

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:

La giusta prescrizione

T. Corona
Responsabile Uff. Farmaceutico
Azienda USL5

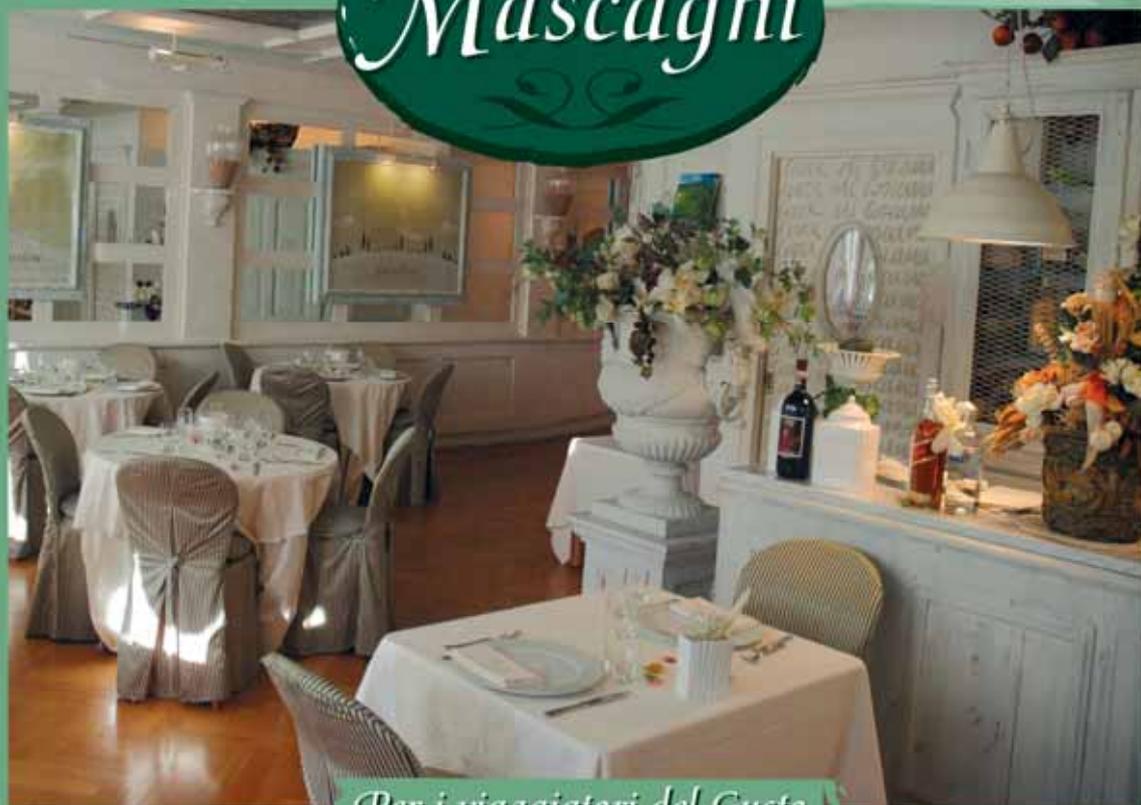
Odontoiatria a Pisa: quale futuro?

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

IFC: un Istituto alla ricerca dell'innovazione e della sostenibilità

Intervista di S. Ghione a E. Picano
Direttore Istituto Fisiologia Clinica CNR Pisa

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

Sanità: il futuro è un triangolo isoscele

Il futuro dell'assistenza sanitaria in Italia lo si può geometricamente disegnare come un triangolo isoscele: due lati uguali, medicina del territorio ed attività ospedaliera, uniti per la base dal ruolo delle U.M.G. (Unità di Medicina Generale), imperniate sulla figura coordinatrice del medico di famiglia. Lo scopo è di razionalizzare il carico di lavoro, la sinergia operativa, i costi di gestione.

In un sommario dettaglio, si tratta di valorizzare quanto disponibile, non dimenticando che i fondi andranno sempre più assottigliandosi come avviene ormai da anni. Passata l'epoca dei pagamenti a piè di lista dell'età mutualistica, l'ottica incancellabile è la programmazione di spesa e dunque un'attenta costruzione di un percorso, che tenga conto delle singole esigenze ed, al contempo, delle finalità.

Il territorio e la sua ottimale funzione, rappresentano un po' la scommessa non solo del domani, ma anche del futuro. Le strutture ospedaliere sono infatti destinate al supporto

degli interventi acuti. Con le degenze ridotte all'indispensabile. Da anni andiamo dicendo che la presenza del paziente al proprio domicilio, là dove sia tecnicamente possibile, rappresenta la migliore soluzione. Da qui, l'edificazione, piano per piano, della casa della salute sul territorio.

Indichiamo cioè la validità di istituire gruppi di lavoro, dotati di varie figure operative, sia mediche che paramediche, in grado di sinergizzarsi tra loro ed assolvere un compito, indubbiamente gravoso, comunque idoneo a sorreggere nei fatti il peso di una assistenza variegata e polimorfa. Senza nulla togliere al ruolo insostituibile della famiglia e del volontariato, lo Stato deve allora garantire al cittadino malato un sostegno adatto alle proprie necessità. Tutti insieme, quindi, impegnati su questa strada per realizzare la "Medicina del domani" per la quale, abbiamo l'obbligo, oggi, di porre le prime solide basi. Da quando, esattamente 30 anni fa, fu varata la legge di Riforma Sanitaria, molti passi in avanti sono stati compiuti, pur tra

mille difficoltà. Si passava sostanzialmente da un mondo ad un altro. C'era il timore per il futuro, poi ogni cosa è andata per il verso giusto ed oggi abbiamo una realtà, dignitosa rispetto a tanti altri Paesi industrializzati.

Con il medesimo coraggio, facciamo adesso questa nuova scelta. Noi, come Ordine Professionale, faremo la nostra parte.



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

La giusta prescrizione

Accorgimenti ed indicazioni da tenere sempre ben presenti nelle prescrizioni mediche.

Prescrizione metadone negli stati di disassuefazione

La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcool dipendenza, è effettuata utilizzando il ricettario a ricalco nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica, per la R.T. i SERT delle aziende sanitarie, o da una struttura privata autorizzata.

Secondo quanto precisato dall'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della Salute, con nota del 16.2.2008, è possibile prescrivere in regime SSN al massimo tre confezioni per ricetta e la prescrizione può contenere due dosaggi diversi di tale medicinale.

Prescrizioni di nimesulide

Con determina AIFA del 18.10.2007 (G.U. n. 250 del 26.10.2007) la fornitura di medicinali a base di nimesulide e di nimesulide/betaciclodestrina, è stata modificata da "prescrizione medica ripetibile" a "prescrizione medica da rinnovare volta per volta".

In una nota informativa pubblicata sul proprio sito l'AIFA aveva limitato la prescrizione ad un trattamento di durata non superiore a 15 giorni, per ridurre il rischio di effetti dannosi a carico del fegato.

In una nota del 25.01.2008, l'AIFA, rispondendo ad un quesito, ha ribadito che *"anche in assenza di provvedimenti specifici che vietano una prescrizione di 2 confezioni da 30 unità posologiche, le evidenze disponibili e tutte le raccomandazioni emanate dalle autorità regolatorie devono portare a comportamenti prudenziali limitando la terapia a 15 giorni.... Il farmacista può evadere parzialmente la prescrizione fornendo*

do al paziente una sola confezione e trattenendo la ricetta. Ne consegue che sarà rimborsata una sola confezione da parte della ASL in caso di prescrizione SSN con nota 66".

Ricettari

Dove restituirli

I sigg. Medici che hanno cessato il rapporto di convenzione o di dipendenza con la ASL n. 5, dovranno provvedere a restituire i ricettari SSN in loro possesso presso il presidio in cui sono stati ritirati. I medici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana provvederanno a restituire i ricettari SSN in loro possesso presso la Direzione Sanitaria a Cisanello.

Nuove disposizioni

Il Decreto 17.03.2008 ha revisionato il precedente D.M. 18.05.2004 concernente il modello di ricettario medico a carico del SSN. Il nuovo decreto è stato emanato per attuare quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 50 della L. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), ed è pubblicato Suppl. Ord. n. 89 alla G.U. n. 86 del 11.04.2008. Il decreto tiene conto della sperimentazione effettuata in diverse regioni italiane per la trasmissione in via informatica, dalle farmacie al Ministero dell'Economia e delle Finanze, dei dati rilevati otticamente dalla ricetta e dalla tessera sanitaria.

In attesa che il nuovo ricettario venga stampato e distribuito ai medici, è consentito l'utilizzo del vecchio modello fino ad esaurimento delle scorte.

Il nuovo modello di ricetta non presenta grandi novità grafiche rispetto al precedente ma vengono imposti comportamenti più strin-



genti in tema di indicazione delle esenzioni, delle modalità di attribuzione del codice di priorità delle prestazioni, delle modalità di identificazione dei soggetti assicurati da istituzioni estere.

Come il precedente, il nuovo ricettario deve essere utilizzato per:

- 1) La prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- 2) prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale.

Viene confermata la possibilità per i medici prescrittori di continuare ad indicare il codice fiscale in "chiaro" in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice fiscale.

Si evidenziano di seguito le istruzioni per la compilazione di maggior interesse per il medico:

Generalità e indirizzo dell'assistito

L'indicazione in chiaro del cognome e del nome dell'assistito, ovvero le iniziali nonché del domicilio dello stesso nei casi previsti dalla legge, costituisce un adempimento necessario per la validità dell'atto prescrittivo, anche in presenza dell'indicazione del codice fiscale.

Avvertenze per la compilazione delle zone destinate alla lettura ottica

La compilazione delle zone destinate alla lettura ottica richiede la più scrupolosa osservanza delle istruzioni e delle avvertenze di seguito riportate. Si raccomanda la massima cura da parte dei soggetti abilitati al rilascio della ricetta nella conservazione e nell'uso del ricettario, allo scopo di evitare lacerazioni, abrasioni o macchie che possano risultare di pregiudizio alle operazioni di lettura ottica. Analoghi accorgimenti dovranno essere osservati

dagli utilizzatori successivi (farmacie, strutture specialistiche SSN ed accreditate, altre strutture ed uffici ASL, ecc.).

Per tutti i casi in cui è ammesso l'uso di timbri, devono essere impiegati inchiostri neri non oleosi.

Si raccomanda inoltre, qualora non ci si avvalga di stampanti ed apparecchiature informatiche, la massima chiarezza nella trascrizione manuale di caratteri numerici o alfabetici.

Nel caso in cui ci si avvalga di stampanti è necessario controllare l'intensità dell'inchiostro per permetterne la rilevazione da parte dei lettori ottici.

Deve essere posta la massima cura nella compilazione manuale di caratteri numerici o alfabetici, all'interno delle opportune caselle; pertanto occorre:

- a) Scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica.
- b) Riportare un solo carattere in ciascuna casella.
- c) Occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa.
- d) Non legare i caratteri tra loro.
- e) Usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero.
- f) Evitare assolutamente cancellature o correzioni dei caratteri già scritti.
- g) Evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri.
- h) Non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione degli elementi indicanti le "note", emesse dall'AIFA o dalle Regioni, che devono necessariamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia indicate.

La compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (come una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura

di non fuoriuscire dalla casella stessa.

E' fortemente consigliato l'impiego di procedure informatizzate e di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro.

L'indicazione in chiaro del *cognome* e del *nome* dell'assistito, ovvero delle iniziali nonché del domicilio dello stesso nei casi previsti dalla legge, costituisce un adempimento necessario per la validità dell'atto prescrittivo anche in presenza dell'indicazione del codice fiscale.

Codice dell'assistito

Nella compilazione della ricetta da parte del medico **deve essere sempre indicato** il codice dell'assistito nelle sedici caselle contigue predisposte per la lettura ottica, destinate alla indicazione del **codice fiscale dell'assistito SSN** (o nel caso degli stranieri temporaneamente presenti sul territorio del codice STP assegnato dalla ASL); in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice a barre relativo al codice fiscale dell'assistito da parte dei medici prescrittori, è infatti consentito ai predetti medici di riportare in "chiaro" il codice fiscale dell'assistito. Il codice deve essere quello riportato nella Tessera Sanitaria rilasciata dal Ministero dell'economia e delle finanze. I medici dotati di elaboratori elettronici devono stampare, in fase di compilazione, il codice fiscale dell'assistito anche in formato a barre nello spazio appositamente riservato. In alternativa, analoghi risultati di semplificazione potranno essere conseguiti mediante l'utilizzo di etichette autoadesive recanti i dati del codice fiscale dell'assistito stampate dai prescrittori o dagli erogatori mediante sistemi informatizzati diversi od alternativi.

Nel caso di "STP", il campo deve essere compilato riportando il codice STP assegnato dalla ASL.

In caso di mancata indicazione del codice nell'area a ciò destinata l'erogazione della prestazione non può avvenire a carico del SSN e quindi il costo della prestazione do-

vrà essere pagato per intero.

Sigla provincia e codice ASL di competenza dell'assistito

L'area riguarda l'identificazione della ASL di competenza degli assistiti del SSN; la compilazione deve essere sempre effettuata, anche quando la ASL di competenza dell'assistito - desumibile dal documento di iscrizione al SSN - coincide con quella del medico che rilascia la ricetta.

Tale area non deve essere compilata nel caso di:

- assistiti "STP"
- assicurati di istituzioni estere.

Esenzione

Qualora l'assistito SSN abbia diritto all'esenzione per motivi sanitari (invalidità, patologia cronica, malattia rara, gravidanza, screening tumori, infortunio sul lavoro, ecc.), il medico riporterà il codice corrispondente alla tipologia di esenzione riconosciuta. Il medico è tenuto a riportare il codice di esenzione anche se la regione di competenza non ha introdotto forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica, in tutti i casi in cui dall'esenzione derivino ulteriori benefici per l'assistito (ad esempio pluriprescrizione, fornitura gratuita dei farmaci di fascia C, farmaci per la terapia del dolore).

Qualora l'assistito non abbia diritto a nessuna delle esenzioni sopra descritte, il medico deve annullare con un segno la casella "N", anche se la Regione di competenza non ha introdotto forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Qualora l'assistito abbia diritto all'esenzione in relazione alla posizione reddituale, auto-

certificata mediante l'apposizione della firma nell'apposito spazio, la struttura sanitaria che eroga la prestazione (quindi anche la farmacia) provvede a marcare la casella contrassegnata dalla lettera "R" e a riportare lo specifico codice nelle apposite caselle.

In ogni caso, resta fermo che laddove nessuno degli elementi dell'area esenzione risulti barrato o compilato dal medico e non risulti l'esenzione per motivi di reddito, la prestazione erogata non potrà essere soggetta ad esenzione da ticket e la ricetta non sarà spedibile per la fornitura gratuita di farmaci.

Tipologia di prescrizione

- la casella con la lettera "S", andrà biffata dal medico prescrittore se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni

rilasciate da una struttura di ricovero;

- la casella con la lettera "H" andrà biffata dal medico prescrittore se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera.

Prescrizioni farmaceutiche e specialistiche: numero totale

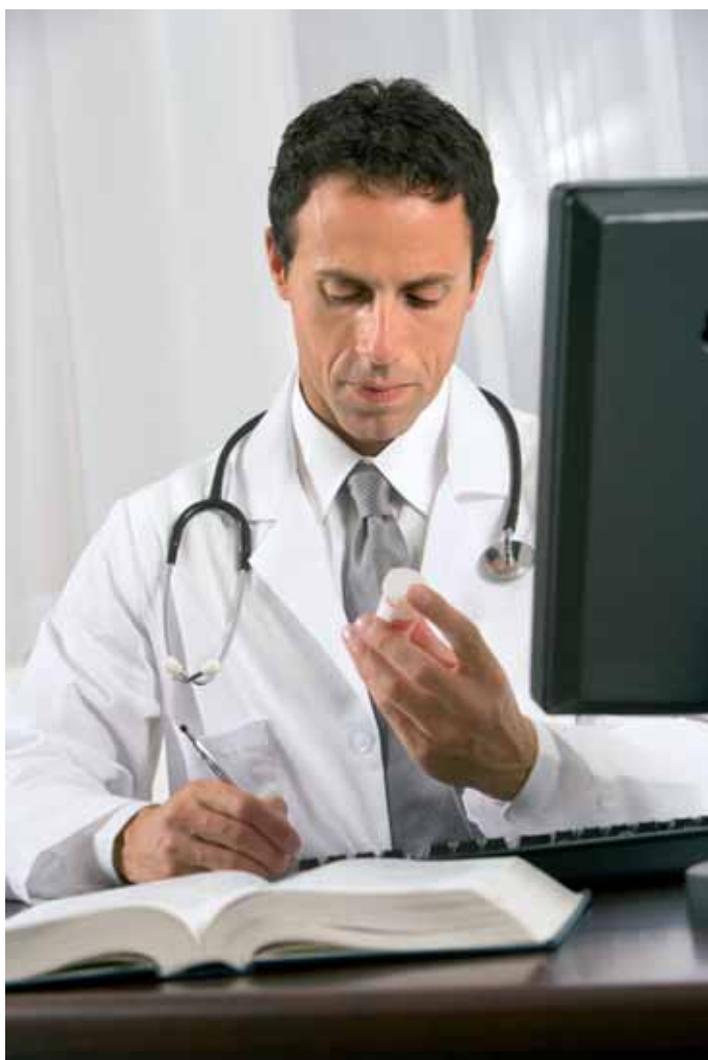
Per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche il medico deve indicare nell'apposita area, con allineamento a destra ed inserimento di zeri non significativi, il numero complessivo dei pezzi o delle prestazioni prescritte.

Data di compilazione della ricetta

La data di compilazione della ricetta deve essere sempre indicata trascrivendo nella apposita area i caratteri numerici identificativi di giorno (due caselle), mese (due caselle) e anno (due caselle). Tutte le caselle devono essere riempite, di conseguenza per l'indicazione dei giorni da 1 a 9 e dei mesi da gennaio a settembre il numero corrispondente dovrà essere preceduto dal valore "0". Per l'indicazione dell'anno devono essere riportati solo gli ultimi due caratteri (es. l'anno 2008 sarà indicato con il valore "08"). E' ammesso l'uso di timbri datati con caratteri OCR purché la stampigliatura risulti conforme alle anzidette disposizioni, sia collocata in corrispondenza delle apposite caselle e risulti di colore non cieco alla lettura ottica (inchiostro nero non oleoso).

Tipo ricetta

Il campo "tipo ricetta" ha utilizzi molteplici e rappresenta un campo che permette l'unificazione di vari tipi di ricetta.



ta. In particolare:

- assistiti SSN residenti: il campo non va compilato, ma può essere adattato a scopi specifici a livello regionale;

- assistiti SASN italiani e non, dipendenti da datore di lavoro italiano, del settore marittimo o dell'aviazione civile: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, dei codici NA per visita ambulatoriale, ND per visita domiciliare;

- assistiti presso la rete dei SASN, in quanto lavoratori (stranieri o italiani), dipendenti da datore di lavoro NON italiano del settore marittimo o dell'aviazione civile, ed assicurati presso istituzioni estere dei Paesi aderenti all'Unione Europea o di Paesi con i quali vigano accordi bilaterali o multilaterali: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice NE per definire l'effettuazione della prescrizione a soggetto assistito da istituzione dell'Unione Europea; il prescrittore inserirà nel campo il codice NX qualora la prescrizione si riferisca a soggetto assistito da istituzioni estere extraeuropee;

- STP: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice ST

- Soggetti assicurati da istituzioni estere: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice UE per istituzioni estere o EE nel caso di istituzioni estere extraeuropee.

VERSO (retro) DELLA RICETTA

Il verso della ricetta sarà utilizzato per la concessione delle eventuali autorizzazioni alle prestazioni (timbro della struttura pubblica che au-

torizza) e deve essere firmato dal medico che le esegue e dall'assistito che ne usufruisce; inoltre l'assistito deve apporre la propria firma anche nel caso della distribuzione di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, ai sensi dell'articolo 8, c.1 lettera a) della L. 16.11.2001, n. 405.

Lo spazio "annotazioni" viene utilizzato anche per annotazioni e firma da parte del farmacista.

Nel caso di prescrizione a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere forniti di tessera europea di assicurazione malattia (o del suo certificato sostitutivo provvisorio) o altro attestato di diritto (gli attestati E106, E112, E120, E123 per gli assistiti comunitari e gli attestati di diritto previsti dalle singole convenzioni bilaterali di sicurezza sociale), la ricetta deve essere compilata con le informazioni desumibili dai documenti sopra citati.

In particolare per i possessori della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (o del suo certificato sostitutivo provvisorio), che godono dell'accesso diretto ai prestatori di cura, la ricetta va compilata secondo le seguenti modalità:

- istituzione competente: il campo va compilato, con allineamento a sinistra, riportando la descrizione ed il codice dell'istituzione competente;

- stato estero: il campo va riempito riportando la sigla dello stato estero;

- numero di identificazione personale dell'assistito: il campo va riempito, con allineamento a sinistra, riportando il numero di identificazione personale dell'assistito;

- numero di identificazione della tessera dell'assistito: il campo va riempito, con allineamento a sinistra, riportando il numero di identificazione della tessera dell'assistito; se il documento equivalente non riporta il numero identificativo della Tessera, le caselle possono essere lasciate in bianco;

- data di nascita dell'assistito: il campo va riempito nel formato gg/mm/aa;

- data di scadenza della Tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito: il campo va riempito nel formato gg/mm/aa;

- l'assistito deve inoltre apporre la propria firma nello spazio previsto.

Per quanto concerne i titolari degli altri attestati di diritto che non godono dell'accesso diretto ai prestatori di cura, la ricetta verrà compilata sulla base dei dati contenuti in apposito modulo rilasciato dall'ASL presso cui tali assicurati stranieri dovranno recarsi.

Nel caso di prescrizione effettuata da medici delle strutture SASN o loro fiduciari a personale navigante straniero assistito dal SASN, si adottano le stesse modalità sopra descritte.

La ricetta contenente prescrizioni farmaceutiche, ha validità 30 giorni dalla data di prescrizione escluso il giorno stesso dell'emissione.

Tagliando adesivo

Esclusivamente nel caso di prescrizioni farmaceutiche l'area tagliando della ricetta può essere ricoperta, su esplicita richiesta dell'assistito, dall'apposito tagliando adesivo.

AVVISO AGLI ISCRITTI

Si avvisano gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Pisa che è stata stipulata una convenzione con lo Studio Legale dell'Avv. Carlo Francione di Pisa in forza della quale è possibile ottenere consulenza gratuita in materia di responsabilità medica derivante dall'esercizio della libera professione ed anche in ambito ospedaliero.

Per ulteriori chiarimenti e informazioni contattare la Segreteria del Consiglio dell'Ordine al numero telefonico 050/579714.

La CPAP nell'edema polmonare acuto

Nello scorso numero di Pisa Medica mi era stato pubblicato un articolo che riguardava l'intervento domiciliare di urgenza in caso di edema polmonare acuto cardiogeno (EPA).

L'edema polmonare acuto è nella stragrande maggior parte dei casi legato a cause cardiache, specie su base ischemica ed è legato dapprima alla imbibizione dell'interstizio polmonare, per aumento della pressione idrostatica nei capillari polmonari (edema interstiziale caratterizzato da tosse secca e stizzosa, ortopnea) e successivamente, se non trattato, alla inondazione degli alveoli polmonari dapprima, dalle basi polmonari fino a poi interessare gli apici (edema polmonare conclamato o franco).

La terapia abituale si basa come

sempre sull'intervento che possiamo compiere sulla riduzione del PRECARICO, sull'aumento della CONTRATTILITA' e la riduzione del POST-CARICO (le resistenze sistemiche).

Il precarico può essere ridotto con furosemide a boli di 25-50 mg, la quale esercita un'azione di venodilatazione sui grossi venosi di capacità e conseguente riduzione del ritorno venoso al cuore destro. Anche la nitroglicerina all'inizio agisce come venodilatatore (si inizia in pompa-siringa con 10 cc di nitroglicerina + 40 cc di SF a 6 ml/h basandosi sulla risposta clinica e sulla riduzione della PA). L'azione di questi due farmaci simula in pratica quello che può essere fatto con i lacci a rotazione agli arti in caso di emergenza.

La contrattilità non può essere facilmente aumentata in caso di edema polmonare acuto: la digitale è totalmente inutile od addirittura pericolosa data la possibile ipopotassemia legata all'impiego di furosemide (aritmie); le amine simpatico-mimetiche aumentano nettamente il consumo di ossigeno di un cuore che verosimilmente ha problemi ischemici di base. Va anche considerato inoltre che il cuore che un soggetto che va incontro ad un EPA ha già sfruttato al massimo la legge di Starling, e quindi "lavora" nella curva pressione-volume massimale per quel cuore in quel momento.

Il post-carico viene abitualmente ridotto con i nitrati ed anche con urapidil, clonidina o nitroprussiato

in caso di crisi ipertensiva. Sconsigliabile la nifedipina per il suo effetto tachicardizzante, il possibile effetto di "furto coronarico" in caso di stenosi significative per dilatazione del vaso normale anziché di quello stenotico.

L'impiego della morfina è fondamentale: tranquillizza il paziente, riduce lo stress respiratorio e la pressione capillare polmonare.

La somministrazione di ossigeno con maschera con reservoir o Venturi al 50% è indispensabile.

In ambito ospedaliero l'impiego di una macchina per CPAP (Continuous Positive Airways Pressure) è spesso risolutivo per il paziente; il concetto è quello di fornire una miscela variabile di aria ed ossigeno a pressione durante l'inspirazione e di mantenere una certa pressione positiva all'interno degli alveoli anche durante l'espiazione spontanea del paziente, opponendo una resistenza all'espiazione stessa, aumentando in questo modo da una parte il reclutamento di alveoli collabiti ed oppendosi, dall'altra, alla trasudazione dei liquidi a livello alveolare.

Il macchinario è piccolo, leggero, portatile e necessita solo una presa di ossigeno; il sistema viene collegato al paziente attraverso un tubo flessibile a tenuta ed una maschera che deve essere applicata al volto del paziente evitando perdite (oppure il tubo può essere collegato ad un "casco" trasparente in plastica più confortevole per il paziente spesso se il trattamento deve prolungarsi). All'uscita della maschera c'è una valvola intercambiabile che garantisce la resistenza alla espiazione (che sono abitualmente tarate da 5, 7,5 e 10 cmH₂O).

Prima di accendere l'apparecchio si



deve regolare lo "zero", agendo sul display che dovrà indicare 20 (pari alla concentrazione dell'ossigeno nell'aria ambiente); agendo poi sulle 2 manopole della macchina, una volta accesa, potremo regolare la FiO2 da somministrare (di solito 50%) ed il volume corrente.

L'impiego è davvero semplice ed il risultato solitamente eccellente, accompagnato ovviamente alla terapia farmacologica. Ovviamente il paziente deve avere un'attività respiratoria propria, dato che la macchina si sincronizza con gli atti respiratori del paziente. Una particolare attenzione ai pazienti con BPCO che possono peggiorare la loro ipercapnia: vanno eseguite EGA frequenti e seriate per valutare lo stato dei cambi gassosi e del pH. A tale scopo è opportuno incannulare, dopo il test di Allen, un'arteria - di solito la radiale - tenendola pervia con fisiologica eparinizzata.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

La medicina penitenziaria nel servizio sanitario nazionale

Nel momento in cui assumo la Direzione del Dipartimento per la salute in carcere della Regione Toscana, sento doveroso rivolgere ai Medici, agli Infermieri che operano nelle strutture penitenziarie il saluto più cordiale unitamente ai sentimenti di viva colleganza professionale, nella consapevolezza che costituiranno per esperienza e com-

petenza un sicuro punto di riferimento per assicurare il diritto alla salute anche in quei luoghi infelici che sono le carceri.

Sono ben consapevole delle difficoltà del compito.

Con dedizione ed impegno farò di tutto per onorare la fiducia che l'Assessore Enrico Rossi ha riposto in me.

Il gravoso compito istituzionale, dove le responsabilità si intersecano con i rischi, richiede lo sforzo massimo per l'applicazione concreta dei principi ispiratori della Riforma.

La Regione Toscana, forte della sua sensibilità sociale e politica, con l'Assessore Enrico Rossi, si è messa alla guida di un progetto serio ed ambizioso nello stesso tempo.

Un progetto che trae origine e forza dalla Carta Costituzionale e dalle precise direttive emanate dal Consiglio d'Europa, per cui i detenuti al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Bisogna trovare le energie per elevare la qualità e la produttività del Servizio Sanitario Penitenziario, alzando la posta dei nostri obiettivi.

Bisogna ammodernare e innovare, razionalizzare e rendere più funzionale l'organizzazione, più appropriata l'offerta.

Bisogna avvertire la responsabilità e il coraggio di specchiarsi in un sistema di valutazione fatto per scoprire le criticità e colmare le lacune, motivando al meglio gli Operatori.

Questo sostiene l'Assessore Enrico Rossi e io mi sento di sottoscriverlo integralmente.

La riforma della Medicina Penitenziaria crea le premesse per un profondo, significativo cambiamento culturale e strutturale.

Auspico una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale e Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti.

Si avverte una estrema necessità anche perché al momento attuale

Francesco Ceraudo • Doady Giugliano

Lisistrata incatenata

da "Le mantellate" ai giorni nostri.
Mezzo secolo di sopravvivenza carceraria al femminile



Prefazione di Adriano Sofri

il carcere si configura come il luogo dove si depositano e si cristallizzano i fallimenti e i limiti del nostro sistema di protezione sociale.

Come uno specchio deformante il carcere ci restituisce un'immagine estremamente esasperata dei problemi che affliggono la nostra società e il nostro territorio: la povertà, la tossicodipendenza, la difficoltà di integrazione degli immigrati, il disagio sociale.

I detenuti sono residui di umanità che vivono al di fuori dei cicli della natura. Il carcere è un mondo sperimentale di regressione e provoca la spogliazione umana e sociale dell'uomo.

Per il Medico Penitenziario si delinea l'esigenza di aderire ai valori, alle aspettative e alla disponibilità del malato, un malato particolare che ha già perso quel bene prezioso che è la libertà.

La buona Medicina Penitenziaria è infatti quella che rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle scelte, laddove l'autorevolezza del Medico è chiamata ad essere condivisa con il paziente nell'ambito di una relazione comunicativa chiara, completa e condivisa.

La Medicina Penitenziaria è una Medicina della persona con disponibilità ad accogliere il bisogno, il disagio.

Accogliere il disagio, il dolore, la sofferenza e restituirli in termini di diagnosi, cura, ma anche comprensione.

La questione sanitaria è ai primissimi posti nella lista del dolore carcerario, quel dolore supplementare che si innesta rigoglioso senza essere previsto.

In tale contesto l'autonomia, l'indipendenza professionale devono essere insiti nel DNA del Medico Penitenziario.

Nessuna interferenza, nessuna sottomissione.

La Medicina Penitenziaria è una cosa seria.

Le sono affidate vite di esseri umani nella condizione più dura e difficile.

La salute in carcere è una priorità assoluta.

E' un diritto non comprimibile, né negoziabile.

La Medicina Penitenziaria non ha bi-

sogno di riverniciature, di interventi cosmetici. Bisogna piuttosto incidere in profondità sulle strutture, sui servizi, sulla serietà e sull'impegno professionale degli Operatori.

L'obiettivo principale della Riforma è la promozione della salute anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria.

In carcere bisogna soprattutto curare il *mal di vivere* e laddove la distruttività del processo morboso vanifica ogni possibilità di intervento, il rapporto medico-paziente si carica di valenza terapeutica e costituisce un valido strumento per attuare un'assistenza integrata, tecnicamente corretta e psicologicamente efficace.

Ma non è solo in corso di malattia che il Medico Penitenziario è indispensabile.

La pratica medica penitenziaria quotidiana è impegnata anche in situazioni che non riguardano la vita o la morte, ma sono forse ugualmente importanti in carcere: le molte piccole o grandi contrarietà dell'esistenza umana infrenata tra sbarre e cancelli.

Il fine è anche quello di liberare l'uomo per quanto è possibile dalle inutili miserie della vita carceraria.

Una Riforma della Medicina Penitenziaria per essere credibile deve essere realizzata con i Medici Penitenziari.

Deve essere realizzata con i Medici Penitenziari anche perché tanto meglio funzionerà la Riforma quanto più sarà condivisa.

Una Riforma seria deve migliorare i Servizi Sanitari Penitenziari, valorizzando le competenze e le esperienze specifiche del settore consentendo una crescita professionale.

La continuità terapeutica rappresenta principio fondante della Riforma per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi istituti penitenziari e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Se i detenuti sono uguali ai liberi cittadini nei doveri e nei diritti, ciò vale anche per i Medici e per gli Infermieri Penitenziari che non sono professio-

nisti di serie B solo perché lavorano in carcere e per questo possono essere considerati meno di niente.

Dopo anni e anni di tagli e ritagli imposti dalle varie Finanziarie e che hanno messo a rischio la stessa salvaguardia della tutela della salute in carcere, la Medicina Penitenziaria è in grave affanno, è in forte debito di ossigeno.

Occorre cambiare la rotta.

Di fronte alle palesi contraddizioni, alle disattenzioni, alle fragilità e alle frammentazioni di un'Amministrazione penitenziaria tutta protesa a criteri di sicurezza, occorre finalmente un salto di qualità.

Una Riforma seria e credibile implica necessariamente degli investimenti nei servizi, nella definizione delle strutture, nella definizione dei compiti e dei ruoli, nella valorizzazione delle conoscenze, nel bisogno della ricerca scientifica, nel rinnovo della tecnologia, nella sicurezza dei posti di lavoro, nell'adeguamento degli organici del personale e delle strutture e nella formazione.

Avvertiamo il dovere di cambiare le cose e fare nuovi i tempi, perché ai detenuti isolati tra le sbarre deve essere rivolta l'assistenza che solo Medici ed Infermieri di particolare sensibilità sanno prestare, un'assistenza maturata attraverso la continuità di una sperimentata dedizione.

Il Medico Penitenziario deve assaporare il fascino di poter operare correttamente anche in un carcere, realizzando un perfetto accordo tra Medico e malato, tra l'empirico della Medicina e la spiritualità della malattia.

Esercitare la professione di Medico in carcere non è facile.

E' una sfida quotidiana intrisa di arte medica, di umanità, di solidarietà e di coraggio.

Opportunamente crediamo di caratterizzare il nostro impegno avendo come punto di riferimento l'uomo detenuto nella valorizzazione del suo benessere.

I nostri progetti sono ambiziosi.

Sono progetti dove la Medicina Penitenziaria riesce a coniugare l'impegno professionale con la qualificazione dei servizi, costituendo un vettore

Nel corso della presentazione del libro denuncia sulla situazione delle donne nelle carceri italiane “Lisistrata incatenata”, ospitata nella Sala delle Baleari del Comune di Pisa, l’assessore Enrico Rossi è stato insignito del Premio Internazionale Amapi (Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana).

L’Ufficio di Presidenza dell’AMAPI, nel corso dell’ultima sua riunione, su proposta del Capo Ufficio Stampa dell’AMAPI, Doady Giugliano, ha deliberato all’unanimità di conferire il prestigioso **PREMIO INTERNAZIONALE AMAPI**, all’Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, **Dr. Enrico ROSSI** con la seguente motivazione:

“Per aver guidato con grande impegno ed indiscussa competenza, il passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale”

Evidenziando profonda sensibilità politica ed istituzionale in un progetto difficile, complesso quanto necessario, Enrico Rossi è riuscito, pur tra mille difficoltà, a vincere i pregiudizi e diffidenze di molti, imponendo, con la determinazione che da sempre caratterizza il suo operato, una strategia vincente, confortato da principi ispiratori che risiedono nella nostra carta costituzionale.

Grazie a questo Progetto Riformatore i detenuti al pari dei cittadini in stato di libertà, accederanno all’erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Siamo certi che sulla stregua del modello “Sanità Toscana” che viene studiato ed apprezzato in tutto il mondo come esempio di funzionalità e di adeguatezza, Enrico Rossi, saprà sviluppare un programma di tutela della salute in carcere che consentirà al nostro Paese di fare un importante salto di qualità in un settore estremamente delicato e sofferente.

Un “passaggio epocale” che il “nostro” Assessore aveva già anticipato significativamente, mettendo a disposizione della popolazione detenuta, primo in Italia, l’approvvigionamento dei farmaci e di tutto il materiale sanitario.

Il **PREMIO INTERNAZIONALE AMAPI**, dalla sua istituzione nel 1996, è stato assegnato solo due volte, al Giudice Emerito **Giovanni Conso**, ed al Nobel per la Medicina, **Rita Levi Montalcini**.



importante per sospingere il carcere verso obiettivi di umanità e di civiltà. Occorre umiltà: quella umiltà che spinge ad operare anche quando si sa che i passi che personalmente si compiranno, non risolveranno i tremendi problemi del pianeta carcere. Diveniamo insostituibili nella misura in cui siamo in grado di esercitare la nostra professione, ispirandoci sempre e comunque agli immutabili valori della vita umana.

Sorge così la battaglia per una Medicina Penitenziaria al passo con i tempi, finalmente aderente alle reali esigenze di salute della popolazione detenuta.

Siamo chiamati a realizzare un sistema di sanità penitenziaria che sia in grado di creare condizioni di protezione della salute dei detenuti, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria, misure di prevenzione, svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Bisogna attivare attraverso l'Osservatorio Epidemiologico la rilevazione

dei bisogni, delle criticità e delle aree prioritarie di intervento. Bisogna rilevare sistematicamente lo stato di salute. Fornendo dati sulla prevalenza e sull'incidenza degli stati patologici. Bisogna predisporre la mappa dei rischi.

Non più una Medicina Penitenziaria *organizzata nell'attesa della domanda*, sostanzialmente *costruita sull'attesa*, ma una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, in grado di sapere individuare i bisogni e le criticità. La carta dei servizi sanitari e il polo di accoglienza per i detenuti nuovi giunti sono i primi obiettivi da perseguire nell'immediatezza.

Bisogna cambiare e migliorare il clima generale dell'ambiente carcerario per renderlo più vivibile anche nell'ottica della rieducazione che è il fine stesso della pena.

Per questo la Medicina Penitenziaria individua due prerogative essenziali:

- 1) L'affettività in carcere.
- 2) Il lavoro penitenziario.

Esiste un grave problema della sessualità in carcere e attraverso la Medicina Penitenziaria merita un'attenta, legittima rivalutazione contro il silenzio della legge e contro l'indifferenza di tutti, anche in considerazione delle precise direttive formulate dal Consiglio d'Europa.

I Medici che ormai da tanti anni lavorano in prima linea nella Sanità Penitenziaria, misurandosi giorno dopo giorno con problematiche di ogni tipo e difficoltà, si sono selezionati, si sono specializzati nella

cosiddetta patologia dell'emarginazione, acquisendo un insostituibile patrimonio di competenze e di esperienze specifiche.

Abbiamo profondo rispetto dei nostri luoghi di lavoro e delle persone affidate alle nostre cure.

Il Medico Penitenziario sente la grandezza, l'importanza delle proprie responsabilità. Riesce a cogliere la necessità della formazione professionale e della crescita umana.

Una formazione ed una crescita non disgiunte dalla capacità di individuare i bisogni per poter promuovere cultura di solidarietà.

La libertà e la salute sono beni preziosi dell'uomo.

Ognuno di noi si misura con la libertà e la salute quando esse vengono a mancare. Solo allora se ne coglie il significato e l'importanza. Il detenuto dopo aver perso la libertà, non può rischiare di perdere la salute. Francamente sarebbe troppo.

I Medici Penitenziari agiranno da sentinelle della salute.

Sull'ipotetica bilancia della Giustizia non vorremmo però che il peso della pena prevalessse sempre e comunque sul peso della salute.

La Medicina Penitenziaria deve costituire il vettore di un importante rapporto umano e professionale. Deve subentrare finalmente la logica e la volontà di modificare ciò che è possibile modificare per consentire ai Medici e agli Infermieri di poter fornire il quotidiano contributo di miglioramento e di progresso.

La qualità della professione diventa la sfida per il futuro della Medicina Penitenziaria.

Una sfida da affrontare con forte responsabilità e qualificazione, con la speranza che questa sia la strada più giusta per tutelare la qualità di vita di chi soffre in carcere e di chi ha scelto con impegno consapevole la responsabilità di fare il Medico Penitenziario.

Bisogna sforzarsi di concepire il carcere non come valore, ma come una dura, insopprimibile necessità che non si deve tradurre in afflizione totale, ma deve garantire ad ogni uomo la dignità e il diritto di cambiare e di sperare.



Dolore addominale acuto e analgesia in Pronto Soccorso

Il dolore è un'esperienza umana universale. Con i suoi diversi modi d'insorgenza ed i suoi gradi d'intensità, è un importante "campanello d'allarme", un primo avviso per proteggere l'organismo da un danno tissutale potenzialmente fatale. Questo sintomo, che costituisce la causa più frequente di richiesta di intervento medico, è la spia di una patologia sottostante ed è dovere di ogni medico scoprirne la causa e al tempo stesso alleviarlo. In Pronto Soccorso, porta d'ingresso dell'Ospedale, la prevalenza del dolore è stimata in un range compreso tra il 52% e il 71%; purtroppo la sua valutazione non è considerata una prassi dagli operatori sanitari ed ancora oggi la sua presenza e la sua intensità non vengono espressi in maniera specifica negli score che individuano il grado di urgenza. Nonostante l'elevata incidenza, solo una minima percentuale di pazien-

ti con dolore riceve un trattamento specifico. Nel 1898 Wilson e Pendleton avevano evidenziato questo problema coniato il termine "oligoanalgesia" per indicare la mancanza di un adeguato trattamento del dolore al Pronto Soccorso. Nonostante siano trascorsi diversi anni da questa prima denuncia ed innumerevoli progressi si siano succeduti in ambito medico, il problema dell'oligoanalgesia al Pronto Soccorso è ancora attuale. E', infatti, opinione comune che il dolore acuto è un campanello d'allarme ed in quanto tale utile per la diagnosi, ma è altrettanto comune l'opinione che non necessiti di essere trattato di per sé in quanto correlato all'evoluzione della malattia. *Ancora oggi prevale la convinzione che togliere o ridurre questo sintomo potrebbe ritardare o addirittura mascherare la diagnosi!* A questa, si aggiungono altre possibili motivazioni che fan-

no sì che la "cultura della terapia del dolore" non sia ancora patrimonio comune: carenze formative dei sanitari, timore di effetti collaterali legati al trattamento, scarsa informazione dei pazienti, mancanza di protocolli per la somministrazione dei farmaci analgesici, sovraffollamento del Pronto Soccorso, timore che il paziente simuli per ottenere maggiori attenzioni ed un accesso più rapido.

Da parte dei pazienti esistono poi forti condizionamenti culturali: la "buona educazione" ci ha insegnato a non lamentarci, a sopportare il dolore fisico, a vincere le dure prove cui ci sottopone l'esistenza in silenzio... "lamentarsi" è maleducazione, meglio la sofferenza eroica di chi stringe i denti piuttosto di chi manifesta il proprio dolore apertamente.

Il dolore addominale acuto rappresenta in qualche modo il prototipo



per il non trattamento, infatti storicamente i medici sono sempre stati riluttanti nel trattare questo dolore con farmaci analgesici per il timore di mascherare i reperti obiettivi, ritardare la diagnosi ed un trattamento corretto ed efficace. Se consideriamo che, tra i pazienti che vengono ammessi con il sintomo "dolore" ben il 25% riferisce "dolore addominale acuto", ben si comprende come il problema non sia marginale.

In un'indagine condotta in America nel 1996, 89% dei 131 chirurghi generali intervistati, riteneva che il paziente con dolore addominale acuto non dovesse essere trattato con alcun farmaco analgesico prima di essere visitato dal chirurgo per la paura che i farmaci somministrati potessero alterare l'accuratezza della diagnosi.

Un'altra indagine condotta nel 2002, rivolta a 60 medici di Pronto Soccorso, ha, invece evidenziato un diverso atteggiamento dei medici rispetto ai chirurghi, infatti, il 97,3% dei medici somministrava regolarmente analgesici prima della consulenza del chirurgo, al fine di ridurre il discomfort del paziente giustificando tale pratica in quanto sicura ed efficace come riportato dalla letteratura.

Una tale diversità di opinione tra gli specialisti che si prendono cura del paziente con dolore addominale acuto, dimostra come oggi sia necessario affrontare e cercare di risolvere questo argomento. Se da un lato la condotta dei chirurghi ha influenzato il comportamento fino ad oggi, recentemente si sta facendo strada un'idea diversa ed in questo senso la letteratura attuale è volta ad approfondire gli aspetti legati a quello che viene definito l'intervento analgesico "precoce" nel dolore addominale acuto. Recentemente è stata pubblicata una revisione della *Cochrane "Analgesia in patients with acute abdominal pain"* in cui gli autori sono giunti alla conclusione che ci sono dati sufficienti per suffragare l'idea che l'uso degli analgesici oppioidi non aumenti il rischio di formulare una diagnosi scorretta, ma anzi aumenti il comfort del paziente

durante l'attesa di un trattamento definitivo. Tuttavia condurre studi di questo genere è difficoltoso e, pertanto, il limitato numero di lavori e, conseguentemente di pazienti esaminati, non permette di affermare in assoluto che il trattamento medico con farmaci analgesici sia la condotta più efficace nei pazienti con dolore addominale acuto.

Alla luce di questo ampio dibattito, l'argomento si sta affacciando anche nella realtà del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, e a questo proposito è stata effettuata un'analisi retrospettiva. Come viene gestito il paziente che si presenta al Pronto Soccorso con dolore addominale acuto? Che percezione hanno i pazienti del trattamento che viene loro riservato?

Queste informazioni sono state raccolte analizzando il data base del Pronto Soccorso negli accessi di un semestre (01/07/'07 - 31/12/'07), prendendo in esame 5 cause principali di dolore addominale acuto: "colica addominale", "colica renale", "appendicite", "dolore addominale diffuso" e "fecaloma". 1604 pazienti, che corrispondono al 5% degli accessi totali del periodo considerato, hanno presentato le 5 diagnosi.

Per quanto riguarda la misurazione del dolore in questa popolazione, purtroppo si riscontra l'assenza di valutazione nell'8% dei pazienti. Questi ultimi presentano un'età media più elevata: 56 anni (con valori compresi fra 27 anni e 88 anni) rispetto ai 32 anni (con valori compresi fra 1 anno e 88 anni) dei pazienti in cui il dolore è stato

misurato. Questo conferma come il dolore nelle persone più anziane sia spesso sottovalutato, mentre i bambini e gli adolescenti ricevono una più attenta valutazione del parametro dolore.

Il 64% dei pazienti con una delle 5 diagnosi analizzate hanno ricevuto un trattamento analgesico. Si osserva che all'assenza di valutazione corrisponde l'assenza di trattamento e che l'intensità maggiore del dolore agevola il trattamento.

Ma quali analgesici sono somministrati in presenza di dolore addominale? Dei pazienti trattati, 59% hanno ricevuto un oppioide debole spesso associato a paracetamolo, 40% un farmaco non oppioide, solo 1% dei pazienti ha ricevuto un oppioide forte. (Fig. 1) Pur considerando l'eterogeneità delle diagnosi, si osserva come il trattamento non sia ad oggi adeguato all'intensità del dolore.

Infine abbiamo analizzato la destinazione finale dopo l'iter diagnostico (ovvero la dimissione o il trasferimento presso reparti specialistici): questa non risulta direttamente proporzionale al parametro dolore. L'intensità del dolore non correla, quindi, con la prognosi, invitando, in ogni caso, ad un'attenta sorveglianza indipendentemente dal grado di dolore (Fig. 2).

Lo studio mette in luce l'attenzione del Pronto Soccorso verso i pazienti che presentano dolore addominale acuto, e le criticità che ancora non sono risolte. Per il dolore addomi-

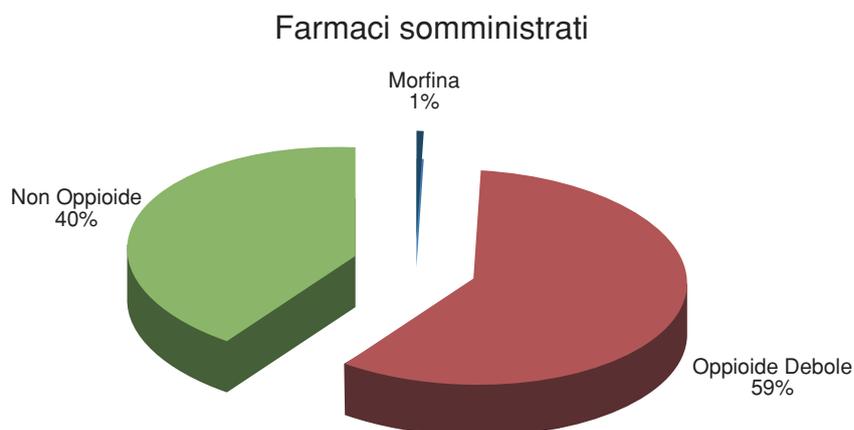


fig. 1

	Pazienti dimessi	Pazienti trasferiti in reparto specialistico
Dolore "atroce" e "forte"	29%	71%
Dolore "lieve" e "moderato"	35%	65%

fig. 2

nale, che costituisce un settore dell'intera galassia dolore nel Pronto Soccorso, ancora oggi non esiste un comportamento specifico ed univoco sia per la difficoltà sia per la molteplicità di diagnosi che esso rappresenta. Per quanto riguarda il suo trattamento, occorre valutare il costo-beneficio in termini d'esposizione temporale al sintomo e valenza specifica della tipologia di dolore. Affrontare questo problema fa emergere comunque numerosi spunti di riflessione sui quali lavorare per assicurare un adeguato pain relief:

- Misurazione sistematica dell'intensità del dolore addominale all'arrivo al Triage per tutti i pazienti, anche i più anziani, considerando che all'assenza di valutazione corrisponde l'assenza di trattamento.
- Pianificazione di protocolli antalgici specifici nelle diverse diagnosi di dolore addominale, dal momento che, seppur non codificate, alcune diagnosi ricevono un trattamento più pronto e frequente. Necessità di verificare l'esito del trattamento, attraverso rivalutazioni del dolore.
- Utilità di strategie condivise tra medici di Pronto Soccorso e chirurghi sia nei tempi di consultazione sia nella gestione della terapia antalgica allorché è necessario l'intervento specialistico.
- Considerare che non esiste una netta relazione tra intensità di dolore ed esito del paziente, pertanto, sempre, nel paziente con dolore addominale acuto è necessaria un'attenta sorveglianza.

Ci auspichiamo che queste strategie d'azione, una volta realizzate e applicate, contribuiranno a migliorare la qualità dell'assistenza nel Pronto Soccorso. Questa peraltro è un obiettivo del Programma "salute" della Regione Toscana; pertanto la soddisfazione degli utenti è periodicamente valutata attraverso indagini. Uno studio recente effet-

tuato su un campione di 5595 pazienti dei Pronto Soccorso selezionati dal Laboratorio MeS evidenzia un netto miglioramento degli utenti totalmente soddisfatti della qualità dell'assistenza, che passano dal 24.35% di una precedente indagine del 2006 al 39.47% del 2007, mentre diminuiscono quelli poco e per nulla soddisfatti, che scendono a 5.4% rispetto all'8% dello scorso anno. Si registrano ancora, tuttavia, carenze nell'accoglienza, soprattutto legate all'inadeguatezza dei

locali, il comfort della sala d'attesa risulta spesso deludente. Per quanto riguarda il sintomo dolore, i cittadini sono soddisfatti dell'attenzione ricevuta dal personale sanitario per controllarlo/attenuarlo, infatti, ben il 58,6% dei pazienti si ritiene "molto soddisfatto" e "totalmente soddisfatto" dall'attenzione ricevuta, come risulta dall'indagine condotta nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana dal Laboratorio MeS nel 2006.



Illustri anatomici italiani del Rinascimento

Nei decenni che seguirono la pubblicazione del *De humani corporis fabrica* di Vesalio (1543), possiamo dire che sorse una nuova classe di studiosi di medicina che si dedicarono con entusiasmo ad indagare, in modo sempre più approfondito, il corpo umano, contribuendo con le loro scoperte al progresso dell'anatomia. Inoltre, risultati straordinariamente notevoli furono compiuti, in campo descrittivo, con la rappresentazione, prima xilografica e poi calcografica, dell'esposizione anatomica. Nel vasto quadro di questa epoca, vogliamo ora ricordare due personaggi di particolare rilievo: Gabriele Falloppia (o Falloppio) e Girolamo Fabrici (o Fabrizio) d'Acquapendente.

Gabriele FALLOPPIA nacque a Modena nel 1523 da famiglia importante e nobile, che poco dopo si trasferì a Venezia. Dapprima autodidatta, seguì in seguito corsi regolari, studiando presso l'Ateneo di Ferrara avendo per maestro anche Antonio Musa Brasavola, interessandosi in particolare di anatomia. Laureatosi a soli 24 anni, nell'anno accademico 1547-48 ebbe l'incarico ufficiale di far lezione su Dioscoride. Fu allora che il granduca Cosimo I lo chiamò

allo Studio pisano per la cattedra di anatomia ed

anche come lettore di chirurgia e qui rimase negli anni 1548-50. In questo proficuo periodo pisano strinse importanti amicizie con noti scienziati del tempo, come Luca Ghini e Bartolomeo Maranta ed è a questo tempo che risalgono i suoi discussi esperimenti sull'efficacia dell'oppio ai condannati a morte (per questo fu accusato di praticare la vivisezione nell'uomo); studiò e raccolse piante specie sul monte di S. Giuliano, indi-

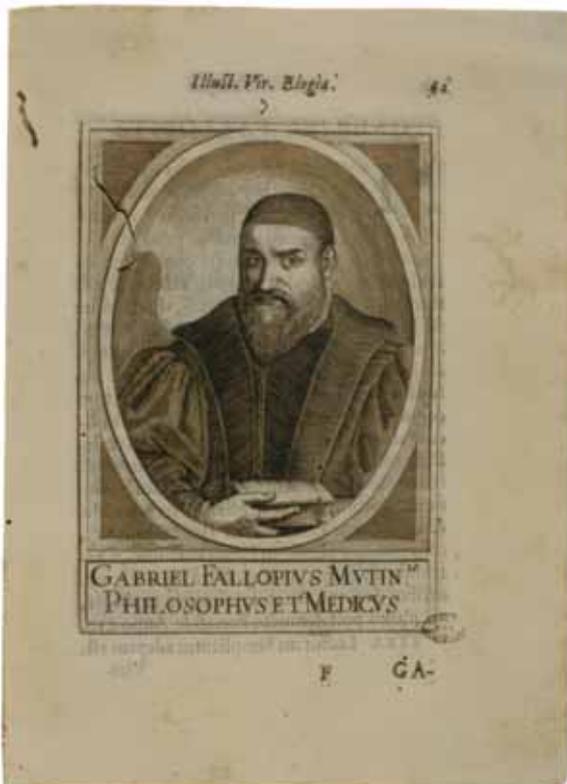
viduando fra l'altro la salsapariglia come utile mezzo di cura del morbo gallico.

Nel 1541, sollecitato in merito, si trasferì a Padova, col duplice incarico di lettore dei Semplici e di chirurgia, con l'obbligo anche di seguire dissezioni anatomiche, in cui dimostrò grandi capacità e qui rimase, riconfermato più volte; molto ammirate e seguite le sue lezioni ed in particolare le dimostrazioni di anatomia. Per la fama conseguita ed il suo grande sapere, ebbe una vasta clientela e più volte fu chiamato a curare molti personaggi nobili o famosi, specie della corte Estense e dei Gonzaga di Mantova; fu pure medico di papa Giulio III.

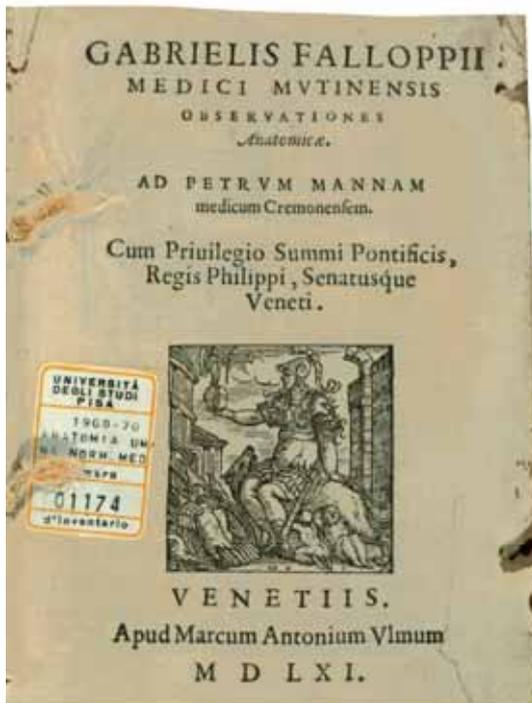
Nel 1547 iniziò per lui un periodo di



G. Falloppia, *Opera genuina omnia*, Venezia, 1606.

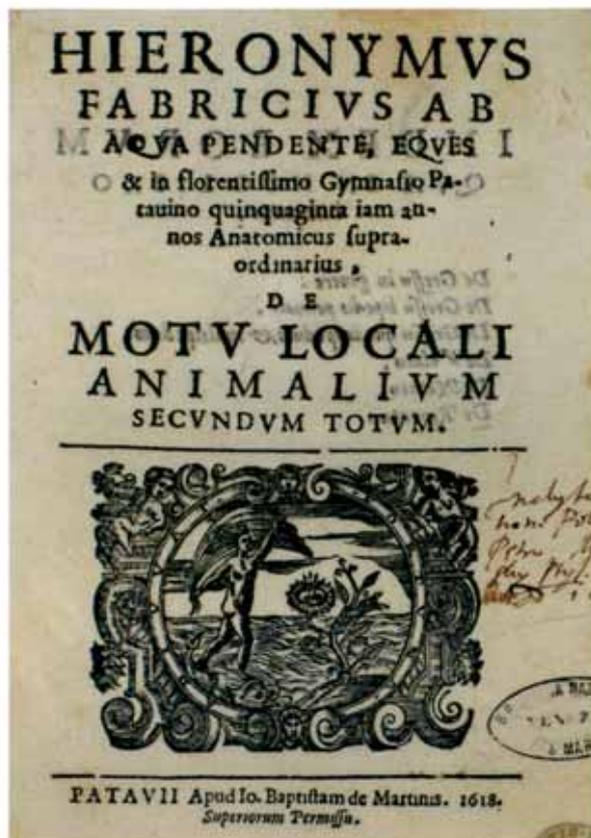


Ritratto di Gabriele Falloppia.



G. Falloppia, *Observationes Anatomicae*, Venezia, 1561.

stanchezza ed anche di malcontento verso lo Studio di Padova e ricorò allora di avere un insegnamento a Bologna di medicina pratica o teorica, interessando anche l'amico



G. Fabrici d'Acquapendente, *De motu locali animalium*, Padova, 1618.

Aldrovandi, ma la pratica fu ostacolata e non andò in porto.

All'inizio dell'ottobre 1566 si ammalò gravemente a Padova di "mal di punta" (una pleuropolmonite) e morì il giorno 9; fu sepolto dapprima nella basilica di S. Antonio e poi trasferito nel chiostro del Capitolo del Santo.

Gentile ed affabile nei modi, pacato nei giudizi, ebbe una vita breve ma intensa; studioso acuto e di grande valore, fece tante scoperte in campo anatomico, come quelle della corda

del timpano, delle trombe uterine, del n. trigemino; descrisse con precisione i condili dell'omero e del femore, dimostrò la funzione dei mm. intercostali ed individuò le vescicole seminali. Fu anche un grande chirurgo ed in questo campo ideò nuovi metodi di operare. Poche le sue opere stampate lui vivente; la maggior parte furono poi, dopo la sua morte, curate dai discepoli, trascritte dalle sue lezioni, ma purtroppo talvolta non corrette ed inesatte.

Fra gli scritti principali ricordiamo la *Expositio in librum Galeni de ossibus*, le *Observationes anatomicae* (l'opera più completa, pubblicata nel

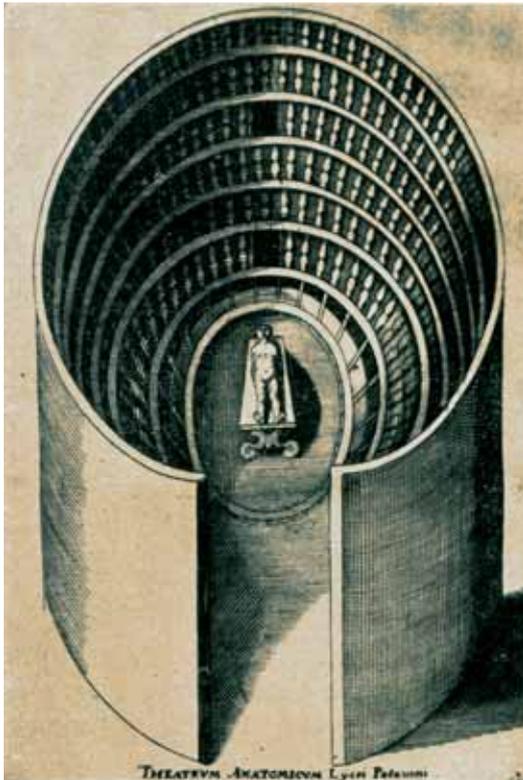


G. Fabrici d'Acquapendente, *De locutione et eius instrumentis liber*, Venezia, 1601.

1561); il *De morbo gallico* e il *De thermalibus aquis*.

Girolamo FABRICI D'ACQUAPENDENTE nacque in Acquapendente (località vicino a Viterbo) verso il 1533, da antica famiglia, ma decaduta, che si trasferì poi a Padova nel 1550; qui seguì gli studi di medicina, addottorandosi nel 1559, avendo fra gli altri come maestro il Falloppia che tanto lo stimava, da farsi da lui sostituire nelle lezioni quanto era assente.

Nel 1565 fu nominato lettore di chirurgia con lo stipendio annuo di 100 fiorini, rapidamente poi aumentati, all'inizio insegnando di inverno anatomia e chirurgia in primavera. Ebbe una vita difficile, specialmente per i ripetuti contrasti avuti con gli altri colleghi, che non volevano ammetterlo fra loro, ed anche in alcune occasioni con gli studenti della nazione germanica che più volte protestarono per le sue numerose assenze. Il suo carattere scontroso lo portò inoltre, sempre a Padova, ad una



Teatro anatomico di Padova.

lite con un altro medico del tempo, Eustachio Rudio, così violenta che fu costretto a girare armato per sua



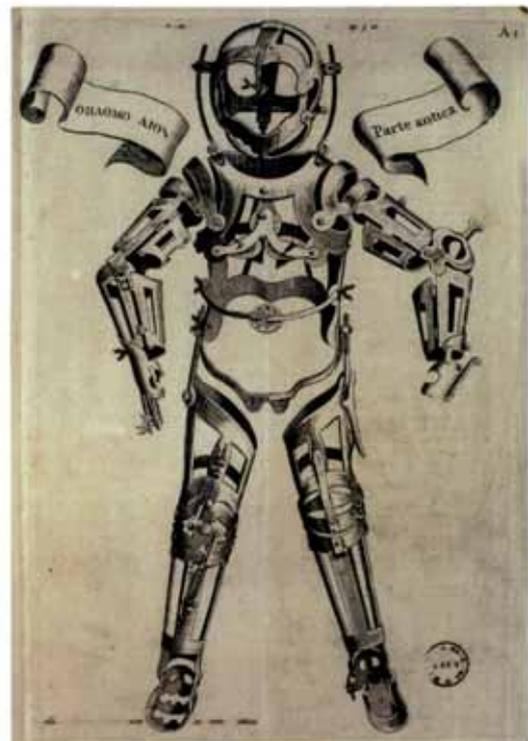
G. Fabrici d'Acquapendente, *Opera chirurgica*, Padova, 1647.

difesa. A sue spese fece costruire un teatro anatomico per le lezioni, per poter meglio illustrare le sue dissezioni; all'attività di insegnante, molto apprezzata e seguita, si unì quella di medico pratico, esercitata intensamente; importanti i consulti a cui fu chiamato, fra cui quelli con Galileo Galilei (di cui fu a lungo curante ed amico) e a Venezia per curare Paolo Sarpi. Questa intensa attività gli permise di accumulare grandi ricchezze.

Ebbe per moglie Violante Vidali, dalla quale però non ebbe figli, per cui alla morte lasciò il suo patrimonio (stimato in oltre 200.000 ducati) alla prediletta nipote Semidea. Presso il canale del Brenta, vicino a Padova, si fece costruire una splendida villa, chiamata la Montagnola, dove spesso si ritirava per riposare e dedicarsi ai suoi studi. Morì il 21 maggio 1619 e fu sepolto, come voleva, nel chiostro della chiesa di S. Francesco a Padova. Illustre anatomico, ideò di

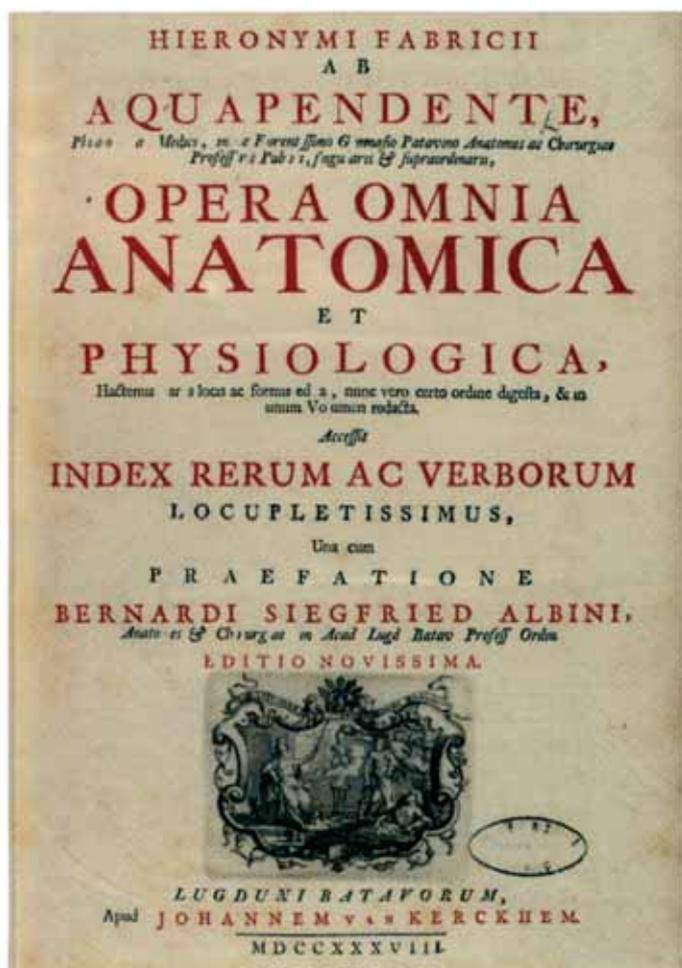


G. Fabrici d'Acquapendente, *Opera chirurgica*, Padova, 1666.



Apparecchi di protesi ideati da Fabrici.

realizzare una grande opera, *Totius animalis fabrica theatrum*, che però non riuscì a terminare; i vari suoi trattati pubblicati, sono dei capitoli



G. Fabrici d'Acquapendente,
Opera omnia anatomica et physiologica, Leida, 1738.

di questo grande progetto. Creatore dell'anatomia comparata, confrontava sistematicamente gli stessi organi nell'uomo e nelle varie specie animali, per vedere le differenze esistenti. Per questo fine, fece dipingere oltre 300 bellissime tavole anatomiche a colori, che alla fine della sua vita lasciò, per-
chè fossero conservate, alla libreria di S. Marco a Venezia, ove tuttora sono presenti.
Importanti i suoi contributi allo studio dell'orecchio, della voce, dell'occhio; si interessò anche di embriologia ma si oppose alle nuove idee sulla circolazione del sangue, rimanendo legato agli antichi autori. Interessanti anche i suoi studi in campo chirurgico.
Tutto dedito all'insegnamento e alla professione, attese alla pubblicazione delle sue opere solo nella vecchiaia, quando ebbe più tempo disponibile ma per questo molti suoi lavori rimasero manoscritti; ed altri stampati solo dopo la sua morte; fra quelli che furono editi in vita, ricordiamo il *Pentateuchos chirurgicum* del 1592, il *De visione, voce, auditu* del 1600 ed il *De venarum ostiolis*, il suo studio più famoso, del 1603, il *De formato foetu* ed i *Consilia medica*.

Vesalio e gli illustri anatomici italiani del Cinquecento

Jacopo Berengario da Carpi	(1480 ca.-1530)	Commentaria super anatomia Mundini Isagogae Breves
Giovanni Battista Canani	(1515-1579)	Muscolorum dissectio
Andrea Vesalio	(1514-1564)	Humani corporis fabrica Epitome anatomica
Realdo Colombo	(1510 ca.-1559)	De re anatomica
Gabriele Falloppia	(1523-1562)	Observationes anatomicae
Bartolomeo Eustachio	(1510 ca.-1574)	Opuscola anatomica Tabulae anatomicae (postume)
Giovanni Filippo Ingrassia	(1510 ca.-1580)	In Galeni librum de ossibus De tumoribus praeter naturam
Giulio Cesare Aranzio	(1530-1589)	De humani foetu libellus
Leonardo Botallo	(1530-1587)	De foramine ovali dissertatio De via sanguinis
Giovanni Battista Carcano Leone	(1536-1606)	Anatomici libri due
Giulio Cesare Casseri	(1552 ca.-1616)	De vocis auditusque Tabulae anatomicae
Gerolamo Fabrici d'Acquapendente	(1533-1619)	De venarum ostiolis De oculo, de aure et de larynge
Guido Guidi	(1500 ca.-1569)	De anatome corporis humani
Costanzo Varolio	(1543-1575)	De nervis opticis

La manovra fiscale estiva

La "MANOVRA FISCALE ESTIVA" è ormai operativa con tutte le sue novità. Nonostante il titolo, che ricorda le ferie e il sole di agosto, il pacchetto introduce sostanziali novità fiscali per professionisti, imprese, banche e assicurazioni, insomma niente a che vedere con le vacanze.

Ai professionisti è andata "quasi" bene: infatti le novità che li riguardano consistono sia in un alleggerimento burocratico che in una maggiore libertà nella operatività.

Nel dettaglio: è stato abolito l'odiato "Elenco Clienti e Fornitori" che per due annualità ha obbligato il libero professionista prima a trascrivere in fattura oltre ai dati anagrafici del proprio cliente persona fisica, anche il codice fiscale, quindi a trasmettere in via telematica al Fisco l'elenco di tutti i dati raccolti. La procedura, secondo l'Amministrazione Finanziaria, sarebbe dovuta servire a smascherare coloro i quali pur emettendo la fattura non provvedevano poi a registrarla nei libri contabili (e quindi a dichiararla). Ma come talvolta accade, l'adempimento è stato normato in maniera così complessa che in effetti non avrebbe portato ad alcun risultato utile nella lotta alla evasione fiscale.

L'altra gradevole novità è consistita nell'abrogazione dell'obbligo del limite alla possibilità di incassare i compensi per contanti (la norma previgen-

te prevedeva che dal 1 luglio 2008 la somma massima incassabile in contanti dal professionista fosse pari a € 500,00). Ma ancora: è stata abolita la "tracciabilità" dei compensi, ovvero l'obbligo di far affluire su un apposito conto corrente tutte le somme riscosse nell'esercizio dell'attività, ed a prelevare sempre da detto conto corrente le somme destinate al pagamento delle spese di studio. L'abrogazione dell'obbligo non implica però che i professionisti debbano chiudere il conto dedicato all'attività, conto che può rimanere di ausilio ad un'ordinata contabilità ed anche ad un ipotetico accerta-

mento bancario.

Un altro "ritorno al passato" si è avuto per quanto concerne il trasferimento di denaro contante con il limite portato a 12.499,99 € anziché a 4.999,99 €, e per gli assegni bancari che potranno tornare ad essere al portatore (se di importo inferiore a 12.500,00 €), salva l'applicazione dell'imposta di bollo di 1,50 € per ciascun assegno.

Infine, dopo i richiami della Corte di Giustizia UE in materia di Iva, e onde evitare ulteriori future censure europee, dal primo settembre 2008 il libero professionista potrà dedurre l'Iva sulle spese sostenute per

alberghi e ristoranti, se documentate con fattura. Per quanto concerne la percentuale di detraibilità di queste spese dal reddito, dal primo gennaio 2009 si passa dal 100% al 75%.

Per il momento sembrerebbe doveroso per i professionisti accontentarsi delle misure introdotte dalla Manovra dell'Estate 2008, considerato che sono stati alleggeriti di qualche incombenza e considerato soprattutto il fatto che il maggior gettito fiscale questa volta, dovrebbe essere garantito a spese dei contribuenti che operano nel settore petrolifero ed energetico, in quello del credito e delle assicurazioni, dei fondi immobiliari e delle cooperative.

Ma la Manovra d'Autunno.....?

(Fonte: "Il Sole 24 Ore")



Odontoiatria a Pisa: quale futuro?

Ogni anno perviene dal Ministero della Istruzione della Università e della Ricerca il Decreto con la determinazione del numero dei posti disponibili per le immatricolazioni al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Questa volta nel leggere la tabella ad esso allegata ho avuto un certo disappunto: posti disponibili per **Pisa 8**. Sono andato a vedere Siena, Firenze e le altre sedi nazionali (**Tab. 1**). Non contento ho svolto una ricerca tramite la segreteria FNOMCeO Ufficio Odontoiatri. Più che con le parole a me piace parlare con i fatti; pertanto vi allego le tabelle collegate ai relativi decreti ministeriali per l'anno accademico 2004/2005, 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008 e 2008/2009 (**Tab. 1, 2, 3, 4, 5**). Siamo tutti in grado di comprendere un così chiaro linguaggio di cifre. Per fermarci infine al solo ambito regionale, tralasciando le altre realtà nazionali, ho allestito una mia personale tabella riguardante appunto l'ultimo quinquennio e le tre università regionali (**Tab 6**).

Vi risparmio eventuali grafici per non impressionarvi ulteriormente.

Da dove discende tutto ciò? È un fatto determinato da "raccomandazioni", da maggior potere presente altrove o da altre ragioni? Una risposta possiamo sempre trovarla nel Decreto Ministeriale 01.07.2008, che in parte ometto (**Ail. 7**). Dalla sua lettura si comprende come il minor numero di posti attribuiti a Pisa durante la ripartizione su base nazionale è da imputare ad una carenza strutturale rispetto ad altre sedi, in altre parole ad una carenza di investimenti. Gli investimenti da chi dovevano essere programmati ed attuati? I capitali a disposizione c'erano o no? Se sono stati stanziati dove e come sono sta-

Tabella 1: Posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica/magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria anno accademico 2008-2009

Università	Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26
Bari	35
Bologna	28
Brescia	17
Cagliari	19
Catania	22
Chieti	36
Ferrara	13
Firenze	22
Foggia	13
Genova	28
L'Aquila	13
Messina	24
Milano	52
Milano "Bicocca"	19
Milano Cattolica "S. Cuore"	20
Modena e Reggio Emilia	15
Napoli "Federico II"	18
Napoli Seconda Università	23
Padova	28
Palermo	15
Parma	18
Pavia	19
Perugia	4
Pisa	8
Politecnica delle Marche	22
Roma "La Sapienza" I Facoltà	57
Roma "Tor Vergata"	31
Sassari	19
Siena	21
Torino	38
Trieste	15
Varese Insubria	19
Verona	17
Totale	748

ti utilizzati? Sono molte le domande oltre le suddette che mi vengono in mente, ma forse verranno in mente fra qualche tempo anche ai cittadini della provincia di Pisa e della Toscana tirrenica, allorquando saremo giunti alla fine di questa discesa. Per questi motivi ed altri ancora, mi preme fare un appello in difesa del-

la Clinica Odontoiatrica di Pisa, dei suoi docenti, del livello qualitativo dei futuri colleghi odontoiatri. Quanti hanno responsabilità politiche locali o regionali, accademiche o di altra natura, tali da poter influire su questo pericoloso degrado culturale e professionale spero che si diano una mossa. Anche se ognuno di loro,

preso singolarmente, potrà ritenersi in coscienza incolpevole, spero che non cominci il solito gioco dello scarica barile o del cerino più corto. La preparazione qualitativa e quantitativa dei futuri odontoiatri a Pisa è nelle loro mani. Mi auguro inoltre che non si perda ulteriormente tempo e non si chiuda la porta della nostra stalla

Tabella 2: Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso ai corsi di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria / Classe 52/S / anno accademico 2004-2005

Università	<i>Comunitari e non comunitari di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>	<i>Non comunitari non ricompresi nella legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>
Bari	45	1
Bologna	30	2
Brescia	20	0
Cagliari	20	0
Catania	25	1
Catanzaro	25	5
Chieti	50	5
Ferrara	14	0
Firenze	23	2
Genova	30	0
L'Aquila	30	2
Messina	30	10
Milano	60	1
Milano "Bicocca"	20	0
Milano Cattolica "S. Cuore"	25	0
Modena e Reggio Emilia	15	0
Napoli "Federico II"	22	3
Napoli Seconda Università	24	6
Padova	30	0
Palermo	30	0
Parma	18	2
Pavia	20	2
Perugia	22	2
Pisa	30	1
Politecnica delle Marche	25	0
Roma "La Sapienza" I Facoltà	60	1
Roma "Tor Vergata"	33	0
Sassari	25	3
Siena	29	1
Torino	40	2
Trieste	16	0
Varese Insubria	20	1
Verona	25	0
Totale	931	53

Tabella 3: Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria / classe 52/S / anno accademico 2005-2006

Università	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>	Università	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>
Bari	37	Napoli "Federico II"	22
Bologna	30	Napoli Seconda Università	24
Brescia	20	Padova	30
Cagliari	20	Palermo	30
Catania	25	Parma	18
Catanzaro	20	Pavia	20
Chieti	45	Perugia	22
Ferrara	14	Pisa	28
Firenze	23	Politecnica delle Marche	25
Foggia	8	Roma "La Sapienza" I Facoltà	60
Genova	30	Roma "Tor Vergata"	33
L'Aquila	18	Sassari	25
Messina	16	Siena	29
Milano	60	Torino	40
Milano "Bicocca"	20	Trieste	16
Milano Cattolica "S. Cuore"	25	Varese Insubria	20
Modena e Reggio Emilia	15	Verona	25
Anno Accademico 2005-2006 Totale 893			

Tabella 4: Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria / classe 52/S / anno accademico 2006-2007

Università	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>	Università	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26</i>
Bari	37	Napoli "Federico II"	22
Bologna	30	Napoli Seconda Università	24
Brescia	20	Padova	30
Cagliari	20	Palermo	22
Catania	25	Parma	10
Catanzaro	10	Pavia	20
Chieti	45	Perugia	15
Ferrara	8	Pisa	14
Firenze	23	Politecnica delle Marche	15
Foggia	18	Roma "La Sapienza" I Facoltà	60
Genova	30	Roma "Tor Vergata"	33
L'Aquila	16	Sassari	25
Messina	25	Siena	27
Milano	19	Torino	40
Milano "Bicocca"	20	Trieste	16
Milano Cattolica "S. Cuore"	25	Varese Insubria	11
Modena e Reggio Emilia	6	Verona	18
Anno Accademico 2006-2007 Totale 779			

Tabella 5: Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica/magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria / classe 52/S / anno accademico 2007-2008

Università	Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26	Università	Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26
Bari	35	Napoli "Federico II"	21
Bologna	28	Napoli Seconda Università	23
Brescia	17	Padova	28
Cagliari	19	Palermo	15
Catania	22	Parma	10
Catanzaro	10	Pavia	19
Chieti	42	Perugia	4
Ferrara	13	Pisa	14
Firenze	22	Politecnica delle Marche	24
Foggia	10	Roma "La Sapienza" I Facoltà	57
Genova	28	Roma "Tor Vergata"	31
L'Aquila	25	Sassari	19
Messina	24	Siena	24
Milano	52	Torino	38
Milano "Bicocca"	19	Trieste	15
Milano Cattolica "S. Cuore"	24	Varese Insubria	19
Modena e Reggio Emilia	14	Verona	17
Anno Accademico 2007-2008 Totale 782			

Tabella 6: Determinazione del numero dei posti disponibili per l'accesso ai corsi di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Università	Anno Accademico	Comunitari	Non comunitari
Firenze	2004-2005	23	2
	2005-2006	23	
	2006-2007	23	
	2007-2008	22	
	2008-2009	22	
Pisa	2004-2005	30	1
	2005-2006	28	
	2006-2007	14	
	2007-2008	14	
	2008-2009	8	
Siena	2004-2005	29	1
	2005-2006	29	
	2006-2007	27	
	2007-2008	24	
	2008-2009	21	

quando i buoi saranno del tutto usciti. Il numero chiuso è un processo a mio giudizio corretto anche dal punto di vista qualitativo, se ben applicato, ma non può essere una rendita

parassitaria. Inoltre - da ultimo - teniamo conto che mentre noi applichiamo alla nostra maniera il numero chiuso, un buon numero di italiani e/o di stranieri ottiene lauree non

formative e conseguite più o meno correttamente in paesi extracomunitari od anche comunitari aggirando il suddetto ostacolo sempre più di frequente.

Definizione posti disponibili per ammissioni corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria



... *OMISSIS*...

VISTA la rilevazione del fabbisogno nazionale, relativo alla professione di odontoiatra per l'anno accademico 2008-2009, effettuata dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ai sensi dell'art.6 ter del D.L.gs. n.502/1992 e successive modifiche;

VISTA l'offerta formativa potenziale deliberata dagli organi accademici con espresso riferimento ai parametri di cui all'articolo 3, comma 2, lettere a), b), c) della richiamata legge n .264; VISTE le considerazioni condivise dal Tavolo tecnico istituito con decreto 25 febbraio 2008 in vista della programmazione dei corsi universitari per il prossimo anno accademico, di cui fanno parte i rappresentanti del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, del Comitato nazionale di valutazione del sistema universitario, dell'Osservatorio delle Professioni sanitarie, i Presidenti delle Conferenze dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Medicina Veterinaria, della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e della Federazione degli Ordini dei Veterinari Italiani;

RITENUTA, in particolare la opportunità di definire l'offerta formativa degli Atenei correlandola alla richiamata rilevazione attraverso una progressiva riduzione su base pluriennale;

RITENUTO di condividere che la formazione professionale degli odontoiatri richieda esercitazioni specifiche e che, allo scopo, debba risultare indispensabile l'effettivo utilizzo da parte degli studenti di dotazione tecnica (poltrone attrezzate, c.d. riuniti), atta a garantire una formazione di qualità e il cui rapporto ottimale si ritiene debba essere di almeno un "riunito" per ogni studente;

RITENUTO, pertanto, di dover considerare il fattore di criticità risultante dall'anno di fabbricazione di alcuni "riuniti", la percentuale del loro utilizzo quando trattasi di poltrone attrezzate in convenzione e la loro ubicazione in strutture poste a distanza dalla sede del corso di laurea, quali elementi che incidono in maniera preponderante per la formazione clinica professionalizzante;

RITENUTO di dover determinare per l'anno accademico 2008/2009 il numero dei posti disponibili a livello nazionale per l'ammissione al corso di laurea specialistica/magistrale in odontoiatria e protesi dentaria;

RITENUTO di dover disporre la ripartizione dei posti stessi tra le università;

DECRETA:

Art. 1

1. Limitatamente all'anno accademico 2008/2009, i posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni al corso di laurea specialistica/ magistrale in odontoiatria e protesi dentaria sono determinati in numero di 802.

Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 1 luglio 2008

f.to IL MINISTRO
Mariastella Gelmini

Bollettino Odontoiatrico

Gia avevamo anticipato nel precedente numero di Pisa Medica che con il Decreto Legge del 18 giugno 2008 il Consiglio dei Ministri aveva introdotto importanti novità che coinvolgono la professione odontoiatrica e che ora siamo in grado di indicare con più precisione.

STRUMENTI DI PAGAMENTO E TRACCIABILITA'

- torna a 12.500 il limite per i pagamenti in contanti, assegni trasferibili e il saldo dei libretti al portatore;
- eliminato l'obbligo di inserire il codice fiscale del girante nella girata degli assegni trasferibili;
- è stato eliminato l'obbligo per i professionisti di avere uno o più conti correnti bancari o postali ai quali fare affluire le somme riscosse nell'esercizio dell'attività e dai quali effettuare i prelevamenti per il pagamento delle spese;
- è stato eliminato il limite per la ri-

scossione dei compensi in denaro nell'esercizio di arti e professioni.

APPLICABILITA' DEGLI STUDI DI SETTORE ED ELIMINAZIONE ELENCO CLIENTI E FORNITORI

- gli accertamenti in base agli studi di settore sono possibili dal periodo di imposta in cui entrano in vigore;
- dovranno essere pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale entro il 30 settembre del periodo d'imposta in cui entrano in vigore con proroga al 31 dicembre per l'anno in corso;
- eliminato l'obbligo di presentare l'elenco clienti e fornitori, nessuna sanzione per chi non lo ha presentato lo scorso mese di aprile.

LIBRO UNICO DEL LAVORO

- viene istituito il "libro unico del lavoro" da compilare entro il 16 di ogni mese, e vengono abrogati il libro matricola e il libro paga;
- il nuovo libro unico dovrà essere istituito dai datori di lavoro del settore

privato e dovrà contenere tutte le informazioni relative ai lavoratori subordinati, ai co.co.co. ed agli associati in partecipazione con apporto lavorativo;

la consegna della vecchia busta paga verrà sostituita con la copia di un foglio del libro unico;

le sanzioni pecuniarie in caso di violazione sono le seguenti: da 500 a 2500 € per chi non predispose il libro unico; da 200 a 2.000 € per chi non esibisce il libro unico agli organi di vigilanza; da 250 a 2.000 € per i consulenti del lavoro/commercialisti che non esibiscono entro 15 giorni agli organi di vigilanza i documenti in loro possesso; la sanzione per i recidivi varia da 500 a 3.000 €.

ADEMPIMENTI DEL DATORE DI LAVORO

- i documenti di lavoro possono essere tenuti oltre che dai consulenti del lavoro dai commercialisti e dagli avvocati;

- al momento dell'assunzione il datore di lavoro non dovrà più consegnare al lavoratore una dichiarazione con i dati della registrazione fatta sul libro matricola (abrogato) ma una copia della comunicazione di instaurazione del rapporto di lavoro (è sufficiente per adempiere all'obbligo consegnare una copia del contratto di lavoro).

RINNOVO DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DEI DIPENDENTI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

L'accordo prevede, dal punto di vista economico un aumento lordo di circa il 6,7% (riconosciuto in due tempi: maggio ed ottobre). Con la busta paga del mese di luglio 2008 verranno erogati gli arretrati delle mensilità maggio, giugno e 14.a.



La Regione Toscana leader nella terapia del dolore e cure palliative

Intervista con il Professor Paolo Poli, Primario UO Terapia Antalgica Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

A che punto siamo nel controllo del dolore in Italia?

Una indagine eurisko commissionata nel 2007 dall' AISD (Associazione Italiana Studio Dolore) ha messo in evidenza come il 4% della popolazione Italiana soffra di dolore cronico non oncologico! Si parla di 2 milioni di persone!! Se a questi aggiungiamo anche i pazienti affetti da dolore da cancro si arriva a 2,5 milioni di Italiani che soffrono di dolore cronico!! Questi sono i numeri.

Eppure avete mai visto uno spot "pubblicità progresso" sul controllo del dolore? Si scrivono libri, si fanno congressi (anche troppi!!) ma il concetto di dolore malattia e di come

curarlo resta relegato ai soli "addetti" ed i pazienti affetti da dolore cronico non sanno neppure che esistono in Italia reparti ed Unità Operative dove si studia e si cura il dolore.

Spesso vengono organizzati congressi e riunioni, nemmeno degli addetti ai lavori, ove vengono lanciati proclami demagogici sulla lotta al dolore mischiando in un unico "calderone" il dolore, la sofferenza, le cure palliative, la leniterapia... e chi più ne ha più ne metta, solo allo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica..... o vendere un libro sul dolore.

In realtà questi avvenimenti generano più confusione che altro perché non fanno chiarezza sul problema dolore e non forniscono reali indicazioni per il suo trattamento.

Secondo lei quale dovrebbe es-

sere la finalità ?

Prima di tutto un'informazione corretta, che possa far capire la differenza tra terapia del dolore, cure palliative, e cure di fine vita scindendo l'aspetto prettamente clinico da quello morale ed etico.

Coinvolgere sempre di più i medici di medicina generale che sono la prima e più importante risorsa della nostra sanità.

Come vede lei la presenza del volontariato nella lotta al dolore?

Il volontariato è un bene prezioso della nostra realtà che è, e deve essere sempre più coinvolto, ma è obbligatorio che vengano mantenuti i ruoli che a ciascuno competano. In altre parole il volontariato non deve sostituirsi al ruolo che hanno le società scientifiche nella scelta dei trat-



tamenti terapeutici attraverso linee guida e protocolli condivisi.

Quali sono le novità nella terapia del dolore?

Sicuramente la terapia personalizzata. Da oltre 4 anni ci siamo indirizzati, insieme al Prof. Roberto Barale nella ricerca di trattamenti farmacologici personalizzati per il controllo del dolore attraverso lo studio genetico; e le nostre fatiche sono state coronate dal successo avendo scoperto un ulteriore meccanismo genetico che regola la risposta al trattamento del dolore con l'uso della morfina. Questa scoperta pubblicata su una delle più importanti riviste specialistiche del mondo ha aperto nuovi orizzonti per il trattamento del dolore cronico oncologico e non oncologico; ma non ci siamo fermati ed adesso stiamo procedendo nella nostra ricerca valutando la risposta individuale ad altri oppioidi quali l'ossicodone (oxicotin) e l'idromorfone (jurnista).

Tutto questo dimostra che, anche le aziende che producono e distribuiscono i farmaci oppioidi dovrebbero investire maggiormente nella ricerca invece di distribuire il denaro per convegni e riunioni che servono esclusivamente ad appagare il singolo desiderio di vanagloria.

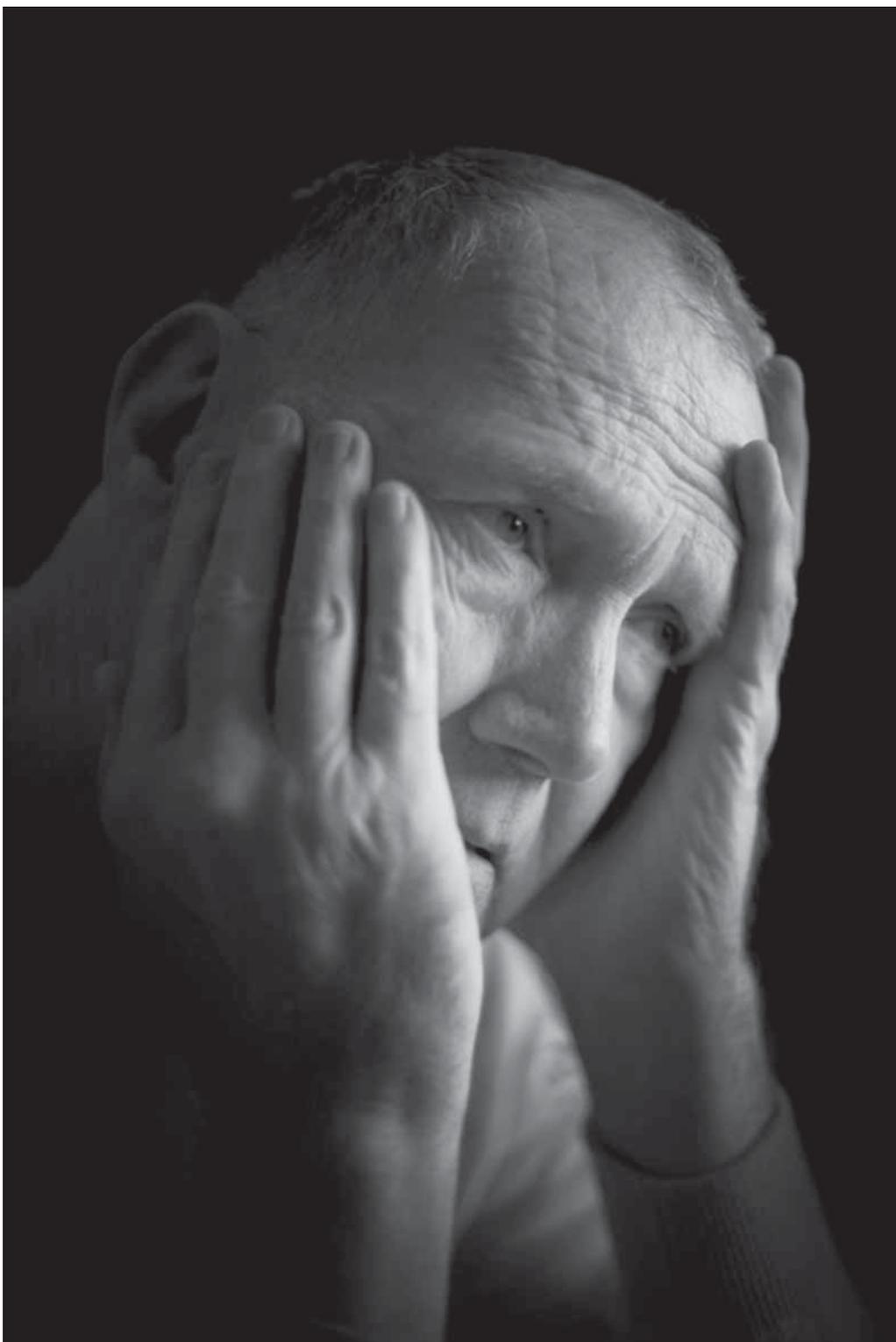
Qual è la situazione del controllo del dolore in Toscana?

La Toscana in questo

Sistema Sanitario Nazionale variegato è stata anche in questo campo la regione Leader in Italia. Infatti la classe politica regionale ha compreso fin dall'inizio la differenza tra la terapia del dolore e le cure palliative e con grande intuito, preveggenza e sensibilità ha scisso le due specialità dando vita alla prima Unità Opera-

tiva Complessa di Terapia del dolore a Pisa ed alla prima Unità Operativa Complessa di Cure Palliative a Livorno.

Speriamo che questa "politica illuminata" continui così da assicurare a tutti i cittadini toscani una uniformità di assistenza in tutta la nostra regione.



IFC: un Istituto alla ricerca dell'innovazione e della sostenibilità

Intervista al dott. Eugenio Picano, nuovo direttore dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.

Cos'è l'Istituto di Fisiologia Clinica oggi, a 40 anni dalla sua fondazione?

L'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) è oggi costituito da circa 250 unità di personale (a tempo indeterminato e determinato), di cui 2/3 operanti nella sede centrale di Pisa all'interno dell'Area di Ricerca del CNR e le altre dislocate nelle sedi di Massa, Lecce, Milano, Siena e Roma. L'infrastruttura dell'IFC si articola in 4 grandi aree di competenza scientifica finalizzate

alla ricerca da quattro prospettive diverse e complementari: la medicina sperimentale e fisiologia clinica; la biologia, biochimica e medicina molecolare; le scienze di base e tecnologiche per la ricerca medica; l'epidemiologia e servizi sanitari. E' una coalizione multiculturale e intellettualmente multi-etnica, dove coesistono medici, biologi, ingegneri, fisici, chimici, informatici in gioiosa, pacifica, creativa coabitazione. L'attuale struttura dell'Istituto è frutto della visione del fondatore, il Professor Luigi Donato, che già nel 1968 ebbe l'intuizione di preparare il terreno di coltura dell'innovazione scientifica attraverso la multidisciplinarietà.

Quali rapporti ha IFC con la neo-

nata Fondazione Gabriele Monasterio della Regione Toscana?

L'Istituto affronta oggi una transizione amministrativa che apre anche un'opportunità culturale. Con la nascita della Fondazione Gabriele Monasterio (FGM), congiuntamente voluta da CNR e Regione Toscana per consolidare e istituzionalizzare la specificità dell'Istituto di ponte tra laboratorio e paziente, IFC si spoglia delle attività cliniche (affidate a FGM). IFC è dunque oggi arricchito dal vincolo istituzionale con FGM, che garantisce accesso illimitato a condizioni cliniche particolari (dalle cardiopatie congenite allo scompenso cardiaco avanzato), ma non più appesantito dai carichi amministrativi della routine clinica. FGM

Eugenio Picano – Sintesi CV

Nato a Cassino (Frosinone) il 10 ottobre 1958; laureato in Medicina e Chirurgia nel luglio 1981 (Università di Pisa). Diploma (1981) e Perfezionamento post-laurea (1984) presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Studi Universitari e Perfezionamento di Pisa. Specialista in Cardiologia (1984) e Dottore di Ricerca in Fisiopatologia Cardiovascolare (1988). Già Ricercatore (1988-2000), primo ricercatore (2000-2001) e Dirigente di Ricerca (2001-2008) del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Direttore del Laboratorio di Ecocardiografia dell'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa (1997-2008) e Direttore Scientifico della Cardiologia nella Clinica Cardiologica MonteVergine di Mercogliano (2003-2008), è attualmente (dal 16 settembre 2008) Direttore dell'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa.

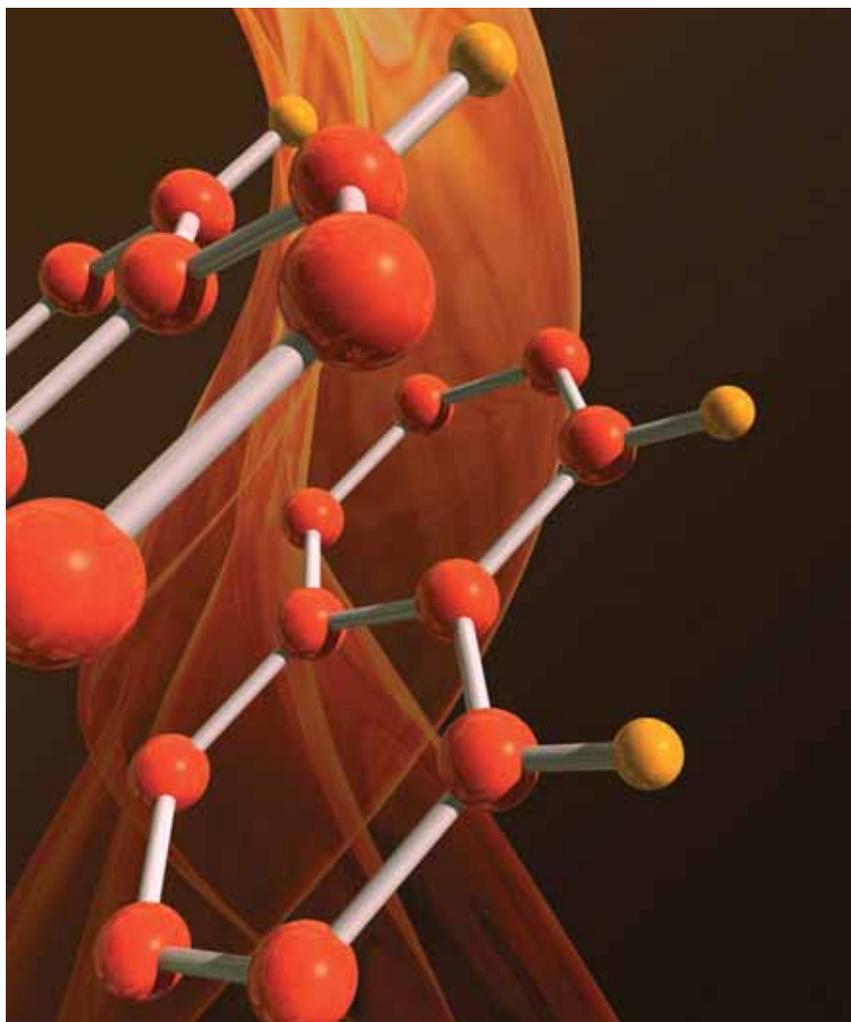
Autore di circa 280 articoli originali su riviste scientifiche internazionali per un Impact Factor cumulativo globale circa 900. Ha ricevuto numerosi premi e riconoscimenti per la sua attività per dotazione complessiva di oltre 50,000 euro. Ha partecipato come relatore a invito e moderatore, da oltre 20 anni, a tutti i maggiori congressi cardiologici mondiali. Principal investigator di progetti con finanziamenti (da società scientifiche, industrie, comunità europea, privati) per oltre 3 milioni di euro negli ultimi 5 anni.

Autore di 6 monografie, tradotte in varie lingue, tra cui *Stress echocardiography* (1a edizione 1992, 4a edizione 2004) edito da Springer Verlag in italiano, inglese, francese, spagnolo, portoghese. È il ricercatore italiano più frequentemente citato nella letteratura scientifica internazionale nel settore diagnostica per immagini cardiovascolare (fonte: Institute of Scientific Information).

Nel campo "Scienza e Società", ha scritto due libri: "La dura vita del beato porco" (Pensiero Scientifico editore, Roma 2002, alla terza ristampa) sulle carriere, cattedre e concorsi nella ricerca biomedica italiana; con Paolo Cornaglia-Ferraris il più recente "Malati di spreco" (Laterza ed., Bari, Aprile 2004), sulle implicazioni mediche economiche e ambientali di una nuova sanità sostenibile.

senza IFC è cieca, una clinica ospedaliera ad alto volume; IFC senza FGM è vuota, ricerca tecnicamente dolce senza ancoraggio clinico. Sono quindi angeli con un'ala sola, e per volare nei cieli dell'innovazione sono costrette a restare abbraccia-

valorizzino culture multidisciplinari, come richiede lo standard qualitativo della ricerca scientifica e tecnologica. I grandi argomenti d'interesse dell'Istituto hanno un ovvio impatto sociale, e sono rappresentati dall'aterosclerosi coronarica, lo



te. Non a caso i due padroni (il CNR di IFC, la Regione Toscana di FGM) le hanno volute federate in un patto operativo che, se compiutamente realizzato, permetterà di avere in Toscana un "Comprehensive Cardiovascular Center" con opportunità assistenziali e scientifiche senza uguali.

Verso quali temi si orienterà l'Istituto?

In futuro, bisognerà identificare poche grandi aree tematiche di sviluppo che uniscano la troppo frammentata realtà di ricerca e che

scompenso cardiaco, le cardiopatie congenite, la medicina ambientale. Questi argomenti possono essere oggi studiati in IFC in maniera integrata, dagli aspetti molecolari a quelli cellulari, dai modelli sperimentali all'integrazione neuroendocrina, polmonare e metabolica, dalla clinica all'epidemiologia, dalla modellistica matematica all'innovazione bioingegneristica, e sempre con il supporto delle tecnologie più avanzate e con un forte, continuo riferimento alla centralità del paziente – da cui tutto parte e a cui tutto deve tornare in termini d'innovazione, culturale e industriale.

Dal punto di vista della ricerca nella gestione dei servizi sanitari, quale sarà l'interesse principale dell'Istituto?

L'appropriatezza degli atti medici sarà in particolare uno snodo fondamentale per la sopravvivenza stessa nel nostro attuale sistema sanitario. La nostra generazione di medici è forse l'ultima che ha potuto permettersi il lusso di prescrivere in assoluta libertà, nell'assenza totale di verifiche e controlli di appropriatezza, senza conoscere o addirittura negando i rischi, e trascurando i costi. Questo è un lusso, economico e intellettuale, che probabilmente oggi non ci possiamo più concedere. La ricerca della sostenibilità era ieri una scelta, ma è oggi un obbligo. Una quota significativa della ricerca in IFC sarà orientata in questa direzione, speriamo con il supporto della regione Toscana, che ha appunto identificato l'appropriatezza come una delle quattro parole chiave del piano sanitario regionale.

Quali sono i rapporti, a volte in passato tempestosi, con l'Università?

Direi ottimi, con tutti. Oggi non conviene a nessuno applicare a cose serie come la sanità e la ricerca la logica del Palio (non è importante che vinca io, ma che perda il mio vicino). Se tutti insieme - Università e CNR, sanità pubblica e privata, governo e industria - facciamo sistema per risolvere i problemi senza logiche di appartenenza, nessun traguardo scientifico e assistenziale è precluso alla sanità toscana – potenzialmente (per qualità e ricchezza delle risorse umane, tecnologiche ed economiche) tra le migliori in assoluto. Di questo sistema IFC è orgoglioso di far parte da sempre, e vuole contribuire a migliorarlo ulteriormente. In fondo, tutti noi (Università, CNR, sistema sanitario regionale) utilizziamo cospicue risorse pubbliche, e dobbiamo cercare di presentare un resoconto soddisfacente dell'uso di queste risorse al nostro unico, vero padrone: il paziente.

Lo scompenso cardiaco a Pisa: dalla previsione alla prevenzione

Negli ultimi anni si è registrato in tutti i paesi industrializzati un incremento impressionante dei casi di scompenso cardiaco.

A questa "pandemia" di scompenso hanno contribuito molteplici fattori come l'innalzamento dell'età media della popolazione ed il miglioramento delle condizioni sociali che hanno ridotto le patologie infettive ma anche, paradossalmente i successi ottenuti nella terapia delle sindromi coronariche acute ed in particolare dell'infarto miocardico. Infatti, la diffusione e l'efficacia delle terapie ripercussive fa sì che molti pazienti sopravvivano alla fase acuta dell'infarto, ma poi una quota rilevante, almeno un quarto, è destinata a sviluppare un quadro di scompenso

cardiaco.

Se si considera che in Italia i nuovi casi di infarto sono circa 250.000 all'anno, si fa presto a fare i conti: almeno 50.000 nuovi casi di scompenso ogni anno.

E purtroppo si tratta di una condizione morbosa estremamente pesante sia per il paziente che per la comunità. Basti considerare che lo scompenso è una malattia gravata da una mortalità ed una morbilità molto elevata e che lo scompenso è la prima causa di ricovero negli ospedali italiani. E la maggior parte dei pazienti si ricovera di nuovo entro sei mesi dalla dimissione.

Bastano questi elementi per far capire quanto sia importante il carico che questa patologia comporta per il sistema sanitario sia nella compo-

nenente ospedaliera che territoriale. Infatti anche i medici di medicina generale sono chiamati a gestire quotidianamente cocktails farmacologici sempre più complessi in pazienti sempre più fragili.

Ed a proposito di terapie, se è vero che ci sono stati apprezzabili progressi, è anche vero che si tratta di progressi più significativi sul piano statistico che sul piano clinico, con prolungamenti della aspettativa di vita di entità limitata e non sempre accompagnati da apprezzabili miglioramenti della qualità di vita.

Insomma, lo scompenso cardiaco è una delle sfide più impegnative per la medicina moderna.

La Cardiologia universitaria pisana non poteva ovviamente non impegnarsi a fondo in questo settore, e da sempre si sforza di assicurare ai propri pazienti i percorsi diagnostici più moderni e le risorse terapeutiche più efficaci, sia all'interno delle proprie strutture sia proiettandosi all'esterno dei tradizionali confini ospedalieri per collaborare con le strutture territoriali nella gestione di questi malati.

E per la Cardiologia Universitaria pisana lo scompenso cardiaco rappresenta anche una delle aree principali di ricerca. Uno dei progetti di maggior impegno, su cui si



lavora da oltre dieci anni, è quello della prevenzione dello scompenso, in particolare dello scompenso post-ischemico.

La base di partenza è il legame fisiopatologico tra il danno subito dal muscolo cardiaco nella fase acuta dell'infarto ed il successivo sviluppo dello scompenso. Partendo da questa convinzione, sono state prese in considerazione una serie di misure volte a ridurre il danno miocardico, cioè a limitare le dimensioni dell'infarto e quindi teoricamente a prevenire l'evoluzione verso lo scompenso.

Dopo una approfondita revisione dei dati disponibili all'epoca, fu individuata la somministrazione intracoronarica di adenosina in corso di angioplastica primaria come promettente strategia di protezione del miocardio. Dopo alcune verifiche in modelli sperimentali, fu progettato e realizzato uno studio clinico i cui risultati, pubblicati ormai otto anni fa, furono estremamente incoraggianti tanto da stimolare altri laboratori, al di qua ed al di là dell'Atlantico, a perseguire strategie analoghe.

Nel frattempo, ricerche condotte in modelli sperimentali hanno chiarito meglio sia i meccanismi del danno da ischemia/riperfusionem sia i meccanismi della azione protettiva della adenosina ed altri farmaci.



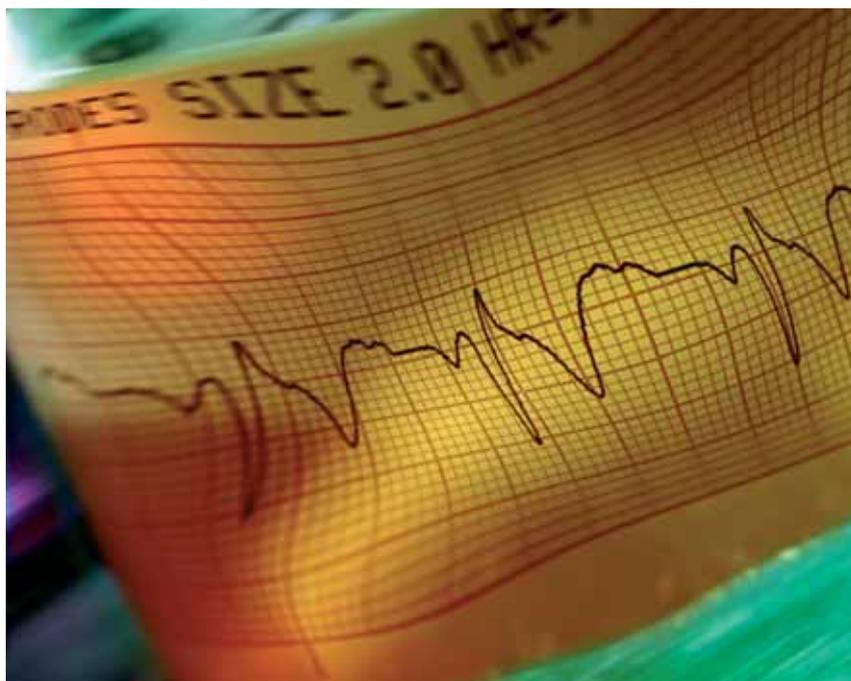
Per esempio oggi sappiamo che l'estensione dell'infarto è determinata non solo dalla gravità della ischemia ma anche dalla stessa ri-perfusione e sappiamo che è proprio su questa quota che agisce l'adenosina.

Tornando al nostro lavoro quotidiano, le attuali strategie di trattamento dell'infarto nel nostro Reparto non si limitano solo a ri-perfondere il più precocemente ed efficacemente possibile il muscolo ischemico, ma associano alla ri-perfusione misure di protezione per prevenire i danni che sarebbero inevitabilmente indotti dalla ri-perfusione.

In parole povere, cerchiamo di preoccuparci non solo "dell'oggi" del paziente ma anche del suo "domani".

Questo ci impegna ad una costante attenzione a tutte le proposte ed a tutte le ipotesi avanzate in questo settore ed ad un lavoro continuo di verifica, validazione e confronto di queste proposte.

Per esempio, nei prossimi giorni partirà la sperimentazione di una tecnica di ri-perfusione graduale che in alcuni modelli animali ed in alcuni studi preliminari ha dato buoni risultati. Il termine di confronto sarà sempre l'adenosina, in un disegno sperimentale randomizzato a blocchi paralleli.



Sordità: un problema sociale

In questo nuovo anno sociale 2008-2009 la sordità con tutti i suoi risvolti medici e sociali sarà l'argomento del nostro programma di educazione sanitaria sia a livello nazionale che locale.

Nei giorni 26, 27, 28 settembre si è svolto il XV SEMINARIO NAZIONALE a Bari e in tale occasione si è già affrontato in sede nazionale l'argomento della sordità sia come problema medico che sociale.

La scelta di questo tema per il programma di educazione sanitaria è stato dettato dalla volontà di sostenere la Giornata Nazionale per la Lotta alla Sordità indetta per il giorno 29 ottobre 2008 dalla Associazione Italiana per la Ricerca sulla Sordità (AIRS). Più di 250 ospedali parteciperanno a questa Giornata mettendo a disposizione i propri reparti per un esame gratuito dell'udito. L'iniziativa, promossa dall'AIRS, intende fornire notizie alla popolazione sulla prevenzione e sulle possibilità di cura di questo preoccupante problema medico e sociale.

Dalle cifre fornite dall'AIRS sembra che il 12% della popolazione italiana (circa otto milioni di persone) soffre di disturbi uditivi: più di mezzo milione le persone adulte con sordità grave e oltre mille i bambini che nascono ogni anno con sordità congenita.

Quindi si tratta di un handicap di importante rilevanza sociale; nei bambini in particolare comporta un ostacolo grave allo sviluppo e l'uso del linguaggio con conseguente problematica alla loro integrazione nella scuola e nella società.

La sordità non è un handicap che si 'vede', ma è riconoscibile al momento di comunicare, per questo è definita come 'handicap nascosto'. Tra l'altro in chi ne è affetto può sca-

tenere alterazioni comportamentali più gravi che nei non vedenti.

Il non udente si sente isolato dagli altri sia in famiglia sia all'esterno sul posto di lavoro o nelle sedi di svago ed è esposto ad una serie di frustrazioni che possono dare origine ad atteggiamenti aggressivi, di solito più frequenti e più importanti di quanto si osservano nei non vedenti.

Le cause più frequenti di sordità, sempre secondo l'AIRS, possono essere genetiche, farmacologiche, batteriche o da malattie generali, ma non dobbiamo dimenticare l'otosclerosi che ha una incidenza dello 0,2-1% nella popolazione adulta con età media di insorgenza a 30-40 aa e il 90% delle persone affette sono sotto i 50 aa di età nel momento della diagnosi.

E' una malattia progressiva, familiare, più frequente nella donna, che può essere operata con successo se diagnosticata per tempo.

Quindi i disturbi uditivi anche lievi vanno subito posti sotto osservazione specialistica per una diagnosi precoce.

Questo comportamento sanitario è altrettanto giusto in caso di tumori

del nervo acustico che si manifestano inizialmente con una piccola perdita uditiva che progredirà in maniera inesorabile nel tempo; il trattamento del tumore ovviamente è di semplice realizzazione quando le sue misure sono ancora contenute. Il grande progresso della chirurgia nel trattamento della sordità si è avuto con la realizzazione dell'impianto cocleare; l'impianto è un orecchio artificiale elettronico in grado di ripristinare la percezione uditiva nel sordo profondo, quando le protesi uditive risultano inutili; l'impianto cocleare è definito dagli specialisti come 'orecchio bionico' che si sostituisce alla parte ammalata dell'orecchio: la coclea. Purtroppo questa protesi bionica non è la panacea della cura di tutti i tipi di sordità, ma può essere eseguita solo in casi selezionati.

Anche la nostra sezione parteciperà a questa campagna sulla sordità organizzando nei mesi di gennaio e febbraio 2009 il consueto corso di educazione sanitaria con una serie di lezioni che tratteranno sia l'aspetto sanitario con tutti i più moderni trattamenti sia l'aspetto psico-sociale di questo 'handicap nascosto'.





ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA

di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868

Acqua Minerale Naturale



ULIVETO[®]

Aiuta la Digestione

Nel comune di Vicopisano, circondato dal verde degli ulivi, dove le colline toscane degradano verso le rive dell'Arno, sorge un borgo che deve la sua storia e il suo sviluppo alla Fonte dell'acqua che porta il suo nome: Uliveto. Un documento del Mille, riportato da Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) ci narra che già a quei tempi erano noti gli effetti non solo dissetanti ma soprattutto salutistici di quest'acqua.



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

