

PisaMedica

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

In questo numero:

**Gestione integrata
delle lesioni cutanee:
un modello regionale**

*M. Romanelli - V. Dini - C. Brilli - P. Barachini
Clinica Dermatologica - Università di Pisa*

**Quota B del Fondo Generale:
odontoiatri o
liberi professionisti?**

*F. Pancani
Dip. Endocrinologia e Metabolismo - Sez. Malattie
del Metabolismo e Diabetologia Università di Pisa*

**Ischemia cerebrale transitoria:
un campanello d'allarme**

*L. Ferrini Dirigente Medico Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza A.O.U.P.*

*E. Orsitto Direttore Dipartimento
Emergenza-Urgenza A.O.U.P.*



Dalla Tradizione Alla Innovazione



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



associazione farmaceutici industria



Farmindustria

FEDERCHIMICA

Assobiotec

Associazione Nazionale
per lo sviluppo delle biotecnologie

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

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

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

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

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

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

RU 86 ai medici di base: a casa non c'è sicurezza

L'Interruzione Volontaria della Gravidanza è da tempo legge dello Stato. Una scelta che ha messo ordine in un settore in cui anche il ruolo del medico, nell'impossibilità di rivestirne uno operativo e reale, rischiava sempre più di essere nullo o addirittura passivo. L'introduzione poi della RU 486, ovvero l'aborto farmacologico, è stata una realtà tecnica, di fatto integratasi nel supporto medico - assistenziale per le stesse finalità. Il principio dunque ispiratore della 194, anche con questa variante, rimane a nostro avviso inalterato, dati i medesimi fini che tutelano la figura della donna.

Dobbiamo però sottolineare che come ogni farmaco, anche la RU 486 non sia priva di effetti collaterali significativi che hanno riguardato oltre il 20% delle donne che ne hanno fatto ricorso.

Prima di giungere ad una valutazione, l'invito ai colleghi è quello di guardare le esperienze di Paesi, ben lontani ma non inferiori come cultura, quali Cina ed India. Nella Repubblica Popolare Cinese, l'aborto farmacologico era già stato introdotto nel 1991, per motivi ovviamente legati al problema d'incremento demografico, certo non presente in Italia. Ebbene, dopo dieci anni di validità, questa prassi è stata bloc-

cata ed inserita nelle competenze della medicina ospedaliera, a causa di tutta una serie di effetti collaterali, in primis le emorragie, verso le quali difficile era la possibilità d'intervento da parte dei medici di base nell'arco continuo delle 24 ore.

Da qui, un'opportuna riflessione. L'arte medica esiste, da noi come in Cina, diciamo da sempre. Forse il nostro mondo è più avanzato in taluni settori sul piano tecnologico. Ma a conti fatti, la figura dell'operatore di base è quella che si avvale di un'esperienza certo profonda, comunque non di mezzi necessari per fronteggiare nella qualità e nella durata un possibile evento collaterale, fra altri, come l'emorragia.

Per questo, pur ritenendo la RU 486, una opportunità in più a disposizione della donna, sarebbe altresì opportuno che questa venisse somministrata solo e soltanto in ambiente "protetto" (ospedale o casa di cura), evitando la libera distribuzione (pur dietro prescrizione) nelle farmacie, a salvaguardia della salute del paziente.

Ecco dunque, la conclusione: d'accordo sul principio, ma non è su quello che si può garantire la sicurezza. Inutile, cioè, correre rischi ampliando le competenze del medico di base, ben sapendo che ha soltanto due braccia.

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini,
Stefano Bascià

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

Coordinamento redazionale
Paola Simoncini

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

*L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
della provincia di Pisa augura a tutti gli iscritti
e ai lettori della rivista
un Sereno e Gioioso 2008*

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.

Autorizzazione Ambulatori e Studi Medici



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà"

SETTORE ASSICURAZIONE QUALITA'

Prot. n. AOO-GRT/ 304187 /125.4.11
Da citare nella risposta

Data 22/11/2007

Allegati

Risposta al foglio del numero

Oggetto: L.R. 12 novembre 2007, n. 56: modifiche alla legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento)

Si porta a conoscenza dei soggetti in indirizzo che con LR. 12 novembre 2007, n. 56, pubblicata sul BURT n. 38 del 21 novembre 2007 - parte prima, sono state introdotte alcune modifiche alla L.R. 8/99. Appena predisposto il testo coordinato, sarà cura di questo Settore renderlo disponibile sul sito regionale (www.salute.toscana.it - parliamo di autorizzazione e accreditamento ---> approfondimenti).

A supporto della lettura della nuova normativa si trasmettono le seguenti prime informazioni in merito.

www.regione.toscana.it
www.salute.toscana.it

referente: Loredana De Simio
50139 Firenze, Via Taddeo Alderotti 26/N
Tel. 055-438.3233 Fax 055-438.3232
loredana.desimio@regione.toscana.it

Le finalità della modifica di legge sono tre:

1°. differenziare le procedure per l'autorizzazione previste dall'art. 5 della L.R. 8/1999 per gli studi professionali, prevedendo, per le attività meno complesse o a bassa invasività, in luogo dell'autorizzazione la dichiarazione di inizio dell'attività (DIA);

2°. intervenire su alcuni punti specifici della legge regionale che avevano suscitato alcuni dubbi e difficoltà sul piano applicativo;

3°. introdurre alcune modifiche in termini di competenza istituzionale per rendere L.R. 8/1999 conforme alle nuove previsioni statutarie.

Inoltre, con la L.R. 56/07 sopramenzionata, il termine per l'adeguamento ai requisiti strutturali e impiantistici già stabilito per il 31 dicembre 2007, è stato prorogato al 31 dicembre 2009 (art. 14 L.R. 56/07).

PRIMA FINALITA'

La modifica principale introdotta è quella relativa alla differenziazione, nell'ambito degli studi professionali medici ed odontoiatrici, fra:

- quelli che, erogando prestazioni ad alta invasività, continuano ad essere assoggettati ad autorizzazione

con le procedure già previste,

- quelli che, erogando prestazioni a bassa invasività, sono invece tenuti a presentare al Sindaco la dichiarazione di inizio dell'attività (DIA).

Per l'identificazione in concreto delle fattispecie da assoggettare all'uno o all'altro regime, la legge rinvia ad un successivo regolamento attuativo.

In merito si fa presente quanto segue:

1. i professionisti già in esercizio che hanno presentato, entro la scadenza del 31 marzo 2006, ai sensi della DGR n. 197 del 20/03/2006, la sola domanda di autorizzazione, riservandosi di fornire le ulteriori specificazioni successivamente, non devono fare altro che attendere il regolamento attuativo e i successivi atti regionali che chiariranno gli adempimenti necessari a regolarizzare la richiesta di autorizzazione. Analogamente i relativi procedimenti autorizzativi, giacenti presso i Comuni, potranno essere avviati solo a seguito degli atti regionali di attuazione della L.R. 56/07;

2. l'art. 16, norma transitoria, della L.R. 56/07, consente ai professionisti già in esercizio che, pur essendo tenuti a farlo, non hanno presentato la domanda nel termine di cui al precedente paragrafo, di presentarla, se pur tardivamente, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge stessa (4 marzo 2003), al sindaco del comune competente;

3. i professionisti già in possesso di autorizzazione, che a seguito degli atti attuativi della L.R. 56/07, abbiano verificato che il proprio studio rientra fra quelli assoggettati a DIA, potranno mantenere l'autorizzazione o chiederne la trasformazione in DIA fino al termine dei tre anni dal rilascio dell'autorizzazione stessa (l'art. 9, comma 4 della L.R. 8/99 prevede, infatti, con periodicità triennale, la verifica del mantenimento dei requisiti mediante autocertificazione). Dopo tale termine, acquisito quindi che il proprio studio non è soggetto ad autorizzazione, dovranno presentare la DIA;

4. prima dell'entrata in vigore del regolamento, previsto dalla L.R. 56/07 e contenente i requisiti degli studi professionali medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni ad alta o a bassa invasività. L'apertura di nuovi studi o il verificarsi di una delle fattispecie di cui all'articolo 6, comma 2 della L.R. 8/1999 è subordinata alla presentazione, da parte del richiedente, della sola dichiarazione di apertura dello studio o altra fattispecie che attesti il rispetto di idonee condizioni igienico sanitarie delle procedure di disinfezione e sterilizzazione e il possesso della dotazione minima per la gestione dell'emergenza, corredata dai dati identificativi dello studio stesso;

5. alla data di entrata in vigore della L.R. 56/07 (6 dicembre 2007), i procedimenti in corso per l'apertura di nuovi studi o per il verificarsi di una delle fattispecie di cui all'articolo 6, comma 2 della L.R. 8/1999, restano sospesi. A partire dalla stessa data, come previsto al punto 4, è sufficiente, negli stessi casi, la presentazione della sola dichiarazione di apertura dello studio o altra fattispecie che attesti il rispetto di idonee condizioni igienico sanitarie, delle procedure di disinfezione e sterilizzazione e il possesso della dotazione minima per la gestione dell'emergenza, rinviando per i dati identificativi dello studio, alla domanda già presentata;

6. dopo l'entrata in vigore del regolamento, previsto dalla L.R. 56/07 e contenente i requisiti degli studi professionali medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni ad alta o a bassa invasività, gli studi di cui ai punti 1, 2 e 4 sono ammessi a presentare domanda di autorizzazione, o, ricorrendone i presupposti, dichiarazione di inizio attività, entro i termini stabiliti dal regolamento.

Con riguardo al punto 5, nel caso di studio che eroga prestazioni di alta invasività sarà dato seguito al procedimento precedentemente sospeso, nell'altro caso sarà presentata una DIA.

Si invitano, quindi, gli ordini professionali, l'ANDI e l'AIO a dare informazione il più possibile capillare di quanto sopra descritto, con particolare riguardo alla scadenza (4 marzo 2008) prevista al punto 2.

SECONDA FINALITA'

Si è intervenuto su alcuni articoli specifici tra i quali si segnalano:

- l'art.6, che a seguito della modifica, prevede espressamente, come soggetta ad autorizzazione, anche la trasformazione di locali, in struttura sanitaria già autorizzata, accanto a quelle di ampliamento e riduzione citate dall'art. 6, comma 2, lett. e);

- l'art. 9, che a seguito della modifica, prevede che i Comuni diano comunicazione: alla Direzione generale "Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà", al Servizio Informativo dell'Azienda USL di competenza ed all'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri, dell'avvenuta verifica triennale del mantenimento dei requisiti mediante autocertificazione;

• l'art. 11, che a seguito della modifica, prevede che il cambio di titolarità della struttura sia oggetto di semplice comunicazione al sindaco anziché, come prima previsto, di autorizzazione. In conseguenza della nuova disposizione i Comuni danno comunicazione: alla Direzione generale "Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà", al Servizio Informativo dell'Azienda USL di competenza ed all'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri, della variazione della titolarità della struttura;

• l'art. 12, che a seguito della modifica:

- introduce, con riferimento alle strutture previste dall'art. 1, comma 1, lettera a), punto 3), (strutture che erogano prestazioni di ricovero in fase post—acuta a ciclo continuativo e diurno) la possibilità che le funzioni di direttore sanitario siano svolte, in quanto compatibili, da operatore in possesso di requisiti diversi da quelli previsti dall'art.12, commi 2 e 3;
- consente che il requisito del possesso da parte del direttore sanitario della specializzazione, possa essere esteso alla disciplina equipollente con esclusione della disciplina affine;
- elimina il limite dello svolgimento delle funzioni di direttore sanitario in non più di tre ambulatori e non più di un presidio di ricovero, prevedendo un orario congruo rispetto alle specifiche tipologie ed attività del presidio comunque non inferiore alle 12 ore settimanali per i presidi ambulatoriali ed alle 18 ore settimanali per i presidi di ricovero.

Con riguardo alla pubblicità sanitaria, a seguito del Decreto Legge 04/07/2006 n. 223 convertito con modificazioni nella Legge 04/08/2006 n. 248 (cosiddetto "Decreto Bersani") sono state abrogate le disposizioni previste dalla L. 175/92. E' stato pertanto riformulato l'art. 10 della L.R.8/99 prevedendo il rilascio dell'autorizzazione solo in caso di installazione di mezzi pubblicitari come le targhe, le insegne e i cartelloni stradali in quanto incidono sull'urbanistica e sull'edilizia pubblica e privata, secondo le modalità previste dai regolamenti urbanistici comunali per l'installazione di mezzi pubblicitari commerciali.

Per quanto attiene ai contenuti, la nuova norma stabilisce che la pubblicità sanitaria, in qualunque forma effettuata, è consentita nel rispetto dei criteri di veridicità, trasparenza e decoro definiti dagli Ordini e Collegi professionali competenti. In merito, quindi, non sarà più necessario acquisire preventivamente il nulla-osta dall'Ordine o Collegio professionale competente, non essendo più richiesta l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria. Gli Ordini e Collegi professionali, però, vigileranno sulla veridicità e la trasparenza dei messaggi pubblicitari, segnalando al Comune competente, con riguardo alle strutture e agli studi professionali cui si applicano le disposizioni della L.R. 8/99, le difformità riscontrate sulle quali interverrà il Comune stesso per la rimozione delle irregolarità e la comminazione delle sanzioni previste.

TERZA FINALITA'

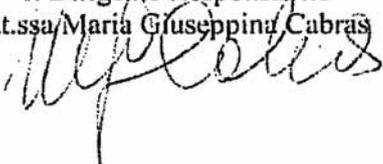
La competenza ad approvare i requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie, ed i requisiti, i manuali e le procedure per l'accreditamento, è stata spostata in capo alla Giunta regionale titolare, ai sensi dell'art. 42 del nuovo Statuto della Regione Toscana, del potere di adottare i regolamenti di attuazione delle leggi regionali.

Per quanto riguarda infine le competenze istituzionali degli enti locali, attualmente l'art. 7, comma 2, della L.R. 8/99 demanda alla Giunta il compito di "determinare, con propria deliberazione, le modalità e i termini per la richiesta e per il rilascio dell'autorizzazione". Con la legge 56/07, in attuazione dei nuovi principi introdotti dall'art. 63 dello Statuto, nell'art. 7 sono state più puntualmente evidenziate le esigenze di unitarietà sottese alla regolamentazione delle funzioni e dei procedimenti delegati, ed individuati i requisiti essenziali di uniformità di questi ultimi.

Lo scrivente Settore è a disposizione per ulteriori eventuali chiarimenti, che potranno essere richiesti contattando i seguenti numeri telefonici o indirizzi e-mail:

Loredana De Simio	055 4383233	loredana.desimio@regione.toscana.it
Manuela Fioretti	0554383522	manuela.fioretti@regione.toscana.it
Daniela Sandroni	055 4383335	daniela.sandroni@regione.toscana.it
Susanna Chiarini	055 4383561	susanna.chiarini@regione.toscana.it

Distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras


Fatturazione prestazioni sanitarie



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà"

SETTORE ASSICURAZIONE QUALITA'

Prot. n. AOO-GRT/ 304.200 /125.4.11
Da citare nella risposta

Data 22/11/2007

Allegati

Risposta al foglio del numero

Oggetto: fatturazione prestazioni sanitarie.

Si fa riferimento al quesito posto dal responsabile dell'U.F. Indirizzo e Vigilanza Strutture di ricovero ospedaliero e di diagnostica dell'Azienda USL 10 di Firenze in data 12 luglio 2007, prot. n. 100480. Partendo dal presupposto che in molte strutture sanitarie private le prestazioni vengono erogate da personale sanitario con un rapporto libero professionale, viene riferito che in alcuni casi le prestazioni invece di essere fatturate complessivamente al paziente dalla struttura, vengono fatturate in parte direttamente dall'operatore al paziente e in parte dalla struttura.

www.regione.toscana.it
www.salute.toscana.it

referente: Loredana De Simio
50139 Firenze, Via Taddeo Alderotti 26/N
Tel. 055-438.3233 Fax 055-438.3232
loredana.desimio@regione.toscana.it

Data la rilevanza dell'argomento si porta a conoscenza dei soggetti in indirizzo quanto segue. Ciascuna struttura sanitaria privata per poter erogare prestazioni sanitarie deve ottenere preventivamente l'autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune competente e per ottenere ciò deve dimostrare di avere tutti i requisiti previsti dalla normativa: strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi. L'autorizzazione viene rilasciata al gestore della struttura sanitaria privata che ha chiesto l'autorizzazione e che può essere una persona fisica o giuridica. Per il soddisfacimento del requisito relativo al personale non è rilevante che lo stesso sia legato alla struttura da rapporto di lavoro dipendente o libero professionale o altro, purché consentito dalle norme vigenti, quello che rileva è che la struttura disponga delle risorse umane richieste rapportate al volume e tipologia di prestazioni sanitarie erogate.

Tutto ciò premesso, solo chi gestisce l'attività sanitaria, sia esso persona fisica o giuridica, in quanto titolare dell'autorizzazione ad esercitare la suddetta attività, può fatturare le prestazioni erogate dalla struttura. Distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras

Gestione integrata delle lesioni cutanee: un modello regionale

Le lesioni cutanee acute e croniche, caratterizzate principalmente dalle ulcere da decubito, dalle ulcere degli arti inferiori secondarie a patologie vascolari e metaboliche e dalle ustioni coinvolgono un numero sempre maggiore di pazienti e statistiche recenti stimano che il 12% del totale dei ricoveri ospedalieri è riconducibile a questa patologia. L'emergenza di questo problema è direttamente correlabile a due fattori principali:

- aumento dell'età media della popolazione
- maggiore prevalenza patologie croniche degenerative.

L'entità del problema appare molto sottostimata e la gestione pratica viene ancora affidata alla libera iniziativa delle figure professionali coinvolte (medici e infermieri) senza una linea guida basata sull'evidenza medica e con sensibili ripercussioni economiche sul Sistema Sanitario Nazionale.

Le ulcere cutanee vascolari interessano circa l'1% della popolazione adulta con un'incidenza più bassa sotto i 40 anni e che va ad aumentare, raggiungendo il massimo, tra i 70 e i 90 anni, con maggior prevalenza del sesso femminile con un rapporto di 3:1. Le ulcere da decubito in Italia interessano l'8.6% dei pazienti ospedalizzati (1984) con un aumento di degenza di 69 giornate e con un costo terapeutico globale superiore a 2.500 milioni di euro. Il costo sociale di questa patologia è una caratteristica rilevante in ambito assistenziale se si considera l'assistenza in senso globale come indicato dalle linee di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità d'assistenza), dove componenti quali le risorse ed il costo sociale

hanno un peso non indifferente in un contesto di migliore assistenza o assistenza di qualità.

Il Decreto del Ministero della Sanità del 15 Ottobre 1996 (G.U. n. 14-18 Gennaio 1997) considera la presenza ed il numero di ulcere da decubito un parametro fondamentale per la classificazione qualitativa delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Si impone quindi una grande attenzione alla patologia ed ai relativi trattamenti. La cura razionale delle lesioni cutanee croniche rappresenta un settore della medicina estremamente complesso, basato sullo studio dei meccanismi fisiologici della riparazione tissutale e sulle differenti eziologie delle lesioni e non può quindi venire affidato alle pratiche eterogenee eseguite secondo esperienze personali o per una certa abitudine all'uso di alcuni presidi, in mancanza di idonei supporti scientifici.

Ulcere da pressione

Le ulcere da pressione sono molto frequenti nelle strutture preposte alle cure sanitarie in tutta Europa e colpiscono individui di tutte le età comportando elevati costi sia in termini di sofferenza umana che di impiego di risorse.

Con l'invecchiamento della popolazione ed il cambiamento nei modelli di malattia, questo problema è destinato a crescere a meno che non si adottino contromisure adeguate. Il rischio di insorgenza di ulcere da pressione deve essere portato all'attenzione di tutti gli operatori delle strutture sanitarie.

La maggior parte delle lesioni prodotte possono infatti essere prevenute e a tale scopo è importante mettere in atto strategie di educazione e prevenzione basate sui mi-

gliori risultati della letteratura scientifica a disposizione. I soggetti a rischio che necessitano prevenzione ed i fattori specifici che li espongono a rischio devono essere identificati. La valutazione del rischio deve essere un complemento alla valutazione clinica e non uno strumento isolato rispetto ad altri aspetti clinici. L'intera valutazione del rischio deve essere corredata da chiarificazioni che includono informazioni relative a: condizioni mediche generali, valutazione clinica della cute, mobilità, umidità ed incontinenza, stato nutrizionale e dolore.

La valutazione del rischio deve essere condotta immediatamente al momento in cui si presenta l'episodio di cura, tuttavia l'immediatezza di tale valutazione può essere pregiudicata dalla mancanza di informazioni prontamente disponibili.

Ogni soggetto a rischio di sviluppare ulcere da pressione deve essere cambiato di posizione se ciò è giudicato sicuro da un punto di vista medico. La frequenza del cambiamento di posizione deve essere coerente con gli obiettivi globali. Il cambiamento di posizione deve essere documentato in modo completo. Un posizionamento e un supporto corretti sono importanti per ridurre al minimo attriti e lacerazioni sia nel letto che sulla sedia.

Per evitare il contatto diretto tra prominenze ossee, come ginocchia, calcagni o caviglia, è necessario fare assumere al paziente posizioni corrette o adottare soluzioni quali cuscini o ausili di gomma piuma in conformità con il programma scritto. E' importante accertarsi che questi strumenti non interferiscano con l'azione di qualsiasi altra superficie di appoggio già utilizzata per minimizzare la pressione.

Il cambiamento di posizione del paziente deve essere tale da minimizzare l'impatto sulle prominenze ossee.

Valutare l'ulcera da pressione inizialmente in base alla sede, stadiazione, fondo della ferita, essudato, dolore e stato della cute perilesionale. Cura particolare deve essere posta nella individuazione di sotto-minature o tragitti fistolosi.

Rivalutare le ulcere da pressione quando possibile giornalmente o almeno settimanalmente. Se le condizioni del paziente o dell'ulcera tendono a deteriorare, rivalutare il piano di terapia prima della evidenza certa di segni di deterioramento. I metodi di debridement comprendono la tecnica chirurgica, autolitica, enzimatica, l'uso di larve o una combinazione di queste.

Il debridement viene definito come la rimozione di tessuto devitalizzato da una ferita.

Il razionale per la rimozione di questo tessuto è il seguente:

- rimuovere un terreno favorente l'infezione
- facilitare la riparazione tissutale
- migliorare la valutazione della profondità della ferita.

Il tessuto devitalizzato nelle ulcere da pressione deve essere rimosso se l'atto è appropriato con le condizioni generali del paziente e consistente con gli obiettivi del paziente.

Nei pazienti terminali la qualità generale di vita dovrebbe essere presa in considerazione prima di attivare il debridement di un'ulcera ed il metodo con il quale attuare questa operazione.

Le tecniche di debridement enzimatica e/o autolitica possono essere impiegate quando non è presente un'urgenza per il drenaggio o la rimozione di tessuto devitalizzato.

Se il debridement è indicato con urgenza, come in presenza di cellulite o sepsi ingravescenti, allora il debridement chirurgico dovrebbe essere utilizzato.

Un'escara secca non necessita debridement se non sono presenti

edema, eritema, secrezione o fluttuazione. L'escara secca può essere rimossa con medicazioni che promuovono l'ambiente umido per favorire l'autolisi. Fra queste medicazioni sono inclusi gli idrogeli e gli idrocolloidi.

Le ulcere da pressione devono essere valutate giornalmente per monitorizzare le complicanze delle lesioni che potrebbero richiedere il debridement.

E' necessario prevenire o gestire il dolore associato con il debridement chirurgico.

Detergere le ulcere in base alle necessità con acqua corrente o con acqua potabile o con soluzione salina.

Utilizzare una minima forza meccanica nella deterzione o irrigazione di un'ulcera. L'uso del getto d'acqua della doccia è appropriato. L'irrigazione può risultare utile per detergere un'ulcera cavitaria.

Gli antisettici non dovrebbero essere utilizzati di routine per detergere le ulcere, ma possono essere presi in considerazione quando la carica batterica deve essere controllata, dopo la valutazione clinica. Idealmente gli antisettici dovrebbero essere utilizzati solamente per un periodo di tempo limitato fino ad ottenere la deterzione dell'ulcera e la riduzione dell'infiammazione perilesionale.

Nella gestione locale delle ulcere è necessario utilizzare una medicazione che mantiene un ambiente umido nell'interfaccia tra ulcera e medicazione.

Determinare le condizioni dell'ulcera e stabilire gli obiettivi della terapia prima di selezionare una medicazione – es., stadiazione, fondo dell'ulcera, infezione, quantità di essudato, dolore, cute perilesionale, posizione e preferenze del paziente.

Le medicazioni dovrebbero essere mantenute in sede il più a lungo in base alle condizioni cliniche più adeguate ed in accordo con le raccomandazioni del produttore. La rimozione frequente può danneggiare il fondo della ferita. Le medicazioni che induriscono non dovrebbero

essere utilizzate poiché possono causare traumi da pressione. Può essere necessaria una rimozione giornaliera delle medicazioni per assicurare che l'ulcera non stia peggiorando per un non corretto scarico della pressione.

La medicazione dovrebbe essere sostituita nel momento in cui non contiene più il materiale essudativo al suo interno od appare frammentata, poiché viene così a mancare l'effetto barriera contro le contaminazioni esterne. Se questo accade con frequenza può essere appropriato ridiscutere la scelta della medicazione.

L'impiego di un protocollo per le ulcere basato su una buona evidenza permetterà di evitare cambi di medicazione non necessari.

Un'osservazione regolare dimostrerà i progressi della riparazione ed un'eventuale necessità di cambiare gli obiettivi della terapia.

Se è presente materiale purulento od odore sgradevole, saranno necessari una deterzione più frequente e possibilmente anche un debridement.

Tutte le ulcere da pressione sono colonizzate. Quindi non è necessario eseguire un tampone di routine. Se sono presenti segni clinici di infezione sarà necessario eseguire un esame colturale. Seguire i consigli del patologo o del microbiologo.

Quando sono presenti segni clinici di infezione che non rispondono alla terapia devono essere eseguiti esami radiologici per escludere un'osteomielite o infezioni articolari.

Istituire, quando necessario, una terapia antibiotica sistemica per i pazienti con batteriemia, sepsi, cellulite ingravescente od osteomielite.

Gli antibiotici sistemici non sono richiesti per le ulcere da pressione che presentano solamente i segni clinici di infezione.

Proteggere le ulcere da pressione da agenti esterni contaminanti. Nella gestione delle ulcere da pressione è necessario tenere isolati i materiali solidi e liquidi di evacua-

zione corporea od attuare un regime adeguato per l'ambiente di cura e per le condizioni del paziente.

Integrazione Ospedale – Territorio

Negli anni recenti si è assistito a un importante cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'aumento della frequenza di patologie croniche (quali ad esempio le patologie neurologiche, cardiovascolari, tumorali) ha condotto ad una progressiva necessità di assistere il paziente dopo la dimissione dall'Ospedale ed a un prolungamento del bisogno di assistenza anche quando le cure non sono più possibili.

In questo nuovo modello il cittadino "viaggia" spesso attraverso una molteplicità di strutture, ma purtroppo è ancora poco frequente il caso in cui le organizzazioni sanitarie riescono a sviluppare e applicare metodi omogenei di valutazione dei bisogni e strumenti efficaci di integrazione tra Ospedale e comunità. Nell'assistenza dei pazienti con patologie croniche la posizione centrale dell'individuo rispetto alle sue scelte di vita e l'importanza di salvaguardare un'accettabile autonomia decisionale richiede da parte degli operatori sanitari un'attenta e costante attenzione. L'operatore deve quindi possedere conoscenze e competenze adeguate alla collaborazione con altre figure professionali e con altri livelli organizzativi. La gestione dei pazienti con ulcere cutanee presso la Clinica Dermatologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) prevede un servizio di consulenza per il nucleo familiare del paziente al fine di ottimizzare le cure domiciliari dopo la dimissione dal reparto ospedaliero. E' inoltre in fase di realizzazione un collegamento del territorio con il centro di riferimento attraverso strumenti multimediali, che consentono un monitoraggio a distanza ed eventuale risoluzione dei problemi più urgenti a carico del paziente.

Dal Novembre 2002 è stato istituito



Foto 1 Visita basale Pioderma Gangrenoso ulcerativo alla gamba sinistra



Foto 2 Dopo 4 mesi di terapia con farmaci biologici

un servizio permanente di assistenza a pazienti con "Ferite difficili" all'interno della AOUP, con ambulatorio giornaliero e servizio di consulenza nei reparti ai pazienti allettati non trasportabili. La frequenza di richiesta di consulenze è andata crescendo con un incremento progressivo nel corso dei mesi.

Il bacino di utenza si è modificato nel corso dei mesi di attività del servizio ferite difficili, mostrando un crescente afflusso dei pazienti da fuori provincia e regione.

Il servizio è in grado di proporre al paziente le più moderne tecnologie di riparazione tissutale attualmente presenti sul mercato, avvalendosi di presidi ed ausili a disposizione della AOUP e gestibili anche a letto del paziente nel reparto di origine. Il servizio assistenziale ambulatoriale gestisce i pazienti esterni con un bacino di utenza che interessa la provincia di Pisa ed il territorio dell'Area Vasta.

L'adozione di criteri guida, validati dal punto di vista scientifico ed accettati dall'equipe multidisciplinare, consente una diffusione omogenea delle conoscenze ed abilità in merito all'utilizzo di presidi ed ausili (superfici antidecubito), consentendo la base di stesura di capitolati di gara relativi all'acquisto e noleggio di materiale per l'intera Azienda Ospedaliera.

Ricerca e Riparazione Tessutale

Nel settore più avanzato della ricerca in riparazione tissutale l'obiettivo più perseguito negli ultimi anni è stato quello di modificare e/o ripri-

stinare la matrice extracellulare. In questa direzione sono state create medicazioni che vengono definite biologiche od attive e che contengono i principali attori della sintesi di matrice extracellulare ed in particolare: collagene, acido ialuronico, chitosani. I risultati sono molto confortanti in particolare nelle lesioni croniche di difficile guarigione, dove la matrice risulta deteriorata e non è in grado di promuovere la crescita di cellule dermo-epidermiche. Recentemente una proteina di derivazione animale, la amelogenina, che è già in uso in campo odontostomatologico, è stata utilizzata su lesioni croniche, mostrando una notevole efficacia, ma soprattutto un'azione di tipo farmacologico, con un incremento della guarigione ogni volta che veniva applicata. La veicolazione di questi prodotti attivi risulta essere sempre più vicina alle comuni medicazioni avanzate, consentendo all'operatore una gestione semplice e con minimi requisiti in termini di trasporto ed applicazione.

Le lesioni cutanee acute e croniche hanno ricevuto negli ultimi anni maggiore attenzione anche da parte del settore della ingegneria tessutale con evidenti vantaggi in termini di guarigione e contenimento dei costi della spesa sanitaria nazionale. La possibilità di prelevare al paziente un piccolo frammento di cute ed espanderlo in laboratorio fino ad ottenere un lembo di cute utile a coprire la sede di lesioni, è oggi una pratica standardizzata ed in continua evoluzione tecnologica.

I costi di realizzazione di cute ingegnerizzata all'interno di un laboratorio dell'Azienda Ospedaliera sono estremamente contenuti (1/10) rispetto all'offerta dell'industria. E' quindi essenziale che un servizio di riferimento regionale per la cura e l'assistenza di ferite difficili possa proporre all'utenza la gestione di lesioni di natura complessa attraverso l'applicazione di prodotti dell'ingegneria tessutale. In questo senso è in corso di attivazione un laboratorio di colture cellulari all'interno del presidio di Cisanello della AOUP, che si avvale della competenza di biologi e ricercatori e che con opportuna messa a norma, secondo la normativa vigente, può essere in grado in tempi brevi di offrire prodotti modulabili per varie tipologie di ferite. Questo servizio può rendersi disponibile per tutto il territorio dell'Area Vasta.

I tre livelli di progressione della ricerca in riparazione tessutale possono essere considerati complementari l'uno con l'altro, per il fatto che non si escludono ma anzi possono trovare una sinergia di azione nella gestione delle lesioni croni-

che. Certamente nuove acquisizioni dal punto di vista eziopatogenetico potranno consentire l'attuazione di terapie sempre più mirate ed efficaci

Educazione Continua in Medicina ed Attività di Formazione

Il progetto "Ferite difficili" prevede inoltre lo sviluppo di attività di formazione, intesa nella sua accezione più ampia ovvero come attività volta alla crescita continua delle competenze professionali del personale dipendente e al trasferimento di queste conoscenze e capacità ad altre figure professionali, siano esse nello stadio iniziale del loro percorso lavorativo che nella fase di aggiornamento e/o riqualificazione professionale. La costituzione e lo sviluppo di un'attività di formazione implica la individuazione di un modello culturale dominante e riconoscibile, la creazione di alleanze strategiche con un ristretto numero di partner, la identificazione del corpo docente, la creazione di una struttura permanente per il supporto organizzativo e l'uso delle tecniche di comunicazione per otti-

mizzare la diffusione delle conoscenze. E' importante sottolineare come anche in Italia si sia imposta l'esigenza di accreditare i professionisti sanitari attraverso lo strumento della ricertificazione basata sui crediti formativi.

Nel corso del 2001 è stata attivata a Pisa, con il patrocinio dell'Università e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, una Scuola Italiana di Riparazione Tessutale (www.Sirtes.it) a numero chiuso, che ha ricevuto ampi consensi sia nel settore medico che in quello infermieristico e che è giunta alla sua VII edizione nel 2007. La Scuola continuerà il suo percorso formativo con due sessioni annuali (primaverile ed autunnale) mantenendo la sede a Pisa ed impegnandosi a rafforzare e promuovere questa iniziativa in ambito regionale e nazionale.

E' inoltre in corso di svolgimento all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana un corso di formazione per il personale medico ed infermieristico della stessa Azienda, della provincia di Pisa e dell'Area Vasta costiera.

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

La granulocitoafèresi nelle malattie infiammatorie

Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino stanno attirando sempre maggior interesse da parte dei clinici e della popolazione in considerazione dell'aumento della loro incidenza e dell'impatto sociale che determinano. Nonostante i progressi che si sono verificati in questi ultimi anni, l'eziopatogenesi delle malattie infiammatorie permane non chiara, ma si ipotizza un'amplificazione e perpetuazione di processi infiammatori che a loro volta coinvolgerebbero il sistema immunitario.

Dal momento che la causa della malattia è ancora sconosciuta, non esiste una terapia per la guarigione; attualmente è possibile, mediante farmaci noti da anni, bloccare solo la fase acuta e cercare di mantenere il paziente per il maggior tempo possibile nella fase di remissione. Non sorprende pertanto il tentativo di trovare nuovi approcci terapeutici nella speranza di avere risultati che migliorino la qualità della vita dei pazienti.

Vista l'importanza dei processi infiammatori e immunologici in questa malattia, è stato recentemente proposto un presidio medico, la granulocitoafèresi, che avrebbe l'obiettivo di ridurre i processi immuno-infiammatori.

I pazienti con IBD, specialmente se in fase acuta, presentano un'infiltrazione di leucociti nella parete intestinale. Si tratta prevalentemente di granulociti neutrofili, monociti e macrofagi. I leucociti infiltrati nella mucosa, attraverso il rilascio di proteasi, radicali liberi dell'ossigeno e citochinine proinfiammatorie, innescano un processo a cascata che è responsabile delle lesioni morfologiche caratteristiche della RCU o del M. di Crohn. Questa infiltrazione viene inoltre favorita dalla presenza di immunocomplessi i cui livelli appaiono elevati nella mucosa infiammata.

Vista l'evidente relazione tra infiltrazione immuno-flogistica della parete intestinale e il danno della mucosa, è sorta l'ipotesi di migliorare l'andamento clinico delle IBD mediante la rimozione selettiva tramite afèresi dei fattori che favoriscono sia la flogosi che la reazione immunitaria.

Da ciò la proposta di utilizzare la granulocitoafèresi come sistema di filtraggio selettivo dei leucociti e come nuovo approccio non farmacologico per la rimozione dei leucociti attivati.

Il dispositivo per effettuare la granulocitoafèresi è un sistema monouso per afèresi extracorporea progettato per assorbire selettivamente dal sangue i granulociti, i monociti e macrofagi, lasciando inalterato il numero di linfociti, eritrociti e piastrine.

Il dispositivo è costituito da tre

componenti:

1. la cartuccia
2. il circuito ematico
3. la pompa ematica

1. La cartuccia è composta da sfere di acetato di cellulosa di 2 mm di diametro immerse in una soluzione salina isotonica sterile. Le sfere hanno una superficie in grado di assorbire selettivamente le cellule del sangue.

2. Il circuito è formato da linee ematiche contenute in un pannello di plastica chiuso ermeticamente al fine di conservare le linee sterili pronte all'utilizzo.

3. La pompa ematica ha lo scopo di mantenere il sangue in circolazione; inoltre contiene quattro unità funzionali che indicano il flusso, il tempo, la pressione del volume ematico e i relativi sistemi di allarme.

In caso di eccessivo aumento della pressione, o di mancanza di flusso come per es. nel caso di bolle di aria nel sistema, il tutto si arresta automaticamente.

Durante la seduta i leucociti si riducono approssimativamente del 20-40%, rispetto ai valori basali, recuperando il 45%-70% alla fine della sessione. In genere, comunque, dopo 2 ore dalla fine della applicazione vi è un recupero del 90-100%.

Al momento non vi sono informazioni sicure anche sull'assorbimento degli immunocomplessi ma la letteratura dimostra che questi sono assorbiti sulla superficie delle sfere di acetato di cellulosa.

La granulocitoafèresi, riducendo i fattori proinfiammatori favorirebbe anche una modulazione di quelli immunitari.

Rimuovere i fattori dell'infiammazione piuttosto che cercare di modificare la risposta immunitaria nel soggetto è una nuova interessante



fig. 1 Dispositivo per effettuare la granulocitoafèresi

possibilità che potrebbe essere utile in futuro. Con questa metodica, inoltre, si stimola il midollo a produrre cellule che, essendo meno mature, riducono di per sé l'infiammazione.

In questi ultimi anni, grazie all'introduzione di nuove possibilità terapeutiche, si è assistito ad un notevole sviluppo dei potenziali agenti terapeutici che hanno rilevato efficacia nelle IBD. Basti pensare agli anticorpi monoclonali e ai probiotici. Tuttavia il loro reale ruolo non è ancora chiaro; sembra che potranno difficilmente sostituire l'utilizzo degli steroidi specialmente nella fase acuta della malattia. Gli steroidi infatti sono i principali farmaci proposti nella fase acuta delle IBD sia per il loro ormai documentato affetto terapeutico sia per il loro basso costo. Tuttavia oltre il 40% dei pazienti non risponde o sviluppa cortico-dipendenza o cortico-resistenza. I farmaci proposti in alternativa, cioè azathioprina, 6-mercaptopurina, ciclosporina, infliximab, antibiotici, al di là dei frequenti effetti collaterali, hanno un'azione tardiva, talora momentanea, e spesso devono comunque essere associati agli

steroidi.

Le prime ricerche che dimostravano l'utilità della granulocitoafesi nelle IBD, provenienti prevalentemente dalla scuola Giapponese, risalgono alla metà degli anni '90. Per quanto i risultati potessero essere incoraggianti e stimolanti, non furono presi molto in considerazione perché spesso mancava il gruppo di controllo, veniva comunque continuata la terapia tradizionale e si ipotizzava un possibile ruolo dell'anticoagulante o placebo della circolazione extracorporea. Si deve giungere a questi ultimi anni per avere ricerche che confrontino la granulocitoafesi con gli steroidi, con il placebo e perfino con il megacolon tossico.

I dati confermano un miglioramento non solo clinico ma anche endoscopico e istologico.

Vi sono inoltre ricerche che rilevano che i livelli di citochinine, TNF- α , interleuchina 1 α , IL-2, IL-6, IL-8, interferone, plastrine e calprotectina fecale, alti prima della applicazione, sono significativamente ridotti alla fine della sessione; viceversa con la granulocitoafesi è stato dimostrato un effetto antiossidante ed un incremento delle sostanze antinfiammatorie quali IL-1 α , IL-10, IL-14.

Attualmente viene consigliata una seduta alla settimana, della durata di un'ora, per cinque settimane e la pratica è limitata ai pazienti che, pur avendo una fase clinicamente attiva della malattia, non rispondono alla terapia tradizionale. La letteratura riporta percentuali di remissione comprese tra il 60-70% dei soggetti trattati con la granulocitoafesi ma mancano dati certi su quanto la remissione possa



fig. 3 Colon prima della granulocitoafesi. Sono visibili vaste ulcerazioni ricoperte di fibrina



fig. 4 Stesso paziente dopo un ciclo di granulocitoafesi. Mucosa completamente guarita

persistere nel tempo. Le poche ricerche effettuate finora confermano tuttavia la tendenza ad una soddisfacente persistenza.

La metodica in mani esperte è priva di effetti collaterali, purtroppo il costo è ancora elevato, anche se competitivo, rispetto a quello degli anticorpi monoclonali.

La granulocitoafesi può essere utilizzata anche in altre patologie quali l'artrite reumatoide, la psoriasi e le ipercolesterolemie congenite. Attualmente la maggiore esperienza è stata effettuata in pazienti con rettocolite ulcerosa mentre sono minori i dati su soggetti con morbo di Crohn.

In conclusione la procedura è consigliabile nei pazienti corticodipendenti, nei soggetti che non tollerano i corticosteroidi, nei casi che non rispondono alla terapia tradizionale come alternativa anche in attesa di intervento chirurgico.

Pertanto al momento rappresentare una valida alternativa alle terapie attuali soprattutto se concentrata in strutture specialistiche come punto di riferimento e per ridurre i costi.

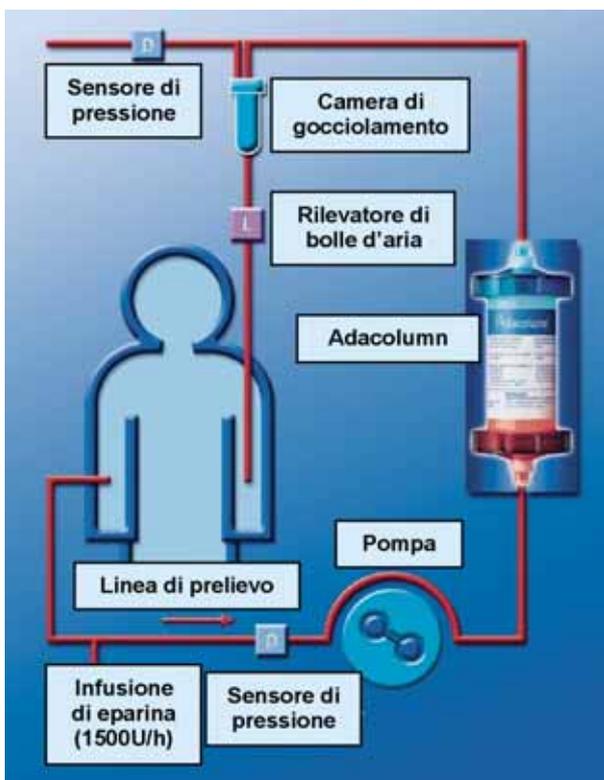


fig. 2 Schema del circuito ematico

Percorsi medici nel mondo della multidisciplinarietà

Avere a che fare con professionisti di altre discipline è un'esperienza complessa che passa da momenti difficili di comprensione e traduzione di linguaggi diversi a punti di arrivo estremamente gratificanti per gli obiettivi raggiunti. Tutto questo è in riferimento a nuove tecnologie e a nuovi dispositivi biomedicali.

Essere inseriti in programmi nazionali come la Nuova Ingegneria Medica (NIM) o in progetti europei tra strumenti della Società dell'Informazione, nanotecnologie e nanoscienze è al tempo stesso compito stimolante, ma anche impresa difficile.

Ci sono situazioni, infatti, in cui dobbiamo affrontare il punto di vista dell'ingegnere, del fisico o del chimico e calarci nella comprensione delle difficoltà dei loro processi di ideazione e di realizzazione, rischiando talora di dimenticarci di essere medici, altre in cui dobbiamo ribadire con energia le caratteristiche del corpo umano e le reazioni ipotetiche dell'organismo a qualsiasi aggressione od oggetto estraneo, ad altre infine in cui dobbiamo "insegnare" la centralità del paziente e l'obbligatorietà dell'etica.

Nel percorso di validazione di un dispositivo biomedicale è necessario sin dall'inizio che la squadra multidisciplinare coinvolta cominci a discutere e si confronti per la stesura del progetto.

Le fasi da percorrere comprendono, infatti, dopo la valutazione dello stato dell'arte dei dispositivi di settore, l'esame delle risorse disponibili (in termini di competenze) e delle necessità di applicazione (in termini di esigenze degli utilizzatori), il disegno del dispositivo, la sua ap-

plicabilità e l'analisi dei costi, se non una vera e propria analisi di mercato.

Nelle fasi di ricerca e sviluppo di un dispositivo, sono effettuati prima di tutto test su banco, noti per alcuni dispositivi come test in vitro, successivamente test ex vivo, su tessuti prelevati da animali già sacrificati, ed esperimenti in vivo soltanto

a definizione ultimata del disegno prototipale.

Nelle specifiche di definizione della struttura e dei materiali impiegati, va considerato prioritario il problema della biocompatibilità, intesa come la capacità di un materiale di rimanere inerte in un ambiente biologico, di non dare luogo a nessuna reazione tossica, allergica, can-





cerogenica. Va definita la sequenza delle fasi di un progetto in base alla verifica del disegno del dispositivo, alla sua ottimizzazione, alla verifica del funzionamento, alla valutazione della sicurezza ed all'analisi di rischio. Quest'ultima si identifica come tipico problema di biocompatibilità e pertanto prevede una stima di possibili malfunzionamenti minori o maggiori, la valutazione del rischio di lesioni lievi, gravi o di eventi fatali. E tutto questo ha peso diverso a seconda che si tratti di un dispositivo più o meno invasivo.

Per primo esempio ci fa piacere raccontare come in un progetto di ricerca di base, del programma strategico NIM, sul trattamento di patologie neoplastiche ed ipertrofiche mediante ipertermia indotta da onde elettromagnetiche, il nostro laboratorio di ricerca sperimentale sia stato una delle unità operative del progetto nazionale coordinato dal dott. Sandro Rossi del Policlinico S. Matteo di Pavia.

In questo percorso di validazione di dispositivi basati sulla radiofrequenza, la nostra unità operativa

doveva valutare il funzionamento di ago-elettrodi espandibili dotati di tre spirali e definire protocolli per applicazioni su fegato.

Visto l'impiego già da anni di dispositivi nell'uomo e l'assenza di modelli neoplastici nell'animale, consapevoli e ben attenti ai limiti legislativi ed etici in materia di sperimentazione animale, è stato stabilito un percorso di prove su organo ex-vivo su banco e solo in pochi esperimenti acuti in vivo. In tal modo è stata valutata la manovrabilità degli ago-elettrodi di nuova generazione, le dimensioni delle lesioni di termocoagulazione ottenute con la valutazione istologica della necrosi coagulativa e della perdita dell'organizzazione delle filiere di epatociti nelle zone circostanti.

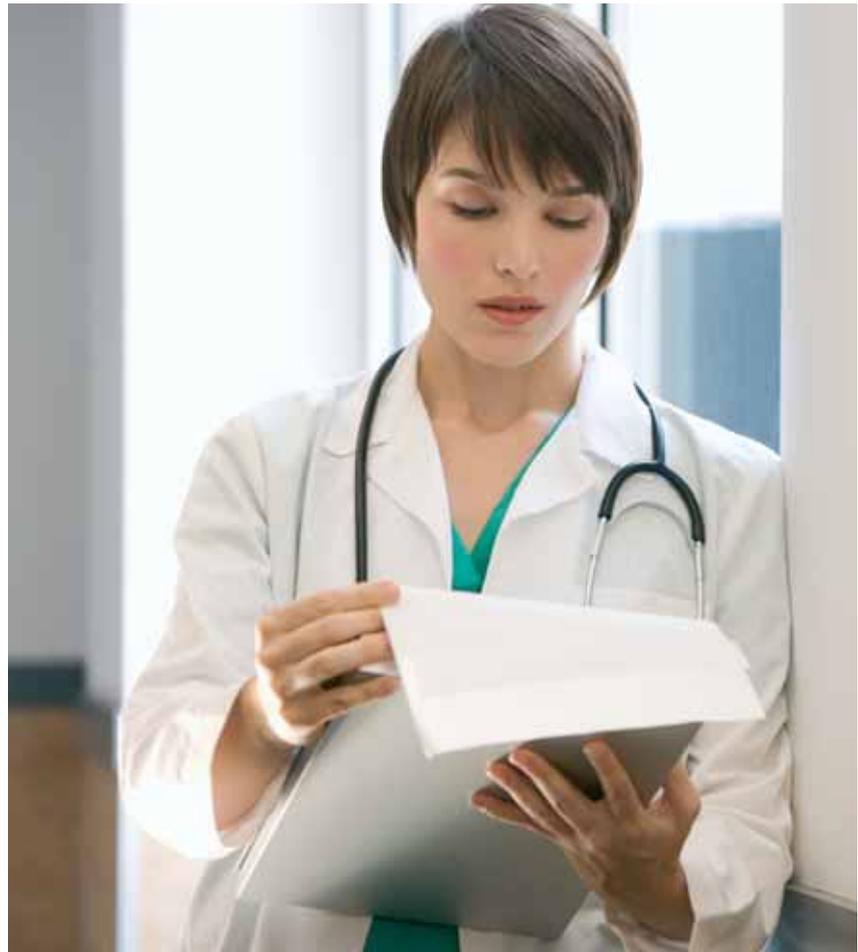
A fine progetto non eravamo però soddisfatti del lavoro fatto e ci sembrava che mancasse qualcosa per concludere un programma di rilievo nazionale e fare il punto su tutti gli elementi di ricerca applicata e di prospettive terapeutiche che l'esperienza fatta nell'ambito di un settore nuovo per noi ci aveva sugge-

rito. Cosa fare per fermarci a riflettere e condividere con gli esperti nazionali linee di indirizzo future? Abbiamo organizzato un seminario in Area di Ricerca CNR a Pisa e scritto successivamente un Quaderno Primula "Terapie termocoagulative: dai principi fisici alle applicazioni cliniche" per mettere a fuoco non solo gli aspetti fisico-ingegneristici di dispositivi innovativi, ma anche affrontare nell'ambito delle applicazioni cliniche l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e dei tempi di queste scelte nel percorso delle malattie tumorali, la necessità di una banca dati sul follow up dei pazienti, l'efficacia della comunicazione e l'informazione dei pazienti stessi. In Toscana è stato facile pensare di coinvolgere l'Istituto Toscano Tumori e il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze per gettare le basi di collaborazioni future sistematiche.

Quanto è stato fatto ha fornito lo scenario nazionale delle competenze di settore, con la volontà di definire il punto di arrivo e di partenza per un'applicazione delle terapie innovative in oncologia nel rigore metodologico e nell'ottica della centralità del paziente.

Altro esempio è il coinvolgimento personale avuto nel progetto europeo BIOTEX del sesto programma quadro per definire gli ambiti applicativi di sensori indossabili: mentre i progetti sinora conclusi in telemedicina e nello sport si sono basati sul monitoraggio a distanza di variabili misurate con sensori "fisici" (frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura, accelerometri per movimento e/o caduta...) BIOTEX mette a punto sensori "chimici" indossabili, misurando quantità e sostanze contenute nel sudore e nell'essudato delle ferite. E' un progetto che accanto al Centro Piaggio dell'Università di Pisa e all'Università di Dublino, leader in bioingegneria, coinvolge istituti di ricerca in micro e nanotecnologie, piccole e medie industrie di ricerca e sviluppo di tessuti di cui SMARTEX srl del Polo Scientifico e Tecnologico di Navacchio e compagnie di produzione di

tessuti tra cui l'italiana Penelope SpA. I settori di applicazione individuati sono il diabete, l'obesità, le ferite e i percorsi di training in ambito sportivo. Il progetto è ancora in corso: sono stati di recente messi insieme sullo stesso dispositivo "indossabile" il sensore per la quantità di sudore, realizzato nel nostro Istituto, e per la misura del sodio, realizzato in Francia. Viaggiando tra i dati della letteratura e la "fantasia" abbiamo prospettato ai realizzatori l'integrazione del sensore di temperatura per un impiego non solo nello sport e nelle condizioni climatiche estreme ma anche per la valutazione nel diabete della termoregolazione durante esercizio. Sarebbe davvero bello avere anche un sensore di glucosio indossabile: purtroppo questo desiderio è disatteso dalla scarsa stabilità del sensore e dalla sua incostante correlazione con i valori ematici di glicemia. Tuttavia, in questo mondo di tecnologia dallo sviluppo esponenziale ed incredibile, come medici ci piace non mettere limiti alle richieste sui dispositivi del futuro!



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

Riconoscimento ai medici iscritti all'Ordine

Come ogni anno, in occasione dell'Assemblea Ordinaria, l'Ordine premierà con una medaglia d'oro e d'argento rispettivamente gli iscritti che hanno conseguito la Laurea da 50 e 25 anni.

Nel corso della stessa cerimonia, quest'anno, verrà consegnata una medaglia d'argento anche ai Medici e Odontoiatri che hanno ottenuto la prima iscrizione all'albo nel corso del 2007.

Neo Iscritti

Andreotti Giovanni - Belli Elena - Benvenuti Diego - Biagini Agnese - Bianchi Francesca - Cavazza Elena - Ceccatelli Giada - Cecconi Letizia - Ciampa Giovanni - Cini Elisabetta - Conte Lorenzo - Cozzi Francesco - Creatini Ilaria - D'Alonzo Sabrina - De Perna Maria Luisa - Derlin Mariastella - Di Stefano Irene - Ferro Baldassare - Ficini Giulia - Fortunato Daniela Andreina - Fregoli Lorenzo - Galiberti Serena - Gazzarri Francesco - Gherarducci Giulia - Giannetti Christian - Grossi Sara - Guerra Elena - Lanni Daniele - Lazzeri Nicola - Lazzeri Davide - Lenzi Riccardo - Loiacono Valeria - Lombardi Martina - Marianelli Alberto - Martino Roberto - Mastrovito Mariagrazia - Matteoli Chiara - Meoni Lea Maria - Morelli Andrea - Nencini Cecilia - Nicoletti Valentina - Orsi Linda - Pagano Calogero - Palladino Simona - Pancani Roberta - Pandolfo Cecilia - Pantani Elena - Parentini Barbara - Pascale Rachele - Perrone Orsola - Piolanti Nicola - Piz Luigi - Polimeno Dario - Possemato Niccolò - Raimo Katia - Regoli Giorgio - Ristori Michele - Rocca Carla - Rotiroti Giuseppe - Saggese Vito - Sainati Silvia - Sanna Paola - Servadio Adele - Sgambelluri Francesco Antonio - Sharif Rouhani Azita - Simoni Barbara - Tana Roberta - Toneatti Silvia Vallini Valerio - Vano Nicola - Volpi Leda

25 anni

Antonelli Alessandro - Auner Ingrid - Banti Andrea - Bartalena Laura - Benassi Alessandro - Biagini Anna Maria - Biondi Graziano - Bonaccorsi Franco - Braccini Fabrizio - Branca Giuseppe - Buccianti Piero - Burchi Luca - Burgio Leonardo - Canale Domenico - Caracciolo Roberta Antonia - Casarosa Claudio - Cavazzana Andrea - Cecchi Massimo - Cecchini Maurizio - Cerrai Moreno - Cesari Annalisa - Chincarini Maria Luisa - Colombi Luca - Damone Rocco Donato - Del Bono Laura - Dell'Innocenti Fabrizio - Di Palma Luigi - Donati Fabio - Farmalli Andrea - Ferrari Carlo - Figliini Lidia Maria - Filidei Mario - Fontanive Paolo - Fosso Adolfo - Frassinetti Massimo - Funaioli Monica - Gabbrielli Luciano - Galletti Massimo - Gasperini Marco - Gentili Rossella - Gorini Massimo - Grassi Luca - Gravina Giovanni - Graziadei Linda Pinelda - Guerrini Renzo - Guidi Massimo - Infelise Fedele - Lastrucci Lamberto - Lattanzi Lorenzo - Lelli Stefano - Manfrini Miriam - Marcella Fabrizio - Marini Roberto - Marsi Tiziano - Matteoli Marzio - Melis Bianca Maria - Meola Mario - Michelotti Fabio - Michelotti Fabrizio - Michelotti Andrea - Milani Fabio - Montesanti Marco Luigi - Muller Mario - Neglia Francesca - Novelli Mauro - Palesi Rosita - Palma Ferdinando - Pellegrini Riccardo - Perrone Anna Paola - Petrucciani Paolo - Piaggese Alberto - Pieracci Massimo - Pierucci Alessandro - Pioli Ellena - Piscioneri Riccardo - Puccioni Gian Luca - Pugliese Marco - Ragoni Edo - Rametta Alberto - Ravagli Susanna - Rosa Caterina - Ruelle Guy - Santoli Giovanni Battista - Sarti Daniela - Sbragia Cristina - Scaglione Michelangelo - Scalera Rita Settimia - Sivieri Maurizio - Taddei Stefano - Tassi Gabriella - Terreni Manuela - Tesi Massimo - Trimarchi Giuseppina Laura - Vanacore Renato - Vannozi Miriano - Viscardi Angela Rita - Zanobetti Alessandro - Zucchi Riccardo

50 anni

Angeletti Carlo Alberto - Bandettini Marcello - Bianchi Ugo - Cecchini Mario - Ermini Massimo - Giordani Roberto - Giovannini Pier Luigi - Ipata Pier Luigi - Macchia Ivano - Matteucci Giancarlo - Mele Mario - Micheletti Gianfranco - Santoni Rugiu Paolo - Vivaldi Giuseppe - Zampieri Alberto - Zanobini Roberto

Quota B del Fondo generale: odontoiatri o liberi professionisti?

Ancora oggi per molti colleghi la Quota B del Fondo generale dell'ENPAM, la cui platea è composta dai colleghi (medici ed odontoiatri) che esercitano in varia misura la libera professione, si identifica con gli odontoiatri e con i loro versamenti previdenziali. Questo lavoro tenta di accertare in che misura tale opinione corrisponde alla realtà.

Il risultato è che, alla luce dei dati analizzati, non appare giustificato ritenere il Fondo Quota B una "riserva" degli odontoiatri, non solo perché vi versano in maniera consistente più di 76.000 medici-chirurghi, ma anche perché non vi versano da 7.000 a 15.000 odontoiatri.

Ma perché allora tanta attenzione da parte della categoria odontoiatrica, seppure talvolta poco informata, verso la previdenza, quella del Fondo Quota B in particolare? In verità se per il medico-chirurgo la libera professione è una possibilità (conciliabile con altre modalità di esercizio), per l'odontoiatra è

una vera e propria necessità, non essendovi oggi in Italia altri sbocchi occupazionali, se non in maniera del tutto marginale. Niente lascia pensare che questa situazione possa cambiare, anzi. I tentativi di maggiore coinvolgimento degli odontoiatri nella sanità pubblica prevedono formule di "convenzione con liberi professionisti". Queste formule, a fronte di una supposta economicità per il pubblico, lasciano ovviamente a carico del professionista tutta una serie di oneri, non ultimi quelli previdenziali.

A fronte di questi oneri l'ENPAM ha dimostrato di fornire una serie di garanzie a cui ben pochi, stante uno scenario socio economico più modesto rispetto al passato, possono oggi facilmente rinunciare (meno che mai i liberi professionisti).

E' in gran parte per questo che la categoria libero-professionale odontoiatrica ha mostrato particolare attenzione e sensibilità verso i temi previdenziali, tanto da riuscire a dare una sua impronta ad impor-

tanti scelte sia della previdenza obbligatoria che di quella facoltativa dell'intera categoria medica.

Quello che manca è però la consapevolezza che non l'odontoiatria bensì la libera professione comporta delicate scelte individuali non solo per il periodo lavorativo ma anche per quello post lavorativo, scelte che per altre modalità professionali procedono con relativa automaticità e con il coinvolgimento di altri importanti attori (ad es. lo Stato o comunque il datore di lavoro).

I dati

I dati utilizzati sono quelli esposti dalla tabella ENPAM (grafico 1) che divide i contribuenti alla Quota B in Chirurghi, Odontoiatri e Doppio Albo iscritti. La tabella consente di vedere quanti sono gli iscritti in totale agli Albi e quanti di questi versano contributi per attività libero professionale. In verità la definizione corretta del primo degli Albi è "dei Medici-Chirurghi" o, abbreviato, "dei Medici". Come tale, pertanto, lo individuerò nei successivi passaggi.

Con l'aiuto di alcuni grafici i rapporti numerici tra iscritti totali ed ai vari Fondi ed i contribuenti alla Quota B possono risultare di maggiore comprensione e, quindi, prestarsi più facilmente ad alcune considerazioni (*in corsivo*).

I contribuenti

Innanzitutto vediamo quanti sono i contribuenti alla quota B sul totale degli iscritti (grafico 2).

Quasi un terzo di tutti gli iscritti (108.000 su 378.000) esercita la libera professione in una misura che si può definire "non marginale". Infatti la Quota B del versamen-

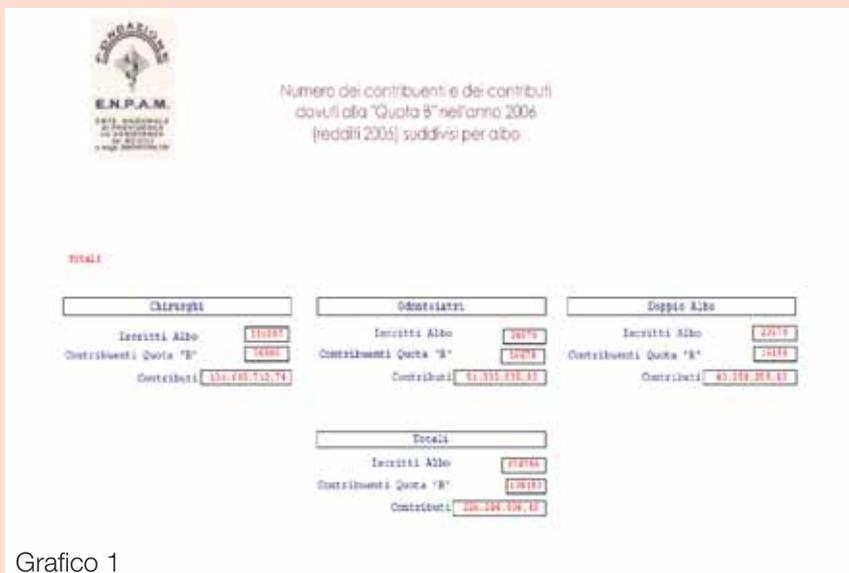


Grafico 1

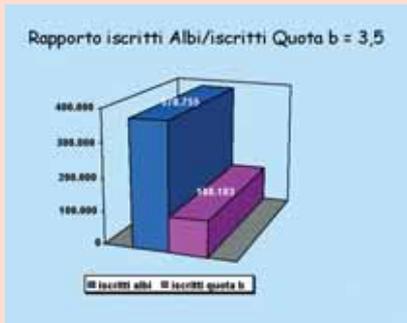


Grafico 2

to previdenziale parte solo dopo che dal reddito del professionista è stato individuato e scorporato il contributo per la Quota A. Provando a scomporre i dati tra le tre categorie individuate (medici – odontoiatri – doppi iscritti) si evidenzia che oltre il 70% dei contribuenti proviene dall'albo dei chirurghi, questo anche se si volesse, a buona ragione, considerare i contributi dei doppi iscritti tutti legati ad una attività odontoiatrica libero-professionale (grafico 3).

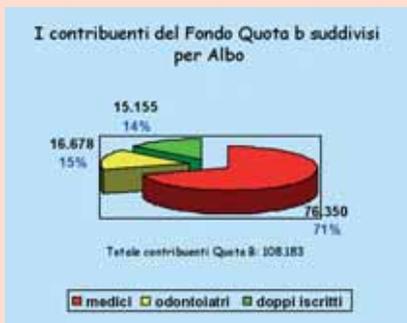


Grafico 3

Si potrebbe osservare che la maggior parte dei medici versa il contributo ridotto al 2%, per cui ad un numero elevato di posizioni previdenziali corrisponderebbero versamenti di entità invero modesta. Sappiamo però che i contribuenti al 2% sono circa 40.000 e se anche li imputassimo TUTTI all'Albo dei medici rimarrebbe il dato (grafico 4) di 36.350 medici che versano il 12,5% del loro reddito libero professionale. Ben più degli odontoiatri e dei doppi iscritti messi insieme.

I contributi

Se dai "contribuenti passiamo ai "contributi" (grafico 5) osserviamo che circa il 60% di questi proviene

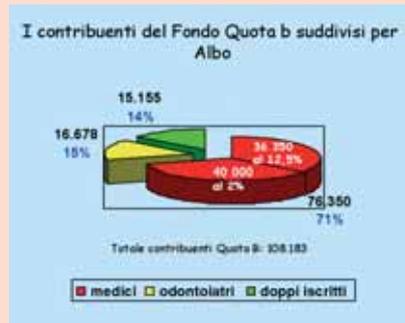


Grafico 4



Grafico 5

dai medici e poco più del 40% da quello composto da odontoiatri e doppi iscritti.

Proviamo adesso ad analizzare singolarmente ognuna delle tre categorie.

I medici

Quasi un quarto dei medici (76.000 su 331.000) esercita la libera professione in maniera "non marginale" (grafico 6).



Grafico 6

Tale proporzione può risultare parzialmente modificata dal fatto che, successivamente alla data della rilevazione, è stato soppresso il meccanismo dell'annotazione, per cui gli esercenti l'odontoiatria hanno dovuto iscriversi (anche, oppure soltanto) all'albo degli odontoiatri

passando così in uno degli altri gruppi.

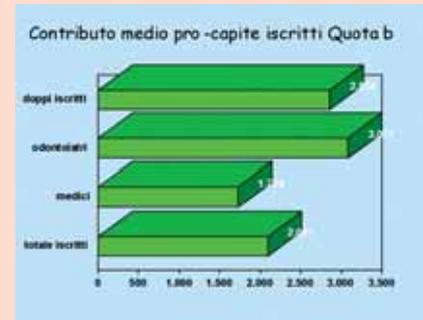


Grafico 7

Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite è pari a 1.724 euro (grafico 7).

Gli odontoiatri

Circa due terzi degli odontoiatri (16.600 su 24.000) esercita la libera professione in maniera "non marginale" (grafico 8). I rimanenti, circa 8.000, o non esercitano la libera professione o piuttosto lo fanno in misura "marginale".

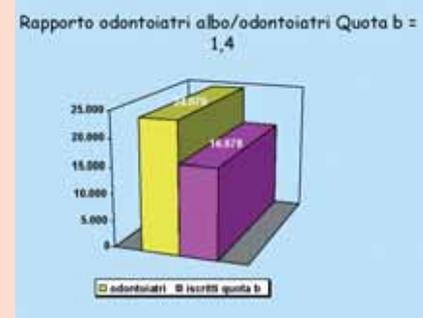


Grafico 8

In verità esiste una terza ipotesi, cioè quella dell'evasione contributiva. Su questo aspetto esiste una notevole asimmetria tra medici ed odontoiatri.

Se per i primi è difficile se non impossibile ipotizzare quanti potrebbero risultare evasori contributivi, stante le notevoli possibilità occupazionali in ambito dipendente, questo è molto più facile per gli odontoiatri, che risultano essere quasi tutti liberi professionisti. E, come tali, si deve trovare una spiegazione a tale numero di "non contribuenti" alla Quota B.

Bisogna però anche osservare che la libera professione odontoiatrica, proprio perché unica fonte di red-



dito e perché necessita di personale, attrezzature e materiali, più difficilmente può prestarsi a questo comportamento.

Oltretutto anche in regioni in cui la libera professione è economicamente "importante" il numero degli odontoiatri "non contribuenti" risulta rilevante. In Lombardia su 3.892 iscritti all'Albo odontoiatri più di 800 non versano nella Quota B, in Emilia Romagna su 1.812 i non contribuenti sono quasi 400. In ogni caso i meccanismi di controllo messi in atto dall'ENPAM rendono sempre meno valida questa ipotesi.

Bisogna invece valutare con preoccupazione il fenomeno della sottoccupazione per la categoria degli odontoiatri, con una serie di conseguenze negative, non ultima quella della ridotta copertura previdenziale.

Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite è pari a 3.077 euro (grafico 9).

Risulta evidente il maggior valore di questo dato rispetto ai medici, tuttavia quest'ultima categoria soffre, nella valutazione media, della presenza dei contribuenti al 2%, il cui apporto economico è, ovviamente, modesto.

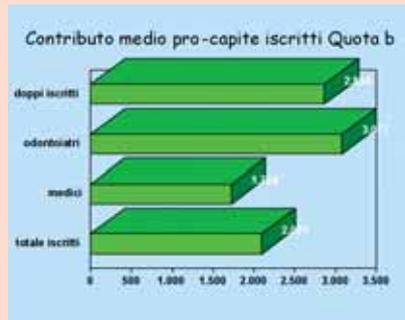


Grafico 9

I doppi iscritti

Anche in questo caso due terzi degli iscritti (15.000 su 23.500) sono contribuenti alla Quota B (grafico 10).

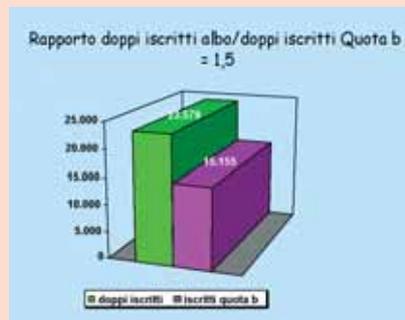


Grafico 10

Il rapporto contributi/contribuenti, cioè il contributo medio pro-capite è pari a 2.854 euro (grafico 11).

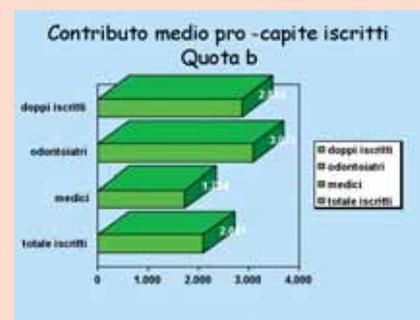


Grafico 11

Entrambi questi dati sembrano confermare indirettamente che si tratti di esercenti esclusivamente l'odontoiatria. Ma anche in questo caso si osserva che ben 8.000 iscritti non sono contribuenti.

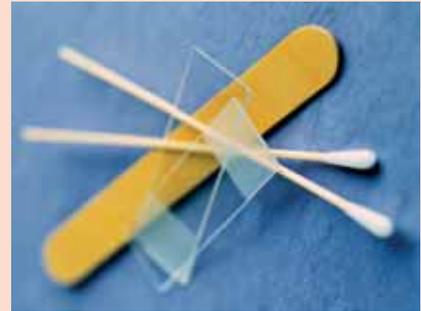
Conclusioni

I numeri non autorizzano a considerare la Quota B come una "riserva" degli odontoiatri. Tuttavia il ruolo attivo che questi hanno svolto nella storia recente della previdenza autorizza a considerarli, tra tutti i liberi professionisti, i più autorevoli esponenti del Fondo e come tali saranno presto chiamati ad importanti decisioni. Dovranno prenderle con grande senso di responsabilità e nell'interesse di tutta la categoria dei liberi professionisti.

Autorizzazione degli studi professionali

La legge regionale 12.11.2007 n. 56, che apporta modifiche alla legge regionale 23.02.1999 n. 8 (**norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedure di accreditamento**), pubblicata sul BURT n. 38 del 21.11.2007, sembra che abbia finalmente chiuso un lungo contenzioso fra gli odontoiatri e la Regione Toscana. Il tutto iniziò almeno cinque anni or sono in seguito alle norme attuative della L.R. n. 8/99, proposta dalla Regione e giudicata negativamente da tutta la categoria odontoiatrica, la maggiormente colpita nel campo sanitario, perché la più impegnata nella libera professione. Su questo bollettino in altre pagine

si provvederà ad illustrare la legge in maniera più compiuta; in ogni caso sarà sempre possibile ricavarla dai siti ordinistici (www.omceopi.org), sindacali e della Regione Toscana (www.salute.toscana.it). Importante a questo riguardo la circolare esplicativa della Regione Toscana (Dir. Gen. Diritto alla Salute e politiche di solidarietà) del 22.11.2007, che chiarisce le semplificazioni burocratiche apportate alla autorizzazione degli studi professionali. Così ognuno potrà trovare quale strada seguire per mettersi in regola per l'autorizzazione del proprio studio. Infatti le finalità delle modifiche apportate alla legge n. 8/99 sono quelle di differenziare le procedure per l'autorizzazione degli studi professionali prevedendo



per le attività meno complesse o a **bassa invasività** in luogo dell'**autorizzazione** la semplice dichiarazione di inizio attività (**DIA**). Unisco a questo proposito uno schema, elaborato dal gruppo di lavoro odontoiatria del sindacato, che chiarisce a quali attività specifiche odontoiatriche corrispondono i termini "**bassa invasività**" ed "**alta invasività**".

Prestazioni	Invasività	Tipo	Attività
Attività Peritali	No	Diagnostiche	Odontoiatria
Conservativa	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Endodonzia	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Igiene e profilassi	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni con biopsia scissionale o asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm	Alta	Terapeutiche	Odontoiatria
Implantologia, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Implantologia con rigenerazione eseguita utilizzando prelievi autologhi extraorali o trasposizione del nervo alveolare	Alta	Terapeutiche	Odontoiatria
Ortodontia	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Paradontologia	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Protesi	Bassa	Terapeutiche	Odontoiatria
Visita specialistica e diagnostica	No	Diagnostiche	Odontoiatria

Va dato gran parte del merito del risultato raggiunto al notevole sforzo profuso dal sindacato (ANDI). Esso ha sviluppato un notevole impegno economico e legale; ha inoltre organizzato una squadra di colleghi molto capaci ed attivi, che hanno portato avanti sia il coordinamento legale che i necessari rapporti con i funzionari regionali e con la parte politica. È stato così raggiunto un accordo soddisfacente per gli operatori sanitari, che tutelasse doverosamente i cittadini, rispettando l'indirizzo politico sanitario nazionale e regionale. A questi colleghi va tutta la nostra gratitudine; essi hanno dedicato il loro tempo libero e professionale all'intera categoria, avendo anche il supporto non solo morale delle dieci CAO della Toscana.

Mi permetto infine di sottolineare quanto sostanzialmente già espresso riguardo alla **pubblicità sanitaria**, riportando un passo integrale della suddetta circolare esplicativa, fermo restando quanto stabilito dal nuovo Codice Deontologico.

*“Con riguardo alla **pubblicità sanitaria**, a seguito del Decreto Legge 04/07/2006 n. 223 convertito con modificazioni nella Legge 04/08/2006 n. 248 (cosiddetto “Decreto Bersani”) sono state abrogate disposizioni previste dalla L. 175/92. E' stato pertanto riformulato l'art.*

10 della L.R. 8/99 prevedendo il rilascio dell'autorizzazione solo in caso di installazione di mezzi pubblicitari come le targhe, le insegne e i cartelloni stradali in quanto incidono sull'urbanistica e sull'edilizia pubblica e privata, secondo le modalità previste dai regolamenti urbanistici comunali per l'installazione di mezzi pubblicitari commerciali.

Per quanto attiene ai contenuti, la nuova norma stabilisce che la pubblicità sanitaria, in qualunque forma effettuata, è consentita nel rispetto dei criteri di veridicità, trasparenza e decoro definiti dagli Ordini e Collegi professionali competenti.

In merito, quindi, non sarà più necessario acquisire preventivamente il nulla-osta dell'Ordine o Collegio professionale competente, non essendo più richiesta l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria. Gli Ordini e Collegi professionali, però vigileranno sulla veridicità e la trasparenza dei messaggi pubblicitari, segnalando al Comune



competente, con riguardo alle strutture e agli studi professionali cui si applicano le disposizioni della L.R. 8/99, le difformità riscontrate sulle quali interverrà il Comune stesso per la rimozione delle irregolarità e la comminazione delle sanzioni previste”.



La
fedeltà
dei nostri clienti
ha radici
profonde.

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

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



LA COMUNICAZIONE A 360°

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

Il Redditometro rinnovato

Del "REDDITOMETRO", strumento per la determinazione sintetica del reddito complessivo delle persone fisiche, istituito nel 1983, si è già parlato qualche tempo fa, ma di recente è tornato prepotentemente in auge.

La Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 49 del mese di agosto 2007 ha infatti impartito precise direttive agli Uffici periferici per assicurare tramite il "redditometro" un'intensa azione di controllo nei confronti di quei soggetti la cui effettiva capacità contributiva collegata a rilevanti manifestazioni di spesa (acquisto di immobili, autovetture, barche, residenze a disposizione) è in netto contrasto con i redditi dichiarati, nonché nei confronti dei soggetti che dichiarano redditi irrisori rispetto alla ricchezza loro riconducibile. Per poter procedere all'accertamento in questione, il reddito imponibile dichiarato dal contribuente deve discostarsi almeno di un quarto dal reddito determinato sinteticamente, e lo scostamento deve sussistere per due annualità consecutive.

La circolare prosegue, suggerendo agli Uffici di valutare anche la posizione reddituale dei componenti della famiglia, in quanto gli elementi indicativi di capacità contributiva possono essere giustificati dai redditi degli altri componenti il nucleo familiare.

La circolare in particolare fornisce le istruzioni ai fini della selezione dei contribuenti da sottoporre al controllo: compito dei funzionari sarà quello di circoscrivere la selezione nell'ambito delle posizioni soggettive per le quali sono già conoscibili informazioni indiziarie, anche attraverso l'ausilio delle banche dati, le segnalazioni predisposte nell'ambito dell'attività di intelligence, e le li-

ste selettive elaborate centralmente.

Le liste selettive sono elaborate a livello centrale: quella relativa alle "autovetture" segnala le persone che, sulla base dei dati forniti dalla Motorizzazione, risultano aver immatricolato nell'anno 2003 autovetture di potenza fiscale uguale o superiore a 21 CV e per le quali il reddito netto complessivo convenzionale per i periodi di imposta 2002 e 2003 è risultato non coerente per almeno un quarto con il reddito imponibile dichiarato; l'altra lista selettiva elaborata è quella degli "incrementi patrimoniali", nella quale vengono segnalate le persone fisiche che hanno dichiarato per il periodo di imposta 2002 - 2003 imponibili incongruenti rispetto alla consistenza degli esborsi risultanti dagli atti stipulati e registrati negli anni 2003 - 2007.

L'Amministrazione centrale raccomanda quindi agli Uffici di valutare caso per caso, l'opportunità di esperire indagini finanziarie nei confronti del soggetto sottoposto a controllo, al fine di trasformare gli indizi di tipo "patrimoniale" in prove che evidenzino l'effettiva capacità contributiva. L'indagine dovrà essere condotta con riguardo ai movimenti relativi ai conti correnti e alle cosiddette operazioni extra-conto, i conti deposito titoli, gli eventuali finanziamenti e i crediti concessi, crediti che costituiscono indici di natura indiretta, in quanto evidenziano una potenziale capacità di spesa.

La circolare informa infine le strutture locali che è in fase di realizzazione una banca dati delle cosiddette "famiglie fiscali" (!)

(Fonte: "La Settimana Fiscale" n.32/2007 e Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 49/Edel 09/08/07).



Un romanzo per comprendere il linguaggio del corpo

Con piacere comunichiamo a tutti i colleghi iscritti all'Ordine che la Dott.ssa Gabriella Giuliano, della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ha in pubblicazione un romanzo dal titolo "La Nuova Medicina": lo strano caso di Sicuro Malatesta, ovvero: *come raggiungere il benessere attraverso la comprensione del Linguaggio Corporeo*, risultato tra i vincitori del Premio letterario "Elsa Morante", sezione narrativa, per inediti - VII edizione (2006). Il romanzo, pubblicato a cura di Maremmi Editori Firenze - L'Autore Libri Firenze, sarà nelle librerie entro il prossimo Natale.

Riportiamo di seguito una breve recensione dell'opera:

"Lo Strano Caso di Sicuro Malatesta è la ballata degli affetti mancati e mancanti, delle vite sprecate, delle vendette e delle rivincite, dei riscatti e delle denunce, ma anche della paura di amare, ma è anche il desiderio forte di vivere appassionatamente.

Da quando il cuore gli era balzato fuori tempo, per il protagonista di questa storia sciogliere i nodi della propria esistenza e riuscire ad interpretare la vita e non subirla è diventato un imperativo categorico per raggiungere un'evoluzione interiore che possa liberarlo dalla solitudine.

Non è poi un Caso così Strano".

Di seguito il testo di una parte della SCENA II: LO SHOCK DI SICURO MALATESTA

Da un pò di tempo non si sentiva bene. C'era qualcosa in lui che non andava. Dai, dai, si decise ad andare dal Dottore.

Si preparò, quel pomeriggio, di tutto punto. Indossò l'abito elegante ed uscì. Era la prima volta che lo incontrava e voleva fare bella figura. Quel Dottore glielo aveva consigliato una collega, una del Laboratorio accanto al suo.

Gli aveva detto: "Se non ti senti bene, ma non sai che hai, io al posto tuo farei una capatina dal Dottor Tali de Tali. E' uno in gamba, uno diverso dagli altri. Vedrai, ti piacerà."

Alla fine lo aveva convinto. . . .

Si diresse dritto all'ambulatorio senza pensarci più. Salì i tre scalini e suonò il campanello. Venne ad aprire il Dottore in persona.

Lui lo scrutò: aveva un'aria affabile, ma seria. Decise su due piedi che forse era quello che faceva al caso suo. E lui non era tipo da fidarsi ad occhi chiusi.

Porgendogli la mano il Dottore lo fece entrare.

Non si era ancora presentato che gli scappò detto: "Dottore, mi sento male, mi hanno consigliato di venire da lei. Per favore, mi dica quel che ho. E faccia qualcosa la prego."

"Venga qua" fece il Dottore con aria sicura "Ora la visito e poi le dirò tutto. Si sieda, si rilassi."

Così dicendo gli aveva indicato la sedia di fronte alla scrivania.

"Tanto per cominciare, mi dica come si chiama."

"Sicuro Malatesta" fece lui, serio.

"E si comincia bene!" ribatté il Dottore. "Come fa a star bene uno che, nella vita, parte fin dal principio come *sicuro malatesta*? E no, proprio no. Non è possibile. Per forza che sta male."

Sicuro Malatesta si allarmò. Non aveva mai pensato ad un collegamento tra il suo nome e la sua condizione fisica. E poi, a pensarci bene, non è che lui c'avesse responsabilità di sorta. Nome e cognome non se li era scelti lui. O no? Senza volerlo però incurvò le spalle, quasi si sentisse in colpa per quell'intestazione anagrafica che gli era capitata addosso suo malgrado.

Il Dottore fece finta di niente e proseguì: "Dunque, vediamo un pò."

"Ecco qui" aggiunse, avvicinandosi alla sedia "Apra la bocca. Mi faccia vedere la lingua."

Sicuro Malatesta obbedì.

"Uh!!, che lingua sporca e bianca! Ma come fa, come fa dico io, ad essersi ridotto così! Guardi, guardi invece qua, guardi la mia lingua, la osservi, la ammiri: è perfetta, non trova?"

Nel dire queste parole il Dottore aveva spalancato la bocca in faccia al paziente che se ne stava lì muto, contrito.

E, non contento, aggiunse: "Che ne dice eh?, che ne dice? Le piacerebbe avere una lingua liscia e rosea come la mia, vero? E' segno di benessere, questo, e di quello autentico. Lo sa?"

"Il fatto è, mio caro" proseguì "che lei, nella vita, si è interpretato alla lettera. Ecco com'è. E' stato, appunto, troppo paziente. E ne ha ingurgitate tante di robe schifose. Dico bene?"

. . .

Per conoscere il resto del testo, beh, va acquistato il libro in libreria o tramite internet, oppure contattando direttamente l'Editore al sito:

www.maremmieditori.com o anche www.firenzelibri.com

Stress e depressione

E' noto che la patologia mentale risulta dall'interazione tra geni ed ambiente. Il modello patogenetico più accreditato ipotizza che specifici polimorfismi genetici ed eventi ambientali di vario tipo giochino un ruolo sinergico nel determinismo della patologia psichiatrica.

Tradizionalmente gli eventi stressanti vengono classificati in precoci (*early life events*) e recenti (*recent life events*). Gli eventi precoci, che si verificano durante infanzia e adolescenza quando la formazione di nuovi neuroni e delle loro connessioni è massima, sono considerati elementi di predisposizione allo sviluppo di quadri psicopatologici in età adulta; in particolare, la perdita reale o simbolica di uno o di entrambi i genitori così come l'aver subito abusi sessuali o violenze fisiche sembrano avere il maggior peso nella genesi di una permanente condizione di vulnerabilità allo sviluppo di disturbi psichici in età adulta.

Gli eventi recenti, ovvero quegli eventi che si verificano in età adulta e tipicamente nei 6-12 mesi precedenti l'esordio della psicopatologia, sono considerati fattori scatenanti la patologia psichiatrica. Nello studio epidemiologico di Sesto Fiorentino coordinato dal Prof. Carlo Faravelli abbiamo osservato che il rischio di sviluppare una patologia psichiatrica nell'anno successivo ad un grave trauma è sette volte maggiore rispetto al rischio medio di sviluppare un disturbo psichico in un anno; inoltre, una percentuale significativamente superiore di eventi recenti è stata rilevata tra i casi psichiatrici rispetto agli individui sani (35.8% vs 12.2%). Complessivamente, i dati della letteratura

consentono di ipotizzare un modello in cui gli eventi stressanti precoci creano uno stato di predisposizione al successivo sviluppo di quadri psicopatologici mettendo il sistema nervoso centrale in condizioni di minore plasticità e di maggior sensibilità all'effetto dei traumi che si verificano in età adulta.

Tuttavia, la suscettibilità agli eventi stressanti non risulta uguale per tutti: esempio lampante di questo assunto è rappresentato dal disturbo da stress post-traumatico che insorge solo in una certa percentuale (intorno al 20%) di soggetti esposti ad un evento traumatico grave e non nel 100% degli individui esposti. Caspi e collaboratori (2003), studiando i polimorfismi del

promotore del gene per il trasportatore della serotonina, hanno dimostrato che la variante corta in condizioni di omozigosi (s/s) rende l'individuo significativamente più vulnerabile allo sviluppo di depressione se sottoposto ad eventi stressanti rispetto a chi presenta la variante lunga (l/l o s/l) (figura 1). Lo stress quindi si colloca a ponte fra i due grandi dualismi che coinvolgono l'essere umano, quello fra eredità e ambiente e quello fra mente e corpo. Il primo è rappresentato dall'interazione fra gli eventi stressanti e la capacità innata che ogni singolo individuo ha di reagire a tali eventi. Il secondo fa riferimento agli effetti biologici che lo stress può avere sull'organismo. Le conseguenze dell'esposizione allo stress sono

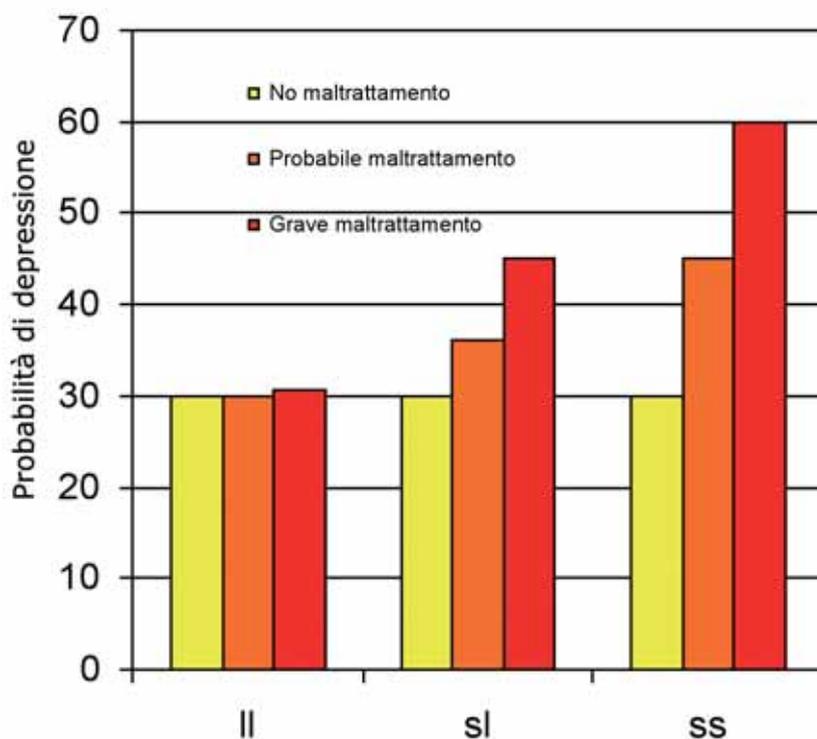


fig. 1



state recentemente analizzate da vari autori alla luce delle nuove scoperte in campo neurobiologico. Uno dei possibili meccanismi con cui lo stress svolge la sua azione patogenetica è rappresentato dall'alterazione della reattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con alterazione del normale processo di feed-back negativo. In modelli animali è stato dimostrato che i traumi precoci sono alla base di persistenti anomalie nel comportamento e delle funzioni neuroendocrine associate all'ippocampo. Nell'uomo, anomalie del funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene sono state descritte nei soggetti affetti da patologia psichiatrica e nei soggetti esposti ad eventi psicologici avversi. L'esposizione ad elevati livelli ematici di cortisolo contribuirebbe alla compromissione della neurogenesi con alterazione dell'ippocampo, della corteccia prefrontale e delle altre strutture del sistema limbico che sono state recentemente implicate nella patoge-

nesi dei disturbi mentali. Numerosi studi di *neuro-imaging* (risonanza magnetica) hanno infatti dimostrato una riduzione del volume e della connettività di specifiche strutture del sistema nervoso centrale in pazienti affetti da disturbi psichici. Una delle ipotesi maggiormente condivise propone che l'iperattivazione dei recettori centrali dei glucocorticoidi determini un'inibizione della produzione del *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) la cui diminuita attività porterebbe al danno neuronale (apoptosi e necrosi) (figura 2). Al contrario, gli antidepressivi svolgerebbero la loro azione grazie all'incremento dei processi neurogenetici, contrastando gli effetti negativi dello stress. Tale ipotesi è supportata dall'evidenza che il trattamento cronico con antidepressivi produce nell'animale da esperimento cambiamenti comportamentali adattativi solo in caso di integrità dei nor-

mali processi di neurogenesi; nell'uomo, è stato riscontrato un aumento dei livelli circolanti di BDNF e dell'immunoreattività a livello dell'ippocampo dopo trattamento con antidepressivi.

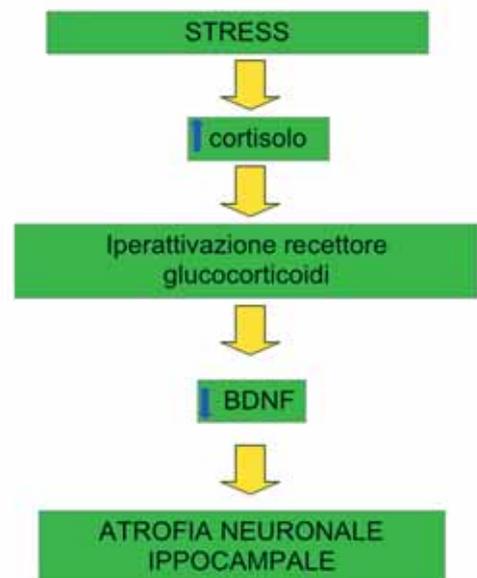


fig. 2

Laura Ferrini Dirigente Medico Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza A.O.U.P.
E. Orsitto Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza A.O.U.P.

Ischemia cerebrale transitoria: un campanello d'allarme

Il Pronto Soccorso (PS) di Pisa accoglie in un anno circa 70000 pazienti, di questi poco meno dell'1% si presenta per un deficit neurologico acuto o risolto da poche ore: nel periodo 8/06-8/07 circa 600 pazienti sono giunti in PS per Ictus ischemico o TIA. Ricordo che l'Ictus è la terza causa di morte in Italia e la prima causa di inabilità. L'ischemia cerebrale transitoria (Transient Ischemic Attack: TIA), definita classicamente dall'OMS come improvvisa comparsa di segni e sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo, attribuibile ad insufficiente apporto di sangue della durata inferiore a 24 ore, recentemente è stata ridefinita come breve episodio di disfunzione neurologica causato da una ischemia focale cerebrale o retinica con sintomi clinici con durata inferiore ad 1 ora e senza segni di infarto acuto. La nuova definizione proposta nel 2002 riflette l'avvento di tecniche di imaging sempre più sofisticate come la RMN: l'impiego di tali metodiche ha permesso di individuare lesioni infartuali anche in pazienti con disturbi di durata inferiore a 24h. Inoltre l'impiego della trombolisi che necessariamente deve essere eseguita entro 3 ore dall'esordio dei sintomi, ha reso ormai superata la definizione dell'OMS.

Mentre la diagnosi di ictus è clinica, quella di TIA è spesso anamnestica: il paziente riferisce, talvolta anche in modo confuso e spesso tendendo a sottovalutare il sintomo, un deficit motorio o sensitivo; rimane il fatto che chi ha un TIA ha un rischio annuo del 3.7% di sviluppare un ictus, e l'evento si verifica dal 10 al 20% entro i 90 giorni successivi se il paziente non è adeguatamente trattato, di questo il 5%

nelle 24h successive. E' quindi necessario non sottovalutare la sintomatologia riferita ma eseguire una completa valutazione del paziente, sia dal punto di vista cardiovascolare che metabolico, dal momento che il TIA si associa anche ad un rischio annuo del 15% per eventi

maggiori anche in altri distretti vascolari (sindromi coronariche, vasculopatia arti inferiori, morte improvvisa, etc.) e il 2.6% di tali pazienti svilupperà queste patologie nei 90 giorni successivi dal TIA. Alla luce di questi dati risulta evidente come sia imperativo un inquadramento





etiologico rapido al fine di individuare tutte quelle cause potenzialmente e rapidamente evolutive in Ictus. Il paziente che giunge in PS riferendo un disturbo caratterizzato da perdita di forza o parestesie d'un arto o ad un emilato, difficoltà nella parola, o quanto possa far sospettare una ischemia cerebrale transitoria, viene sottoposto ad una accurata anamnesi ed esame obiettivo, ad ECG, prelievo ematico per esami basali e in particolare emocromo, coagulazione, funzione renale, glicemia e indici di necrosi miocardica, e viene sottoposto ad un TC cranio basale. Questo esame ha lo scopo non tanto di fare diagnosi di ischemia cerebrale, ma ha l'importante fine di fare una diagnosi differenziale in quanto permette di evidenziare ematomi sottodurali cronici, talvolta masse cerebrali, emorragie cerebrali, esacerbazioni di sclerosi multipla etc e quanto possa mimare un TIA. L'anamnesi e l'ECG saranno volte ad individuare una ischemia miocardica ed eventuali aritmie come fibrillazione atriale, mentre un esame obiettivo accurato cercherà di individuare soffi vascolari dei vasi

cerebro-afferenti che possono far sospettare una stenosi significativa di quei vasi. Altro esame che non può essere rimandato, ma che deve essere fatto nelle 48h successive all'evento, è l'ecodoppler dei vasi cerebro afferenti: se non è possibile eseguirlo nell'immediato (ricordiamo che non è un esame considerato di Urgenza e pertanto in PS non è presente un servizio attivo 24h/24h), può essere eseguito con modalità prioritaria in regime ambulatoriale.

La maggior parte di pazienti che si presentano in PS viene trattenuto in osservazione breve presso la Medicina d'Urgenza al fine di eseguire una attenta stratificazione del rischio cardiovascolare e questo è possibile grazie allo sforzo congiunto dei medici del reparto e i colleghi della Radiologia del DEU, della Neuroradiologia e della Neurologia, per poter dimettere il paziente in 24h in sicurezza e possibilmente con una diagnosi etiologica accurata. Nel 2007 è stato proposto da Johnstone et al. uno score che identifica il rischio di TIA di evolvere in Ictus: ABCD²: *A per age* (età > 60 anni), *B per blood pressure*

(>140/90), *C per clinical features* (presentazione con difficoltà nella parola e debolezza durante l'episodio), *D per diabete e durata* (>10 min): quei paziente che hanno uno score elevato hanno il 25% di sviluppare un ictus a 90 gg e oltre il 5% a 48h. Particolare attenzione deve essere usata per quei pazienti che presentano TIA in crescendo (più di tre episodi ischemici ripetuti nelle 72 h) che devono essere ricoverati perché ad altissimo rischio.

Possono essere dimessi direttamente dal PS tutti quei pazienti i cui disturbi sono risolti da oltre 24h e presentano un basso rischio di patologia cardiovascolare o che sono già stati accuratamente studiati nelle settimane precedenti l'evento con risultati negativi per patologie a rischio: ricordiamo che spesso il paziente con TIA è asintomatico e si sente bene e poco gradisce il ricovero, motivo per cui è importante qualora il paziente venga dimesso, perché a basso rischio o rifiuti il ricovero, continuare a domicilio tutte quelle indagini volte a identificare cause e fattori di rischio (diabete, ipertensione arteriosa, fumo, ipercolesterolemia, vita sedentaria etc) potenzialmente correggibili.

Le Accademie Scientifiche del secolo XVII

Uno degli aspetti più caratteristici per l'evoluzione del pensiero scientifico nel Seicento, è la nascita e sviluppo delle

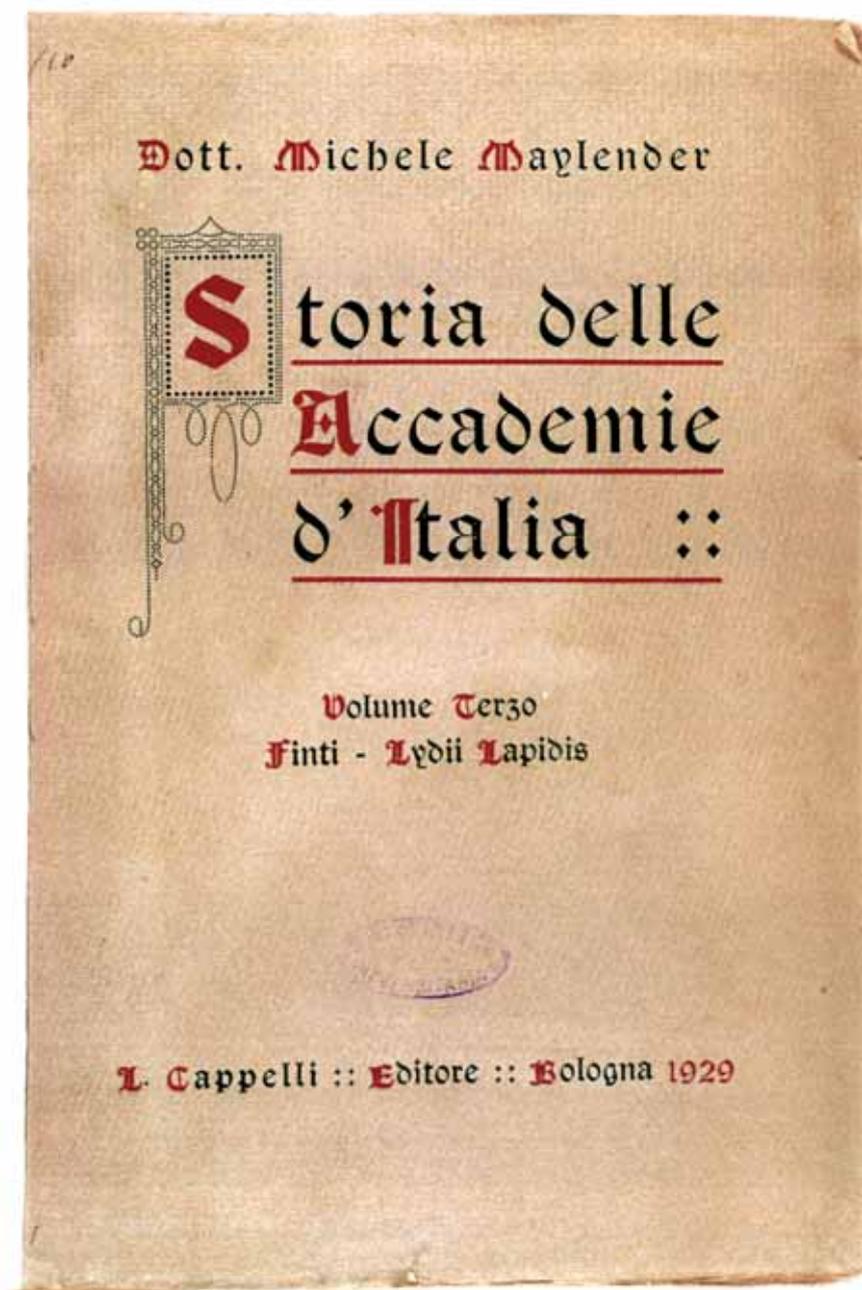
Accademie. Nella società di allora, era presente e diffuso l'interesse verso le ricerche e gli studi e tanti erano i luoghi ove si conversava

piacevolmente di letteratura, scienze o medicina. Di qui nacque in molti il desiderio di fondare vere e proprie Accademie, dei luoghi cioè dove ci si potesse ritrovare per leggere, discutere, sperimentare.

Queste istituzioni, dopo il modello tipicamente umanistico proprio del Quattrocento, si andarono moltiplicando e diffondendo in Italia nell'età del Rinascimento e successivamente, prima quale libero e semplice insieme di eruditi, poi come vera e propria associazione di studiosi, regolati da precise norme e leggi, con lo scopo principale di coltivare le discipline letterarie o scientifiche.

Il gruppo di studiosi che si costituisce in queste forme istituzionali ha come primo scopo quello di ricercare il proprio suo nome che la identificasse e la distinguesse (come Ardenti, Disuniti, Erranti, Occulti, Rozzi, Accordati e così via) e poi ricercare il proprio simbolo, "l'impresa", il contrassegno distintivo da esibire, esportare, diffondere. Altro punto da ricordare, è che queste si dettero quasi sempre delle costituzioni, degli statuti che indicavano e contemplavano i vari momenti associativi e le regole di vita, come cariche sociali, modalità di elezione, criteri per l'ammissione di nuovi soci, luogo delle riunioni e loro frequenza.

Nella forma classica di Accademia, intesa come luogo di conversazione ove tenere rapporti culturali che trovano nei dialoghi fra i membri il loro principale motivo di esistere, le competenze si sovrappongono agli stati sociali: vi si trovano raccolti, fianco a fianco, nobili e borghesi, teologi e medici, avvocati e musicisti, letterati e matematici; ben poche sono quelle riservate o corpo-



Michele Maylender, *Storia delle Accademie d'Italia*, Bologna, Cappelli Editore, 1926-30, 5 voll.

ative, come alcune formate da soli medici o ecclesiastici, rare poi quelle di tipo esclusivamente aristocratico.

Nel secolo XVII, la più antica di queste è quella dei *Lincei*, fondata a Roma dal principe Cesi nel 1603: stretti vincoli legavano fra loro i suoi membri, avevano un cifrario segreto per comunicare fra loro, si chiamavano "fratelli giurati", loro protettore S. Giovanni Evangelista; il loro emblema era una lince che atterra un'idra, col motto "Sagacius ista". I suoi primi quattro soci, oltre il principe, furono il medico olandese Giovanni Heck, il conte Anastasio de Fillis e Francesco Stellati, nobile di Fabiano, tutti e tre sui 26 anni. Dopo una breve sospensione delle sue riunioni, queste ripresero pochi anni dopo e fra i primi soci ci fu anche Galileo Galilei nel 1611.

Dopo questa, altra subito da ricordare è quella fiorentina del *Cimento*, ideata già nel 1648 dal granduca Ferdinando II, poi ordinata definitivamente dal cardinale Leopoldo Medici nel 1657. I suoi membri, fra cui ricordiamo Borelli, Viviani, Stevone e Redi, si ritrovavano nel palazzo granducale. Il suo indirizzo era meccanico e sperimentale, rivolto in particolare a studiare le leggi che regolano i più vari fenomeni naturali. Lorenzo Magalotti, filosofo e letterato, ne fu segretario e ne scrisse le relazioni svolte in un importante volume ("Saggi di naturali esperienze").

Questa Accademia ebbe purtroppo breve vita, e fu sciolta dallo stesso fondatore dieci anni dopo.

Di quelle estere, le più importanti furono la *Royal Society*, fondata nel 1662 da

Robert Boyle ad Oxford; l'*Académie Francaise*, nata nel 1634 a Parigi per volontà del cardinale Richelieu, e in Germania, l'*Academia Leopoldina Carolina Cesarea*, "naturae curiosorum".

A queste, se ne unirono presto e ovunque moltissime altre, veri centri di discussioni e progresso scientifico; a queste ufficiali e più note, si

devono aggiungere quelle private, tenute in casa propria da medici o scienziati, nonché tante altre, per lo più di genere letterario.

Per avere un'idea dell'entità di questo fenomeno, citiamo la vasta ed approfondita opera di Michele Maylender ("Storia delle Accademie d'Italia", Bologna 1926-30, 5 voll.), che ricorda per il nostro Paese ben



G. Ruscelli, *Le Imprese Illvstri...*, in Venetia, 1584

2,270 istituzioni che sono vissute, chi con breve chi con più lunga vita, dal Cinquecento alla prima metà dell'Ottocento. Cronologicamente, per lo più nascono nel Seicento (il 43 per cento), il 18 per cento nel secolo precedente, il 25 per cento nel Settecento per passare infine al solo sette per cento nel primo Ot-

tocento.

La maggior parte (circa il 70 %) sono di genere letterario; distanziate, quelle puramente scientifiche (circa il 5 %). Fra le città in cui si sviluppano in maggior numero, prima fra tutte fu Roma (con ben 177 atti fondativi), seguita poi da Venezia e Bologna, entrambe con cento pre-

senze; seguono poi Firenze, Siena, Palermo, Padova, Verona e Milano, con un numero decrescente da 69 a 31; in particolare Pisa ne ebbe un totale di 27 e di queste le più antiche e famose furono quelle degli *Ombrosi*, dei *Rozzi*, quella dei *Disuniti* e la *Colonia Alfea*.

Altro punto è quello relativo ai costi di gestione. Anche qui, sempre attingendo dall'incredibile repertorio di dati del Maylender, si passa da casi privati, semplici, informali, con esigue spese sostenute dalla generosità del protettore, ad altre situazioni indubbiamente più onerose, per i costi della sede, per il personale previsto (come bidelli o segretari), per feste, apparati e celebrazioni periodicamente organizzate.

Venendo a quelle scientifiche, accanto a tanti innovatori dotati di una nuova mentalità di ricerca, rivolta a sperimentare ed a studiare i segreti della natura, restavano anche coloro che, galenisti conservatori, si opponevano a questi studi: di qui spesso aspri scontri, inimicizie, odii personali, attacchi violenti ed accese polemiche.

In tutti i paesi civili europei, sorge una stretta collaborazione fra i vari studiosi e si intensificano le relazioni e gli scambi culturali fra le varie nazioni: così ad esempio, le opere di Boyle sono rapidamente conosciute in Italia come in Inghilterra; Malpighi è noto a Londra come a Bologna; Harvey diffonde le sue scoperte simultaneamente in Inghilterra, in



G. Ferro, *Teatro d'Imprese*, Venezia, 1623



P. Gaudenzi,
L'Accademia Disunita,
in Pisa, 1635

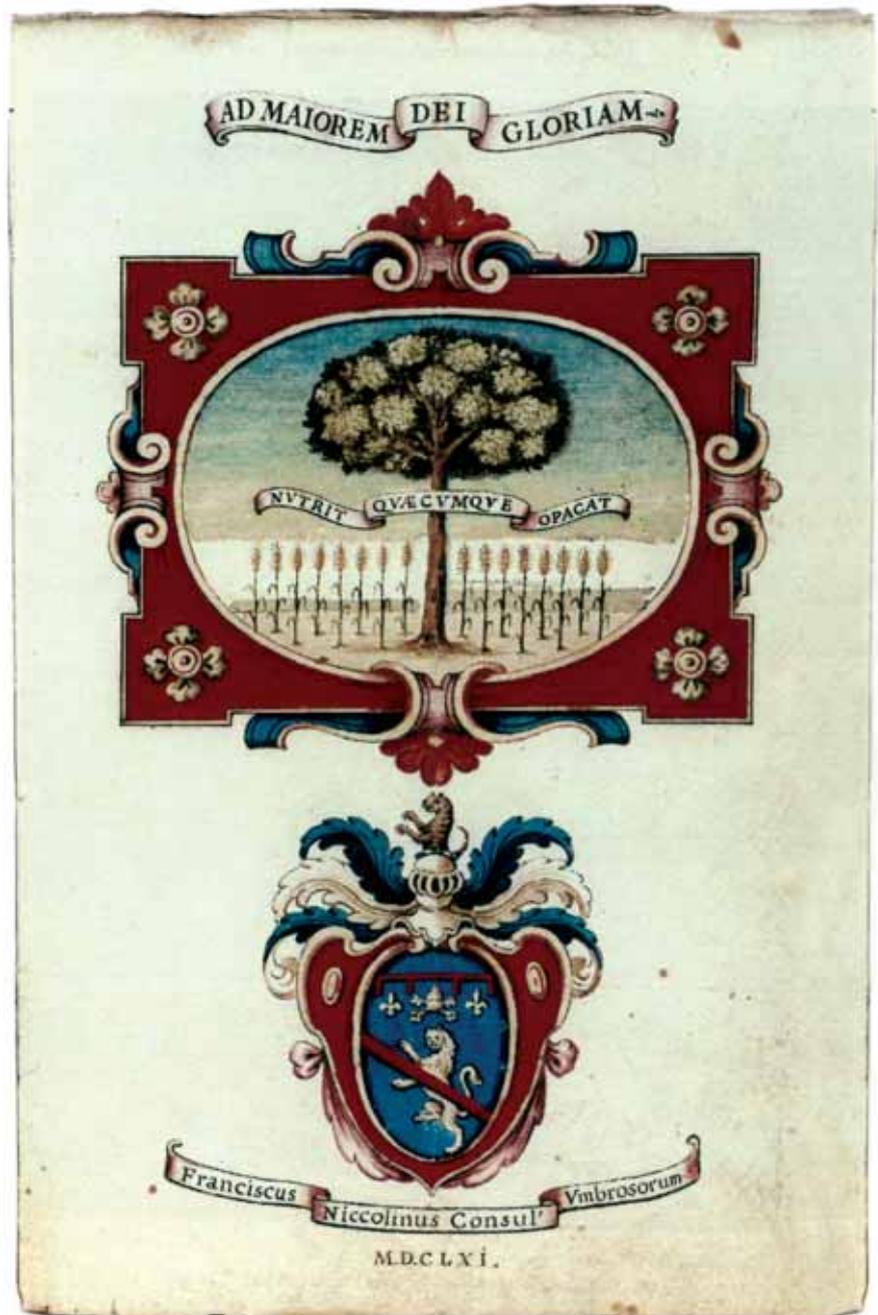
Fiandra, in Germania ed in Italia.

Per quanto riguarda Pisa, un breve cenno si deve fare a proposito di quella dei *Disunti*. Fondata nel 1623 da alcuni dottori dello Studio pisano (Giovanni Visconti, Niccolò Simi, Camillo e Giovanni Accarigi, Giovanni Sommaia, Camillo Campiglia), ebbe una precisa costituzione ed il motto "iunguntur ad opus", per significare che erano uniti per produrre un lavoro fattivo. Poco dopo il suo inizio, proveniente da Roma, entrò a far parte del corpo docente della nostra Università il letterato Paganino Gaudenzi, che indubbiamente caratterizzò, con la sua forte personalità e la grandissima erudizione, l'ambiente degli studi ed anche la vita dell'Accademia, di cui fece subito parte; fra i tanti suoi scritti, ricordiamo anche alcuni capitoli di interesse scientifico, come quelli sulle paludi, sui movimenti dell'occhio e sulla memoria.

Numerosi gli altri personaggi, per lo più docenti dello Studio, che in questi decenni del Seicento fecero parte dei Disunti; fra questi, ricordiamo i medici Oliviero Celata, lettore prima di logica dal 1613, poi straordinario di medicina teorica negli anni 1617-34, quindi di prati-

ca dal 1634 al 1649; Stefano Rodrigo De Castro, portoghese, ordinario di medicina teorica dal 1616-17 al 1635-36, poi straordinario della stessa materia dal 1636-37 all'anno successivo; Giulio Gustavini, genovese, ordinario di medicina pratica dal 1607-08 al 1635-36; Giovan Battista Ruschi, pisano, prima lettore di logica e poi di medicina teorica dal 1633-34 al 1644-45 e quindi di medicina pratica dal 1645-46 al 1648-49; fu an-

che lettore di anatomia dal 1634 al 1649; è autore della famosa opera "De visus organo", stampata a Pisa nel 1631; il bresciano Giovan Battista Soncini, lettore di medicina pratica dal 1640-41 al 1647-48. Tutti questi personaggi apportarono in quelle riunioni e discussioni i loro contributi sui progressi che la scienza andava chiarendo con le tante scoperte che allora continuamente avvenivano, grazie anche all'invenzione del microscopio.



Impresa dell'Accademia degli Ombrosi di Pisa

La bellezza: moderna schiavitù

“**L**a Bellezza: moderna schiavitù che rende le donne insicure e fragili, malattia con gravi conseguenze psico-sociali”.

E' questo il tema che al Congresso Nazionale abbiamo votato a maggioranza per inaugurare l'Anno Sociale 2007-2008 in tutte le nostre sezioni d'Italia nel mese di maggio. E' un argomento attuale che affronta un aspetto molto importante del mondo femminile. La stragrande maggioranza delle donne, e non solo le donne in verità, ha questa spasmodica ricerca del bello apparire, che travalica i classici aspetti della vanità femminile, fino a sconfinare in campi impensabili fino a qualche tempo fa come la ricostruzione chirurgica.

Di solito vi è un terrore irrazionale dell'intervento chirurgico, ma sempre più numerose donne si sottopongono ad interventi dolorosi, pericolosi, complessi e ripetuti per cercare di ottenere o mantenere un aspetto piacevole o "giovane".

La chirurgia plastica comunque ha fatto notevoli progressi e vi è tutta una serie di interventi semplici ed è giusto che noi donne se ne approfitti per migliorare il nostro aspetto. Il Consiglio Direttivo ha inteso trattare questo tema in tutte le sue sfaccettature generali, psicologiche e sociali organizzando una tavola rotonda con personalità di grande esperienza e di alto valore, ognuno nel suo campo specifico:

il prof Remo Bodei, Ordinario di Storia della filosofia, il prof Giovanna Battista Cassano, Ordinario di Psichiatria, la dott.ssa Grazia Salimbeni, noto chirurgo plastico.

Ha iniziato gli interventi il prof Bodei che ha affrontato proprio il tema della Bellezza in un libro dal titolo

“Le forme del bello” edito dal Mulino.

Il professore ha esordito con una coinvolgente rassegna storica sull'ideale della bellezza dagli antichi filosofi greci all'età contemporanea. Il motivo conduttore era quello di puntualizzare come nel tempo siamo passati da un concetto interiore, da intendersi come armonia, ad un concetto esclusivamente esteriore della bellezza, quale perfezione estetica. Il non raggiungimento di questa perfezione estetica comporta lo scatenarsi di frustrazioni e insicurezza perché nella nostra società moderna si associa la bellezza esteriore a speranza di successo.

Ha proseguito gli interventi il prof Cassano che ha voluto ricordare la visione darwiniana della bellezza e che come tale può favorire il successo.

Da esperto psichiatra il professore ci ha guidato nei meandri del nostro cervello per spiegare le patologie psichiche che possono scatenarsi nell'impossibilità di raggiungere o mantenersi la bellezza esteriore.

Ha illustrato una panoramica di disturbi iniziando con quelli dell'umore dalla depressione con perdita di interessi alla mania con esaltazione dei comportamenti; ha proseguito con le fobie che possono arrivare al rifiuto del proprio corpo e di cercare di annullarlo nel suicidio, fino ai più comuni, e noti alla stampa, di-

sturbi alimentari come l'anoressia.

Per tutte queste donne, conclude il prof Cassano, anche la giusta ricerca di avere o mantenere un bel l'aspetto, porta ad una autodistruzione.

Ha concluso gli interventi la dott.ssa Salimbeni che in maniera molto equilibrata ha trasmesso il messaggio che la chirurgia estetica può aiutare a piacersi di più, ma non fa miracoli e quindi spesso bisogna accettare serenamente il proprio aspetto.

Ha riportato che da un sondaggio fra i chirurghi plastici italiani gli interventi più gettonati nell'ordine sono: la mastoplastica additiva per aumentare il seno, la rinoplastica per correggere le imperfezioni del naso e la blefaroplastica per sollevare le palpebre.

Ha voluto però segnalare che vi è chi si sottopone ad interventi per giusti motivi per correggere malformazioni o deformazioni facciali che impedirebbero comuni rapporti sociali.

Ha ricordato che non sono solo le donne a rivolgersi al chirurgo plastico, ma che vi è anche una grossa percentuale di uomini.

Vorrei concludere che alla tavola rotonda ha assistito un folto e attento pubblico che ha espresso al termine soddisfazione per l'argomento ed ovviamente per la bravura degli oratori che hanno saputo “rapire” l'interesse dell'auditorium.





ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für

DIPLOMA

di medaglia



Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®

Aiuta la Digestione

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



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

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

Con Uliveto digerisci meglio.

