

PisaMedica

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

contiene I.P.

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

in questo numero:

Il passaggio della Medicina Penitenziaria al SSN

F. Ceraudo
Dirigente Sanitario
Ospedale Penitenziario "Don Bosco" - Pisa

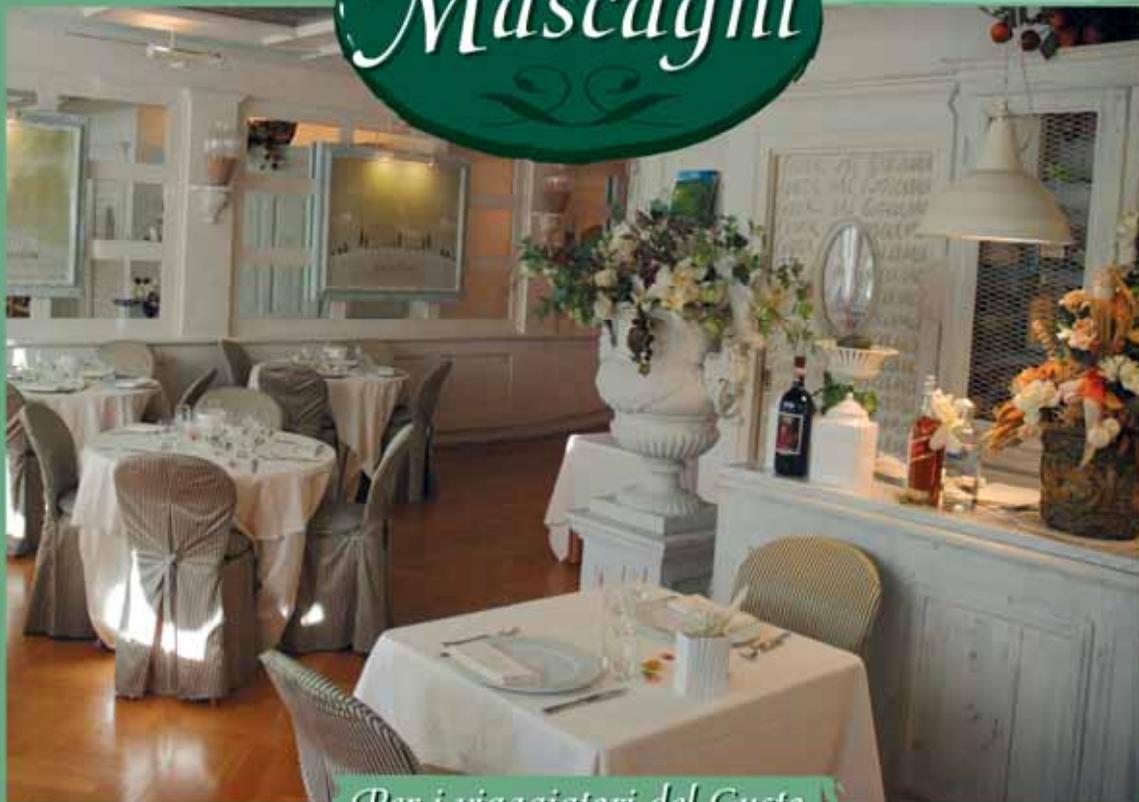
Gestione clinica della Early childhood caries

M. R. Giuca
C.I. di Odontoiatria Infantile
Università di Pisa

Cooperazione odontoiatrica: Progetto Guatemala

S. Marengi
Vicepresidente Fondazione ANDI Onlus

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

Pillola del giorno dopo: "Scripta manent".

Ognuno è libero di avere, su qualunque argomento, le proprie idee, come singolo o come gruppo d'opinione, perché soprattutto, in un rispetto reciproco, la dialettica riveste l'importante ed innegabile ruolo di confronto aperto, stimolante e costruttivo. Sono principi inconfutabili in cui anche la Presidenza ed il Consiglio dell'Ordine credono fermamente, per averli seguiti nell'arco del loro mandato istituzionale. Un conto sono però le parole dette, un altro quelle scritte affinché costituiscano, in futuro, tangibile elemento di oggettività interpretativa, evitando inesattezze.

In merito al recente dibattito sull'utilizzazione da parte del medico della "pillola del giorno dopo", quanto questa presidenza ha espresso in più occasioni, è l'espressione concettuale di quello fatto dalla stessa FNOM, ufficialmente, già nel gennaio dello scorso anno, improntato al rispetto del pensiero del singolo operatore, ma anche alla tutela della salute del paziente ed al supporto verso le difficoltà che quest'ultimo possa incontrare per trovare una via risolutiva alle personali problematiche. Il tutto, comunque, non può essere disgiunto dalla necessaria constatazione della cornice operati-

va in cui si deve muovere l'organizzazione sanitaria.

Ascoltare il paziente rappresenta quindi il primo atto di una via in cui il medico, nel rispetto della propria autonomia decisionale, ha il dovere deontologico di assicurarsi che la persona non rimanga isolata e priva di sostegno. Il nostro sistema assistenziale, pur non immune da difetti e lacune, è sostanzialmente in grado di fare ciò, se non da parte del singolo medico, nel contesto d'impostazione attuativa generale. Se l'etica individuale è dunque degna del dovuto rispetto, ciò non toglie come sia altrettanto prioritario passare il testimone del problema ad altri singoli operatori o parti dell'intero sistema. In gergo sportivo, la similitudine è con la staffetta dove gli atleti sono i medici ed il testimone non è altro che il paziente stesso che chiede, soltanto, di arrivare alla conclusione della gara. Se un atleta non se la sentisse di partecipare, non entri in pista ma, una volta ai nastri di partenza, faccia da collante.

Ecco perchè, confermiamo tutto ciò che abbiamo scritto in un confronto a più voci, ascoltando tutti. Ora, insieme, guardiamo avanti.



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 Buccian-
ti, Antonio De Luca, Sergio Ghione,
Cataldo Graci, Eugenio Orsitto,
Mario Petrini, Paolo Rindi, Massi-
mo 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 Becon-
cini, 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

ECM - Formazione a distanza

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha attivato sul proprio portale la possibilità di accedere alla formazione ECM a distanza in modo semplice e gratuito.

Il primo corso, dal titolo "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico", è già disponibile attraverso una "finestra" sul sito www.fnomceo.it: al termine dell'iter formativo, sarà possibile acquisire 30

crediti ECM.

Si riporta di seguito la circolare FNOMCeO dove viene presentato il progetto e chiarite le modalità di accesso al corso



FNOMCeO

Il Presidente

13780

21 DIC. 2007

COMUNICAZIONE N. 70

- **AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI**
 - **AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI ODONTOIATRI DEGLI ORDINI PROVINCIALI**
- LORO SEDI – e.mail**

Cari amici,

come avrete certamente notato dal 13 dicembre è attivo sul portale della Federazione il preannunciato corso E-Learning "Sicure" sul rischio clinico, una iniziativa di aggiornamento ECM nata dalla collaborazione tra Ministero della Salute, FNOMCeO e IPASVI.

Nel corso delle passate riunioni di Consiglio Nazionale abbiamo avuto modo di soffermarci sulle caratteristiche e le modalità di realizzazione e "somministrazione" del corso, tuttavia ho ritenuto opportuno ritornare in modo più dettagliato sull'argomento per mettere a Vostra disposizione quegli elementi procedurali da divulgare poi, attraverso i Vostri canali di comunicazione, a tutti gli iscritti.

Il corso, che si avvale della metodologia FAD-blended, potrà essere seguito dai colleghi su due distinti canali che possono poi intersecarsi:

A) Corso FAD e-learning sul WEB attraverso accesso al portale FNOMCeO

I colleghi, medici e odontoiatri, possono accedere al corso attraverso una apposita "finestra" presente sulla home page del portale della FNOMCeO.

Al momento dell'ingresso nel sistema riceveranno, in modo automatico, una password che consentirà loro di seguire, nell'arco di tempo stabilito (30 giorni), lo sviluppo dell'attività di formazione, che si concluderà con la compilazione del test (80 quiz) e il contestuale responso sul superamento del corso per coloro i quali avranno risposto correttamente ad almeno 60 domande. Chi non avrà risposto correttamente ai quiz di ciascuna sezione non potrà passare a quella successiva ma avrà l'opportunità di attivare un "nuovo accesso".

Il gestore del corso web provvederà a trasmettere mensilmente l'elenco dei medici che hanno superato posi-

tivamente la valutazione, divisi per Ordine di appartenenza, alla segreteria del coordinamento tecnico presso la FNOMCeO, la quale comunicherà al Ministero (Segreteria ECM) al Cogeaps ed a ciascun Ordine provinciale l'elenco dei medici che hanno superato la prova, affinché il Presidente possa emettere la necessaria certificazione dei 20 crediti acquisiti.

Il corso sarà mantenuto sul WEB per un periodo variabile lungo l'arco del 2008 a seconda della risposta che avremo in termini di accessi e dei risultati che emergeranno a seguito di una valutazione che verrà effettuata ogni trimestre.

B) Corso FAO del tipo editoriale tradizionale su supporto cartaceo

Il Corso su supporto cartaceo sarà inviato a tutti i medici ed odontoiatri italiani come edizione speciale del trimestrale della FNOMCeO "Quaderni della Professione".

Ciascun volume conterrà il test di 80 quiz personalizzato che sarà corretto presso ciascun Ordine il quale provvederà successivamente all'erogazione dei crediti formativi ECM.

Ogni Medico ed Odontoiatra potrà condurre la formazione su supporto cartaceo e successivamente attivare il corso sul web per procedere alla esecuzione del test di apprendimento e così ottenere l'attribuzione di crediti secondo le modalità indicate in precedenza per l'accesso al corso sul WEB.

Ovvero, ogni professionista potrà procedere alla formazione solo su supporto cartaceo e compilare il test personalizzato a quiz e spedirlo o consegnarlo all'Ordine Provinciale di iscrizione per la correzione.

Il Presidente dell'Ordine Provinciale, suoi delegati o commissione di valutazione costituita ad hoc, saranno dotati di apposite griglie valutative ("correttore") con cui procederanno alla verifica dei test.

A chi avrà risposto correttamente ad almeno 60 quiz su 80 il Presidente rilascerà un attestato di conseguimento dei 20 crediti formativi ECM. Al contrario a chi non avrà risposto correttamente ad almeno 60 degli 80 quiz sarà fornito un adeguato riscontro a cura del Presidente dell'Ordine ed un nuovo "quizzario" per ripetere ancora una volta la prova e ri-sottoporla a valutazione.

Terminato il corso il Presidente di ogni Ordine invierà alla Segreteria della Commissione Nazionale ECM, al Cogeaps ed al Coordinamento nazionale presso la FNOMCeO, l'elenco dei medici ed odontoiatri che hanno conseguito i crediti.

Da tener presente che ciascun Ordine avrà il compito di tenere l'archivio dei medici ed odontoiatri che avranno partecipato nelle due modalità previste all'evento e conseguito i crediti come da disposizione di legge a carico dei provider.

Vorrei inoltre segnalarVi un aspetto procedurale di rilievo, sul quale Vi invito a richiamare l'attenzione dei Vostri iscritti. Il corso, sia in formato web che cartaceo, include due questionari utili per offrire, in futuro, dei servizi di aggiornamento sempre più attenti alle esigenze dei colleghi: uno di "gradimento", che permetterà agli organizzatori di conoscere le opinioni dei colleghi sui temi proposti, sulle loro aspettative, sul grado di partecipazione, in breve sull'interesse che ha riscosso questa iniziativa. L'altro, "facoltativo", si prefigge lo scopo di delineare l'identikit degli operatori della sanità.

Ancora due aspetti in tema di divulgazione e promozione dell'iniziativa. Con ogni probabilità entro la seconda settimana di gennaio saranno disponibili volantini e locandine che provvederemo ad inviare a tutte le sedi provinciali; inoltre considerando che l'avvio del corso potrebbe anche essere l'occasione per organizzare, presso i vari Ordini, dei workshop sul tema del rischio clinico, in questo caso esperti della Federazione si renderebbero disponibili per illustrare, "in diretta" ai presenti durante la manifestazione, le finalità e le modalità di accesso al corso stesso. E' chiaro, tuttavia, che il successo di questo evento molto dipenderà dal Vostro impegno "sul campo" che sono sicuro non mancherà come sempre.

La
fedeltà
dei nostri clienti
ha radici
profonde.

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

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



LA COMUNICAZIONE A 360°

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

Il reparto polmonare

Intervista con il Professor Carlo Marini, responsabile del Reparto Polmonare dell'Istituto di Fisiologia Clinica CNR/Fondazione G. Monasterio Pisa.

Ci vuole raccontare un poco la storia del vostro reparto?

Il gruppo polmonare della Fisiologia Clinica è storicamente uno dei più "antichi" gruppi di ricerca dell'Istituto. Per moltissimi anni è stato diretto dal Professor Carlo Giuntini,

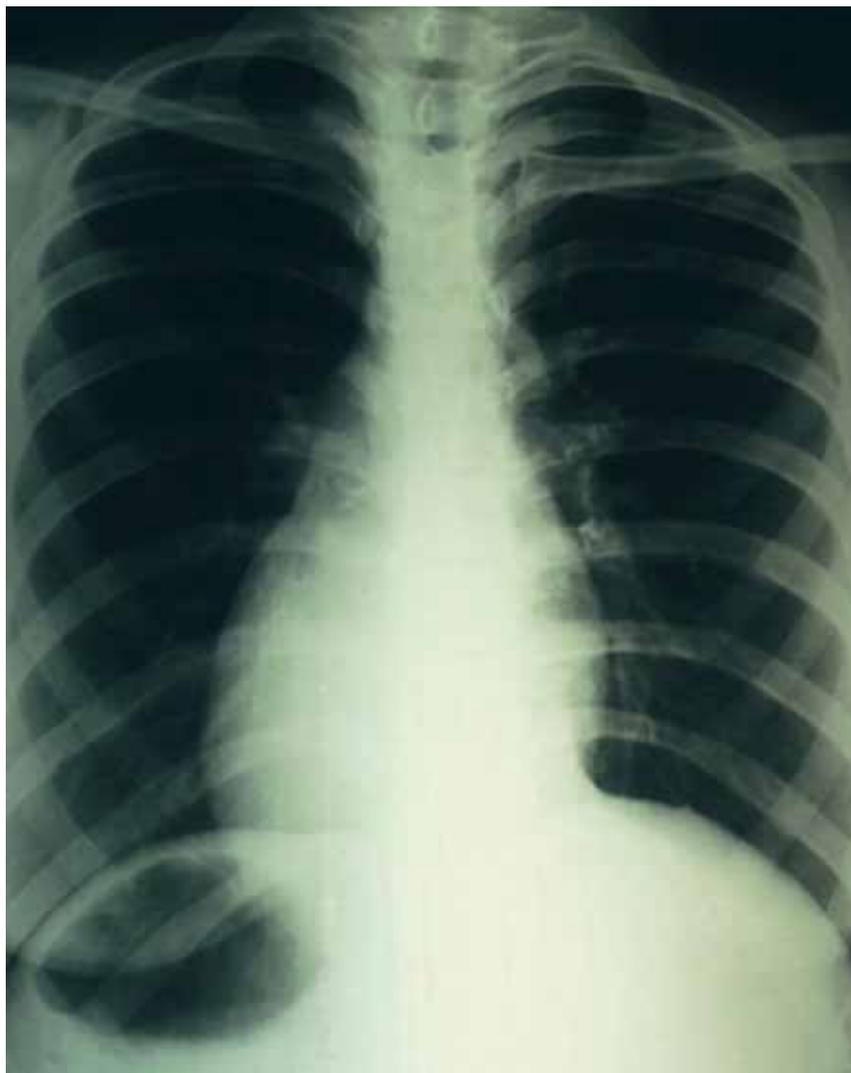
di fatto fino a quando la Fisiologia Clinica non si è trasferita all'Area della Ricerca del CNR di San Cataldo nel 2000 e tuttavia abbiamo continui contatti con la nostra altra metà originaria, che è la Fisiopatologia Respiratoria di Cisanello, sia per l'attività clinica sia per quella di ricerca.

Quali sono le patologie polmonari più importanti di cui si è occupato il vostro gruppo?

Non c'è dubbio: le patologie vascolari polmonari e, in modo speciale, l'embolia polmonare. In particolare, ci siamo dedicati per molti anni ad un progetto dedicato allo studio dell'accuratezza diagnostica e prognostica delle diverse metodiche utilizzate nella gestione clinica della embolia polmonare. Questo progetto che prende il nome di PisaPED (che sta per Prospective Investigative Study of Acute Pulmonary Embolism Diagnosis) è iniziato alla fine del 1991, ha coinvolto circa 2000 pazienti ed è durato circa 10 anni. I suoi risultati sono stati pubblicati negli anni successivi a partire dal 1996 fino ad oggi, e sono, credo di poter affermare, un punto di riferimento importante per i medici nella guida alla diagnostica della embolia polmonare.

Quali sono i maggiori risultati di questo studio?

Prima di entrare nel merito di questa domanda, permettetemi di ricordare una collega che ha dato un grande impulso a gran parte degli studi sull'embolia e di molte altre ricerche nel nostro gruppo: la Professoressa Annamaria Santolicandro, che purtroppo ci ha lasciato prematuramente. Tornando alla domanda: il risultato principale è stato certamente la preminenza della scintigrafia polmonare da perfusione, sia nella diagnostica che nel follow up della malattia embolica. Nonostante molti ritengano ad esempio la TAC spirale di ultima generazione superiore alla scintigrafia, i nostri dati, credo, dimostrano con certezza come la scintigrafia da perfusione sia tutt'ora la metodica più "cost-effective" – in cui cioè il bilancio tra efficacia diagnostica e costi sia ottimale, considerando, nei costi, sia quelli economici sia di





esposizione alle radiazioni subita dal paziente. In questo contesto non è mai abbastanza importante ricordare il ruolo fondamentale del medico nella valutazione degli aspetti clinici e dei dati strumentali di routine (ECG, Rx Torace, emogasanalisi arteriosa) che sono essenziali nell'indurre il sospetto clinico o – in termini statistici – nell'aumentare la probabilità a priori. Ancora oggi probabilmente moltissime embolie polmonari non vengono diagnosticate semplicemente perché ad esse non si pensa, nonostante la presenza di sintomi (magari non eclatantissimi, quali il dolore puntorio toracico e la dispnea improvvisa) e soprattutto di fattori di rischio, quali la fase postoperatoria, specie successiva a interventi ortopedici ed urologici o i lunghi periodi di allettamento per patologie neurologiche e/o neoplastiche.

Oltre all'embolia di quali patologie polmonari vi siete occupati?

Risposta: Ovviamente di un po' tutte. Tuttavia, alcuni di noi si stanno da diversi anni occupando particolarmente dell'ipertensione polmonare che è una condizione rara, ma non rarissima, e che colpisce principalmente la popolazione con range di età tra i 20 ed i 60 anni. Non abbiamo dati sulla popolazio-

ne italiana, ma dal registro francese risulta che l'incidenza della malattia è di 5-25 casi per milione di abitanti per anno per cui si aspettano in Italia circa 900 casi/anno. Le condizioni che si associano alla ipertensione polmonare, escludendo le forme familiari e la idiopatica la cui incidenza rappresenta circa il 44%, le altre sono le ipertensioni polmonari da anoressizzanti (circa l'11%), da patologia del connettivo (circa il 16%), da cardiopatie congenite (circa l'11%), da infezione HIV (circa il 7%), e l'ipertensione porto-polmonare (circa l'11%). Non si parla della incidenza della forma di ipertensione polmonare post-embolica perché a tutt'oggi non ci sono dati certi (forse 1-3%). Per l'ipertensione arteriosa polmonare in generale, per la quale fino al 2000 non esisteva alcuna terapia efficace e che aveva una evoluzione invariabilmente infausta nel breve periodo, sono state individuate una serie di terapie che non guariscono la malattia ma aumentano la sopravvivenza dei pazienti. Queste terapie, quali la prostaciclina per infusione venosa, per via sottocutanea ed anche inalatoria nonché i vasodilatatori di recente produzione, sono tuttavia molto costose. Un aspetto interessante che stiamo affrontando è quello dell'ipertensione arteriosa polmonare in corso di

broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). E' noto che questi pazienti mostrano un incremento della pressione polmonare a causa della loro insufficienza respiratoria. Tuttavia, appare che circa l'1% dei malati di BPCO, numero non irrilevante considerando l'elevata frequenza della BPCO, mostrano un incremento "sproporzionato" della pressione polmonare rispetto a quello atteso per le loro condizioni clinico-funzionali respiratorie. Data l'alta mortalità che si riscontra in questi malati, l'idea sarebbe di valutare se l'uso dei nuovi farmaci anti ipertensivi in questi pazienti possa migliorarne la sopravvivenza. Per l'ipertensione polmonare siamo, credo di poter dire, uno dei 5-6 centri italiani che si occupano di questa patologia, fungendo da centro di riferimento per la Toscana. Un'altra attività che da tempo abbiamo intrapreso è lo studio della funzione respiratoria globale nei pazienti candidati a trapianto di fegato in collaborazione con il centro di coordinamento trapianti di fegato (Dir. Prof. F. Filippini) dell'Ospedale di Cisanello ed il nostro centro funge da riferimento regionale per la valutazione pneumologica in corso di epatopatia cronica coprendo in realtà un bacino di utenza corrispondente all'Italia centro-meridionale.

Il passaggio della Medicina Penitenziaria al SSN

La Finanziaria 2008 sancisce il passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri firmato l'1-04-08 disciplina le modalità del passaggio del Personale Sanitario alle ASL competenti per territorio.

I detenuti, al pari dei cittadini in libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

- **Con la Riforma** - sostiene l'Assessore al diritto alla Salute della Regione Toscana ENRICO ROSSI - **i detenuti vengono di conseguenza inclusi nella pienezza del**

sistema dei diritti di cittadinanza per quanto riguarda quella fondamentale garanzia rappresentata dalla tutela della salute. -

Ora Regioni, Aziende Sanitarie, Istituti Penitenziari dovranno operare in sinergia per realizzare condizioni di protezione della salute iniziando dalle conoscenze epidemiologiche tipiche del regime detentivo per passare a vere e proprie azioni di promozione della salute: particolare importanza assumeranno l'attività fisica, l'alimentazione, la socialità, il contrasto all'abuso di alcol e alle dipendenze da fumo, la garanzia di salubrità degli ambienti di vita.

Il Centro Clinico Don Bosco passa sotto la giurisdizione del Di-

partimento di Medicina Penitenziaria della REGIONE TOSCANA - Il passaggio della Medicina Penitenziaria - dice il Prof. Francesco Ceraudo - **Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Penitenziari Italiani e Dirigente Sanitario della Casa Circondariale di PISA - al Servizio Sanitario Nazionale non è un obiettivo, né tanto meno deve essere considerato alla stregua di un traguardo.**

E' piuttosto il punto di partenza di un progetto ambizioso, il trampolino per rilanciare in termini finalmente adeguati la professionalità del Medico e dell'Infermiere Penitenziario, a tutela della salute della popolazione detenuta. Noi vogliamo impegnarci per migliorare la gestione della salu-



te in carcere, per perseguire i principali obiettivi di salute.

La salute prima di tutto dice un vecchio proverbio.

Questo è ancora più importante per un'umanità a fondo perduto come il carcere.

Con la Riforma si sostanzia per i detenuti, al pari dei cittadini liberi di ottenere un'assistenza sanitaria organizzata secondo un principio di globalità degli interventi sulle cause che possono pregiudicare la salute. Nel panorama nazionale il **Centro Clinico Giuseppe Furci di PISA** viene definito di grande prestigio e di sicuro affidamento.

Vigono condizioni di rispetto per il detenuto-malato.

Ci sono tutte le premesse per far bene e di migliorare sempre di più nel rispetto di una tradizione importante.

Vengono ricoverati pazienti provenienti da ogni parte del territorio nazionale. Pazienti sempre molto impegnati (malati oncologici, cardiopatici, ipertesi, diabetici, asmatici, malati chirurgici, malati con vasculopatie cerebrali, malati di AIDS, malati di TBC e di epatite virale HCV correlata, malati psichiatrici e in sciopero della fame anche perché il Centro Clinico di PISA è considerato dal DAP una sorta di ultima spiaggia.

Esistono importanti margini di miglioramento.

L'Assessore Regionale Enrico ROSSI (a cui va riconosciuto il merito di essere stato tra i primi a propugnare una simile prospettiva) ci deve credere fino in fondo e deve saper investire in ulteriori risorse professionali e tecnologiche attraverso l'organizzazione di un preciso modello dipartimentale che sia in grado di assicurare autonomia di organizzazione e di gestione.

Del resto la materia sanitaria penitenziaria è particolarmente specifica e non si può disperdere nel mare magnum del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Centro Clinico di Pisa – dice Ceraudo - può costituire un modello-guida di Medicina Penitenziaria in grado di recepire le istanze di

rinnovamento previste dalla Riforma e di svilupparle nel modo più adeguato. Deve organizzare percorsi terapeutici che garantiscono la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati. E' stata allestita una carta dei servizi che viene consegnata al paziente al momento del ricovero.

Centro Clinico Giuseppe Furci E' stato inaugurato nel 1956 dall'allora ministro della Giustizia Aldo Moro.

Per complessivi 75 posti di cui 65 per uomini e 10 per donne.

Ulteriori 20 posti sono in fase di ristrutturazione per i detenuti 41 bis.

Presso il Centro Clinico di Pisa sono operativi:

- Centro per lo studio e la cura dell'ipertensione arteriosa in stretta correlazione con il Centro Nazionale dell'ipertensione dell'Università di PISA.

- Centro per lo studio e la cura della

cefalea.

- Centro per lo studio e la cura delle allergopatie.

- Centro per la diagnosi e la cura dell'infezione da Hiv

- Centro per la diagnosi e la cura dell'epatite HCV correlata

- Linee-guida per la gestione dello sciopero della fame e per i casi a rischio suicidario.

- Centro per lo studio e la cura della psoriasi (Centro PSOKER) in correlazione con la Clinica Dermatologica dell'Università di PISA.

- Principi di buona pratica clinica per il trattamento dei tossicodipendenti da eroina e per gli alcol-dipendenti con il Sert di Pisa.

Costituiscono servizi molto importanti:

- SALA OPERATORIA con interventi di chirurgia generale, ortopedia, ORL, chirurgia plastica, oculistica.

La sala operatoria fornita di alta tecnologia, di equipe chirurgica universitaria è in piena operatività ed è in grado di far fronte ad ogni necessità od emergenza chirurgica in qualsiasi momento anche in regime di





urgenza.

- TAC e servizio di radiologia ed ecografia;
- Laboratorio Analisi.
- Servizio di Fisiokinesiterapia.

Nell'anno 2007 sono stati registrati 325 ricoveri.

Sono stati eseguiti 152 interventi chirurgici.

Durante l'anno si è sviluppata una proficua, efficace gestione di day-hospital in merito soprattutto all'esecuzione di ogni tipo di TAC, di Ecografie, di esami endoscopici e di prelievi biotipici.

La durata media dei ricoveri si aggira sui 20-25 giorni.

Nel 2007 sono stati eseguiti:

- HIV 301 TEST (solo 9 positivi)
- HCV309 (55 positivi)
- HBV306 (13 positivi)
- Test tife 221 (44 positivi)

- 18 soggetti sono stati sottoposti a ciclo di interferone+ribavirina per epatite virale cronica HCV correlata

con ottimi risultati.

- 25 soggetti affetti da infezione da HIV hanno praticato regolarmente la terapia antiretrovirale, usufruendo di uno specifico supplemento vitto.

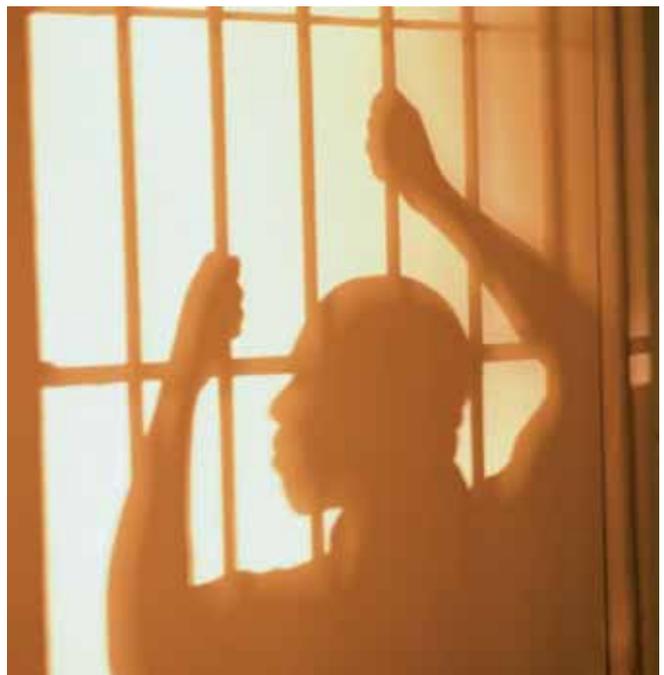
- 52 pazienti sono stati rimessi in li-

bertà in seguito alla redazione di certificati di incompatibilità con il regime carcerario.

L'approvvigionamento dei farmaci necessari e di tutti presidi sanitari vengono dispensati con regolarità dall'ASL 5 di PISA.

Sono convinto - conclude Ceraudo - che l'Assessore Rossi con la sensibilità

politica e sociale che lo contraddistingue - farà del Centro Clinico di PISA un importante punto di riferimento nazionale per la Medicina Penitenziaria.



Alcuni chiarimenti dell'Agenzia delle Entrate e non solo

La norma fiscale necessita quasi sempre di interpretazioni e chiarimenti. Le incertezze, soprattutto con l'approssimarsi della compilazione delle dichiarazioni fiscali sono tante, esaminiamo alcune problematiche.

Con la Circolare n. 34/E del 4 aprile 2008 l'Agenzia delle Entrate ha risposto, ad esempio, ad un quesito decisamente attuale: a quale dei genitori separati spetta la detrazione relativa ai figli maggiorenni a carico (intendendosi per tali i figli non necessariamente conviventi ma che non hanno percepito un reddito superiore ad € 2.840,51 nell'anno 2007)? L'Agenzia ritiene che la ripartizione possa essere fatta continuando a seguire i criteri utilizzati quando i figli erano ancora minorenni e se la sentenza di separazione non contenesse la specifica dell'affidamento, ritiene che la detrazione spetti in egual misura tra i genitori, salvo diverso accordo.

Il canone di locazione, non percepito per morosità dell'inquilino, per l'immobile locato deve essere sottoposto a tassazione? Apparentemente la risposta parrebbe ovvia: affitto non incassato uguale a zero reddito, uguale quindi a zero imposte. La questione in realtà è assai più complessa, ed in base alle interpretazioni combinate delle norme il risultato è il seguente: il reddito deve essere dichiarato fino al momento della conclusione del procedimento di convalida dello sfratto da parte

del Giudice adito. Successivamente quando il procedimento di convalida sarà concluso il contribuente si vedrà riconosciuto un credito per le imposte pagate sugli affitti accertati come non riscossi in sede giudiziale.

Si potranno dedurre i "parafarmaci"? In linea generale no, ma con alcune eccezioni: sono infatti detraibili ad esempio le attrezzature sanitarie, quali macchine per aerosol o per la misurazione della pressione, gli integratori alimentari prescritti a scopo curativo, le garze idrofile di cotone sterile per medicazioni.

Si potranno dedurre le spese sanitarie non rimborsate dall'assicurazione con la quale è stata stipulata la polizza sanitaria? La norma stabilisce che si considerano rimaste a carico (e perciò detraibili) le spese mediche sostenute dal contribuente, incluse quelle rimborsate per effetto di premi assicurativi versati,

per i quali non spetta la detrazione d'imposta (quali i premi pagati per le polizze sanitarie) o comunque premi che non risultino deducibili dal reddito complessivo.

I lavori eseguiti per la riqualificazione energetica (quali ad esempio la sostituzione degli infissi) e per i quali è stato pagato un acconto nel 2007 alla ditta fornitrice, ma che sono terminati nel 2008 (con la chiusura dei lavori regolarmente documentata all'Enea nei sessanta giorni successivi al termine lavori), si potranno dedurre nel 2007 o nel 2008? In generale le spese si dedurranno secondo il criterio di cassa, ovvero dell'anno nel quale i pagamenti risultano effettuati con bonifico bancario, perciò l'acconto pagato nel 2007 sarà deducibile nell'anno di imposta 2007.

E i dubbi non finiscono qui.....
(Fonte: "Il Sole 24 Ore", "La Settimana Fiscale")



La pillola del giorno dopo

Ripubblichiamo, come già avvenuto nel n 28 di Pisa Medica Gennaio-Febbraio 2007, la comunicazione n 81 relativa alla posizione ufficiale della FNOMCeO riguardo la "Pillola del giorno dopo" e

l'obiezione di coscienza. Tale posizione è stata ripresa e riconfermata all'unanimità dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Pisa, dopo un'importante discussione avvenuta nell'ultimo

consiglio direttivo nel quale è stata ratificata inoltre l'assoluta concordanza con la posizione assunta dal Presidente dell'Ordine che è apparsa recentemente su tutti i media.

Roma, 11 Dicembre 2006

Comunicazione N. 81

**Ai Presidenti degli Ordini dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri**

**Ai Presidenti delle Commissioni per
gli iscritti all'albo degli Odontoiatri**

Loro Sedi

Sono pervenute alla Federazione numerose richieste di informazioni in merito alla problematica dell'obiezione di coscienza relativamente alla prescrizione della "pillola del giorno dopo" con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano il servizio di continuità assistenziale.

Si ritiene, pertanto, opportuno fornire a tutti gli Ordini provinciali chiarimenti in proposito considerando anche l'aspetto della responsabilità civile del medico in merito alla questione specifica. La Commissione Nazionale di Bioetica si è pronunciata con una nota del 28/5/2004 sulla contraccezione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Pur essendo tale "clausola di coscienza" concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè di quei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998.

Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento alla salute della persona assistita, è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.

Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art 1, Legge 405/75 "Istituzione dei consultori familiari").

E' necessario pertanto individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi.

Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono servizio di continuità assistenziale bisogna considerare che i medesimi all'interno dello stesso possono intervenire in situazioni di urgenza con relativa prescrizione di farmaci ed è in questa veste che, verosimilmente, sono tra i più interessati dalla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione.

La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione.

Tale posizione trova riscontro nella postilla alla nota del Comitato di Bioetica che prendendo atto che l'ampliamento della libertà riconosciuto al medico nel caso di prescrizione della pillola del giorno dopo comporta come conseguenza la possibilità di disagi aggiuntivi all'accesso al principio farmacologico invita le Autorità ed Istituzioni competenti a vigilare e provvedere affinché l'esercizio della clausola di coscienza non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico.

La FNOMCeO ritiene, inoltre, che trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art. 9 della Legge 194/78 (Legge sull'interruzione della gravidanza), i medici debbano adottare le modalità prescritte nell'articolato medesimo e pertanto debbano inviare la dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al direttore generale della ASL e al direttore sanitario nel caso di personale dipendente dall'ospedale.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco

La storia della chirurgia plastica dall'antichità ai tempi moderni

E' recentemente uscito, stampato dalla Springer con testo in inglese, un interessante volume a cura di Paolo Santoni-Rugiu e Philip J. Sykes, dal titolo: "A History of Plastic Surgery",

di pagine 395, ampiamente illustrato.

Gli autori hanno voluto ripercorrere l'affascinante storia di questa branca della chirurgia attraverso quasi tre millenni, sulla base di antichi testi

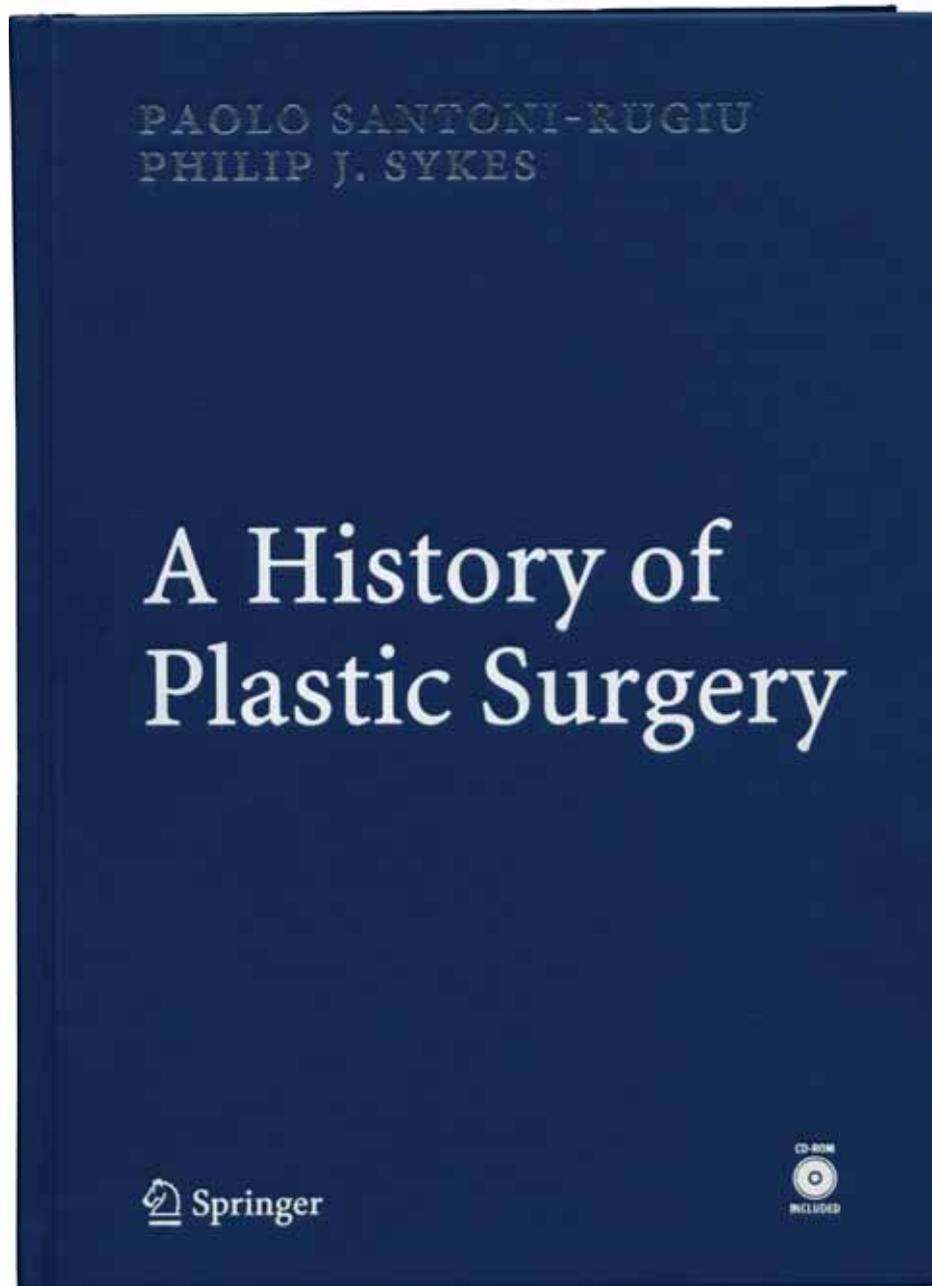
nonché della loro lunga esperienza in questo settore della medicina.

Paolo Santoni-Rugiu, collega ed amico, si è laureato a Pisa, specializzandosi poi nel 1960 ad Uppsala in Svezia in chirurgia plastica ricostruttiva. Nel 1963 divenne assistente nell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Ospedale S. Chiara, responsabile della sezione di chirurgia plastica. Nel 1970 ha conseguito la docenza e quindi il primariato. Ha insegnato a Pisa e a Parma, finché nel 1982 ha lasciato ogni incarico per svolgere solo la libera professione. Dal 1989 è impegnato a svolgere missioni umanitarie nei paesi del terzo mondo (Uganda, Tanzania, Zambia, Irak). Attualmente lavora in Cambogia.

Dal 1993 si è interessato alla storia della chirurgia ed in particolare alla branca da lui praticata, coinvolgendo in questa ricerca un collega inglese, Philip Sykes, e da questa lunga collaborazione è nato il presente libro.

Gli argomenti di questo volume possono essere divisi in tre parti.

Nella prima, di indole generale, si ritrovano ripetuti richiami di anatomia, con un *excursus* in particolare a partire da Andrea Vesalio; viene ricordata la storia del trattamento delle ferite, che inizia già 600 anni a.C. con l'antica medicina indiana ed egiziana e l'applicazione dei primi innesti e lembi cutanei, nonché dei primi tentativi di anestesia.





Il De Fasciis di Galeno, nell'interpretazione di Guido Guidi.



Dalla chirurgia di Ambroise Parè.

Per i contributi apportati in questa chirurgia, fra i medici dell'antichità particolare rilievo viene dato a Celso e Galeno, per arrivare poi ai medici medioevali, fra cui Guy de Chauliac, e, nel Quattrocento, ai Branca, padre e figlio, che eseguirono per quei tempi meravigliose operazioni a Catania di ricostruzioni specie di nasi amputati.

La seconda parte, la più estesa, svolge argomenti più specifici, come la ricostruzione del naso, degli orecchi e delle labbra. In questo campo, viene sottolineato l'importante ruolo avuto nel '500 dal bolognese Gaspare Tagliacozzi, che può essere considerato il vero fondatore di questa specialità: fu il primo infatti a scrivere su questa materia un trattato in modo scientifico, descrivendo in particolare la ricostruzione del

naso e dell'orecchio mediante un lembo di pelle del braccio. Nei vari capitoli della sua opera, tratta dei vari tipi di pelle del corpo umana, concludendo che il più adatto è quello del braccio, fornisce le istruzioni circa le dimensioni della cute da prelevare, i fattori di rischio insiti in questi tipi di intervento, i vantaggi e gli svantaggi delle varie tecniche utilizzate in queste



Dall'Armamentarium Chirurgicum dello Scultetus.



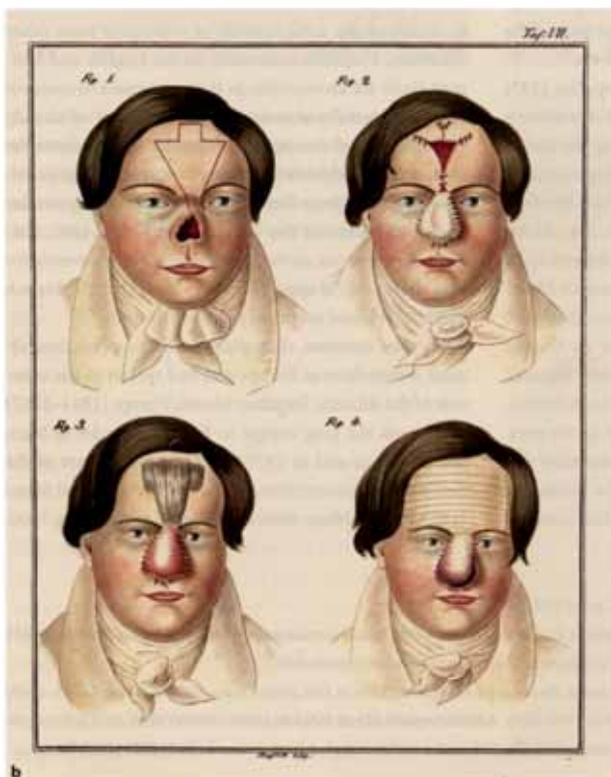
Frontespizio dell'opera *De Curtorum Chirurgia* di Gaspare Tagliacozzi.

riparazioni e le complicazioni conseguenti. In questo secolo si deve ricordare anche Ambroise Parè, autore di un famoso libro di chirurgia che contiene un resoconto di fratture e distorsioni; questo autore è noto anche per l'innovativo metodo seguito nella legatu-

ra dei vasi e nella cura delle ferite, da praticare in modo più blando e non più con cauterizzazioni ed olio bollente, come fino allora effettuato. In questo campo della chirurgia, si devono citare successivamente nel '600 il nome di Cesare Magaldi Scansiano, fautore dell'utilità di medicare giornalmente le ferite e nel '700 le figure di Pierre Dionis, famoso fra l'altro per i suoi interventi di riparazione del naso; Pierre J. Desault, vero fondatore del moderno trattamento delle ferite di guerra e Laurence Heister, che si occupò anche delle ferite del viso. Infine la terza parte, di chirurgia estetica vera e propria, che possiamo dire nascere con la I guerra mondiale ad opera per primi dei chirurghi americani che operarono allora in Europa, impegnati specie a riparazioni della faccia. La chirurgia



Immagini di interventi nell'opera del Tagliacozzi.



estetica inizia con Madame Susanne Noel nel 1912, con un suo famoso intervento su Sarah Bernhardt; in Italia si deve citare fra i pionieri la figura di Gustavo Sanvenero Rosselli a Milano, ove operò a lungo, dal 1927 al 1970. Per quanto riguarda Pisa, Santoni-Rugiu ricorda la figura di Natale Di Molfetta, che ebbe in lui fiducia e gli dette spazio per svol-

gere questa attività nella Patologia da lui diretta.

La storia della chirurgia plastica è quindi quella dei chirurghi che, attraverso i secoli, con strumenti primitivi e non meno primitive teorie, cercarono di riparare ai danni del corpo umano causati da malattie, violenze od azioni di guerra.

Conclude l'opera una vasta bibliografia di oltre mille voci ed un accurato indice per soggetti. Veramente notevole l'apparato delle illustrazioni, molte delle quali a colori; il libro contiene alla fine tutte le immagini in un apposito CD.

Questo testo è stato recentemente recensito in campo internazionale, con articoli comparsi fra l'altro su "Nature" nel dicembre 2007 e su "New England J. Medicine" e "Jama" nel marzo di quest'anno.

Pagina dal volume di Chirurgia Plastica di Fritze e Reich del 1845.

In ricordo del Collega Mauro Baccelli

Un tragico destino ha spezzato la vita di Mauro Baccelli, un giovane Collega che si era affacciato alla Professione con la stessa dedizione che l'aveva contraddistinto negli anni precedenti nelle gare sportive.

Infatti prima di compiere una consapevole e meditata scelta e di dedicarsi allo Studio e al Perfezionamento, Mauro aveva brillato nel Canottaggio, portando i colori di Pisa e dell'Italia due volte sul pennone più alto dei Campionati Mondiali, nel quattro di coppia, nel 1999 in Canada e nel 2001 in Svizzera, ottenendo inoltre altri piazzamenti di prestigio.

Tutto vissuto con l'impegno che è necessario in uno sport di fatica, lo stesso impegno che poi ha dedicato allo Studio durante gli anni dell'Università e della Specializzazione in Ortopedia.

Lo ricordo a tutti coloro che hanno potuto apprezzarne le qualità umane, abbiamo perduto un Collega che avrebbe certamente ripetuto nella Professione il conseguimento dei successi precedentemente raggiunti nello sport.

Giuseppe Costa



Gestione clinica della Early childhood caries

Le Early childhood caries (ECC), o meglio nota come sindrome da biberon rappresenta una delle cause più frequenti di lesioni cariose nei bambini nel periodo infantile.

La sindrome è caratterizzata dall'esordio precoce, dal contemporaneo coinvolgimento di più elementi dentari, dalla marcata aggressività delle lesioni nei confronti dei tessuti dentali e dalla rapida evoluzione di carie dette "rampanti" che distruggono in qualche mese il dente. Solitamente le ECC sono legate al tipo di dieta del bambino e alle modalità di assunzione dei cibi.

Eziologia

All'anamnesi emerge una prolungata esposizione a substrati cariogeni e un consumo esagerato di zuccheri quali il saccarosio, il fruttosio, il lattosio, il glucosio e il maltosio.

In realtà l'origine della sindrome è multifattoriale e numerosi sono i fattori predisponenti quali:

- l'utilizzo prolungato del biberon oltre i 12 mesi, caricato con liquidi contenenti elevata concentrazione di zuccheri, per calmare il bambino quando è nervoso o piange nelle fasi di addormentamento;
- l'allattamento al seno a richiesta;
- la nascita sottopeso e la malnutrizione che possono provocare dei difetti di sviluppo a carico degli elementi dentari e quindi renderli più suscettibili alla carie;
- lo stato di salute generale: infatti soggetti maggiormente a rischio sono bambini con malattie croniche quali epilessia, cardiopatie, otite media ricorrente, immunodepressi, ai quali vengono somministrati in maniera continua sciroppi addizionati di zucchero.

Altri fattori possono essere coinvolti



nell'eziopatogenesi di queste lesioni come: il ridotto flusso salivare con un ridotto effetto tampone; un'igiene orale scadente, infatti questo tipo di carie inizia su superfici facilmente raggiungibili dallo spazzolino; lo stato microbiologico cioè la presenza nel cavo orale di batteri cariogeni.

I microrganismi responsabili delle lesioni sono gli Streptococchi mutans, che intervengono nelle fasi iniziali della lesione, mentre, nelle fasi successive, agiscono i lattobacilli, lieviti ed actinomiceti; questi patogeni svolgono un ruolo cruciale nella comparsa e nell'evoluzione clinica

delle lesioni, infatti metabolizzano gli zuccheri e producono acidi con formazione di cavità nei denti. La colonizzazione precoce del cavo orale da parte dello streptococco mutans è spesso dovuta ai genitori che hanno l'abitudine di "assaggiare" e di condividere le posate passandole dalla loro bocca a quella del bambino, favorendo così la trasmissione di questi batteri infatti c'è correlazione tra la presenza di carie attive e non curate nei genitori, soprattutto nella madre e lesioni cariose nel bambino. Quando alla presenza di questo microorganismo si associa un alto consumo di zuccheri, si assiste ad una proliferazione dei microrganismi patogeni, che supera il 30% della flora locale, e comincia la distruzione dei tessuti del dente.

In particolare risulta determinante per la E.C.C. la frequenza dell'apporto di zuccheri e il lungo periodo di esposizione, per questo motivo il bambino deve mantenere una corretta dieta alimentare evitando di assumere, con alta frequenza nell'arco della giornata, cibi o bevande contenenti zucchero. Tra le cattive abitudini alimentari più frequentemente associate alle E.C.C. vi sono oltre all'uso del biberon con latte o acqua aggiunta di zuccheri (la tettarella del biberon viene tenuta vicina alle superfici palatali degli incisivi superiori per più di 8 ore) l'uso del ciuccio immerso nel miele, il consumo di camomille, tisane liofilizzate, succhi di frutta, bevande a base di the, l'uso di soft drinks il cui effetto lesivo sui denti è legato oltre che al contenuto di zuccheri al basso valore di pH. Particolarmente dannoso è la loro assunzione con bicchieri con

beccuccio o brick con cannucchie tenute in bocca per lunghi periodi.

Le ECC colpiscono i bambini di tutte le fasce socio-economiche; comunque, nelle classi sociali più disagiate, l'incidenza delle carie precoci è notevolmente maggiore.

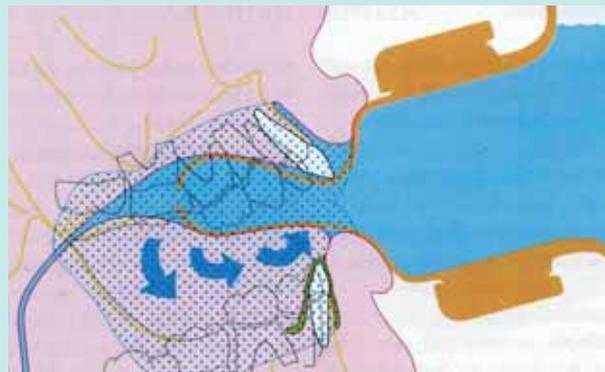


Fig. 1: dinamica del flusso dei liquidi assunti con il biberon

Caratteristiche cliniche della E.C.C.

Le carie precoci si presentano subito dopo l'eruzione dei denti e sono caratterizzate da un esordio e una distribuzione tipica che segue la dinamica del flusso dei liquidi somministrati con biberon e simili. I denti che in primo luogo vengono in contatto con i liquidi fermentabili sono gli incisivi e i molari superiori e successivamente gli elementi dell'arcata inferiore; si ha quindi nella progressione della sindrome un precoce interessamento degli incisivi superiori seguito dai molaretti mandibolari e mascellari e dai canini mandibolari. Gli incisivi inferiori sono di solito indenni dalla carie grazie alla presenza del flusso della saliva secreta nella zona, che ha azione autodetergente, e alla posizione della lingua che si interpone tra le superfici dentarie e i fattori cariogeni; un loro coinvolgimento indica uno stadio avanzato della patologia.

Evoluzione delle ECC.

Le lesioni determinano, nella fasi ini-

ziali, una decalcificazione dello smalto, con la formazione di white spots; successivamente si possono presentare difetti superficiali pigmentati e difetti lineari confluenti nella regione cervicale per cui la carie presenta un andamento circolare a livello della regione cervicale e determina una rapida distruzione del dente per la demineralizzazione dello smalto il rammollimento della dentina e l'interessamento pulpare. Il decorso rapidamente progressivo è dovuto al fatto che le corone dei decidui sono più piccole rispetto ai permanenti, hanno uno spessore di smalto e dentina ridotto ed hanno un'ampia camera pulpare. Se la lesione raggiunge la polpa si ha la comparsa di un dolore pulpatico, che, però, non presenta l'irradiazione tipica della pulpite. Negli stadi più gravi si assiste alla distruzione con conseguente frattura patologica della corona dei denti.

FATTORI DI RISCHIO della E.C.C.

- Scarsa mineralizzazione dei denti neoerotti
- Cattive abitudini alimentari prolungate nel tempo
- Presenza di microrganismi cariogeni
- Aumentata cariorecettività del paziente dovuta a scarsa igiene orale e a ridotta clearance salivare
- Condizioni pre o post-natali (complicanze fetali, nascita sottopeso, malnutrizione)
- Status socioeconomico
- Stato di salute generale



Fig. 2: demineralizzazione circolare dello smalto



Fig. 3: frattura delle corone



Fig. 4: interessamento dei molari decidui



Fig. 5: classica progressione della E.C.C.

CARATTERISTICHE CLINICHE DELLE E.C.C.

- Inizio dopo l'eruzione dei denti
- Demineralizzazione a livello della regione cervicale (caries circolari)
- Presenza di dentina molle e gialla
- Interessamento pulpare rapido
- Frattura patologica della corona

Sintomatologia

I sintomi legati alle ECC sono molteplici: a carico dei denti si ha dolore, dolore in risposta a stimoli fisici e spontaneo pulpatico, ascessi apicali, fistole mucose, alitosi; inoltre si può avere un passaggio in circolo di batteri patogeni a partenza dal focolaio infettivo a livello del dente deciduo con conseguente compromissione dello stato di salute generale associato ad episodi febbrili ed un aumento dei valori TAS e VES; il bambino è inappetente a causa dell'eccessiva somministrazione di bevande altamente caloriche.

Complicanze

Le carie, se non vengono intercettate in tempo, causano gravi ripercussioni sia di natura estetica, sia di natura funzionale. Infatti la distruzione



ne e successiva perdita prematura degli elementi dentari determina:

- difficoltà nella pronuncia di fonemi e menomazioni estetiche che possono essere fonte di problemi psicologici e di relazione in quanto il bambino a disagio potrebbe smettere di parlare e di sorridere per non essere deriso dai compagni;
- difficoltà masticatorie che possono ostacolare una corretta alimentazione;
- problemi ortodontici conseguenti alla perdita dello spazio con diminuzione del perimetro di arcata, alla diminuzione della dimensione verticale, alla alterazione dell'eruzione

fisiologica dei denti permanenti, alla comparsa di morso aperto anteriore aggravato dall'insorgere di abitudini viziate come la deglutizione atipica per il mancato sigillo dentario e all'instaurarsi di malocclusioni prevalentemente della III classe di Angle.

Gestione clinica della E.C.C.

La soluzione terapeutica della carie da biberon non è di facile raggiungimento in quanto può essere difficile ottenere la collaborazione dei piccoli pazienti che spesso arrivano all'osservazione dell'odontoiatra in un avanzato stadio della patologia cariosa.

La gestione clinica della ECC non può prescindere dal coinvolgimento dei genitori. Prima di tutto bisogna fornire informazioni esaurienti sulla patologia alla famiglia; nella maggior parte dei casi la condizione di E.C.C. è dovuta ad una non corretta informazione del genitore, che non si rende conto delle conseguenze che possono avere alcuni comportamenti, come l'uso protratto del biberon.



Fig. 6: conseguenze della E.C.C.: terza classe di Angle



Fig. 7: conseguenza della E.C.C.: morso aperto

Il trattamento delle ECC prevede, dunque, la sospensione dell'abitudine ed una corretta alimentazione, con riduzione dell'apporto di zuccheri; in particolare è raccomandato ridurre in maniera progressiva l'assunzione degli zuccheri nell'arco

di alcune settimane, piuttosto che eliminare il biberon immediatamente. Inoltre è necessaria un'accurata igiene orale, applicazioni di fluoro, sigillature dei solchi, prodotti antibatterici ed uso di chemioterapici per ridurre il livello degli *S. Mutans*.

L'attuazione di misure preventive permette di ridurre la progressione della carie da biberon e di evitare così estrazioni dentarie che necessitano dell'anestesia generale nel caso di bambini molto piccoli. In presenza di lesioni in fase avanzata, bisogna ricorrere alla ricostruzione dei denti ancora conservabili mediante materiali vetro-ionomerici, compositi, corone in acciaio, corone in cellulosa. Recentemente è stato introdotto l'utilizzo del laser, che determina una riduzione dell'ipersensibilità e della permeabilità della dentina, e permette di posticipare gli interventi, in modo che, col passare del tempo, il bambino possa avere una maggiore compliance. L'estrazione è necessaria quando i denti non sono più recuperabili; nel caso in cui siano state pianificate estrazioni dei molari si deve valutare l'utilizzo di mantinatori di spazio per evitare una perdita dello spazio in arcata.

Dopo l'intervento chirurgico c'è un alto rischio di recidive, che è, entro 1 anno dalla chirurgia, del 37% secondo Graves, e del 40% secondo Berkowitz.

L'insuccesso delle misure preventive può essere dovuto alla scarsa collaborazione del bambino o dei genitori, oppure può essere dovuto ad una forma di carie particolarmente aggressiva, probabilmente legata alla colonizzazione di *Streptococchi mutans* resistenti, tale da superare tutte le misure preventive.

Per poter mettere in atto misure preventive efficaci, si dovrebbe intervenire sul bambino, prima dei 2 anni di età. Raramente però prima dei 2 anni, i genitori portano il figlio ad una visita odontoiatrica. Quindi le figure professionali sanitarie che vengono in contatto con il bambino



in questo periodo dovrebbero fornire istruzioni utili per poter diminuire l'incidenza della carie precoce da biberon.

L'American Academy of Paediatric Dentistry consiglia che tutti i bambini dovrebbero ricevere la prima ispezione del cavo orale a 1 anno, infatti uno screening precoce potrebbe agevolare la intercettazione di lesioni cariose iniziali e offrire l'opportunità di controllare le abitudini alimentari e di igiene orale.

Le indicazioni da dare ai genitori per evitare l'insorgenza della ECC possono essere così sintetizzate:

- Non fare addormentare il bambino con il biberon
 - A partire dai 6 mesi cercare di sostituire il biberon con la tazza
 - Lavare i denti fin dall'eruzione del primo dentino
- Abituare il bambino ad una corretta alimentazione evitando frequenti spuntini

Informazione e consenso in chirurgia orale

Nell'ambito della ricerca dottrinale in responsabilità professionale medica sono di recente emersi significativi elementi di discussione a riguardo di categorie comportamentali in precedenza poco o punto esplorate.

Fra queste quelle che certamente possono avere una chiara collocazione nell'ambito della professione odontoiatrica e in particolare nella specifica attività del chirurgo orale sono quelle della informazione e della adeguatezza del trattamento. Pertanto i limiti in cui questo lavoro si muove saranno quelli delle caratteristiche dell'informazione preliminare all'espressione del consenso ed i limiti e le caratteristiche dell'atto appropriato.

Dell'informazione

Prescindendo dalla considerazione che tuttora manca un corpus normativo che identifichi appunto la peculiarità della professione medica, è assolutamente identificato che per essere lecitamente svolto il trattamento sanitario debba essere preceduto da un adeguato e preventivo consenso del paziente.

Tale obbligo informativo incombe sul sanitario in virtù della Lettera Costituzionale che all'art. 32 afferma al secondo capoverso "nessuno può essere sottoposto a trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Analogamente l'articolo 13 sancisce che "la libertà personale è inviolabile".

Il principio della volontarietà del trattamento sanitario è inoltre riaffermato da norme di leggi successive quali la 180\1978 e negli articoli 33 e successivi della legge istitutiva del

S.S.N la 833\1978.

Questo corpo normativo che comprende pertanto anche norma di rango costituzionale pone come quintessenza della liceità dell'atto sanitario sia la libertà del paziente che l'espressione del suo consenso altrimenti identificabile come partecipazione alle scelte decisionali, consapevolezza possibilità di scelta fra il fare e il non fare.

La giurisprudenza nord-americana ha ampiamente espresso nell'ambito delle teorie sulla responsabilità medica che la richiesta del consenso rappresenta un aspetto della diligenza medica (*good medical care*) intesa come obbligo cogente di rispettare l'autonomia decisionale del paziente.

La qualità dell'informazione deve essere di grado tale ed opportunamente appropriata al contesto sociale e culturale del paziente da fornire allo stesso la concreta comprensione del trattamento terapeutico proposto (*intelligent consent to proposed treatment*).

Infatti il dibattito sulla qualità dell'informazione correlata alla libera determinazione del consenso è tuttora aperto. Puntualmente è stato rilevato che affermare formalmente che il consenso deve essere necessariamente informato non fa che spostare la controversia dalla necessità di informare il paziente e su quale tipo di informazione debba essergli fornita.

Tale considerazione delimita fortemente la valenza l'efficacia e la validità del consenso eventualmente ottenuto mediante la somministrazione di stampati generici ed omnicomprensivi che difficilmente potranno essere invocati come prova provata di un obbligo adempiuto

quanto semmai l'esatto contrario.

Infatti è da considerare come le procedure connesse all'acquisizione del consenso informato in alcuni campi di applicazione, soprattutto quello odontoiatrico, abbia dato luogo a fenomeni negativi di eccessiva burocratizzazione con la produzione di moduli di non facile comprensione e pertanto giuridicamente nulli ai fini della formazione e formulazione del consenso.

Senza entrare in merito alla questione che se giuridicamente l'informazione dovuta dal sanitario al paziente è fase costituente del contratto, e in questo siamo in disaccordo con chi vede il consenso come momento pre-contrattuale, una elaborazione scritta del consenso priva dei requisiti di intelligibilità e di completezza rappresenta un vizio contrattuale.

La Corte di Cassazione ha affermato che il principio dell'art 32 comma II rappresenta la chiave di lettura dell'art 5 del cc evidenziando anzitutto la non indefettibile coincidenza dei temi d'integrità fisica e di salute la quale ultima può esigere atti lesivi della prima (sentenza 18\3\1987 in Giust. Pen 1988 II 257).

In definitiva solo il titolare del diritto individuale è legittimato a decidere il se il come e il quando del trattamento anche in presenza di parere discordante del sanitario.

Importante è la considerazione che l'art 32 tutela il bene salute certamente come interesse collettivo ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo sicché la salute si configura come un diritto primario ed assoluto assolutamente valido ed operante anche nei rapporti tra privati e quindi fra medico e paziente.

Il consenso orale è richiesto al paziente per qualsiasi prestazione di

ordine diagnostico o terapeutico; le modalità espressive sono da ritenersi proporzionate alla natura della prestazione.

Il consenso in formulazione scritta, fatte salve le precise indicazioni della normativa di legge nei casi previsti, è da ritenersi un dovere etico e comportamentale del medico, laddove la complessità dei trattamenti diagnostico terapeutici, in virtù della loro natura (per il rischio che comportano, per le ripercussioni familiari e personali, per la durata del trattamento, per la possibilità di opzioni alternative non ultima la scelta di un altro curante) necessitano di una opportuna manifestazione univoca e documentata della volontà del paziente fermo restando che tale espressione scritta non sostituisce ma integra il processo informativo verbale che il medico è comunque tenuto a fornire ed a promuovere.

Va sottolineato, pertanto, che l'informazione per non essere altro rispetto ai bisogni ed alle ragioni che l'hanno introdotta, deve essere soprattutto verbale e diretta semplice e chiara deve in ultima analisi mettere in grado il paziente di capire e quindi di comprendere e quindi di poter decidere dei suoi interessi diretti e legittimi come persona.

Il consenso conseguente è pertanto espressione di una volontà libera e reale.

In tale ambito il Codice Civile richiama la normativa contrattuale applicabile anche al consenso medico ove identifica i vizi di consenso per:

- Errore
- Violenza
- Dolo

L'errore si identifica come falsa rappresentazione della realtà (ad esempio negare la possibilità di soluzione implantare previo aumento volumetrico dei livelli ossei) e come tale condiziona la volontà nel suo formarsi e pertanto essa si definisce viziata.

L'errore incide sul consenso quando esso è rilevante ai fini della determinazione del giudizio ovvero quando presenta i caratteri della

- Essenzialità
- Riconoscibilità

Entrambe queste caratteristiche si riferiscono a colui il quale riceve il consenso ovvero il sanitario.

Per esempio è essenziale l'errore sul tipo di trattamento da eseguire, sulla natura ed entità dei rischi correlati sulla persona o sulla qualificazione professionale dell'odontoiatra incaricato dell'intervento.

E' riconoscibile l'errore che può essere identificato come tale dal medico usando la normale diligenza propria e peculiare del professionista medio.

Per quanto sopra se il sanitario ha indotto la formulazione di un consenso sulla base di erronea informazione, egli non potrà indicare il consenso come validamente fornito e potrà rispondere a titolo di reato colposo della propria condotta.

Per violenza si intende quella situazione in cui il paziente, in stato di necessità, funzionale, estetica, clinica, emotiva (ovviamente da dimostrare) subisce una sorta di pressione coercitiva che gli impedisce la libera scelta del trattamento che "subisce" consapevolmente ma "forzatamente".

Per dolo **si intende la condizione in cui il curante consapevole della inopportunità del trattamento lo esegue per motivi (definiti futili) economici o di opportunità personale, in mala fede (ovviamente da dimostrare).**

La sussistenza di tali eventualità rende il contratto nullo.

L'obbligo di informazione si estende ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente con l'ausilio tecnico del sanitario possa orientarsi fra le varie scelte possibili.

Infine appare opportuno sottolineare che il consenso come tutti gli atti unilaterali è un atto recettizio ovvero ha effetto dal momento in cui il destinatario, ovvero l'odontoiatra incaricato dell'intervento, e non altre persone anche se incaricate e/o

delegate e/o ausiliari ne viene a conoscenza.

Ciò appare assolutamente opportuno per non ingenerare dubbi od equivoci nell'ambito di un atto, il consenso, con importanti risvolti giuridici.

In definitiva il processo attivo di comunicazione medico paziente preliminare all'espressione del consenso non consente intermediazioni.

Dell'appropriatezza

Per appropriatezza del trattamento in ambito chirurgico si intende l'esatta valutazione della congruità del trattamento stesso in ordine al rapporto fra costo biologico ed attesa del risultato.

La congruità del trattamento e quindi la sua appropriatezza sottintende:

- Corretta diagnosi
- Corretta indicazione del trattamento (elettivo, alternativo, non trattamento) rispetto la lesione/malattia da trattare
- Efficacia attesa del trattamento secondo ciò che indica la letteratura prevalente
- Efficacia attesa del trattamento secondo il grado di expertise dell'operatore e la sua personale esperienza
- Efficacia attesa in rapporto ad altre soluzioni terapeutiche
- Incidenza per il paziente sulla possibilità di adempiere alle abituali occupazioni
- Durata presumibile di tale impedimento
- Incidenza della normale evoluzione del quadro clinico in assenza di trattamento
- Eventuali rischi intendendo quelli prevedibili e non quelli "anormali al limite del fortuito"
- Ove esplicitamente richiesto l'informazione deve prevedere anche questi ultimi aspetti.

Essenziale è che l'informazione resa al paziente prescindendo dalle preferenze tecniche dell'operatore o dalle sue capacità ovvero sia oggettivamente scevra da condizionamenti legati ad interessi commerciali.

Cooperazione odontoiatrica: Progetto Guatemala

Cooperazione Internazionale: Protocollo di intesa Regione Toscana e Ordine dei Medici.

Con il numero precedente (33/gennaio-febbraio 2008) "Pisa Medica" ha dato ampio spazio al protocollo di intesa tra Regione Toscana, Ordine dei Medici e Collegio degli Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia della Toscana (Ipsavi) per diffondere la cultura della cooperazione internazionale, far circolare le informazioni e raccogliere le disponibilità dei professionisti interessati a partecipare ad iniziative di cooperazione organizzate da enti pubblici regionali, nazionali e internazionali e dalle organizzazioni non governative. Il protocollo prevede la costituzione di una "anagrafe" dei professionisti disponibili, attività di comunicazione e informazione reciproche, iniziative culturali e, attraverso la costituzione di una commissione mista, attività di formazione e aggiornamento. A questo documento si è aggiunta di recente una delibera della giunta regionale che consente a tutti gli operatori sanitari interessati la possibilità di dedicare un periodo di tempo ad un progetto regionale in ambito di cooperazione internazionale, qualificando tale periodo come missione all'estero.

Com'è noto, molti medici e odontoiatri sono impegnati in progetti di cooperazione sanitaria internazionale, sia a titolo individuale che nell'ambito di organizzazioni pubbliche o private. L'Ordine è interessato ad approfondire questo fenomeno, proponendosi di fungere come strumento di raccordo e di sensibilizzazione anche nei confronti di tutti i colleghi che sono interessati a partecipare a tali progetti, ma che fino ad oggi non hanno concretizzato questo loro interesse. Pertanto tutti coloro che a vario titolo già partecipano ad iniziative di cooperazione internazionale, sono pregati di segnalare all'Ordine il loro nominativo, le modalità di svolgimento del loro impegno ed eventualmente l'associazione alla quale appartengono. Anche coloro che hanno interesse a partecipare a questo tipo di iniziative possono segnalare il loro nominativo all'Ordine affinché possano essere contattati per futuri progetti.

Il protocollo d'intesa impegna tra l'altro gli organismi professionali "attraverso i propri organi di comunicazione e stampa, a rendere note ai professionisti le attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana".

Componenti Commissione Albo Odontoiatri-Pisa

Il Progetto Guatemala "La strada del sorriso" vede coinvolta la Fondazione ANDI che si è impegnata a cercare di formare volontari odontoiatri per la realizzazione del progetto.

La Fondazione nasce l'8 giugno 2005 quale Fondazione dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. La Fondazione persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale avvalendosi di progettualità propria e di Enti e Associazioni di Volontariato.

Opera nel settore sanitario mediante interventi di assistenza medica e odontoiatrica in Italia e all'estero, in situazioni di particolare disagio ed emergenza.

L'attività si estende inoltre alla promozione di una cultura della solidarietà, grazie ad una capillare opera di informazione e comunicazione non limitata al mondo professionale medico e odontoiatrico, ma rivolta anche a tutti i settori della società civile. Particolare interesse riveste la possibilità di poter intervenire direttamente sulla formazione degli operatori sanitari, portando così un notevole contributo nel campo lavorativo e aprendo nuove prospettive nel settore della sussidiarietà.

La Fondazione, inoltre, realizza e promuove la ricerca scientifica anche attraverso studi di nuove metodologie diagnostiche - terapeutiche e l'erogazione di premi e borse di studio. In tutti i suoi ambiti di intervento la Fondazione può organizzare e promuovere eventi culturali e convegni scientifici.

L'ideazione e la pianificazione dei progetti della Fondazione in ambito socio-sanitario e scientifico deve necessariamente procedere da una corretta e attenta analisi delle pa-



tologie e delle reali problematiche emergenti ad esse connesse nel campo odontoiatrico, con particolare riguardo per le fasce sociali più deboli.

Fattore determinante per questa analisi è l'apporto delle istituzioni e delle associazioni di volontariato che già operano nei diversi settori di interesse.

Per questo motivo si intende ove possibile coinvolgerle anche attraverso protocolli di intesa che regolino le reciproche competenze e le sinergie in ogni progetto.

Progetti in corso

- Malattie Rare: Displasia Ectodermica
- Volontariato a San Patrignano
- HPV Oral cancer Day: Screening per la prevenzione del tumore del cavo orale - ricerca del papilloma virus nella popolazione di San Patrignano
- FAD – Alleanza per gli Ospedali Italiani nel Mondo
- Guatemala: “La Strada del Sorriso”
- Carceri: attività di formazione e prevenzione nelle carceri su richiesta e con la collaborazione dell'Am-

ministrazione Penitenziaria.

Progetto Guatemala “La strada del sorriso”

Il Progetto Guatemala nasce nel febbraio del 2007, quando due odontoiatri associati hanno partecipato alla Missione della Associazione Sulla Strada Onlus di Terni in Guatemala con lo scopo di valutare la necessità ed eventualmente il tipo di intervento da svolgere in campo odontoiatrico sulla popolazione del villaggio Cerro La Granadilla.

Durante la missione sono state effettuate visite su oltre 150 bambini in età scolastica compresi tra i 5 e i 13 anni, le quali hanno permesso di svolgere un'indagine epidemiologica iniziale che ha evidenziato due importanti aspetti:

1. nessun bambino era mai stato sottoposto né a visita né a cure odontoiatriche
 2. la suddivisione in due fasce di età, sopra e sotto i 10 anni, ha evidenziato due DMFT decisamente differenti, riportabili alla progressiva introduzione nella dieta di bevande gassate zuccherate e di dolcetti:
- sotto i 10 anni DMFT= 4,7

- sopra i 10 anni DMFT= 2,0
DMFT definisce lo stato della salute dentale di un individuo.

Le sigle vengono tradotte in questa maniera:

- D = decayed /cariati
- M = missing /mancanti)
- F = filled /otturati o incapsulati
- T = teeth /denti.

L'analisi di questi aspetti ha portato alle seguenti conclusioni:

1. l'effettiva necessità di intervenire in campo odontoiatrico
2. necessità di proporre un progetto che si basi non solo su aspetti terapeutici, ma che agisca soprattutto in direzione della prevenzione tramite educazione alimentare e all'igiene orale.

Nel periodo successivo alla missione esplorativa si sono svolti ulteriori incontri tra delegati della Fondazione e della Associazione Sulla Strada che hanno portato all'elaborazione e stesura del Progetto “La Strada del Sorriso” di seguito illustrato.

A fronte della richiesta di sostegno economico, il CdA della Fondazione ha deliberato di stanziare nei tre anni della durata del progetto Euro

15.000 così ripartiti:

- Euro 10.000 nel 2008 per partecipare all'acquisto delle apparecchiature necessarie ad installare uno Studio odontoiatrico;
- Euro 2.500 all'anno nei due anni successivi per partecipare all'acquisto del materiale odontoiatrico di consumo e necessario all'azione preventiva.

Nel Febbraio 2008 hanno partecipato alla missione due volontari toscani: Dott.ssa Daniela Gemignani e Dott. Corrado Stefani. I risultati del loro intervento sono stati:

- estendere la I visita odontoiatrica a tutti i bambini del villaggio della Granadilla;
- continuare l'attività di cure odontoiatriche già intrapresa nel 2007;
- partecipare in qualità di esperti all'individuazione e progettazione dei locali che ospiteranno lo Studio Odontoiatrico.

Obiettivi

Obiettivo generale del progetto è contribuire a migliorare la salute orale della popolazione che abita la zona del municipio di San Raymundo, a 45 km dalla capitale Guatemala City.

Obiettivo specifico del progetto è garantire il diritto alla salute dentale per i bambini ed adulti, diminuendo l'incidenza delle patologie del 10% in tre anni.

Partendo da un DMFT di 4,7 nei bambini di età compresa tra i 5 e i 10 anni il progetto si prefigge di portarlo a 3 DMFT negli anni successivi.

Il Progetto prevede:

- La realizzazione di un ambulatorio di odontoiatria, dove medici italiani possano svolgere attività di cura e promozione dell'igiene dentale.

- Un'attività didattica di educazione all'igiene dentale diretta ed indiretta.

- L'attività diretta verrà svolta nella scuola adiacente all'ambulatorio, e gestita dai volontari italiani.

- L'attività indiretta consisterà nella formazione di personale locale che avrà il compito di perpetuare e di rinforzare il messaggio trasmesso dai volontari.

- Il riconoscimento ufficiale dell'ambulatorio odontoiatrico come struttura in zona rurale e la stipula di un contratto con l'Università di Guatemala City affinché gli studenti di odontoiatria eseguano il tirocinio

prelaurea nella suddetta struttura.

Durata del progetto

Il Progetto durerà da gennaio 2008 a dicembre 2010.

Contenuti e attività

- Realizzazione di un ambulatorio odontoiatrico. L'ambulatorio sarà situato nella zona rurale del municipio dove si trova la maggior parte della popolazione che non ha accesso all'assistenza sanitari.

- Allestimento di una foresteria per garantire la permanenza e l'operato dei volontari italiani durante i periodi stabiliti.

- Realizzazione di un programma di formazione ed educazione all'igiene orale dentale, portato avanti a livello scolastico ed extrascolastico. Verrà istituito nella scuola elementare e media un corso di igiene con specifiche lezioni settimanali di igiene dentale e verranno inoltre realizzati degli incontri di formazione base per le famiglie incentrati sul tema dell'igiene e dell'alimentazione legati alle patologie dentali.

- Formazione di personale locale con il compito di rinforzare il messaggio alle metodiche igienico - preventive e di estenderlo a nuovi soggetti.

- Stipula di un contratto con l'Università di Guatemala City affinché gli studenti di odontoiatria eseguano il tirocinio prelaurea nella suddetta struttura permettendo la continuità del progetto ad opera di personale locale al termine dei tre anni di durata dello stesso.

Collaborazioni con Organizzazioni del territorio

- Comitato Ospedaliero Llano del La Virgen. Il Comitato gestisce l'organizzazione dell'Ospedale Llano de la Virgen in cui svolgono vo-



lontariato ogni anno 60 operatori italiani. Fornirà sostegno per l'approvvigionamento di materiale sanitario, per la gestione dell'informazione sulle settimane mediche organizzate e per la relazione con la popolazione locale. Il Comitato fornirà anche studi e ricerche di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione.

- Associazione indigena Joc'Bijin. L'Associazione riunisce la popolazione locale dei benefici del progetto favorendo la loro partecipazione autonoma i processi di sviluppo innescati dall'Associazione.

Gestirà l'affluenza della popolazione beneficiaria verso i servizi sanitari forniti, promuoverà il mantenimento e la continuità della formazione ed educazione sanitaria a lungo termine, infine fornirà informazioni sullo stato di salute dentale della popo-



lazione dopo le cure mediche ricevute.

- Empresa Eletrica Guatemalteca. Società guatemalteca di fornitura dell'energia Elettrica. Fornirà gratuitamente la corrente elettrica trifasica per l'istallazione dei macchinari.

Invitiamo tutti coloro che fossero interessati ad approfondire la conoscenza dello spirito e dei progetti della Fondazione a visitare il nostro sito:

www.fondazioneandi.org.



Ricordiamo che chiunque voglia partecipare e sostenere le nostre iniziative troverà sul sito le modalità per offrire la propria collaborazione sia in termini di volontariato, sia partecipando con un contributo economico che può essere offerto tramite donazione o destinazione del cinque per mille indicando il C.F. 08571151003

La sostenibilità della diagnostica per immagini in cardiologia

Ogni anno in tutto il mondo vengono eseguiti 5 miliardi di test di immagine, e circa la metà sono esami cardiovascolari. Le recenti Direttive della Commissione Europea sull'Imaging Medico del 2001 e le linee guida nazionali di riferimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicate nel 2004 hanno come scopo primario la riduzione degli esami di immagine inappropriatamente richiesti ed eseguiti (oggi dal 30 al 50% di tutti gli esami). Questi esami "comportano spreco di risorse, allungamento dei tempi di attesa e, se eseguiti con radiazioni ionizzanti, una indebita irradiazione del paziente, con un aumento della dose collettiva della popolazione" e quindi dei rischi a lungo termine. Comuni esami cardiologici come la scintigrafia cardiaca con Sestamibi, la coronaro-CT e la coronarografia con stent coronarico corrispondono a un equivalente di dose - rispettivamente - di circa 500, 750 e 1000 radiografie del torace. Sebbene non sia possibile una valutazione diretta dell'incidenza di cancro nei singoli pazienti sottoposti a queste procedure, il rischio stimato, ad esempio di una coronaro-CT, per un uomo di 50 anni è di circa 1 cancro su 750 pazienti. Questo rischio aumenta di oltre il 35% nella donna adulta (1 cancro su 500), si dimezza nell'ottantenne (1 su 1500) e aumenta di 4 volte nel bambino di <1 anno (1 su 100 nella bambina, 1 su 200 nel bambino). Un tale rischio è accettabile per un gruppo di soggetti opportunamente selezionati per esami appropriati e mirati, ma diventa meno accettabile quando quella stessa procedura viene proposta come esame a tappeto senza valutare il rischio assie-

me al beneficio.

Parole-chiave: Giustificazione; ottimizzazione; responsabilità; sostenibilità; sicurezza

Viviamo in cardiologia in una vera età dell'oro della diagnosi, un Rinascimento tecnologico dove molte tecniche di immagine coesistono e virtuosamente competono in un'incessante corsa alla diagnosi perfetta - senza rischi e senza errori. Le metodiche di immagine sono basate su energia ionizzante (e quindi con biorischi per il paziente e l'operatore, come radiologia e medicina nucleare) o non ionizzante (e quindi generalmente ritenute innocue per il paziente e l'operatore, come l'ecografia e la risonanza magnetica). Potremmo chiamarle "rosse" (ionizzanti) o "verdi" (non ionizzanti). Le quattro sorelle dell'immagine - radiologia, medicina nucleare, ecografia, risonanza magnetica - si spartiscono un mercato planetario che si stima oggi attorno ai 5 miliardi di esami/anno ed è in continua, inarrestabile crescita per tutte le metodiche cardiologiche almeno per i prossimi 15 anni, con una aspettativa di aumento di esami proiettata all'anno 2020 che oscilla, ad esempio nel Regno Unito, tra il +340 % della scintigrafia cardiaca da stress fino al + 4.800 % della coronaro-CT.

I costi sociali dell'inappropriatezza

Lo spettacolare progresso delle tecnologie nel campo della diagnostica per immagini ha messo a disposizione del clinico un armamentario diagnostico sempre più diversificato ma ciò non è stato accompagnato da una crescita di qualità e razi-

ionalità nel suo utilizzo. L'utilizzazione impropria, senza adeguata percezione di limiti e controindicazioni di ciascuna metodica, ha portato a incrementi di spesa senza paralleli incrementi di qualità della cura. L'impiego permissivo comporta benefici sempre più marginali a fronte di costi sempre più esorbitanti, e rappresenta un lusso che neanche le economie più floride sembrano potersi permettere. Appare ormai molto ben chiaro che se le nuove tecnologie vengono adoperate indiscriminatamente, l'impatto può essere minimo per molti pazienti, deleterio per altri, e inaccettabilmente costoso per la società. Le recenti Direttive della Commissione Europea sull'Imaging Medico del 2001 e le linee guida nazionali di riferimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicate nel 2004 hanno infatti come scopo primario la riduzione degli esami di immagine inappropriatamente richiesti ed eseguiti (oggi dal 30 al 50% di tutti gli esami). Questi esami - scrive il Direttore dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Laura Pellegrini, nella presentazione delle linee guida nazionali - "comportano spreco di risorse, allungamento dei tempi di attesa e, se eseguiti con radiazioni ionizzanti, una indebita irradiazione del paziente, con un aumento della dose collettiva della popolazione" e quindi dei rischi a lungo termine. Anche negli Stati Uniti è stato recentemente divulgato il Libro Bianco dell'American College of Radiology, che mette in guardia sui rischi a lungo termine e sui costi dell'inappropriatezza radiologica, il cui uso di oggi - pari ad irradiazione pro-capite di oltre 160 radiografie del torace per anno (Fig.1) - è alla base del 5-10%

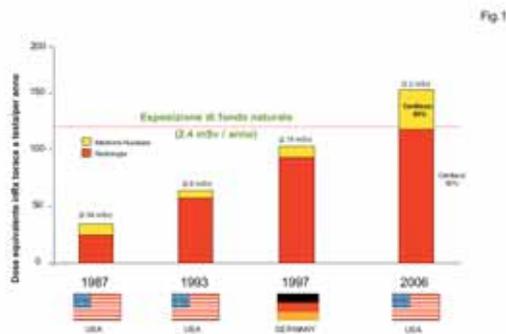


Fig. 1: La dose radiologica del cittadino medio. Già 10 anni fa, l'esposizione media da soli test diagnostici del cittadino medico delle società opulente ammontava a circa 100 radiografie del torace per anno, pari all'intera dose ricevuta da fonti naturali. Da ref. 2, aggiornata (per i dati 2006) nella ref. 32 sulla base dei dati di Mettler F, National Council of Radiation Protection

dei tumori di domani, osservati anche decenni dopo l'esame diagnostico.

I costi economici della diagnostica per immagini

Il costo dei vari esami di immagine in cardiologia è rappresentato in Fig. 2 – parametrato al costo di riferimento dell'esame più economico, l'ecocardiografia. Questi valori, medi per la realtà europea, già stabiliscono una ovvia cornice economica all'uso delle risorse comuni. Gli esami più costosi andrebbero utilizzati solo quando l'informazione fornita da esami più eco-

nomici è insoddisfacente. Così, invece, non è, e la penetrazione delle nuove tecnologie è dettata da forze di mercato oltre che dalla necessità del paziente. L'imaging medico è la voce di spesa in più ripida ascisa negli ultimi dieci anni negli Stati Uniti e contribuisce in maniera importante a quel decollo fuori controllo della spesa sanitaria (il 16% del prodotto Nazionale lordo degli Stati Uniti nel 2015) ormai collocata su una traiettoria che lo stesso ex-Presidente della Federal Reserve Alan Greenspan ha definito insostenibile. La pandemia di inappropriata e obesità diagnostica colpisce tutti gli esami, anche quelli a più alta specializzazione e gravati dai maggiore carico radiologico, in Europa come negli Stati Uniti, e non sembra facile porre rimedio a questa piaga di ovvio interesse generale se non si

pone mano ad un sistema che – anche nel pubblico – paga e premia i volumi, non l'appropriatezza

Tabella 1: Dosi radiologiche di riferimento di comuni esami in cardiologia

Procedura diagnostica	Dose efficace (mSv)	Equivalente a numero di rx torace
RADIOLOGIA CONVENZIONALE		
Torace (singola proiezione, posteroanteriore)	0.02	1
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA		
Angiografia cardiaca*	3.1-10.6	150-500
PTCA*	6.9-28.9	340-1445
Ablazione a radiofrequenza*	17-25	850-1250
Valvuloplastica*	29.3	1450
TC		
CT torace	8	400
CT-addome	10	500
64-slice cardioTC***	14.5	740
64-slice cardioTC (no aorta e con modulazione ECG)***	9	450
64-slice cardioTC (si aorta e senza modulazione ECG)***	29	1450
MEDICINA NUCLEARE		
Ventricolografia dinamica cardiaca (99mTc)	6.0	300
Tc-99m tetrafosmin rest-stress (10mCi+30mCi)**	10.6	500
Tc-99m sestamibi 1-day rest-stress (10 mCi+30 mCi)**	12	600
Tc-99m sestamibi 2-day stress-rest (30 mCi+30mCi)**	17.5	875
Tl-201 cardiac stress and reinjection (3.0 mCi+1.0 mCi)**	25	1500
Doppio isotopo (3.0 mCi Tl-201+30 mCi Tc-99m)**	27	1600

La dose di riferimento per la radiografia del torace corrispondente a 0.02 mSv è proposta dalle linee guida di riferimento della Commissione Europea e recepita dalle linee guida nazionali

I costi biologici nel singolo paziente

Nella spesso convulsa pratica medica quotidiana, i rischi a lungo termine non vengono sempre pesati contro il beneficio diagnostico immediato. Il rischio oncogeno è linearmente correlato alla dose, che per comuni esami è riportata in Tabella 1, ed espressa anche in multipli di radiografie del torace. I valori riportati in tabella sono derivati dalle linee guida europee e italiane sull'imaging, o dalla letteratura più recente per gli esami di ultima ge-

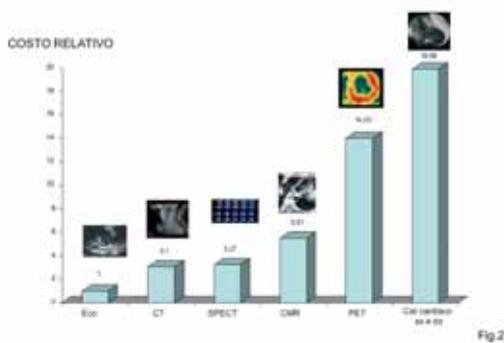


Fig. 2: Il costo relativo delle varie tecniche di immagine in cardiologia. Il costo è espresso in multipli dell'esame più economico (l'ecografia) posto uguale a 1. Modificata da ref 9, Pennell et al, linee guida dell'imaging con risonanza magnetica cardiovascolare della Società Europea di Cardiologia

nerazione. Si vede che in molti casi – come la scintigrafia, la TC o la radiologia interventistica – l'esposizione per singolo esame è tutt'altro che trascurabile e nell'ordine di centinaia o migliaia di radiografie del torace. L'esposizione radiologica di un'angio-TC coronarica è, ad esempio, di 750 radiografie del torace. Quella di una angioplastica con impianto di stent è di circa 1000 radiografie del torace. Non sorprende che nei nostri pazienti la dose radiologica media cumulativa raggiunga i 60 mSv (3000 radiografie del torace), in gran parte derivanti dalle tre sorelle più "pesanti" dal punto di vista radioprotezionistico: CT, radiologia invasiva e medicina nucleare (Fig 3). Il risparmio di dose è un atto concreto

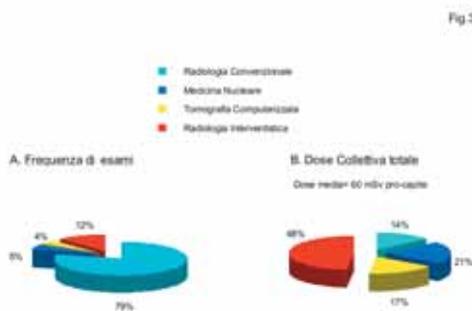


Fig. 3: Dose cumulativa e fonti di esposizione nel paziente cardiologico adulto contemporaneo. La radiologia interventistica, TC e medicina nucleare rappresentano circa il 20 % di tutti gli esami ionizzanti ma quasi il 90 % della dose globale.

e importante, di prevenzione oncologica. La figura 4 esprime infatti la relazione lineare, senza soglia, tra dose (in multipli di radiografie del torace) e danno (in rischio di cancro, fatale e non-fatale). La "retta del rischio" è poi in realtà una semplificazione idealizzata su un pazien-

te medio: per ogni data dose, il rischio varia molto in funzione dell'età (minore nell'anziano rispetto all'adulto) e del sesso (maggiore nella donna rispetto all'uomo, a tutte le età della vita). I bambini sono a rischio molto più alto rispetto agli adulti perché hanno cellule in divisione rapida e hanno una maggiore aspettativa di vita al momento dell'esposizione. Per una stessa esposizione radiologica, il bambino di 1 anno ha una probabilità 3-4 volte maggiore rispetto all'adulto di 50 anni di sviluppare un cancro. Queste stime di rischio sono state di recente corroborate da studi

di citogenetica umana, che hanno mostrato un raddoppio del numero di micronuclei (un indice di danno al DNA somatico, biomarcatore intermedio di cancerogenesi e predittore di cancro a lungo termine) nei linfociti circolanti di pazienti e di medici esposti. Si vede bene nella figura 4 che il rischio

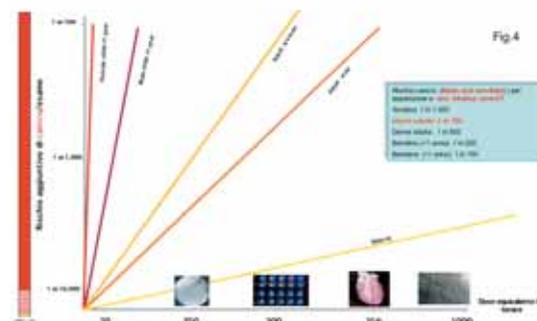


Fig. 4: Il rischio di cancro (fatale e non fatale) legato all'esposizione a radiazioni diagnostiche, stratificato in funzione dell'età e del sesso. L'esposizione di una angio-TAC coronarica (750 radiografie del torace) dà il rischio di un cancro su 750 esposti nell'adulto e 1 su 100 nella bambina <1 anno

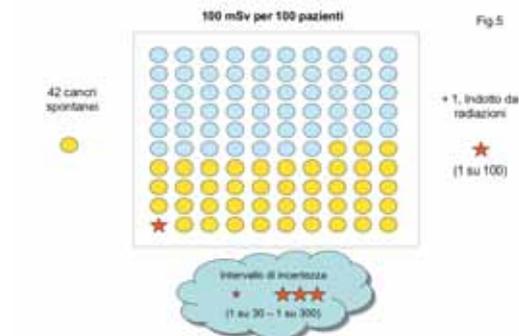


Fig. 5: Rischio di cancro (fatale e non fatale) di 100 soggetti, tutti esposti a una dose di 100 mSv (corrispondente a 5.000 radiografie del torace). Questa dose può essere ottenuta ad esempio cumulando 4 scintigrafie al Tallio, oppure 10 CT addome, oppure 8 procedure di stent coronarico, e darà il rischio di un cancro aggiuntivo (fatale o non fatale) su 100 esposti (stella rossa in figura). Di questi 100 pazienti esposti, 42 svilupperanno comunque, nel corso della loro vita, un cancro (pallini gialli). I 42 cancri che si verificano spontaneamente e quello radioindotto sono indistinguibili

nel singolo esame può essere tutt'altro che trascurabile, specialmente alla luce della natura cumulativa del danno: esame si aggiunge ad esame, dose a dose, rischio a rischio. Con una dose cumulativa di 5000 radiografie del torace, si sviluppa 1 cancro su 100 esposti: di questi 100, 42 avranno comunque il cancro indipendentemente dall'esposizione: Fig. 5. La totale e spensierata dipendenza dall'imma-

gine dei nostri percorsi diagnostici, anche incoraggiata da linee-guida specialistiche che non hanno finora incorporato i rischi a lungo termine nella valutazione di rischio-beneficio comparativo di varie metodiche, può portare ad esempio a ripetere in maniera seriatà l'esame (TC o scintigrafia) in pazienti con una malattia benigna, come una coronaropatia cronica stabile, con dosi cumulative che arrivano fino a 5.000-10.000 radiografie del torace, per singolo paziente, per singola patologia, e a volte per singolo ricovero.

La consapevolezza dell'esposizione alle radiazioni mediche

Ancora pochi medici conoscono l'esposizione radiologica dell'esame che pure prescrivono – o addirittura eseguono – al loro paziente. Non lo sanno i medici di medicina generale che nel 20% dei casi ritengono che la Risonanza Magnetica adoperi radiazioni ionizzanti; non lo sanno i cardiologi, che nel 70% dei casi sottostimano da 300 a 1000 volte la dose di una scintigrafia cardiaca; e non sempre lo sanno i radiologi, che nella stragrande maggioranza dei casi sottostimano di 50-500 volte dosi e rischi di una comune TC. Una ragione di questa sorprendente e sistematica sottostima è che l'informazione radiologica essenziale sulle dosi è spesso difficile da trovare e – una volta trovata – non facile da capire, sommersa com'è in un infernale “*velame de li versi strani*” dove tutto si legge di misure largamente esoteriche (milliAmpere e MegaBecquerel, millicurie e rad, dose-area product e centigray) e niente si capisce in termini di dose e rischio. Diventa assai difficile per i medici comprendere dosi e trasferire correttamente l'informazione ai pazienti - che infatti tutto ignorano di dosi e rischi. Eppure basterebbe dover esprimere, sempre, la dose radiologica dei test in termini di multipli di radiografie del torace, come suggerito dalla Comunità Europea e dalle linee guida nazionali di riferimento, per costringere ogni medico ad essere più cauto in ciò che prescrive, il paziente più consape-

vole di quello che spesso egli stesso richiede e a volte pretende, ed entrambi più informati di quello che fanno in una visione culturalmente e anche legalmente più sostenibile del rapporto medico-paziente.

Prescrizione dei test di immagine: tempo di cambiare

Per ridurre i rischi connessi alle esposizioni in campo medico è necessario valutare con attenzione la necessità di effettuare l'esame diagnostico (principio di giustificazione, articolo 3 del Decreto Legislativo 187 del 26 Maggio 2000) ed avviare l'indagine in modo da assicurare che le informazioni prodotte siano ottenute con la dose più bassa possibile compatibilmente con le esigenze diagnostiche (principio di ottimizzazione, articolo 4). Applicare le esistenti linee guida europee e italiane sulla diagnostica per immagini e mettere in pratica le leggi vigenti vuol dire perseguire un obiettivo in teoria semplice, ma in pratica ambiziosissimo: “*una riduzione del numero di esami inappropriatamente richiesti ed eseguiti*”. Gli esami sono ritenuti inappropriati “*in quanto non aggiungono valore al sospetto diagnostico del clinico, né lo correggono; non sono utili a modificare la*

gestione clinica del paziente. L'inappropriatezza di tali esami conduce pertanto ad un'assenza di beneficio rispetto al danno che l'esposizione a radiazioni potrebbe causare alla persona”. Il modo più efficace per fare prevenzione oncologica primaria nel laboratorio di diagnostica per immagini si concretizza in tre semplici atti: evitare esami ionizzanti inutili; sostituirli quando possibile con esami non-ionizzanti ugualmente informativi; ottimizzare le dosi degli esami realmente necessari. Nei soli Stati Uniti, gli oltre 60 milioni di CT l'anno (di cui almeno 4 milioni nei bambini) producono almeno il 2% di tutti i cancro nei decenni a venire. Le vecchie abitudini di spensieratezza diagnostica erano alimentate da un rassicurante presupposto: quello che si ignora è, per definizione, poco importante e quello che non si paga di tasca propria non costa. La nostra generazione è forse l'ultima che ha potuto permettersi il lusso di prescrivere in assoluta libertà, nell'assenza totale di verifiche e controlli di appropriatezza, senza conoscere le dosi, negando i rischi e trascurando i costi. Questo è un lusso, economico e intellettuale, che probabilmente oggi non ci possiamo più concedere.



Corso di educazione sanitaria Nutrizione e salute

La nostra sezione di Pisa, in ottemperanza allo Statuto dell'AMMI, si è assunta l'incarico ogni anno di organizzare un Corso di Educazione Sanitaria e per l'anno sociale 2007-2008 la scelta è caduta su un argomento particolarmente attuale: NUTRIZIONE e SALUTE.

Tale argomento è stato oggetto di una estesa campagna informativa da parte della Giunta Regionale Toscana che ha pubblicato in merito delle linee guida di come affrontare il problema della obesità.

Il Corso si è articolato in quattro lezioni tenutesi con una cadenza bi-settimanale presso la sede dell'Ordine dei Medici nei mesi di gennaio e febbraio con la collaborazione di docenti della nostra Università.

Si è sviluppato il tema della educazione alimentare con due letture dal titolo "INFORMAZIONE E NUTRIZIONE CORRETTA" tenuta dal prof Ferruccio Santini, Referente Centro Obesità presso Endocrinologia I e "LA GABBIA D'ORO internet e disturbi del comportamento alimentare" svolta dalla prof.ssa Ester Morelli, Associato di Medicina Interna.

Il prof Santini ha illustrato il problema "obesità" con tutte le sue patologie conseguenti e il percorso riabilitativo nutrizionale; ha voluto anche esporre come si stia sviluppando una attività di ricerca con studi di biologia molecolare che potrebbero identificare geni coinvolti nella regolamentazione del peso corporeo.

"L'anoressia" è stato il tema principale esposto dalla prof.ssa Morelli; ha inteso puntualizzare l'influenza negativa dei mezzi di comunicazione che mitizzano modelli cui rimangono ingabbiati i soggetti più giovani.

Si è inteso completare il Corso con

aspetti più patologici della nutrizione con altre due argomenti "ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI: tra mito e realtà" e "LA CELIACHIA OGGI" trattati rispettivamente dalla dott.ssa Valeria Rocchi U.O. Immunoallergologia Medicina Interna e dal prof Giuseppe Maggiore Associato di Pediatria.

La dott.ssa Rocchi ha spiegato come il fenomeno delle allergie alimentari sia in continua espansione e che deve essere definito con esami ben specifici in ambienti istituzionali specialistici; le cosiddette intolleranze alimentari non devono essere confuse con le allergie e il loro significato è del tutto marginale.

Il prof Maggiore ha illustrato come la Celiachia oggi rappresenta non solo un problema patologico, ma anche un problema sociale; non è difficile

acquisire alimenti privi di glutine, ma troppo limitato è il numero dei ristoranti che ne dispongono.

E' stato particolarmente gratificante il cordiale saluto al Corso del Presidente dell'Ordine dei Medici, dott. Giuseppe Figlini che si è voluto complimentare per il nostro impegno profuso nella educazione sanitaria e ha messo a disposizione la collaborazione dell'Ordine per simili future iniziative.

Ci ha fatto l'onore di introdurre il Corso il prof Pierantonio Macchia Ordinario di Clinica Pediatrica illustrando la stretta correlazione fra nutrizione e salute. Il professore ha voluto sottolineare il merito dell'AMMI di organizzare questi corsi di educazione sanitaria che permettono di divulgare conoscenze utili a mantenere un buon stato di salute.





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.*

