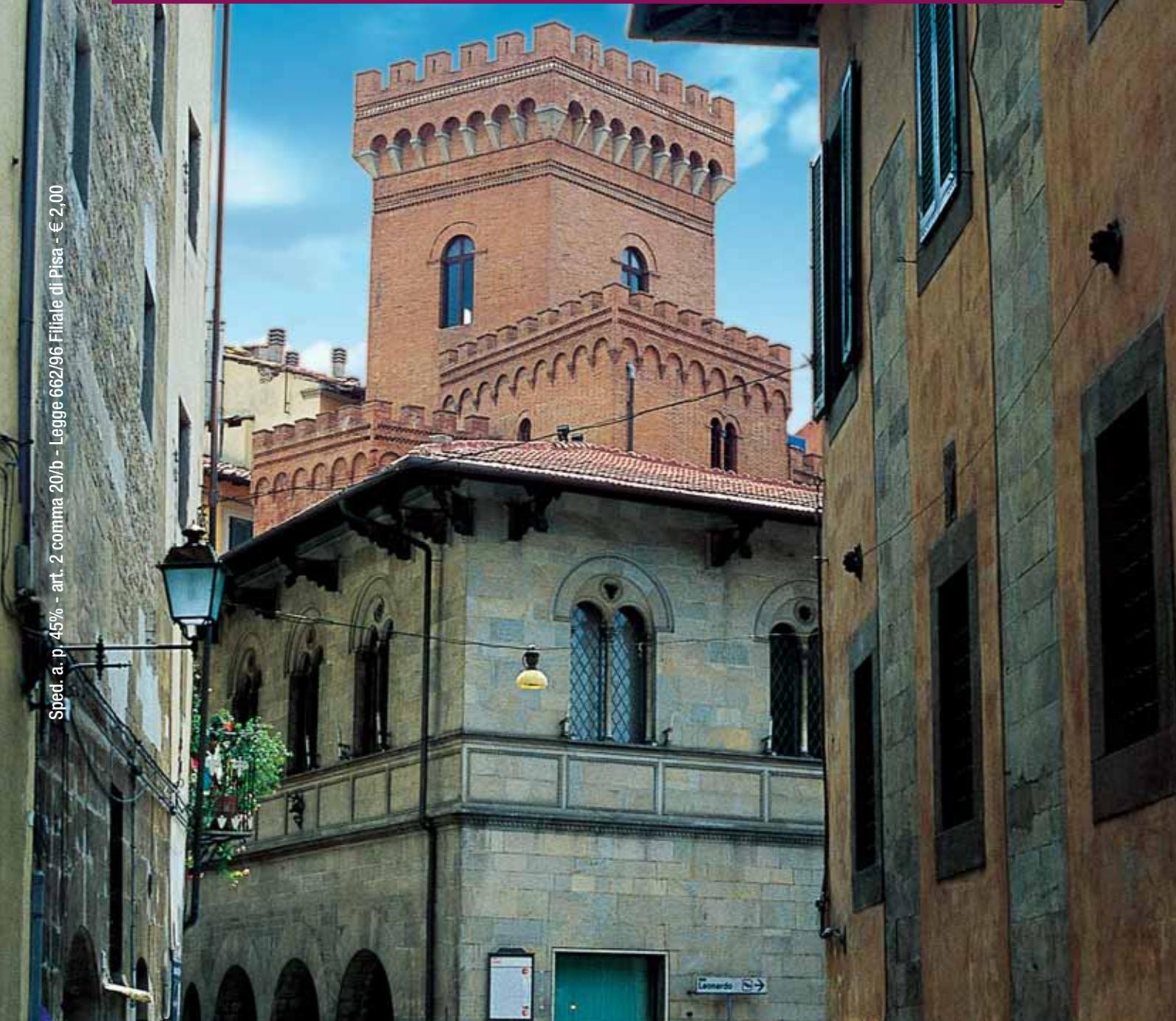


PisaMedica

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

Sped. a. p. 45% - art. 2 comma 20/b - Legge 662/96. Filiale di Pisa - € 2,00



in questo numero:

In commercio il vaccino contro il tumore al collo dell'utero

A. Gadducci
Responsabile Sez. Interna di Ginecologia
Oncologica U.O. Ginecologia Universitaria

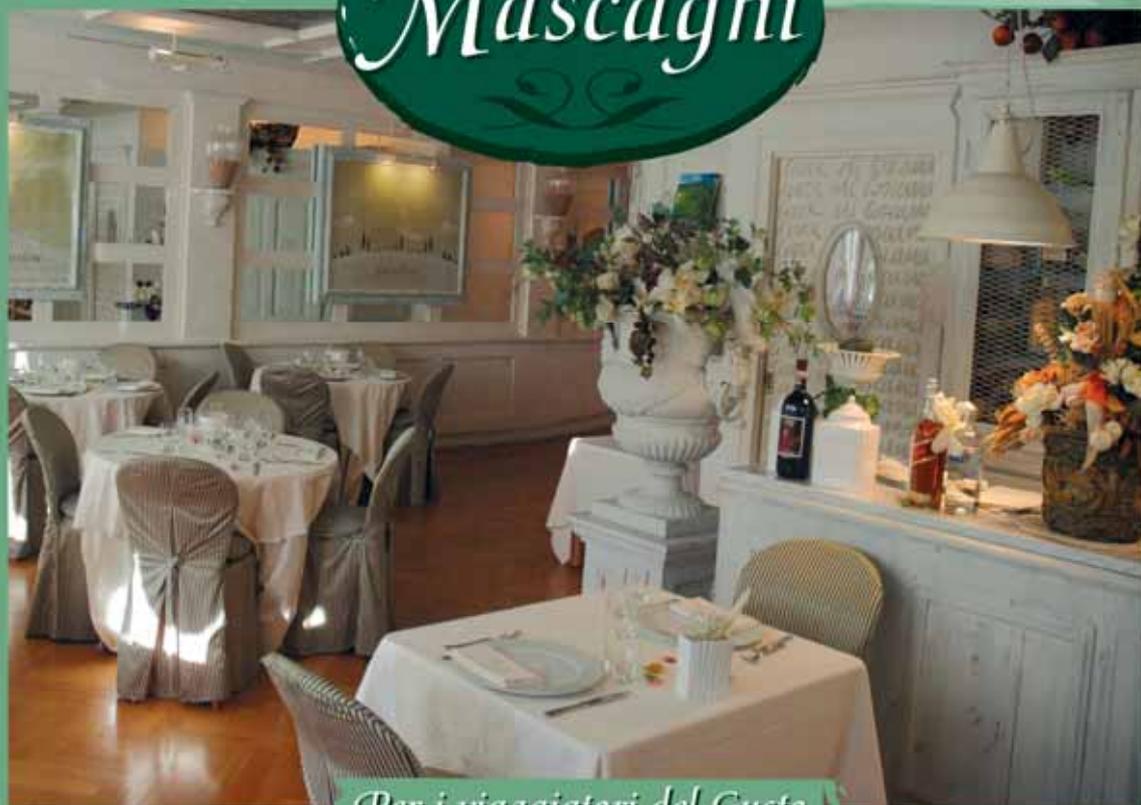
La deglutizione patologica: patologia "transdisciplinare"

A. Tellini
Odontoiatra - Clinical Coordinator N.Y.U. Italian
Graduates Association - Libero Professionista

Obesità: "un'epidemia" dilagante

F. Santini - G. Querci - A. Tamperi
Centro Obesità
Dipartimento di Endocrinologia 1 A.O.U.P.

RISTORANTE *Mascagni*



Per i viaggiatori del Gusto

Il Locale

UN AMBIENTE SOBRIO ED ELEGANTE, COSTITUISCE L'ELEMENTO FONDANTE DI UNA STRUTTURA RICETTIVA DAL DESIGN RICERCATO, QUANTO AVVOLGENTE.

L'ATMOSFERA INFATTI, È QUANTO DI PIÙ ACCOGLIENTE SI POSSA RICHIEDERE, SIA PER INCONTRI DI LAVORO CHE PER CONVIVI AMICHEVOLI E PERCHÉ NO, PER ROMANTICHE CENE A LUME DI CANDELA.



La Cucina

LA SELEZIONE DEGLI INGREDIENTI È ALLA BASE DI OGNI RICETTA, ELABORATA DA CHEF DI GRANDE ESPERIENZA E DI ALTRETTANTA PASSIONE, SEMPRE DISPONIBILI NEL PROPORRE DIVERSI MENÙ, DI TERRA E DI MARE, CHE SI CONTRADDISTINGUONO PER SEMPLICITÀ E BONTÀ.

UN PERCORSO ENOGASTRONOMICO UNICO, CHE SI CONCLUDE CON L'APOTEOSI DEI DOLCI REALIZZATI DAI MAESTRI DELLA STORICA PASTICCERIA SALZA; AUTENTICHE OPERE D'ARTE, CONOSCIUTE ED APPREZZATE A LIVELLO INTERNAZIONALE.



RISTORANTE
Mascagni

AEROPORTO GALILEO GALILEI
56100 PISA
TEL 050 43550 FAX 05048809

PARCHEGGIO
GRATUITO

“194”: mancano soldi e volontà politica

Inutile è approvare le leggi se poi, nei fatti, vengono disattese o scarsamente applicate. Così è per la “194” sull’interruzione volontaria della gravidanza. L’Ordine dei Medici di Pisa prende atto delle diverse proposte di cambiamento, ma sul concreto, alla luce di oggettive realtà, ritiene sia necessaria invece una più incisiva volontà di controllo sui percorsi previsti dalla normativa. E’ demagogico, pensiamo, dire che non sia applicabile se non ci sono adeguate risorse, là dove il punto debole è proprio il livello di educazione sanitaria delle giovani e delle donne. In sostanza, la legge non è applicata attualmente al 100% perché, indipendentemente dai tempi esecutivi dell’IVG, rimane scoperta la realtà di chi non conosce, o solo in parte, le tematiche della contraccezione. La scuola, nell’insieme strutturale, ha di fatto dimostrato i propri limiti, anche per mancanza di un’adeguata programmazione economica in tal senso.

E c’è inoltre da sottolineare come, di fronte al problema gravidanza in atto, la gestante, specie se giovane e sovente alla prima esperienza, non ha quel supporto familiare per decidere in serenità o la possibilità di attingere ad un fondo economico nell’alternativa di proseguire in modo autonomo la gravidanza. Non

è una scelta facile, nel momento del bisogno e chiudere la porta in faccia al problema opponendo una mancanza di fondi, ci sembra semplicistico e volutamente colpevolizzante. Non nascondiamoci dietro un dito e pensiamo, invece, come si tratti di una realtà che teoricamente può coinvolgere tutti.

Compito del legislatore è quindi, varando una normativa di quella portata, tracciare i supporti perché continui ad essere applicata. Chi la critica, dunque, guardi prima la realtà della vita quotidiana, il preoccupante basso livello di educazione sanitaria della popolazione, lo stato d’animo di chi ne sia protagonista a livello individuale, poi anche di coppia e familiare, prenda atto dell’insufficienza dei consultori, delle alternative alla rinuncia della gestazione. Vista cioè sotto il profilo umano, sociale ed economico, il “mea culpa” è - riteniamo - di chi non abbia voluto, allora e nel tempo, stabilire e mantenere i supporti organizzativi e finanziari.

Non è la prima né l’ultima legge che perde colpi perché la si vuole, larvamente, soffocare. Ma se uno Stato si vuole definire realmente civile e rispettoso delle esigenze del singolo e della comunità, non può rinunciare a questo, importante compito di verifica.

Il Consiglio dell’Ordine ringrazia il Dr. Elio Tramonte per l’ottimo elaborato di presentazione al Codice di Deontologia Medica, già fatto pervenire a tutti gli iscritti in allegato al n. 31 di Pisa Medica, e si scusa con lo stesso Dr. Tramonte e con tutti i destinatari del Codice per l’errata attribuzione della suddetta presentazione.

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

Le medicine complementari

Sul BURT n. 6 del 06/02/08 è stata pubblicata la delibera della Giunta Regionale n. 49 del 28/01/08 con la quale si approva lo schema di protocollo di intesa che definisce i requisiti per l'ammissione dei medici e degli odontoiatri all'elenco di coloro che praticano le medicine complementari, ai sensi dell'art 3 comma 3 della Legge Regionale n. 9 del 19/02/07 e successive modificazioni e integrazioni. In particolare nell'attuale fase trovano applicazione le norme transitorie contenute nel protocollo medesimo e che consentono, fin d'ora, l'iscri-

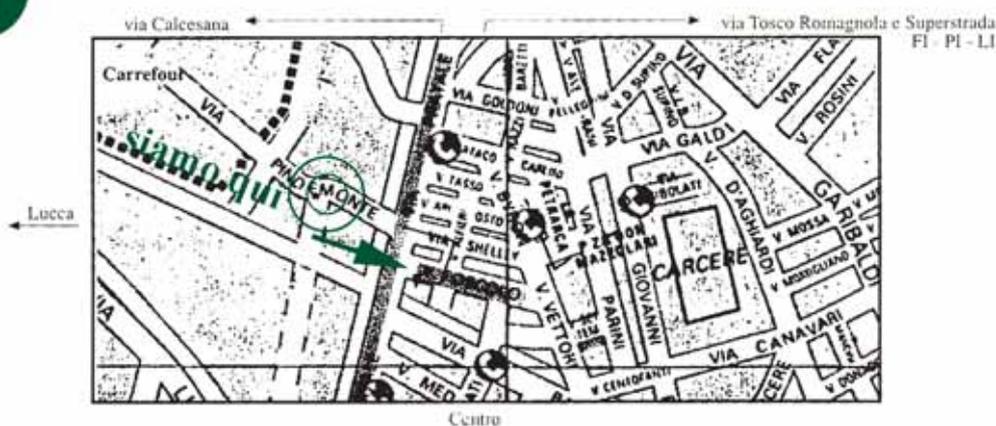
zione dei medici e degli odontoiatri nell'elenco suddetto per le discipline di agopuntura, fitoterapia e omeopatia in presenza di almeno uno dei requisiti descritti.

A tali professionisti l'Ordine rilascerà specifica certificazione a norma dell'art. 3 comma 1 della legge regionale suddetta. Quanto alle norme a regime queste troveranno applicazione decorsi tre anni data di entrata in vigore della legge regionale suddetta. In questo lasso di tempo la Regione Toscana istituirà la Commissione prevista dall'art. 4 della L.R. 9/2007 che avrà il com-

pito di accreditare le scuole e gli istituti di formazione. Sul sito dell'ordine www.omceopi.org e presso la segreteria è disponibile il testo della deliberazione n. 49 della Giunta Regionale e il protocollo d'intesa ex L.R. n. 9 del 19/02/07.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Cooperazione internazionale: firmato il protocollo

PROMOZIONE DELLA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE E DELL'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI E NELLE SITUAZIONI DI DISAGIO

PROTOCOLLO DI INTESA TRA

La REGIONE TOSCANA, rappresentata da Enrico Rossi, Assessore al Diritto alla Salute e Massimo Toschi, Assessore alla Cooperazione internazionale, perdono e riconciliazione fra i popoli con sede in Firenze, Via Cavour, 18

E

La FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI, rappresentata dal Dott. Antonio Panti, con sede in Firenze, Via Giulio Cesare Vanini, 15

E

Il COORDINAMENTO REGIONALE COLLEGI IPASVI, rappresentato dalla Sig.ra Claudia Monaci, con sede in Firenze, Via Pierluigi da Palestrina, 11

Premessa

L'art. 12 del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* del 1966 - firmato e ratificato da 147 Paesi sotto l'egida delle Nazioni Unite - obbliga gli Stati a "garantire il soddisfacimento di un livello minimo essenziale di ciascuno di questi diritti", specificando che per livello minimo essenziale in campo sanitario si intende: "il diritto di accesso ai servizi sanitari senza discriminazioni di sorta, particolarmente per i gruppi più vulnerabili e marginalizzati" e... "l'obbligo di erogare farmaci essenziali, secondo le indicazioni e gli aggiornamenti dell'OMS". Il documento sottolinea l'obbligo da parte dei paesi ricchi di "fornire assistenza e cooperazione internazionale, specialmente economica e tecnica, per consentire ai paesi in via di sviluppo di realizzare tali obiettivi".

A distanza di 40 anni da tale solenne impegno, gli Stati che nel mondo garantiscono "diritto di accesso ai servizi sanitari senza discriminazioni di sorta" sono una piccola minoranza, interessando meno del 20% della popolazione mondiale. Ancora più grave, secondo i dati dell'OMS, è il fatto che ben 43 Stati, pari a oltre 800 milioni di abitanti, si trovano nella condizione di non poter garantire alla grande maggioranza della popolazione servizi essenziali come un parto sicuro e l'assistenza sanitaria a un neonato o la terapia antiretrovirale ai pazienti con Aids.

Al di là di ogni considerazione sulle radici e le cause di tale situazione, emerge l'urgente necessità di predisporre adeguati interventi di cooperazione sanitaria internazionale, finalizzati non solo a tamponare situazioni di emergenza, ma soprattutto a sostenere la costruzione o la ricostruzione di sistemi sanitari, per consentire l'erogazione di servizi essenziali e accessibili alla popolazione, e per evitare che la malattia rappresenti essa stessa una causa della povertà.

Cooperare in questa direzione è conforme ai fondamentali principi di ordine etico e deontologico ("*Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure*" recita l'articolo 6 del Codice di Deontologia Medica).

Ma ciò risponde anche agli interessi della nostra popolazione. Nell'odierno mondo globalizzato non possiamo considerare la salute dei paesi occidentali come un qualcosa di isolato. Le barriere di spazio e di tempo, che tradizionalmente separavano le persone e le nazioni, si sono ridotte portando a un'intensificazione del commercio

internazionale, dei viaggi, delle comunicazioni. Queste tendenze non sono nuove, ma il loro intensificarsi può influire sulla salute di ciascuno, ovunque. La povertà e le malattie di un paese possono minacciare la prosperità e il benessere delle popolazioni in tutti i paesi.

Gli ambiti della collaborazione tra la Regione Toscana, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici ed il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI

Le parti ritengono che vi siano ampi spazi di comune interesse e di fruttuosa collaborazione nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale. Gli Organismi professionali sono disponibili a fornire consulenza tecnica di carattere professionale; la Regione Toscana può facilitare, garantire e promuovere, attraverso appositi strumenti normativi, la partecipazione di professionisti toscani - dipendenti o convenzionati col SSR - agli interventi di cooperazione sanitaria internazionale.

Le parti individuano nei seguenti punti le specifiche aree di collaborazione:

1. Anagrafe dei professionisti disponibili

Gli organismi professionali hanno già avviato un'operazione di ricerca, acquisizione e classificazione dei professionisti interessati e/o disponibili a svolgere attività di cooperazione sanitaria internazionale in qualsiasi paese sia necessario. Gli organismi professionali si impegnano quindi a tenere aggiornato il database e renderlo disponibile alla Regione Toscana per esigenze progettuali.

2. Comunicazione - Informazione

Gli organismi professionali attivano una serie di contatti con le più importanti Organizzazioni Governative e Non Governative, Internazionali, Nazionali e Toscane impegnate nella cooperazione sanitaria internazionale per conoscere i loro programmi e le loro richieste di collaborazione al fine di pubblicizzarle tra i professionisti. Questo collegamento a maggior ragione si può realizzare con la Regione Toscana. Gli organismi professionali si impegnano, attraverso i propri organi di comunicazione e stampa, a rendere note ai professionisti le attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana e - in collaborazione con la Regione stessa - ad assistere i professionisti nella informazione/risoluzione di problemi burocratici-amministrativi (aspettative, assicurazioni, etc) connessi con queste attività. Gli organismi professionali si impegnano anche ad informare i professionisti sulle missioni di cooperazione internazionale svolte in Toscana da parte di paesi esteri.

3. Iniziative culturali

Le parti si impegnano a promuovere e organizzare iniziative nell'ambito della regione Toscana volte a diffondere la cultura della cooperazione internazionale all'interno del mondo professionale e a stabilire rapporti di collaborazione con gli enti impegnati e con gli stati che tale cooperazione richiedano.

4. Formazione e aggiornamento

La qualità degli interventi di cooperazione sanitaria è fortemente condizionata dalla qualità della formazione e dell'aggiornamento degli operatori coinvolti. Pertanto le parti concordano sulla istituzione di una commissione mista, composta da esperti della Regione Toscana e degli organismi professionali, col fine di coordinare ed indirizzare le attività formative attraverso le seguenti linee di intervento:

- a)** Definizione dei bisogni (e dei contenuti) formativi nelle diverse aree tematiche, anche in relazione alle caratteristiche dei programmi e progetti regionali (es: contesto socio-culturale-politico dei paesi in via di sviluppo; i sistemi sanitari; le strategie e gli attori della cooperazione sanitaria internazionale - da Alma-Ata ai Millennium Development Goals, al Global Fund -; strumenti di valutazione degli interventi di cooperazione sanitaria; le più comuni malattie tropicali; le tecnologie appropriate e i farmaci essenziali; l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari; la gestione delle risorse umane e quant'altro);
- b)** Censimento delle attività formative già esistenti nella Regione Toscana ed eventuale promozione di nuove, e loro coordinamento complessivo, tenendo conto del precedente punto a);
- c)** La formazione in loco degli operatori, anche attraverso programmi di formazione di *Junior Project Officer* all'interno delle scuole di specializzazione dell'Università, con permanenza all'estero di alcuni mesi (3-12 mesi) e il coordinamento formativo degli operatori provenienti dai paesi terzi a scopo formativo;
- d)** La promozione di iniziative culturali all'interno del mondo universitario e delle professioni sanitarie per diffondere la conoscenza delle problematiche del diritto alla salute e della cooperazione sanitaria internazionale, anche attraverso lo strumento della commissione formazione regionale di cui all'articolo 51 della Legge Regionale 40/2006.
- e)** Iniziative specifiche in Toscana di assistenza rivolte agli immigrati ed alle situazioni di maggior disagio sociale.

I nuovi contribuenti "minimi"

La Legge Finanziaria 2008 ha introdotto una nuova e interessante opportunità "contabile" per i liberi professionisti che rispondono a determinati requisiti. Primo requisito è quello del volume d'affari dell'anno precedente che non deve superare i 30.000,00 euro (eventuali adeguamenti agli studi di settore esclusi), secondo requisito è quello di non avere avuto dipendenti o collaboratori, terzo requisito non aver acquisito (neppure in leasing) nel triennio precedente beni strumentali di valore complessivo superiori a € 15.000,00.

Vediamo quali sono i vantaggi dei contribuenti cosiddetti "minimi": innanzitutto la semplificazione contabile, ciò significa che non devono essere riportate sui registri contabili le ricevute emesse, le fatture di acquisto, così come non devono essere compilati ed inviati gli elenchi clienti e fornitori, né sono previste la liquidazione e il versamento dell'Iva. Il contribuente minimo è poi escluso dal versamento dell'Irap e non è soggetto agli Studi di Settore, resta invece a suo carico l'obbligo di conservare i documenti emessi e ricevuti, e di avere un conto corrente bancario "dedicato", sul quale fare affluire gli incassi e dal quale prelevare le somme occorrenti per le spese professionali.

Dal primo gennaio 2008 i contribuenti già in possesso della partita Iva che hanno i requisiti sopra elencati sono entrati automaticamente a far parte della categoria dei "minimi" e dovranno ricordare di non applicare mai l'Iva alle proprie fatture e annotare la seguente dicitura in calce al documento emesso "Operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, comma 100 della Legge Finanziaria per il 2008". Per coloro che inizia-

no l'attività è sufficiente optare per il nuovo regime in fase di apertura della partita Iva.

Il reddito netto oggetto di imposta si ottiene sottraendo dai ricavi le spese (comprendenti di Iva) secondo il criterio di cassa (ovvero considerando le entrate effettivamente incassate nell'anno e le spese effettivamente pagate nell'anno), sulla differenza viene applicata un'imposta sostitutiva pari al 20%. Questa imposta sostitutiva assorbe Irpef, Addizionale Regionale e Addizionale Comunale. Le ritenute d'acconto eventualmente subite possono essere recuperate nella dichiarazione dei redditi in fase di liquidazione dell'imposta.

Va chiarito che il regime dei "minimi" non è un regime obbligatorio,

infatti il professionista che desideri avvalersi (ovvero di continuare ad avvalersi) del regime ordinario può optarvi tramite un comportamento concludente e manifestare l'opzione con l'invio della prima dichiarazione annuale Iva presentata successivamente alla scelta. L'opzione è vincolante per il primo triennio dopodiché si rinnova di anno in anno.

Claudio Siciliotti, Presidente dei dottori commercialisti e degli esperti contabili, in un articolo apparso il 5 gennaio su "Il Sole 24 Ore", pur apprezzando il regime che consente di minimizzare gli adempimenti fiscali e contabili, motiva le sue perplessità ed osserva che "non è tutto oro quello che luccica ..."

(Fonte: "Il Sole 24 Ore")



Il servizio di Day Hospital

Intervista con la dottoressa Enza Fommei, responsabile del Day Hospital dell'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC)/Fondazione CNR-Regione Toscana "Gabriele Monasterio".

Quali sono le caratteristiche del Day Hospital d'Istituto, anche dal punto di vista della Medicina pisana?

L'attività di Day Hospital (DH) presso l'Istituto esiste da molti anni ma solo di recente, con la riorganizzazione dei reparti clinici dopo il trasferimento a San Cataldo, ha preso una sua propria configurazione. In particolare, presenta una sua propria struttura logistica con personale clinico dedicato ed una propria organizzazione amministrativa. L'offerta assistenziale è un percorso articolato diagnostico-terapeutico che non prevede la necessità di assistenza continuativa in regime di ricovero ordinario. Questo punto è molto importante in quanto ottempera alle Linee Guida dei piani sanitari nazionali e regionali per la riduzione dei ricoveri "inappropriati" privilegiando le forme assistenziali diurne.

In cosa si differenzia in questo contesto dall'attività in regime ambulatoriale?

In termini di "intensità di cure" secondo i quali sempre più si sta orientando l'organizzazione generale dei servizi sanitari, il DH si colloca in un piano intermedio tra l'ambulatorio ed il ricovero ordinario. In particolare assolve alla funzione di garantire assistenza tempestiva, multidisciplinare e multispecialistica a pazienti con impegno clinico tale da non necessitare assistenza continuativa come ricovero ordinario, ma per i quali sarebbe troppo fram-

mentata e di più difficile coordinamento l'assistenza nel solo regime ambulatoriale. Vero è che "aprire" un DH è come attivare un ricovero ordinario, predisponendo un piano diagnostico-terapeutico, eseguendo esami/consulenze programmati e concludendo con una diagnosi e terapia appropriate alla dimissione, non diversamente da quanto accade nei ricoveri clinici.

Quali sono le patologie più rappresentate?

Il DH è ovviamente dedicato alle patologie che sono più rappresentate in istituto e riceve afferenze dai vari reparti clinici dell'Istituto, dall'Ambulatorio ai Reparti di Cardiologia, Medicina Cardiovascolare, Pneumologia; è aperto anche all'utenza territoriale, su indicazione del Medico Curante o di altre strutture assistenziali, sempre nell'ambito delle malattie cardiopolmonari e delle discipline affini di cui esiste competenza in istituto. Tipologie comuni di pazienti sono rappresentati da pazienti ipertesi, diabetici, scompensati, aritmici, coronaropatici, broncopneumopatici, con ipertensione polmonare, etc. Una tipologia a parte è rappresentata dai Day Hospital "chirurgici" dedicati ad esempio alla sostituzione di pace-maker o a procedure di cardioversione elettrica di aritmie con DC-shock.

Quali sono i vantaggi per il medico e paziente? Esistono anche svantaggi?

I vantaggi consistono nella possibilità di fare un percorso clinico integrato, simile al ricovero e pertanto raggiungere una diagnosi ed una impostazione terapeutica adeguata in tempi circoscritti (in media nelle nostre statistiche risulta che un

paziente effettua un numero medio di accessi pari a 3,5). Si limitano pertanto i tempi morti per es. per attesa di esami durante il ricovero. Svantaggi possono configurarsi soprattutto per motivi logistici per pazienti fuori sede, specie se anziani e necessitanti accompagnamento, per i quali il ricovero ordinario, anche se inappropriato clinicamente, costituirebbe la forma preferibile per il paziente.

Quali sono le peculiarità dell'organizzazione del DH?

Al contrario dell'Ambulatorio e del Ricovero ordinario per il quale esistono consuetudini consolidatissime, la standardizzazione dell'organizzazione del DH è in sviluppo. Una caratteristica fondamentale è che mentre il rapporto clinico classico medico-paziente è per l'ambulatorio circoscritto, in quanto inizia e si conclude nello spazio di una visita oppure è prolungato senza soluzione di continuità per il ricovero ordinario, nel DH questo è intermittente e pertanto richiede un'organizzazione amministrativa complessa che tenga continuamente le fila del caso tra medico, infermiere e paziente (ad esempio, per i referti di esami, consulenze, richieste del paziente, modificazioni di piano clinico o terapia da parte del medico eccetera) anche in mancanza della presenza fisica del paziente.

Viste queste caratteristiche, come sono individuati i pazienti per i quali è consigliabile un DH?

Una prima domanda da porsi è se l'esigenza assistenziale non possa risolversi più semplicemente con prestazioni ambulatoriali senza rischio per la salute del paziente; in



questo modo si evitano dall'inizio scelte inappropriate. Si selezionano invece per il DH i pazienti che per gravità clinica, complessità di iter diagnostico o esigenze terapeutiche potrebbero avvalersi di un ricovero ordinario ma senza la necessità di assistenza continuativa. In nessun caso il DH può sostituire l'Ambulatorio. Un esempio di tipologia dei pazienti può essere rappresentato da casi di ipertensione arteriosa resistente al trattamento farmacologico, con sospetta secondarietà, danno d'organo ipertensivo, altri fattori di rischio e condizioni cliniche associate; oppure, per fare un altro esempio, pazienti per i quali sia ritenuto utile un tempestivo depistage e trattamento per insufficienza cardiaca.

E' importante precisare che è possibile un passaggio tra DH e ricovero ordinario nei due sensi, ad esempio per pazienti dimessi da ricovero ordinario od urgente che necessitano un complesso controllo clinico-terapeutico a breve termine, oppure per pazienti che, dopo la valutazione in DH, debbano essere ricoverati in reparto per aggravamento od esigenze di esami invasivi o protocolli terapeutici richiedenti assistenza continuativa.

L'attività di DH può avere aspet-

ti di ricerca?

A questo proposito si delineano due campi importanti: il primo è rappresentato dalla ricerca sanitaria di nuovi modelli assistenziali volti a migliorare il rapporto costo/beneficio a favore della salute, particolarmente con sviluppo di sistemi di gestione clinica informatizzata per coordinare le molteplici funzioni assistenziali-amministrative peculiari del DH; il secondo campo riguarda la possibilità di disporre, anche solo dopo un numero limitato di anni, di vasti data base clinici per varie patologie sui quali condurre studi osservazionali o prognostici.

Quale è stato lo sviluppo del vostro servizio?

I dati statistici annuali mostrano una continua crescita. Per il 2007 indicano globalmente 1531 accessi giornalieri per 490 pazienti con media di 3,12 accessi per paziente ed una media di 5,6 pazienti afferenti al servizio ogni giorno. Rispetto al 2004 si è avuto un incremento del 46% nel numero dei pazienti e del 73% nel numero degli accessi. Nel corso del 2007 il ricovero in regime di DH ha rappresentato il 24,4% dei ricoveri in regime non urgente. Può essere interessante osservare che la crescita del DH è stata parallela ad una sensibile riduzione di ricoveri in

regime ordinario mentre è cresciuto il ricovero in area critica (e globalmente il numero totale dei ricoveri) e parallelamente si è verificata anche una crescita dell'attività ambulatoriale. Questi dati ci confortano sulla corretta applicazione del DH che si presenta con una sua specifica funzione clinica, non a discapito dell'ambulatorio e spesso correttiva dell'inappropriatezza di taluni ricoveri in regime ordinario.

Ci può fornire alcuni riferimenti normativi?

A livello nazionale esistono linee di indirizzo al riguardo, particolarmente volte ad evitare l'inappropriatezza nei ricoveri ordinari (1); a livello regionale linee analoghe di indirizzo sono contenute nei piani sanitari regionali specifici (2).

1. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia. Calcolo delle soglie di ammissibilità per i 43 drg del d.p.c.m. "livelli essenziali di assistenza" e stima delle quote di ricoveri inappropriate. Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio Roma, 2002

2. Piano Sanitario Regionale Reg. Toscana 2005-2007, Sez. II. 3.4

Obesità: “un’epidemia” dilagante

L'obesità è una condizione cronica ad eziopatogenesi multifattoriale, definita dall'OMS come un eccesso di peso corporeo per accumulo di tessuto adiposo in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute. Si ritiene che la pressione evolutiva abbia agito sul patrimonio genetico dell'uomo incrementando la frequenza dei tratti che favoriscono il risparmio energetico, in tal modo aumentando le probabilità di sopravvivere e la capacità di riprodursi. Negli ultimi cinquant'anni, l'aumento delle disponibilità alimentari e l'assunzione di abitudini di vita sedentarie hanno reso possibile l'innaturale realizzarsi di un bilancio energetico cronicamente positivo in un numero crescente di soggetti che vivono nei paesi a tenore economico elevato, con un conseguente rapido incremento della prevalenza dell'obesità.

Si calcola che più di un miliardo di persone nel mondo siano affette da obesità e che la prevalenza di questa condizione sia in aumento in tutte le fasce d'età, tanto da giustificare il termine di “epidemia”. Nella conferenza dell'OMS sulla lotta all'obesità, tenutasi a Istanbul nel 2006, è stato riportato che la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi venti anni, con la previsione che nel 2010 gli obesi in Europa saranno 150 milioni fra gli adulti e 15 milioni fra i bambini e gli adolescenti. In quasi tutti i paesi Europei l'obesità è più diffusa tra le categorie sociali a basso reddito e con difficoltà di accesso alle cure; gli individui che vivono in condizioni disagiate devono far fronte a limitazioni sociali e finanziarie che rendono difficile compiere scelte adeguate sul proprio stile di vita. L'Italia vive la stessa situazione europea: degli adulti il 34% è in sovrappeso (42,5% uomini

e 26,6% donne) e il 9,8 è obeso senza sostanziali differenze di sesso. Nei bambini italiani la prevalenza di soprappeso e obesità è tra le più elevate d'Europa (36%).

Le conseguenze dell'obesità sullo stato di salute sono dovute al maggior rischio di sviluppare malattie metaboliche come il diabete di tipo 2, cardiovascolari, articolari e neoplastiche. La comparsa delle complicanze è influenzata dalla quantità e dalla distribuzione dell'adipe: peggiore è la localizzazione “centrale” (androide) che predilige il tronco, rispetto a quella “gluteo – femorale” (ginoide). La stretta relazione tra obesità centrale, ipertensione arteriosa e alterazioni del metabolismo glicolipidico ha condotto all'individuazione di un quadro noto come sindrome metabolica, che raccoglie una serie di fattori di rischio cardiovascolari derivanti dall'obesità viscerale e dalla condizione di insuli-



no-resistenza ad essa associata. La prevenzione ed il trattamento dell'obesità e delle sue comorbidità rappresentano un importante obiettivo di salute pubblica.

La terapia, una volta escluse le rare cause di obesità secondaria ad altre condizioni morbose che richiedono una specifica correzione, ha lo scopo di realizzare un bilancio energetico negativo che consenta di ridurre l'eccesso adiposo e di mantenere i risultati nel lungo periodo. L'approccio più semplice si basa sul presupposto che per raggiungere questo scopo è necessario correggere lo stile di vita, modificando opportunamente le abitudini alimentari ed aumentando i consumi sotto forma di esercizio fisico. Nei casi, peraltro frequenti, in cui questo tipo di approccio non fornisca risultati a lungo termine è possibile usare farmaci che in combinazione con la dieta possono essere di ausilio per facilitare l'adesione dei pazienti alle misure comportamentali. I più usati sono la sibutramina e l'orlistat ma si stanno configurando nuove prospettive terapeutiche grazie all'individuazione di nuovi bersagli farmacologici. La chirurgia bariatrica viene utilizzata in caso di fallimento delle misure suddette o qualora il grado di obesità e le complicanze associate siano tali da minacciare seriamente lo stato di salute del paziente. Le strategie chirurgiche sono essenzialmente rivolte a ridurre l'introito alimentare o a indurre un malassorbimento degli alimenti ingeriti. Un ruolo importante riveste anche la chirurgia plastica, sia per la rimozione preventiva di masse adipose altamente invalidanti o comunque tali da inficiare la terapia convenzionale che per la correzione di eventuali inestetismi derivati da un importante calo ponderale. Il Centro Multidisciplinare per la Diagnosi e la Terapia dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, coordinato dal Prof. Aldo Pinchera, è nato nel 2001 come centro di riferimento regionale per integrare tra loro finalità di prevenzione, assistenza, formazione e ricerca nel campo dell'obe-

sità. Numerose Unità Operative, appartenenti all'Azienda Ospedaliera Pisana e all'Unità Sanitaria Locale 5 di Pisa, collaborano al suo interno in maniera coordinata e sequenziale. Accanto ad attività strettamente assistenziali (prestazioni ambulatoriali, ricoveri in regime ordinario o di Day Hospital) il centro propone per i pazienti ritenuti idonei e che abbiano svolto le indagini cliniche appropriate un percorso riabilitativo sui fronti motorio, nutrizionale e psicoeducativo, attuabile nella struttura termale di San Giuliano, allo scopo di rendere più facile l'applicazione nella vita quotidiana delle indicazioni apprese in ambito ospedaliero.

L'attività di ricerca si sviluppa lungo molteplici piani paralleli fra loro: studio della frequenza di malattia ai fini epidemiologici e preventivi, studi di genetica e biologia molecolare allo scopo di identificare geni coinvolti nella regolazione del peso corporeo e nella patogenesi delle malattie associate all'obesità nonché studi sui nuovi trattamenti. Nell'ambito delle attività del Centro rientrano le attività di formazione rivolte alle diverse figure professionali operanti nel settore, che includono Master universitari, tirocini di dietisti e psicologi e Congressi di livello regionale, nazionale e internazionale.



Il defibrillatore automatico pubblico: totem o tabù?

Negli ultimi decenni sono stati compiuti enormi passi avanti nel trattamento dell'infarto miocardico acuto: l'introduzione e la diffusione dell'angioplastica coronarica ha permesso tempi di rivascolarizzazione precoce non chirurgica impensabili fino a pochi anni fa.

Questo ha permesso una riduzione drastica non solo della mortalità per IMA, ma anche un miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita lungo termine.

Ma su 100 persone che muoiono per infarto miocardico solo 30 circa riescono a giungere vivi al Pronto Soccorso: i due terzi infatti muoiono per strada od in casa, nel 90% vittime di una fibrillazione ventrico-

lare.

Dal momento che nessun sistema di emergenza extraospedaliera, per quanto perfezionato e di alto livello, può essere in grado di far giungere un'ambulanza attrezzata con personale specializzato nel giro dei fatidici 3-5 minuti (tempo oltre il quale il danno anossico cerebrale e lo svilupparsi rapido ed ineluttabile dell'acidosi dapprima respiratoria e poi mista renderanno vani tutti i tentativi di rianimazione) è risultato chiaro che l'unica possibilità sia quella di diffondere non solo i principi della rianimazione cardiopolmonare di base alla popolazione, ma anche e soprattutto di diffondere capillarmente i Defibrillatori.

Fino a pochi anni fa i Defibrillatori erano semiautomatici, necessitavano quindi di un addestramento seppur semplice sull'impiego delle macchine, in quanto queste necessitavano di una sequenza di tasti da premere, (verde di accensione, giallo di carica e rosso di shock), della necessità di dover leggere un monitor sul quale apparivano le sequenze da eseguire. Da pochissimi anni si sono sempre più diffusi, non solo negli USA, ma anche nella nostra Europa, i DEFIBRILLATORI AUTOMATICI.

Queste macchine non possiedono monitor o sequenze di tasti da premere: non appena aperto il coperchio iniziano a parlare nel nostro



linguaggio consigliando di 1) avvertire immediatamente il 118 che si è trovata una persona incosciente 2) di scoprire il torace del paziente 3) di applicare le piastre autoadesive. Al resto pensa il computer: se trovasse un paziente in coma ma l'attività elettrica cardiaca fosse regolare (es. ictus) continuerebbe a ripetere ad alta voce "Ritmo regolare... ritmo regolare" dando consigli sempre a voce su come posizionare il paziente; se viceversa il computer riscontra una fibrillazione ventricolare, allerta gli astanti a non toccare più il paziente, di allontanarsi perché sta caricando il defibrillatore e la scarica è dunque imminente. Somministrata la scarica istruisce a voce gli astanti che possono toccare nuovamente il paziente alla ricerca di segni di ripresa del circolo. Niente più monitor quindi, niente più istruzioni da leggere o pulsanti da premere.

Questo enorme passo avanti tecnologico permette ovviamente l'impiego di tali macchine (del peso di circa 1 kg e del costo irrisorio di circa 1500 euro) da parte di chiunque, indipendentemente dalla preparazione di base.

Basta girare un pò nella nostra Europa per vedere che tali macchine sono presenti nelle strade e nelle piazze di Inghilterra, Francia, Germania, Principato di Montecarlo, etc.

A tali esperienze mi sono ispirato nell'organizzare l'installazione del primo defibrillatore automatico pubblico in Italia, nel paese in cui abito (Calci, provincia di Pisa, circa 6000 abitanti, tempo di arrivo medio di un'ambulanza medicalizzata del 118 circa 20-30'): tale apparecchio è stato infatti da me installato, e già attivo, nella piazza principale del paese il 20 Dicembre 2008 ("IL TOTEM").

Contemporaneamente ho pubblicato un manuale di rianimazione cardiopolmonare di base e di uso del defibrillatore che ho provveduto a distribuire in ogni negozio e nell'edicola del paese di Calci.

Ora che il progetto è diventato realtà si devono combattere due mentalità opposte ma simili nella loro inefficacia: quella di chi ritiene il defibrillatore un TOTEM da adorare e dal quale dipende la nostra vita, e quella di coloro (Colleglihi specialmente) i quali

ritengono troppo semplicistico installare un apparecchio del genere. La mia opinione, del tutto personale e contestabile, è che di fronte al paziente colpito da arresto cardiaco tutto debba essere tentato. Parafrasando gli inglesi: "se hai un asso nella manica giocalo ora o mai più...").

Questo paziente, se non defibrillato nel giro di 3 minuti, muore sicuramente, ed ogni tentativo, pertanto, è lecito.



Sostituzione valvolare aortica per via percutanea

Le valvulopatie sono considerate uno dei maggiori problemi di salute pubblica, con un incremento continuo della prevalenza dovuto all'aumento dell'aspettativa di vita. Negli adulti > 75 anni la stenosi aortica ha una prevalenza del 4.6%. La terapia convenzionale è rappresentata dalla sostituzione valvolare chirurgica, procedura gravata in questi pazienti da una mortalità elevata dovuta alla frequente comorbidità, all'età stessa, alla frequente insufficienza renale. Il recentissimo registro europeo EuroHeart survey sulle valvulopatie ha dimostrato che un terzo di questi pazienti vengono esclusi dalla chirurgia perchè considerati a rischio troppo elevato.

Per questo motivo da anni l'industria biomedica ha cercato di sviluppare protesi valvolari che potessero essere impiantate per via endovascolare, evitando sternotomia e circolazione extracorporea. Dopo i primi successi con protesi valvolari polmonari, nel 2001 il dott. Cribier ha effettuato la prima sostituzione valvolare aortica percutanea nell'uomo, utilizzando una protesi biologica montata su

un pallone da valvuloplastica. Questo intervento era tuttavia limitato dalla necessità di utilizzare introduttori di grosse dimensioni (diametro 9 mm) posizionati con esposizione chirurgica del vaso, e dalla complessità dell'accesso anterogrado (dalla vena femorale all'atrio destro, quindi all'atrio sinistro per via trasversale ed infine in aorta passando attraverso la mitrale).

Lo sviluppo di cateteri più flessibili e di protesi di nuova generazione ha permesso di ridurre le dimensioni del sistema (diametro 6 mm) e di utilizzare l'accesso retrogrado dall'arteria femorale, rendendolo effettivamente percutaneo.

Il sistema ad oggi più avanzato (oltre 600 pazienti trattati nel mondo) è rappresentato dal CoreValve Revalving System, costituito da una protesi biologica tricuspide di pericardio suino suturata all'interno di uno stent auto-espandibile in nitinol (una lega metallica a memoria termica che diventa malleabile alle basse temperature). Lo stent è composto di tre sezioni: la prima, ad elevata forza radiale, che si ancora per 5-10 mm nel tratto di efflusso del ventri-

colo sinistro; la seconda, più ristretta e contenente la valvola, che si localizza in posizione sopra-anulare all'altezza dei seni di Valsalva; la terza, più ampia, che si ancora in aorta ascendente.



Attualmente i criteri di selezione dei pazienti da sottoporre ad impianto percutaneo di protesi aortica sono: 1) stenosi valvolare aortica severa e/o prevalente, sintomatica (area <math>< 0.6\text{cm}^2/\text{m}^2</math>); 2) anulus valvolare aortico 20-27 mm; 3) giunzione seno-tubulare <math>< 44\text{ mm}</math>; 4) almeno uno dei seguenti (a) età >74 anni; (b) EuroSCORE >14%; (c) età >64 anni con comorbidità severa. Ogni candidato ad impianto percutaneo





viene valutato con una angio-TC, un cateterismo cardiaco destro e sinistro e con un coronarografia, al fine di dimensionare accuratamente la misura di protesi adatta e di trattare una eventuale coronaropatia prima della sostituzione valvolare.



L'intervento viene eseguito in anestesia generale o in sedazione profonda, con accesso percutaneo dalla arteria femorale comune. La protesi viene posizionata a cuore battente, dopo aver eseguito una valvuloplastica preliminare durante stimolazione ventricolare ad alta frequenza. Dopo l'impianto della protesi il catetere di rilascio viene ritirato e l'accesso femorale viene chiuso per via percutanea con due punti di sutura. I pazienti possono essere mobilizzati in prima giornata post-intervento, riducendo signifi-

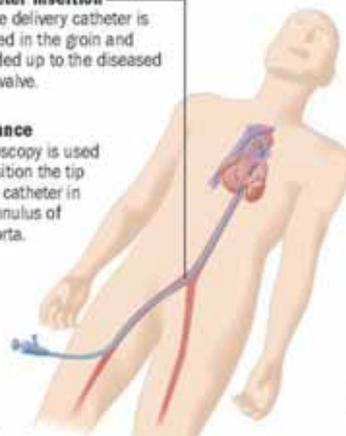
cativamente i tempi di degenza rispetto all'intervento chirurgico.

Catheter insertion

A valve delivery catheter is inserted in the groin and threaded up to the diseased heart valve.

Guidance

Fluoroscopy is used to position the tip of the catheter in the annulus of the aorta.



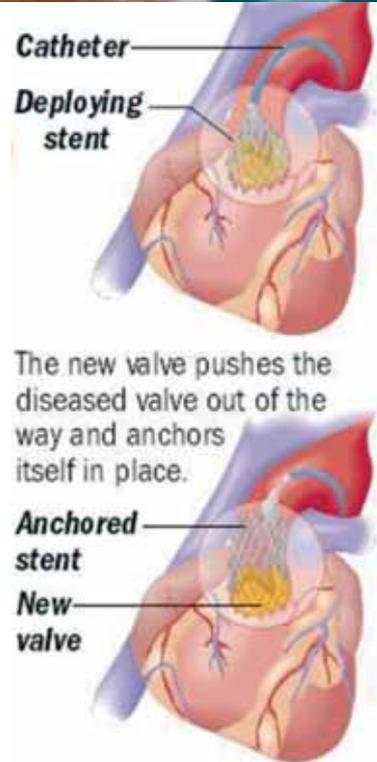
Catheter

Deploying stent

The new valve pushes the diseased valve out of the way and anchors itself in place.

Anchored stent

New valve



Il sistema CoreValve Revalving System è utilizzato dal settembre 2007 dalla Prof.ssa A.S. Petronio, responsabile del Servizio di Cardiologia Interventistica della U.O. Malattie Cardiovascolari I Universitaria, diretta dal Prof. M. Marzilli, e dalla sua preparatissima Equipe. Finora sono stati trattati con successo 12 pazienti ad alto rischio chirurgico (dai 65 ai 90 anni) senza complicanze periprocedurali di rilievo. Tutti i pazienti hanno avuto un sostanziale annullamento del gradiente trans-aortico con un significativo bene-

ficio clinico anche a distanza. La Prof. Petronio è inoltre coordinatrice del Registro Italiano CoreValve, che include oltre 50 pazienti trattati nei 4 centri finora abilitati all'uso di questo sistema (Pisa, Padova, Catania e Brescia).

La Commissione Appropriata Prescrittiva ha deciso di rendere pubblici i dati delle prescrizioni previste dalla delibera regionale 148/07 con comparazione di tutte le USL della Toscana per opportuna conoscenza della situazione delle nostre USL.

L'articolo che segue riporta le relative tabelle.

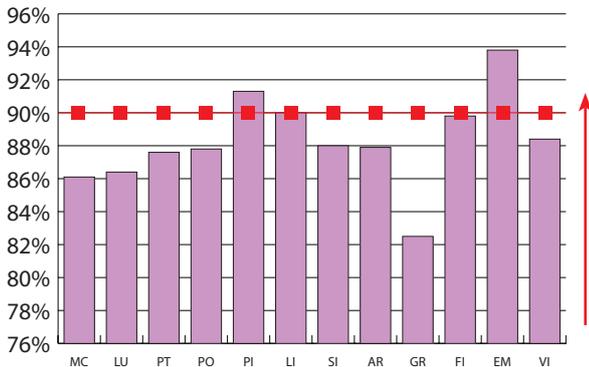
Monitoraggio obiettivi delibera 148/07

Inibitori Selettivi della Serotonina- Composizione % del numero di unità posologiche erogate per Principio Attivo - Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	Fluoxetina (BS)	Citalopram (BS)	Paroxetina (BS)	Sertralina (BS)	Fluvoxamina (BS)	Escitalopram (BNS)	Totale SSRI	%molecole non coperte da brevetto	% Obiettivo Brevetto scaduto	Scostamento % dalla media regionale
Massa Carrara	8,1%	23,2%	31,9%	19,5%	3,4%	13,9%	100,0%	86,1%	90%	-2,9%
Lucca	9,8%	20,2%	32,9%	20,3%	3,1%	13,6%	100,0%	86,4%	90%	-2,5%
Pistoia	7,1%	22,5%	35,2%	20,3%	2,6%	12,4%	100,0%	87,6%	90%	-1,1%
Prato	7,5%	25,3%	32,6%	19,9%	2,5%	12,2%	100,0%	87,8%	90%	-1,0%
Pisa	6,8%	24,0%	33,9%	22,8%	3,9%	8,7%	100,0%	91,3%	90%	3,0%
Livorno	8,7%	23,7%	33,0%	21,1%	3,5%	10,0%	100,0%	90,0%	90%	1,6%
Siena	8,1%	19,7%	31,3%	24,6%	4,3%	12,0%	100,0%	88,0%	90%	-0,8%
Arezzo	7,2%	22,3%	31,5%	24,6%	2,3%	12,1%	100,0%	87,9%	90%	-0,8%
Grosseto	7,7%	22,5%	28,8%	20,6%	2,8%	17,5%	100,0%	82,5%	90%	-6,9%
Firenze	9,0%	25,0%	28,4%	24,1%	3,2%	10,2%	100,0%	89,8%	90%	1,3%
Empoli	8,1%	25,2%	31,7%	25,6%	3,2%	6,2%	100,0%	93,8%	90%	5,9%
Viareggio	8,3%	21,9%	35,8%	19,2%	3,1%	11,6%	100,0%	88,4%	90%	-0,3%
TOSCANA	8,1%	23,3%	31,7%	22,3%	3,2%	11,4%	100,0%	88,6%	90%	0,0%

Costo medio ponderato per unità posologica	0,37	0,37	0,59	0,33	0,55	1,00	0,51
--	------	------	------	------	------	------	------

SSRI - Percentuale di unità posologiche a base di molecole non coperte da brevetto. Progressivo Novembre 2007



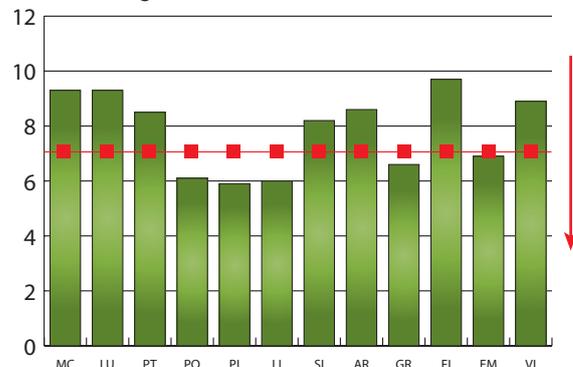
Obiettivo: i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, devono rappresentare almeno il 90% del totale delle unità posologiche del gruppo N06AB

BS=Brevetto scaduto
BNS=Brevetto Non Scaduto

Altri Antidepressivi - Indici di consumo Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	Confezioni	Importi SSN	DDD per 1000 residenti ab die	Obiettivo DDD per 1000 residenti ab die
Massa Carrara	51.814	782.847	9,3	7
Lucca	55.788	874.115	9,3	7
Pistoia	64.430	962.551	8,5	7
Prato	35.102	585.043	6,1	7
Pisa	51.533	814.193	5,9	7
Livorno	55.393	909.164	6,0	7
Siena	53.712	980.057	8,2	7
Arezzo	72.392	1.294.685	8,6	7
Grosseto	35.538	667.012	6,6	7
Firenze	203.170	3.307.635	9,7	7
Empoli	46.405	644.355	6,9	7
Viareggio	36.956	668.878	8,9	7
TOSCANA	762.233	12.490.534	8,0	7

Altri Antidepressivi - DDD x 1.000 res Progressivo Novembre 2007



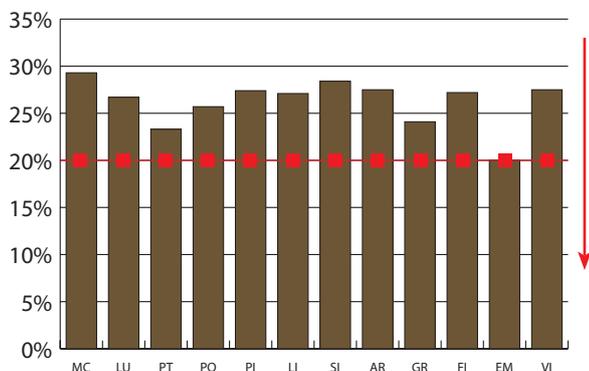
Obiettivo: l'impiego dei farmaci inibitori selettivi della serotonina (codice ATC = N06AX) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di 7 DDD per 1.000 abitanti ab die

Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina- Composizione % del numero di confezioni erogate, per ATC3 - Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	ACE Inibitori non associati	Ace Inibitori Associati	Antagonisti dell'angiotensina II non associati	Antagonisti dell'angiotensina II associati	Totale	Incidenza % Sartani	% obiettivo
Massa Carrara	44,2%	26,5%	15,3%	14,0%	100,0%	29,3%	20,0%
Lucca	44,9%	28,4%	13,7%	13,0%	100,0%	26,7%	20,0%
Pistoia	46,5%	30,2%	11,1%	12,2%	100,0%	23,3%	20,0%
Prato	45,2%	29,1%	13,3%	12,5%	100,0%	25,7%	20,0%
Pisa	46,7%	25,9%	14,6%	12,8%	100,0%	27,4%	20,0%
Livorno	45,4%	27,5%	13,7%	13,4%	100,0%	27,1%	20,0%
Siena	44,7%	26,9%	14,9%	13,5%	100,0%	28,4%	20,0%
Arezzo	44,8%	27,7%	14,3%	13,2%	100,0%	27,5%	20,0%
Grosseto	48,0%	27,9%	13,4%	10,7%	100,0%	24,1%	20,0%
Firenze	48,5%	24,3%	14,4%	12,8%	100,0%	27,2%	20,0%
Empoli	49,9%	30,1%	10,7%	9,3%	100,0%	20,0%	20,0%
Viareggio	46,1%	26,5%	14,9%	12,5%	100,0%	27,5%	20,0%
TOSCANA	46,5%	27,1%	13,8%	12,6%	100,0%	26,4%	20,0%

Costo medio ponderato per unità posologica	0,50	0,67	0,90	0,88	0,68
--	------	------	------	------	------

Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina - Incidenza percentuale dei sartani C09. Progressivo Novembre 2007



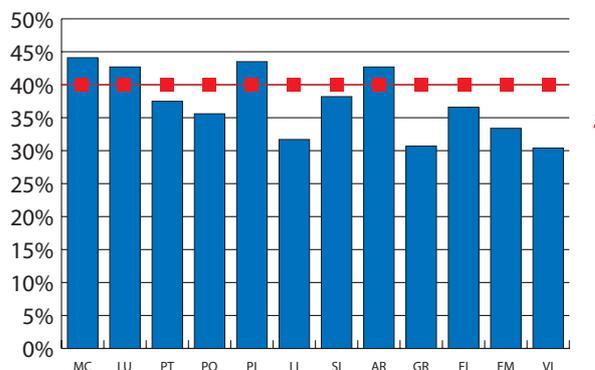
Obiettivo: L'impiego dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (codici ATC C09C e C09D) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda USL, entro il limite del 20% in termini di confezioni, del totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09 = sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina

ACE Inibitori non associati- Composizione % del numero di unità posologiche erogate - Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	Brevetto Scaduto	Brevetto non Scaduto	Totale	% obiettivo
Massa Carrara	44,1%	55,9%	100,0%	40,0%
Lucca	42,7%	57,3%	100,0%	40,0%
Pistoia	37,5%	62,5%	100,0%	40,0%
Prato	35,6%	64,4%	100,0%	40,0%
Pisa	43,5%	56,5%	100,0%	40,0%
Livorno	31,7%	68,3%	100,0%	40,0%
Siena	38,2%	61,8%	100,0%	40,0%
Arezzo	42,7%	57,3%	100,0%	40,0%
Grosseto	30,7%	69,3%	100,0%	40,0%
Firenze	36,6%	63,4%	100,0%	40,0%
Empoli	33,4%	66,6%	100,0%	40,0%
Viareggio	30,4%	69,6%	100,0%	40,0%
TOSCANA	37,3%	62,7%	100,0%	40,0%

Costo medio ponderato per unità posologica	0,38	0,58	0,50
--	------	------	------

ACE Inibitori non associati - Percentuale di unità posologiche a base di molecole non coperte da brevetto. Progressivo Novembre 2007



Obiettivo: i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, devono rappresentare almeno il 40% del totale delle unità posologiche del gruppo C09AA.

NOTA: Ai fini della valutazione dell'obiettivo è stata considerata anche la percentuale di utilizzo del Lisinopril, molecola scaduta a settembre 2007

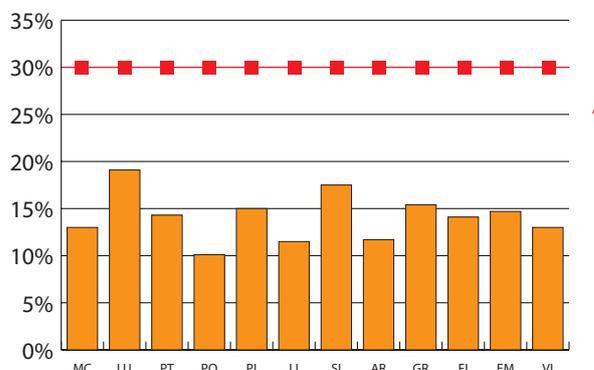
Derivati Diidropiridinici - Composizione % del numero di unità posologiche erogate - Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	Brevetto Scaduto	Brevetto non Scaduto	Totale	% obiettivo
Massa Carrara	13,0%	87,0%	100,0%	30,0%
Lucca	19,1%	80,9%	100,0%	30,0%
Pistoia	14,3%	85,7%	100,0%	30,0%
Prato	10,1%	89,9%	100,0%	30,0%
Pisa	15,0%	85,0%	100,0%	30,0%
Livorno	11,5%	88,5%	100,0%	30,0%
Siena	17,5%	82,5%	100,0%	30,0%
Arezzo	11,7%	88,3%	100,0%	30,0%
Grosseto	15,4%	84,6%	100,0%	30,0%
Firenze	14,1%	85,9%	100,0%	30,0%
Empoli	14,7%	85,3%	100,0%	30,0%
Viareggio	13,0%	87,0%	100,0%	30,0%
TOSCANA	14,1%	85,9%	100,0%	30,0%

Costo medio ponderato per unità posologica	0,38	0,69	0,64
--	------	------	------

Obiettivo: i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto, devono rappresentare almeno il 30% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA

Derivati Diidropiridinici - Percentuale di unità posologiche a base di molecole non coperte da brevetto. Progressivo Novembre 2007



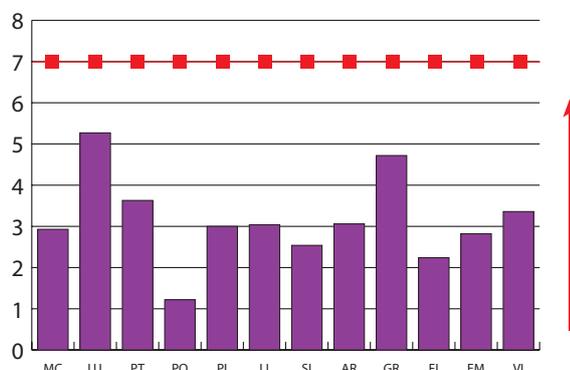
Morfina - indici di consumo - Progressivo Novembre 2007

Azienda erogatrice	Confezioni	Milligrammi	Popolazione pesata (**)	Milligrammi pro_capite (*)	Obiettivo consumo	Scostamento % dalla media regionale
Massa Carrara	4.115	498.740	204.348	2,93	7,00	-1,95%
Lucca	3.889	947.550	215.786	5,27	7,00	76,41%
Pistoia	3.132	827.530	273.586	3,63	7,00	21,51%
Prato	1.175	224.560	221.868	1,22	7,00	-59,34%
Pisa	3.609	800.800	320.870	3,00	7,00	0,26%
Livorno	4.083	894.730	353.296	3,04	7,00	1,74%
Siena	2.777	575.610	271.853	2,54	7,00	-14,94%
Arezzo	2.694	844.800	331.000	3,06	7,00	2,53%
Grosseto	3.349	900.850	229.373	4,72	7,00	57,78%
Firenze	7.185	1.521.840	814.539	2,24	7,00	-24,94%
Empoli	2.499	517.000	219.983	2,82	7,00	-5,59%
Viareggio	2.010	456.700	163.370	3,36	7,00	12,30%
TOSCANA	40.517	9.010.710	3.619.872	2,99	7,00	0,00%

(*) Stima annuale su base mensile

(**) Popolazione al 01 gennaio 2006

Morfina milligrammi pro-capite Progressivo Novembre 2007



Morfina Scostamento % del consumo dalla media regionale. Progressivo Novembre 2007



Obiettivo: Il consumo dei farmaci a base di morfina non dovrebbe essere inferiore a 7 milligrammi pro-capite

La deglutizione patologica: patologia "transdisciplinare"

Dato che per il bambino è indispensabile saper effettuare un atto deglutitorio completo ed efficace immediatamente dopo la nascita, il feto inizia a preparare questa indispensabile attività post-natale già dal quarto/quinto mese di vita intrauterina.

Il movimento deglutitorio della lingua durante l'allattamento al seno è caratterizzato da una protrusione e un successivo innalzamento della punta finalizzato alla spremitura della mammella. Il permanere di questo schema motorio dopo lo svezzamento, che veniva indicato come deglutizione infantile, viene oggi considerato il caso più frequente di deglutizione patologica. La fase orale della deglutizione è una delle più complesse e soggetta all'instaurarsi di schemi motori non fisiologici.

Fase deglutitoria orale

La punta prende contatto sul palato nella parte mediana al di sopra della papilla interincisiva, in corrispondenza del forame naso-palatino (spot Palatino), e progressivamente la parte mediana, che sorregge il bolo, grazie all'azione dei muscoli intrinseci inizia a schiacciarsi contro al palato duro con un movimento diretto dall'avanti all'indietro. Il pala-

to molle si solleva ottenendo così la chiusura velo-faringea che impedisce il reflusso nasale.

La base della lingua si innalza posteriormente, grazie all'azione dei muscoli stiloglossi, spingendo così il bolo nel faringe.

L'azione della lingua sul palato ha, inoltre, una importante funzione "modellante" per lo sviluppo corretto della volta palatina e, di conseguenza, delle cavità nasali.



Un'altra importante funzione è quella di creare una pressione negativa nel retrofaringe importante per la progressione del bolo e per il drenaggio del muco attraverso l'Orifizio faringeo della tuba uditiva (di Eustachio).

Mettendo della fluorescina sulla punta della lingua, e facendo deglutire (tecnica di Payne), questa è l'immagine che vediamo in una deglutizione corretta. La macchia data dal colorante si trova esattamente allo "spot palatino".



Meccanismo della deglutizione patologica

Si definisce patologica ogni deglutizione che avviene con una cinematica diversa da quella fisiologica sopra illustrata. Viene così, oggi, considerata impropria la definizione di "deglutizione atipica". Già in posizione neutra la lingua ha una postura bassa, con la

punta non in contatto con lo spot palatino ma con il versante palatino degli incisivi superiori e/o linguale di quelli inferiori.



Si ottiene una spinta in direzione anteriore che porta la lingua a spingere contro il gruppo incisivo superiore e/o inferiore e/o lateralmente tra le ar-

cate. Con la lingua in posizione bassa viene a mancare l'azione "modellante" sul palato e si viene a instaurare una pressione positiva nell'orofaringe durante tutto l'atto deglutitorio. Inoltre per avere una miglior progressione del bolo avremo una iperattività dei muscoli buccinatori che provocherà una ulteriore tendenza alla contrazione del palato e delle arcate dentarie.

La forza esercitata dalla lingua può arrivare a circa 1 Kg. per pollice quadrato, e se consideriamo che l'atto deglutitorio si ripete in media tra 1500 e 2000 volte nelle ventiquattro ore, ne deriva che, nelle aree dove la lingua prende contatto, si arriva a scaricare **fino a 2000 Kg. al giorno.**

Effetti della deglutizione patologica in Odontoiatria

Le forze anomale possono comportarsi come forze impeden-
tali o muoventi e muoventi





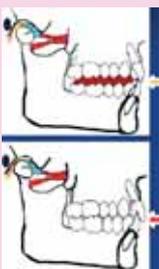
Recidiva dopo ortodonzia

contemporaneamente e determinare patologie occlusali come: morsi aperti (anteriori, mono o bilaterali, totali), morsi crociati (lateral mono o bilaterali), morsi inversi anteriori o totali, terze classi funzionali, aumento dell'overjet o dell'overbite, diastemi. La vestibolarizzazione degli elementi dentali dovuta alla spinta linguale, inoltre, è spesso causa di perdita di spessore tissutale e quindi di patologie parodontali. Al contrario, il



ripristino di una corretta deglutizione con un ciclo di Terapia Miofunzionale (T.M.F.) può risolvere alcune discrepanze scheletriche se attuata precocemente o far chiudere morsi aperti e agevolare la successiva terapia ortodontica riducendo il rischio di recidiva.

La deglutizione patologica in Gnatologia



L'interposizione a riposo della lingua tra le arcate può avvenire con una protrusione della punta che va a interpersi tra gli incisivi determinandone la protrusione e un minor contatto tra le arcate dentarie che causa una iperuruzione nei settori latero-posteriori. La conseguenza è la diminuzione o la perdita

del Free Way Space e una anteriorizzazione del condilo in posizione di massima intercuspidação (ICP). Questo predispone all'insorgenza di patologie condilo-mensicali caratterizzate da una anteriorizzazione del condilo (es. lock in apertura).

Ma l'interposizione della lingua tra le arcate può avvenire anche nei settori laterali determinando in questo caso una ipoeruzione nei settori latero-posteriori. In questo caso per raggiungere l'ICP il condilo dovrà assumere una posizione di eccessiva retrusione, predisponendo all'insorgenza di incoordinazioni condilo-mensicali come click reciproco o lock in chiusura.

La deglutizione patologica in Implantologia

Considerato che la lingua scarica in media una forza di 1 Kg. per pollice quadrato non possiamo non considerarla in una pianificazione di un trattamento implanto-protetico. La direzione della spinta linguale è postero-anteriore, quindi tenderà a svitare le viti di connessione nell'emiarcata superiore destra e inferiore sinistra, mentre tenderà ad avitarle nell'emiarcata superiore sinistra e inferiore destra. La forza applicata va poi considerata nel caso di impianti con carico immediato, soprattutto in zona anteriore. Per brevità non è possibile entrare nei dettagli ma i miei protocolli operativi sono significativamente cambiati non solo nel carico immediato ma nell'aumento di cresta con Split-crest, nella GBR, nei rialzi di seno mascellare.

Rapporti tra la deglutizione patologica e problemi otorinolaringoiatrici

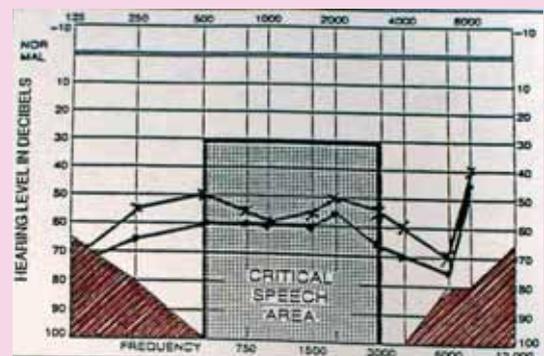


Prima della TMF

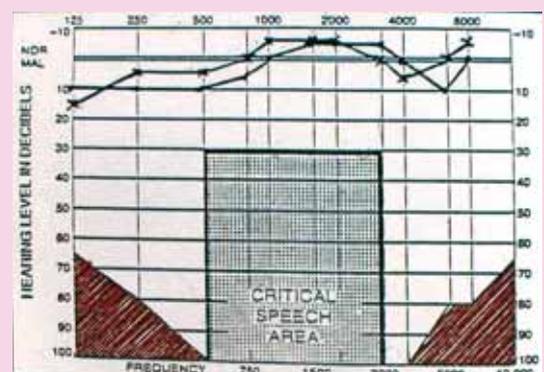


Dopo TMF

Spesso in bambini con problemi di ipertrofia tonsillare e delle adenoidi viene descritto un quadro sintomatologico che comprende anche respirazione orale, ipoacusia, acufeni, deglutizione patologica. Se infatti è indubbio che la presenza di adenoidi e/o tonsille ipertrofiche siano causa di un ostacolo meccanico al flusso aereo, di una respirazione orale e di un ostacolo ad un corretto movimento



Prima della TMF



Dopo TMF

posteriore della lingua, è altrettanto vero il contrario.

In presenza di deglutizione patologica la posizione bassa della lingua è causa di minor sviluppo del palato con conseguente innalzamento della volta palatina (ad arco gotico) e deviazioni del setto nasale. Inoltre facilita la respirazione orale che obbligando le tonsille ad adoperarsi come primo filtro dell'aria inspirata ne provoca l'ipertrofia.

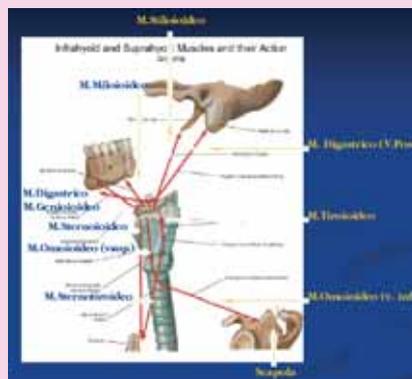
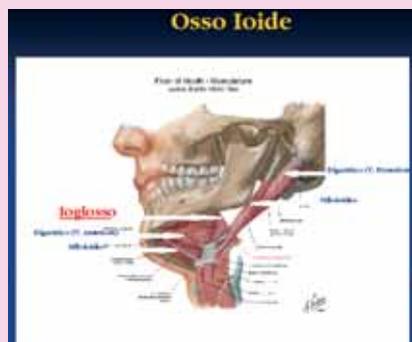
A dimostrazione che una deglutizione patologica possa essere causa di una ipertrofia delle adenoidi c'è il notevole incremento degli spazi aerei ottenuto solo con una terapia miofunzionale volta alla rieducazione di una deglutizione corretta e di una respirazione nasale. Un'altra importante azione svolta da una deglutizione corretta è l'instaurarsi di una pressione negativa nell'orofaringe che svolge un'azione drenante del muco dell'orecchio medio e dei seni mascellari. La positivizzazione della pressione, durante la deglutizione patologica, determina un'inversione del flusso dei secreti che tendono così a ristagnare, o addirittura ad essere spinti, nell'orecchio. Questo può causare la comparsa di otiti specie nei bambini, e di altri sintomi come ipoacusia, acufeni, tinniti, cinetosi, lieve senso di disorientamento o quel senso di apatia spesso definito dai genitori come "svogliatezza".

Un altro effetto spesso causato dall'inversione della pressione nell'orofaringe è la progressione del bolo verso il rinofaringe. Questo è dovuto anche alla mancanza di coordinazione muscolare che si ha nella deglutizione scorretta. Si assiste infatti ad una incoordinazione del movimento peristaltico che subisce dei rallentamenti. Così mentre il bolo si trova ancora nella bocca, per il ritardo dovuto al movimento scorretto della lingua, i muscoli costrittori della faringe hanno già iniziato la loro contrazione sequenziale, e quindi il cibo rimane intrappolato per alcuni istanti nel faringe, causando quello che viene definito "Bolo Isterico" (o "groppo in gola" dai pazienti). Se il bolo è particolarmente morbido può essere spinto nel rinofaringe, provocando irritazioni

se ripetuto nel tempo.

Rapporti tra la deglutizione patologica e problemi posturali

L'azione meccanica più evidente si ha sulla posizione dell'osso ioide, considerato "lo scheletro della lingua". Infatti la grande inserzione del muscolo loggoso sullo ioide fa sì che questo si adatti agli spostamenti della lingua e di conseguenza fanno i muscoli sottoioidei. Sappiamo che l'osso ioide collega le catene muscolari anteriori con le posteriori, dato che è connesso con la mandibola (m. Miloioideo, m. Digastrico ant., m. Genioioideo) con la base del cranio (m. Digastrico post., m. Stiloioideo), con lo sterno (m. Sternioioideo) e con la scapola (m. Omoioideo). Tramite il m. Tiroioideo poi si determina un movimento a Pivot dell'articolazione cricotiroidea e tramite i m.cricoaritenoidi e tireoaritenoidi viene variata la tensione delle corde vocali. Per questo motivo spesso facciamo la rieducazione della deglutizione nei cantanti.



Conclusioni

Allo stato delle attuali conoscenze la deglutizione patologica è da considerare un fattore predisponente se non una vera e propria concausa nell'eziopatogenesi di molte patolo-

gie in ambito odontoiatrico, otorinolaringoiatrico e posturale, solo per citare quelle più attinenti al campo di nostro interesse.

In ambito strettamente odontoiatrico nessuna specialità, dalla conservativa alla chirurgia, dalla protesi esclusa da eventuali effetti patologici dovuti al carico concentrato in varie zone della bocca e protratto nel tempo . .

Questo ci porta a concludere che la valutazione dell'efficacia del meccanismo della deglutizione deve entrare a far parte del nostro bagaglio culturale e deve essere effettuata di routine in ogni prima visita, in qualsiasi branca dell'odontoiatria operiamo.

Anche i nostri piani di trattamento ne terranno conto e valuteremo di caso in caso le forze in gioco, e dove vengono scaricate in modo da non avere effetti lesivi o magari al contrario per usarle a nostro beneficio per facilitare una terapia ortodontica o addirittura per evitarla.

La diagnosi fatta con la Tecnica di Payne con la fluorescina è inoltre molto semplice e rapida.

Di particolare interesse è la stimolazione della lingua sullo spot palatino. E' una zona con una innervazione molto particolare, sono infatti rappresentati molti esterocettori la cui stimolazione afferisce al Locus Coeruleus, che svolge la funzione anche di nucleo sensitivo del trigemino (oltre al nucleo sensitivo principale e quello della radice discendente). La mancata stimolazione dello spot ad ogni deglutizione si traduce in una carenza di input propriocettivo. Stiamo studiando, dopo l'osservazione di varie evidenze cliniche di normalizzazione della prolattinemia dopo T.M.F., un'influenza dalla mancata stimolazione dello spot palatino sulla modulazione della prolattina, sulla base di molte ricerche che hanno dimostrato il ruolo del locus coeruleus nella produzione della prolattina indotta dagli ormoni steroidei ovarici.

Per i corsi Postgraduates della New York University, telefonate allo 050. 580181 o visitate il sito www.nyu.it

Evasore... a chi?

L'Ordine è deputato anche al controllo etico professionale dei propri iscritti. Siccome non è possibile a mio parere scindere l'etica professionale da quella personale e sociale, ritengo che sia compito anche di Pisa Medica iniziare ad affrontare il tema dell'evasione fiscale e del corretto costo delle prestazioni professionali. Troppo spesso – parlando anche con Colleghi ed amici nelle più diverse sedi – scappa la battuta sul dentista ricco e sul dentista evasore fiscale. I dentisti sono cari, quindi sono ricchi ed in più sono evasori! La successione logica sembra perfetta.

A questo punto sottolineo brevemente e ripeto che la buona odontoiatria, senza andare a cercare quella di eccellenza, ma la buona odontoiatria di base, è cara per se stessa. Non sono certo i dentisti ad essere cari. Riaffermo con certezza che il costo delle prestazioni non potrà scendere, se vogliamo mantenere un decoroso livello qualitativo. Dovremo solo decidere democraticamente una volta per tutte chi dovrà pagare le parcelle: il paziente, l'assicurazione privata o la comunità.

La vera colpa degli odontoiatri è quella di essere l'unica grande categoria di liberi professionisti puri della sanità in un paese statalista (di destra o di sinistra non fa differenza) illiberale; per questo essi sono accerchiati e strozzati con ogni mezzo ed in ogni modo, anche con martellanti campagne mediatiche che scaricano la responsabilità del costo elevato delle prestazioni sul singolo odontoiatra.

Per quanto attiene il tema dell'evasione prendo come riferimento un articolo del Dott. Antonio Montanari

già pubblicato su "ANDI Umbria" e "Liguria Odontoiatrica".

... Intendiamoci: non è che siamo tutti dei "santi", ma se allarghiamo un po' la panoramica, ci accorgiamo che non solo siamo in buona compagnia, ma addirittura che la nostra categoria, così spesso "additata", è addirittura tra le più virtuose.

Per una migliore comprensione, riporto di seguito alcuni dati inequivocabili, ricavati e suffragati da articoli di stampa.

Uno studio ISTAT (quindi qualificato ed indipendente), indica che su **310 miliardi di imponibile evaso nel 2004**, sono imputabili:

200 all'economia sommersa, specialmente di soggetti completamente sconosciuti al fisco, **senza neanche partiva IVA**, tra cui 2.600.000 dipendenti, più alcune centinaia di migliaia di pensionati, che fanno il secondo o terzo lavoro. Dati avvalorati da stime della Cgia (Artigiani) di Mestre.

100 all'economia criminale, in particolare in tre regioni del Mezzogiorno.

7 all'evasione/elusione delle grandi società di capitale.

4 (solo l'1,3%!!!) ai lavoratori autonomi conosciuti al fisco (quindi tutta

la miriade di artigiani, commercianti, professionisti, agricoltori, piccoli imprenditori, ecc.).
Riportiamo ora alcuni dati, ricavati da significativi articoli di stampa, senza naturalmente voler accusare nessuno di evasione o di elusione, ma solo a fini statistici.

Nel 2006 la Guardia

di Finanza di sole tre regioni, Emilia Romagna, Toscana e Marche, ha scoperto 1600 evasori totali, senza partita IVA (black economy), con un recupero di 8 miliardi di imponibile e 2 di IVA.

Sempre l'ISTAT puntualizza che il **50% delle grandi società di capitale dichiara reddito zero o addirittura in perdita!!!, un ulteriore 17%, meno di 10.000 euro.**

Nel 2004, accanto a Trenitalia, Alitalia, ecc. con rossi spaventosi, la Fiat (22 mila 735 dipendenti, fatturato 16 miliardi) ha dichiarato perdite per 1 miliardo 649 milioni, la P Wind un rosso di 391 milioni, ed infine (ma l'elenco potrebbe essere lunghissimo) la mitica Ferrari (oltre 3000 dipendenti ed un fatturato di 1 miliardo 512 milioni 275 mila) una perdita di 26 milioni 650 mila euro.

Da ultimo se andiamo a spulciare nel dettaglio l'analisi di quell'1,3% di evasione imputabile, come detto al popolo delle piccole partite IVA, ci accorgiamo che tra idraulici, elettricisti, parrucchieri, avvocati, medici, commercianti, eccetera, be', non ci crederete, i dentisti sono fra quegli autonomi che rilasciano più di tutti il regolare, ai fini fiscali, documento di ricevuta.



V° Memorial "Michele Cagidiaco"

Si è svolto con pieno successo scientifico il V° Memorial "Michele Cagidiaco" organizzato a Tirrenia nei giorni 8 e 9 febbraio 2008 dalla Sezione ANDI di Pisa.

Anche questa edizione del corso di aggiornamento multidisciplinare ha ottenuto una completa riuscita grazie all'impegno profuso dal Presidente della Sezione Dottor Nicola Macris coadiuvato dal consiglio direttivo.

Si è ricordato un Medico e grande maestro Michele Cagidiaco, che in periodi in cui la nostra Professione stentava a prendere piena dignità, riuscì, richiamando a Pisa nel suo studio Maestri dell'Odontoiatria provenienti dall'Europa e dal Nord America, ad organizzare un gruppo sempre più numeroso di colleghi desiderosi di migliorarsi.

Sul suo esempio anche questo aggiornamento si è tenuto all'insegna di un incontro di Amici che hanno saputo trasmettere le loro esperienze Professionali all'Auditorio di Colleghi accorsi numerosissimi con il proposito di accrescere le loro conoscenze.

Si è iniziato Venerdì, moderatore Giuseppe Cozzani, con il Prof. Mario Gabriele, che ha relazionato sulle comunicazioni oroantrali. Sfruttando anche le sue cognizioni nel vicino campo dell'Otorino, è infatti Specialista anche in questa disciplina, ha intrattenuto i convenuti prima ricordando i principi anatomici e successivamente le numerose patologie specifiche. È stato pure un importante segno di quanto i rapporti professionali tra la Clinica e i Colleghi siano mutati, facendosi sempre più stretti negli ultimi decenni.

E' seguita da parte del Dr. Remo Benedetti l'illustrazione del ruolo dell'Ortodonzia nel trattamento di

casi complessi, sempre avendo il supporto del Moderatore l'Amico Cozzani, riconosciuto Maestro in questo campo.

Nel pomeriggio con la presidenza di Fabio Toffenetti, Presidente dell'Associazione Amici di Brugg, si sono tenute le relazioni di due tra i Maestri più prestigiosi dell'endodonzia Italiana, quella di Gianfranco Vignoletti sul dilemma sempre presente della scelta tra l'endodonzia e gli impianti e quella di Nicola Perrini, Presidente anche della fondazione Castagnola, che ha trattato da par suo il tema spesso incombente dell'urgenza di in traumatologia dentale.

A fine serata un'argomento rivolto alla nostra salute specifica, la prevenzione dei disturbi posturali professionali, con una esposizione della tecnica ideata da Pilates ed illustrata dalla Sign.ra Frullini della scuola Ghezzi di Pisa.

La serata di Gala si è conclusa con il taglio della torta disegnata con lo stemma Andi e la Torre di Pisa.

Sabato ricorrenza della nostra Santa Protettrice S.Apollonia, il Convegno si è aperto con una suggestiva cerimonia alla presenza del Prof. Taddei in rappresentanza del Magnifico Rettore dell'Università di Pisa e del Preside della facoltà di Medicina e Chirurgia e del Presidente Nazionale dell'ANDI Dr. Roberto Callioni e del Segretario Culturale Nazionale Dr. Nicola Esposito.

Al suono degli inni Nazionali Greco e Italino sono sfilate le bandiere dei due paesi, a ricordo oltre che l'origine greca di Michele Cagidiaco, quella di Ippocrate di

Cos uno fra i fondatori degli studi Medici e formulatore del Giuramento che ha preso il Suo nome e che è stato letto tra la commozione e la partecipazione di tutti i presenti.

Una piccola nota, fu nel 1955 che iniziò da parte del Ordine dei Medici di Pisa la consuetudine di far giurare i nuovi iscritti facendo firmare il Giuramento, fece notizia che tra i primi ci fu anche una collega; i tempi certamente sono mutati, prendendo un deciso acceleramento nel mutare le proporzioni tra i laureati dei due sessi.

E seguito un simpatico balletto greco in costume, al suono di varie musiche popolari senza mancare quella del SIRTAKI, poi, prendendo esempio da quanto viene fatto dagli Amici di Brugg, sono state distribuite delle targhe di fedeltà ventennale alle Collaboratrici dei nostri Studi Professionali. Per questa edizione, dato che non è stata possibile reperire i dati necessari, sono state assegnate alle Sig.ne degli Studi dei Colleghi facenti parte del Consigli Direttivo della Sezione ANDI di Pisa, nei prossimi anni il riconoscimento verrà consegnato alle nostre Collaboratrici che matureranno i 20 anni di lavoro.

Successivamente è stata consegnata una targa dal Dr. Roberto





Callioni Presidente Nazionale ANDI al Dr. Giuseppe Costa quale attestazione del suo contributo di collaborazione all'Associazione durante la sua attività professionale.

Come ultimo atto della cerimonia ufficiale di celebrazione, ma forse il più significativo, è stata la consegna di un assegno da parte del direttivo ANDI della Sezione Provinciale di Pisa, tramite il Dr. Franco Pancani, al Dr. Mario Petrini, rappresentante dell'AIL "Associazione per la lotta contro la Leucemia".

La sezione scientifica del Convegno è ripresa avendo Moderatore il Prof. Mario Gabriele, con le relazioni dei Dottori Sergio De Paoli e Tiziano Testori che hanno trattato la gestione dei tessuti molli attorno a denti e impianti per ottenere un risultato funzionale ed estetico.

Come ultimo Relatore il Prof. Aris Tripodakis il quale ha dato fine al Convegno illustrando le protesi su impianti utilizzando tessuti duri e molli rimanenti.

Contemporaneamente si sono tenute, nelle sezioni riservate agli Igienisti e Assistenti di Studio, le Relazioni su vari argomenti che interessano il loro specifico ruolo e le loro mansioni.

La conclusione del Convegno ha confermato il completo successo di

tutte le varie trattazioni sui i diversi temi, tutti i partecipanti sono di sicuro tornati al lavoro con dei motivi

di esperienza e di riflessione che si riveleranno utili nella pratica quotidiana.

I numeri 31 e 32 di Pisa Medica hanno offerto lo spunto per alcune considerazioni a noi odontoiatri, le quali per correttezza riteniamo opportuno esternare. Peraltro, parlando del problema con Colleghi medici, abbiamo percepito una larga condivisione dell'analisi anche da parte di molti di loro.

Prima di tutto ci scusiamo personalmente – pur essendo del tutto innocenti – con i lettori di Pisa Medica e soprattutto con il **Dott. Renato Mele**, Presidente della Commissione degli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Pistoia, autore dell'articolo sull'ENPAM "**Quota B del Fondo Generale: odontoiatri o liberi professionisti?**", che è stato erroneamente attribuito nella stampa ad altra Collega.

Nel suddetto n. 32 altre "sviste" si sono verificate durante la stampa del nostro periodico; altri problemi erano affiorati nei numeri precedenti, che non stiamo ad elencare. Se dagli errori si può trarre degli insegnamenti per futuri miglioramenti, possiamo accettare anche un passato non perfetto, tenendo presente che "errare è umano, perseverare è ...".

Pertanto, poiché siamo tutti convinti che la pubblicazione debba avere una cadenza periodica e delle caratteristiche editoriali di buon livello, rivolgiamo un caldo invito a tutto il Consiglio dell'OMCeO di Pisa per sviluppare un maggior impegno operativo in tutte le fasi esecutive di Pisa Medica.

Il Presidente e la Commissione
Albo Odontoiatri di Pisa

Le origini del giornalismo medico

giornali scientifici compaiono ed affermano la loro grande importanza nel corso del Seicento. Il

primo di questi, in ordine di tempo, fu il *Journal des Scavans*, pubblicato per la prima volta a Parigi il 5 gen-

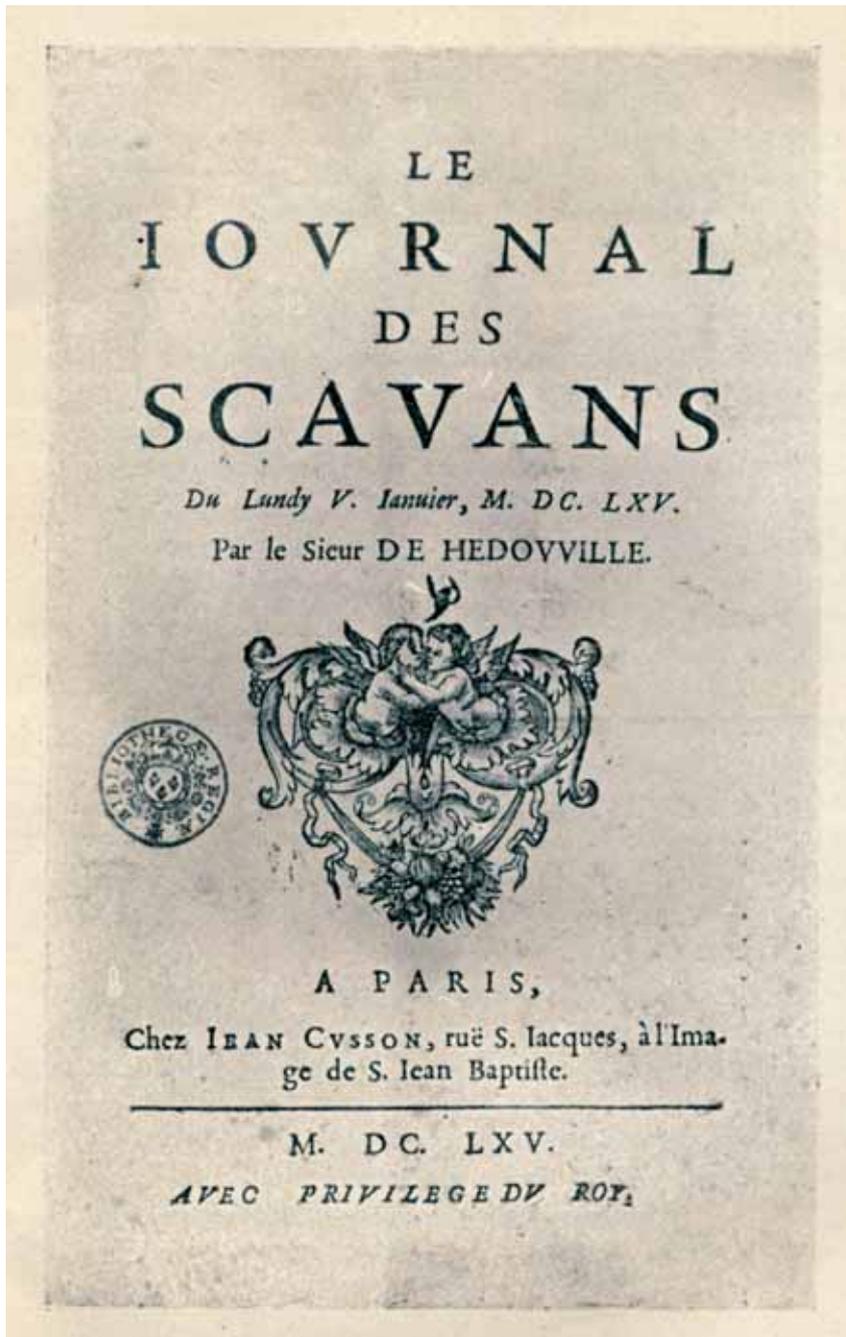
naio 1665 dal tipografo Jean Cusson, fondato e diretto da Daniele De Sello, magistrato e letterato, sotto lo pseudonimo di signor di Hedouville. Usciva in fascicoli in dodicesimo e si pubblicava ogni domenica. Gli intenti perseguiti, vengono chiaramente indicati nella presentazione che l'editore fa nel primo numero, fra cui quello, oltre che recensire le opere più importanti date alle stampe, di riportare ciò che l'anatomia poteva trovare o scoprire.

E così già nei primi numeri appaiono articoli su Renè Des-Cartes (sic), su l'uomo e la fusione del feto, su Thomas Willis e la sua *Cerebro Anatomie*, su Nicola Stenone per il *De Musculis et Glandulis*.

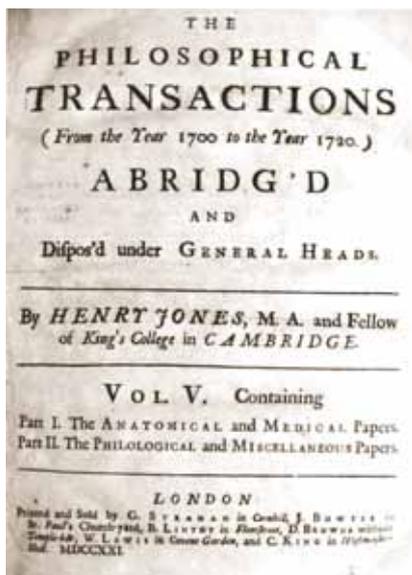
In esso comparvero ripetutamente in seguito altri articoli e recensioni di interesse medico, come quelli su Francesco Redi, Thomas Warthon, uno relativo ad una edizione del 1665 delle opere di Ippocrate, su Bellini ed altri anatomici del tempo. Rivolto ad un pubblico di eruditi e scienziati, il giornale offriva brevi riassunti dei libri pubblicati in Francia e nei principali centri europei. Questa era la parte più notevole del *Journal*, che conteneva anche, in minor spazio, brevi resoconti di esperienze scientifiche e di curiosità.

Pochi mesi dopo, seguì la pubblicazione delle celebri rassegne inglesi *Philosophical Transactions*, nella quale comparvero fin dall'inizio articoli di carattere medico. Essa era l'organo ufficiale della Royal Society di Londra, sorta dall'unione della celebre Società Filosofica di Oxford e del Collegio Invisibile di Londra, fondato nel 1645.

Si trattava di un mezzo di informazione che anzitutto non si rivolgeva



Frontespizio del primo fascicolo del *Journal des Scavans*, Biblioteca Nazionale Parigi



The Philosophical Transactions, Front, vol. 5, 1721

a tutti gli intellettuali, ma solo agli scienziati, poi dava rilievo non tanto ai libri, quanto alla comunicazione di esperienze recentemente compiute, ampiamente riprodotte e commentate, raccolte in appositi capitoli.

Per quanto attiene l'Italia, gli studiosi indicano come il più antico dei periodici letterari e scientifici il *Giornale dei Letterati*, che l'abate bergamasco Francesco Nazari, professore di filosofia alla Sapienza di Roma, cominciò a pubblicare nel 1668, ad imitazione di quello francese, con brevi presentazioni di libri, volontà di essere obiettivo e quindi attenendosi, senza commenti, al solo riassunto, traduzione di numerosi articoli delle suddette riviste ed anche, col tempo, articoli di interesse medico e "sensate osservazioni ed esperienze" fatte da scienziati italiani.

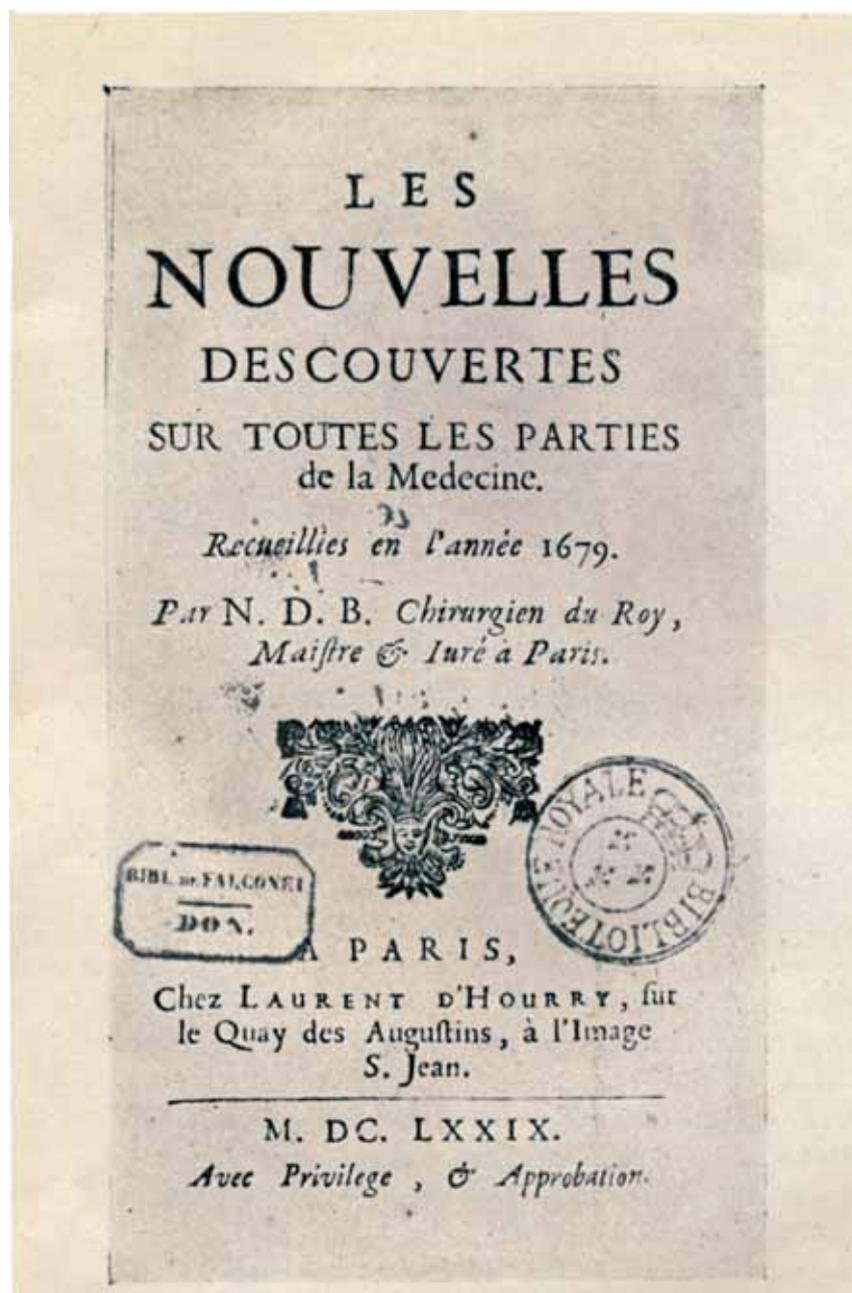
Stampato dal Tinassi, così durò fino al 1675, anno in cui, cambiato lo stampatore, si ebbero due giornali, uno stampato sempre dal Tinassi, l'altro proseguito per suo conto dal Nazari. Ne seguirono poi altri dello stesso tipo, a Venezia, a Padova, a Ferrara, a Firenze, a Bologna e a Roma. e fra i più interessanti si deve ricordare il *Giornale veneto dei letterati*, del dottor Pietro Morretti, che iniziò le sue pubblicazioni

a Venezia nel 1671 ed in cui comparvero spesso articoli di interesse scientifico. Il primo giornale medico vero e proprio fu il *Journal des nouvelles découvertes sur toutes les parties de la Médecine*, stampato a Parigi nel 1679 da Nicolò de Blégnny, chirurgo del re; ebbe un grande successo e quando il suo editore fu arrestato, perchè accusato di imbrogli, il giornale continuò a vivere per qualche tempo ad Amsterdam e contemporaneamente a Ginevra in latino e in una traduzione tedesca

ad Amburgo.

Dal 1695 al 1709 Claude Brunet pubblica un periodico intitolato *Le Progrès de la médecine*, in fascicoli mensili in dodicesimo, che cessò con la morte dell'autore.

Nel secolo successivo, specie nella seconda metà, queste pubblicazioni scientifiche si andarono moltiplicando e si diffusero notevolmente, permettendo così di conoscere in tutta Europa, rapidamente, le noti-



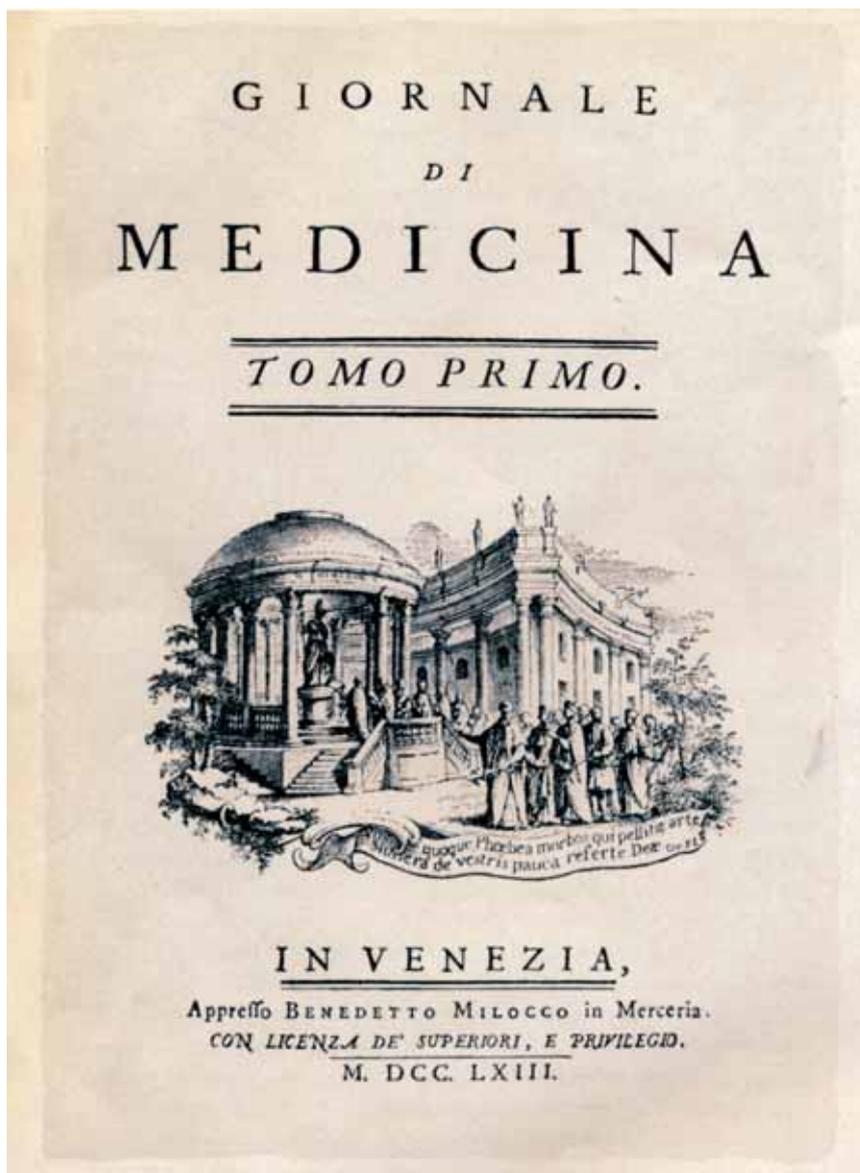
Frontespizio del primo fascicolo del giornale di Nicolò di Blégnny, Biblioteca Nazionale Parigi

zie dei più importanti studi e scoperte. Fra le prime, ricordiamo le *Ephemerides sive observationum medico-physicarum*, edite a Francoforte e Lipsia a partire dal 1712; dal 1728 Andrea Calogera cominciò a stampare a Venezia la *Raccolta di Opuscoli scientifici e filologici*, e vi comprese molti lavori medici.

Nel 1751 comincia ad essere edito a Erfurt, per opera di Rudolf August Vogel, chimico e farmacista, un periodico medico in lingua tedesca, la *Medizinische Bibliothek*, in cui apparve tutta una serie di contributi di alta importanza scientifica.

Fra i più importanti stampati allora, ricordiamo il *Journal de médecine, chirurgie*, etc., pubblicato a partire dal 1754 da Bernard, Bertrand, Grasse ed altri, il quale continuò le sue pubblicazioni mensili fino al 1794 e fu ripreso poi nel 1801 da Corvisart, il celebre medico di Napoleone.

In Italia, il primo giornale medico propriamente detto fu il *Giornale di Medicina*, pubblicato a Venezia dal dottor Pietro Orteschi, presso



Frontespizio del primo tomo del giornale di P. Orteschi, R. Biblioteca di S. Marco, Venezia

il tipografo Benedetto Milocco, in Merceria, a partire dal 1763. Questo medico, persona di vasta cultura ed apprezzato scrittore, dedica il primo volume del giornale ad Albert von Haller, al quale si rivolge nei termini della più devota ammirazione; il giornale durò fino al 1777 (con una breve sospensione dal settembre 1774 al gennaio 1776) e riapparve poi, per un solo anno, nel 1781.

Due anni dopo questa data, Fran-

Frontespizio del primo volume del giornale del Frizzi, Biblioteca civica, Trieste



cesco Aglietti, che fu protomedico a Venezia, Antonio Gualandri, Stefano Gallini ed altri, fondarono il *Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo*, che cominciò a pubblicarsi a Venezia nel 1783 presso Giambattista Pasquali, continuato fino al 1800.

Quasi contemporaneamente, si iniziò a Firenze una *Raccolta di opuscoli medico-pratici*, a cura del dottor Giovanni Targioni, della quale uscirono sei volumi, ed una *Raccolta di opuscoli fisico-pratici*, pubblicata dallo stesso nel 1774, della quale videro la luce 22 volumi.

Luigi Brugnatelli

nel 1788, a Milano, inizia a stampare la *Biblioteca fisica d'Europa ovvero Raccolta di osservazioni sopra la fisica, matematica, chimica, storia naturale, medicina ed arti*, stampata a Pavia a partire dal 1794 e della quale uscirono 22 volumi.

Nel 1788 si cominciò a pubblicare a Bologna un *Giornale sull'arte osteotrica*, con tavole miniate; in Milano, dal 1789, iniziò il *Giornale della più recente letteratura medico-chirurgica d'Europa*; l'anno seguente esce il *Giornale medico e letterario di Trieste*, mentre Brugnattelli con

Brera dette vita in Pavia nel 1797 ad un altro periodico, intitolato *Commentari medici*. Nel 1792 uscì il *Commercio scientifico di Europa col Regno delle due Sicilie*, ottima pubblicazione che Vincenzo Como cominciò a stampare a Teramo.

Numerosi poi i giornali e le raccolte nel secolo successivo. Nel 1800 in Napoli ebbero principio le *Memorie per i curiosi di Medicina* cui seguirono diverse altre, di vita più o meno breve.

Fra questi, ricordiamo il *Giornale medico-chirurgico* diretto da Alessandro Flajani a Roma dal 1808; il



Frontespizio de *Il Sarcone*, Anno I, Napoli, 1844

Giornale di Medicina pratica stampato Padova (1812-17), il *Giornale medico napoletano* (1823-26), il *Giornale toscano di scienze mediche* (a Pisa, nel 1840), il *Giornale di anatomia e fisiologia* (Pisa 1864) e il *Giornale medico* di Roma (1865-70).

Il Sarcone, giornale di medicina e delle scienze affini, diretto da Salvatore Tommasi, inizia a pubblicarsi a Napoli nel 1844.

Numerose pure le *Ephemeridae* di medicina e le *Gazzette mediche*, specie in Francia; fra quest'ultime, ricordiamo da noi quella stampata a Milano nel 1842, poi le altre similari di Cremona, Pavia, Torino, Napoletana e Siciliana; nel 1850 inizia la *Gazzetta medica italiana*, stampata a Firenze a partire dal 1850; successivamente prendono vita una *Gazzetta Medica di Roma*, nel 1875, diretta da Filippo Cerasi, il *Commentario clinico di Pisa*, a partire dal 1877, ricco di memorie originali, note pratiche e recensioni, pubblicazione mensile a cura di Domenico Barduzzi, Carlo Fedeli e Cesare Nurazzini ed una *Gazzetta medica delle Puglie*, stampata a Bari nel 1886.



Frontespizio del primo tomo del giornale di F. Aglietti, Biblioteca civica, Trieste

In commercio il vaccino contro il tumore al collo dell'utero

Le mamme italiane sanno poco in materia di prevenzione ginecologica per tutelare la salute delle loro figlie e chiedono a gran voce maggiori informazioni. Solo quattro mamme su dieci, infatti, sanno cosa sono i condilomi genitali e solo una su dieci conosce la causa del cancro del collo dell'utero. E' quanto emerge da una ricerca condotta, a livello nazionale dalla Tns Healthcare, su un campione di 1.100 donne, madri di giovani ragazze, che ha fatto il punto sulla conoscenza e l'importanza del rapporto madre-figlia in materia di salute ginecologica e prevenzione.

Quello che emerge è un quadro allarmante, in particolare se si pensa che questo tumore è la seconda causa di morte tra le giovani donne (15-44 anni) e che ogni anno, solo in Italia, colpisce 3.500 donne. A causarlo è il Papillomavirus umano, un virus che si trasmette per contatto intimo e che è responsabile anche di altre patologie che colpiscono la sfera genitale, come ad esempio le

lesioni precancerose e i condilomi. La nostra regione emerge come una delle più informate e Pisa non è da meno. Il 77% delle madri intervistate conosce il virus Hpv e sa che è causa del tumore al collo dell'utero. A confermarlo è il prof. Angiolo Gadducci, responsabile della Sezione Interna di Ginecologia Oncologica dell'Unità Operativa di Ginecologia Universitaria.

1) Da quella che è la sua esperienza di ginecologo - oncologo come giudica questi dati?

Devo dire che le donne pisane hanno una buona conoscenza del virus Hpv e delle patologie ad esso correlate, in primis, condilomi (volgarmente detti creste di gallo) e tumore al collo dell'utero.

2) Quali sono le principali patologie causate da questo virus?

In aggiunta alle patologie che ho già elencato, il virus è causa della patogenesi delle lesioni precancerose della vulva, della vagina e dell'ano e

del cancro del pene. Avendo chiara qual è la causa di queste patologie, finalmente oggi abbiamo a disposizione un'arma efficace per prevenirle.

3) E' oggi disponibile in Italia un vaccino quadrivalente in grado di prevenire la maggior parte delle patologie genitali causate dall'hpv, tra cui il 70% dei casi di tumore al collo dell'utero e il 90% dei condilomi genitali. Secondo lei questa vaccinazione può essere considerata un investimento sulla propria salute sia in termini economici che di benessere psicologico?

Certamente! Anche se non si deve creare l'illusione che il vaccino esenti da esami di screening triennali, il vaccino è efficace e preventivo. Gli studi realizzati a livello internazionale hanno dimostrato una drastica riduzione dell'incidenza delle lesioni precancerose cervicali e vulvari oltre che dei condilomi.

4) Il vaccino quadrivalente è in grado di proteggere totalmente da quei tipi di Hpv responsabili del 90% dei casi di condilomatosi che, pur non essendo una patologia mortale, sono molto diffusi sia tra gli uomini che tra le donne. Ad oggi quali sono i trattamenti di cura? E qual è l'impatto?

L'impatto dal punto di vista psicologico è enorme. I condilomi, che hanno una trasmissione al 99,9% sessuale, si possono diffondere per autoinfezione ed i trattamenti di cura, il più diffuso è il laser, risolvono ma non in maniera definitiva perché hanno una tendenza recidiva.





5) Come si somministra il vaccino? E quali sono i dati in termini di efficacia e sicurezza?

Il vaccino si somministra con un'iniezione intramuscolare ai mesi 0 - 2 - 6 e come tutti i vaccini di ultima generazione è sicuro. In termini di efficacia scientificamente rilevati confermano una validità di 5 anni. In realtà la risposta dei soggetti vaccinati, dopo i cinque anni, fa predire che l'efficacia del vaccino sia più duratura.

6) Il SSN ha proposto, la vaccinazione gratuita per 250 mila dodicenni. Tuttavia il vac-

cino è indicato per tutte le ragazze e le donne dai 9 ai 26 anni. Al di là di quelle che sono le indicazioni ministeriali, perché è importante vaccinarsi anche se non si ha più 12 anni?

Il vaccino somministrato a 12 anni dà la massima efficacia, anche perché presumibilmente a quell'età non si sono ancora avuti rapporti sessuali. Detto questo, una valutazione in termini di costi e benefici portano a consigliare il vaccino alle donne fino a 26 anni.

7) Dal suo punto di vista di ginecologo qual è il valore aggiunto rappresentato da questa vaccinazione?

Il valore aggiunto è sicuramente nell'immediato una drastica riduzione del tumore al collo dell'utero come delle patologie sessuali maschili. Credo inoltre serva ad aumentare l'autocoscienza ed a spingere le donne a controlli ginecologici periodici, non solo per il tumore al collo dell'utero ma per l'intera sfera genitale.

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

Mario Marzilli Ordinario di Cardiologia A.O.U.P.

Nuove frontiere della cardiologia

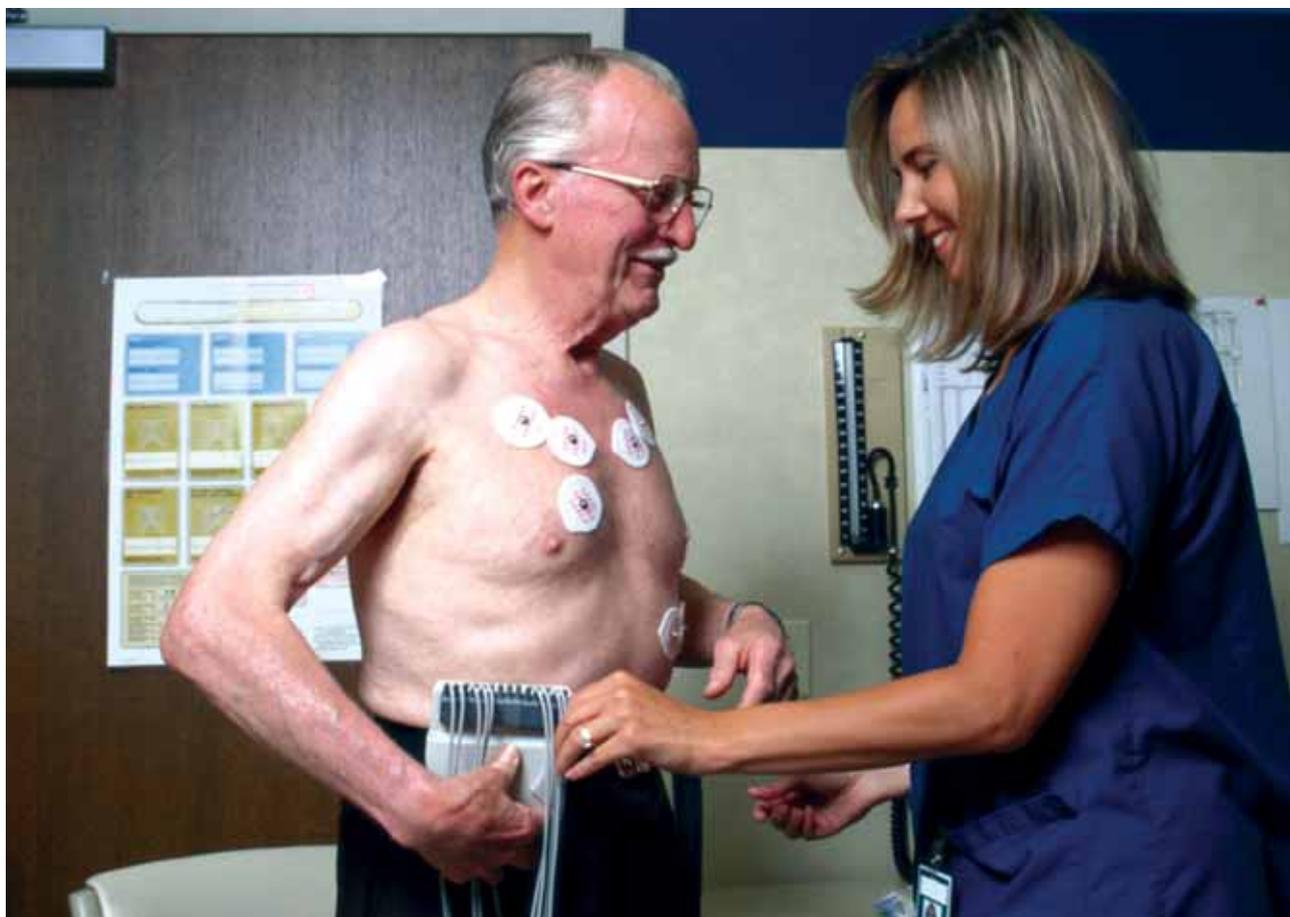
L'attività assistenziale e scientifica della U.O. Malattie Cardiovascolari Universitaria è fortemente determinata dagli sviluppi culturali e tecnologici del settore, uno dei più dinamici della medicina. Un centro di alta specializzazione come il nostro da una parte ha il dovere di contribuire allo sviluppo ed alla innovazione, dall'altra ha la responsabilità di discernere, tra le tante proposte che quotidianamente vengono avanzate, quelle che rappresentano un effettivo progresso ed hanno un favorevole rapporto costo-beneficio rispetto a quanto già disponibile. Con queste premesse, si può fa-

cilmente comprendere come ci si impegni quotidianamente sia a testare metodiche innovative, sia ad allargare i settori di applicazione di tecniche consolidate, sia ad ottimizzare le strategie di trattamento di patologie critiche.

Ruolo centrale in questo progetto hanno le attività di Cardiologia Invasiva, nei due settori, quello aritmologico (Responsabile Dott.ssa Grazia Bongiorno) e quello coronarico (Responsabile Prof.ssa Anna Sonia Petronio).

Nel settore aritmologico, le nuove frontiere sono rappresentate dal trattamento interventistico di alcune aritmie sopraventricolari, in parti-

colare la fibrillazione striale, e dello scompenso grave. Nel settore coronarico, mentre si sperimentano protocolli di ottimizzazione del trattamento riperfusivo nelle Sindromi coronariche acute, in particolare nell'infarto del miocardio, contemporaneamente si allarga il campo di applicazione delle metodiche di ricanalizzazione percutanea a vari distretti arteriosi extra-coronarici. Un settore particolarmente promettente è quello relativo alla sperimentazione di tecniche di riparazione percutanea delle stenosi valvolari, con particolare riferimento alla malattia degenerativa della valvola aortica. Si tratta di una patologia di cre-





scente rilievo epidemiologico, in cui le tecniche chirurgiche tradizionali non sempre sono praticabili, sia per le molte comorbidità, sia per l'età avanzata dei pazienti, sia per numerosi altri fattori che spesso rendono il rischio chirurgico elevato se non addirittura inaccettabile.

La sostituzione percutanea della valvola aortica è una procedura complessa, che si può realizzare grazie alla collaborazione della Anestesiologia e della Cardiocirurgia e che apre nuove speranze a pazienti altrimenti difficilmente trattabili. La protesi valvolare che si sta testando è formata da tre lembi di pericardio montati su un supporto metallico di nitinol, una lega dotata di 'memoria termica'. Questa "memoria" consente di comprimere la protesi all'interno di un catetere per poi riexpandersi quando la protesi viene rilasciata nella sede di impianto.

Particolare impegno, anche per tradizione, viene posto nella terapia invasiva della cardiopatia ischemica

con interventi di ricanalizzazione coronarica nei pazienti con infarto miocardico acuto, grazie ad un servizio di pronta reperibilità del personale attivo 24 ore su 24, sette giorni alla settimana. In aggiunta alla tempestività ed accuratezza degli interventi di riperfusione, attualmente si stanno valutando strategie farmacologiche e meccaniche per la protezione del microcircolo coronarico e per ridurre il più possibile il danno da ischemia-riperfusione, fattore condizionante il futuro di questi pazienti.

Tutto questo è reso possibile anche dalla disponibilità, in aggiunta all'angiografia tradizionale, di tecnologie avanzate quali l'ultrasonografia intravascolare (IVUS) e la flussimetria intracoronarica Doppler, l'ecografia intracardiaca tridimensionale.

In collaborazione con l'U.O. di Neurologia del Dipartimento di Neuroscienze (Direttore: Prof. Luigi Muri) si eseguono anche interventi di chiusura percutanea del Forame Ovale Pervio (PFO), una condizio-

ne implicata nella patogenesi degli ictus criptogenetici. Questo intervento nel nostro laboratorio viene eseguito senza anestesia generale, grazie all'utilizzo dell'ecocardiografia intracardiaca, con notevole riduzione dei tempi di intervento e miglior "confort" del paziente. Sempre nell'ambito della prevenzione degli eventi cerebrovascolari si eseguono con successo, ormai da alcuni anni, interventi di angioplastica carotidea. In collaborazione con l'U.O. di Angiologia Universitaria (Direttore: Prof. Alberto Balbarini), si eseguono infine procedure di ricanalizzazione di arteriopatie periferiche.

Ovviamente, il successo e lo sviluppo di queste nuove metodiche sono consentite da una struttura, che in tutte le sue componenti, di assistenza acuta, di degenza ordinaria e di follow-up ambulatoriale garantisce alta professionalità e competenza di tutti gli operatori.

L'ONAOSI ha bisogno del contributo di tutti i Medici

Il dover corrispondere i contributi all'ONAOSI ha scatenato in molti medici una notevole irritazione ignorando quanto sia importante tenere viva questa iniziativa che è unica nel suo genere.

Non intendo qui parlare nuovamente di tutti i vantaggi dell'ONAOSI, ma desidero riportare l'intervento all'inaugurazione dell'anno accademico 2007-2008 a Perugia da parte di una ragazza che è stata ospite dell'ONAOSI dove, orfana di padre medico, ha potuto frequentare il Liceo Scientifico e il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. La testimonianza di questa ragazza è significativa per comprendere l'importanza di versare i contributi all'ONAOSI.

“ . . . può succedere che venga a mancare improvvisamente una figura importante come quella paterna o materna.

Dalla gioia si passa al dolore, dalla sicurezza ad un senso di vuoto. Dall'armonia al disagio, dalla certezza all'incertezza.

Resta allora la speranza che qualcuno si affianchi a te con bontà e comprensione, altruismo e generosità, altruismo e generosità per aiutarti a crescere e a costruire il tuo futuro: E quel qualcuno per molti di noi è stato proprio l'ONAOSI che ci ha teso la mano quando ci sentivamo smarriti ed abbandonati a noi stessi.

Grazie alla sua assistenza, nata dal comune sentire dei Sanitari di aiutare agli orfani di Collegi, ci ha permesso di raggiungere quelle stesse mete cui noi saremmo potuti arrivare se i nostri Padri non fossero prematuramente scomparsi.

Tutto questo non lo dimenticherò mai!

Mio papà Bruno mi ha lasciata

quando avevo solo quattro anni. Sono entrata nel Collegio femminile di Perugia per frequentare il primo anno del liceo scientifico e sono rimasta per il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che ho portato a termine con successo anche grazie a quell'ambiente di ottime e vitali relazioni umane.

Non ho solo abitato in Collegio ma l'ho “vissuto” respirando un clima ricco di umanità ed insegnamenti morali nonché di momenti liberi riempiti da stimolanti proposte culturali, sia ricreative che formative che mi hanno permesso di gettare le fondamenta essenziali della mia crescita.

Questo è stato fondamentale per me perché ho varcato la soglia del Collegio quando ero piccola e fragile anche se determinata.....

Presto mi accorsi di essere accolta da tutti come in una seconda famiglia. Sono così cresciuta soprattutto sul piano umano e ciò è stato possibile perché a tutti i livelli accanto a me ci sono state persone di elevata statura morale, persone che mi hanno voluto bene e volere bene significa volere il bene di qualcuno. Ricordo fra i tanti la sig.a Emma che ci serviva a tavola e riusciva sempre a darmi quella fetta di dolce in più che mi piaceva tanto accompagna-

ta da un sorriso sincero. Era proprio la semplicità di questo gesto a farmi riassaporare il calore di casa.

Ricordo le Istitutrici pronte e disponibili ad educarci ma anche a tenerci la mano nei momenti difficili. Come in una grande famiglia tutti hanno saputo infondermi coraggio nei momenti incerti e soprattutto hanno saputo colmare quel “vuoto” della mia casa lontana....

In questo essenziale processo di formazione nel Collegio devo riconoscere l'importanza del personale della Direzione che vi operava e vi opera con competenza, disponibilità e lungimiranza. L'ONAOSI è stata per me un punto di riferimento insostituibile ed anche nei momenti di difficoltà mi sono sempre sentita protetta perché sicura che ci fosse costantemente qualcuno impegnato affinché questa certezza non venisse mai a mancare.

Penso, pertanto di poter affermare in base alla mia esperienza che l'ONAOSI è senz'altro più da lodare che da criticare. Infatti non è comparabile a nessuna altra forma di previdenza ed assistenza esistente in Italia e probabilmente non ha eguali nemmeno all'estero.

E' un'opera insostituibile a beneficio di noi orfani che deve essere difesa e sostenuta ad ogni costo.”





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

DIPLOMA

medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868

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.*

