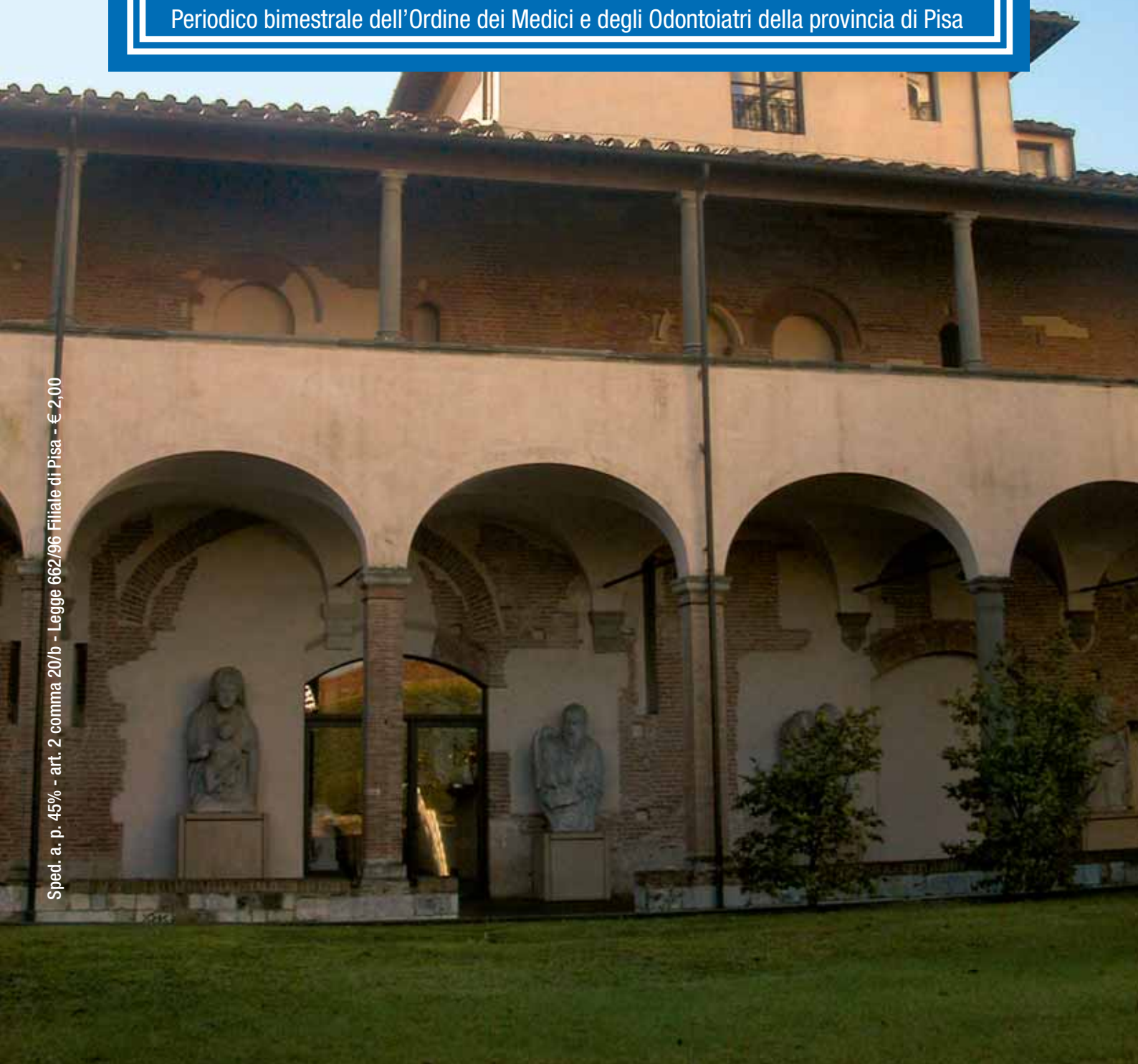


PisaMedica

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

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



in questo numero:

Edema polmonare acuto a casa. Una storia banale

M. Cecchini
Cardiologo - Medicina di Urgenza Universitaria
Ospedale S. Chiara - Pisa

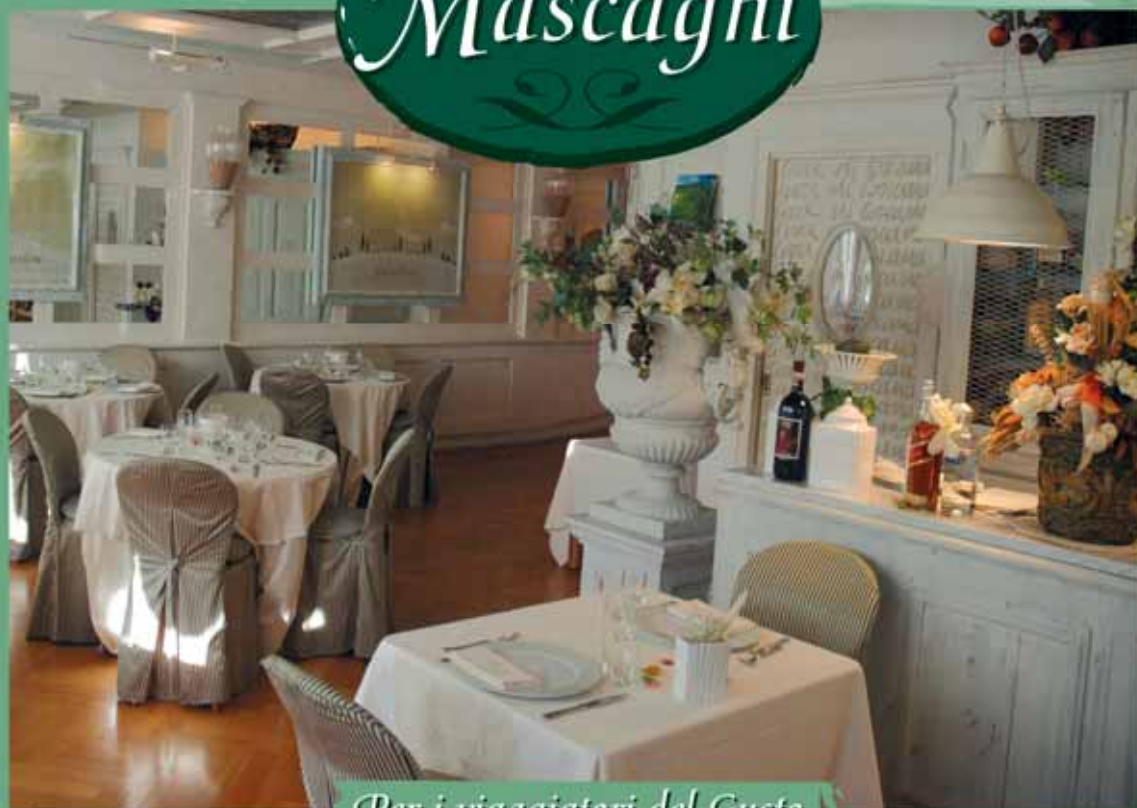
Consensus Conference di Pisa: criteri di successo in implantologia

M. Gabriele - F. Graziani
Cattedra di Chirurgia Speciale
Odontostomatologica - Università di Pisa

La donazione degli organi: un valore da condividere

Intervista a Vincenzo Passarelli
Presidente Nazionale AIDO

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

A.A.A. Ministro della Sanità cercasi

“L'importante è la salute”, dice un vecchio, sacrosanto adagio che, pienamente, condividiamo. Ma, per vivere - fisicamente s'intende - occorre anche nutrirsi e, per farlo, necessitano i soldi.

Si tratta di un punto particolarmente importante perchè - nelle prospettive economiche del Paese - la ricchezza media cala di continuo e, soprattutto, i tagli alla sanità proseguono senza sosta. In pratica, si va giocoforza verso il sistema assistenziale di tipo americano dove tutto, o quasi, è privato, e, senza soldi ognuno rischia di non potersi curare in modo adeguato.

In Italia, invece, quasi tutto è pubblico nel settore della salute ma, per pareggiare i bilanci, si fa sempre più ampia la fascia delle spese a carico dei cittadini. Non convince, per inciso più di tanto, l'assicurazione del Governo di non reintrodurre i tickets prima del 2009, cioè appena sei mesi, dopo i quali potrebbero

benissimo essere ripristinati.

Ed ancora più drammatico sarà - per i tagli previsti - il calo dei livelli minimi d'assistenza, al punto tale da mettere a repentaglio la sicurezza della salute dell'utente, della serie “meno di così si muore”. L'equazione è cinica e drammatica: ci si può curare in base al livello economico del Paese, quindi più scende più siamo esposti a malattie ed infortuni.

Ma quello che sbalordisce noi medici nella compagine di Governo, è che per la prima volta viene a mancare il nostro interlocutore istituzionale diretto ovvero il Ministro della Salute, recente dizione per sostituire la parola “Sanità” ma, per quanto sopra, il termine suona come un agghiacciante “optional”.

Al di là in pratica di scelte d'equilibrio politico, la volontà di declassare il vertice del settore, a nostro avviso appare più come un preciso ammonimento: per noi politici, voi medici contate sempre meno, quindi per parlare con voi, che bisogno c'è di un Ministro?

Davanti a tutto ciò, con forza ribadiamo di sentirci offesi, sia a livello di singoli, ma soprattutto di comunità e, per i nostri pazienti privi ancor più di un'immagine di riferimento, chiediamo, stupefatti e preoccupati: “A.A.A. Ministro della Sanità cercasi”.



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 Bucciantti, Antonio De Luca, Sergio Ghione, Cataldo Graci, Eugenio Orsitto, Mario Petrini, Paolo Rindi, Massimo Seccia, Elio Tramonte, Teresa Galoppi, Franco Pancani, Maria Cecilia Villani, Gabriele Bartolomei, Paolo Graziani

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

Pisa, Università e termalismo: una ricerca clinica di qualità

Pisa e termalismo si confermano asse portante di un settore che vede la Toscana, in una dimensione regionale, fra le più attive di settore (a fronte di 380 stabilimenti in Italia che rappresentano l'8% del comparto turistico, 40 sono in Toscana e, di questi, 28 in regime di convenzione col Servizio Sanitario Nazionale ed un afflusso di clienti per il 70% da fuori regione). Al contempo, nel percorso di ricerca clinica, si concretizza a pieno il ruolo fattivo di un'Università proiettata

verso un futuro denso di impegni.

Il dato è emerso a chiare lettere dal congresso sulle "Nuove frontiere della medicina termale", promosso dalle Terme di Casciana, con il patrocinio di Regione, Provincia, Federterme e Terme Villa Borri.

Tre atenei, insieme, come quelli di Firenze e Siena, oltre a Pisa, a dimostrazione di un'unità d'intenti che si propone valido supporto alla tutela della salute. Firenze e Pisa, in particolare, hanno annunciato uno studio prospettico (della durata di

circa 18 mesi) sul rapporto fra termalismo e malattie della pelle, in particolar modo la psoriasi.

Nessuno, in particolare, si nasconde difficoltà finanziarie e programmatiche (un milione e mezzo di presenze annue nel nostro Paese sono tante e poche assieme), certo però che la partecipazione di varie Istituzioni potrebbe avere senz'altro un ruolo sinergico e significativo. Si deve cioè porre un concreto argine al costante taglio di bilanci, presente sistematicamente nel varo di ogni legge finanziaria. Un andamento purtroppo in controtendenza rispetto alla situazione di altre realtà nazionali dell'Unione Europea.

Scaturisce dunque dagli interventi dei 33 relatori che hanno preso la parola, un raggio d'azione ancora più vasto nella tutela della salute, impensabile fino a pochi anni fa, capace di coniugare al meglio i parametri del termalismo classico, quello che una volta andava sotto il termine di "passare le acque", la riabilitazione motoria e funzionale con la crescente casistica protesica e post - traumatica, le malattie della pelle, gastrointestinali, etc, ed il benessere, la cura cioè specifica dell'estetica e della bellezza.

Rimane in sostanza un divario sensibile fra spessore della ricerca scientifica e supporto economico da parte dello Stato, che riduce i finanziamenti ad ogni legge Finanziaria. Ma a colmare il tutto, oggi in prospettiva di programma, viene la Regione con il suo Piano Strategico Sanitario.

E' sostanzialmente un sistema d'attesa per sapere cosa non vada bene nella gestione della salute. Di base,



è importante creare gruppi d'assistenza verso le patologie croniche, illustrando capillarmente alla gente gli stili di vita più appropriati. Due, in definitiva, possono considerarsi i parametri di controllo qualitativo: la prudenza e l'accreditamento delle strutture. L'ottica di prospettiva consiste, dunque, in un'azione di ricerca su percorsi assistenziali per alcune malattie che si rivolgono alle cure termali. Punto debole è l'incapacità di partecipare a finanziamenti europei.

Parlando poi di riabilitazione, in senso stretto, dal convegno nel comune termale è scaturito come sia intenzione dell'Istituzione stessa dare continuità all'iter ortopedico attraverso una costante analisi dei costi/benefici. E qual è la prospettiva? Quella di creare un sistema termale toscano capace di coinvolgere i piccoli ospedali in un percorso ottimale integrativo. In una parola, allestire intorno alle terme una rete regionale proiettata anche alle finalità di ricerca scientifica, la cosiddetta medicina basata sull'evidenza (in tal senso nel 2002, lo 0,30% del fatturato dell'intero settore nazionale fu proiettato a tale riscontro).

Da qui, si è concluso alla manifestazione, la necessità di potenziare



quanto possibile il fattivo interscam-

bio con l'università, in una visione unitaria che coinvolga assieme il settore pubblico, quello privato e tutti i cittadini. A questi ultimi, in definitiva, deve giungere un obiettivo messaggio: le acque termali fanno davvero bene all'organismo nelle singole settorialità della loro specifica azione terapeutica. La moderna medicina moderna conferma una situazione già nota nel tempo, basata su principi e tradizioni secolari. Oggi, un tassello un po' più, un'importante sottolineatura che costituisce le necessarie fondamenta per ristrutturare un settore della medicina i cui tanti vantaggi sono sempre da scoprire. Ma, adesso, è necessario dirlo, occorre veramente qualcosa in più delle belle intenzioni. Con serena obiettività, il cammino è lungo e molto, l'importante è fare il primo passo, gli altri verranno.



Benessere psicofisico

La società moderna diventa sempre più consapevole che la salute e la bellezza sono condizioni che non possono prescindere al benessere inteso come equilibrio psicofisico della persona. Il benessere diventa quindi uno stile di vita consapevole anche dell'essere parte di un ambiente del quale il nostro corpo e la nostra mente fanno parte, nel senso che ne derivano comportamenti che devono sempre più diventare basati sul senso di responsabilità verso la società ed il mondo (inteso come natura) dei quali siamo componenti e appunto responsabili.

In questa ottica il Parco si inserisce con la sua offerta di natura ed acqua, elementi primari del benessere dell'uomo, ed a queste offerte si abbina il PERCORSO BENESSERE, ovvero la possibilità di essere accompagnati da figure professionali specifiche in un percorso per apprendere comportamenti che implicino l'applicazione di stili di vita appropriati e quindi: comportamento alimentare che non nuoccia, con un tutor che aiuti ad affrontare il cambiamento aiutandoci a sviluppare comportamenti mentali ci sostegno, oppure scoprire un comportamento mentale che annulli gli effetti negativi dello stress, oppure di

superarlo con una attività ludica. Entrando nel dettaglio proponiamo un team di giovani professionisti: Dietologa, Psicologa, Istruttrice di ginnastica dolce, posturologa, esperto di sonno insomma un percorso che porterà forse anche a perdere qualche chilo, ma soprattutto a raggiungere un elevato livello di BENESSERE PSICOFISICO.

La presentazione è avvenuta lo scorso 12 giugno 2008 e è stata accompagnata da una degustazione di prodotti eccellenti della gastronomia del territorio.

GOCCE DI SALUTE

Il Parco Termale promuove la salute con il nuovo Percorso Benessere che propone percorsi integrati personalizzati per tutti coloro che vogliono star bene. Le consulenze saranno fornite dalla équipe dei nostri professionisti che favoriranno il raggiungimento di uno stato di benessere psicofisico globale e duraturo perché consapevole e individuale, per divenire protagonisti della propria salute

Dott.ssa Ilaria Genovesi - *Psicologa*
Dott.ssa Letizia Degl'Innocenti - *Dietologa*
Prof.ssa Paola Incardona - *Posturologa*
Dott.ssa Lisa Dei - *Ostetrica*

E poi ancora...

Massaggiatore
Esperto del Sonno

.....

Presso il nostro Centro sarà possibile eseguire un check up completo che dopo una prima consulenza vi offrirà il Vostro Percorso Benessere Personalizzato.

www.termediuliveto.it prenotazioni Sig.ra Elena Moretti 3489327957

Il complesso archeologico della domus del chirurgo

Gentile Presidente, ho il piacere di inviarLe, in allegato, il materiale informativo di presentazione della Domus del Chirurgo.

Questo complesso archeologico, scoperto nel 1989 durante i lavori di ristrutturazione di piazza Ferrari, è stato inaugurato il 7 dicembre 2007 ed è subito divenuto il luogo cittadino più visitato, con turisti e amanti dell'arte e della storia provenienti da tutto il mondo. Peraltro l'apertura del Complesso ha avuto ampio eco internazionale (es. New York Times).

Ai resti della Domus del Chirurgo conservati nell'area archeologica si accompagnano i reperti di scavo esposti nell'adiacente Museo Archeologico di Rimini. Come si può vedere dalle foto inserite nella sintesi documentaria, sono esposti nel Museo oltre centocinquanta strumenti chirurgici, ottimamente conservati, risalenti a quasi 2mila anni fa.

Gentile Presidente e collega, le scrivo questa mail perchè in qualità di Sindaco, ma soprattutto di medico, mi sono reso conto nel corso di questi mesi della curiosità e dello stupore che questa straordinaria scoperta ha suscitato nel nostro settore. Diversi medici che hanno visitato la Domus, provenienti da diverse città, mi hanno manifestato la loro meraviglia e mi hanno detto, più di una volta, di far conoscere la Domus del Chirurgo negli ambienti medici di tutta Italia.

Ho pensato che un mezzo facile e veloce fosse quello di inviare una mail a tutti i presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di tutta Italia chiedendoVi, nella forma che riterrete più opportuna, di pubblicizzare questa splendida realtà.

RingraziandoLa anticipatamente e sperando di aver fatto cosa a Lei gradita, colgo l'occasione per porgerLe i miei più cordiali saluti.

Alberto Ravaioli
Sindaco di Rimini

Rimini
ha un cuore
antico.



*Copertina de
Il complesso
archeologico
della domus
del chirurgo*

Il complesso archeologico di piazza Ferrari è stato individuato nel 1989, durante i lavori di sistemazione dei giardini pubblici.

Al rinvenimento di alcuni ruderi di età romana hanno fatto seguito, fino al 2006, sistematiche esplorazioni scientifiche: sondaggi e scavi stratigrafici che hanno permesso di scoprire un'area estesa su una superficie di oltre 700 mq.

I resti più significativi corrispondono a parte di un isolato residenziale situato al margine settentrionale dell'antica *Ariminum*, di fronte al litorale adriatico che all'epoca era arretrato di oltre un chilometro rispetto all'attuale.

Ai lati correavano due strade disposte ad angolo retto - un cardine ed un decumano - all'interno delle quali si svilupparono una casa di età imperiale, che comprendeva anche il settore oggi noto come *domus del Chirurgo*, e quindi un edificio cresciuto nella tarda antichità.

Il piccolo ingresso alla *domus* del Chirurgo, affacciato sul cardine, immetteva in un disimpegno e da lì in un corridoio interno; su questo si aprivano da un lato uno spazio a giardino, e dall'altro diversi ambienti delimitati da muri in argilla poggianti su zoccoli in muratura.

I vani, decorati da affreschi policromi e da pavimenti musivi a motivi geometrici e figurati, comprendevano una sala da pranzo



fig. 1

(*triclinium*), una camera da letto (*cubiculum*) e due stanze di soggiorno, la prima delle quali dotata del pregevole mosaico con Orfeo tra gli animali.

L'intero edificio fu distrutto da un incendio poco dopo la metà del III secolo, probabilmente in occasione di una scorreria germanica avvenuta ai tempi dell'imperatore Gallieno.

Ai resti della *domus* del Chirurgo conservati nell'area archeologica si accompagnano i reperti di scavo esposti all'interno della Sezione archeologica del Museo della Città.

La qualità delle decorazioni architettoniche è così testimoniata da una selezione di affreschi policromi recuperati tra le macerie.

Come elemento di arredo domestico risalta il raffinato quadretto in pasta vitrea di produzione orientale, originariamente collocato nel *triclinium* della casa, che

riproduce un fondale marino con tre pesci dai vivaci colori.

Numerosi sono poi gli oggetti mobili: oltre a vasellame da cucina e da mensa e ad alcune lucerne figura una straordinaria dotazione medica composta da più di centocinquanta strumenti chirurgici, da mortai, bilance e contenitori per la preparazione e la conservazione di farmaci e da un vaso termico conformato a piede per applicazioni curative (fig. 1).

In base ai dati di scavo è stato possibile ricostruire fedelmente, a grandezza vicina al naturale, l'originario luogo di cura: una *taberna medica domestica*, composta dalla stanza col mosaico di Orfeo e dal vicino *cubiculum*, nella quale il chirurgo riminese visitava, operava ed ospitava i propri pazienti (fig. 2).

Lo strumentario rinvenuto nell'abitazione di piazza Ferrari non lascia dubbi sulla professione del personaggio che vi abitò verso la metà del III secolo: un medico di grande esperienza ed abilità che, come spesso avveniva, doveva essersi formato in ambienti culturali ellenici ed essere giunto in Italia, e più precisamente ad *Ariminum*, dall'Oriente. L'origine levantina del personaggio è chiaramente comprovata sia dalle scritte in greco incise su

fig. 2: *Taberna medica domestica*





fig. 3

due vasetti per la conservazione di erbe medicinali, rinvenuti nella *taberna medica*, sia dal suo stesso nome, con ogni probabilità *Eutyches*, quale fu graffito sul muro del *cubiculum* da un paziente.

La particolarità dell'attrezzatura chirurgica recuperata nella *domus* - priva di strumenti ginecologici, in larga parte destinata ad interventi su traumi ossei e dotata di un rarissimo ferro utilizzato unicamente per estrarre le punte di freccia dalle carni - sembra indicare un'esperienza professionale maturata nell'esercito, forse in uno di quei *valetudinaria* militari dislocati lungo i confini dell'impero che rappresentavano le sole strutture sanitarie del mondo romano assimilabili ai moderni ospedali (fig. 3).

Alla distruzione della *domus* del Chirurgo e all'immediata erezione delle nuove mura della città, che quasi la lambirono, fece seguito il completo abbandono dell'area. Tale situazione, che rifletteva il particolare momento di crisi della città e dello stesso impero romano, mutò solo verso gli inizi del V secolo.

Il trasferimento della sede imperiale a Ravenna, attuato da Onorio nel 402, comportò infatti la parziale rivitalizzazione delle città romagnole, in cui comparvero nuove residenze di lusso abitate da alti ufficiali e funzionari di corte. A questo periodo risalgono appunto i resti conservati nel settore meridionale dello scavo, riferibili ad un'abitazione di tipo *palaziale* che rioccupò la parte anteriore del vecchio isolato, di fronte al decumano.

I ruderi dell'impianto mostrano diversi ambienti, talora dotati di sistema di riscaldamento, collegati da un corridoio angolare; le stanze, con murature laterizie, sono pavimentate da mosaici policromi a complessa decorazione geometrica.

La prestigiosa natura dell'abitazione tardoantica e l'alto rango del personaggio che vi risiedette sono tra l'altro testimoniate dal vano cruciforme con ipocausto e dalla vasta aula absidata che lo fiancheggiava, certamente utilizzata dal *dominus* come sala di rappresentanza e ricevimento.

Nel corso del VI secolo, ai tempi

della guerra tra Goti e Bizantini, il palazzo tardoantico iniziò a mostrare segni di degrado, per poi essere distrutto, demolito e completamente interrato.

In seguito l'area accolse un piccolo cimitero, forse collegato ad un edificio religioso sorto nelle vicinanze, secondo la pratica cristiana che ormai permetteva di seppellire anche dentro la città. Come testimoniano alcune tombe ancora conservate all'interno dello scavo, gli inumati erano deposti in semplici fosse, talora protette da coperture in tegole, che spesso giunsero ad intaccare i sottostanti pavimenti a mosaico.

In pieno VII secolo l'area fu nuovamente occupata da strutture abitative. La casa riportata in luce, circondata da spazi aperti forse coltivati ad orto, era edificata con materiali deperibili: pali di legno e murature in argilla costituivano gli alzati, sorretti da fondazioni in frammenti laterizi, mentre semplici strati di terra battuta formavano i pavimenti.

Nel settore sudoccidentale dello scavo sono visibili alcune di queste strutture; sui livelli di calpestio tra l'altro si conserva un grande focolare con piano di combustione in frammenti di mattoni romani di reimpiego.

Alcuni modesti rifacimenti documentano la sopravvivenza degli impianti abitativi fino all'VIII secolo. In seguito l'area restò ineditificata, venendo ricoperta da strati di terreno colturale che solo in età tardomedievale accolsero nuove costruzioni.

Gli orari estivi

Museo della Città e domus del Chirurgo

Via L. Tonini 1 Tel. 0541/21482 email: musei@comune.rimini.it

fino al 15 settembre

da martedì a sabato ore 10-12,30 e ore 16,30-19,30; domenica e festivi 16,30- 19,30; martedì e venerdì di luglio e agosto anche ore 21 e 23; lunedì non festivi chiuso.

Visite guidate alla *domus* e alla sezione archeologica del Museo della Città

sabato: alle ore 11 e alle ore 18; domenica alle ore 16,45 (3 euro a persona)

E' necessaria la prenotazione, da effettuarsi presso il Museo della Città (0541-21482); è possibile prenotare visite guidate anche in tutti gli altri orari di apertura al costo di 25 euro per un gruppo di max. 25 persone, cui si aggiunge il prezzo del biglietto

Edema polmonare acuto a casa. Una storia banale

Per Edema Polmonare Acuto (EPA) si intende l'inondazione alveolare legato all'aumento brusco della pressione polmonare (oltre i 25 mmHg) che, superando quella oncotica del sangue, spinge i liquidi dapprima ad invadere lo spazio interstiziale polmonare (con conseguente dispnea, tosse stizzosa: Edema interstiziale) per poi inondare gli alveoli polmonari dapprima basilar (dx>sin) ed espandersi, a seconda dei livelli di pressione capillare polmonare fino agli apici (Edema polmonare franco o conclamato). Ciò provoca un'ipossemia con normocapnia, almeno all'inizio.

La telefonata avviene di notte, verso le 3, e mi dicono che il Sig. Rossi

respira male, tossisce, ma "senza catarro".

Perché è di notte che i liquidi extracellulari tendono – con la posizione clinostatica – ad essere riassorbiti e pertanto creano un improvviso sovraccarico "idraulico" al cuore.

Arrivo e vedo il paziente seduto sul letto, le braccia tese sul materasso in un difficoltoso sforzo inspiratorio; è pallido, marezzato, il respiro è veloce e superficiale, suda freddo e lo sguardo è di quelli che non ti piacciono. Anche se non hai lo stetoscopio il rumore da "zuppa di fagioli che bolle" è chiaro da quando entri nella stanza. Tutti attorno sono agitati e ciò non semplifica le cose. Anzi...

PA 210/110 mmHg (buon segno

penso tra me).

In borsa ho lo stetoscopio più brutto, lo sfigmomanometro a lancetta (aneroid), 4-5 fiale di chissà che, un paio di lacci da prelievo e qualche siringa.

E d'improvviso mi ricordo di anni fa, quando ero sulle ambulanze..... Bei tempi davvero.

Una bella vena incannulata con un Abbocath 18 G sul dorso del braccio e via 2-3 Lasix in bolo....

E' capitato a tutti, no?

Nell'EPA si deve per prima cosa ridurre il PRE-CARICO (ottimo il Lasix 20-30-60 mg "push", in bolo perché, prima dell'effetto diuretico aumenta la "capacitanza" delle vene di grosso calibro), lasciando la via venosa in sede, pronta. Ma anche il Carvasin s.l. fino ad 1-2 cpr funziona dapprima come riduttore del pre-carico e solo DOPO come coronarodilatatore (il 65% degli EPA ha come origine una sindrome coronarica acuta) e POI riduce il post-carico. Vai con 1 Carvasin, e dopo 5 minuti con un altro. PA 130/80 mmHg FC 120 bpm.

Ma anche i lacci agli arti riducono il ritorno venoso, a patto che non siano stretti molto perché devono SOLO ridurre il ritorno venoso e NON ostacolare il flusso centripeto arterioso, altrimenti aumenti le resistenze periferiche.

E vai con i lacci (...al diavolo se le linee guida non li contemplano più... forse perché costano poco).

PA 120/70 mmHg. FC 100 bpm.

L'ambulanza tarda, perché purtroppo ci sono stati due incidenti gravi, ed al momento non ce ne sono a disposizione.

Mi ricordo che il vicino del Sig. Rossi soffre di BPCO ed ha pertanto





una bombola di ossigeno in casa. La mando a prendere: taglio con le forbici il tubicino che porta agli "occhiali" per le narici e infilo il piccolo tubo nel naso, per una distanza uguale a quella tra la narice ed il

lobo dell'orecchio del paziente: in questo modo dai ossigeno direttamente a livello della glottide, eliminando lo "spazio morto" di 200-300 cc. che impedisce, dato il respiro veloce ma superficiale, l'arrivo di O₂

agli alveoli.

Poi mi accorgo di avere in borsa una fiala di morfina, avanzata da chissà quale paziente terminale... la diluisco a 20 cc di fisiologica e gliene inietto mezza, tenendomene 1½ siringa in serbo.

Il paziente diventa più roseo, respira lentamente, balbetta qualche parola di senso compiuto, ha inondato il letto con urina che non ha odore. Mi guarda quasi scusandosi dell'incomodo.... PA 120\70 FC 75 bpm.

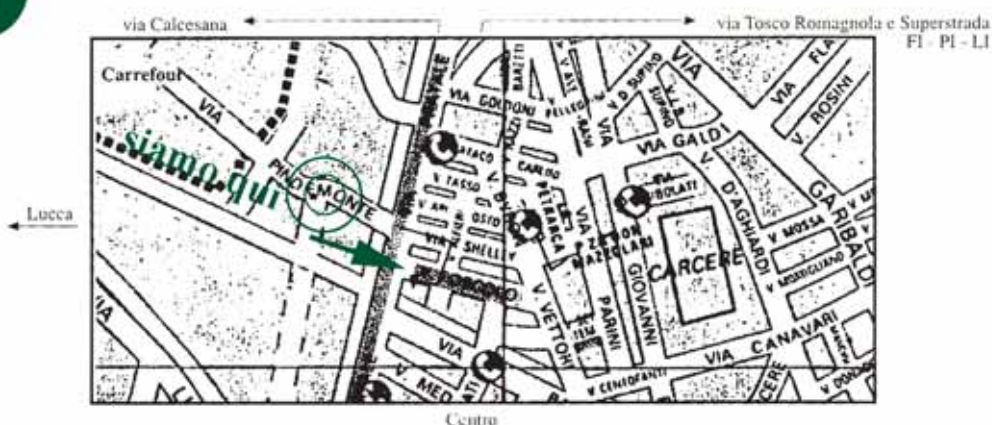
Arriva l'ambulanza: col pulsossimetro sapientemente mi dicono che la saturazione di ossigeno è ora 95%. Mentre lo caricano sull'ambulanza lui urla alla moglie a tutta voce: "Maria !!!! ma il pigiama e lo spazzolino li hai presi????!!!"

Sento l'ambulanza partire, con il Sig. Rossi che "smadonna" perché non ha la dentiera.

Monto sul motorino e torno a casa, felice, sentendomi chissà chi.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

La donazione degli organi: un valore da condividere

“I dati delle donazioni dei primi mesi del 2008 indicano un non aumento dell'attività. Attualmente la terapia del trapianto non è un diritto per tutti. La lista di attesa è superiore a 9.500 pazienti e le previsioni per il 2008 sono di 3.000 trapianti. Solo una persona su tre di quelle in attesa per un trapianto riusciranno a vincere la loro battaglia per la vita. Per gli altri o una lista d'attesa che non lascia speranze o sarà la fine”.

E' questo il messaggio forte, lanciato dal presidente nazionale dell'AIDO, Vincenzo Passarelli, nel corso di una

tavola rotonda sul tema “Il sistema trapianti in Italia: risultati e prospettive future”, ospitata nel Salone dei 500 di Palazzo Vecchio a Firenze.

L'evento, indetto nell'ambito della XII Assemblea Nazionale Elettiva dell'AIDO, ha fotografato la situazione attuale dei trapianti in Italia, la cui pratica, iniziata 35 anni or sono, ha permesso a decine di migliaia di persone di continuare a vivere una vita degna di tale nome.

Le donazioni in Italia sono state in continua crescita almeno fino al 31 dicembre scorso. Da 5,8 donatori

per milione di popolazione del 1992 si è passati ai 19,3 del 2007. Anche i trapianti sono aumentati. Si è passati infatti dai 1.083 trapianti del 1992 ai 3.021 del 2007.

A oggi i pazienti iscritti nelle liste di attesa sono 9.682: 6.805 in attesa di reni, 1.479 per fegato, 829 per cuore, 318 per polmone, 258 per pancreas. Un discreto risultato che potrebbe però crescere esponenzialmente abbattendo i lunghissimi tempi di attesa che ad oggi sono, in anni: rene (3,03), pancreas (2,8) cuore (2,5), polmone (2,2), fegato (1,84).



Dichiarazione di volontà alla donazione

La legge prevede per il cittadino la possibilità di esprimere la propria disponibilità (o non disponibilità) alla donazione degli organi e dei tessuti. Ecco le opzioni possibili:

a) compilando il **tesserino blu** del Ministero della Salute, da conservare insieme ai propri documenti personali. Il tesserino può essere stampato dopo aver compilato on line la dichiarazione di volontà;

b) compilando un modulo (**registrazione della propria volontà**) nell'ufficio della ASL del proprio territorio o del proprio medico di famiglia;

c) compilando una **dichiarazione scritta** che contenga nome, cognome, data di nascita, dichiarazione di volontà (*positiva o negativa*), data e firma, da tenere nel proprio portafoglio;

d) compilando la **carta del donatore** nelle sedi dell'associazione AIDO. Il modulo è disponibile on line all'indirizzo www.aido.it.

La dichiarazione di volontà compilata nelle sedi delle ASL e dell'AIDO viene trasmessa al Centro Nazionale Trapianti e può essere modificata in qualsiasi momento. Sarà ritenuta valida, sempre, l'ultima dichiarazione scritta, rilasciata secondo le modalità previste.

Se la dichiarazione non viene compilata, non vale la regola del "silenzio assenso" per la quale si considera consenziente il donatore.

In questi casi, e in caso di potenziale donatore minorenne, decidono invece i familiari.

A fronte di una *"cultura del dono"*, che stenta a radicarsi sul territorio nazionale, la qualità dei trapianti effettuati in Italia è invece migliorata notevolmente negli ultimi anni, tanto che nel 2005 abbiamo raggiunto il primo posto in Europa.

"Una analisi attenta della situazione attuale in materia di donazione e trapianto - afferma l'assessore regionale per il Diritto alla Salute, della Toscana, Enrico Rossi - dimostra che è necessario mettere in campo con tenacia e con costanza tutte le iniziative per tenere viva l'attenzione e la sensibilità su questo settore così importante della sanità e per far crescere e consolidare la cultura della donazione. In questi anni abbiamo vissuto grandi cambiamenti del contesto sociale e osservato una evoluzione dei diritti di cittadinanza. I cittadini sono più consapevoli. Ma non basta: dobbiamo puntare a rafforzare la fiducia che la propria donazione o quella dei propri cari va a immettersi in un circuito sicuro ed efficace che in modo professionale salva la vita alle persone.

Grazie ad un'azione capillare sul territorio, le associazioni dei dona-

tori e le associazioni dei trapiantati alimentano quel patrimonio di valori che permettono di pensare a una società consapevole e responsabile nei confronti della vita umana. Oggi costituiscono un elemento essenziale del sistema e gestiscono, in

collaborazione con gli organismi regionali, le iniziative di informazione e promozione della donazione e dei trapianti. Assieme a loro dobbiamo continuare a lavorare perché questo settore della sanità pubblica cresca in qualità e sicurezza."



Colonscopia virtuale: pronta anche per lo screening?

La colonscopia virtuale è stata introdotta nel mondo scientifico nel 1994 da un ricercatore americano (David Vining) che processando i dati di tomografia computerizzata di un colon disteso da aria otteneva la simulazione al computer della visione endoscopica, navigando all'interno del colon. Da allora sono stati compiuti importanti progressi, la colonscopia virtuale è passata dall'ambito della ricerca clinica a quello della pratica diagnostica. Dopo 14 anni, possiamo dire che il 2008 è l'anno della colonscopia virtuale. Pochi mesi or sono la Società Oncologica Americana (*American Cancer Society*), in consenso con quella radiologica (*American College of Radiology*), ha inserito la colonscopia virtuale nelle varie opzioni per lo screening del tumore del colon retto.

È ben noto che i programmi di screening dei tumori del colon retto prevedono l'uso sia del test del sangue occulto fecale, sia della colonscopia tradizionale, e prevedono inoltre il clisma a doppio contrasto solo nei casi di colonscopia incompleta. È inoltre dimostrato che la colonscopia virtuale ha ormai abbondantemente superato il clisma a doppio contrasto in termini di accuratezza diagnostica, è molto più tollerata dal paziente e ancor più importante la dose di radiazioni è significativamente infe-

riore (2-3 volte). Alla luce di questi dati appare evidente che l'uso del clisma a doppio a contrasto si ridurrà progressivamente (in molte realtà radiologiche l'esame non viene più eseguito).

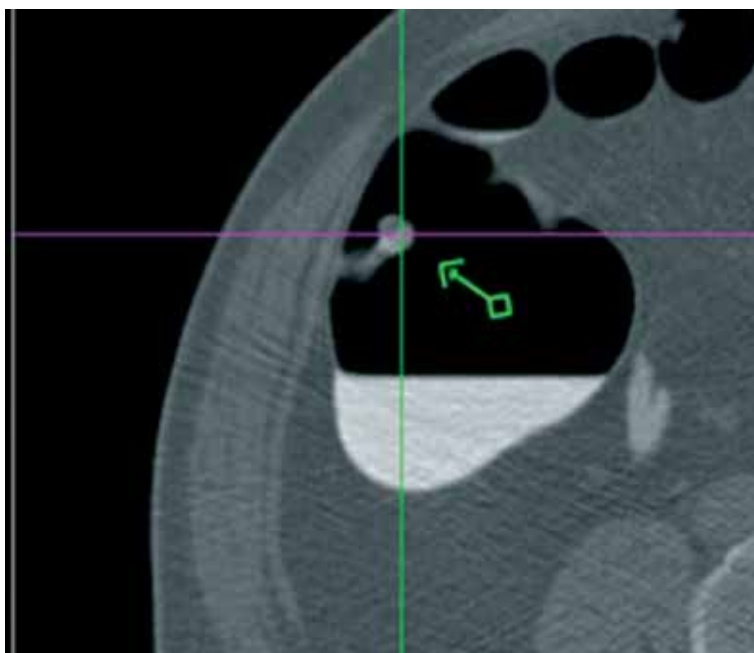
La metodica è ormai ampiamente sviluppata e gli accorgimenti tecnici messi in atto per migliorare la resa diagnostica sono molti. In primo luogo l'acquisizione viene oggi condotta con apparecchiature di tomografia computerizzata definite multistrato, che presentano una risoluzione spaziale di 0,3 mm con la possibilità di identificare quindi anche polipi molto piccoli. La preparazione all'esame è molto ben tollerata dal paziente. Nel nostro centro, di riferimento internazionale per la colonscopia virtuale, viene chiesto al paziente di osservare una dieta priva di scorie nei due giorni antecedenti all'esame e di assumere una blanda lassativo dopo

i pasti. Il giorno dell'esame, viene somministrata per os una soluzione di mezzo di contrasto (non esistono controindicazioni), e dopo circa 3 h viene condotta l'acquisizione. In questo modo il paziente non deve sottoporsi a una pulizia catartica del colon, mantenendo quindi una regolare vita di relazione nei giorni precedenti l'esame.

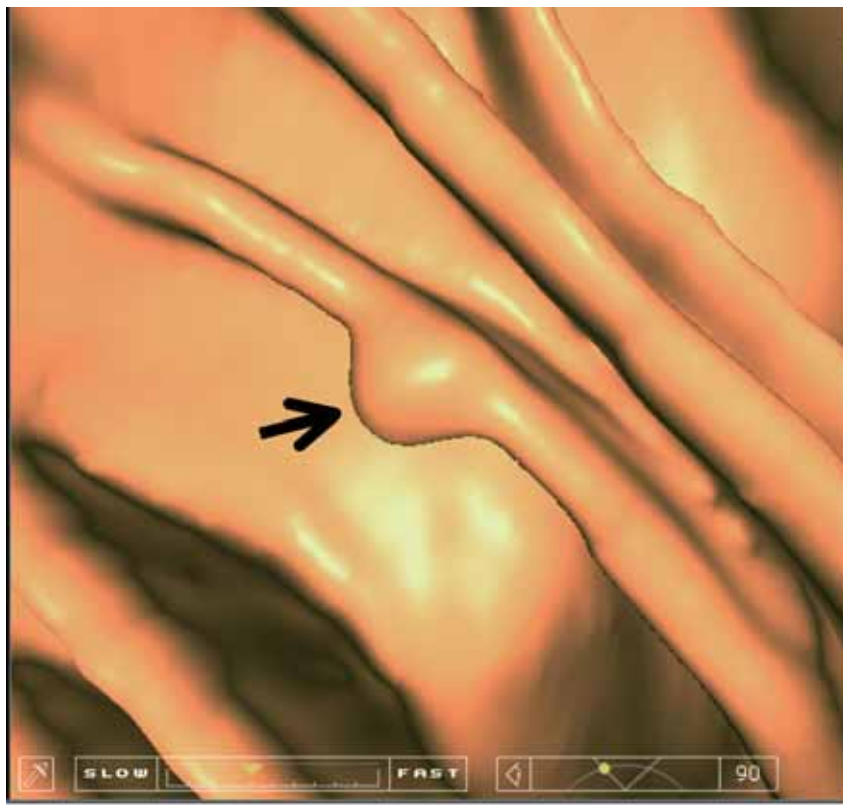
Prima di effettuare l'acquisizione è necessario distendere il colon. Per questo, viene utilizzata una piccola sonda rettale collegata ad un insufflatore automatico di anidride carbonica. Questo agente gassoso ha la proprietà di distendere in modo ottimale il colon e di venire assorbito velocemente dalla parete colica. In sostanza il paziente non avverte nessun disagio legato all'insufflazione.

L'esame ha una durata di pochi minuti. Dopodiché il medico radiologo può immediatamente analizzare le immagini ottenute.

La pratica odierna prevede che si valutino direttamente le immagini assiali della tomografia computerizzata, utilizzando la visione endoscopica solo nei casi dubbi. Per questo motivo la definizione colonscopia virtuale appare un po' obsoleta, e sembra più appropriata quella di colografia TC. L'esame infatti prevede uno studio della parete del colon ma l'attenzione del radiologo è sempre rivolta anche a ciò che è extracolico,



Piccolo polipo del colon ascendente (freccia) visibile nell'immagine TC assiale



Stesso polipo del colon ascendente (freccia) visibile nella ricostruzione 3D endoscopica

compresi in taluni casi rilievi significativi nel contesto dei parenchimi dell'addome. Si tenga presente comunque che l'esame viene condotto senza mezzo di contrasto endovenoso e che quest'ultimo si utilizza soltanto nei casi di pazienti con un forte sospetto di tumore, dove sia necessario quindi procedere alla stadiazione di malattia.

Quali sono le indicazioni all'esame?
Restano indubbiamente valide le indicazioni già consolidate, cioè nei casi di colonscopia incompleta e nei pazienti intolleranti alla colonscopia tradizionale (anziani, defedati, portatori di handicap, malattia diverticolare, dolicolon). In tutti questi casi la colonscopia virtuale consente lo studio di tutto il colon a paziente in decubito supino e prono, in modo non invasivo e indolore.

E lo screening del tumore del colon?

Dovremmo oggi riflettere sulla opportunità di inserire questo esame nel programma di screening dei tumori del colon in Regione Toscana.

Quali sono i vantaggi della colonscopia virtuale in questo specifico contesto clinico?

Presenta un'accuratezza diagnostica paragonabile a quella della colonscopia tradizionale, è meglio tollerata dal paziente, ha bassissimo rischio di complicanze (0,001% di casi di perforazione descritti in letteratura) e la dose di radiazioni è estremamente bassa. Se da un lato, questi vantaggi pongono la metodica in forte competizione con quella tradizionale e con il test del sangue occulto fecale, dall'altro non è nota

quella che sarà la percentuale di adesione da parte dei pazienti. Questi dati saranno in futuro disponibili, poiché sia la Regione Piemonte che la Regione Veneto stanno avviando programmi di screening del tumore del colon con l'uso sistematico della colonscopia virtuale.

Quando non è indicata?

In due situazioni cliniche. Nella valutazione dell'attività di malattia nelle coliti idiopatiche (Morbo di Crohn e Colite Ulcerosa), fermo restando che può avere un ruolo nella identificazione delle complicanze extra-coliche (fistolose e ascessuali). Nel follow-up dei pazienti con colite ulcerosa per la ricerca di lesioni neoplastiche che sono spesso di natura piatta.

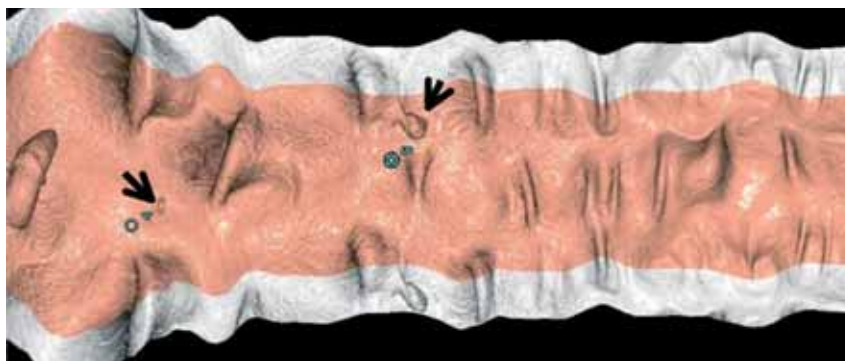
Per tali tipi di lesioni non sono disponibili dati sulla accuratezza diagnostica della metodica.

Quali sono le controindicazioni?

I pazienti a rischio di perforazione sono quelli con diverticolite in atto. Pertanto, non si escludono i pazienti con malattie diverticolari, ma solo quelli in cui vi sia il forte sospetto della flogosi acuta.

Dove inviare il paziente?

È compito del medico curante porre l'indicazione all'esame. Il paziente, munito della richiesta, può quindi presentarsi al Centro Unico di Prenotazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Sono comunque già molti i centri che sul territorio nazionale effettuano l'esame di colonscopia virtuale.



Un altro tipo di ricostruzione in colonscopia virtuale, definito dissezione virtuale. Il colon viene aperto come su un tavolo anatomico. Le frecce indicano due piccoli polipi nel colon ascendente.

Contrasto all'evasione

Nella prospettiva di contrasto all'evasione fiscale, l'Amministrazione finanziaria ha dato vita alla raccolta di una serie di banche dati che dovrebbero consentire l'individuazione di comportamenti "fiscalmente anomali".

Uno tra gli strumenti sempre più perfezionati è l'"Anagrafe dei rapporti", con la quale si è previsto che gli operatori finanziari, primi tra tutti gli Istituti di Credito, debbano comunicare in via telematica all'Agenzia delle Entrate l'elenco (comprensivo dei dati identificativi, del codice fiscale, della natura e della tipologia, della data di apertura, modifica e chiusura delle posizioni) dei soggetti con i quali questi vengono intrattenuti. Insomma l'Agenzia delle Entrate viene messa a conoscenza di quali e di quanti rapporti intercorrono tra ciascun contribuente e gli operatori finanziari.

Recentemente è stato sancito l'obbligo a carico degli intermediari finanziari di trasmettere anche le informazioni relative a qualsiasi operazione compiuta al di fuori di un rapporto continuativo, ovvero "fuori conto" come ad esempio l'incasso di assegni bancari non transitati dal conto corrente, il cambio di valuta estera, i bonifici pagati per contanti, le operazioni sulle cassette di sicurezza, la richiesta di assegni bancari in forma libera (assegni che non riportano la non trasferibilità), nonché di coloro che incassano gli assegni "liberi".

Anche la dichiarazione ISEE (indicatore di situazione economica equivalente), dichiarazione che documenta la situazione economica del nucleo familiare, nella quale vengono autocertificati reddito e patrimonio e utilizzata per poter usufruire di prestazioni sociali agevolate o servi-

zi di pubblica utilità è divenuto strumento di controllo. Questa dichiarazione che può essere consegnata al caf o all'Inps, da quest'anno infatti verrà ri-trasmessa in via telematica, alla Agenzia delle Entrate, che effettuerà i controlli destinati a rilevare l'esistenza di omissioni o difformità dichiarate rispetto ai dati presenti nelle banche dati dell'Amministrazione Finanziaria.

Infine l'utilizzo del Redditometro, strumento potenziato sul finire del 2008, attraverso il quale viene ricostruita la situazione reddituale del contribuente, valorizzando (attraverso un indice) alcuni elementi quali la disponibilità dei beni in grado di comprovare una capacità contributiva maggiore rispetto a quella

dichiarata.

E ancora i nuovi obblighi di comunicazione di dati specifici al sistema informativo dell'Anagrafe tributaria, i quali prevedono che nei contratti di telefonia mobile, fissa e satellitare venga indicato il codice fiscale dell'utente, elementi tutti che possono condurre alla scoperta di attività produttive di reddito non dichiarate. Concludendo, l'acquisizione e la gestione ai fini accertativi di una grande quantità di informazioni da parte dell'Amministrazione apre certamente nuovi scenari ma di contro pone anche la necessità di salvaguardare il cittadino.

(Fonte: "La Settimana Fiscale", "Il Sole 24 Ore")



Tre grandi medici del Seicento: Sydenham, Baglivi e Redi

Ricordiamo in questo articolo, sommariamente, le figure di tre grandi medici del Seicento, per l'importante ruolo che questi rivestono nella storia della medicina di quel secolo.

Thomas Sydenham nacque nel 1624 a Wynforf Eagle nel Dorsetshire, da una distinta famiglia di proprietari terrieri; iniziò per breve tempo nel 1642 gli studi a Oxford, arruolandosi poco dopo, con lo scoppio della guerra civile, per combattere nell'esercito parlamentare contro il re; durante queste lotte, perse due fratelli e la madre; si distinse nella

carriera militare acquisendo il grado di capitano. Dopo la vittoria di Oliver Cronwell, ritornò a Oxford, iniziando la professione medica, anche senza essere laureato; intorno al 1650, si sposò e quindi si stabilì a Londra, dedicandosi interamente all'esercizio pratico; gli inizi furono lenti e nel 1666 superò gli esami del Collegio dei medici ed ottenne quindi l'abilitazione ad esercitare, curando anche numerosi pazienti ricchi ed aristocratici.

Non proseguì mai gli studi, per ottenere la laurea vera e propria.

Uomo pieno d'ingegno, osservatore acuto ed attento al letto del malato, eminentemente pratico e nemico di tutti gli astrusi insegnamenti che si davano allora nelle università, fiducioso nei poteri guaritori della natura, semplice nelle sue cure, straordinario per i successi nella pratica, ebbe per tutto questo una vasta clientela, unita alla più grande stima dei contemporanei, che lo definirono l'Ippocrate inglese.

La sua prima opera fu *Methodus curandi febres*, del 1666, da lui dedicata all'amico Robert Boyle, in cui fra l'altro raccomandava come elemento essenziale la dieta rinfrescante nelle forme febbrili. In seguito pubblicò le *Observationes medicae*, con molte precise

descrizioni di varie malattie, fra cui il morbillo, la scarlattina e l'influenza. Sostenne anche che il vaiolo fosse una malattia "naturale", inevitabile, un processo paragonabile alla pubertà, che tutti attraversano. Altri i suoi scritti successivi, fra cui le *Epistolae responsoriae*, la *Dissertatio epistolaris* del 1683 e il *Tractatus de podagra et hydropse*. Magistrale in quest'ultimo la descrizione degli attacchi di gotta, affezione di cui soffriva. Tutte le sue opere furono poi raccolte nell'*Opera omnia*, che ebbe poi numerose edizioni.

La sua fama andò sempre più crescendo, e alla sua morte avvenuta nel 1689 fu universalmente compianto e riconosciuto come uno dei più grandi medici del suo tempo.

Medico eminentemente pratico e non teorico, dimostrò poco interesse verso i nuovi sviluppi avvenuti allora in campo anatomico, in fisiologia ed in chimica, ed ostile alle difficili teorie dei medici del tempo. Per lui l'arte si doveva imparare solo al letto del malato, con attenta osservazione clinica ed una vasta esperienza personale; seguiva il principio che "ciò che è utile, è buono".

Affermò l'importanza delle costituzioni epidemiche e nei quadri patologici ritenne che le malattie dall'esterno penetravano nell'organismo, causando uno stato infiammatorio del sangue, del quale il corpo cercava di liberarsi. Ebbe poco da dire sulla peste e durante la grave epidemia che colpì Londra nel 1665, abbandonò la città. A suo giudizio, la medicina clinica consisteva essenzialmente nella corretta classificazione delle malattie e nella ricerca di rimedi specifici per esse; cercare di conoscere il processo morboso studiando i sintomi naturali, costanti ed analizzando bene



Ritratto di Thomas Sydenham.

tutti i sintomi terapeutici, ossia tutti gli effetti che i vari farmaci esercitano sul decorso stesso del morbo.

La sua terapia era semplice, e si basava essenzialmente sulla dieta, i purganti ed i salassi, ampio il ricorso ai rimedi rinfrescanti (abbondanza di liquidi e di aria fresca). Riconobbe le proprietà curative della china, che in quell'epoca era stata appena importata in Europa, come farmaco raccomandato nella cura della malaria; fu stimatore dell'oppio, da lui ritenuto un cardiaco ottimale, come laudano liquido, che lui faceva preparare con vino di Spagna, oppio, polvere di cinamomo e chiodi di garofano.

Tutto quanto egli scrisse è caratterizzato da buon senso e sagacia ed assai stimato allora il suo intuito clinico.

Giorgio Baglivi, della famiglia degli Armeni così chiamata per la sua origine, nacque nel 1668 a Ragusa in Dalmazia; rimasto orfano dei genitori a due anni, fu educato dai gesuiti e poi, dimostrando una non comune acutezza di ingegno, da loro inviato a Lecce, ove lo ebbe discepolo carissimo il medico Pietro Angelo Baglivi, che l'insegnò l'arte e che alla sua morte gli lasciò il nome ed i suoi notevoli beni. Studiò e si laureò a Napoli in medicina e filosofia nel 1688; successivamente volle visitare le principali città d'Italia, per arricchire la propria cultura e conoscere i personaggi scientifici più noti di allora, con i quali poi intrattenne

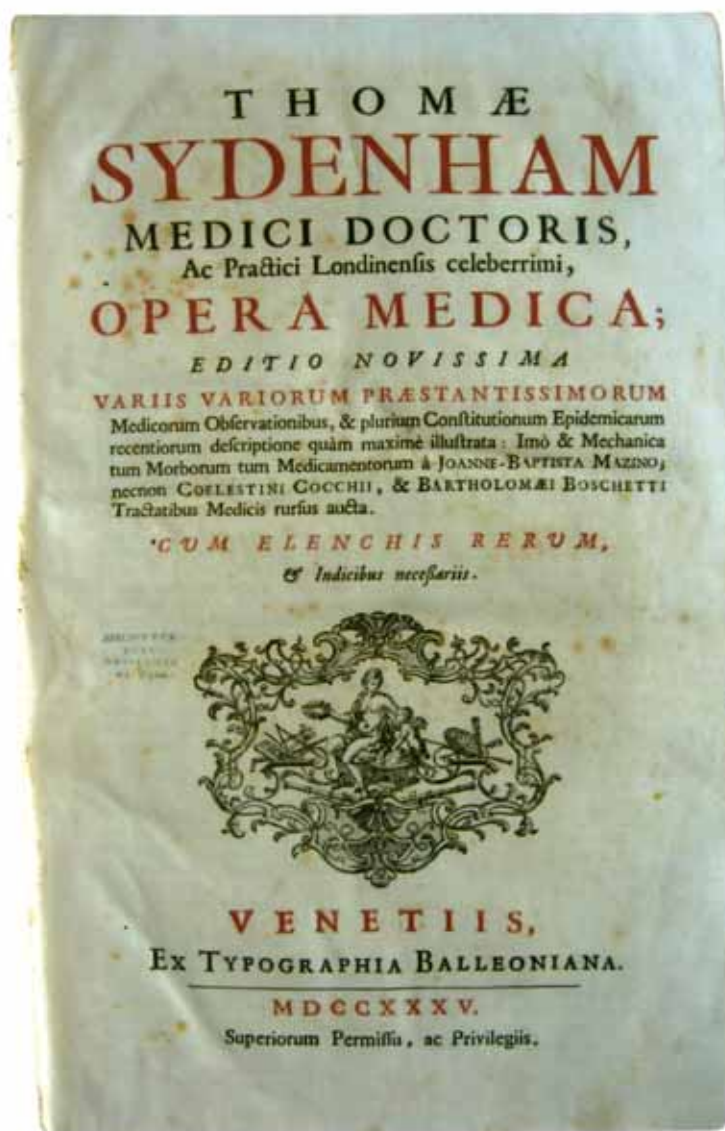
una lunga corrispondenza epistolare, come era costume dei tempi. Si recò anche in Olanda e in Inghilterra. Nel 1692 venne a Roma, dove due anni dopo prese dimora stabile; qui per la sue capacità e dottrina dimostrate, divenne in breve tempo famoso e medico del papa Innocenzo XII e quindi del suo successore, Clemente XI.

A Roma, a soli 28 anni, ottenne la cattedra di anatomia e chirurgia alla Sapienza e quindi, nel 1700, quella di medicina teorica. Teneva le sue lezioni di mattina e di sera, illustrando con esperimenti ed anche con vivisezioni ciò che spiegava, suscitando il più vivo interesse fra gli studenti, che numerosi accorrevano ad ascoltarlo.

Fra le opere che scrisse, ricordiamo anzitutto *De praxi medica*, stampata a Roma nel 1696, in cui espone le sue dottrine unite ad una serie di osservazioni anatomiche, opera in cui si dimostra un acuto osservatore ed uno spirito eminentemente pratico. In questa, pregevoli le sue descrizioni di alcune malattie, come il tifo, la podagra, la sifilide, le pleuriti. Grande appassionato della iatromeccanica e ammiratore del Santorio, sostenne le concezioni meccanicistiche della vita, cercando di spiegare tutte le funzioni fisiologiche paragonandole a macchine varie. Egli considerava l'organismo umano ed animale come un inestricabile intreccio sia di fibre carnee sia di altre fibre, corde e membrane le quali formavano i

visceri, i vasi, le ghiandole ed erano in continua oscillazione o movimento sistaltico che aveva le sue origini nelle periodiche contrazioni delle meningi, movimento che si trasmetteva per contiguità a tutte le parti. Scrisse inoltre nel 1702 il libro *De fibra motrice*, in cui spiega la motilità delle fibre muscolari con l'irritabilità, distinguendola in locale, generale o diffusa, provocata sia dagli stimoli semplici che dall'alterazione dei fluidi circolanti.

I fluidi, gli umori, hanno per lui una secondaria importanza nella patologia: i solidi predominano su tutto. Studiò le malattie prodotte nei bambini dagli elminti, indagò il tarentismo, che ritenne nelle donne spesso simulazione dovuta ad iste-



Frontespizio dell'Opera Medica, Venetiis, 1735.



Frontespizio dell'Opera Omnia, 1715.

ria, come anche però prodotto da il morso di un ragno velenoso, la tarantola appunto. I molteplici scritti, fra cui anche i *Canones de medicina solidorum* ed uno ove tratta di storia della medicina, furono poi raccolti nell'*Opera omnia*, che ebbe varie edizioni successive. Affermò anche che i medici, seguendo l'esempio dei botanici, dovessero classificare le malattie, come questi fanno con le piante; ogni forma morbosa ha il suo tipo e la sua evoluzione e tutte quelle che sono simili dovrebbero essere raggruppate e studiate insieme.

Si occupò a lungo anche di ricerche farmacologiche, sperimentando molte sostanze (come olio di tartaro, sale d'assenzio, allume, spirito di nitro, alcool, aceto) in animali ed ovunque si trovasse, non tralasciava occasione per eseguire quelle ricerche che tanto lo interessavano; può essere considerato il primo che abbia applicato le cognizioni fisiologiche alla farmacologia. Dichiarò pericolosi i vescicanti, allora molto

di moda e studiò anche il modo di espellere i vermi che sono ospitati nel corpo umano.

Memorabile un suo aforisma che diceva "Il medico, socio e ministro della natura, non può agire saggiamente ed onestamente se non adatta il proprio modo di pensare e di agire alle sue leggi".

Effettuò anche l'autopsia del suo vecchio maestro, il Malpighi, con il riscontro di una grande emorragia nei ventricoli del cervello, responsabile della morte per apoplezia.

Fu socio delle principali Accademie di allora; di salute delicata, soffrì ripetutamente di disturbi dell'apparato digerente. Morì giovanissimo a Roma nel 1706, all'apice della fama, e fu sepolto nella chiesa di S. Marcello.

Baglivi fu un ottimo medico, valente anatomico, un vero sperimentatore, nemico delle vuote speculazioni dei medici del suo tempo, convinto assertore dell'importanza primaria dell'esperienza clinica a letto dei malati, che è la sola che ci fornisce

gli elementi utili alla cura delle malattie.

Il terzo medico che ricordiamo è Francesco Redi, una delle figure più interessanti della medicina italiana del Seicento, precursore della biologia sperimentale

Nacque ad Arezzo nel 1626; studiò a Pisa, ove si laureò nel maggio 1647, dopo aver studiato per quattro anni



Ritratto di Francesco Redi.



Osservazioni intorno alle vipere, Firenze, 1664.

nel Collegio Ferdinando. Ritornò quindi a Firenze, nella casa paterna, e l'anno seguente si iscrisse al Collegio Medico di quella città, per esercitarvi la professione. Qui divenne ben presto assai famoso, per la sua erudizione, la semplicità dei modi, l'abilità nel curare i pazienti; divenne ben presto archiatra prima di Ferdinando II e poi di Cosimo III, che lo onorarono con i più alti riconoscimenti: servitore di camera, direttore dell'officina farmaceutica granducale, conservatore del gabinetto numismatico. Visse sempre a corte ed ebbe numerosi contatti con i più grandi uomini del tempo, con i quali intercorse una notevole corrispondenza epistolare. Fu accademico della Crusca, ove rivestì anche la carica di arciconsolo, e fu fra i dieci che fondarono quella del Cimento, l'istituzione scientifica attiva a Firenze fra il 1657 e il 1667. Religioso, caritatevole verso chi aveva bisogno, aiutò i suoi familiari in tutti i modi. Ingenti i guadagni che ottenne con la professione; di salute malferma, fu affetto da attac-

chi epilettici, dolori renali e calcolosi, che gli resero difficile gli ultimi anni della sua esistenza; seguì sempre un regime di vita molto semplice ed austero. Nel 1697, mentre si trovava a Pisa con la corte, fu trovato morto nel suo letto. Il cadavere fu imbalsamato e portato ad Arezzo, nella chiesa di S. Francesco. Dei molti beni che possedeva e della ricca biblioteca, istituì erede Gregorio Redi, suo nipote. Dei suoi scritti, ricordiamo il primo saggio che pubblicò nel 1664, *Osservazioni intorno alle vipere*, sul veleno di questi animali, come questo veniva secreto e che era efficace solo se introdotto nella corrente sanguigna, sicché non si correva alcun pericolo se si succhiava la parte morsi-cata dal serpente o se si mangiava un animale ucci-

so da una vipera. Ricordiamo poi le sue famose esperienze intorno alla generazione degli insetti, pubblicate nel 1668 e che ebbero poi varie edizioni, dimostrando la falsità della tesi finora ammessa dagli studiosi, della generazione spontanea, e le *Osservazioni intorno agli animali viventi che si trovano negli animali viventi*, stampata a Firenze nel 1684, uno studio documentato su questi parassiti, condotto esaminando gli intestini di un grandissimo numero dei più diversi animali, e che lo rese allora molto famoso. La sua *Opera omnia* fu stampata a Napoli nel 1687.

Grande il suo desiderio di osservare, indagare, studiare; sperimentò continuamente nella sua vita su vipere, piccioni, pesci, tartarughe, polli, insetti, sempre alla ricerca di documentare i temi che si era prefisso. Egli dubitava di qualsiasi spiegazione scien-

tifica, finché non fosse stata dimostrata più volte per via sperimentale e osservativa.

Fu un elegante scrittore, un arguto polemista, un ottimo scrittore della parlata toscana. Fu anche un buon letterato, come dimostrano i suoi poemetti e sonetti, fra cui il noto *Bacco in Toscana*.

Dopo la sua morte, parte dei tanti consulti che aveva scritto nella sua lunga carriera, furono poi raccolti e pubblicati; in questi, appare evidente la sua figura di buon medico pratico, che ebbe sempre per guida l'esperienza, che si preoccupava anzitutto di confortare e dar sicurezza al malato, non abusando mai nei rimedi e rifuggendo dagli astrusi ragionamenti. Le sue cure, molto semplici, si basavano sempre su poche sostanze, unite ad una dieta sobria, latte ed idrica, accompagnata da una vita calma e priva di eccessi.

Di ingegno elevatissimo, di prodigiosa memoria, dotato di un insaziabile desiderio di conoscere, costante nelle amicizie, stimato grandemente da ogni sorta di dotti più famosi del suo tempo anche per la profondità del suo sapere, dai contemporanei fu detto il "Toscano Ippocrate".



Opere, Venezia, 1745.

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

Consensus Conference di Pisa: criteri di successo in implantologia

Sempre più, al giorno d'oggi, si sente parlare di sopravvivenza implantare. L'esito di una determinata tecnica o di uno specifico impianto è basato spesso su un dato percentuale. È paradossale tuttavia che il semplice numero con cui si esprime il successo di una metodica implantare sia tutt'altro che univoco. A questo scopo, il 5 Ottobre 2007 presso il palazzo dei Congressi di Pisa, si è tenuta la Consensus Conference dell'International Congress of Oral Implantologists (ICOI). Scopo di questo prestigioso evento è stato quello di fornire al clinico nuovi criteri di successo, sopravvivenza e fallimento implantare 20 anni dopo gli storici criteri di Albrektsson.

I criteri della conferenza di Pisa, pubblicati sull'ultimo numero della rivista *Implant Dentistry* si basano su alcuni indici clinici quali: dolore, mobilità, riassorbimento radiografico peri-implantare, profondità di sondaggio, patologia peri-implantare.

Dolore

Avvenuta l'osteointegrazione dell'impianto, l'assenza di dolore sotto stimoli orizzontali e verticali è il criterio principale da analizzare. Per questo la percussione dovrebbe essere sempre utilizzata per valutare l'eventuale dolorabilità. Solitamente a questa prova si ha dolore solo se l'impianto è mobile e circondato da tessuto infiammatorio oppure trae intimi rapporti direttamente con un ramo del nervo trigeminale. Pertanto la presenza di dolore è da

considerarsi parametro di fallimento implantare.

Mobilità

L'assenza di mobilità è un parametro necessario per valutare il successo di una terapia implantare. Affinché si ottenga osteointegrazione è necessario che vi sia assenza di movimento clinico alle forze orizzontali e verticali inferiori ai 500g. L'assenza di movimento clinico comporta la presenza almeno di una parte dell'impianto a diretto contatto con osso laddove invece la mobilità è indice di presenza di tessuto fibroso.

Riassorbimento radiografico peri-implantare

L'osso marginale nelle regioni limitrofe all'impianto è solitamente un soddisfacente indicatore della salute peri-implantare. Il livello di osso creale può essere misurato durante l'intervento chirurgico d'inserzione implantare. Le tecniche convenzio-

nali possono misurare solo il livello osseo mesiale e distale. Storicamente si considerava la perdita di osso peri-implantare durante il primo anno non superiore a 0,2 mm. A causa della difficoltà nel valutare clinicamente una misurazione così sensibile, la Consensus Conference di Pisa ha suggerito di considerare perdite dell'unità di misura di 1 mm.

Profondità di Sondaggio

Il sondaggio attorno agli impianti è un parametro che ha avuto opinioni discordanti in letteratura. È indubbio che un incremento di sondaggio riveli un aumento di perdita di osso. Tuttavia il sondaggio è sensibile alla pressione, all'abilità del clinico ed all'angolazione della sonda. La forza necessaria per effettuare sondaggio intorno agli impianti non è ancora conosciuta, poiché la connessione tissutale fra tessuti molli ed impianti potrebbe essere meno stabile di quella esistente intorno ad i denti naturali.

Ad ogni modo il sondaggio attorno agli impianti riveste un'importanza critica in quanto permette di monitorare nel tempo una determinata area riabilitata con impianti, non ultimo il sondaggio può aiutare a stimolare sanguinamento od essudato infiammatorio.

Patologie Peri-implantari

Il termine peri-implantite indica una patologia infiammatoria caratterizzata da perdita di osso nei tessuti peri-implantari per cause batteriche. Batteri anaerobi sono stati osservati nel solco



peri-implantare soprattutto quando la profondità di sondaggio è maggiore di 5 mm. La perdita di osso da sovraccarico si produce senza batteri patogeni. Tuttavia, dopo che il processo di riassorbimento osseo è iniziato, la colonizzazione batterica del solco è inevitabile. Essudati o ascessi intorno agli impianti si accompagnano a notevole perdita di osso.

La "ICOI Pisa Implant Quality of Health Scale"

Questa scala si basa su valutazioni cliniche (vedi Tab.1).

La ICOI Pisa Implant Quality si basa

su criteri di valutazione clinici e permette di classificare lo stato patologico o fisiologico dell'impianto. A questo scopo sono stati creati 4 gruppi: Successo; Sopravvivenza Soddisfacente; Sopravvivenza compromessa; Fallimento.

Gruppo 1 - successo: è rappresentato dalla migliore condizione clinica dell'impianto, con riassorbimento osseo radiograficamente stimato in meno di 2 mm. La prognosi risulta essere molto buona.

Gruppo 2 - sopravvivenza soddisfacente: comprende gli impianti definiti "sopravvissuti" con una soddisfacente condizione clinica di

salute e con un riassorbimento osseo radiografico compreso fra i 2 e i 4 mm. La prognosi può variare da buona a molto buona in base alle condizioni della cresta ossea.

Gruppo 3 - sopravvivenza compromessa: rientrano ancora in questo gruppo gli impianti definiti "sopravvissuti" ma che presentano segni di peri-implantite e compromissione dello stato di salute. Presentano un riassorbimento osseo radiografico > 4 mm, e un sondaggio superiore ai 7 mm. La prognosi è legata alla possibilità di guarigione dei tessuti duri e molli.

Gruppo 4 - fallimento: comprende gli impianti considerati "falliti". Rientrano in questa categoria gli impianti già persi o che possono essere facilmente persi a causa dell'ampia mobilità, del riassorbimento osseo superiore al 50% della superficie impiantare e dell'infezione peri-implantare incontrollabile.

Conclusioni

Descrivere i criteri di successo implantare è estremamente complesso. Paradossalmente il fallimento implantare è più facilmente descrivibile. Il primo criterio è l'assenza di dolore o l'assenza di mobilità. La presenza di uno dei due sintomi è solitamente indicazione alla rimozione implantare.

La "ICOI Pisa scale" ha semplificato ed aggiornato le categorie di valutazione della terapia implantare. Uno dei vantaggi di questa classificazione è senz'altro di collegare la prognosi alle condizioni cliniche al momento della valutazione.

Tabella 1

Implant Quality Scale	Condizione clinica
1 SUCCESSO	
	A Assenza di dolore o sensibilità
	B Nessuna mobilità
	C Meno di 2 mm. di perdita ossea radiografica dalla data dell'intervento
	D Nessun essudato
2 SOPRAVVIVENZA SODDISFACENTE	
	A Nessun dolore alla funzione
	B Nessuna mobilità
	C Da 2 a 4 mm. di perdita ossea radiografica
	D Nessuna storia di essudato
3 SOPRAVVIVENZA COMPROMESSA	
	A Possibile dolore alla funzione
	B Nessuna mobilità
	C > 4 mm. di perdita ossea radiografica (meno di _ della superficie impiantare)
	D Profondità di sondaggio > 7 mm.
	E Possibile storia di essudato
4 FALLIMENTO (Clinico o Assoluto)	
	A Possibile dolore alla funzione
	B Mobilità
	C Perdita ossea radiografica > a _ della superficie impiantare
	D Essudato Incontrollato
	E Elemento non più in sede

Prevenire i tumori del cavo orale

La recente Assemblea Nazionale dei Presidenti CAO ha avuto fra i punti all'ordine del giorno il "progetto di prevenzione primaria e secondaria del carcinoma del cavo orale", nato dalla collaborazione fra la Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO, la Società Italiana di Patologia e Medicina Orale, la Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale. Detto progetto inizierà a svilupparsi dal prossimo autunno su tutto il territorio nazionale attraverso la sensibilizzazione esercitata dalle CAO Provinciali.

Il prossimo **10 Ottobre** si terrà l'**Oral Cancer Day** con il patrocinio del Ministero della Salute e l'ANDI nell'ambito del Mese della Prevenzione Dentale svilupperà tutta una serie di iniziative tendenti a sensibilizzare la popolazione.

Inserendosi in questi progetti la Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine di Pisa ha anticipatamente ritenuto di sviluppare localmente questa iniziativa coinvolgendo non solo gli odontoiatri, ma l'intera classe medica. A tal proposito sarà organizzata dopo le ferie estive una serata culturale sul tema.

Col puro scopo di iniziale sensibilizzazione al problema, senza alcuna pretesa di approfondimento scientifico, espongo alcuni dati raccolti per sottolineare la gravità della malattia a livello individuale e sociale, l'importanza della diagnosi precoce, l'influenza negativa di alcuni stili di vita.

Il carcinoma a cellule squamose è il più frequente tumore maligno del cavo orale, origina dall'epitelio di rivestimento della cavità orale e può insorgere in qualsiasi zona della bocca nelle forme più varie. È tutt'altro che raro, perché fra tutti i

tumori maligni è per incidenza all'ottavo posto negli uomini ed all'undicesimo nelle donne. Inoltre è stato registrato un continuo aumento della sua incidenza, un abbassamento dell'età media di insorgenza ed un crescente interessamento delle donne. Attualmente la quinta, sesta e settima decade di vita sono le più interessate.

In Europa la mortalità per tumore del cavo orale negli uomini, ha avuto un sensibile aumento fra gli anni '50 e la fine degli anni '80; dalla fine degli anni '80 la riduzione del tasso di mortalità è stata minima, Italia compresa. Il tasso di mortalità degli uomini nell'UE era a 5,8 casi ogni 100.000 nel 1999, mentre per le donne il tasso è più basso ma in moderato aumento. In Italia l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi all'anno ogni 100.000 uomini e di 2,22 per le donne. Dalle statistiche si evince inoltre come le variazioni nazionali e regionali di incidenza del cancro orale riflettano differenze legate ad usanze locali (consumo del tabacco, assunzione di bevande al-

coliche).

La sostanziale costanza negli anni dell'incidenza dei tumori orali male si concilia con una doverosa prevenzione di una cavità naturale facilmente ispezionabile senza necessità di indagini costose o traumatizzanti. Da qui la necessità assoluta di coinvolgere odontoiatri, otorino, dermatologi, medici di base e medici di tutte le strutture sanitarie territoriali, perché solo una ridotta percentuale della popolazione attualmente si controlla dall'odontoiatra con periodicità. Detta necessità è assoluta anche perché il carcinoma orale è una neoplasia caratterizzata da una prognosi infausta. Inoltre non è stato evidenziato alcun miglioramento sostanziale né nella prognosi né nella terapia negli ultimi decenni. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 44% ed in Italia ogni anno muoiono 3.000 persone e la mortalità di questi pazienti è tra le più alte ed inspiegabilmente stabile da oltre 20 anni. Le terapie chirurgiche, radioterapiche e chemioterapiche sono così invasive, complesse,





debilitanti e sfiguranti che la qualità di vita risulta molto compromessa con forti condizionamenti psico-fisici. La terapia è molto costosa ed impegnativa, ma non molto efficace nel medio-lungo termine, dato che l'80% dei pazienti in fase III e IV presenta un exitus nei primi 5 anni. Se invece la diagnosi è precoce la sopravvivenza a 5 anni raggiunge l'80 - 90% ed il costo della terapia è molto minore. Ma purtroppo la diagnosi nella maggioranza dei casi è effettuata in fase avanzata:

- al 1° stadio solo il 4%
- al 2° stadio il 28%
- al 3° stadio il 38%
- al 4° stadio ben il 32%.

In questo caso più che in altri la diagnosi precoce assume un ruolo cruciale per migliorare la prognosi: sopravvivenza a 5 anni superiore al 90% se la diagnosi è fatta in fase precoce, al 5 - 20% se in fase avanzata.

È importante sottolineare che vi sono alcuni stili di vita che configurano gravi condizioni di rischio ai fini dell'insorgenza del carcinoma orale come il fumo e l'abuso di bevande alcoliche, oltre l'infezione del papil-

lomavirus umano e l'esposizione ai raggi ultravioletti per quanto riguarda il carcinoma del labbro. L'associazione fumo/alcool può determinare un incremento del rischio fino a 100 volte a seconda dei dosaggi. Altri fattori di rischio sono una alimentazione povera di frutta e verdura, il deficit di ferro. La malattia è favorita da un'alterata funzionalità del sistema immunitario; altri fattori favorenti sono degli agenti infettivi coinvolti a vario titolo spesso in situazioni ancora non chiarite nella eziopatogenesi (Candida, EBV, HCV e soprattutto HPV - Human Papilloma Virus). La ridotta igiene e la scorretta esecuzione e/o manutenzione delle protesi sono dei fattori favorenti.

C'è da evidenziare il campo delle lesioni potenzialmente maligne, cioè alterazioni morfologiche della mucosa orale a livello delle quali l'insorgenza del carcinoma risulta statisticamente più frequente rispetto al tessuto sano circostante. L'aspetto clinico più comune delle Lesioni Potenzialmente Cancerose (LPC) è quello di macchie e/o placche bianche, rosse o bianche e rosse, definite leucoplachie, eri-

troplachie o eritroleucoplachie. È da aggiungere infine il vasto campo della particolari condizioni sistemiche associate ad un rischio significativamente aumentato di carcinoma orale: disfagia sideropenica, fibrosi sottomucosa orale, sifilide terziaria, xeroderma pigmentosum, Lupus Erythematosus, Epidermolisi Bullosa Dystrophicans ed il Lichen Orale, la più frequente e studiata.

Ciò detto si deduce facilmente, e lo sottolineo di nuovo, come debba essere ampia la platea di sanitari coinvolti nel miglioramento della prevenzione del cancro orale. Una maggiore consapevolezza generale nei confronti dei fattori di rischio in generale e delle abitudini voluttuarie in particolare, porterà sicuramente ad un miglioramento nella tecnica di approccio e diagnostica. Essenziale è inoltre avere delle strutture di riferimento specializzate nella diagnosi clinica e/o istopatologica con cui interloquire agevolmente. Tutto ciò unito alla necessaria sensibilizzazione della popolazione potrà determinare un risparmio notevole per la collettività e per il servizio sanitario nazionale.

Bollettino Odontoiatrico (al 30 giugno 2008)

Abbiamo ritenuto, fin dall'insediamento dell'attuale gruppo che compone la Commissione Albo Odontoiatri di Pisa, che fosse importante la pubblicazione delle più rilevanti notizie sulle problematiche della professione odontoiatrica che potessero essere di ausilio nella attività quotidiana. La nostra professione è oberata da una enorme quantità di disposizioni che si concretizzano in adempimenti con scadenze stabilite ed è molto difficile anche per chi è animato da buona volontà adeguarsi con l'efficienza dovuta a tutti gli obblighi normativi. Oltretutto le normative si rincorrono e si annullano per poi ripresentarsi in una veste simile con un ritmo che crea nella migliore delle ipotesi un disarmante disorientamento. E' quindi anche per noi, che cerchiamo ogni bimestre di mettere insieme le pagine che compongono questa rivista, dalla notizia alla momento della stampa, poter dare notizie in tempo reale. Sappiamo che rischiamo di essere superati dagli eventi nel momento in cui PisaMedica arriva alla Vostra osservazione. In questo caso ci aspettiamo la Vostra comprensione.

.....

Una sentenza del Tribunale di Torino esclude l'obbligo al pagamento di un tributo per la diffusione della musica di sottofondo negli studi dentistici

Segnaliamo una importante sentenza del Tribunale di Torino, in merito alla vicenda della richiesta di pagamento di un tributo da parte della Società Consortile Fonografici (S.C.F.) per la diffusione di musica di sottofondo negli studi dentistici. La S.C.F., per tutelare i diritti dei produttori fonografici, agiva in giudizio, dopo avere rilevato che nello studio di un Collega veniva diffusa musica di sottofondo, dichiarando che l'utilizzo della musica da parte del medico costituisce comunicazione al pubblico soggetta a compenso ai sensi degli art. 73 o 73 bis della Legge n. 633 del 22/04/1941 sulla protezione del diritto d'autore, con conseguente condanna del titolare dello studio al pagamento per ogni utilizzazione musicale compiuta anche negli anni precedenti.

Il tribunale ha ritenuto che lo studio odontoiatrico non è da considerarsi "luogo pubblico o aperto al pubblico", affermando che per luogo pubblico si intende quello aperto a tutti come un ospedale, un bar, un supermercato, un ristorante, una sala da ballo, una festa di beneficenza, una azienda sanitaria. I pazienti dello studio privato invece non accedono liberamente, ma su appuntamento e in ogni caso col consenso del medico. Di conseguenza è escluso l'obbligo al versamento di un compenso alla S.C.F.

.....

Nuove norme in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Il 15 maggio u.s. è entrato in vigore il Decreto Legislativo n° 81/08 emanato dal precedente Governo, in attuazione della legge n. 123/2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che prevedeva il completo riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia, precedentemente regolamentate dal Decreto Legislativo 626/94.

Il nuovo decreto consta di ben 306 articoli suddivisi in 13 Titoli e 51 allegati, recepisce 9 decreti legislativi ed oltre 1000 norme: ne deriva un dispositivo complesso, anche perché molte disposizioni sono rimandate a successivi provvedimenti attuativi, non ancora emanati. Il nuovo governo ha poi annunciato profonde modifiche al testo del decreto. Risulta quindi difficile effettuare, allo stato attuale, una disamina esaustiva dell'intero provvedimento.

Ci riserviamo di farlo in successive comunicazioni tanto più che voci della ultima ora danno per certa una proroga da parte del Parlamento che sposterebbe l'obbligo da parte delle imprese di valutazione dei rischi dal 29 luglio 2008 al 1 gennaio 2009.

.....

Saltano alcune norme del decreto Bersani: abolito il limite di pagamento in contanti

Con il CdM 18 giugno 2008 è stato approvato, secondo anticipazioni, un importante decreto legge fiscale. Saltano le norme volute dal precedente governo con l'**abrogazione delle disposizioni sulla tracciabilità dei pagamenti** dei professionisti. Proprio il 30 giugno sarebbe scattata la riduzione della possibilità di utilizzo dei contanti da parte dei pazienti per il pagamento delle nostre parcelle professionali dagli attuali 1000 € a 500 €, per poi arrivare a 100 €. Questa disposizione era stata fortemente contestata da tutte le categorie della libera professione per i forti disagi

che avrebbe alla fine creato anche ai nostri pazienti: è con grande soddisfazione quindi che accogliamo il provvedimento. Alleghiamo anche la lettera del Presidente Nazionale della CAO dott. Giuseppe Renzo nell'immediato della divulgazione della notizia.

.....

Comunicazione del dott. Giuseppe Renzo- Presidente Nazionale della Commissione Albo Odontoiatri

Gentili Colleghi,

ritengo doveroso inviare la comunicazione allegata, pur procedendo in modo non usuale per l'ora tarda e per l'impossibilità di farvi pervenire comunicazione ufficiale dalla FNOMCeO (i cui uffici riapriranno Lunedì) prima di tre giorni. Le previste imminenti scadenze, renderebbero ancora più difficile a tutti Voi trasferire l'informativa agli iscritti agli albi. E', anche, per rispetto dovuto a tutti Voi, che avete ascoltato direttamente le assicurazioni fornite in materia dal Ministro per l'attuazione del programma di governo, Ministro Rotondi, in occasione della nostra assemblea tenutasi a Roma pochi giorni fa, che sento necessario trasmettervi l'allegata comunicazione.

Trovo, tra l'altro, doveroso esprimere un sentito pubblico ringraziamento a nome dei Presidenti CAO e di tutta la professione al Ministro Rotondi e a tutta la compagine governativa.

Confermo, ancora una volta, quanto dichiarato in occasione dei nostri lavori assembleari sulla totale disponibilità di questa CAO Nazionale a collaborare con le istituzioni governative.

Disponibilità ampia che, a giusto merito, devo dire nasce dal grande impegno e professionalità posti in essere dai membri CAO Nazionale.

Collaborazione, pubblicamente richiestaci, finalizzata ad una giusto riconoscimento del ruolo dell'Ordine, e volto al raggiungimento di obiettivi condivisi.

Questo odierno, siamo fiduciosi, rappresenta il primo degli obiettivi raggiunti per cui tutti voi avete fornito il Vostro contributo.

Il presidente CAO FNOMCEO

Dott. Giuseppe Renzo

Messina 20 Giugno 2008

.....

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il Capo Ufficio Stampa del Ministro

Per l'Attuazione del Programma di Governo

ALFREDO TARULLO

Commissione Naz. Albo Odontoiatri
Gent.mo Presidente Dott. Giuseppe RENZO

Oggetto: provvedimento

Gent.le Presidente,

come da accordi presi nel corso dell'incontro che il Ministro ha avuto con Lei e la Sua commissione, il governo Berlusconi ha tenuto fede nell'ultimo CdM a far saltare la norma sulla tracciabilità dei pagamenti. Un impegno che il Ministro Rotondi aveva assunto in prima persona e che ha avuto il placet dell'intero Esecutivo.

Cordialità
Alfredo Tarullo

.....

Stabilite le nuove regole per l'acquisizione degli ECM

Senza entrare nelle annose discussioni e sulle perplessità della obbligatorietà o meno in materia di formazione continua, argomento che potrà essere sviluppato su queste pagine con successivi interventi, segnaliamo che con la finanziaria 2008 e con la nomina della Commissione Nazionale ECM sotto la Presidenza del Ministro della Salute (il titolo si riferisce alla precedente legislatura) si esce dalla fase sperimentale e sono state indicate le nuove regole di acquisizione dei crediti formativi. In breve il numero dei crediti da acquisire nel triennio 2008-2010 è fissato in 150 (minimo 30 e massimo 70 crediti per anno), 60 crediti dei 150 necessari nel triennio potranno essere riscattati da quelli acquisiti negli anni dal 2004 al 2007. Interessante la possibilità di acquisire crediti attraverso riviste scientifiche e programmi di formazione a distanza (FAD).

Attualità sul trapianto di cornea

Il trapianto di cornea (o cheratoplastica) consiste nella sostituzione di una porzione di tessuto corneale patologico con tessuto sano proveniente da donatore. Come è noto la cornea normalmente è avascolare e gode del cosiddetto privilegio immunologico per cui il rigetto è raro e non è generalmente necessaria una terapia immunosoppressiva sistemica; ovviamente ciò non è valido in patologie particolari in cui si ha neovascolarizzazione della cornea stessa (i cosiddetti trapianti a rischio).

Negli ultimi anni si è avuta una profonda evoluzione sia per quanto riguarda le indicazioni che le tecniche di esecuzione del trapianto stesso, con particolare riguardo alla sicurezza dell'intervento ed a una riabilitazione più rapida e più completa da un punto di vista funzionale: oggi infatti l'obiettivo di un trapianto non è più solo anatomico (attecchimento del lembo e sua trasparenza) ma anche e soprattutto funzionale (ottenimento di un errore refrattivo, soprattutto astigmatico regolare, che consenta possibilmente la correzione con occhiali): questo perché le esigenze visive sono aumentate e pertanto si operano pazienti in fasi più precoci della malattia. Le principali indicazioni al trapianto sono infatti il cheratocono (una ectasia progressiva della cornea che interessa prevalentemente i giovani), la cheratopatia bollosa (un deficit delle cellule endoteliali spesso su base familiare o in conseguenza di interventi chirurgici, p.e. cataratta) e i leucomi (cicatrici corneali che, essendo opache, riducono od impediscono la visione); i leucomi possono avere varia origine, traumatica, infettiva, ecc. .

Fino a pochi anni fa, parlando di tra-

pianto di cornea si intendeva il trapianto a tutto spessore (cosiddetto perforante) in cui viene sostituito un lembo di cornea comprendente tutti gli strati (epitelio, stroma, endotelio). I trapianti lamellari anteriori, in cui la cornea veniva slamellata in senso orizzontale, sostituendo solo parte della cornea stessa (epitelio e stroma anteriore, lasciando in situ stroma posteriore e endotelio), erano noti ma poco praticati, in quanto le superfici ottenute con slamellamento manuale erano irregolari e i risultati visivi ne risentivano pesantemente. Ovviamente a vantaggio delle tecniche lamellari andava una maggiore sicurezza (l'occhio non viene aperto) ed una minore incidenza di rigetto (per la minore carica antigenica impiantata). L'avvento di nuove tecnologie che permettono di ottenere superfici di slamellamento regolari (e quindi buoni risultati visivi) ha consentito di capovolgere la situazione e di porre la cheratoplastica lamellare come prima indicazione in gran parte dei casi. Pertanto di fronte ad un paziente con patologie corneali che necessitano di trapianto avremo diverse opzioni: trapianto perforante (in caso di patologie corneali che interessino tutto

lo spessore della cornea), trapianto lamellare anteriore o posteriore, nel caso di patologie che interessino prevalentemente gli strati anteriori o posteriori. E' interessante sottolineare poi la possibilità, mediante microscopia confocale, di compiere una analisi tissutale in vivo (un vero e proprio esame istologico), individuando precisamente la sede e la profondità della lesione, potendo poi anche verificare la tipologia cellulare eventualmente presente e lo stato di attivazione delle cellule, quest'ultimo fondamentale per il timing del trapianto: rilevare una intensa attivazione cellulare è una indicazione a rinviare il trapianto, instaurando una terapia corticosteroidica per ridurre le possibilità di rigetto.

Cheratoplastica perforante (fig. 1): la sostituzione della cornea a tutto spessore resta l'intervento più eseguito (anche quando forse sarebbe più indicata una lamellare) in quanto

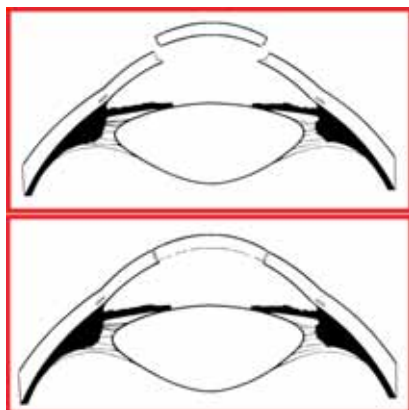


Fig. 1 Cheratoplastica perforante



Opacità corneale in pregresso trapianto



Dopo nuovo trapianto perforante

è più rapido, non richiede strumenti particolari, né una particolare abilità del chirurgo. I punti a suo sfavore sono però una più alta incidenza di rigetto, maggiore astigmatismo residuo, una durata che, nelle migliori casistiche, può essere compresa tra 10 e 20 anni (legata alla progressiva perdita di cellule endoteliali del lembo impiantato che porta al fallimento, ovvero una perdita di trasparenza dovuta a deficit endoteliale e non a rigetto). E' vero che il trapianto può essere ripetuto ma è anche vero che le possibilità di rigetto aumentano enormemente con il numero di trapianti eseguiti.

Cheratoplastica lamellare anteriore (fig.2): è impiegata nel cheratocono (se non troppo avanzato) e nelle alterazioni dello stroma anteriore. Può essere eseguita con 2 tecniche:

- a - automatizzata: con un cheratomo viene asportato un lembo circolare superficiale (non a tutto spessore) dalla cornea del ricevente e sostituito con uno preparato in modo analogo proveniente da un donatore;
- b - manuale: nella cosiddetta che-

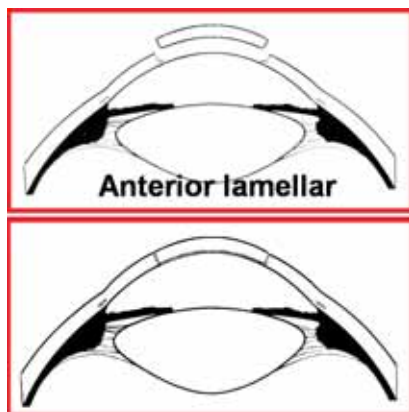
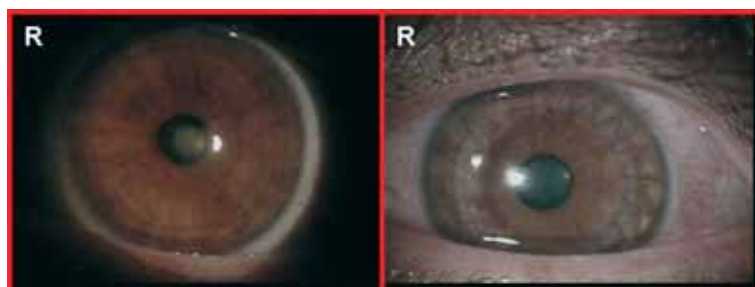


Fig. 2 Cheratoplastica lamellare profonda



Prima del trapianto

Dopo il trapianto

ratoplastica lamellare profonda, si isola manualmente (o con l'ausilio di una bolla di aria) la membrana di Descemet riuscendo a sostituire la totalità dello stroma e lasciando in situ solo la membrana di Descemet e l'endotelio. Funzionalmente la cheratoplastica lamellare profonda dà risultati molto migliori, in quanto migliore è la regolarità delle superfici che vengono a contatto: tecnicamente è però complessa in quanto bisogna lasciare uno strato di poche decine di micron ed è possibile dover convertire in cheratoplastica perforante per una rottura della membrana di Descemet.

Cheratoplastica endoteliale (fig. 3): è l'intervento più innovativo; è indicato nella insufficienza dell'endotelio (in pratica quando lo strato endoteliale non ce la fa a mantenere la cornea in uno stato di disidratazione relativa e si ha un edema della cornea con perdita di trasparenza e dolore). In questo intervento non si trapano la cornea dal davanti ma si asportano endotelio e membrana di Descemet attraverso una piccola incisione, simile a quella usata per la cataratta: attraverso la stessa incisione si inserisce un lembo sottile di stroma ed endotelio che viene fatto aderire alla cornea del ricevente. Questo tipo di intervento ha numerosi vantaggi rispetto alla cheratoplastica perforante: un rapido recupero funzionale, una pressoché normale resistenza del bulbo ai traumi (non viene aperto

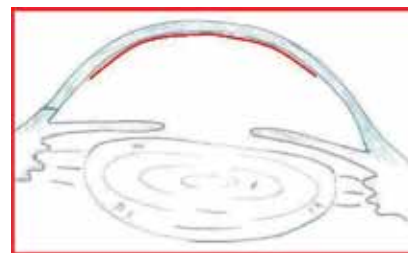


Fig. 3 Cheratoplastica endoteliale



Prima del trapianto

Dopo il trapianto

con una trapanazione a tutto spessore), un astigmatismo postoperatorio trascurabile (in quanto il taglio è simile a quello della cataratta).

Pertanto la risposta al paziente che necessita di trapianto di cornea non può più essere univoca, con la esecuzione di un trapianto perforante, ma deve essere personalizzata in base alla patologia, consentendo di minimizzare il trauma e di garantire un recupero funzionale rapido, il più possibile completo e duraturo nel tempo. Al fine di garantire queste opportunità al paziente la AOUP ha effettuato considerevoli investimenti dotando l'Ambulatorio della cornea (Tel. 050/992945, Fax 050/992372 email: glaucoma-cornea@unipisa.it) e le sale operatorie delle più recenti tecnologie, venendo a costituire uno dei centri di eccellenza più reputati per la chirurgia corneale; continua inoltre a programmare nuovi pesanti investimenti nel settore con la apertura della gara per un Femtolaser (un laser che può tagliare la cornea all'interno, senza ledere la superficie, secondo programmi computerizzati disegnati sul singolo paziente) e per un nuovo laser ad eccimeri, volto particolarmente ai trattamenti customizzati, utili negli astigmatismi irregolari, quali quelli che possono esitare da un trapianto.

La sindrome delle gambe senza riposo

La Sindrome delle gambe senza riposo (Restless Legs Syndrome - RLS), conosciuta anche come Sindrome di Ekbom, dal nome del neurologo svedese che per primo la descrisse, è un comune disturbo della sfera senso-motoria e

del sonno, ancora oggi spesso non riconosciuto e diagnosticato, che colpisce adulti e bambini. E' caratterizzato dall'irresistibile bisogno di muovere le gambe per alleviare una sensazione di fastidio che si instaura a riposo, e soprattutto durante le

ore notturne, e che causa una difficoltà all'addormentamento e inficia una buona qualità del sonno.

Gli studi epidemiologici suggeriscono una prevalenza di RLS del 7-10% negli USA ed in Nord-Europa, e del 3% nelle popolazioni del Mediterraneo orientale e del Medio Oriente, mentre gli asiatici orientali mostrano una prevalenza tra l'1% e il 5%. L'incidenza della sindrome è due volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Nei tempi recenti la RLS ha acquisito il riconoscimento di disturbo a causa multifattoriale. La sindrome delle gambe senza riposo può insorgere come disturbo primario senza causa apparente, ad esclusione di una possibile predisposizione genetica, o come evento secondario. La RLS primaria è familiare in oltre i due terzi dei pazienti, e la modalità di trasmissione sembra essere prevalentemente autosomica dominante. Sembra che più geni influenzino l'insorgenza di RLS (cromosomi 9, 12 e 14), forse anche interagendo con fattori ambientali.

I casi di RLS secondaria sono invece in relazione ad uno stato di carenza marziale con o senza anemia (in un terzo dei casi di RLS), alla gravidanza (nel terzo trimestre e con risoluzione del quadro entro un mese dal parto), ed all'insufficienza renale in fase terminale (15-40% dei casi di malattia renale), soprattutto nei pazienti in emodialisi, tutte condizioni che si collegano ad un alterato metabolismo del ferro. Nei pazienti con deficit di ferro la severità dei sintomi si correla direttamente con i livelli ematici di ferritina sierica.



Studi recenti hanno portato all'identificazione di due fenotipi differenti in relazione all'età di insorgenza dei sintomi: un fenotipo di malattia è caratterizzato da insorgenza in età più giovanile (<45 anni), ha più probabilmente una storia familiare di RLS, ed avrà una più lenta progressione del disturbo rispetto al fenotipo ad insorgenza più tardiva, che invece più spesso si associa a neuropatia.

Gli studi sulla patogenesi della RLS hanno incentrato l'attenzione sul ruolo del metabolismo del ferro e della dopamina (DA). Questo ruolo è supportato sia dall'elevata efficacia terapeutica del ferro e dei farmaci dopaminergici sia da studi funzionali con PET, RMN e TC ad emissione di singolo fotone del sistema nigrostriatale dopaminergico.

Il sintomo principale accusato dai pazienti affetti da RLS è una sensazione di fastidio in profondità riferito spesso come "interno alla gamba", "proveniente dalle ossa", oppure una sensazione come di "insetto strisciante", di scarica elettrica, di intorpidimento. Compare a riposo soprattutto nelle fasi di addormentamento ed in caso di lunghi periodi sedentari, come alla guida di una autovettura, ad un viaggio in treno, o lunghe riunioni lavorative. Il paziente per alleviare questa sensazione sente la necessità non reprimibile di muoversi: spesso i sintomi regrediscono con il solo sfregamento dei piedi o con l'allungamento degli arti nel letto, mentre nei casi più severi occorre far fuoriuscire i piedi dal letto, camminare, allungarsi o marciare sul posto.

Indagini diagnostiche utili per affinare la diagnosi sono lo studio polisonnografico, il dosaggio del ferro ematico ed un esame neurologico completo.

Lo studio polisonnografico non è richiesto per fare diagnosi di RLS, ma è utile sia per accertare l'alterazione del sonno conseguente a RLS che per escludere altri disturbi del sonno. Il dosaggio del ferro include i livelli sia di ferritina ematica

che di saturazione della transferrina in quanto la ferritina può non rispecchiare il reale stato dei depositi di ferro. Livelli di ferritina ≤ 18 $\mu\text{g/l}$ e di saturazione della transferrina $\leq 16\%$ sono la spia di una mancanza di ferro. Livelli di ferritina intorno ai 50 $\mu\text{g/l}$ sono invece correlati con una maggior gravità dei sintomi, una diminuita efficienza di sonno e un aumento di PLMS.

Il trattamento della RLS include una terapia non farmacologica ed una farmacologica. In associazione alla terapia farmacologica e nei casi lievi od occasionali di RLS possono essere utili alcuni accorgimenti mirati a modificare lo stile di vita del paziente: esercizi di allungamento prima di andare a dormire, una corretta igiene del sonno, fare un'attività che occupi la mente come videogiochi, conversazioni o altri lavoretti manuali, bagni caldi, evitare alcool, nicotina e caffeina e, se possibile, evitare i farmaci che possono scatenare i sintomi di RLS (antistaminici, antiepilettici, ecc.).

Nella maggior parte dei casi di RLS moderata o severa occorre instaurare una terapia farmacologica, me-

diante:

- **Reintegrazione del ferro:** 50-65 mg di ferro elementare x 1-3/die a stomaco vuoto associati a 200 mg di Vitamina C. L'obiettivo è arrivare a un livello di ferritina di 50-60 $\mu\text{g/l}$, facendo attenzione alla percentuale di saturazione della transferrina (se $>45\%$ c'è rischio di emocromatosi). Nei pazienti con grave carenza o con intolleranza alla terapia orale si possono somministrare 100-125 mg di ferro ev ad almeno 2 giorni di distanza tra le varie infusioni (in media 100 mg di ferro ev aumentano la ferritina di 10 $\mu\text{g/l}$).

- **Terapia dopaminergica:** è oggi la terapia di prima scelta. Riduce i sintomi, migliora il sonno e allevia i movimenti delle gambe. Viene attuata mediante farmaci agonisti della dopamina in particolare i non-ergot derivati (pramipexolo, ropinerolo), che agiscono soprattutto sui recettori D_2 e D_3 .

In gravidanza, poiché molti dei farmaci sopraelencati non possono essere presi in considerazione, è consigliabile oltre alla terapia non farmacologica anche l'utilizzo di acido folico.



Insieme, contro le allergie specialista e medico di base

Dalla più recente letteratura scientifica, le malattie allergiche affliggono fino al 30% della popolazione e per tale motivo sono considerate “malattia sociale”. Gli studi epidemiologici prevedono incrementi di prevalenza importanti, fino a raggiungere, nell’arco di pochi decenni, la prevalenza del 50%. In realtà le malattie allergiche erano pressoché sconosciute fino a 50-60 anni fa. Quali sono i motivi di questo straordinario aumento di frequenza? Vi sono varie ipotesi, ma quella attualmente più accreditata è quella della “ipotesi igienica”, secondo cui il miglioramento delle condizioni igieniche raggiunto grazie al benessere, avrebbe provocato una sorta di “deviazione” del sistema immuni-

tario, prima impegnato a combattere contro svariate infezioni (difterite, polmoniti, tubercolosi) favorite da condizioni di vita disagiate (scarsa igiene, malnutrizione). Da menzionare anche il ruolo dello smog (soprattutto “le particelle fini” rilasciate ad esempio dagli pneumatici), che peggiora in termini di intensità e durata, le manifestazioni cliniche a livello respiratorio, come è stato evidenziato in vari studi che hanno paragonato soggetti rinitici e asmatici che vivevano in zone rurali o in ambito cittadino.

E’ noto che il nostro sistema immunitario è un dinamico bilanciamento tra linfociti T helper 1 (quelli che rispondono agli agenti infettivi batterici) e T helper 2 (quelli che aumen-

tano in caso di allergie). Secondo l’ipotesi igienica, la minore esposizione agli agenti infettivi favorirebbe il sopravvento dei linfociti T helper 2 sui T helper 1, con produzione di particolari anticorpi, denominati IgE che reagiscono con gli allergeni (inalanti, alimenti, farmaci), provocando la reazione allergica.

La patologia allergica più diffusa è quella che coinvolge l’apparato respiratorio e le mucose con rinocongiuntivite e asma, causate da pollini primaverili, da acari della polvere e da animali seguono poi le reazioni a farmaci, ad alimenti, ad imenotteri (api, vespe e calabroni).

Da ricordare anche le allergie cutanee da contatto e la dermatite atopica (soprattutto nei bambini).



Una menzione particolare per il lattice di gomma, un allergene emergente soprattutto a livello sanitario. Il lattice è un materiale di uso comune, naturale (è estratto dalla *Hevea brasiliensis*), con cui vengono prodotti numerosi manufatti, dai comuni guanti in gomma per uso domestico, alle tende per la doccia, all'imbottitura per divani, alle gomme per cancellare, ai presidi medico-chirurgici. Il paziente allergico al lattice deve essere individuato e segnalato quando entra in ambiente sanitario, in quanto, in caso di procedure invasive, deve seguire un percorso sicuro, cosiddetto latex-safe, che minimizza i rischi di reazione allergica al lattice usato in ambito sanitario.

Eseguire una corretta diagnostica presso lo specialista allergologo è di primaria importanza in quanto tali patologie possono essere efficacemente curate con un adeguato approccio farmacologico e, nei casi di reazioni avverse importanti (shock anafilattico) vengono fornite precise indicazioni su cosa deve essere evitato e sulla terapia salvavita.

Nel caso in cui si noti un raffreddore che dura molto, un'orticaria dopo aver assunto un alimento o un farmaco, un arrossamento della pelle usando un cosmetico, una difficoltà a respirare in presenza di animali, il medico curante sarà in grado, in caso di necessità immediata, di consigliare il trattamento più idoneo per curare l'episodio in atto e, una volta controllato, di consigliare la valutazione specialistica.

L'allergologo eseguirà una visita e, sulla base delle informazioni riferite dalla persona, deciderà come proseguire il percorso diagnostico che varia a seconda del problema riferito.

Nell'ipotesi di una malattia respiratoria da pollini (rinocongiuntivite e asma) lo specialista allergologo farà una serie di domande per capire tipo, entità e durata dei disturbi e, successivamente eseguirà dei test cutanei i quali, entro 15 minuti, potranno essere interpretati. Se sono presenti sintomi che fanno sospettare asma (tosse stizzosa, affanno, fischi, senso di peso toracico)



la persona dovrà eseguire anche un'opportuna valutazione strumentale per verificare tale sospetto (spirometria). Al termine della visita verranno rilasciati i risultati dei test e la prescrizione della terapia.

Nel caso di una sospetta reazione a farmaci la storia clinica è importantissima, in quanto permette al medico di orientarsi sulla natura allergica o non allergica della reazione e, spesso, di sospettare qual è il farmaco responsabile della reazione. Si possono eseguire alcuni test cutanei (attendibili solo per alcune classi di antibiotici) e la ricerca delle IgE specifiche (anticorpi che aumentano nelle allergie). Successivamente, in relazione alle risposte dei test precedenti, si esegue un test di tolleranza orale per un farmaco alternativo a quello responsabile della reazione.

Una menzione a parte merita l'allergia alimentare: le statistiche riportano che la percentuale di adulti che ritengono di essere allergici agli alimenti è del 25%, verso un dato reale di prevalenza di circa l'1%. I dati sono superiori nei bambini, raggiun-

gendo l'8% di prevalenza reale, e circa il 90% guarisce entro i 3 anni. Al momento le malattie allergiche si giovano di terapie sintomatiche, cioè di combinazioni di farmaci che agiscono su vari mediatori, con l'obiettivo di migliorare le manifestazioni cliniche.

Esiste però, nel caso delle allergie respiratorie, anche una terapia causale, in grado cioè di cambiare la storia della malattia allergica: la terapia iposensibilizzante, detta anche, impropriamente, "vaccino". Solo una parte degli allergici ha le caratteristiche per giovare di questa terapia che può essere eseguita per via iniettiva (in ambiente sanitario) oppure per via orale (a domicilio). I preparati attualmente in commercio sono stati sviluppati in termini di purezza ed efficacia, ma spetta allo specialista individuare la tipologia del paziente più adatto, ovvero il soggetto con una o poche sensibilizzazioni allergiche, quello in cui i sintomi siano chiaramente riferibili all'allergene verso il quale si cerca di desensibilizzarlo, il paziente in cui la patologia sia iniziale.

La famiglia: come la desiderano i nostri figli?

La "famiglia", una istituzione fondante della nostra società civile, continuamente attaccata e disprezzata in nome del progresso e della modernità, ma che noi ammine abbiamo il compito di difendere e soprattutto di propagandare il suo valore.

La nostra Associazione a livello nazionale ha deciso di promuovere iniziative atte a far riscoprire l'importanza della "famiglia" nella attuale dinamica psico-sociale.

Purtroppo con l'affermarsi del nucleo familiare ristretto e con la sempre maggiore crisi della coppia che si risolve con separazioni o divorzi i soggetti familiari che più ne vengono a soffrire sono i figli.

Perciò il promuovere una "campagna" a favore della famiglia non poteva che iniziare dai figli ed è per questo che l'A.M.M.I. ha deciso di indire un Concorso letterario nazionale con il patrocinio del Ministero della Pubblica Istruzione fra tutti gli studenti delle scuole medie superiori; lo scopo era quello di conoscere che cosa pensano i nostri figli della famiglia e che tipo di famiglia desidererebbero.

Il titolo del tema è: **"Uno sguardo attento alla famiglia di ieri, di oggi e di domani: come la desiderano i nostri figli?"**

L'iniziativa ha riscosso un eccezionale successo e alla Segreteria nazionale sono pervenuti quasi mille elaborati. Ma al di là del successo organizzativo dell'iniziativa questi circa mille elaborati offrono una preziosa e importante finestra su come i nostri figli valutano la famiglia.

Mi auguro che tutti questi elaborati saranno oggetto di un approfondito studio da parte di sociologi e psicologi da cui potranno trarre utili indicazioni e suggerimenti per la cosiddetta "dinamica psico-sociale della famiglia".

Ad una prima lettura dei primi classificati i giovani esprimono tutti un desiderio di una famiglia unita e armoniosa, a baluardo del frenetico ritmo imposto alla società civile del mondo moderno.

Alcuni mostrano un certo rimpianto per la vecchia famiglia allargata che offriva oltre l'attenzione dei genitori la guida dei nonni e degli zii; *"il mondo si è evoluto e la visione della famiglia si è modificata notevolmente"* scrive una giovane di 16 anni *"ora questa è un nucleo ristretto, i figli chiedono attenzioni a genitori troppo assenti e stressati, che pensano solo al lavoro, affannati da ritmi di vita alienanti, dove il tempo non conosce la riflessione, la tranquillità, la preghiera, la condivisione"*.

Tutti manifestano giudizi negativi per la famiglia di oggi. *"La mia generazione"* afferma un altro giovane di 16 anni *"è frastornata di fronte ai continui dibattiti sul riconoscimento delle coppie di fatto, delle unioni tra persone dello stesso sesso, sull'aumento delle convivenze e dei divorzi... e questo porta un po' di confusione!"*. *"Spesso queste unioni sfociano in separazioni, sottoposte a traumatiche lotte giuridiche in cui i figli da soggetti diventano oggetti"* scrive un'altra ragazza.

Altri disapprovano l'eccessivo permissivismo dei genitori. *"Abbiamo tutti i diritti compreso, e soprattutto,*

quello sacrosanto di essere bene educati e preparati ai sempre maggiori ostacoli... nella vita reale. Senza essere costantemente accontentati in tutto; piuttosto puniti quando serve... Altrimenti ci sentiremo abbandonati al nulla... Un nulla creato da troppi genitori distratti, sempre pronti a difenderci per eccesso... lasciandoci crescere convinti, stupidamente, che tutto ci sia dovuto e che niente possa ritorcersi contro noi stessi".

Un sentimento unanime fra tutti i giovani è quello della necessità di sentire la famiglia come punto di riferimento di fronte a qualsiasi avversità, un porto sicuro, un rifugio protettivo, ma anche fonte di ideali. *"La mia generazione ha spesso, inconsciamente, un forte bisogno di riferimenti e di certezze. Anche se non lo diciamo, anzi spesso rifiutiamo di ammetterlo, questa certezza sono i nostri genitori e i nostri fratelli, e sono loro che cerchiamo dopo aver chiuso il mondo fuori delle porte di casa"*. *"Voglio una famiglia che, seppure imperfetta, ferita, spezzata, non perda mai la sua autorevolezza e sia il mio rifugio, la mia isola, il mio riparo, il mio porto sicuro"*. *"Vorremmo una famiglia capace di offrirci degno esempio d'onestà e d'ogni altro valore positivo. Non una famiglia dove, l'unica e spasmodica gara che conta è quella, pietosa, della furbizia; cercando, o meglio credendo, senza alcuna reale motivazione pratica, d'essere più furbi degli altri"*.

Dalla lettura di questi elaborati traspare una maturità di questi giovani che contrasta invece con quanto si legge sui media o si osserva alla TV.



ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



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.*

