'efficacia complessiva del programma ECM, il nuovo sistema prevede la conferma del ruolo forte ed autorevole di



un organismo nazionale di indirizzo e coordinamento, che fisserà le regole e che si avvarrà di strutture e funzioni tecniche di supporto (Supporto amministrativo-gestionale, Osservatorio, Consulta degli utenti, Comitato tecnico delle Regioni). Prevede anche il coinvolgimento e la diretta partecipazione di istituzioni autonome tra cui spiccano gli Ordini Professionali, i Collegi e le Società Scientifiche.

Gli Ordini professionali e le rispettive Federazioni Nazionali si collocano quindi all'interno di questo sistema quali soggetti del tutto legittimali ad esercitare una propria funzione di responsabilità e garanzia dei professionisti e delle attività da questi svolte verso i cittadini.

La Commissione Nazionale per l'ECM avrà il compito di "governare" il sistema e sarà composta da 36 esperti designati anche dalle Federazioni Nazionali degli Ordini professionali, dai Collegi e dalle Società Scientifiche accreditate. Al fine di individuare un punto di riferimento nazionale in cui si collochino quelle funzioni che sono di utilità e supporto all'unitarietà del sistema, la Commissione sarà trasferita all'interno dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali (Assr). Inoltre sarà supportata dal Consorzio di gestione anagrafica delle professioni sanitarie (Cogeaps), che avrà il compito di archiviare i crediti formativi maturati.

Destinatari dell'ECM saranno tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi, dunque, i liberi-professionisti.

Perché la formazione continua sia efficace, non dovrà svilupparsi con modalità occasionali, ma secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario, a livello locale, regionale e nazionale. Nel primo Programma nazionale ECM l'orienta-

mento delle attività formative era esplicitamente indirizzato in modo prevalente verso obiettivi di interesse nazionale e regionale. L'esperienza condotta ha messo in evidenza l'esigenza di definire meglio il sistema degli strumenti di programmazione e valutazione della formazione continua, in modo da differenziarli più chiaramente dagli strumenti della programmazione sanitaria e da tradurre più efficacemente gli indirizzi derivati da questi ultimi in obiettivi di percorsi formativi specifici.

La formulazione degli obiettivi formativi generali rientrerà nei Piani formativi nazionale e regionali, mentre la definizione degli obiettivi formativi specifici avverrà a livello locale. Coerentemente con la programmazione sanitaria verranno predisposti quindi i Piani formativi nazionale o regionali.

L'aggiornamento, pertanto, dovrà essere finalizzato sia sulla base della specificità professionale, sia ad obiettivi di interesse generale legati alla programmazione sanitaria (piani sanitari nazionali, regionali e aziendali), definiti su base triennale. La definizione e la valutazione degli obiettivi formativi specifici avverrà a livello individuale, di gruppo e di organizzazione, attraverso tre strumenti che assumono nel nuovo Programma ECM un ruolo determinante: il Dossier formativo, il Piano della formazione aziendale e il Rapporto sulla formazione aziendale.

Il Dossier formativo sarà lo strumento di programmazione e valutazione del percorso, una specie di "piano degli studi" formativo del singolo operatore o del gruppo di cui fa parte. Il Dossier formativo degli operatori dipendenti o convenzionati con le strutture sanitarie sarà di norma elaborato e aggiornato nell'ambito del dipartimento o della struttura di appartenenza. Per i liberi professionisti invece, la funzione di programmazione e valutazione dell'ECM sarà svolta in modo esclusivo da apposite Commissioni degli Ordini e dei Collegi professionali che siano diretta

espressione delle specifiche professioni o profili professionali coinvolti.

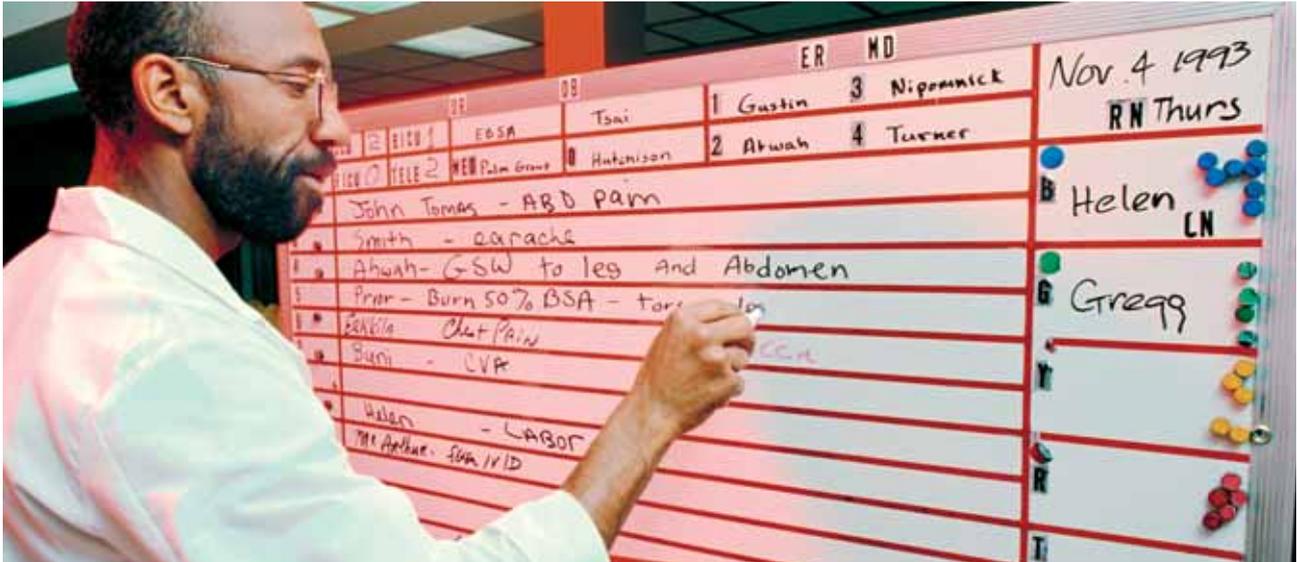
Il Piano della formazione aziendale è il documento dell'istituzione sanitaria accreditata, pubblica o privata, elaborato con il supporto delle strutture o degli organismi preposti alla formazione continua. Il Piano prevede la descrizione del contesto, le strategie e l'insieme delle attività formative previste dall'azienda. Sarà uno strumento di programmazione per la gestione e la valorizzazione delle risorse umane e sarà riferito a tutte le categorie professionali. Verrà elaborato, con periodicità annuale, in correlazione con il processo di budget, sulla base dei bisogni formativi degli operatori evidenziati dai Dossier formativi, dell'analisi della situazione esistente e degli indirizzi derivati dal Piano strategico aziendale, dai Piani sanitari e formativi regionale e nazionale e dai programmi di collaborazione con le università.

Il Rapporto sulla formazione aziendale sarà lo strumento annuale di rendicontazione dell'azienda sulle attività di formazione realizzate in funzione degli indirizzi regionali e nazionali e degli obiettivi che erano stati definiti.

Considerato che siamo ancora in una fase di transizione e di assessment, si propone di avviare dal 2008 il modello di 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 crediti/anno per un totale di 150 nel triennio 2008-2010) ma di integrare la quantità dei "nuovi" crediti (di ogni anno) con quelli acquisiti nella fase sperimentale.

In particolare, dei 150 crediti del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti ECM acquisiti negli anni della sperimentazione 2004, 2005, 2006 e 2007.

Ove il professionista non abbia acquisito un numero sufficiente di crediti nel triennio 2004-2006 dovrà provvedere al debito formativo 2008-2010 acquisendo un numero di "nuovi" crediti tale da portare il totale complessivo del trien-



nio (inclusi i crediti della fase sperimentale 2004 - 2006) a 150 crediti ECM.

Sono ancora da definire le conseguenze della mancato raggiungimento del numero dei crediti richiesti. Considerata la complessità e la delicatezza del tema, la Commissione promuoverà un confronto con i soggetti interessati al fine di definire proposte in ordine ad un sistema di incentivi e sanzioni per sviluppare l'attenzione alla formazione.

Il sistema di registrazione dei crediti opererà mediante un'anagrafe formativa regionale e un'anagrafe formativa nazionale tra loro interconnesse. Le anagrafi regionali saranno finalizzate alla pianificazione e alla valutazione delle attività formative a livello regionale e locale, alla gestione delle risorse umane nel servizio sanitario regionale, alla gestione dei processi di accreditamento dei Provider. L'anagrafe nazionale conterrà la registrazione complessiva dei crediti individuali. Gli Ordini professionali si avvarranno del sistema delle anagrafi nel loro complesso per l'esercizio della loro funzione certificativa. La responsabilità della trasmissione dei dati per la registrazione dei crediti sarà del Provider accreditato che dovrà trasmettere per via informatica i crediti all'organismo/ente accreditante e, in contemporanea, all'organismo/ente nazionale che gestisce l'anagrafe nazionale dei cre-

diti ECM per i professionisti della Sanità (COGEAPS).

La registrazione a livello regionale/nazionale dei crediti acquisiti all'estero sarà invece compito del singolo professionista che dovrà farsi carico di darne comunicazione per via informatica all'Ordine professionale, all'organismo che gestisce l'anagrafe nazionale (COGEAPS) e, se è dipendente del SSN, anche all'organismo/ente che gestisce l'anagrafe regionale tramite l'azienda sanitaria di appartenenza.

La certificazione dei crediti formativi rappresenta l'atto conclusivo del percorso procedurale. Riguarderà la verifica del Dossier formativo con la distribuzione dei crediti formativi acquisiti, le tipologie formative utilizzate, l'eventuale presenza di deroghe dall'obbligo formativo, il numero complessivo dei crediti formativi acquisiti nel triennio.

La certificazione, a cura dell'Ordine professionale territoriale di riferimento, sarà rilasciata previa richiesta da parte dell'interessato. Comporterà la preliminare verifica della posizione dell'operatore e l'Ordine professionale territorialmente competente per svolgere tale attività, si avvarrà del sistema delle anagrafi nel loro complesso (COGEAPS) oltre che dei dati relativi ai crediti formativi acquisiti dall'interessato.

L'Ordine professionale territorialmente competente, in occasione della verifica della posizione dell'operatore, dovrà controllare il corret-

to adempimento dell'obbligo, anche in riferimento alle intervenute deroghe previste per soddisfare l'obbligo formativo, e il numero dei crediti formativi acquisiti nell'arco del triennio.

Nel caso in cui l'operatore, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, l'Ordine professionale competente consentirà all'operatore interessato di soddisfare il debito formativo entro l'anno successivo alla scadenza del triennio, tenuto conto del Dossier dell'operatore e delle tipologie formative utilizzate per l'aggiornamento continuo.

Gli ordini professionali rivestiranno quindi il ruolo di certificatore della formazione continua e di garante della professione.

In virtù delle caratteristiche significative la Commissione ha affidato agli ordini professionali il compito di attivare e gestire un'anagrafe dei crediti formativi già acquisiti dagli operatori sanitari nel corso del quinquennio sperimentale.

Gli ordini, in conseguenza del patrimonio di dati e di conoscenze a loro disposizione, acquisiti in virtù dell'anagrafe dei crediti formativi e del compito di certificatori, potranno garantire l'appropriatezza della formazione continua rispetto agli obiettivi formativi e alla professione svolta, nonché il buon esito delle strategie formative poste in essere, svolgendo una funzione di consulenza e di indirizzo verso i propri

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

associati.

Gli ordini professionali potranno rivestire anche la funzione di produttori di formazione continua limitatamente agli aggiornamenti su etica, deontologia e legislazione.

Al fine di finanziare il programma ECM si farà ricorso a risorse sia pubbliche che private inoltre, nell'accordo Stato/Regioni, viene condivisa l'esigenza di assicurare la trasparenza delle fonti di finanziamento e delle relazioni tra impresa che sponsorizza e soggetto sponsorizzato.

L'ECM rappresenta sicuramente un obiettivo fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza ma sarà necessario che le Aziende pubbliche e private investano risorse economiche nella formazione e nell'aggiornamento per permettere a tutto il personale di essere in condizione di formarsi ed aggiornarsi.

Sarà inoltre necessaria la valorizzazione e lo sviluppo degli uffici dedicati alla formazioni e là dove le aziende non riescano ad organizzare l'ECM, le spese per la formazione dovranno essere sostenute dalle aziende stesse.



Le nuove regole del sistema ECM per il triennio 2008-2010

- In data 1 agosto la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome ha siglato l'accordo concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina".
- Per l'anno 2007 è confermato che il debito formativo è fissato a 30 crediti (minimo 15 massimo 60).
- Ciascun operatore può acquisire il numero di crediti formativi a completo adempimento del debito formativo, fissato nel numero globale di 150 crediti per il periodo sperimentale 2002 - 2007.
- I crediti formativi già acquisiti dagli operatori sanitari in numero eccedente rispetto a quello stabilito per il predetto periodo 2002 - 2006, possono valere ai fini del debito formativo stabilito per l'anno 2007.
- Gli operatori sanitari devono acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008 - 2010 secondo la seguente ripartizione: 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008 - 2010
- In particolare dei 150 crediti formativi del triennio 2008 -2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007.
- Le misure legate agli incentivi e/o alle sanzioni che interverranno in ordine all'acquisizione dei crediti formativi saranno adottate e rese note a seguito di un confronto con i soggetti interessati (parti sociali, organizzazioni di categoria, ecc.)

L'esclusione sociale da malattia cardiovascolare

Il ragionamento sull'esclusione sociale da malattia si inserisce nelle Linee per un piano strategico nazionale per la salute degli anziani annunciate dal Ministero della Salute nel maggio-giugno 2007 in preparazione della Conferenza Nazionale sulla terza età del settembre 2007 a Genova: "Il processo dell'invecchiamento non può essere lasciato al suo naturale divenire: solo se opportunamente governato, potrà rappresentare non una minaccia alla nostra stabilità ma un momento di crescita del Paese".

- **Integrazione sociale** = esercizio del diritto a potersi muovere (MIVERE) come cittadino in un determinato contesto sociale
- **Esclusione sociale da malattia** = incapacità (o forte riduzione) ad esercitare l'integrazione sociale a causa della mancanza (o forte riduzione) di capacità personali, soprattutto in presenza di bassa qualità dei servizi

Quanto minori sono le capacità personali e la qualità del servizio socio-sanitario tanto maggiore è il rischio di esclusione sociale e, viceversa, la possibilità di essere socialmente integrati anche in presenza di gravi deficit funzionali.

Cittadini di oltre 65 anni con limitate capacità personali a causa di malattia

2000	1.716.000
2000	1.857.900 (3,2% della popolaz.)

Età	
65 - 69	3,7%
70 - 74	11,2%
75 - 79	23,5%
> 80	60,6%

(dati ISTAT)
(www.ccm.ministerodellasalute.it www.cuore.iss.it)

In Italia le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di mortalità, di morbosità e di invalidità.

- La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi

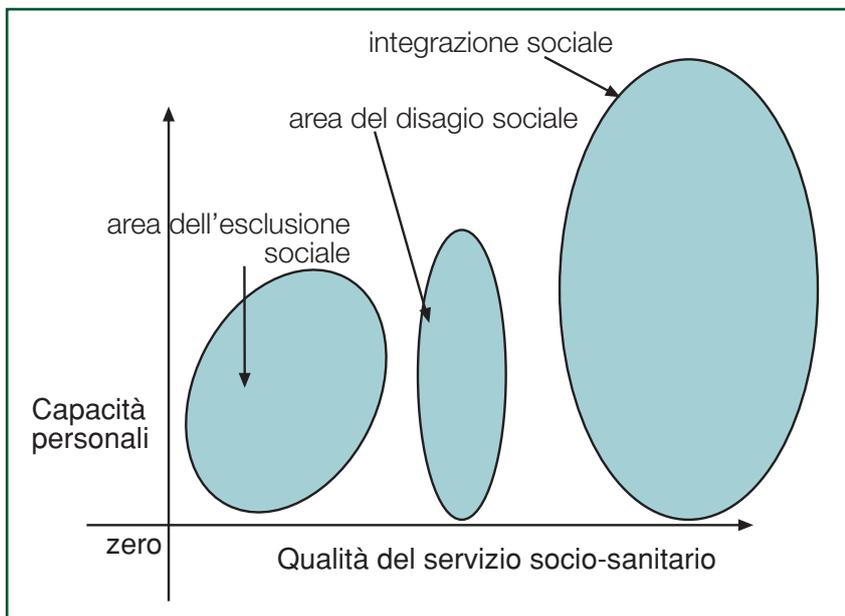
economici per la società: in Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat).

- 44% di tutti i decessi è dovuto a malattie ischemiche del cuore (28%) e cerebrovascolari (13%).
- Su 1000 adulti tra 25 ed 84 anni, 15 uomini e 4 donne hanno una storia di infarto del miocardio.
- Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico: infarto, ictus, arteriopatia obliterante arti inferiori comportano un rischio assoluto 20% nei dieci anni successivi.

Il "solo" invecchiamento comporta incremento della morbilità e conseguente invalidità da malattia cardiovascolare (fig. 1).

L'articolo del dott. Francesco Fattiolli, cardiologo riabilitatore di Firenze, past president dei cardiologi riabilitatori italiani è molto chiaro: "La disabilità intesa come limitazione della capacità funzionale, della mobilità e della capacità di svolgere occupazioni della vita quotidiana aumenta in maniera esponenziale in presenza di malattia cardiovascolare. I determinanti della disabilità sono i sintomi della malattia, la comorbilità, la depressione, l'auto-commiserazione e l'autoesclusione. Nonostante che la riabilitazione e la prevenzione siano la migliore terapia della disabilità e dell'isolamento sociale dell'anziano affetto da patologia cardiovascolare, meno del 10% degli ultrasessantenni partecipa ai programmi."

NON CI PUO' ESSERE DUBBIO CHE SI STIA MANIFESTANDO UN'EMERGENZA SOCIALE ED ECONOMICA, E CHE PER LA COLLETTIVITA' (la prevenzione * e) IL



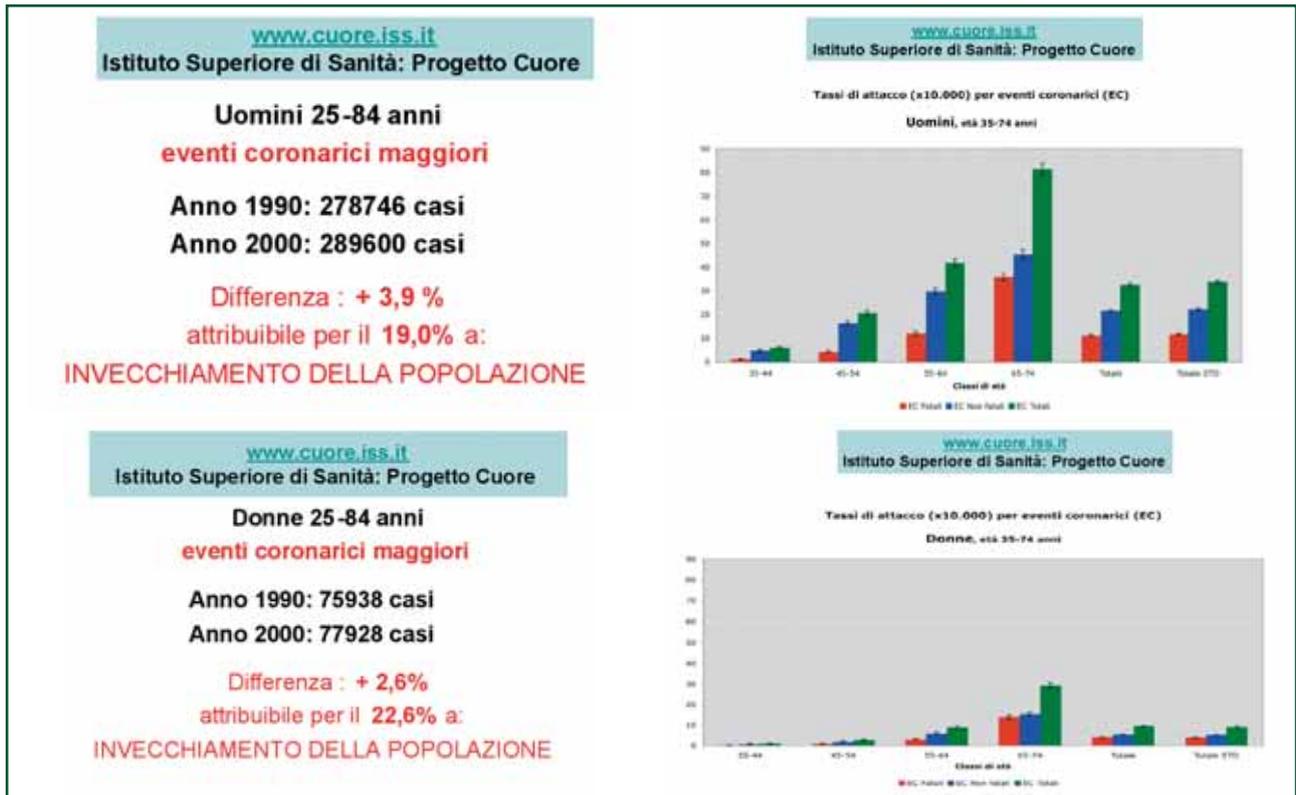


fig. 1

TRATTAMENTO DELLE CRONICITA' (e delle conseguenti inabilità con esclusione sociale *) SARA' UNA DELLE MAGGIORI SFIDE NEGLI ANNI A VENIRE: questo afferma il Rapporto della Commissione sul "Modello di cura ai cronici" del Consiglio Sanitario Regionale Toscano pubblicato su Toscana Medica; marzo 2007: 33-35 (* parole aggiunte dal sottoscritto). La disabilità e l'esclusione sociale nei soggetti oltre 65 anni è stata ulteriormente illustrata da due recenti documenti ufficiali redatti dalle Società scientifiche italiane e euro-

pee:

- Consensus Conference: "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco" *G Ital Cardiol* 2006; 7:383-432. E' un documento prodotto dall'Area Scompenso e Area Management & Qualità dell'ANMCO (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) in collaborazione con molte altre Società Scientifiche italiane e europee;
- Area Management & Qualità: "Scompenso cardiaco: l'importanza della continuità assistenziale" *G*

Ital Cardiol 2007; 8:353-358. E' un documento ufficiale di questa area di studio e lavoro dell'ANMCO che analizza i tentativi e le strategie praticate nel mondo per la stabilizzazione dei pazienti col fine di ridurre le ospedalizzazioni e aumentare la qualità della vita.

I punti salienti del ragionamento sviluppato in questi documenti sono i seguenti:

- Il DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock: ricovero per scompenso cardiaco) dal 2003 è divenuto il più frequente dopo il parto. Nell'ambito dello SCC le ospedalizzazioni rappresentano la spesa maggiore, più di due terzi della spesa globale. Ciò accade nonostante la diffusione dei trattamenti farmacologici più moderni oltre i diuretici, come gli ACE-inibitori e i betabloccanti: la riospedalizzazione nell'intervallo 3-6 mesi dopo il ricovero oscilla tra 10% e 50% in dipendenza dall'età dei malati. E' ormai indubitabile che l'ospedalizzazione non è una strategia risolutiva; anzi.

- A partire dagli anni 90 si è diffusa la consapevolezza che i "soli" farmaci e l'attuale organizzazione del rapporto "paziente - familiari - Me-

Rapporto della Commissione sul "Modello di cura ai cronici" del Consiglio Sanitario Regionale Toscano
Toscana Medica; marzo 2007: 33 -35

6 adulti su 10 e 8 anziani su 10 soffrono di una o più malattie croniche, con le seguenti prevalenze:
tutta la popolazione

Osteoartrosi	30%	
Ipertensione art.	20%	
Depressione	7,5%	
Asma - BPCO	7,2% - 4-10%	
Diabete	7%	
Tumori (tutte le forme)	3,7%	

popolazione oltre 65 anni

Ipertrofia prostatica	20%	Mal. Cardiov.
Encefalopatia vascolare	6%	con escl. sociale
Scompenso cardiaco cronico	3,5%	9,5%

dico di medicina generale - Servizi sanitari e sociali territoriali - Ospedale” nei paesi industrializzati non sono strumenti idonei ad affrontare la condizione dello SCC e impedire le continue ospedalizzazioni: serve un “approccio di tipo multidisciplinare”, nuovo.

- Le esperienze fatte nel mondo negli ultimi 10 anni, tutte “nuove e diverse” hanno comunque un tratto fondamentale comune, quello della continuità assistenziale. Hanno prodotto risultati generalmente positivi, anche se non univoci per tutte le strategie testate. Insieme queste esperienze testimoniano il bisogno di “figure assistenziali esperte” in grado di seguire i pazienti anche a domicilio. In altre patologie, ad esempio quelle neoplastiche, la cui prognosi non è molto dissimile da quella dello scompenso, nella fasi avanzate della malattia, l'intervento di idonei servizi di volontariato o di quelli di cure palliative evita l'ospedalizzazione, danno sicurezza e conforto e ottengono la collaborazione dei familiari.

- “L'approccio multidisciplinare” non può prescindere:

a) dall'esercizio fisico programmato e controllato, terapia della stessa importanza delle altre o addirittura superiore nello SCC di classe clinica I – II – III;

b) dall'educazione e informazione del soggetto e dei suoi prossimi;

c) dall'inserimento (o propositi di inserimento) sociale dei malati.

La sfida rappresentata dalla lotta contro l'esclusione sociale causata

soprattutto dalle malattie cardiovascolari in una popolazione in continuo invecchiamento è per tutti: i responsabili amministrativi degli Ospedali e delle Aziende Sanitarie, i cardiologi, gli internisti, i medici di medicina generale, gli infermieri, i terapisti della riabilitazione, e le altre figure professionali sociosanitarie. Tutti sono o possono essere gli artefici dei “nuovi e diversi” percorsi sanitari necessari per affrontare queste nuove manifestazioni delle vecchie malattie cardiovascolari: basta avere la consapevolezza che oggi questo è uno dei problemi principali da risolvere, una vera e propria “sfida”.

Ma non solo “gli addetti ai lavori”, è una “sfida” per tutti, per l'intera nostra società che avanza in testa al gruppo delle Nazioni sulla strada dell'allungamento della vita media e della riduzione delle nascite (fig. 2).

Nella attuale situazione sociale e sanitaria, si devono coinvolgere tutti coloro, a partire dagli stessi cittadini ammalati, che desiderano combattere contro le malattie cardiovascolari per se stessi e gli altri cittadini minacciati, con l'obiettivo di contrastare ed impedire l'esclusione sociale causata da queste malattie. E' perfettamente possibile modificare la storia naturale delle malattie cardiovascolari a livello di popolazione e ridurre significativamente l'esclusione sociale che esse comportano. Già in una rassegna degli studi più importanti condotti in Italia tra la fine degli anni 70 e i primi anni 90 tra gli uomini di 20-90 anni e tra

le donne di 20-69 anni che ha preso in considerazione programmi basati sui seguenti “Fattori di rischio”:
 • Soggetti già con malattie cardiovascolari
 • Maschi con più di 55 anni di età e Femmine con più di 60 anni di età
 • Soggetti a rischio noto di malattie cardiovascolari
 • Soggetti con ridotta capacità

mo di sigaretta; associati a Inattività fisica, Diabete, Obesità e come fattore predittivo la colesterolemia HDL e centrati nella modifica dello stile di vita e l'avvio all'attività sportiva, i ricercatori del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma (ricerca pubblicata su Medicina Ospedaliera 1997; 1: 169-172) concludono che “SI! QUESTI PROGRAMMI MODIFICANO SIGNIFICATIVAMENTE LA STORIA NATURALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI A LIVELLO DI POPOLAZIONE GENERALE!” e raccomandano:

- A) maggiore attenzione verso la diffusione di programmi di intervento
- B) il trattamento adeguato e sistematico dei soggetti a rischio
- C) i programmi di intervento sarebbero ancora più efficaci se si applicassero seriamente e generalmente ad una popolazione a rischio come quella italiana in via di costante invecchiamento.

Molti sono stati gli studi di conferma successivi.

Benché sia provato che con l'esercizio fisico all'interno di specifici programmi di prevenzione e recupero si ottiene un significativo risultato contro l'esclusione sociale, come inserire gli anziani, i vecchi, e i malati cioè coloro che ne hanno più bisogno e ne trarrebbero maggior giovamento?

A questa domanda aspettiamo qualche risposta dall'annunciata Conferenza Nazionale di Genova sulla Terza Età, con la consapevolezza che questa questione centrale della nostra organizzazione sanitaria deve veder coinvolti insieme le Aziende sanitarie, le Amministrazioni locali, le Associazioni di volontariato e di settore e i cittadini:

TUTTI, MA SOPRATTUTTO:

- Soggetti già con malattie cardiovascolari
- Maschi con più di 55 anni di età e Femmine con più di 60 anni di età
- Soggetti a rischio noto di malattie cardiovascolari
- Soggetti con ridotta capacità



Nuovi scenari per la cura personalizzata del dolore cronico

Numerose ricerche hanno messo in luce che il dolore è uno dei problemi sanitari più importanti in Europa. In particolare il dolore cronico rimane uno dei problemi meno conosciuti e meno affrontati del ventesimo secolo. Le statistiche dimostrano il terribile impatto negativo del dolore cronico, evidenziando le dimensioni del problema, compresi i relativi costi economici per la società, ed identificano la grave riduzione della qualità di vita dei milioni di persone che ne sono affette.

Considerati i costi associati al dolore cronico e il diritto di chi ne soffre di godere di una migliore qualità di vita è imperativo che la portata del problema venga riconosciuta ed affrontata a livello politico, per trovare una soluzione che possa nel tempo limitare il problema.

L'incidenza del dolore non interessa solo il paziente, ma spesso l'intera famiglia. Il dolore cronico rappresenta quindi un'inestricabile ramificazione di eventi e di persone.

Recentemente è stata condotta un'inchiesta in Europa su 46.000 persone, la più importante e completa nel suo genere, al fine di evidenziare le dimensioni del problema, l'impatto sulla popolazione e di produrre linee programmatiche per il trattamento del dolore cronico in milioni di persone.

I risultati sono veramente dirimpenti.

Un problema diffuso. Circa il 20% della popolazione adulta in Europa riporta dolore cronico (19%), con una prevalenza più elevata in Norvegia, Polonia ed Italia. La prevalenza più bassa è riportata in Spagna, dove comunque l'11% della popolazione soffre di dolore cronico. Un terzo delle famiglie europee presentano un paziente sofferente.

Dolore reale. Un terzo dei pazienti

sofferenti provano dolore di intensità elevata. La sede dolorosa più frequente è quella lombare (24%) e le cause più frequenti sono artriti/osteoartriti (35%).

Problema di lunga durata. La popolazione riporta dolore della durata media di 7 anni, un terzo ne soffre per l'intera giornata. Un terzo dei pazienti ritiene di non tollerare il loro dolore.

Impatto sulla qualità di vita. Il 20% dei pazienti sofferenti di patologie dolorose croniche ha perso il proprio lavoro. Ogni anno i pazienti in media perdono 15 giorni di lavoro. Il 20% dei pazienti presenta depressione, particolarmente in Spagna e Norvegia (28-29%). Circa il 40% dei pazienti presenta un'attività limitata nelle funzioni giornaliere (alzare pesi, svolgere esercizi, riposo notturno). **Quasi un sesto dei pazienti ritengono il loro dolore così forte da desiderare di morire.**

Il dolore cronico è **invalidante per molte più persone rispetto al cancro od alla cardiopatia e costa alla società più** dell'ammontare congiunto imputabile a queste due patologie. **In Italia il dolore cronico è uno dei problemi sanitari più sottovalutati, pur colpendo circa un quarto della popolazione adulta (15mil).** Il dolore cronico al collo ed alla schiena è altamente soggettivo e difficile da trattare, specialmente nei casi che coinvolgono la *failed back surgery* o la neuropatia. In particolare il dolore cronico alla parte inferiore della schiena è la causa del 40% di tutte le giornate di lavoro perse per incidenti sul lavoro.

L'Italia è al terzo posto in Europa per la prevalenza del dolore cronico (26% su 75mil di europei) ed al primo posto per prevalenza del dolore

cronico severo (1 su 4).

Metà (49%) delle donne di casa italiane hanno dolore cronico.

Prevalenza regionale

Nord Ovest	27.7%
Nord Est	20.9%
Nord/Centro	32.2%
Sud/Centro	24.1%
Sud	21.7%

Aspetti sociali

In media, i sofferenti sono vissuti con il dolore cronico per 7,7 anni. Quasi 1/5 è vissuto con il dolore per oltre 20 anni.

A causa di queste patologie il 17% ha perso il lavoro, il 28% è stato destinato ad altra mansione, il 20% ha dovuto cambiare lavoro, il 22% si è ammalato di depressione.

- Il 19% della popolazione europea è affetta da un dolore cronico da almeno 6 mesi

- Il dolore cronico colpisce il 44% degli uomini ed il 56% delle donne

- L'età media in cui si soffre di dolore cronico è 48 anni, con il 23% di età compresa tra 18 e 30.

- Il 45% dei dolori cronici, sono causati da patologie osteoarticolari, il 10% da lesioni traumatiche o da precedenti interventi con dolore post operatorio non trattato. Il 7% da colpo di frusta ed emicrania/cefalea.

- Il 10% ha dichiarato di voler morire per non dover soffrire più.

Spesa italiana oppioidi

Al 31.12.2006 per gli oppioidi in Italia si sono spesi euro 20.524.852 di cui 16.781.210 in preparazione transdermica.

Le Regioni all'avanguardia nell'impiego di queste terapie antalgiche sono la Toscana, Lombardia ed Emilia Romagna.

Al fine di ottimizzare la terapia con gli

oppioidi abbiamo intrapreso uno studio, in collaborazione con l'istituto di genetica dell'università di Pisa che ha fornito risultati sorprendenti.

La farmacodinamica e la farmacocinetica degli oppioidi sono sotto controllo di molti geni polimorfici che possono in parte spiegare la variabilità inter-individuale che si osserva nella risposta alla morfina, nel trattamento del dolore cronico.

In questo lavoro di tesi sono stati presi in esame 145 pazienti, di origine italiana, con diagnosi di dolore nocicettivo cronico associato a patologie tumorali, e per questo sottoposti al trattamento con morfina e monitorati attraverso visite periodiche allo scopo di valutare la risposta alla cura e la relativa variazione della percezione dolorifica. I pazienti sono stati raccolti dalla Sezione Autonoma di Terapia Antalgica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa.

Partendo da campioni di sangue, tramite l'estrazione di DNA, è stato possibile attraverso le tecniche di indagine di biologia molecolare quali, analizzare i polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) in geni chiave coinvolti nella farmacogenetica della morfina. Quali: il gene *opioid m receptor (OPRM1)* che codifica per il principale recettore degli oppioidi, il gene *ATP-Binding Cassette/multiple drug resistance 1 (ABCB1/MDR1)*, che codifica per un trasportatore con una vasta molteplicità di substrato, ed altri.

I soggetti sono stati genotipizzati per lo SNP *A118G* di *OPRM1* e lo SNP *C3435T* di *ABCB1*.

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare, tramite analisi statistica multifattoriale, l'associazione che esiste tra il genotipo dei pazienti presi in esame e la diminuzione del dolore.

Molti farmaci ed i loro metaboliti entrano nelle cellule attraverso la diffusione passiva, ma sono poi rimossi attivamente per mezzo di proteine di membrana che agiscono come una pompa di efflusso. Una di queste è il trasportatore di membrana P-glicoproteina.

Tale proteina è codificata dal gene *ATP-Binding Cassette/multiple drug resistance 1 (ABCB1/MDR1)* che appartiene alla famiglia *ATP-binding cassette (ABC)*.

La P-glicoproteina è il maggior determinante nella biodisponibilità di molti oppioidi come la morfina e fisiologicamente ha un'espressione strategica sulle superfici luminali di organi deputati all'assorbimento, distribuzione ed eliminazione dei farmaci, quali la membrana canalicolare degli epatociti, le membrane ad orletto a spazzola degli enterociti dell'intestino tenue e delle cellule dei tubuli renali prossimali, le cellule endoteliali e gli astrociti della barriera ematoencefalica, la barriera ematotesticolare, il lato materno della placenta e le ghiandole surrenali.

Esempi dell'importanza di questa pompa di efflusso sono la sua capacità di limitare l'entrata di molti oppiacei nel cervello (ref. THOMPSON) e di pompare attivamente una varietà di droghe al di fuori del sistema nervoso centrale.

La funzione principale di questa glicoproteina è quindi quella di espellere le sostanze esogene all'esterno delle cellule, riducendo gli effettivi livelli di farmaco nel sito bersaglio; inoltre regola il riassorbimento ematico di queste sostanze e ne rallenta il metabolismo epatico. Questa caratteristica di *MDR1* è stata analizzata attraverso studi, in topi *knockout*, che hanno dimostrato che ha un impatto sull'effetto analgesico dovuto agli oppioidi.

Inoltre studi *in vitro* hanno messo in evidenza che l'inibizione della pompa di membrana aumenta l'efficacia di diversi tipi di oppioidi tra i quali la morfina.

È noto che gli analgesici giocano un importante ruolo nel controllo clinico del dolore. Infatti gli oppiacei procurano analgesia legandosi a specifici recettori, localizzati nel cervello ed in regioni del midollo spinale, coinvolti nella trasmissione e nella modulazione del dolore.

Sono stati clonati tre maggiori tipi di recettori oppioidi (m, k, d) appartenenti alla famiglia di recettori accoppiati alle proteine G. Sulla base di osservazioni farmacologiche e cliniche, il recettore oppioide di tipo m è stato considerato il maggiore sito di interazione degli analgesici clinicamente più usati, soprattutto della morfina, ma anche dei peptidi degli oppioidi endogeni come la b-endorfina e la Met-enkefalina.

Studi clinici hanno dimostrato che gli individui hanno una diversa sensibilità agli oppioidi, suggerendo una potenziale variabilità nella proteina del recettore e nel gene. Questa variabilità è data da polimorfismi, alcuni dei quali possono produrre profondi effetti sulla funzione delle proteine corrispondenti. Bisogna ricordare che il recettore oppioide di tipo m è un membro della famiglia di recettori accoppiati alle proteine G, quindi mutazioni a questo livello possono generare proteine mal funzionanti e vari disordini nell'uomo. In particolare gli SNPs nel gene *opioid m receptor (OPRM1)* possono influire sull'attività del recettore, cambiando la sua sensibilità verso agonisti endogeni come la b-endorfina.

Questo lavoro rappresenta lo studio preliminare di un progetto finalizzato a valutare la farmacocinetica e la farmacodinamica degli oppioidi al fine di pervenire ad un trattamento individuale, sia identificando il miglior analgesico, che la posologia più appropriata per ciascun paziente.

Sono stati presi in esame 145 pazienti, di origine italiana, con diagnosi di dolore nocicettivo cronico associato a patologie tumorali, e per questo sottoposti al trattamento con morfina e monitorati attraverso visite periodiche allo scopo di valutare la risposta alla cura e la relativa variazione della percezione dolorifica. I pazienti sono stati raccolti dalla Sezione Autonoma di Terapia Antalgica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa. Partendo da campioni di sangue, tramite l'estrazione di DNA, è stato possibile attraverso le tecniche di indagine di biologia molecolare analizzare i polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) dei geni chiave coinvolti nella farmacogenetica della morfina al fine di valutare se ed in che modo l'esito del trattamento è influenzato da fattori genetici.

Campione

I campioni analizzati sono stati forniti dalla Sezione Autonoma di Terapia Antalgica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa. Questi campioni sono stati scelti tra pazienti d'età compresa tra 18 e i 85 anni, in grado di esprimere autonomamente il consenso a partecipare a questo progetto sottoponendosi a prelievo di sangue.

I 147 pazienti italiani di origine caucasica sono affetti da dolore nocicettivo cronico (viscerale o somatico) associato sia a patologie tumorali, sia a varie forme d'osteoporosi. Per questo sono sottoposti a trattamento con oppioidi; la morfina è il primo oppioide analgesico somministrato ai soggetti coinvolti in questo studio. In questo lavoro di tesi, all'indagine genetica è stata associata l'esplorazione del dolore nelle sue componenti psicofisiche, cliniche, psicologiche. Tali indagini rientrano nella valutazione clinica a cui normalmente deve sottoporsi il soggetto con dolore cronico.

Valutazione

Il paziente è stato sottoposto a stimoli termici per poter analizzare le variazioni nella percezione della soglia del dolore e della sua tolleranza. La mano dei soggetti è stata immersa in un bagno di acqua mantenuta alla temperatura corporea (37°C) per due minuti per normalizzarne la temperatura.

Poi è stato chiesto al paziente di immergere la mano in un bagno di acqua alla temperatura di 0.5-1°C e di toglierla non appena iniziavano ad avvertire dolore insopportabile; dopo due minuti, ai soggetti che non avevano ancora rimosso la mano, è stato permesso di farlo.

Il valore della soglia del dolore deriva dal tempo intercorso tra l'immersione della mano ed il momento in cui il soggetto iniziava a sentire una sensazione dolorosa, mentre la tolleranza è stata stabilita misurando il tempo intercorso tra l'immersione della mano in acqua gelata e la ritrazione. La valutazione clinica inizia con la raccolta della storia clinica dei soggetti affetti da dolore cronico, attraverso un questionario scritto e un esame visivo e verbale, che può chiarire i fattori che influenzano lo stato attuale del paziente.

Ad ogni soggetto sono stati chiesti:

- i propri dati anagrafici;
- la propria situazione sociale che comprende età, stato civile, scolarità ed estrazione sociale;
- la storia clinica: presenza di sindromi dolorose al momento attuale o in passato, quantità media di analgesici assunti, patologie ormonali, cardiache, epatiche o renali, menopausa,

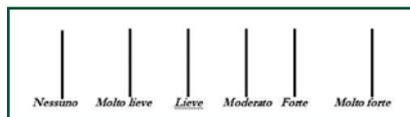
interventi chirurgici effettuati, precedenti psichiatrici, trattamento analgesico in atto, patologie associate; - la valutazione del sonno, alimentazione, effetti collaterali dei farmaci, attività quotidiana.

Questo tipo di test viene chiamato Questionario Italiano del Dolore.

E' stata inoltre chiesta la valutazione del livello del dolore valutabile tramite la scala analogica visiva VAS, la scala verbale PPI e la scala numerica NRS. La *Visual Analogue Scales (VAS)* è una scala lineare che rappresenta visivamente l'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. Questa scala può assumere diverse forme, sia come scala del dolore che di sollievo del dolore (Pain Relief).

L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10 cm, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro. Un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggiore dolore immaginabile. Il soggetto contrassegna un punto della linea che corrisponde all'intensità del dolore che sente in quel momento. La distanza misurata in millimetri, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore rappresenta una "misura" dell'intensità sensoriale del dolore.

La scala verbale, detta Present Pain Intensity (PPI) include l'Italian Pain Questionnaire (IPQ) che consiste in aggettivi che quantificano l'intensità del dolore (nessuno, molto lieve, lieve, moderato, forte, molto forte) e delle aste di 10 cm per ognuno di essi. Il paziente sceglie quindi l'aggettivo che meglio esprime il dolore provato e tracciando un segno sulla scala associata ne valuta anche l'intensità.

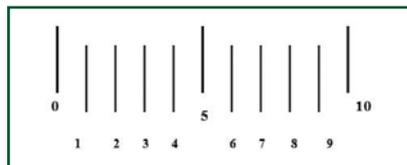


scala verbale Present Pain Intensity (PPI)

Visual Analogue Scales (VAS)

DOLORE
nessun dolore _____ max dolore possibile
SOLLIEVO DAL DOLORE
nessun sollievo _____ sollievo totale

La Numerical Rating Scale (NRS) richiede che i pazienti valutino il loro dolore da 0 a 10 (su una scala di 11 punti), con la consapevolezza che 0 rappresenta l'assenza di dolore e 10 l'altro estremo dell'intensità del dolore (il peggior dolore immaginabile). Il numero che il paziente seleziona, rappresenta il proprio punteggio dell'intensità del dolore.



Numerical Rating Scale (NRS)

Le interviste e i dati sono raccolti alla prima esame del paziente (T0), dopo una settimana (T7), dopo due, quattro, otto settimane (T14, T28, T56).

Risultati

Da questo lavoro è emerso che esiste una significativa associazione ($p < 0.0001$) tra la variabilità genetica nei geni *ABCB1* e *OPRM1* e la risposta al dolore.

In particolare, è risultato che i pazienti che hanno una pompa di efflusso funzionante (omozigoti wild-type C/C per *ABCB1*) e un recettore per la morfina difettoso (omozigoti G/G per *OPRM1*) risultano essere i peggiori rispondenti al trattamento analgesico. Invece i pazienti con una pompa di efflusso inefficiente (omozigoti T/T per *ABCB1*) e un recettore funzionante (omozigoti wild-type A/A per *OPRM1*) sembrano essere i migliori rispondenti al trattamento.

In pratica nell'arco di circa due anni, attraverso un campione di saliva, potremo con un'apparecchiatura dedicata avere in tempi reali ed a costi irrisori il dosaggio preciso di oppioidi per controllare il dolore di ogni singolo paziente evitando problematiche di sovra e sottodaggio, con indiscutibile risparmio sia in termini economici che di "sofferenza".

Endocrinologia Vascolare

Intervista con il Dottor Giorgio Iervasi, responsabile del Centro di Endocrinologia Cardiovascolare dell'Istituto di Fisiologia Clinica CNR/Fondazione G. Monasterio - Pisa

Domanda: *Cosa significa Endocrinologia Vascolare?*

Risposta: L'endocrinologia cardiovascolare studia gli effetti dell'azione ormonale sull'apparato cardiovascolare. Come è noto il sistema endocrino concorre al controllo morfo-funzionale di tutto l'organismo attraverso sostanzialmente due tipi di meccanismi, uno ad azione più rapida e transitoria attraverso l'attivazione di recettori di superficie delle membrane cellulari, l'altro ad azione più lenta e prolungata agendo sui nuclei delle cellule. Questi meccanismi sono tra di loro spesso strettamente integrati e hanno grande rilevanza specie nella fisiologia cardiaca e vascolare.

Domanda: *Alcuni esempi?*

Risposta: Ad esempio l'aldosterone, che oltre ad essere l'ormone che concorre alla regolazione idroelettrolitica promovendo il riassorbimento di ioni sodio e l'escrezione di ioni potassio a livello del tubulo distale (ma anche in altri tessuti ghiandolari, come ...) ha importanti azioni a livello cardiaco inducendo ipertrofia tissutale e stimolando i processi di fibrosi. Non solo, un sistema perfettamente funzionante renina-angiotensina-aldosterone e con meccanismi di azione loco regionali (azioni cosiddette paracrine) è stato documentato in ambito cardiaco. Gli steroidi sessuali che rappresentano il principale substrato che sta alla base della differente incidenza della patologia car-

diovascolari nell'uomo e nella donna svolgono anch'essi azioni importanti di modulazione strutturale e funzionale del cardiomiocita ma in particolare della parete vascolare. Lo stesso dicasi per l'insulina e per altri sistemi ormonali in apparenza non propriamente cardiotropi come l'ormone somatotropo ed il suo effettore somatomedina, il paratormone etc.

Domanda: *E ovviamente non solo nella fisiologia e nella fisiopatologia che si osservano le azioni degli ormoni sul sistema cardiovascolare?*

Risposta: Certamente anche nella clinica. L'esempio più classico è naturalmente il diabete, malattia di competenza endocrinologica con fortissima rilevanza ed impatto prognostico cardiovascolare. Ma anche l'ipertensione arteriosa in cui, oltre al ben noto ruolo dell'attivazione del sistema renina-angiotensina nell'ipertensione renovascolare e dei per la verità abbastanza rari casi di feocromocitoma, occorre ricordare gli iperaldosteronismi primari che, secondo osservazioni recenti, sono invece molto più frequenti di quanto un tempo non si ritenesse, per non parlare del non trascurabile ruolo di un distiroidismo (iper o ipotiroidismo) nello sviluppo dell'ipertensione o di un ipo/iperparatiroidismo, a cui si pensa abbastanza raramente nel depistaggio diagnostico dell'ipertensione. Inoltre nello scompenso cardiaco e nelle dislipidemie non è infrequente imbattersi in disordini sia primitivi che secondari della funzione tiroidea. Mi riferisco ai quadri di ipertiroidismo e soprattutto ipotiroidismo subclinico, cioè a quelle forme caratterizzate solo da un'alterazio-

ne dei livelli circolanti dell'ormone ipofisario tireostimolante in presenza di normali valori di tiroxina e triiodotironina e che riguardano almeno il 10% della popolazione adulta. Mi riferisco inoltre al quadro della cosiddetta Sindrome da bassa Triiodotironina che si osserva frequentemente (fino al 30% dei casi) in corso di scompenso cardiaco così come di altre forme morbose cardiache e non, comunque caratterizzate da un impegno sistemico importante ed il cui ruolo fisiopatologico sicuramente complesso nell'evoluzione della patologia di base è lungi dall'essere chiarito.

Domanda: *E infine nella terapia?*

Risposta: Certamente, a pensarci bene, una parte molto importante della terapia dell'ipertensione arteriosa e dello scompenso cardiaco è in realtà fondata su farmaci che agiscono sul sistema endocrino, quale il sistema renina-angiotensina-aldosterone. C'è poi il caso "speciale" dell'amiodarone, che come è noto è un farmaco antiaritmico di notevole efficacia con struttura molecolare simile all'ormone tiroideo e per questo capace di espandere notevolmente l'introito di iodio dell'organismo, con frequenti effetti dannosi sulla funzione tiroidea. Le tireotossicosi indotte da amiodarone rappresentano purtroppo una realtà clinica molto impegnativa sia perché il trattamento medico anche massimale costituito, a seconda delle forme in gioco, dagli antitiroidei di sintesi, dagli inibitori della captazione tiroidea dello iodio o dai cortisonici spesso oltre a determinare effetti collaterali non trascurabili, non appare in grado di controllare in tempi ristretti il qua-



dro tireotossico, il tutto con evidenti aggravamento del quadro cardiologico già presente di base. D'altronde le similitudini molecolari fra amiodarone ed ormone tiroideo hanno fatto ipotizzare che lo stesso meccanismo d'azione elettrofisiologica del farmaco sia in qualche modo legato a questa sua somiglianza; dati conclusivi al riguardo tuttavia non ci sono anche se il tutto apre un'ulteriore finestra sull'argomento e mette in evidenza un ulteriore aspetto delle potenziali interazioni tra tiroide e cuore.

Domanda: *I rapporti tra funzione tiroidea e cuore sono stati oggetto di particolari studi da parte del vostro gruppo?*

Risposta: Anche semplicemente per motivi statistici, è facile questa sovrapposizione, considerando l'elevata incidenza delle patologie cardiache e di quelle tiroidee (queste ultime rappresentando circa l'80% di tutte le patologie endocrinologiche, diabete escluso). Ma ovviamente non si tratta solo di coincidenza statistica. Negli ultimi

anni abbiamo prodotto sia dati di ricerca in vitro specie su sistemi di coltura di cardiomiociti trattati e non con triiodotironina che dati su popolazione di cardiopatici che evidenziano in maniera molto convincente come un'alterazione del metabolismo ormonale tiroideo rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare indipendente ed addizionale rispetto a tutti gli altri ben noti fattori di rischio; basti pensare che nel nostro studio con un follow-up medio di 2 anni e mezzo un paziente cardiopatico specie se affetto da scompenso cardiaco e con distiroidismo raddoppia la probabilità di morte rispetto ad un suo simile che non presenti un'alterata funzione tiroidea sia pure essa solo iniziale.

Domanda: *Qual è il vostro volume di attività?*

Risposta: Siamo in 4 medici con funzioni di ricerca e con attività in parte dedicata per alcuni di noi alla Medicina Nucleare più propriamente detta; per quanto riguarda la clinica connessa all'endocrinologia

cardiovascolare svolgiamo servizi ambulatoriali e strumentali integrati (ecografie agoaspirati etc) nonché di consulenza quotidiana per i reparti di degenza cardiovascolare e polmonare dell'Istituto per un totale di 3-4 mila visite all'anno. Il nostro bacino di utenza è di 8-10 mila pazienti provenienti molto spesso da aree extrapisane e frequentemente extratoscane.

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

Risposta: In parte di questo ne ho accennato in precedenza. Fa parte dello spirito dell'Istituto ed il tutto è ben descritto nel suo logo che vuole quale missione primaria quella di "Apportare al sistema di sanità pubblica i progressi nella diagnosi e cura del malato derivati dalla ricerca scientifica, traendo dall'osservazione clinica i temi e gli obiettivi della ricerca". La multi ed interdisciplinarietà ormai consolidata nel tempo è dunque il requisito di fondo essenziale che rende più semplice e produttivo questo tipo di risultati.

Il paziente affetto da Diabete Mellito in Odontoiatria

Tra le molteplici categorie di pazienti che quotidianamente si accomodano sulla poltrona del medico odontoiatra, i pazienti affetti da Diabete Mellito rappresentano senz'altro un gruppo in progressiva crescita. Le più recenti stime sulla popolazione Italiana indicano una prevalenza attorno al 4.5 %, per un numero complessivo di circa 2 milioni e 643 mila persone affette da diabete. Oltre a costituire una categoria numericamente rilevante, questi soggetti impongono una particolare attenzione in quanto tendono a sviluppare, con maggior frequenza rispetto ai soggetti non diabetici, problematiche rilevanti a carico del cavo orale, soprattutto in caso di scadente controllo glicometabolico. Frequenti sono nel paziente diabetico non solo le gengiviti, le periodontiti e parodontopatie, ma anche la xerostomia, le infezioni fungine, il lichen planus orale e la sindrome da "burning mouth".

L'aumentata incidenza di questi disturbi nei soggetti diabetici viene comunemente imputata agli effetti dell'iperglicemia sullo stato immunitario (alterata funzione dei leucociti polimorfonucleati), sulla crescita batterica e sulla permeabilità vascolare, nonché alla possibile coesistenza di danno a carico del microcircolo (microangiopatia diabetica). In queste condizioni, la risposta all'agente patogeno risulta essere alterata. Ad esempio, attraverso la produzione di prodotti avanzati di glicazione non enzimatica (AGEs), che interagiscono con specifici recettori di membrana, viene favorito il massivo rilascio locale di mediatori di flogosi (interleuchina-1 α , tumor necrosis factor α , prostaglandina E $_2$) in grado di

promuovere la distruzione dei tessuti periodontali. Tuttavia, i meccanismi patogenetici innescati in presenza di diabete risultano essere molteplici e complessi, e pertanto tutt'oggi sono oggetto di attento studio.

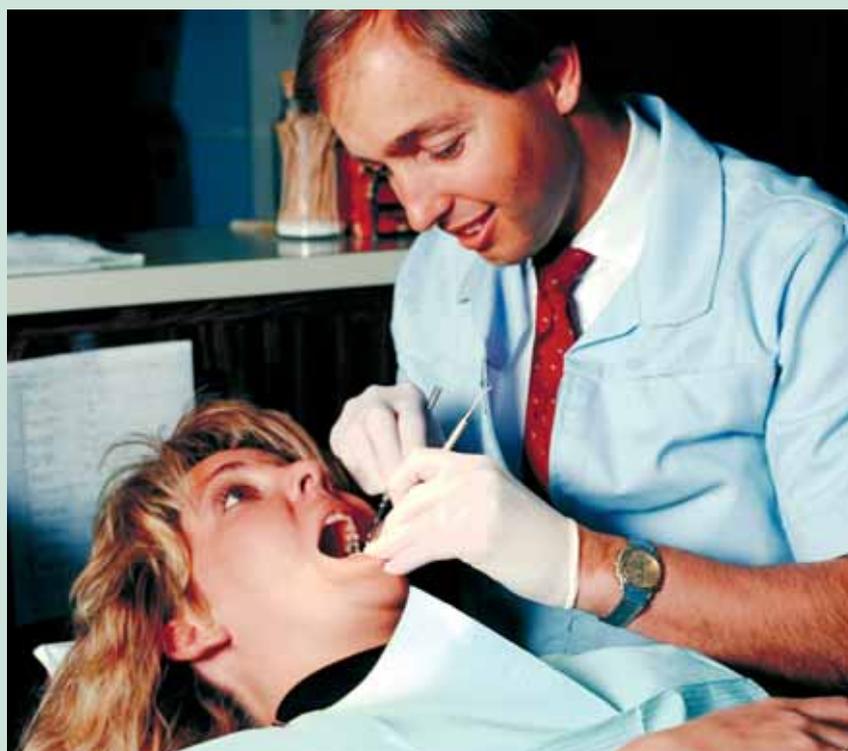
Tale complessità rappresenta, peraltro, la spiegazione più semplice a pratiche cliniche comunemente adottate, ma non necessariamente comprovate dalla letteratura scientifica.

Di tutte queste pratiche quella forse più frequentemente in uso è quella di una cosiddetta antibiotico-terapia profilattica in caso di routinarie estrazioni dentarie. Siffatta azione si rivela infatti inutile in pazienti con un buon controllo glicemico, quale può essere testimoniato da livelli di emoglobina glicosilata (HbA $_{1c}$) inferiori a 7-7.5%. Al contrario, il rischio di infezione so-

vrapposta può crescere fino all'80% in soggetti con scadente controllo glicemico.

In analogia a quanto precedentemente detto, non esistono controindicazioni diverse da quelle che è opportuno prendere in considerazione nel soggetto non diabetico per quanto riguarda la pratica anestesologica. Solo il marcato scompenso metabolico può rappresentare una controindicazione relativa all'utilizzo di vasocostrittori, in relazione all'azione iperglicemizzante delle molecole utilizzate a questo scopo, azione peraltro facilmente controllabile con opportuni adeguamenti della terapia anti-diabetica. Infondato appare il timore di un eccessivo sanguinamento, aneddoticamente riportato. Al contrario, nel diabete, più facilmente sussiste uno stato pro-trombotico.

Per quanto spesso si faccia riferi-



mento alla glicemia del paziente diabetico, l'odontoiatra non dovrebbe dimenticare che il paziente diabetico è spesso un soggetto con pluri-patologia, inclusa l'ipertensione arteriosa. E' quindi auspicabile che i possibili fattori di rischio concomitanti vengano adeguatamente considerati.

In ogni caso, un riguardo va posto nell'affrontare la terapia odontoiatrica del paziente diabetico. Così è buona regola che il paziente consumi prima della visita odontoiatrica un pasto, in occasione del quale possa assumere la consueta terapia antidiabetica, si tratti di ipoglicemizzanti orali o insulina. Questo accorgimento può essere sufficiente ad assicurare livelli glicemici relativamente stabili. Nella pratica, sottoporre il paziente all'intervento nel corso della mattinata, dopo la normale colazione, può rappresentare la soluzione migliore. Da quanto detto si evince che l'abituale trattamento antidiabetico non deve essere interrotto prima della visita odontoiatrica. Piuttosto potrebbe rendersi necessario un aggiustamento della posologia, qualora l'intervento odontoiatrico imponga modifiche dietetiche o il prolungamento del digiuno interprandiale. Difficoltà nella masticazione, dolore o dolenzia possono rendere difficile la consumazione di un pasto normale, costringendo il paziente a ricorrere a cibi con i quali potrebbe avere meno dimestichezza relativamente al contenuto in carboidrati e calorie. Queste situazioni possono però essere agevolmente affrontate dal paziente opportunamente educato all'autocontrollo glicemico ed all'aggiustamento terapeutico, soprattutto se insulinico.

In casi particolari, o qualora l'intervento odontoiatrico non possa essere posposto nonostante un chiaro scompenso glicemico, la fattiva collaborazione con lo specialista diabetologo, analogamente a quanto avviene per molta chirurgia del paziente diabetico, rimane la strategia più sicura ed affidabile.

Se da un lato l'intervento odontoia-

trico e l'associata anestesia richiedono buoni valori glicemici, non si può non ricordare come le patologie del cavo orale, soprattutto quelle di natura infettiva, possono influenzare in modo negativo il controllo glicemico. In questi casi l'eliminazione della causa infettiva ed infiammatoria diventa un mezzo efficace per favorire il buon controllo glicemico. Il nesso tra patologia del cavo orale e diabete trascende, comunque, il fatto acuto. Recente è la dimostrazione di una stretta relazione tra patologia periodontale e tasso di mortalità nei soggetti con diabete mellito tipo 2, al punto che i denti sono stati definiti come una "finestra sul cuore". A supporto di questa suggestiva immagine sta l'ipotesi che malattia periodontale e patologia cardiovascolare possano essere diverse espressioni di un medesimo stato infiammatorio. Un recente studio prospettico condotto su 626 pazienti ha dimostrato come il rischio di mortalità per ischemia miocardica e per nefropatia diabetica fosse di tre volte superiore nei soggetti con patologia periodontale severa rispetto a quelli senza reperti patologici a carico del cavo orale.

Sulla base di queste osservazioni, sono state avanzate teorie patogenetiche secondo le quali l'invasione da parte dei germi patogeni periodontali del torrente circolatorio e della parete vasale potrebbe rappresentare l'innescò del processo aterosclerotico. Questa ipotesi trova la sua base nella identificazione di DNA batterico all'interno di placche aterosclerotiche e nella dimostrazione dell'aumento in circolo di citochine ed altri marcatori di infiammazione (fibrinogeno, proteina C reattiva) in risposta all'infezione peridontale.

Per quanto possa non essere ancora chiaro se la prevenzione ed il trattamento della malattia periodontale possano contribuire a ridurre il rischio cardiovascolare del soggetto diabetico, non vi è dubbio che il mantenimento di una corretta igiene orale e la tempestiva risoluzione degli stati patologici

di pertinenza odontoiatrica rappresentano uno degli obiettivi primari nella gestione medica della patologia diabetica e delle sue complicanze. A questo scopo, l'educazione dei pazienti ad un'attenta igiene orale assume un ruolo di primaria importanza. In questa ottica l'American Diabetes Association (A.D.A.) ha stilato raccomandazioni molto precise che forniscono al paziente diabetico semplici norme da attuare per minimizzare i rischi legati al diabete di sviluppare le patologie sovra descritte. Tali raccomandazioni sono riepilogabili in tre semplici messaggi:

1. sottoporsi a controlli specialistici almeno due volte l'anno, avendo cura di comunicare al medico la propria malattia, nonché la relativa terapia

2. lavare i denti almeno due volte al giorno (per un tempo non inferiore a 3 minuti) utilizzando uno spazzolino morbido e avendo cura di spazzolare anche la superficie superiore della lingua

3. usare il filo interdentale almeno una volta al giorno.

I pazienti devono essere anche sensibilizzati affinché imparino a riconoscere i segni precoci della patologia gengivale (warning signs) quali sanguinamento, arrossamenti e gonfiore, presenza di pus, alitosi, modificazioni nell'occlusione. In tutti questi casi il paziente diabetico dovrebbe consultare immediatamente il dentista. Sempre l'A.D.A. infine, raccomanda al medico di effettuare nel corso della prima visita dopo la diagnosi di diabete l'ispezione del cavo orale, per indirizzare, qualora necessario, il paziente all'attenzione del dentista.

In definitiva, nella prospettiva della diffusione della malattia diabetica, la collaborazione anche in ambito educativo tra odontoiatra, diabetologo e paziente diabetico appare cruciale, per assicurare il buon esito delle procedure odontoiatriche e l'ottimale controllo del diabete: di pari passo queste misure potranno contribuire a ridurre al minimo il rischio che grava sul paziente diabetico.

Tabacco o salute orale

Ho accettato con piacere l'invito rivoltomi dall'amico dottor Franco Pancani, Presidente della Commissione Albo degli Odontoiatri di Pisa, a contribuire con un articolo su "PisaMedica" alla lotta contro il fumo. Siamo entrambi convinti che i professionisti della salute orale possano collaborare efficacemente per combattere una abitudine che è la seconda causa di morte del mondo: una "epidemia" che è responsabile della morte di un adulto su dieci in tutto il mondo. Le sigarette uccidono la metà dei fumatori abituali e metà di questi muoiono precocemente (35-65 anni), perdendo dai 20 ai 25 anni di vita.

Lo spunto a questo intervento è stato offerto dalla traduzione e divulgazione recente di "Tabacco o salute orale-Guida per i professionisti della salute orale" sviluppata insieme dalla Federazione Dentale Internazionale (FDI) e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Molti dei dati di questo articolo sono tratti da questa opera.

Durante la pirolisi del tabacco si volatilizza la nicotina, responsabile degli effetti farmacologici e di molti effetti secondari e tossici del fumo, e si formano numerose componenti del catrame come gli idrocarburi. Dalle proteine del tabacco si formano le cancerogene nitrosamine.

"Oggi è dimostrato che quasi ogni organo del nostro corpo è bersaglio del fumo e la lista delle patologie correlate include cataratta, polmonite, leucemia mieloide acuta, aneurisma aortico addominale, cancro dello stomaco, cancro del pancreas, cancro della cervice, cancro del rene e parodontopatie. Queste patologie si aggiungono a

quelle già note quali cancro dei polmoni, esofago, laringe, bocca, gola, patologie croniche polmonari e cardiovascolari, oltre agli effetti negativi sul sistema riproduttivo e alla sindrome da morte improvvisa del neonato." (www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/ sul sito dell'United States Departement of Health & Human Services.)

Ho avuto troppe volte occasione in questi anni di attività come specialista in odontoiatria nel mio studio privato e nella struttura ospedaliera negli anni della specializzazione, di valutare le conseguenze sulla salute orale dei pazienti dall'uso del tabacco. Il **carcinoma orale** è la manifestazione più grave ed è nell'uomo l'ottavo cancro più comune, uno dei primi tre in alcuni Paesi in via di sviluppo. Il tipo più frequente, a cellule squamose, rappresenta il 90% dei tumori maligni della bocca: ed è dimostrata la forte correlazione (chimica, termica e sulla "sor-

veglianza immunitaria") tra questa neoplasia e il fumo di tabacco specie se associato a bevande alcoliche. La **leucoplachia** stessa è considerata una precancerosi per la quale l'uso del tabacco è l'unico agente eziologico certo. Il rapporto tra fumo di tabacco e **malattia parodontale** è chiaramente dimostrato. Dati ricavati da uno studio del 2000 hanno indicato che negli Stati Uniti almeno il 42% dei casi di parodontite si associano al fumo e che la progressione della malattia è due volte più rapida nei fumatori. E' osservazione purtroppo frequente l'insuccesso della terapia parodontale nei fumatori. La **guarigione delle ferite** in chirurgia orale è più lenta e meno efficace e molti indicano nel fumo la principale fonte di insuccesso in **terapia implantare**. Spesso i pazienti sono preoccupati da problemi di **pigmentazioni e alitosi** legati al fumo.

L'odontoiatra è spesso un osservatore privilegiato dal momento che,



rispetto alle altre malattie indotte dal tabacco, ha e può dare una visione diretta del danno provocato e si trova più spesso di fronte a pazienti in stato di salute ma nello stesso tempo a rischio di malattie gravi e mortali e quindi l'opera di prevenzione è sicuramente più precoce ed efficace nel salvare vite umane ed evitare sofferenze e spese non necessarie.

Inoltre ho sempre pensato, che organizzare nei nostri studi, così come per esempio si fa per la prevenzione della carie, una terapia motivazionale o farmacologica, contro il fumo potesse essere di ausilio nella pratica operativa quotidiana laddove il risultato terapeutico è inficiato dal "vizio del fumo", con frustrazione nostra e del paziente.

Vari Autori, riportati dalla guida dell'OMS e della FDI dichiarano che "La professione odontoiatrica gioca un ruolo importante nella lotta all'epidemia di tabacco ... I professionisti della salute possono aiutare i pazienti a smettere di fumare. Questo può rappresentare il più importante servizio che l'odontoiatra possa fornire alla salute del paziente."

Risulta che il numero di fumatori tra gli odontoiatri è molto alto. Occorre smettere per creare un modello positivo per il paziente e un operatore più coinvolto.

Su internet è possibile scaricare una guida indirizzata al team odontoiatrico (42 pagine) disponibile a www.publichealth.nice.org.uk/pagae.aspx?0=502735, dal titolo "Helping smokers to stop: a guide for the dental team" che identifica tra l'altro nel modello delle quattro A un sistema che può essere utilizzato nella pratica quotidiana per aiutare il paziente a smettere di fumare (Tab. 1).

Si tratta comunque di coinvolgere tutto il team, dalla segretaria, che deve trascrivere sulla cartella le informazioni relative al fumo, all'igienista e all'odontoiatra che possono utilizzare i vari approcci proposti tra i quali il modello delle 4 A.

E' anche possibile scaricare su al-

ASK	CHIEDERE	Chiedere ad intervalli regolari a tutti i pazienti se fumano.
ADVISE	CONSIGLIARE	Consigliare a tutti i fumatori di smettere.
ARRANGE	ABBINARE	Indirizzare i fumatori motivati ai servizi di cessazione dell'abitudine al fumo.
ASSIST	ACCOMPAGNARE	Offrire supporto ai fumatori che vogliono smettere, ma che non se la sentono ancora di rivolgersi ai centri anti- fumo

Tab.1 Modello delle 4A

cuni siti questionari da sottoporre ai pazienti fumatori con relativi percorsi diagnostici e terapeutici. Riportiamo il test di Fagerstrom, il più utilizzato a questo fine, che valuta il grado di dipendenza di un fumatore dalla nicotina. Una volta valutato il grado di dipendenza e, con altri test, la motivazione, si possono seguire i vari percorsi terapeutici che ritengo si debbano effettuare nei centri antifumo. Un elenco dei centri antifumo presenti in Italia è possibile scaricarlo dal sito del Ministero della Salute a www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=77&sub=3 oppure sul sito del Servizio Sanitario della Regione Toscana a www.salute.toscana.it/cosafareper/fumocentri.shtml. Uno Studio Odontoiatrico ben organizzato non può fare a meno di strategie di management con regolari riunioni con il

personale ed è in questi incontri che il team si esercita a dare consigli al paziente perché smetta di fumare.

Attualmente il limitato coinvolgimento dei professionisti della salute al problema del fumo è dovuto ad una serie di dubbi ai quali nella tabella sottostante si cerca di dare una risposta (Tab. 2).

Se il percorso diagnostico-terapeutico indirizza verso un trattamento farmacologico è possibile consigliare o prescrivere farmaci che aiutino il paziente a smettere di fumare. A questo riguardo un valido aiuto è offerto dalla terapia sostitutiva della nicotina (NRT) sempre supportata da interventi comportamentali.

La NRT è disponibile sotto forma di cerotti, gomme da masticare, spray nasali e inalatori.

Mancanza di tempo	Si è visto che bastano tre minuti di colloquio ogni volta.
Mancanza di rimborso	Ma il tempo richiesto è poco e i vantaggi anche sui risultati della nostra terapia notevoli
Mancanza di sicurezza ed esperienza	Si acquisisce con una appropriata preparazione
Dubbi sull'efficacia della assistenza	Revisioni scientifiche che dimostrano l'efficacia dei programmi antifumo
Mancanza di materiale	Il Ministero della Salute e le Associazioni Odontoiatriche dovrebbero fornire materiale per la sala di attesa e il paziente
Ostilità/Opposizione del paziente	Al contrario i pazienti si aspettano dal loro Odontoiatra interesse e rispetto per il loro stato di salute inclusa la eventuale abitudine al fumo.

Tab. 2

Test di Fagerstrom

test di valutazione della dipendenza dalla nicotina

Risponda alle domande sommando man mano il punteggio corrispondente

Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	entro 5 minuti	3
	dopo 6 - 30 minuti	2
	dopo 31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare nei luoghi dove è vietato?	SI	1
	NO	0
A quale sigaretta farebbe più fatica a rinunciare?	la prima del mattino	1
	qualsiasi	0
Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	da 11 a 20	1
	da 21 a 30	2
	31 o più	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto della giornata	SI	1
	NO	0
Fuma quando è costretto a letto da qualche malattia intercorrente?	SI	1
	NO	0
Qual'è il contenuto di nicotina delle sigarette che fuma?	meno di 0,8 mg	0
	da 0,8 a 1,5 mg	1
	più di 1,5 mg	2
Aspira il fumo?	mai	0
	a volte	1
	sempre	2

Interpretazione del test	
da 0 a 2	grado di dipendenza molto basso
da 3 a 4	grado di dipendenza basso
da 5 a 6	grado di dipendenza medio
da 7 a 8	grado di dipendenza alto
da 9 a più	grado di dipendenza molto alto

Compensi dei collaboratori delle strutture sanitarie private

Prendiamo spunto dall'articolo della dottoressa Galoppi per ricordare a tutti i Colleghi che i componenti della Commissione Albo Odontoiatri di Pisa sono a disposizione nella struttura dell'Ordine dei Medici di via Battelli, per chiarimenti su adempimenti e problematiche, sempre più numerose, che riguardano la nostra professione. E' per questo necessario prendere un appuntamento telefonando alla Segreteria dell'Ordine al numero 050 579714

I Componenti CAO di Pisa

Poiché sono sempre più frequenti situazioni di collaborazione tra professionisti, anche in forma occasionale, nell'ambito del medesimo studio, indicherò schematicamente, e spero altrettanto chiaramente, le disposizioni contenute nella legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 38-42 L. 296/2006) che debbono essere rispettate in attesa di possibili future modifiche atte a snellire i pesanti adempimenti burocratici che caratterizzano la nostra realtà lavorativa.

Adempimenti previsti:

1. riscossione in nome e per conto del professionista-collaboratore;
2. registrazione dei compensi incassati/gestiti;
3. comunicazione telematica dei compensi;
4. sanzioni.

1. Riscossione

La struttura sanitaria è solo un tramite tra il professionista-collaboratore (che emette direttamente regolare fattura) e il paziente.

I profitti riguardano solo il professionista e non la struttura sanitaria. La struttura sanitaria, sia che la prestazione venga saldata in contanti che con mezzi alternativi (bancomat, assegno, bonifico, etc), è tenuta a conservare il documento attestante il relativo avvenuto pagamento e a rilasciare apposita quietanza annotando in calce alla stessa le modalità e gli estremi

identificativi del mezzo di pagamento.

Per le fatture superiori a euro 77,47, la struttura riscuote per nome e per conto del professionista euro 1,81 a titolo di pagamento della marca da bollo da apporre sul documento fiscale.

In relazione alla tracciabilità dei compensi dei professionisti, per le riscossioni in contanti, la struttura sanitaria è tenuta al rispetto degli obblighi introdotti dall'art. 35 com. 12 e 12 bis D.L. 4.7.2006 n. 223 convertito con L. 4.8.2006 n. 248 (c.d. legge Bersani), e può riscuotere:

- un importo massimo di 1000 euro fino al 30.6.2008;
- un importo massimo di 500 euro fino al 30.6.2009;
- un importo massimo di 100 euro dal 1.7.2009.

2. Registrazione

La struttura sanitaria deve registrare i compensi incassati/gestiti separatamente nelle proprie scritture contabili obbligatorie o in un registro appositamente istituito.

La struttura sanitaria, nel rispetto della circolare ministeriale 13/E/2007, deve annotare:

- data del pagamento ed estremi della fattura emessa dal professionista che collabora;
- generalità e codice fiscale del professionista che ha fatturato;
- ammontare del compenso riscosso;
- modalità del pagamento.

Anche il professionista che emette la fattura deve adempiere all'obbligo di registrazione delle stesse nelle proprie scritture contabili.

In mancanza di precise disposizioni il registro deve essere gestito manualmente o meccanicamente come si preferisce.

3. Comunicazione telematica

La finanziaria 2007 ha previsto che l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi dai singoli percipienti debbono essere comunicati telematicamente a cura della struttura sanitaria, secondo i termini e le modalità definite con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate. Fino ad oggi, nelle more di emanazione del suddetto provvedimento, le strutture sanitarie private non sono tenute ad alcun obbligo di comunicazione.

4. Sanzioni

La struttura che non adempirà all'obbligo di registrazione dei compensi in nome e per conto del professionista e non provvederà alle comunicazioni telematiche sarà soggetta alla sanzione amministrativa da 1.033,00 euro a 7.747,00 euro (art. 9 D.L. 471/1977).

Per i singoli prestatori di lavoro autonomo restano ovviamente fermi gli obblighi formali e sostanziali previsti per lo svolgimento della loro attività dalla normativa fiscale e tributaria.

Le parole difficili e le date del fisco

In Italia pagare le tasse implica conoscere alcune norme di base di fisco, avere buona memoria per le molte scadenze ma anche conoscere le lingue straniere e le innumerevoli sigle.

Il contribuente titolare di un reddito di lavoro dipendente, al quale interessa conoscere la determinazione del proprio reddito, deve sapere cosa sono i *fringe benefits*, sapere a quale importo corrisponde la *no tax area* e quali sono i criteri che individuano la *family area*, e non solo, si dovrà ricordare di consegnare il proprio *cud* al *CAF* affinché quest'ultimo possa predisporre il suo *mod. 730*, liquidando la relativa *Irpef* e calcolando l'eventuale *ici* dovuta..., quindi a fine carriera riceverà come suo diritto l'agognato *TFR*, sempreché nel corso della vita lavorativa non si debba confrontare anche con le *stock option*. Il lavoratore autonomo deve impegnarsi ancora di più: dovrà valutare se è più conveniente acquisire l'auto con il *leasing* o fare un *Lease back*, se utilizzare il *factoring* per l'incasso dei crediti, dovrà porre attenzione a non effettuare operazioni con i Paesi della *Black List*, se sarà conveniente porre in essere una *Joint venture*, se il *reverse charge* o la *tonnage tax* o la *carbon tax* lo riguardano, se ha fatto operazioni che implicano la compilazione del *Mod. Intrastat*.

Certamente a fine anno dovrà recuperare tutta la sua documentazione contabile così che possa essere compilato il *Mod. 770* nonché il *Modello Unico* che comprende anche la *Dichiarazione Iva*, la *Dichiarazione Irap* e lo *Studio di Settore*, dichiarazioni che poi forniranno il risultato delle imposte da versare: l'*Irpef*, l'*Irap*, l'*Iva*, l'*Addi-*

zionale Regionale e Comunale e talvolta anche l'*Imposta sostitutiva*. A questo punto è sufficiente indicare nel *Mod. F24* il codice tributo mediante il quale effettuare il versamento individuandolo tra uno di quelli indicati nelle 35 pagine della "Tabella codici tributo erariali e regionali" facilmente reperibile sul sito della Agenzia delle Entrate.

Ma, nonostante tutto l'impegno e la perseveranza un dubbio continuerà a tormentarlo: cosa sarà la *Thin capitalization* e il *Project financing*, i *Geie*, le *Sicav*, la *Pex* e la *Tia*? La *Tarsu* e l'*Ici* ormai le conosce, ma le altre? Saranno tasse nuove da pagare?

Infine, dovendo ricordare di ottemperare agli obblighi fiscali e previdenziali rispettando la tempistica, il

cittadino può prendere nota delle varie scadenze direttamente dal sito della Agenzia delle Entrate, dove ad esempio per il mese di Novembre 2007 può scorrere le 9 pagine contenenti le scadenze del mese e provvedere tempestivamente ai suoi obblighi.

Nei progetti dell'Amministrazione Finanziaria c'è una promessa che pare un miracolo: nei prossimi anni i contribuenti riceveranno direttamente a casa propria una dichiarazione dei redditi già pre-compilata: sarà sufficiente controllare, modificare se ce ne sarà bisogno qualche cosetta e poi il gioco sarà fatto, e magari per pagare le tasse si potrà sottoscrivere anche un *Rid* una volta per tutte.



Salute e medicina oggi: indagine sulla medicina territoriale

I presente articolo propone una sintesi del lavoro d'indagine sul rapporto medico-paziente che è stato oggetto di una tesi di laurea discussa tempo fa presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Pisa. I dati e le conclusioni riportate, che riassumono le risposte ottenute dalla somministrazione di due questionari e da quattro interviste semi-strutturate, offrono al lettore uno spaccato attuale di come, comunemente, viene percepita la figura del medico di famiglia.

La scienza e la tecnica moderna hanno sconvolto profondamente tutti gli aspetti della vita, non ultimo quello della salute. E' un dato di fatto: la vita di oggi si è allungata fino verso gli ottantacinque anni, grazie a un'evoluzione del concetto di igiene, a una dieta più sana e variata, a una maggiore attenzione al benessere psicofisico della persona. Per quanto riguarda la salute, stanno mutando le caratteristiche del medico e quelle del paziente; in ambedue i casi si riscontrano tratti di modernità e residui di tradizione.

Abbiamo voluto verificare a livello sociologico aperture e chiusure verso il progresso medico, con una ricerca empirica, intervistando cento pazienti di un'area geografica della periferia di Pisa (Ghezzano). Si tratta di un'indagine eseguita attraverso due distinti questionari: uno rivolto a cinquanta pazienti (senza esperienza ospedaliera) con domande relative al proprio medico curante; l'altro rivolto a cinquanta pazienti (con esperienza ospedaliera) con domande relative al medico ospedaliero. L'indagine è stata supportata dal contenuto di quat-

tro interviste semi-strutturate da noi fatte ad alcuni "testimoni qualificati" (un professore universitario della Facoltà di Medicina di Pisa, un medico di famiglia, un medico del pronto intervento; un infermiere).

Quali novità emergono nella figura del medico e nel comportamento del paziente?

Pur non disponendo di dati precisi pur circa il concetto che il paziente aveva del medico quaranta o cinquanta anni fa nel nostro territorio d'indagine, ci sembra tuttavia di poter affermare, sulla base dei dati raccolti, il superamento del vecchio concetto di medico di famiglia.

Questi, un tempo, era chiamato solo per casi abbastanza gravi (la visita del medico costava!) e la sua parola non era in alcun modo messa in discussione, dato il basso livello culturale della maggior parte dei pazienti (il rapporto medico-paziente è sempre, anche nei casi meno drammatici, un confronto fra diversi livelli di sapere).

Oggi, tale rapporto sembra più bilanciato, sia perchè la cultura radio-televisiva diffonde notizie di carattere medico, sia perchè è facile contattare medici diversi da quello curante, sia infine perchè nei casi più gravi è il medico stesso a inviare il paziente all'ospedale, togliendosi la responsabilità della sua "presa in carico". Quest'ultimo aspetto è sottolineato dal 22% degli intervistati.

L'equilibrio del rapporto medico-paziente è confermato dal fatto che nessun ghezzanese intervistato ha espresso un giudizio negativo sulla "competenza e l'attenzione" del proprio medico (giudizi: ottimo 14% - buono 68% - Tot. 82%) e, non a caso, il "cambio del medico

curante" in generale è stato motivato dal cambio di residenza del paziente.

Si registra inoltre la presenza di rapporti (paziente-medico) molto duraturi (da oltre undici anni, 60%) o duraturi (sotto undici anni, 40%). Il 52% degli intervistati va dal medico solo quando ne "ha urgente bisogno", mentre il 26% non ci va "mai" o "raramente" (rispettivamente: 4% - 22%) ed un altro 22% si reca dal medico almeno una volta al mese.

Da una domanda a risposta multipla emerge che la maggioranza dei ghezzanesi intervistati contatta il medico "per farsi visitare"(70%) e "prescrivere medicine" (50%). Una popolazione prevalentemente adulta e giovane vi si reca "per certificati" (10%) e "per consiglio" (20%); gli anziani massimamente per sottoporsi a "vaccinazione" (18%); un altro 10% si reca dal medico "per richiesta d'impegnativa" o "per sottoporsi alla misurazione della pressione arteriosa". Per il 94% degli intervistati-pazienti, il proprio medico curante è anche quello di tutta la famiglia.

Si vince anche una "routine" diversa del rapporto, che tende a farsi per certi versi più confidenziale, per altri sempre più burocratico e sbrigativo: non a caso per un 56% degli intervistati la visita dura mediamente da 6 a 10 minuti (con 5 minuti il 6% e oltre 11 minuti il 34%) e il frequente ricorso a medici specialisti (62%) evidenzia il ruolo di "filtro" del medico-curante di oggi. Col crescere della durata del tempo dedicato a ogni visita, migliora il giudizio che i ghezzanesi danno del proprio medico, anche se il sovrappollamento che ne consegue sembra provocare alcuni disagi.

La prassi del medico segue di norma un iter consolidato: inizia con “un colloquio” (68%), prosegue con “la visita” (68%), termina con “la prescrizione dei farmaci” (70%). C'è una generale tendenza da parte del medico a informare il paziente sulle prescrizioni dei farmaci e sulle cure dovute: ciò è confermato dal 68% dei pazienti; il 28% che ha risposto “qualche volta” o “raramente” (rispettivamente: 26% - 2%) ha un rapporto ventennale con il medico curante. In generale i pazienti sembrano soddisfatti delle spiegazioni ricevute che considerano esaurienti.

Emerge dall'indagine anche la tendenza abituale del medico a prescrivere i farmaci solo dopo una visita accurata; la bassa percentuale di pazienti non visitati (l'8%) è di norma ben conosciuta dal medico. La totalità degli intervistati manifesta chiaramente il desiderio che il medico spieghi in modo chiaro la patologia, la cura appropriata e gli effetti collaterali dei farmaci; ciò sottolinea il bisogno di una maggior informazione e interazione.

La maggioranza dei ghezzanesi si attiene “sempre” ai consigli del medico (56%); chi vi si attiene solo “parzialmente” (il 40%) è di norma affetto da una patologia non grave e spesso lascia trapelare la tendenza ad abusare dell'ambulatorio “gratuito”.

Riguardo alla disponibilità del medico nelle ore extrambulatoriali, i

pazienti ghezzanesi hanno così risposto: “piena disponibilità” (26%), “parziale disponibilità” (22%), “a seconda delle circostanze” (46%); una sola persona ha dichiarato “mai disponibile”. Sempre una sola persona ha dichiarato che il proprio stato di salute è peggiorato per incapacità e trascuratezza del proprio medico, il quale in questo caso ha somministrato un farmaco a cui il paziente era allergico.

Per quanto concerne le visite a domicilio, il nostro campione sembra molto soddisfatto: l'84% ha dovuto attendere solo per “mezza giornata” e solo l'8% fino al “giorno successivo”. La tempestività e la disponibilità del medico sembrano dunque ottime: solo per l'8% delle visite vi sono stati ritardi che hanno causato disagi nei pazienti, non si registrano mancate visite a domicilio, nel 92% dei casi non è mai stata fatta una diagnosi per telefono.

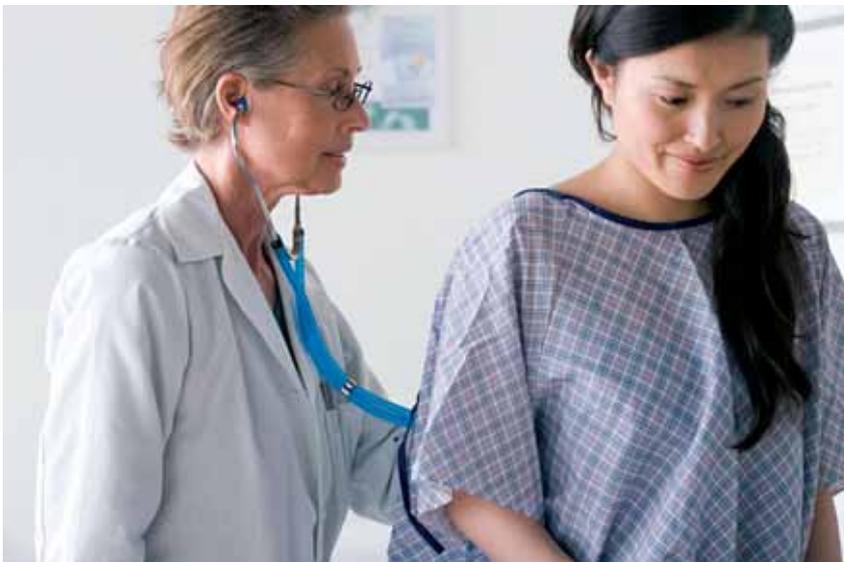
Riguardo al parametro “confidenzialità”, la maggioranza dichiara di avere un buon rapporto con il proprio medico (giudizi : ottimo 20% - buono 50% - Tot . 70%) ; nessuno si dice del tutto insoddisfatto, solo il 4% (in maggioranza studenti universitari da poco residenti a Ghezzano) parla di un rapporto piuttosto formale e distaccato.

Rispetto al passato, dunque, la figura del medico sembra essersi radicalmente trasformata: meno autoritaria, meno univoca, meno sta-

tica, in funzione di un ruolo sociale in costante evoluzione, con l'avvicinarsi di mutamenti che non riguardano soltanto l'utenza e le istituzioni, ma anche la stessa composizione interna (si pensi soltanto all'ingente numero di donne approdate alla professione negli ultimi decenni).

La spinta al cambiamento nasce dall'esigenza di rispondere in modo sempre più adeguato all'emergere di nuovi attori, nuove domande, nuovi bisogni. Se è vero, da un lato, che le leggi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, i vincoli posti dalle leggi finanziarie e il proliferare delle linee guida diagnostiche e terapeutiche stanno rivoluzionando il modo di vivere la professione, è anche vero, dall'altro, che i contatti tra medico e paziente si sono oggi moltiplicati, data anche la facilità di accesso all'ambulatorio, al punto di giungere ai noti abusi da parte degli “pseudo-pazienti”. Questi ultimi assieme agli informatori scientifici aumentano il disagio del sovraffollamento o, comunque, dei tempi di attesa, che vengono denunciati anche dai nostri intervistati, i quali si lamentano (60%) sia per la “troppa gente” sia per gli “informatori” (14%).

Il fatto che la medicina in quest'ultimi anni abbia registrato una proliferazione di specializzazioni ha facilitato un contatto con i medici meno generico e più indirizzato. Probabilmente, la presenza a Pisa di un ospedale molto specializzato e tecnicamente all'avanguardia ha contribuito a trasformare il ruolo del medico curante, visto sempre più spesso solo come una prima tappa nell'iter curativo. Parecchie malattie per le quali oggi si richiede la degenza in ospedale, prima non avevano cure o venivano curate a casa alla meglio. Dall'indagine risulta che sono soprattutto i soggetti socialmente più “deboli” (pensionati, casalinghe, studenti e disoccupati) a vedere ancora nel medico-curante una garanzia per i propri bisogni, gli altri preferiscono rivolgersi agli specialisti e agli ospedalieri, con qualche riserva relativamente alla *priva-*



cy nei poliambulatori, nei quali è messa a rischio la "privatezza" del paziente e delle sue condizioni di salute.

Per quanto concerne l'esperienza ospedaliera, il nostro campione rispecchia la tendenza nazionale a esprimersi favorevolmente per una modernizzazione degli ospedali che tenga soprattutto conto della qualità dei servizi erogati. Oggi, nell'analisi sociologica del sistema sanitario, "non si parla più" di *welfare state*, ma di *welfare community*, si parla di "salità" (sanità e qualità). Questo mutare dei termini conferma la continua evoluzione del sistema e, di conseguenza, la sua dinamicità che influenza poi anche il rapporto medico-paziente. Un approccio più tradizionale alla medicina è invece sostenuto dal "paziente-anziano, che punta soprattutto sul concetto di "solidarietà". D'altra parte, recenti ricerche sociologiche evidenziano proprio il ruolo fondamentale del terzo-settore, ovvero di un volontariato che si prefigura quale motore "indispensabile" all'interno di una nuova politica sanitaria. Questa considerazione è significativa per la società italiana, dove l'istituzione "famiglia" è forte e il volontariato è presente in molti settori della vita pubblica.

Un altro comportamento che nella nostra indagine è tipico soprattutto del paziente-anziano è l'automatismo di chiedere al medico la prescrizione di farmaci mutuabili dei quali non si ha bisogno nell'immediato, ma che vengono messi nel cassetto e usati all'occorrenza.

Si percepisce dal nostro campione una generale maggior attenzione per la salute, divenuta un bene di consumo (la necessità psicologica del medico, senza stretto bisogno); questa, assieme alla complessa burocrazia del sistema sanitario, diventa oggi spesso un ostacolo all'erogazione dell'assistenza ai pazienti. D'altro canto, il paziente è oggi più esigente rispetto al passato nelle "pretese" e meno tollerante delle difficoltà (incluso il dolore e i piccoli fastidi).

A volte, l'ammalato ha la sensa-

zione di non essere adeguatamente ascoltato e compreso dal proprio medico: il 14% degli intervistati ghezzelesi vede venire meno l'aspetto umano e un 28% dichiara che il medico oggi è sì meglio organizzato (ad esempio ha il computer), ma somiglia sempre più a un "impiegato" e meno a un "medico". Dalle risposte degli intervistati, sembra che il medico "ideale", oltre ad essere professionalmente ben preparato, dovrebbe anche possedere quella cultura, o meglio quella "saggezza", che consiste nella capacità di percepire i bisogni, gli stati d'animo, i valori che contano per il paziente. A tale riguardo il "vecchio" medico di famiglia, pur essendo più autoritario nel rapporto, riusciva spesso a intrattenere un dialogo genuino col paziente e ad avere un atteggiamento empatico e partecipativo. L'empatia è un'attitudine che forse si dovrebbe cominciare ad acquisire fin da studenti e, successivamente, consolidare e perfezionare nella pratica medica quotidiana. Di fatto, chi studia medicina non riceve di norma dai corsi universitari una formazione che tenga anche conto di quegli aspetti comunicativi e relazionali così importanti nel rapporto medico-paziente.

Stando ai risultati della nostra ricerca (parziale e non esaustiva), la maggior parte dei ghezzelesi risulta comunque soddisfatta del servizio offerto dal proprio medico; ciò è in sintonia con analoghe indagini svolte su scala regionale. Allargando il discorso, possiamo sostenere che il medico di famiglia rappresenta lo standard in base al quale si misura la professione medica. L'Italia, pur tra mille difficoltà, ha bene operato da molti anni, non a caso i responsabili della sanità europea vogliono imitare l'istituzione del nostro medico di famiglia.

Per concludere, proponiamo alcuni spunti di riflessione che tengono conto dell'ampia letteratura oggi reperibile sulla qualità dei servizi sanitari; essi ci hanno guidato nel corso della nostra indagine e meriterebbero uno studio approfondito:

- Il rapporto medico-paziente rimane comunque un rapporto "asimmetrico" caratterizzato da un ritualismo che colloca il paziente in posizione subalterna rispetto al medico.

- Il "potere" del medico si può caratterizzare solo come "estrinseco", in quanto non sempre e non necessariamente corrisponde alle sue reali capacità professionali, quanto piuttosto alla funzione e al ruolo che gli sono attribuiti dalle istituzioni (funzione sociale del medico).

- La medicina è costituita da un insieme di "idee" e "atti" che in qualche misura "adattano" la realtà alla medicina stessa, dandole una specifica forma, funzionale alla professione medica.

- Il concetto di salute è passato dal significato di "assenza di malattia" a quello di "equilibrato rapporto con se stesso, con gli altri e con l'ambiente" (OMS).

Riguardo all'ultimo punto, il cammino verso la realizzazione piena del nuovo concetto di salute sembra ancora lungo e difficile, perché presuppone un elevato livello culturale e un adeguato sistema di politiche sociali. Nel giro di pochi anni il mondo della sanità ha conosciuto tre riforme radicali in rapida successione, tutte in direzione "aziendalistica". Abbiamo un sistema sanitario ormai costretto a vivere di fatturato, con conti fuori controllo. Tramontata l'era delle politiche sanitarie "alte" - forse troppo - e il conseguente patto sociale sulla sanità, il mondo dell'assistenza è entrato in una fase in cui la sanità sembra non controllare il proprio processo di evoluzione.

Ci auguriamo che una maggiore diffusione di ricerche e indagini come quella che abbiamo condotto (la quale ovviamente non si propone di raggiungere risultati conclusivi) possa fornire informazioni utili sia per un più equilibrato rapporto medico-paziente sia, più in generale, per una fruizione del servizio sanitario più consona e soddisfacente.

Dipartimento d'Emergenza: Triage ed Accettazione

La sicurezza nel contesto dell'erogazione delle cure, è un bene prioritario. Ne sono consapevoli i cittadini che, pur avendo ridotto l'asimmetria informativa con gli operatori in materia di conoscenze biomediche, non vogliono più effettuare incondizionati atti di fede quando si affidano al servizio sanitario, e richiedono dunque garanzie; ne sono consapevoli gli operatori, per esperienza ed anche per effetto dell'attenzione che la letteratura scientifica e la giurisprudenza, recentemente anche in Italia, hanno dato all'argomento degli incidenti durante l'erogazione delle cure, spesso sottovalutando le componenti clinico-biologiche degli eventi avversi o le responsabilità di struttura.

Rispetto ad altri settori lavorativi ad alto rischio come ad esempio, centrali termiche, centrali nucleari, sistemi di trasporto aereo o ferroviario, in ambito medico si è comincia-

to relativamente tardi a parlare di errore. Solo agli inizi degli anni 90 sono stati pubblicati i primi studi, pietra miliare è stata la pubblicazione del rapporto "To err is human" (2000) da parte dell'Institute of Medicine. In questo rapporto si denunciava attraverso un'analisi dettagliata il fenomeno delle *malpractice* e delle morti prevedibili negli ospedali americani. Nel corso dei primi anni del 2000 il problema dell'errore in medicina è stato fonte di attenzione anche nella Sanità Italiana. In questa ottica nel 2005 l'Unità Aziendale di Gestione del Rischio Clinico dell'AOUP ha avviato in collaborazione con Harvard Medical International un programma di lavoro volto a porre in essere un progetto pilota per la gestione del rischio clinico e miglioramento organizzativo dei processi assistenziali nel D.E.A. di Pisa.

Nel Triage del Pronto Soccorso di Pisa si utilizza un sistema codice

colore, con una scala di priorità che sale dal bianco ed arriva al rosso con codifiche intermedie azzurro, verde, giallo. Nello studio abbiamo eseguito una revisione delle procedure di triage per i codici gialli che attualmente prevedono che ad ogni paziente venga rilevata frequenza cardiaca, saturazione ossigeno e pressione arteriosa. Il fine è quello di migliorare il programma organizzativo dei processi assistenziali.

Materiali e metodi

Lo studio ha valutato attraverso una analisi retrospettiva della documentazione sanitaria la rilevazione e la trascrizione in cartella dei tre parametri vitali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno nel sangue.

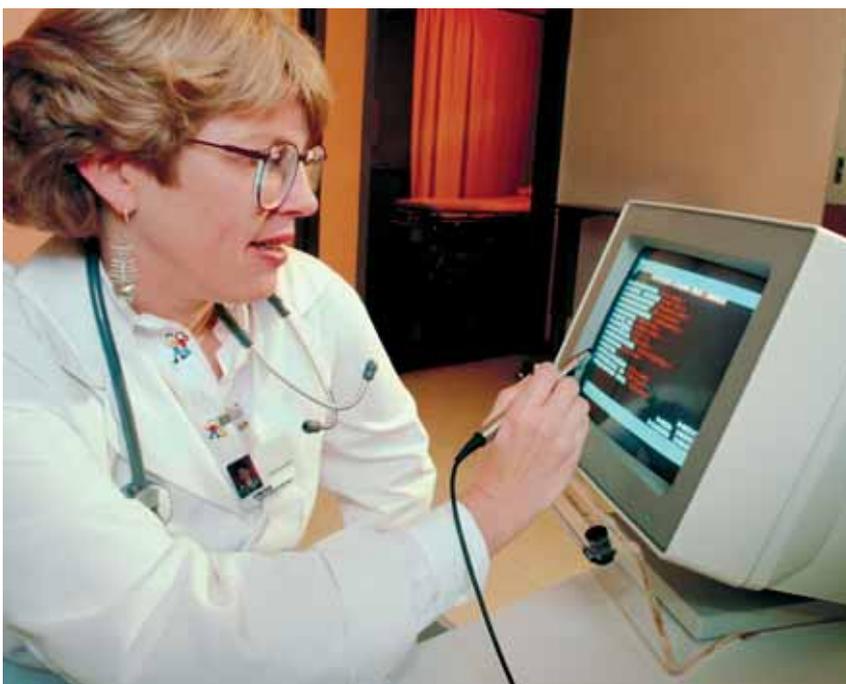
Il lavoro si è svolto in 5 fasi.

1° fase: costituzione gruppo di lavoro, individuazione di una criticità nel processo assistenziale in DEA, presenza dei P.V. nelle cartelle triage dei codici gialli.

2° fase: raccolta con modalità random del 30% delle cartelle cliniche dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso nel marzo 2006 per 4 settimane con codice di priorità giallo. Analisi delle cartelle con valutazione della presenza o meno dei P.V. e valutazione dei possibili fattori favorevoli la incompleta rilevazione dei parametri.

3° fase: analisi delle cartelle cliniche incomplete.

4° fase: sono state messe in atto iniziative formative nei confronti del personale dedicato alla attività di triage. Lezioni frontali nelle quali sia attraverso la discussione di casi clinici, sia attraverso la esposizione dei dati della letteratura si dimostrava l'importanza che hanno i pa-



Numero schede triage rilevate	Numero schede complete	Prevalenza delle Schede complete
Marzo 2006 N 245	245	78%
Maggio 2007 N 251	251	88,4%

Tab. 1, Incremento del 10% di rilevazione dei parametri vitali nei pazienti con codice di priorità giallo

rametri vitali nella gestione in sicurezza del paziente. Inoltre è stato fatto un poster dove viene stigmatizzata l'utilità della rilevazione dei P.V. per la sicurezza del paziente e dell'operatore, il poster è stato appeso nei locali del P.S.

5° fase: nuova valutazione delle cartelle cliniche sempre raccolte con modalità random e nella misura del 30% degli accessi in P.S. e triagiati con priorità gialla nel mese di maggio 2007.

Risultati

La prima rilevazione eseguita in 4 settimane del marzo 2006 ha interessato 245 pazienti, 130 uomini, 115 donne età media 62,56 DS23,36. La percentuale globale di presenza di tutti i parametri vitali nella cartella triage è risultata essere pari al 78%.

L'analisi delle cartelle cliniche ha mostrato che l'assenza di parametri non era statisticamente correlabile né con patologia né con età e neppure con il sesso dei pazienti. La seconda rilevazione eseguita in 4 settimane del maggio 2007 ha interessato 251 pazienti, con una percentuale di presenza di tutti i P.V. pari all'84%. Inoltre effettuando una analisi delle 39 cartelle cliniche classificate come incomplete si è riscontrato che solo 29 lo erano effettivamente. La % di cartelle cliniche complete è pertanto salita al-

l'88,4% (Tab.1).

Conclusioni

I risultati evidenziano un significativo miglioramento della qualità dell'assistenza in una fase critica del percorso assistenziale del paziente che accede al Dipartimento di Emergenza, siamo passati da una prevalenza di cartelle cliniche complete di tutti i parametri dal 78% al 88%. Questo grazie al lavoro di sensibilizzazione ed informazione nei confronti del personale.

Discussione

Questi sono i primi risultati ottenuti dal progetto Qualità e Risk Management nel DEA promosso dalla Regione Toscana e di cui l'AOUP è struttura pilota.

Questi risultati dimostrano il miglioramento del processo di triage e la validità di un approccio metodologico basato sul modello PDCA (Tab. 2).

P come plain costituzione di un gruppo di lavoro con un Leader identificato individualmente di una criticità e studio della stessa. D come do misurazione della

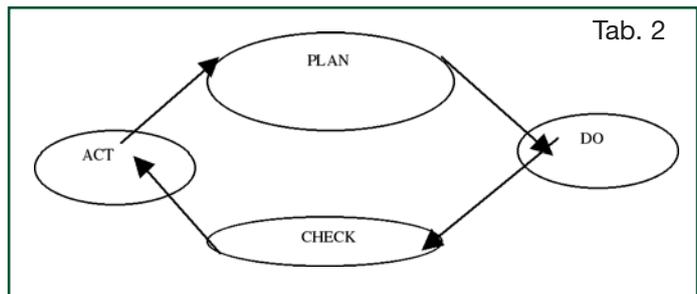
criticità nello studio esposto si è trattato di misurare la prevalenza dei P.V. nelle cartelle triage codice giallo.

C come check valutazione analitica delle cartelle cliniche del triage con parametri vitali incompleti.

A come act iniziative volte a modificare la situazione nello specifico motivazione personale istruzione e predisposizione di Poster a completamento del training.

Dopo queste fasi la nuova rilevazione e misurazione della criticità ha evidenziato un miglioramento del processo.

Riteniamo che il momento qualificante di questo lavoro sia quello di aver imparato una metodologia e non poteva essere altrimenti visto che Pisa è la Patria di Galileo Galilei e del metodo scientifico, con la quale affrontare le criticità vecchie e nuove sempre presenti in DEA di 2° livello come quello Pisano, migliorando così la qualità del servizio e la soddisfazione degli utenti.



Una grande figura di medico e scienziato del '600: Marcello Malpighi

Nel corso del secolo XVII, sotto la spinta delle nuove idee scientifiche propugnate da geniali innovatori, il pensiero medico, indirizzato secondo la via sperimentale così efficacemente indicata da Galilei, progredì notevolmente, in un fervore di studi, sostenuto dalle grandi scoperte scientifiche dell'epoca; furono fondate le prime Accademie (in Toscana sorse nel 1648 quella del Cimento), si svilupparono in particolare nel campo medico le ricerche anatomiche e lo studio della fisiologia, si andò sempre più affermando l'insegnamento al letto del malato. Grande figura di ricercatore la cui

vita fu interamente dedicata allo studio della natura e che unì ai suoi grandi meriti una rara modestia, fu Marcello Malpighi. Nato il 10 marzo 1628 a Crevalcuore nel bolognese, perduti da ragazzo i genitori, per consiglio del suo primo maestro, Francesco Natali, si dedicò con grande impegno ed intraprese gli studi medici nel 1649 a Bologna, ove fu allievo favorito di Bartolomeo Massari, professore di quell'Ateneo, del quale ne sposò la figlia. Laureatosi nel 1653, poco dopo, all'età di 28 anni per i meriti che aveva già acquisiti, fu richiesto dal granduca di Toscana Ferdinando II ad insegnare nell'Università di Pisa,

come lettore di medicina teorica, che tenne negli anni 1656-59. Durante questo periodo entrò in grande amicizia con altre famose personalità del nostro ateneo di allora, come il Borelli ed il Chimentelli. Fu proprio durante il soggiorno pisano che ebbero inizio le sue più importanti scoperte e la gloria del suo nome. Nel 1660 ritornò a Bologna, come docente prima di medicina teorica e poi di pratica, e qui continuò con entusiasmo le sue innovative ricerche in particolare conducendo sezioni di animali viventi e fu tra i primi studiosi ad impiegare il microscopio con metodo sperimentale. E' in questo periodo

che pubblicò i suoi primi ed importanti studi. Anche per le ostilità che si erano andate suscitando contro la sua persona, passò nel 1662 a Messina, chiamato ad insegnare con il notevole stipendio di mille scudi, continuando le osservazioni specie sugli animali, suscitando con le sue scoperte l'ostilità di alcuni avversari, cui rifiutò di rispondere alle loro accuse. Contrariato da tutto ciò, lasciò quindi Messina per tornare di nuovo nel 1666 a Bologna, portando avanti le sue ricerche, proseguendo le sue dissezioni anatomiche, leggendo nelle ore pomeridiane ed esercitando la professione in città e fuori.

Fu in questo periodo che a riconoscimento



Carlo Cignani, *Ritratto di Marcello Malpighi*, 1683, olio su tela
Bologna, Accademia di Belle Arti

dei suoi meriti e delle sue ricerche microscopiche nel 1669 fu accolto, primo degli italiani, a far parte della Royal Society di Londra, da poco costituita, ed a cura di questo prestigioso Istituto verranno poi pubblicati i suoi scritti successivi.

Frattanto non pochi furono gli attacchi mossi contro di lui da alcuni personaggi, conservatori delle ormai superate dottrine galeniche, che lo accusarono di diffondere idee false, di non insegnare nulla di vero, di rubare lo stipendio e fu perfino minacciato della vita; si giunse a tanto, che due suoi colleghi, guidati dallo Sbaraglia, mascherati, non esitarono ad assalirlo nella villa in cui viveva ritirato, intento unicamente ai suoi studi, facendo scempio delle sue cose ed insultandolo.

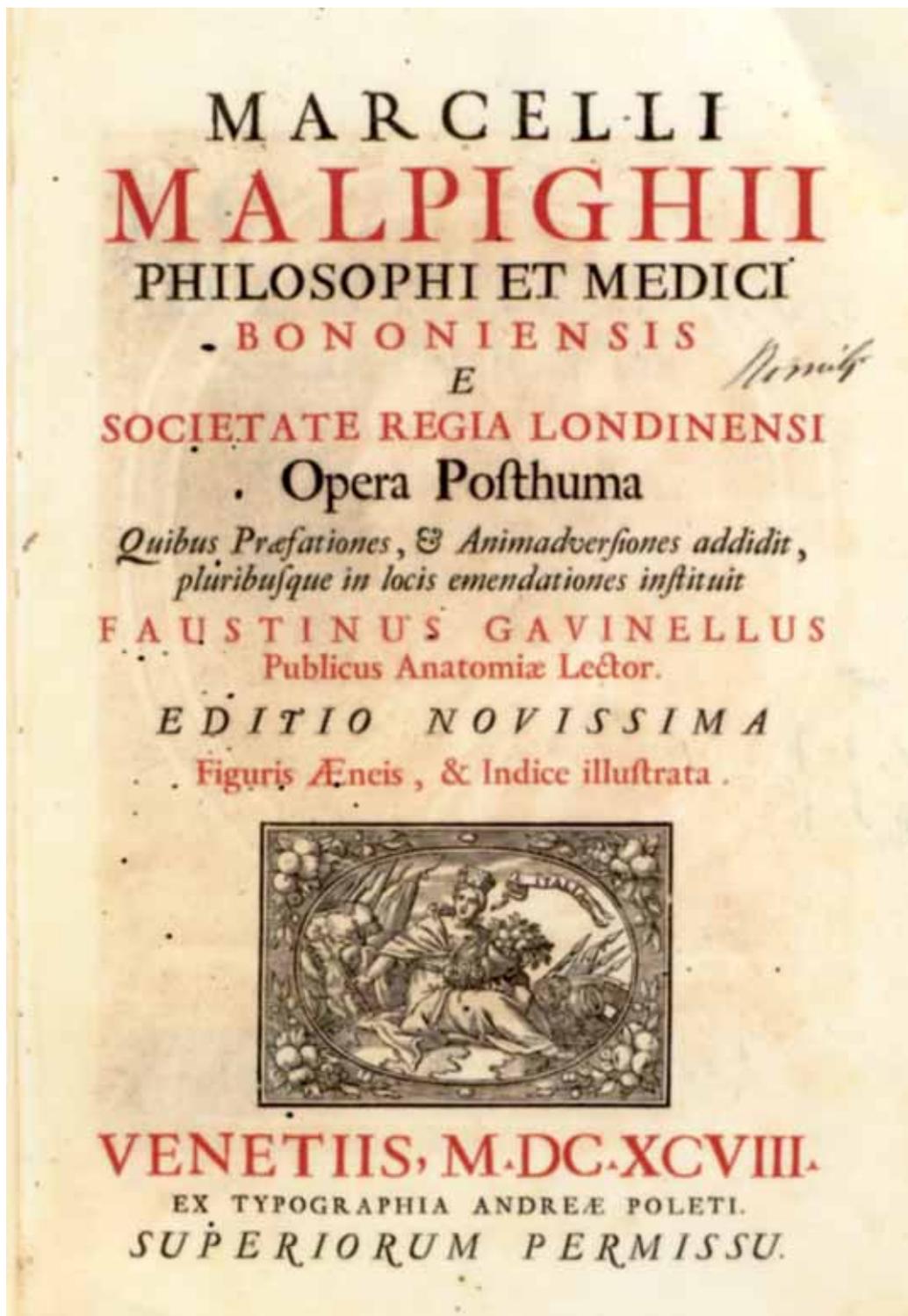
Negli ultimi anni, sofferente già di gotta, disturbi cardiaci e renali, visse a Roma, protetto da papa Innocenzo XII, che lo volle suo medico; morì di apoplezia il 29 novembre 1694 ed il Baglivi fece l'autopsia del suo corpo. La sua salma fu trasportata a Bologna e tumulata nella chiesa di S. Gregorio.

Ricercatore instancabile e geniale, fu biologo nel senso vero della parola, studiò e si occupò di molteplici settori di ricerca. Anzitutto si devono ricordare

i suoi contributi in anatomia microscopica, della quale può considerarsi il fondatore. Concetto suo fondamentale è quello che la fine struttura di un organo può essere solo vista, previa opportuna preparazione di questo, indagandolo alla lente del microscopio, che ci svela la nascosta configurazione dei cor-

pi, come pure ricercando in altre specie animali o in organi analoghi, strutture particolarmente vistose che siano affini alla struttura osservata. Principale suo artificio anatomico nelle sue complesse ricerche fu la scomposizione mediante bollitura della parte.

Importantissimi i suoi studi dell'ap-



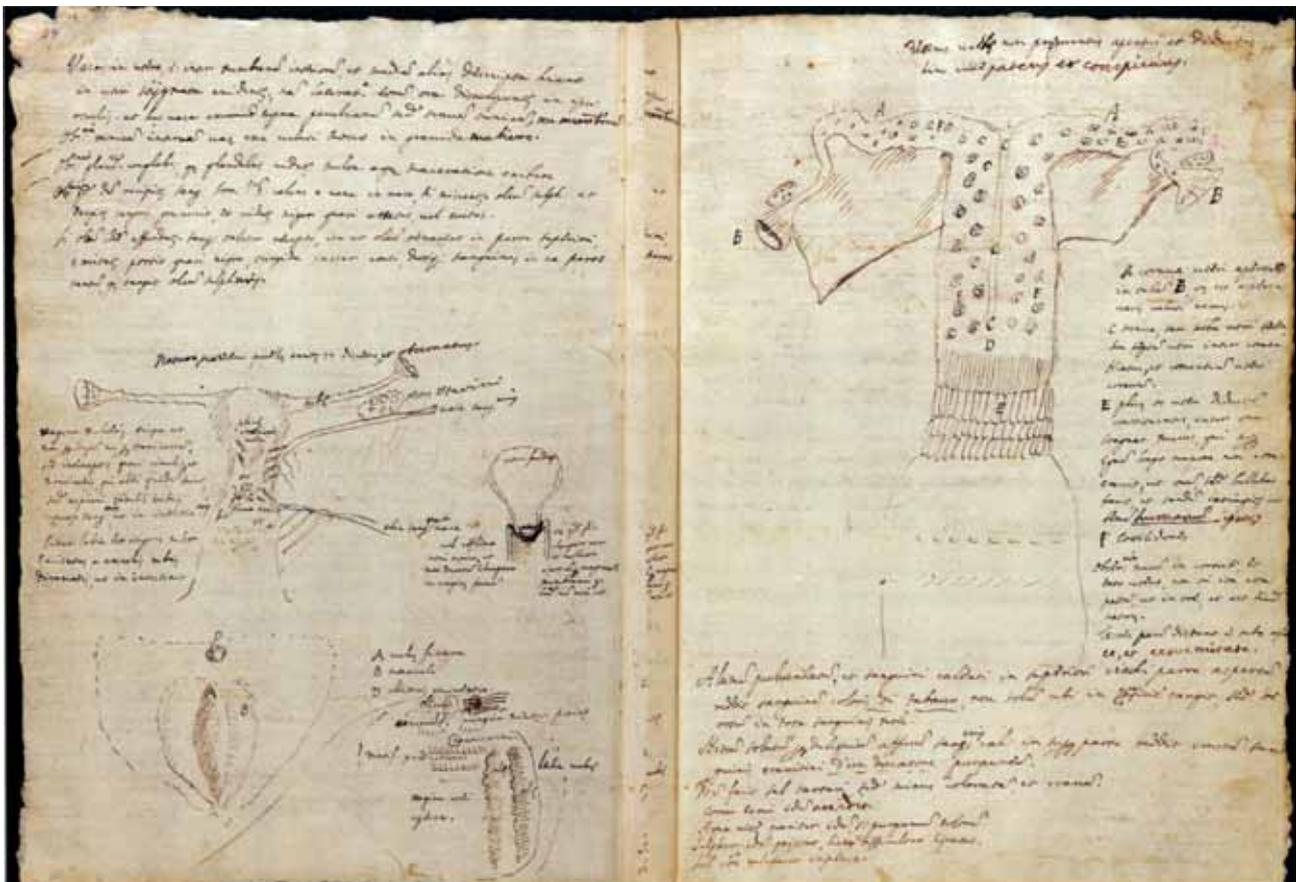
M. Malpighi, *Opera Posthuma*, Venetiis, 1698

parato digerente, ed in particolare delle sue prime vie, con geniali osservazioni sulla lingua, ove evidenziò i corpi papillari che indicò essere gli organi del gusto; altre fondamentali scoperte sullo stomaco, l'intestino e sulla struttura ghiandola del fegato. Grandi pure le ricerche sul polmone, ritenuto fino allora un viscere carnoso, dotato di natura sanguigna e temperamento caldo-umido, che dimostrò essere invece un aggregato di alveoli membranosi, comunicanti con le ultime ramificazioni bronchiali, circondati dalla rete capillare che stabiliva la comunicazione, fino allora inutilmente cercata, fra sistema arterioso e venoso. Illustrò così chiaramente la struttura lobulare del polmone ed i rapporti degli alveoli, la cui parete divide l'aria dal sangue circolante, interpretando così il meccanismo della respirazione. Studiò la struttura della milza, la composizione del sangue in cui distinse la parte sierosa da quella dei

corpuscoli rossi, la struttura del cervello ed in particolare della sostanza corticale, dimostrando anche che la sostanza bianca del sistema nervoso consiste in fasci di fibre, da lui considerate come canali molto lunghi e sottili, ripieni di un liquido, il fluido nerveo secreto dalla sostanza grigia, che collegano la corteccia con il midollo spinale. Preziose pure le scoperte sui reni, dimostrando che nei glomeruli si compie la secrezione urinaria non come un semplice filtro, ma come vera separazione degli elementi del sangue; indagò la cute, scoprendo le papille



Ritratto di M. Malpighi, in *Opera Posthuma*, Venetiis, 1698,



Marcello Malpighi, *Natura, seu uterus puellae annorum 17 [...]*
Disegni a penna con annotazioni autografe - B.U.B. ms. 2085, II, cc. 25v-26r

che ebbero poi il suo nome, le ghiandole ed il sistema linfatico e descrisse esattamente la cellula come unità fondamentale di ogni essere ed organo vivente.

Malpighi si interessò anche di embriologia, studiando al microscopio lo sviluppo dell'uovo incubato di gallina; fu naturalista e zoologo:

studiò i vermi ospiti dell'uomo, gli insetti, i pesci, il baco da seta, i rettili. Fu anche un grande botanico e fondamentali rimangono i suoi lavori sull'anatomia delle piante, la circolazione della linfa e la struttura delle cellule vegetali.

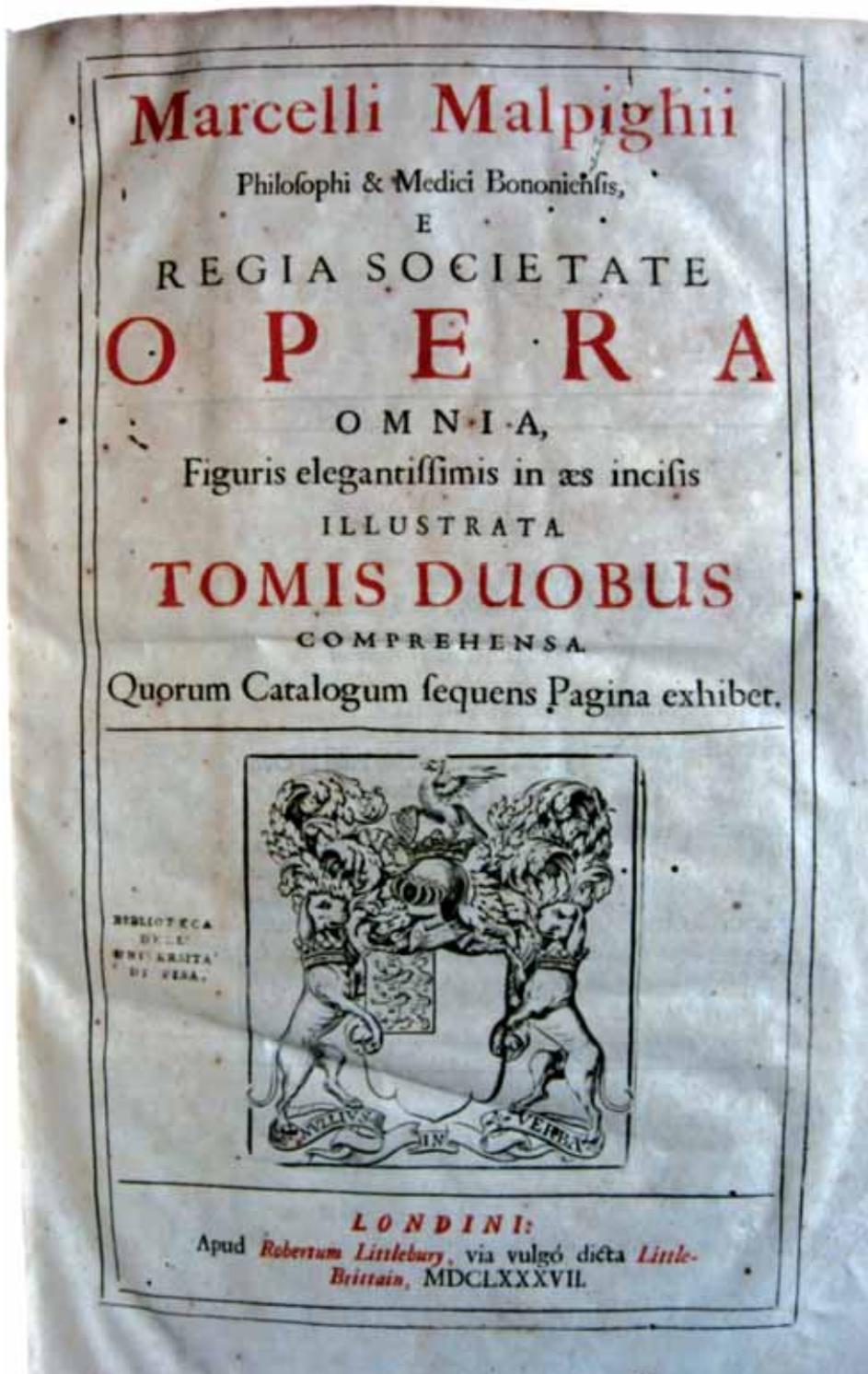
Fu il più grande microscopista di quel secolo, creatore degli studi

istologici; tanti anche i suoi consulti medici, che dimostrano anch'essi il suo infinito amore per lo studio e la ricerca della verità, ed in questo campo fu convinto seguace del principio ippocratico di imitare il più possibile la natura.

Fra le sue opere pubblicate, ricordiamo la memoria sulla struttura

dei polmoni, stampata a Bologna nel 1661, la storia di una febbre epidemica osservata a Pisa nel 1661 (in collaborazione con il Borelli); i lavori *De lingua* e *De cerebro* editi a Bologna nel 1665; il *De formatione pulli in ovo* del 1673, l'*Anatome plantarum idea*, apparsa a Londra in due parti, nel 1675 e nel 1679. Tutte le opere del Malpighi furono poi raccolte e stampate a Londra in due volumi nel 1686; mentre le opere postume, precedute dalla sua vita, furono editate ancora a Londra nel 1687 e pochi anni dopo sia a Venezia che a Amsterdam. Seguirono poi altre edizioni successive. La maggior parte dei suoi manoscritti è conservata in sedici volumi nella Biblioteca Universitaria di Bologna.

Di carattere semplice e mite, condusse una vita interamente dedicata allo studio, in cui portò un nuovo modo di ricercare; ebbe molti avversari, invidiosi e malevoli, che non sopportarono le sue scoperte che il microscopio faceva vedere; acuto indagatore della natura, convinto del metodo galileiano, con i suoi studi e le tante scoperte contribuì notevolmente al progresso scientifico della sua epoca.



M. Malpighi, *Opera Omnia*, Londini, 1687

Parma 5 ottobre XIV Seminario Nazionale: Nutrizione e Salute

Nell'attuazione del programma di educazione sanitaria l'AMMI ha organizzato tramite la locale Presidente Mariangela Rinaldi Cianti il 5 ottobre a Parma il XIV° Seminario Nazionale sul tema "Nutrizione e Salute".

La scelta di Parma non è stata casuale; nel suo comprensorio sorgono numerose industrie alimentari, prime fra tutte la Barilla, la Parmalat, il Consorzio del Parmigiano; le partecipanti al Seminario hanno potuto visitare le Industrie della Barilla.

Per la sezione di Pisa hanno partecipato al seminario oltre la sottoscritta, la Segretaria Delia Tongjani e le componenti del Direttivo Nuccia Caldarazzi e Letizia Soldani.

Un primo gruppo di relazioni ha interessato l'alimentazione infantile e in adolescenza.

L'obesità infantile sembra diffondersi in maniera preoccupante anche nel nostro paese predisponendo i nostri ragazzi a importanti patologie future che ovviamente avranno le loro ricadute sociali ed economico-sanitarie.

Secondo i dati elaborati dalla "International of Obesità Task Force" (organismo internazionale con sede a Londra) nel nostro paese il 31-32% dei bimbi tra i 7 e gli 11 anni soffre di problemi di sovrappeso o obesità, con la punta del 33% in aree come la Sicilia.

Educare i ragazzi ad una sana e equilibrata alimentazione significa garantire loro un futuro migliore ed evitare aggravii finanziari per il nostro Servizio Sanitario.

E' stato affrontato anche il tema della Celiachia, l'intolleranza al glutine. E' un fenomeno in espansione, ma la possibilità di disporre alimenti privi di glutine non limita la vita di coloro che ne sono interessati. Dal punto di

vista sociale è importante che si incrementi il numero dei ristoranti che forniscono cibi privi di glutine per evitare la ghettizzazione dei celiaci. Fra i temi trattati non poteva mancare quello sul "Diabete e nutrizione"; il diabete è una alterazione metabolica caratteristica della nostra società opulenta, in gran parte dipendente da una scorretta e sconsiderata alimentazione. Una corretta informazione nutrizionale comporta una significativa prevenzione di questa malattia che ha un decorso subdolo e insidioso fino a determinare danni importanti al sistema cardiocircolatorio, ai reni, agli occhi.

"Sicurezza alimentare e salute: un matrimonio inscindibile" è stata la relazione conclusiva di questo Seminario.

La nostra Sezione di Pisa desidera dare un seguito a questo argomento così importante trattato in questo Seminario e il Direttivo ha approvato un Corso di educazione sanitaria sull'alimentazione che si articolerà in varie lezioni. Le lezioni saranno tenute da esperti in materia e tratte-

ranno i vari aspetti di una alimentazione corretta, ma anche quelli patologici. Infatti oltre ai temi dell' "Informazione e Nutrizione corretta" e "Rete e alimentazione", si tratteranno quelli su "Allergie e Intolleranze alimentari" e sulla "Celiachia".

La nostra iniziativa desidera ottemperare anche alle indicazioni della Giunta Regionale che ha varato delle linee guida sulla sorveglianza nutrizionale sul principio che la prevenzione è la prima arma contro l'obesità.

Nella nostra Regione Toscana la percentuale della popolazione obesa è stimata in un valore dell'8,8%, inferiore comunque al valore nazionale del 9,8%.

La Giunta Regionale nelle sue linee guida suggerisce un "approccio multisettoriale" del problema obesità e in particolare dell'obesità infantile con varie iniziative: campagne informative, diffusione di sport e diete alimentari sane ma anche "piacevoli". E' gratificante rilevare che le nostre iniziative si muovono in sintonia con le direttive della Giunta Regionale.





ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



Acqua Minerale Naturale

ULIVETO

Aiuta la Digestione

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

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

