

Contiene I.P.

Sped. a. p. 45% - art. 1, comma 20/b - Legge 662/96 Filiale di Pisa - € 2,00

PisaMedica

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



in questo numero:

Prescrizione di medicinali con metadone

Tiberio Corona
Direttore U. O. Farmaceutica Territoriale
ASL 5

Etica odontoiatrica: rapporti con i colleghi

Roberto Trivelli
Commissione Albo Odontoiatri Pisa

Le *public-private* partnership nel Sistema Sanitario Inglese

Angelo Baggiani
Prof. Associato Dip. Patologia
Sperimentale Università di Pisa



Il Parco delle Torri
Pisa - Via Bargagna



Benessere abitativo e qualità edilizia.

Una nuova filosofia di progettazione integrata e di costruzione hi-tech.

Con l'approvazione del nuovo Regolamento Urbanistico, Pisa riprende il suo naturale percorso di espansione all'interno dell'area di Cisanello. In questo contesto si inserisce **IL PARCO DELLE TORRI**, prestigioso intervento di valorizzazione che il Gruppo Bulgarella sta realizzando a Pisa tra Via Bargagna, Via Frascani e Via Pistolesi, su un'area di oltre 60.000 mq.

Le residenze, tutte di elevato pregio, avranno finiture di lusso (parquet e marmi), ampie terrazze con vista sul parco, ambienti climatizzati (d'Inverno con riscaldamento a pavimento radiante, d'Estate raffreddamento con aria fresca da pompa di calore) e forniti delle più avanzate dotazioni tecnologiche per il comfort ed il risparmio energetico (fotovoltaico, solare termico,

soluzioni bioclimatiche per il riscaldamento e raffreddamento naturale). Tutte le utenze avranno la contabilizzazione e il controllo autonomo per ogni singola unità.

IL PARCO DELLE TORRI, sarà edificato a due passi dal Centro di Pisa.

Una destinazione unica, perfettamente collegata con i servizi e con le infrastrutture essenziali della città:

- Ospedale nuovo di Cisanello a 700 m
- Cittadella Della Ricerca (CNR) a meno di 800 m
- Centro Città a 1800 m
- Superstrada Firenze-Pisa-Livorno a meno di 2 km
- Aeroporto Galileo Galilei a meno di 3 km
- Porto di Livorno a 20 km

BULGARELLA
COSTRUZIONI

Tel. 050 543608 - Fax 050 3151888 - cell. 329 6185440 - ufficio.commerciale@gruppubulgarella.it - www.parcodelletorri.it

Consegne previste entro Giugno 2010 (Edifici A e B)

Anche i “Bramini” hanno un cuore

Un tempo ci avevano chiamati “bramini” ovvero una casta privilegiata. Giustamente ci risentimmo e fu polemica. Oggi, col senno del poi, prendiamo atto che ciascuno può definirsi come vuole ma di contro, soprattutto nel momento del bisogno, ci dimostriamo ancora più uniti. Oggi, infatti, lo stiamo esprimendo davanti al dramma dell’ Abruzzo. Nello specifico settore, accanto all’ intervento del comparto sanitario nell’ emergenza, a livello di gruppi e di singoli svolgiamo con dignità e professionalità la nostra parte.

Al di là comunque di questo percorso, il nostro spirito di corpo si traduce in effetti ugualmente consistenti. La FNOMCEO e tutte le sigle sindacali hanno messo in atto iniziative volte a sostenere, a vario titolo ed in diversificate modalità operative, i nostri colleghi colpiti dal terremoto e le strutture sanitarie che hanno subito danni. Lo stesso si può dire

dell’ EMPAM che ha deciso la ricostruzione dell’ ospedale dell’ Aquila. Ma encomiabili sono al contempo anche i singoli Ordini provinciali che hanno trovato, nei loro bilanci, il modo di stornare cifre, più o meno elevate, capaci di testimoniare in ogni modo la scelta umanitaria e sociale nel sostenere colleghi più sfortunati. Ecco dunque che, a distanza di quasi quarant’ anni da quell’ appellativo, la storia ci dà ragione. Siamo quindi soddisfatti delle nostre scelte e continueremo sulla strada intrapresa. Possiamo comprendere, seppur soltanto a grandi linee, cosa voglia significare anche per un medico vivere umanamente e professionalmente quella situazione.

Per il “dopo”, noi siamo qui, vicini ed uniti ancor più di quanto si voglia malignamente credere. In sostanza, non ci offendano più e sottolineiamo che anche i “bramini col camice bianco” hanno un cuore. Vero e pulsante.



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, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio Petri,
Angelo Baggiani, Cataldo Graci,
Amalia Lucchetti, Antonio De Luca,
Stefano Taddei, Paolo Baldi, Franco Pancani, Gabriele Bartolomei

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

Prescrizioni di medicinali con metadone

PRESCRIZIONE DI MEDICINALI CONTENENTI METADONE

La prescrizione in regime SSN dei medicinali contenenti metadone si effettua con modalità diverse a seconda che venga utilizzato come analgesico per la terapia del dolore oppure per il trattamento della disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei.

In ogni caso, per la prescrizione di tali medicinali si utilizza il ricettario in triplice copia autocopiante che è il solo ricettario unico ministeriale previsto dalla normativa ed usato dai medici e dai veterinari per prescrivere tutti i medicinali compresi nella Tabella II, sezione A.

Il ricettario deve essere ritirato presso le ASL ai medici comunque iscritti all'Ordine Professionale per cui in sede di consegna si procede ad accertare che il consegnatario sia effettivamente iscritto ad un Ordine Professionale.

Con nota prot. N. DGF/D/VIII/1.8.d.n./22263 del Ministero della Salute è stato chiarito i medici specialisti possono prescrivere medicinali con onere a carico del SSN quando dipendono dalle strutture sanitarie convenzionate con il SSN e, in ogni caso, quando abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali a carico del SSN.

Pertanto, i medicinali stupefacenti appartenenti alla tabella II, Sezione A di cui al DPR 309/90 e successive modificazioni ed integrazioni non possono essere concessi in regime di fornitura a carico del SSN (classe A) quando prescritti, sebbene con ricettario autocopiante, da medici non convenzionati o non dipendenti del SSN.

Prescrizione dei medicinali contenenti metadone per la terapia del dolore (tabella II, sezione A - allegato III-bis)

La prescrizione con ricetta autocopiante può comprendere fino **a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti o con due diverse forme farmaceutiche**, ognuno per una cura non superiore a trenta giorni.

Le ricette sono compilate in duplice copia a ricalco per le prescrizioni effettuate al di fuori del SSN; le ricette sono compilate in triplice copia a ricalco per le prescrizioni in ambito del SSN.

Le norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A e all' allegato III-bis del Testo Unico in materia di stupefacenti riportate dai nuovi ricettari sono le seguenti:

- La ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- Il medico può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni. La posologia indicata deve comportare che l'assunzione dei medicinali prescritti sia completata entro trenta giorni. Fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione. [Con riferimento a tale previsione, appare opportuno sottolineare che ogni responsabilità in merito alla eventuale "ripetizione" della prescrizione rimane esclusivamente in capo al medico prescrittore. Pertanto, il farmacista potrà spedire le ricette che gli vengono presentate, purché formalmente corrette, senza essere tenuto ad effettuare comparazioni tra diverse prescrizioni. - Circolare FOI 14.06.2001]
- Per le prescrizioni a carico del SSN, il medico rilascia all'assistito la ricetta originale e la copia del SSN da consegnare in farmacia; la "copia assistito/prescrittore" è consegnata all'assistito, che la conserva come giustificativo del possesso dei medicinali; per le prescrizioni non a carico del SSN, il medico rilascia la ricetta originale e la "copia assistito/prescrittore".
- In caso di auto prescrizione, il medico conserva la "copia assistito/prescrittore"
- La ricetta risulterà firmata dal medico in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre.

Nella ricetta devono essere indicati:

- cognome e nome dell'assistito;
- la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;

-
- l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico chirurgo da cui la ricetta è rilasciata;
 - la data e la firma del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata;
 - il timbro personale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata.

Pertanto, rispetto alla precedente normativa, scompare l'obbligo di indicare la residenza dell'ammalato e scompare l'obbligo di indicare a tutte lettere la dose prescritta e la posologia. Il timbro personale del medico viene ora esplicitamente indicato.

Con nota prot. N. 800 UCS/Ag1/L2884 del Ministero della Salute è stato chiarito che il medico può utilizzare abbreviazioni del tipo i.m. (intramuscolo), mg (milligrammi), cpr (comprese) in quanto abbreviazioni non equivocabili e universalmente riconosciute.

In caso di sostituzione del medico titolare di ambulatorio, il medico che effettua la sostituzione non può utilizzare il ricettario del titolare, ma deve dotarsi del ricettario personale ed utilizzarlo qualora se ne presenti la necessità (nota AIFA prot. 20070012646/ACT del 3.12.2007). Se la prescrizione è effettuata in regime di SSN, il medico sostituto può non apporre il codice regionale. L'AIFA, con circolare n. 237 del 7.05.2008, ha infatti ritenuto valide le indicazioni in tal senso a suo tempo fornite dall'Ufficio Centrale Stupefacenti (nota 800.UCS/AG1/4869 del 30.06.2003).

Il medico sostituto deve segnare l'indirizzo dell'ambulatorio del titolare nell'apposito spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale.

Prescrizione in regime SSN dei medicinali contenenti metadone per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei

La prescrizione dei medicinali contenenti metadone da parte dei medici di medicina generale utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei, è effettuata utilizzando il ricettario autocopiante nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata.

Nella Regione Toscana al momento le uniche strutture abilitate al rilascio dei piani terapeutici sono i Ser.T. delle Aziende Sanitarie Toscana (delibera G.R.Toscana n. 621 del 4 agosto 2008 consultabile anche sul sito internet della Asl n. 5 cliccando "Farmaceutica" sul menù).

La ricettazione dei farmaci per i trattamenti di disassuefazione può comprendere con un solo modulo in triplice copia a ricalco, la prescrizione di un medicinale per una cura di durata non superiore a 30 giorni; non esite più, quindi il limite di otto giorni. Inoltre la prescrizione dei suddetti medicinali è effettuata nel rispetto del piano terapeutico predisposto, come detto, dai Ser.T. delle Aziende Sanitarie Toscane. rilasciato

Infine, 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 per cui, per il limite di prescrivibilità di 30 giorni, può essere necessario redigere più ricette.

Prescrizione di medicinali ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI

Si riassumono alcune precisazioni e novità in ambito di prescrizioni di medicinali antinfiammatori non steroidei a carattere essenzialmente pratico che siano di aiuto al medico nella quotidiana attività.

KETOROLAC trometamina

A seguito del riesame sulla sicurezza cardiovascolare, gastrointestinale e cutanea degli antinfiammatori non steroidei disposta dall'EMA, ketorolac è risultato associato ad un aumentato rischio di tossicità gastrointestinale rispetto agli altri FANS.

Per tale motivo, l'AIFA ha ritenuto opportuno inserire i medicinali contenenti ketorolac trometamina nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo delle sospette reazioni avverse per i quali è prevista la segnalazione spontanea di tutte le sospette reazioni avverse gravi e non gravi, attese e non attese. Inoltre, l'AIFA, in una Dear Doctor Letter del maggio 2007 ha provveduto a raccomandare ai medici prescrittori di attenersi alle indicazioni terapeutiche e alla posologia indicata per non pregiudicare la sicurezza dei pazienti e di non usare contemporaneamente ketorolac trometamina con altri farmaci antinfiammatori non steroidei sottolineando che:

-
- l'uso **non è indicato** per il trattamento del dolore oncologico, in quello cronico o lieve;
 - la forma iniettiva del farmaco è indicata soltanto per il trattamento a breve termine (**massimo due giorni**) del dolore acuto postoperatorio di grado moderato-grave o del dolore da coliche renali; quale complemento ad un analgesico oppiaceo nei casi di chirurgia maggiore o di dolore molto intenso;
 - la forma orale è indicata soltanto per il trattamento a breve termine (massimo 5 giorni) del dolore acuto postoperatorio di grado moderato;
 - ketorolac trometamina può essere associato a un alto rischio di grave tossicità gastrointestinale, rispetto agli altri FANS, soprattutto se usato al di fuori delle indicazioni autorizzate e/o per periodi prolungati.
- I medicinali contenenti il principio attivo ketorolac ai fini della classificazione del regime di fornitura sono soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta.

NIMESULIDE e Nimesulide beta ciclodestrina

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 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."*

Con determinazione del 19 febbraio 2009 sono stati modificati gli stampati delle specialità medicinali contenenti il principio attivo nimesulide/nimesulide beta ciclodestrina ad uso sistemico (ATC M01AX): i nuovi stampati (punto 4.2 del riassunto delle caratteristiche del prodotto) prevedono che la durata massima di un trattamento con nimesulide è di 15 giorni.

PIROXICAM

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha raccomandato le restrizioni sull'uso dei medicinali contenenti piroxicam a causa del rischio di effetti indesiderati gastrointestinali e gravi reazioni cutanee.

Il comitato scientifico dell'Agenzia per i medicinali per uso umano (*Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP*), ha concluso che il Piroxicam non deve essere più usato per il trattamento delle condizioni dolorose ed infiammatorie di breve durata.

Il Piroxicam può ancora essere prescritto per il trattamento sintomatico delle osteoartriti, artrite reumatoide e spondilite anchilosante.

Tuttavia, anche in queste condizioni il piroxicam, non deve essere considerato come il farmaco anti-infiammatorio non steroideo di prima scelta (FANS).

Con una nota informativa del novembre 2007 l'AIFA ha informato circa le nuove raccomandazioni terapeutiche, incluse nuove controindicazioni, avvertenze speciali e restrizioni sull'uso di piroxicam.

Come per tutti i FANS, piroxicam deve essere sempre usato alla più bassa dose per la più breve durata possibile per il controllo dei sintomi.

Sulla base delle informazioni disponibili, il CHMP ha concluso che:

- Deve essere interrotto l'uso di piroxicam nel trattamento delle condizioni di dolore acuto e negli stati infiammatori;
- L'uso di piroxicam deve essere limitato solo al trattamento sintomatico delle osteoartriti, artrite reumatoide e spondilite anchilosante;
- Non deve essere usato come trattamento di prima scelta;
- La dose di piroxicam deve essere al massimo di 20 mg al giorno;
- La terapia con piroxicam deve essere sempre iniziata solo da medici con esperienza nel trattamento del dolore cronico (a lungo termine) e stati infiammatori.

Inoltre, il CHMP ha aggiunto alcune controindicazioni e rinforzato le avvertenze del piroxicam, per assicurare che

non sia usato nei pazienti che sono a più alto rischio di sviluppare effetti indesiderati.

I medici non devono più prescrivere piroxicam per il trattamento del dolore acuto. Ciò significa che il piroxicam non può più essere utilizzato per alcune condizioni per le quali è stato in passato autorizzato.

I medici possono ancora prescrivere piroxicam per il sollievo dei sintomi del dolore e degli stati infiammatori nei pazienti affetti da:

- osteoartrite,
- artrite reumatoide, o
- spondilite anchilosante

ma non come trattamento di prima scelta.

Solo i medici che hanno esperienza nel trattamento di pazienti con malattia infiammatoria o reumatica degenerativa potranno iniziare la terapia a base di piroxicam. La prima prescrizione deve coprire solo 2 settimane di terapie, dopo tale periodo il trattamento deve essere riesaminato.

In ogni caso, i medici devono frequentemente riesaminare tutti i pazienti in trattamento con piroxicam.

- La prescrizione di piroxicam deve essere limitata a una dose massima di 20 mg al giorno
- Deve essere sempre considerata la prescrizione di piroxicam in associazione a un agente gastroprotettore
- La prescrizione di piroxicam non deve essere effettuata a pazienti che hanno una maggiore probabilità di sviluppare effetti indesiderati, come a quelli con una storia di disturbi gastrointestinali associati a sanguinamento, o a quelli che hanno avuto reazioni cutanee causate da altri medicinali.
- Piroxicam non deve essere prescritto in associazione a qualsiasi altro FANS o a un anticoagulante

Si segnalano, inoltre, le recenti determinazioni AIFA riguardanti modifiche degli stampati dei medicinali contenenti FANS:

GU data	GU n°	natura	data	oggetto
21.02.09	43	Determinazione Agenzia Italiana Farmaco	12.02.09	Modifica degli stampati di medicinali contenenti il principio attivo acido acetilsalicilico, come monocomponente, a basso dosaggio (inferiore o uguale a 300 mg) e di medicinali contenenti acido acetilsalicilico in associazione con dipiridamolo
21.02.09	43	Determinazione Agenzia Italiana Farmaco	12.02.09	Modifica degli stampati di medicinali contenenti i principi attivi ibuprofene e dexibuprofene e loro salificazioni, in formulazioni ad uso sintetico

a causa dell'interazione tra ibuprofene e acido acetil salicilico a basso dosaggio. Dati sperimentali indicano infatti che l'ibuprofene può inibire gli effetti dell'acido acetilsalicilico a basse dosi sull'aggregazione piastrinica quando i farmaci sono somministrati in concomitanza.

Sul sito dell'AIFA all'indirizzo: http://www.agenziafarmaco.it./PRIMO_PIANO/pp_notizia_0002.html è disponibile una tabella dei farmaci antinfiammatori non steroidei disponibili in Italia.

Infine un breve accenno alle note AIFA 1 e 66.

Le recenti acquisizioni relative al profilo beneficio-rischio dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) hanno reso necessario un aggiornamento delle evidenze di efficacia e sicurezza che sono alla base dei criteri di stesura delle note 1 e 66.

Nota 1. La nota è rimasta pressoché invariata. In relazione all'aggiornamento della nota 66, è stata rimossa la limitazione alla rimborsabilità dei COXIB in associazione agli inibitori di pompa (PPI). In ogni caso, la CTS sottolinea nelle "Particolari avvertenze" della nota che l'efficacia dei PPI nel ridurre il danno gastrico da COXIB è al momento documentata da un solo RCT di modeste dimensioni.

Nota 66. È stata integralmente rivista nelle tre parti che la costituiscono: Background, Evidenze disponibili, Particolari avvertenze.

Alla luce delle nuove evidenze di efficacia e sicurezza, la CTS dell'Agenzia Italiana del Farmaco ha concluso che

tutti i FANS selettivi e non della ciclossigenasi 2 possono essere accomunati in un'unica categoria.

Le condizioni cliniche che limitano la prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dei farmaci compresi in nota restano invariate. La scelta di prescrivere un farmaco rispetto ad un altro va condotta considerandone il singolo profilo di rischio, poiché le differenze principali tra i diversi FANS sono imputabili all'incidenza e al tipo di effetti indesiderati e non solo quindi alla selettività di azione verso i due tipi di ciclossigenasi.

La nuova versione della nota dedica ampio spazio alla valutazione della sicurezza. Le recenti acquisizioni

sulla potenziale tossicità cardiovascolare degli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 (COXIB) ne incoraggiano l'impiego in alternativa ai FANS non selettivi solo dopo un'attenta valutazione del rischio cardiovascolare e solo se vi è un'indicazione specifica. Il rischio di eventi trombotici va invece attentamente considerato per l'impiego prolungato dei FANS non selettivi.

La CTS, tenendo conto delle indicazioni dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e della Food and Drug Administration (FDA), raccomanda in generale di impiegare i FANS selettivi e non, alla dose minima efficace e per il più breve tempo possibile e, nel caso di trattamenti a

lungo termine, di valutarne periodicamente la necessità d'impiego.

Infine, nelle "Particolari avvertenze", si ribadisce cautela nell'impiego dei FANS in pazienti particolarmente a rischio, quali anziani, donne in gravidanza, e pazienti affetti da patologie renali; rispetto alla precedente versione della nota si richiama l'attenzione sul rischio di epatotossicità maggiore della nimesulide rispetto agli altri FANS e sui maggiori rischi cardiovascolari, ormai accertati, degli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 (COXIB) e del diclofenac.

Pertanto le note AIFA 1 e 66 in versione integrale ed aggiornata sono le seguenti:

Nota 1

<p>Gastroprotettori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - misoprostolo - esomeprazolo - lansoprazolo - omeprazolo - pantoprazolo - rabeprazolo - misoprostolo + - diclofenac* 	<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata:</p> <p>alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in trattamento cronico con farmaci antiinfiammatori non steroidei - in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi <p>purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici - età avanzata
--	---

Nota 66

<p>FANS non selettivi*</p> <p>COXIB**</p>	<p>La prescrizione dei farmaci antiinfiammatori non steroidei a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni patologiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - artropatie su base connettivica - osteoartrosi in fase algica o infiammatoria - dolore neoplastico - attacco aguto di gotta
---	---

* aceclofenac - acetametacina - acido mefenamico - acido triaprofenico - amtolmetina - cinnoxicam - dexibuprofene - diclofenac- diclofenac + misoprostolo - fentiazac - flurbiprofene - furprofene - ibuprofene - indometacina - ketoprofene - lomoxicam - meloxicam - nabumetone - naprossene - nimesulide - ozaprozina - piroxicam - proglumetacina - sulindac - tenoxicam

** celecoxib - etoricoxib - parecoxib

Otto e cinque per mille

Ogni anno ai contribuenti che presentano il Modello Unico, il Modello 730 o semplicemente il Cud, viene chiesto di scegliere (apponendo la propria firma nell' apposito riquadro) a chi destinare l' otto e il cinque per mille della propria Irpef. Le due scelte non sono alternative tra loro ma possono essere esercitate entrambe, una sola o nessuna di esse, e non comportano alcun onere aggiuntivo per il contribuente.

Analizziamole:

- l' otto per mille è quel meccanismo tramite il quale lo Stato ripartisce in base alla scelta dei contribuenti una parte pari appunto all' otto per mille dell' intero gettito Irpef. I beneficiari sono: lo Stato stesso, la Chiesa Cattolica, l' Unione Italiana delle Chiese cristiane avventiste del settimo giorno, Le Assemblee di Dio in Italia, la Chiesa Valdese, l' Unione delle Chiese Metodiste e Valdesi, la Chiesa Evangelica Luterana, l' Unione delle Comunità ebraiche.

È la legge che stabilisce la destinazione che devono avere i fondi, lo Stato può utilizzarli per i seguenti interventi straordinari: 1) per la fame nel mondo tramite la realizzazione di progetti finalizzati all' obiettivo della autosufficienza alimentare, 2) per le calamità naturali con la realizzazione di opere concernenti la pubblica incolumità di ripristino di opere danneggiate o distrutte, 3) per l' assistenza ai rifugiati con interventi diretti ad assicurare loro l' accoglienza, la sistemazione e l' assistenza sanitaria, 4) per la conservazione dei beni culturali con interventi volti al recupero di beni mobili ed immobili di particolare interesse architettonico, artistico e archeologico. Le Chiese devono utilizzare i fondi per :1) interventi assistenziali umanitari o carita-

tivi, 2) interventi sociali e culturali, 3) finalità religiose, 4) sostentamento del Clero (Chiesa Cattolica e Chiesa Luterana), 5) tutela degli interessi religiosi degli Ebrei in Italia, tutela delle minoranze contro il razzismo e l' antisemitismo.

La ripartizione dell' otto per mille avviene "a consuntivo": sul totale del gettito Irpef incassato dallo Stato viene applicata la percentuale dell' otto per mille e quindi suddivisa in base alle scelte espresse. Da rilevare che anche l' otto per mille di coloro che non hanno effettuato alcuna scelta viene comunque suddiviso utilizzando la base percentuale di coloro che hanno effettuato la scelta.

-Il cinque per mille è un meccanismo che permette ai contribuenti di devolvere il cinque per mille della propria imposta Irpef al sostegno di enti che svolgono attività socialmente rilevanti. Questa quota può es-

sere attribuita alternativamente tra: Onlus, associazioni di promozione sociale, associazioni riconosciute e fondazioni nazionali, associazioni sportive dilettantistiche riconosciute dal Coni, enti della ricerca sanitaria, scientifica e dell' Università, Comune di residenza. Sul sito www.agenziaentrate.gov.it è disponibile l' elenco dei soggetti destinatari.

Da rilevare che se il cittadino nella propria dichiarazione dei redditi appone la firma ma non indica anche il codice fiscale del beneficiario il cinque per mille verrà distribuito proporzionalmente tra gli enti inseriti in elenco in funzione delle preferenze validamente espresse dagli altri contribuenti. Se non viene effettuata alcuna scelta, al contrario di quanto avviene nel meccanismo di assegnazione dell'otto per mille, il cinque per mille non viene purtroppo attribuito ad alcun soggetto.



Ottavo corso di Elettroencefalografia

Si è svolto a Tirrenia presso il Grande Hotel Continental, dal 30 marzo al 4 aprile, l'VIII Corso residenziale di Elettroencefalografia e Tecniche Correlate, promosso dalla Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (SINC), in collaborazione con l'Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia (AITN) e sotto il patrocinio della Società Italiana di Neurologia (SIN). Coordinatori locali e promotori dell'iniziativa sono stati il Prof. Luigi Murri, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e direttore del Dipartimento Assistenziale di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, che l'ha fortemente voluto e sostenuto in tutte le edizioni, e il Prof. Ferdinando Sartucci, presidente del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia e responsabile della Sezione di Neurofisiopatologia e Neurologia Ambulatoriale del Dipartimento Assistenziale di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Pisana e che vediamo in Fig. 1 presentare uno dei docenti. La decisione di assegnare all'Ateneo Pisano l'organizzazione di un tale evento, di rilievo nazionale, sottolinea ancora una volta i livelli di eccellenza raggiunti e costantemente mantenuti dalla Scuola Neurologica pisana diretta dal professor Murri. Ancora vivo è, infatti, il ricordo del Prof. Giuseppe Moruzzi e delle pionieristiche ricerche da lui svolte presso il Dipartimento di Fisiologia dell'Università di Pisa in via San Zeno: i suoi studi ancora oggi costituiscono l'imprescindibile premessa per chiunque voglia indagare le complesse basi neurali del ritmo sonno/veglia e della coscienza, e il suo luminoso esempio è di stimolo a tutti coloro che si addeentrano nell'intrigante ed affasci-

nante universo della neurofisiologia. Maestro unico, nei suoi laboratori in via S. Zeno sono transitati e si sono formati numerosi studiosi di caratura internazionale, compresi gli stessi organizzatori e molti docenti del Corso. Tuttavia, l'avanzamento delle conoscenze e delle metodiche di neuroimaging impone un aggiornamento continuo ed un'integrazione costante tra le tradizionali tecniche elettrodiagnostiche (Elettroencefalografia, Potenziali Evocati) e quelle neuroradiologiche come la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI); in futuro, combinando l'ottimale risoluzione spaziale della Risonanza Magnetica con l'eccellente risoluzione temporale degli esami elettrofisiologici, capaci di associare in tempo quasi reale un evento elettrico alla attivazione di specifiche aree corticali e sottocorticali, sarà possibile

implementare il valore diagnostico, nonché prognostico, della semeiotica strumentale in ambito neurologico e riabilitativo. Per tali ragioni, gli organizzatori hanno percepito la necessità di dedicare un'intera sessione dei lavori alle nuove metodiche di esplorazione funzionale, quali la Risonanza Magnetica funzionale (fMRI) e la magnetoencefalografia (MEG), riportata in Fig. 2, che permette di analizzare la funzione di sub-popolazioni neuronali ed il cui impiego è stato prospettato sia per studiare l'attività cerebrale residua nello stato vegetativo persistente, sia per predire l'"outcome" dei soggetti colpiti da accidenti cerebrovascolari. Recentemente, inoltre, sono state introdotte tecniche combinate di valutazione fMRI ed elettroencefalografica (Fig. 3); con l'EEG-fMRI è possibile rilevare le variazioni locali



Fig. 1: il Prof. Ferdinando Sartucci (a sinistra, in piedi) mentre introduce l'intervento del Prof. Alessandro Rossi (a destra, seduto), Ordinario di Scienze Neurologiche e direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Siena.



Fig. 2: il magnetoencefalografo posizionato in una stanza schermata; registrazione MEG in regione centro-frontale

di flusso e ossigenazione ematica (effetto BOLD) indotte da ritmi EEG fisiologici o da anomalie bioelettriche. Tali studi dischiudono inaspettate prospettive nella localizzazione della genesi dei ritmi EEG in veglia e in sonno e nella localizzazione di anomalie critiche ed intercritiche, specialmente nei pazienti farmacoresistenti candidati ad un intervento di asportazione o di deafferentazione del focus epilettogeno, permettendo di escludere dalla alternativa chirurgica le regioni altamente funzionali e più eloquenti. Un altro argomento di stringente attualità affrontato da diversi relatori, e da differenti prospettive, è stato quello relativo all'accertamento della morte cerebrale; si è cercato di rispondere, nei limiti delle conoscenze attuali, a molti quesiti e di definire concetti alquanto sfuggenti, spesso soggetti a false interpretazioni da parte dell'opinione pubblica: la morte cerebrale, caratterizzata da appiattimento del tracciato EEG e dall'assenza di respiro spontaneo e dei riflessi del tronco, lo stato vegetativo persistente, caratterizzato invece dalla conservazione del respiro spontaneo e da un rudimento d'alternanza sonno-veglia, e lo stato di minima coscienza, di recente definizione, verosimilmente

legato alla persistenza delle funzioni associative ed elettrofisiologicamente distinguibile dalle due condizioni precedenti. Si è discusso anche degli importanti aggiornamenti introdotti dal Decreto Ministeriale dell'11 aprile 2008 a proposito delle modalità tecniche di accertamento della condizione di morte cerebrale, quali la riduzione del periodo di osservazione a sei ore, indipendentemente dall'età del soggetto, la possibilità di utilizzare apparecchiature informatizzate con sistema digitale e l'affidamento esclusivo dell'effettuazione delle indagini al tecnico di Neurofisiopatologia, senza deroga alcuna all'infermiere. Interessante è, inoltre, il potenziale utilizzo a scopo terapeutico di metodiche al momento impiegate solo nella routine diagnostica, come per esempio la stimolazione magnetica transcranica (SMT); numerosi studiosi, convenuti a Tirrenia, hanno condiviso le loro esperienze a riguardo, delineandone le future applicazioni: la SMT ripetitiva a bassa frequenza (<1Hz), infatti, ha effetti inibitori sulle strutture cortico-sottocorticali, da cui ne deriva un possibile impiego nel trattamento di malattie quali la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA); lo studio della SLA si integra e completa con ulteriori indagini neurofisiologiche che includono l'elettromiografia, i potenziali evocati motori e somatosensoriali, oltre alla stimolazione magnetica transcranica che consente di provare l'interessamento sia del secondo, sia del primo motoneurone. La SMT ripetitiva ad alta frequenza (>5Hz) e ad intensità sopramassimali, invece, esercita un'azione preminentemente eccitatoria e per tale motivo si sta profilando all'orizzonte un suo utilizzo nel recupero post-ictale o in patologie di interesse squisitamente psichiatrico, quale la depressio-

ne farmaco-resistente, come valida alternativa alla terapia elettroconvulsivante (elettroshock).

La finalità del corso è stata quella di fornire ai medici specialisti e non, oltre che al personale tecnico, una preparazione di base teorico-pratica altamente professionalizzante ed un "update" in una disciplina quale la Neurofisiopatologia in perenne evoluzione ed in cui gli aggiornamenti tecnologici si susseguono vorticosamente, parallelamente ai progressi informatici. Il Corso, di tipo residenziale, ha avuto la durata di una settimana; il totale delle attività didattiche e pratiche è stato di 54 ore, ugualmente suddivise tra lezioni teoriche al mattino ed attività pratiche pomeridiane, inclusa la esecuzione di procedure diagnostiche supervisionate da tutori altamente qualificati, con esame finale al termine dei lavori, come consuetudine in tutti i "masters"; l'obiettivo è stato formare professionalità di eccellenza nel campo neurofisiopatologico e incrementare le conoscenze stimolando nuovi ed affascinanti orizzonti terapeutici e di ricerca. La segreteria scientifica si è avvalsa della collaborazione di alcuni dei componenti dello staff della Clinica Neurologica, tra cui i dottori E. Bonanni, R. Calabrese, G. Orlandi, D. Borghetti e T. Bocci, la Sig.ra Michela Santin, anche se è necessario sottolineare il disinteressato e appassionato contributo di tutto il personale della clinica, sia medico che non, quello dell'Ateneo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana alla realizzazione dell'evento.



Fig. 3: esempio di avanzamento tecnologico nella registrazione dell'elettroencefalografia e dei potenziali evocati.

La Neonatologia del Santa Chiara

La U.O. di Neonatologia della AOUP è al primo piano dell'edificio dell'Ospedale di S. Chiara che accoglie le 2 UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia della AOUP con cui è a stretto contatto e con le quali è inserita nel Dipartimento Assistenziale Integrato Materno-Infantile. Essa è costituita da una Nursery per l'accoglienza dei neonati a termine sani, di un reparto di Terapia Intensiva Neonatale con 8 posti letto attivati nel 2006 (precedentemente erano 6), di un reparto di patologia neonatale Subintensiva con 16 posti letto (precedentemente erano 13), di una sezione interna di Dismorfologia ed Endocrinologia neonatale, di un servizio di STEN (Trasporto Emergenza Neonatale) per l'Area vasta, di ambulatori per il follow-up dei neonati dimessi e a rischio.

L'organico medico è attualmente rappresentato da 15 medici (dirigenti medici di I livello) più il Direttore, 1 Caposala e 60 infermieri.

Essa ospita e forma gli specializzandi in Pediatria che optano per l'indirizzo di Neonatologia.

Essa opera come Centro di III livello dell'Area vasta Nord-Ovest che comprende tutta la Toscana litoranea e l'Isola d'Elba per un complessivo di circa 11.000 nati/anno.

Per un tale bacino dovrebbero essere attivati 14 (1:750 nati) posti di TIN, 28 di SUBIN, e 8 di cure intermedie. In effetti l'AOUP si sta adoperando per dotare questa struttura di altri 2 di TIN e 4 di Sub. in attesa di raggiungere il pieno regime con il trasferimento del Dipartimento Materno-Infantile a Cisanello previsto tra qualche anno.

Dalla sua inaugurazione avvenuta nel 1975 sotto la direzione del compianto Prof. Carlo Cipolloni che, in accordo con l'allora Direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Pisa Prof. Pompeo Spoto, la volle e ne favorì lo sviluppo molta acqua è passata sotto i ponti.

Fu una scelta coraggiosa del Prof. Cipolloni, che negli anni '70, insieme al sottoscritto e successivamente a pochi giovani medici "volontari" diede il via a quella che, negli anni a seguire, si sarebbe dimostrata una scelta vincente: a Pisa, tra i primi in Italia, si cominciò a porre l'accento e l'interesse di una vita agli esordi, quella del neonato, fino ad allora tutelato, ma sempre e sussidiariamente all'ombra della madre partoriente.



La storia semplice dei neonati a termine, la storia complessa dei neonati pretermine e/o patologici.

Da allora l'U.O. di Neonatologia ha acquisito sempre maggiore importanza nell'ambito dell'Area vasta fino a diventarne Centro di riferimento per la TIN e nel 2007 fu attivato anche il servizio di STEN (Trasporto Neonatale), consentendo così, con gli STEN di Firenze e di Siena, la realizzazione della copertura totale della rete regionale toscana per l'assistenza al neonato patologico.

In questi ultimi anni c'è stato un incremento sensibile (del 44%) di ricoveri di neonati (da 1714 del 2001 a 2466 nel 2008!) con un trend annuale medio del 5,7% !

Ogni anno vengono assistiti circa 400 neonati di cui almeno 300 sono prematuri (il 25% di essi sono di peso inferiore a 1500gr.); nel 2008 180 bambini provenienti anche da fuori della Area vasta Nord-Ovest, sono stati trattati in terapia intensiva e 254 in subintensiva.

Ciò si spiega, in parte con l'aumento del numero dei nati che, nel 2008, in Toscana sono stati 33000, ma soprattutto con il fatto che, essendosi spostata l'età della prima gravidanza (31,5 anni la media nazionale della donna primigravida), il neonato, che in molti casi resterà l'unico figlio, è diventato un bene ancora più prezioso che in passato e su di lui e sulla sua salute investe sia la famiglia che la società.

L'uso di tecnologie molto avanzate ci permette di mantenere in vita per lunghi periodi di tempo anche neonati gravemente compromessi e/o estremamente immaturi, infatti è drammaticamente ridotta l'età gestazionale in cui l'assistenza non è più un tentativo e non pochi successi coronano quotidianamente gli sforzi che solo 15 anni fa sarebbero sembrati inutili; questo ci gratifica molto anche se il rovescio della medaglia è rappresentato dal rischio di creare aspettative di vita tali per cui rimane difficile l'accettazione dell'eventuale fallimento (morte del paziente o sopravvivenza con gravi compromissioni neurologiche). Ma insieme ai successi terapeutici si è



andato affermando anche da noi, dal 2001, grazie alla sensibilità e disponibilità della caposala e del personale infermieristico, il concetto di assistenza globale al neonato e alla famiglia intesi come un "unicum": la cosiddetta "care del neonato".

A tutti questi risultati ha contribuito in maniera determinante anche l'APAN, l'Associazione Pisana Amici del Neonato, voluta e creata da alcuni genitori di neonati prematuri o patologici, nati o ricoverati presso la Neonatologia di Pisa che, proprio nell'ambito del progetto di "care" neonatale è riuscita a realizzare, prima e, per molto tempo, unica in Italia, una Casa alloggio ("l'Isola che c'è") proprio all'interno del Santa Chiara, con 9 posti letto per le mamme dei bambini ricoverati in TIN che provengono da fuori Pisa o comunque disagiate.

La Nostra è diventata una realtà organizzata aperta ai genitori e sussidiariamente ad altre figure vicarianti. È in una realtà come la nostra che il "lavoro di equipe" risulta essenziale e così è grazie all'ottima integrazione che si è realizzata tra medici e personale infermieristico (per primi nell'Azienda abbiamo realizzato la Cartella integrata di TIN) e alla collaborazione scientifica ed umana multidisciplinare consolidata negli anni con la Neuropsichiatria Infanti-

le, le UU.OO. di Oculistica, di Otorino, il Laboratorio d'Analisi, l'U.O. di Farmacia...

Con l'Anatomia Patologica abbiamo sviluppato sinergie che partono dall'esame approfondito delle placente di neonati a rischio, metodica che ci vede tra i primi in Italia, sino allo studio di lesioni complesse.

La collaborazione è stretta con la medicina prenatale, la medicina procreativa e la citogenetica. Il DEU ha realizzato presso di noi un sistema dedicato che ci permette di gestire con l'ausilio del tecnico e la collaborazione del collega radiologo (in remoto) in autonomia l'esame radiologico all'interno del reparto.

È presso la nostra U.O. il Registro Nazionale dei Genitali Ambigui.

Acquisizione di nuovi spazi nelle prossime settimane ci aprirà ulteriormente alla didattica e alla preparazione di colleghi "sul campo", con Corsi di rianimazione neonatale permanenti.

Abbiamo, inoltre, un sito web (www.neonatologia.unipi.it) dove siamo pronti a confontarci, ad ascoltare e rispondere, perchè il neonato non è mai solo e nella sua piccola ombra si cela quasi sempre una grande famiglia.

Questa è, solo in piccola parte, la Neonatologia di Pisa che mi onoro di dirigere.

Le *public-private partnership* nel Sistema Sanitario Inglese

Il Regno Unito è sempre stato considerato un punto di riferimento per le innovazioni gestionali ed organizzative nel settore pubblico. Basti pensare alla New Public Governance finalizzata al ricorso nella pubblica amministrazione di criteri e strumenti tipici del settore privato o alla Managed Competition, adottata per incentivare la concorrenza tra gli operatori del settore pubblico. Naturalmente, il settore sanitario non è risultato immune a questo genere di innovazioni e, il National Health Service (NHS), che rappresenta tutt'ora un modello organizzativo per molti paesi, compreso il nostro, è stato anche negli ultimi anni investito da processi di trasformazione a cui l'Italia ha guardato con vivo interesse. Tra essi vi sono senza dubbio le sinergie sorte tra settore pubblico e privato e il nuovo status degli ospedali pubblici (Figura 1). Tali dinamiche evolutive si sono affermate attraverso due tappe principali: il Concordat e l' Health and Social Care Act. Il primo è un accordo stipulato nel 2000 tra importanti aziende private e i vertici del NHS, il secondo, è stato approvato nel 2003 ed ha portato alla trasformazione degli ospedali pubblici in fondazioni, i Foundation Hospital Trust. Nel Concordat era prevista la possibilità di dare in gestione strutture ospedaliere pubbliche, in situazioni di serio dissesto economico-finanziario, a privati che cooperassero secondo forme simili ai franchising. Era inoltre prevista l'opportunità di creare delle joint venture tra il NHS e aziende private per l'adozione di piani e programmi territoriali basati sull'uso sinergico di risorse condivise e finalizzati all'innovazione gestionale, organizzativa e tecnica. Altro punto cardine del Concordat era rappresentato dall'istituzione di una rete di cliniche

e ambulatori denominati Diagnostic and Treatment Centre e Ambulatory Care Centre, finalizzati all'erogazione di servizi particolarmente carenti nel settore pubblico e gestiti da società selezionate attraverso gare d'appalto. Tali centri erano stati concepiti infatti con lo scopo di fornire prestazioni in cui la capacità produttiva degli ospedali inglesi risultava molto inferiore rispetto alle reali necessità assistenziali (artroprotesi all'anca, interventi alla cataratta, ecc.). Le partnership tra settore pubblico e settore privato hanno contribuito al superamento delle situazioni di oligopolio che si erano affermate con il sistema dei quasi-mercati. Nel sistema della concorrenza amministrata ideato in Inghilterra infatti, la contrattazione locale tra acquirenti e produttori, invece di stimolare la competizione tra erogatori, era basata su logiche e sistemi che non agevolavano l'ingresso di nuovi attori. Teoricamente, i provider (ospedali) sarebbero dovuti entrare in concorrenza tra loro per stipulare i migliori contratti con i purchaser (committenti simili alle ASL lombarde), e la selezione dei migliori erogatori sarebbe dovuta avvenire sulla base di parametri di efficienza e qualità assistenziale. Di fatto però

i provider ed i purchaser cercavano di dare più stabilità ai rapporti contrattuali con forme di cooperazione locale che rafforzavano le barriere all'entrata e scoraggiavano eventuali investitori che vedevano nei quasi-mercati un sistema concorrenziale interno al contesto pubblico e dominato da forti oligopoli. L'assenza di una reale competizione tra erogatori dipendeva anche dal fatto che i pazienti non erano liberi di scegliere la struttura in cui curarsi ma dovevano rispettare stringenti vincoli di residenza. Al tempo stesso, le case di cura private erano poche e specializzate soprattutto nelle prestazioni più remunerative, peraltro, il potenziamento delle sezioni per pazienti paganti (note come amenity beds) avevano contribuito a rallentare lo sviluppo di un settore privato che fungesse da alternativa agli oligopoli pubblici. Il Concordat ha rappresentato dunque una via per dare nuova linfa vitale ad un sistema sanitario in cui, l'assenza di incentivi concorrenziali all'interno del contesto pubblico e la scarsità di erogatori privati, erano tra le cause di inefficienza, di malpractice e di carenza produttiva di molte prestazioni essenziali. Per quanto riguarda la seconda importante tappa raggiunta dal NHS negli

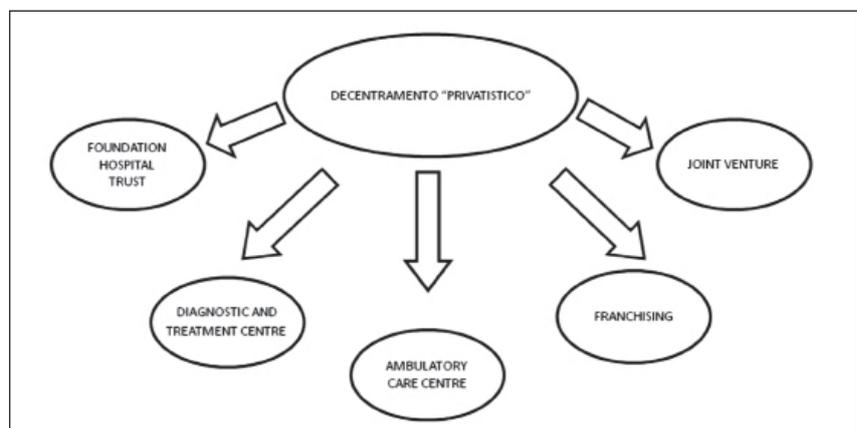


Figura 1

ultimi anni, l' Health and Social Care Act, è doveroso fare alcune precisazioni che permettano di far luce sul tipo di evoluzione che ha riguardato gli ospedali pubblici inglesi. Innanzitutto, la natura dei Foundation Hospital Trust è simile a quella di organizzazioni non-profit che, pur non essendo pubbliche, rimangono sottoposte a rigidi vincoli stabiliti dal Department of Health in sede di pianificazione e programmazione. Inoltre, le cause principali dell'istituzione delle fondazioni sono legate alla volontà di rendere più flessibile l'organizzazione e la gestione dei servizi assistenziali e alla necessità di attrarre più facilmente finanziamenti privati per "rivitalizzare" il settore. Se l'autonomia prevista inizialmente per le fondazioni ospedaliere è stata in seguito ridotta, soprattutto sul piano patrimoniale e finanziario, si è diffusa comunque una maggiore apertura delle strutture erogatrici agli investitori privati che hanno partecipato molto più attivamente all'attività sanitaria senza esercitare un controllo che potesse mettere a rischio l'equità assistenziale.

Secondo le stime del Picker Institute Europe, l'indice di soddisfazione dei pazienti è aumentato dal 1999 al 2004 di oltre il 20%. L'incremento della spesa sanitaria, dovuto alla volontà di Tony Blair di innalzare la qualità dei servizi assistenziali, ha trovato riscontro in un netto miglioramento delle cure. Le riforme descritte avevano lo scopo di utilizzare in modo più razionale le maggiori risorse messe a disposizione durante questi anni. La riduzione dei legami burocratici che rallentavano l'innovazione manageriale e l'iniezione di capitali privati sono state viste da molti osservatori come un "primo embrione" di una privatizzazione volta a smantellare il Sistema sanitario pubblico più antico d'Europa. Tuttavia, va ricordato che i Board of Governors, a cui è stata affidata la supervisione e la vigilanza sulla gestione ospedaliera, sono composti da membri eletti tra i pazienti, i dipendenti e la comunità locale, secondo una logica di governo aperta a forme di controllo di tipo bottom-up (letteralmente "dal basso in alto"). Altro importante elemento di

riflessione è il fatto che, nonostante l'istituzione dei Foundation Hospital Trust, il National Health Service ha mantenuto una struttura fortemente piramidale e accentrata, con forti linee di potere che si distinguono per capillarità, rapidità ed incisività (Figura 2). E forse è proprio questa catena di comando che da Londra si dipana efficacemente in tutto il territorio che ha permesso processi di trasformazione strutturale così "repentini". Questa pervasività decisionale è stata anche una garanzia per la tutela dell'equità assistenziale e per il rispetto degli standard qualitativi definiti a livello nazionale. Tutto questo potrebbe farci contrapporre il nostro Servizio Sanitario Nazionale (la cui regionalizzazione è stata spesso anche sinonimo di frammentazione, "iniquità territoriale" e scarsa propagazione delle sperimentazioni gestionali) con il NHS, in cui la volontà di innovare ha preso spesso corpo rapidamente in tutto il paese, come pure la volontà di cambiare rotta quando una certa via non risulta più adeguata e adatta agli interessi della collettività.

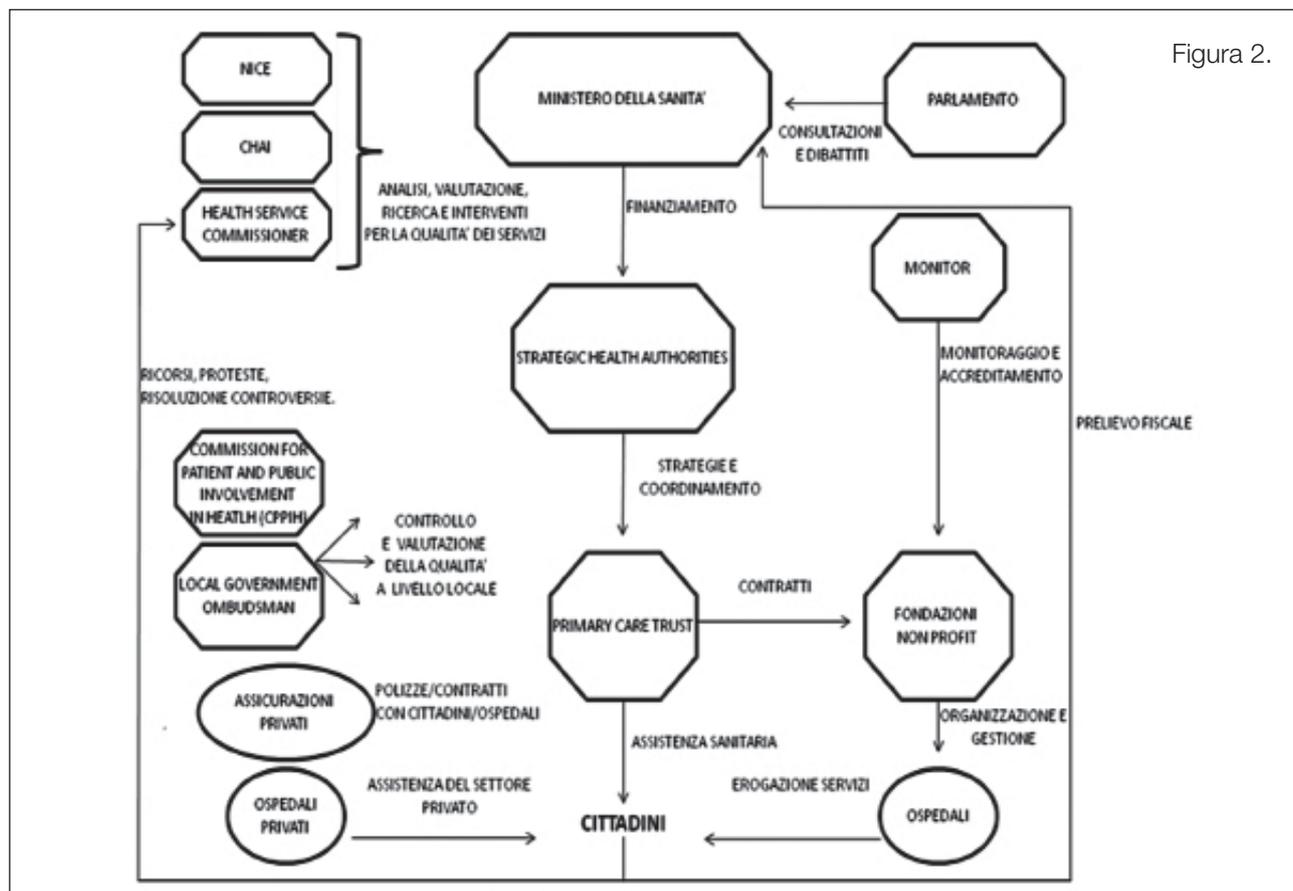
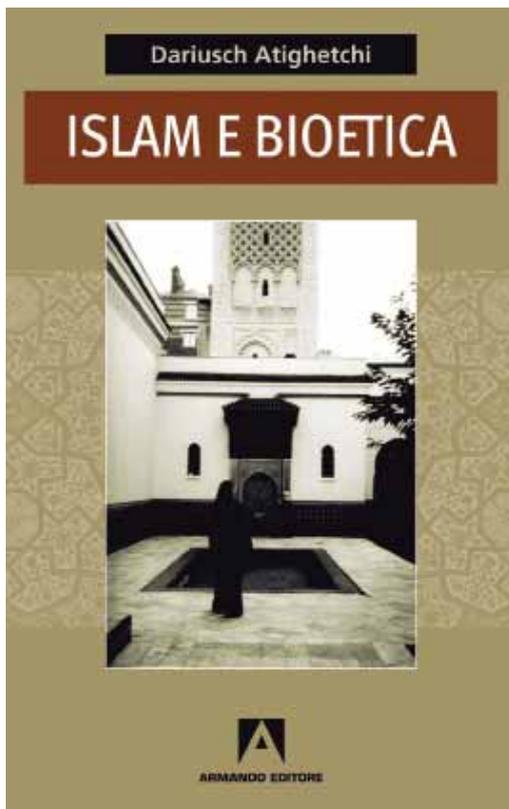


Figura 2.

Islam e bioetica



prio interno, a loro volta influenzate da una miriade di fattori sociali, storici, psicologici, religiosi e politici locali. Qualsiasi indagine su una grande fede come l'Islam (un miliardo e mezzo di fedeli) non può prescindere da tali contesti operativi che incidono sui messaggi religiosi e grazie ai quali gli stessi messaggi possono differenziarsi....."

Da questo estratto dalle conclusioni dell'autore, si presagisce l'arduo percorso d'analisi da lui compiuto, di un mondo che di fatto, pur tra molteplici resistenze, compenetra sempre di più la cultura occidentale e soprattutto la cultura italiana che ha fatto registrare,

zione artificiale, contraccezione) la fine della vita (assistenza al morente, eutanasia, testamento biologico, cure palliative, etc.). Un percorso che si snoda attraverso l'etica medica, il rapporto tra medici e pazienti di sesso diverso, la lotta all'Aids, i trapianti di organi, l'informazione e consenso del paziente musulmano, la mutilazione genitale femminile. Su questi argomenti, vengono messi a confronto, con linguaggio chiaro e taglio problematico, le differenti posizioni delle autorità religiose con le legislazioni degli Stati musulmani, le mentalità ed i comportamenti concreti dei fedeli, la pratica dominante, fino ad uno sguardo sulle tematiche legate all'immigrazione.



Dariusch Atighetchi si è laureato in Filosofia a Milano. Docente di Bioetica islamica al Centro Interdisciplinare di Studi sul Mondo Islamico "Francesco Castro" della Seconda Università di Roma, presso la Facoltà di Teologia di Lugano e presso la Seconda Università di Napoli.

È il maggior esperto italiano di Bioetica ed Etica Medica Islamica.

"La situazione islamica è analoga a quella di altre fedi prive di un'autorità centrale, un'autorità che interpreta i testi sacri e le situazioni concrete emettendo documenti che enunciano la posizione "ortodossa" della fede e, come tale, formalmente valida per tutti i credenti. Inoltre, il contesto contemporaneo, caratterizzato da uno stato di rivoluzione scientifica permanente, richiede alle autorità religiose di ogni fede prese di posizione sempre più rapide, oltre che approfondite, su temi nuovi e delicati la cui terminologia assume frequentemente significati disomogenei. I sistemi religiosi privi di un'autorità custode dell'ortodossia esprimono con maggiore facilità posizioni diversificate al pro-

nell'ultimo decennio, una lenta ma inesorabile "contaminazione" da usi e costumi islamici. In quest'ottica "Islam e bioetica" diviene un testo di estrema utilità non solo per coloro che desiderano acquisire informazioni sull'Islam ma, soprattutto per i nostri operatori sanitari sempre più a contatto quotidiano con pazienti musulmani, tenendo ben presente che l'Islamismo è la seconda religione in Italia. Le 317 pagine dell'opera, edita da Armando Editore, raccolgono la prima ampia analisi disponibile nel nostro paese, sul vivace dibattito nel mondo islamico sui problemi religiosi, sociali e politici, correlati alle nuove tecnologie inerenti l'inizio della vita (aborto, clonazione, cellule staminali, feconda-

Ippocrate



Ippocrate.

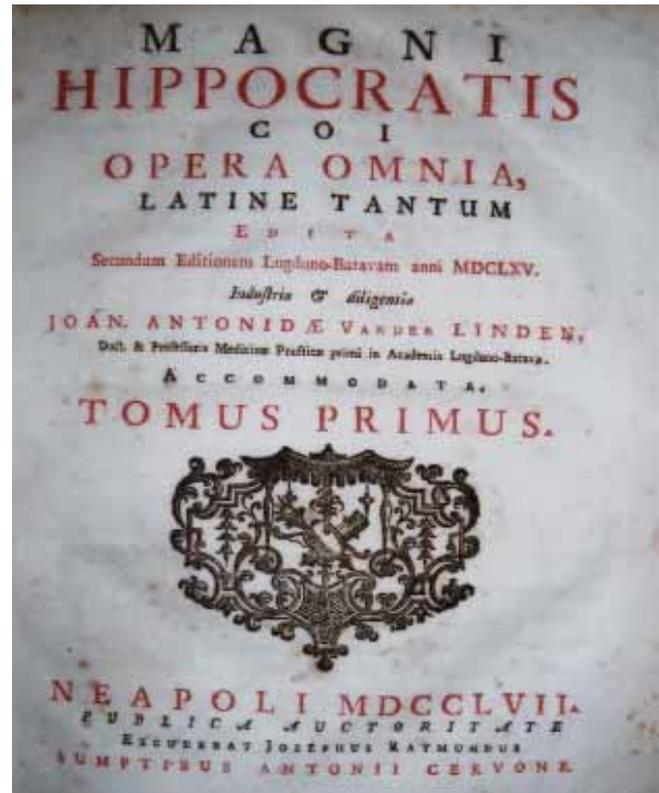
Unanimemente considerato dalla tradizione come il padre della Medicina che con lui divenne un'arte ed una professione, Ippocrate nacque nell'isola di Cos, nell'Egeo, l'anno 460 a.C., compì i primi studi nel famoso santuario ivi esistente, dal padre Eraclide apprese poi a conoscere l'arte

del medico; viaggiò molto, visitando vari paesi non solo in Grecia, ma anche in Egitto e Libia; fu contemporaneo di altri grandi personaggi di allora, come Platone, Socrate, Eschilo, Erodoto, Tucidi- de e Fidia. Si trovò ad Atene nel 430 durante la famosa pestilenza che colpì la città e che, secon-

do quanto scrive Galeno, fu debellata proprio da lui. Dopo tutte queste esperienze, ritornò in patria, si sposò; ebbe tre figli, di cui due maschi: Tessalo e Dracone. Tante le leggende che lo riguardano, come quella che rifiutò l'allettante offerta del re persiano Artaserse I di andare alla sua corte, in quanto considerava quel popolo nemico della Grecia. Ad un certo punto della vita lasciò Cos per recarsi di nuovo in Tessaglia, intorno al 420 a.C.; morì lontano dalla patria in età molto avanzata, a seconda dei vari studiosi tra gli 85 ed i 109 anni, e fu sepolto probabilmente a Larissa. Il perdurare della sua fama nei secoli è legato alla grandezza del suo pensiero e alle molte opere che scrisse in dialetto ionico e che spaziano dall'anatomia alla chirurgia, dall'etiologia alla deontologia, dalla ginecologia ai prognostici: si tratta di circa 60 trattati, raccolti dopo la sua morte nel cosiddetto Corpus Hippocraticum dai bibliotecari di Alessandria di Egitto nel III secolo a.C. Tante le discussioni sorte nel tempo per l'esatta attribuzione a lui di tutti questi scritti; oggi si tende ad ammettere come veramente ippocratici il *Giuramento*, gli *Aforismi* (almeno nella maggior parte), le *Epidemie I e III*, *l'Antica medicina*, i *Prognostici*, il libro delle *Arie*, quelli delle *Fratture ed Articolazioni*; gli altri sarebbero opera di suoi discepoli diretti, il tutto scritto in un arco di tempo di circa 150 anni. I manoscritti più antichi a noi pervenuti risalgono ai secoli X-XII e sono conservati nelle biblioteche di Parigi, Vienna, Laurenziana di

Firenze e nella Vaticana. Fra le prime edizioni a stampa dell'*Opera omnia*, ricordiamo la traduzione latina di Fabio Calvo edita a Roma nel 1525, quella greca stampata a Venezia da Aldo Manuzio nel 1526, quella greco-latina curata da Mercuriale a Venezia nel 1588. Tantissimi poi i commenti ai suoi libri, ad iniziare da Galeno fino ad arrivare agli inizi del '700. Ricordiamo successivamente come fondamentale l'opera compiuta a Emile Littré, che ha tradotto in francese tutto il *corpus*, e quella in italiano del Levi (1837-38). In tutte le opere di Ippocrate si deve anzitutto rilevare la profonda e sempre attuale concezione etica della figura del medico e del suo esercizio professionale, con una straordinaria visione di quelli che devono sempre essere i suoi doveri ed i suoi compiti, così chiaramente enunciati nel *Giuramento*, un vero e proprio codice

deontologico che riassume esattamente i più alti valori morali della sua epoca: scopo principale ed unico di quest'arte deve essere costantemente quello di essere consacrata e rivolta alla guarigione del malato, col metodo migliore. Pur affermando che il medico filosofo è simile agli dèi, Ippocrate sostenne che il fondamento delle cono-



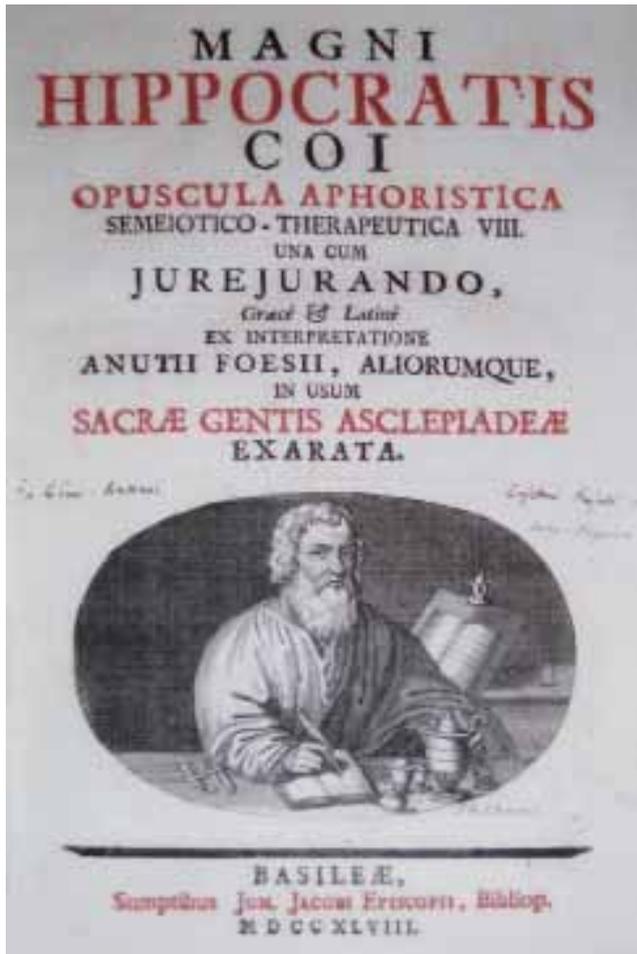
Opera Omnia, Napoli 1757.



Opera quae extant, Venetiis 1588.

scenze sanitarie deve basarsi nell'osservazione attenta e diretta dei sintomi del paziente, piuttosto che fondarsi su speculazioni filosofiche o teoriche; cercò poi di tenere separata la medicina dalle credenze religiose, polemizzando contro le pratiche magiche e superstiziose, ritenendo invece che ogni malattia avesse una sua causa razionale e naturale. Cardine fondamentale del suo pensiero è la dottrina dei quattro umori, già insegnata da Pitagora: il cor-

po dell'uomo è costituito da quattro elementi (aria, terra, acqua e fuoco) fra loro commisti in particolari qualità che danno origine al sangue, flemma, bile gialla e nera. L'uomo è in perfetta salute quando questi fattori si trovano fra loro in giusto rapporto; compare invece la malattia, se alcuni di questi sono in discrasia, cioè in eccesso o difetto (teoria umorale, come è esposta nel *De natura hominis*). Gli umori ci provengono con gli alimenti, che in parte sono utilizzati per far costituire il nostro corpo, mentre il restante viene espulso come non necessario. Suo anche lo studio dei giorni critici, nei quali la malattia arriva a compimento: se gli umori corrotti sono riassorbiti od eliminati, si ha la guarigione; in caso contrario, l'affezione si cronicizza o può portare alla morte. In merito alle sue conoscenze anatomiche, ricordiamo brevemente che queste sono semplici e anche spesso approssimative, basate sulle osservazioni ottenute dalla dissezione di animali. In



Edizione di Basilea, 1748.

fisiologia, ritenne il calore essere la fonte essenziale della vita, che penetra nel corpo con il "pneuma", cioè lo spirito, ed ha sede nel cuore sinistro; centro del pensiero è il cervello mentre a riguardo della circolazione, pensò che le arterie contenessero aria e che il sangue, generato nel fegato, si portasse di qui al cuore per essere poi, tramite le vene, distribuito ai vari organi. In patologia, molte le malattie da lui descritte, come quelle polmonari e gastro-intestinali, con precisione dei quadri sintomatologici che risultano da tante osservazioni cliniche accurate; grande importanza inoltre viene sempre data alla prognosi; in genere, le forme morbose ricordate e curate sono quasi sempre a decorso acuto.

Accanto a queste, sta il grande gruppo delle febbri malariche, intermittenti o remittenti. Interes-

bilire l'armonia ed il giusto equilibrio fra gli umori: è la natura la vera guaritrice di ogni male. Questa concezione influenzerà profondamente il pensiero medico dei secoli successivi e fu a lungo accettata come dogma indiscutibile. Ippocrate fu a capo di una fiorente Scuola, che raccolse numerosissimi allievi e che poi diffuse i suoi insegnamenti in tutto il modo di allora.

Delle sue opere, vogliamo brevemente ricordare

santi anche gli scritti chirurgici, con tante nozioni di anatomia delle ossa e delle articolazioni e delle terapie, in cui fece uso di pochi e semplici rimedi, affermando che la guarigione del paziente avviene soprattutto ad opera della natura, che agisce tramite le forze vitali; per cui le cure, come l'uso di erbe, la dieta, la ginnastica, i massaggi, le pratiche depurative, devono sempre essere rivolte ad aiutare le forze vitali, per ristabilire

anzitutto gli *Aforismi*, il trattato più letto, commentato e citato del *Corpus*; a tutti è noto l'inizio, con il celebre detto: "la vita è breve, l'arte è lunga".

Fu Galeno a suddividerli in 7 sezioni, e quelli di cui le più importanti sono le prime tre. La prima si occupa specialmente di dieta, la seconda di prognosi e terapia; la terza dei rapporti intercorrenti fra stagioni, età e malattie.

La quarta tratta delle evacuazioni artificiali, delle malattie intestinali ed urinarie; la quinta e sesta raccolgono sentenze sulle malattie polmonari e sull'azione del caldo e del freddo sull'organismo; l'ultima, riporta osservazioni diverse di varia natura sui segni prognostici di numerose malattie. Lo scritto delle *Arie, acque e luoghi* comprende due parti, nella prima, propriamente medica, l'autore elenca e analizza i differenti fattori esterni che il medico deve tenere presenti per pronosticare e curare le varie malattie. Nella seconda parte, etnografica, è dedicata a un confronto fra le costituzioni,



Il Giuramento.



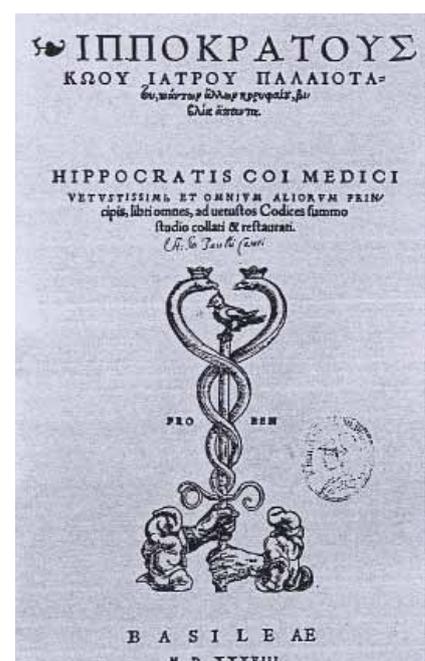
Opera omnia, Lugduni 1666.

fisiche e morali, dei popoli dell'Europa e dell'Asia. Il I e III libro delle *Epidemie*, sicuramente ippocratici, trattano del clima di un luogo, l'isola di Taso, con le malattie che ivi si riscontrano a seconda delle stagioni. Segue poi una serie di schede cliniche di singoli pazienti, con l'evoluzione delle loro malattie nel tempo. Il libro finisce con una nuova serie di casi, appartenenti questa volta a diverse altre città

greche. I trattati delle *Fratture e Articolazioni* costituiscono un'unica opera di chirurgia, che tratta di tutte le lussazioni, diastasi e fratture ad eccezione di quelle del cranio, iniziando da quelle semplici del braccio e della gamba, per poi passare a quelle più complesse, con i vari metodi di trattamento. Il *Male sacro*: è una monografia di notevole interesse su una malattia particolare, il morbo sa-

cro, cioè l'epilessia. Ne viene proposta una spiegazione razionale (combatte l'ipotesi che invece sia dovuta a influssi divini), causata dal cervello che non si è purgato sufficientemente prima o dopo la nascita, e ne propone la terapia. Ricordiamo ancora il *Prognostico*: qui sono esposti gli aspetti che il medico deve osservare in caso di malattie acute, al fine di emettere una prognosi il più precisa possibile sull'evoluzione e l'esito della malattia. Vengono indicati i segni favorevoli e quelli sfavorevoli (qui a proposito del viso, vi è la descrizione della *facies* ippocratica); una buona prognosi deve tener conto della totalità dei segni. *Le Prenzioni di Cos*: come gli *Aforismi*, costituiscono infine una raccolta di proposizioni, 640 in tutto, raggruppate in base ai segni, le parti del corpo coinvolte (dalla testa ai piedi), le malattie e le evacuazioni.

In conclusione, possiamo affermare che la sua opera rappresenta indubbiamente l'espressione più ampia e profonda di quelle che furono le conoscenze mediche nell'epoca di maggiore splendore della Grecia classica.



Altra edizione delle opere.

La craniostenosi: diagnosi e indicazione chirurgica

Uno dei più frequenti motivi pediatrici per richiedere un parere neurochirurgico è costituito dall'osservazione di un'anomala morfologia cranica in un bambino del primo anno di vita, tale da far sospettare una precoce chiusura di una o più suture craniche, cioè una craniostenosi.

La valutazione iniziale del neurochirurgo pediatrico deve dapprima confermare che l'anomalia morfologica è secondaria a una primitiva patologia delle suture craniche e non ad alterazioni intracraniche (come cisti aracnoidee o neoplasie) o extracraniche (come ad esempio cefaloematomi).

Occorre poi differenziare le vere craniostenosi, dipendenti dalla patologia suturale, da rimodellamenti

secondari a forze agenti sul cranio dall'esterno: la volta cranica nei bambini del primo anno di vita conserva una facile deformabilità perché non ancora sufficientemente ossificata, ed è quindi facilmente comprimibile da forze cronicamente ad essa applicate.

In particolare è molto frequente osservare un appiattimento cranico posteriore suggestivo di una precoce chiusura della sutura lambdoidea; riconoscere questa condizione dalla più rara plagiocefalia posteriore primitiva è fondamentale per una corretta terapia.

In queste situazioni che possono mimare una craniostenosi vera la risoluzione della alterazione sarà determinata dalla normale crescita volumetrica del parenchima cere-

brale che rimodellerà correttamente la volta cranica.

A volte la corretta diagnosi potrà essere posta dalla semplice osservazione clinica di particolari morfologie craniche, come nel caso delle craniostenosi sagittali che determinano un caratteristico aspetto dolicocefalico; un approfondimento radiologico sarà necessario nei casi di diagnosi incerta, per meglio delineare l'entità della patologia, per screening di eventuali malformazioni associate.

Una TC del cranio mirata allo studio della componente ossea è attualmente l'esame più completo, a volte insostituibile, per discriminare le plagiocefalie posteriori vere dalle più frequenti plagiocefalie secondarie a decubito preferenziale su-



pino lateralizzato. La necessità di una precisa diagnosi differenziale in questi casi si impone in conseguenza della frequenza con cui questo tipo di asimmetrie craniche sono oggi osservate, anche a causa della posizione supina consigliata per i bambini in epoca neonatale come prevenzione della morte improvvisa del neonato (sudden infant death syndrome: SIDS).

Recentemente è stata introdotta una nuova metodica diagnostica, atraumatica in quanto non richiede una sedazione del piccolo paziente al fine di ottenerne l'immobilità durante l'esame e utilizza gli ultrasuoni al posto delle radiazioni: l'ecografia per lo studio delle suture craniche), pur dovendosi ritenere ancora sperimentale, probabilmente in futuro semplificherà e velocizzerà la diagnosi di queste patologie.

Accertata la presenza di una craniostenosi vera, occorrerà considerare se essa determina una compressio-

ne locale sul parenchima cerebrale sottostante, o un aumento della pressione endocranica, o se la deformità cosmetica è tale da mettere a rischio il normale sviluppo psicosociale del bambino. Se si verifica una di queste possibili conseguenze della craniostenosi, occorre considerare l'opportunità di una correzione chirurgica.

Si è ritenuto a lungo che la precoce chiusura di una singola sutura cranica non fosse sufficiente per determinare ipertensione endocranica, ma che questa si verificasse solo nei casi di chiusure multiple, come nelle craniostenosi sindromiche (le più note: sindrome di Apert, sindrome di Crouzon). In effetti, utilizzando registrazioni prolungate della pressione intracranica (PIC), si è notato che anche i bambini con craniostenosi monosuturali potevano presentare saltuariamente, in determinati momenti della giornata (ad esempio nel sonno), valori ab-

normemente elevati; questa osservazione può giustificare i deficit di sviluppo psico-motorio, seppur lievi, evidenziati in età scolare e riportati in letteratura.

Una correzione chirurgica ai soli fini cosmetici non riveste carattere di particolare urgenza, anche se occorre sottolineare come i risultati migliori in questa patologia si ottengono quando l'intervento è effettuato entro il primo anno di vita, periodo in cui si verifica il massimo accrescimento della volta cranica. Inoltre una correzione precoce dell'alterazione permette di prevenire possibili complicanze delle craniostenosi non trattate, che, una volta insorte, richiedono terapie più complesse e problematiche; l'esempio riportato nella figura mostra un paziente con craniostenosi bicoronarica non curata, che all'età di 12 anni presenta idrocefalo, malformazione di Chiari tipo I, e siringomielia.

Nuova Polizza Sanitaria ENPAM

L'ENPAM ha sottoscritto una nuova Convenzione per la polizza sanitaria con la Compagnia di Assicurazione Unisalute Spa (che fa capo a Unipol). La nuova convenzione mantiene la stessa struttura della polizza precedente, seppure con alcune modifiche. La polizza, pertanto, garantisce il rimborso delle spese sostenute per ricoveri con interventi chirurgici conseguenti a qualunque malattia o a infortuni, ricoveri conseguenti ad alcuni gravi eventi morbosi, ricoveri per patologie oncologiche, senza intervento chirurgico. La nuova polizza prevede tre diverse modalità di prestazioni: diretta, cioè la possibilità di usufruire della rete di centri clinici convenzionati su tutto il territorio nazionale, senza anticipare denaro e senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia; indiretta, cioè con ricovero in centri non convenzionati, per i quali l'assicurato anticiperà le spese e poi chiederà il rimborso, che sarà effettuato con applicazione dello scoperto, di norma, del 25%; diaria da ricovero, per intervento chirurgico (o per grave evento morboso) in assenza di richiesta di rimborso di spese, per massimo 30 giorni e sarà di € 200 per i primi 10 giorni e di € 100 per ulteriori 20 giorni (per ricovero con intervento chirurgico) e di € 100 per massimo 30 giorni (per grave evento morboso). Inoltre è stata introdotta una nuova garanzia, relativa alla diaria giornaliera per ricovero da malattia (se senza intervento chirurgico e non causato da grave evento morboso) di € 65 per massimo 15 giorni.

I premi sono i seguenti:

- € 270 se il medico aderisce solo per sè stesso;
- € 615 se il medico aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona);
- € 815 se il medico aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da due persone);
- € 920 se il medico aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da tre persone);
- € 990 se il medico aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da quattro o più persone).

Gli attuali assicurati dovranno compilare e spedire il modulo di adesione (che riceveranno a casa unitamente al bollettino per il pagamento del premio) a: Fondazione ENPAM - Casella postale 7216 - 00100 Roma Nomentano. I nuovi aderenti, invece, dovranno compilare il modulo di adesione disponibile sul sito ENPAM www.enpam.it o sul "Giornale della Previdenza" o presso la sede dell'Ordine e spedirlo alla Fondazione ENPAM - Casella postale 7216 - 00100 Roma Nomentano, entro e non oltre il 31/07/2009. Successivamente i nuovi aderenti riceveranno il bollettino Mav per il pagamento del premio che dovrà essere pagato entro la data di scadenza indicata sullo stesso.

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.enpam.it oppure telefonare al n. 06.48294829 (tutto l'anno) o ai nn. 06.48294885-856-587, oppure inviare una email a polizzasanitaria@enpam.it, o contattare il call-center 199.168.311, attivo fino al 31/07/2009 esclusivamente per informazioni circa le modalità di adesione.

Etica odontoiatrica: rapporti con i colleghi

INTRODUZIONE - Il termine etica è indissolubile da morale. Si potrebbe definire l'etica come lo studio della moralità, per fornire criteri decisionali razionali nell'ambito del "buono" e del "cattivo", del "giusto" e dell'"ingiusto". È una materia che ha molti collegamenti di natura filosofica soprattutto nella terminologia e presenta interpretazioni diverse da paese a paese, in ambienti culturali diversi, con importanti implicazioni di natura religiosa.

In Italia la pratica medico-chirurgica e odontoiatrica si ispira agli stessi principi etici di solidarietà a difesa e salvaguardia del genere umano; per cui tutti gli esercenti la professione dell'odontoiatria confluiscono all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e sono soggetti ad un unico Codice Deontologico. Il Codice attuale è stato approvato nel dicembre 2006 e ripercorre ed approfondisce le tematiche precedenti allegando delle interessanti linee guida su pubblicità sanitaria e conflitto di interessi. Si

è inoltre costituito in Italia un Comitato Nazionale per la Bioetica che ha tra l'altro approvato nella seduta plenaria del 24 giugno 2005 un documento dal titolo "Bioetica in odontoiatria". Le organizzazioni di categoria hanno spesso affrontato queste problematiche: interessante e di scorrevole lettura è il "Dental Ethics Manual" della FDI World Dental Federation. L'odontoiatra svolge una professione subordinata a principi di natura etica anche se è coinvolto in maniera meno angosciante da patologie e trattamenti che normalmente non rappresentano una minaccia per la vita, ma che incidono eventualmente sul vissuto del paziente attraverso l'estetica del volto, il dolore talvolta costante, la funzione masticatoria lesa.

In campo medico invece le questioni "eticamente sensibili" sono di enorme interesse ed attualità. L'eutanasia, l'accanimento diagnostico-terapeutico, l'aborto, il ricorso alla fecondazione assistita e altro ancora provocano spesso sui me-

dia dispute furibonde e sono temi ormai affrontati dai Parlamenti di tutto il mondo. I confini morali delle tecno-scienze, se non ben delimitati, possono condurre il medico che ne sia coinvolto in un viaggio solitario in una "terra di nessuno". Per il dentista queste problematiche, che lo coinvolgono come cittadino, appaiono fuori luogo in un codice che nasce esclusivamente per la classe medica e che non si pongono nella pratica professionale odontoiatrica. La lettura del Codice di Deontologia Medica evidenzia a mio avviso la necessità di un Codice Deontologico per gli Odontoiatri fatto dagli Odontoiatri in completa autonomia operativa. Con questo articolo affronteremo situazioni e temi morali nella pratica odontoiatrica, con particolare riferimento a riflessioni sui rapporti etici e quindi deontologici con i colleghi, dentisti e non e ci atterremo comunque alle attuali normative di deontologia medica che fanno riferimento a valori universali.



RAPPORTI ETICI TRA COLLEGHI

- Il rapido accrescersi delle conoscenze scientifiche e tecnologiche in campo odontoiatrico, con le implicazioni cliniche che ne conseguono, ha reso possibile affrontare trattamenti del distretto orale particolarmente complessi con ottima predicibilità di successo. Di conseguenza la difficoltà ad essere esperti in tutti i campi dell'odontoiatria ha fatto sì che è sempre più cercata la collaborazione di un collega dentista specializzato, o più qualificato, su patologie orali che richiedono particolari tipi di intervento.

Altre volte possono essere colleghi medici, specialisti o non, a richiedere la collaborazione del dentista:



dal pediatra che evidenzia problematiche ortodontiche o di altra patologia orale in un piccolo paziente, all'ortopedico o otorinolaringoiatra ai quali arrivano all'osservazione pazienti con patologie che possono fare riferimento all'articolazione temporo-mandibolare. Frequenti sono inoltre i rapporti con i medici di base e con altri specialisti che hanno in cura pazienti con patologie sistemiche che comportano un interessamento orale. Frequentemente è il paziente che si rivolge spontaneamente ad un altro dentista perché non soddisfatto di un precedente trattamento, spesso per il persistere o l'aggravarsi della patologia o anche solo per valutare un ulteriore preventivo.

L'articolo 60 del Codice deontologico a riguardo recita che "qualora la complessità del quadro clinico o l'interesse del paziente esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e /o terapeutiche, il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso."

Una prima considerazione da fare è sul divieto da parte dei codici etici di pagare o ricevere un corrispettivo dal collega per avere accolto o inviato un paziente: "Il dentista (e il medico) dovrebbe agire in modo da migliorare il prestigio e la reputazione della professione" che in questo caso ne sarebbero compromessi agli occhi della comunità per l'atto in se stesso che mira al raggiungimento di un facile guadagno, ma anche perché con questo divieto i codici etici salvaguardano soprattutto il paziente il quale per solo interesse materiale corre il pericolo di essere inviato allo specialista per un consulto di cui non ha bisogno.

Ma quale atteggiamento deve tenere l'odontoiatra in questi casi?

I rapporti con i colleghi sono regolati dal Codice Deontologico dall'articolo 58 al 64. L'articolo 58 invita al rispetto reciproco: "Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito." L'odontoiatra deve quindi avere un atteggiamento professionale

mostrando rispetto per eventuali divergenze di opinione e se chiamato a verificare interventi eseguiti da altri colleghi si deve attenere esclusivamente a valutazioni tecniche. L'atteggiamento palesemente denigratorio nei confronti dell'operato del collega produce oltretutto un effetto boomerang negativo per tutta la professione odontoiatrica che perde il rispetto e la fiducia da parte del cittadino: e la denuncia da parte della classe medica della facilità con la quale oggi il paziente si rivolge all'avvocato, per risolvere danni presunti o reali alla salute, trova sicuramente una ragione anche negli atteggiamenti di scorretta competizione.

Si può però anche verificare il caso che il dentista che riceve il paziente possa essere giustamente preoccupato per lo standard di cure effettuate, soprattutto se sono capitati altri riscontri, e tacere o minimizzare è eticamente scorretto nei confronti del paziente che si rivolge con fiducia al medico nella convinzione che agisca nel suo interesse: "Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona" (art.20). Inoltre "...In caso

di divergenza di opinioni, si dovrà comunque salvaguardare la tutela della salute del paziente che dovrà essere adeguatamente informato e le cui volontà dovranno essere rispettate ...”(art.60). Quindi i pazienti dovrebbero essere informati della loro attuale condizione di salute orale rispettando la dignità dei colleghi. Ritengo che il primo passo da fare sia quello di parlarne con il dentista che ha trattato il paziente. Un approccio improntato alla reciproca correttezza e rispetto con il quale si fa presente il problema e si valutano le possibili soluzioni per risolverlo e che il collega decide volontariamente di adottare. Se tutto questo non va a buon fine, e non si prospettano altre soluzioni “indolori”, deve essere informato l’Ordine dei Medici e la Commissione Albo Odontoiatri della Provincia alla quale il collega è iscritto. Questa modalità di comportamento ritengo sia quella da adottare in tutti i casi in cui si verificano comportamenti contrari all’etica tra colleghi. Il primo passo dovrebbe essere quello di informare il collega del comportamento non etico per limitare la questione a questo livello e, solo se non possibile, mettere al corrente gli organi di disciplina: passo non certo facile, ma che rientra tra i doveri professionali del dentista. Un altro argomento da affrontare è quello della pubblicità sanitaria che si è oggi adattata ai cambiamenti sociali e legislativi della società e pur non essendo più vietata è comunque soggetta alle normative e alle Linee Guida del Codice Deontologico (Linea-Guida inerente l’applicazione degli articoli 55-56-57 del codice di Deontologia Medica). La pubblicità deve essere indirizzata ad obiettivi legittimi e veritieri, mai usata a fini non etici nell’intento di una massimizzazione del reddito a spese dei colleghi. “Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e

informazione sanitaria; l’Ordine vigila sulla corretta applicazione dei criteri stessi.” (art.55). Probabilmente nel futuro dovremo sempre più affrontare una legislazione che, come negli Stati Uniti, sostiene, secondo me a torto, che i limiti alla pubblicità non sono a beneficio del paziente, ma solo dell’odontoiatra che cerca di mantenere con questo una forma di monopolio. Personalmente non vorrei mai essere al posto di un paziente che non ha la competenza di poter giudicare e che è frastornato da messaggi mediatici che promettono cure all’avanguardia; all’avanguardia e a prezzi stracciati; a prezzi stracciati e... con vista mare e così via. La concorrenza esasperata e scorretta può solo pregiudicare la fiducia che il paziente ha nella professione e che il professionista deve guadagnarsi con capacità e valori ben diversi da quelli di uno spot televisivo, di un articolo compiacente o distribuendo bigliettini pubblicitari nei luoghi di ritrovo o per strada.

L’ETICA IN CAMPO ODONTOIATRICO HA UN FUTURO?

- Nel mondo attuale sorge spontanea una provocazione: l’etica, l’etica in se stessa, ha un futuro? O l’interpretazione dei termini “buono” e “giusto” dovrà essere rivista rispetto al significato che dai filosofi greci è arrivato nei secoli alla nostra civiltà. Per esempio, senza scomodare Socrate, alla luce delle leggi di mercato la concorrenza assume agli occhi delle Istituzioni un significato positivo come controllo delle tariffe. Ma diventa più sfumato il

confine tra “sleale” e “virtuoso”: per cui la concorrenza, quella definita una volta sleale, alla luce dell’obiettivo da raggiungere diventa virtuosa. Nel settore odontoiatrico la sensazione generale è che il modello di assistenza odontoiatrica sia in una fase di trasformazione che qualcuno definisce epocale (per esempio i Fondi Integrativi!) e comunque da non sottovalutare da parte dei rappresentanti Ordineistici e Sindacali. L’attuale modello che ha portato i dentisti italiani ad un livello di preparazione tra i più alti nel mondo è messo in discussione dalle Istituzioni e dalle associazioni dei consumatori a fronte di una crisi economica che mette sempre meno risorse a disposizione dell’intera comunità. L’attuale forma di studio professionale che come attività sanitaria e intellettuale è vincolato a valori etici nel rispetto della tutela della salute del paziente è messo in alternativa allo studio considerato azienda a tutti gli effetti e come tale soggetto alle leggi del mercato e del profitto senza tutela della concorrenza, in una realtà dove l’odierna impostazione etica rientra in una soggettività diversa ma attualmente di difficile interpretazione: una professione ha vincoli etici diversi da quelli di un’impresa. Sono tutti aspetti che ancor più evidenziano che il cosiddetto “Codice dei Medici”, i cui valori ispiratori sono non solo condivisibili ma devono essere preservati anche dai dentisti, con il passare degli anni si adatterà sempre meno alle peculiarità organizzative ed amministrative degli odontoiatri.



Decreto Legge 81/08 sulla sicurezza dei luoghi di lavoro

Avvicinandosi la scadenza, a norma di legge, dell'obbligo di certificazione con data certa della valutazione dei rischi anche negli studi medici ed odontoiatrici, riteniamo utile dare alcune informazioni sulle problematiche connesse alla sicurezza nei luoghi di lavoro attraverso il recente decreto legge denominato 81/08.

Ad oggi, nonostante che fin dal lontano 1955 si siano frequentemente succedute leggi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro il problema degli incidenti sul lavoro, che sono pur in lieve flessione, e delle malattie professionali è tuttora lontano dall'essere risolto.

Alcuni dati:

- Solamente nell'anno 2006, in Italia, abbiamo avuto 1250 morti su un totale di 1.000.000 di infortuni dichiarati.

- Dall'inizio dell'anno 2007 a maggio dello stesso anno abbiamo avuto 351 morti e 8776 invalidi su un totale di 351.044 infortuni.

- Fonti INAIL hanno dichiarato che dal febbraio 2005 al gennaio 2006 abbiamo avuto 1255 morti e che dal febbraio 2006 al gennaio 2007 il numero dovrebbe assestarsi intorno a 1254 persone decedute.

A questi numeri dovrebbero essere aggiunti quelli delle malattie professionali non conteggiate in queste statistiche.

- L'incidenza delle morti per 100.000 occupati, ponderata secondo i parametri Eurostat, è infatti pari a 2,8 per l'Italia, valore più elevato della media europea e significativamente maggiore del 2,3 tedesco.



Considerando che gli incidenti sul lavoro potrebbero quasi essere totalmente evitati se fossero osservati gli accorgimenti di prevenzione questi sono in realtà dei numeri da brivido che giustificano l'intervento del legislatore seppure queste problematiche, che pure toccano profondamente la sensibilità civile di tutti noi, sono per fortuna molto lontane dalla quotidianità dei nostri ambienti professionali.

Il legislatore è intervenuto in materia anche recentemente, l'ultima volta con il decreto di cui parliamo in questo articolo il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" che sostituisce i seguenti articoli di legge:

D.P.R. 27 aprile 1955, n.547
 D.P.R. 7 gennaio 1956, n. 164
 D.P.R. 19 marzo 1956, n. 303, fatta eccezione per l'articolo 64
 D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277
 D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626 (...242)
 D.Lgs. 14 agosto 1996, n. 493 e 494
 D.Lgs. 25 febbraio 2000, n. 66
 D.Lgs. 2 febbraio 2002, n. 25
 D.Lgs. 23 giugno 2003, n. 195
 D.Lgs. 19 agosto 2005, n. 187
 D.Lgs. 10 aprile 2006, n. 195
 D.Lgs. 25 luglio 2006, n. 257
 D.Lgs. 19 novembre 2007, n. 257

Gli articoli: 2, 3, 5, 6 e 7 della legge 3 agosto 2007. n. 123

Questo decreto attuativo presenta delle caratteristiche originali e si estende ad un numero mag-

giore di luoghi di lavoro e di lavoratori rispetto a quanto avveniva con la legge 626/94 in vigore fino ad oggi ed inoltre presenta alcune caratteristiche strutturali particolari che meritano di essere affrontate. Si tratta di un decreto di una mole necessariamente rilevante, dovendo essere comprensivo di un volume di leggi che sono state emanate in un lasso temporale di cinquantatré anni e che vuole riguardare le norme che regolano ogni aspetto della sicurezza sui luoghi di lavoro. È suddiviso in 13 Titoli di norme legislative, la legge vera e propria, più 51 allegati tecnici di riferimento che sono e saranno naturalmente in continua evoluzione con l'evolversi delle tecnologie senza alcuna necessità di ulteriori interventi parlamentari. Quindi, per sua natura, questa diviene una legge in costante evoluzione che costringe sia le aziende che i lavoratori ad uno sforzo fatto di continui interventi formativi ed informativi sugli operatori per l'aggiornamento. Inoltre anche il campo di applicazione di questa legge è più ampio di quello che era previsto dalla 626/94 venendo ad interessare anche quelle attività piccolissime che prima erano praticamente escluse come per esempio molti studi medici monoprofessionali.

Ecco alcune delle più importanti differenze fra la 81/08 e la 626/94:

- Campo di applicazione: tutte le attività di lavoro a prescindere dal tipo contrattuale (volontari, autonomi o subordinati): quindi tutti i lavoratori (anche non a computo) ad eccezione dei familiari non strutturati. Anche i colleghi associati ed i collaboratori esterni sono considerati lavoratori al fine dell'applicazione di questa legge.

- Il datore di lavoro: colui che, indipendentemente dalle dimensioni dell'unità produttiva che dirige, esercita sia dei poteri decisionali che di spesa.

- azienda: il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato.

- L'implementazione della norma OHSAS 18001: questa è una norma emessa in Gran Bretagna nel 1999 allo scopo di regolamentare l'applicazione di Sistemi per la Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro.

È rilevante il fatto che questo decreto legge, ancora non completo in tutte le parti applicative e per cui dovremo attendere il completa-

mento da parte della Conferenza Stato Regioni, interessa un numero grandissimo di luoghi di lavoro, anche le piccole unità produttive che prima non erano interessate dalla 626/94 e molte nuove categorie di persone aventi diritto alla tutela della propria salute e prima escluse da questo in quanto, non essendo a computo, non erano considerate dei lavoratori.

Nel campo della libera professione di area medica probabilmente la categoria interessata più da vicino dall'applicazione di queste misure è quella degli odontoiatri poiché la necessità di fornire delle prestazioni sofisticate e spesso di piccola chirurgia comporta necessariamente l'impiego di collaboratori più o meno addestrati alla mansione di compiti anche complessi.

Questo sicuramente sarà un onere aggiuntivo per una categoria molto parcellizzata e già provata da una grande quantità di obblighi però, se ben gestito dalle associazioni di categoria che insieme ai sindacati dei lavoratori avranno il compito di informare e formare gli operatori, potrà forse alla lunga divenire un elemento di qualificazione collettiva e probabilmente anche un momento di crescita professionale a livello personale.



News odontoiatriche

Il numero degli odontoiatri in Italia

Pubblichiamo i dati degli iscritti agli Albi degli Odontoiatri per regione, in ordine di area geografica, secondo i dati della FNOMCeO. Sono presi come riferimento sia i dati di diciotto anni fa (1991) che quelli a partire dal 2000; è chiaro il boom degli iscritti, che si configura in una plethora odontoiatrica, che non può non creare allarme. Su un totale di 56.089 iscritti la maggioranza sono doppi iscritti, prevalentemente di età superiore ai 49 anni, mentre gli odontoiatri "puri" hanno per lo più un'età compresa tra i 29 e i 54 anni. Se consideriamo i dati per area geografica vediamo che il più alto numero di iscritti è nel nord ovest 15.932 con in testa la Lombardia, seguito dal Centro, 14.130 (Roma è la città con più iscritti in Italia), che precede il Nord Est con 10.851 iscritti.

Per quanto riguarda la situazione degli iscritti all' Albo degli Odontoiatri di Pisa abbiamo i seguenti dati FNOMCeO:

	1991	1994	1997	2000	2003	2007	2009
PISA	177	264	292	310	313*	427	470

REGIONE	1991	2000	2006	2009
EMILIA ROMAGNA	1.835	2.895	4.075	4.245
FRIULI VENEZIA GIULIA	692	1.138	1.281	1.309
TRENTINO ALTO ADIGE	374	561	759	789
VENETO	2.277	3.565	4.343	4.508
LIGURIA	841	1.185	2.031	2.107
LOMBARDIA	3.114	5.789	8.291	9.417
PIEMONTE	1.405	3.250	3.817	4.330
VALLE D'AOSTA	38	66	76	78
ABRUZZO	721	1.224	1.500	1.584
LAZIO	2.420	4.350	5.432	6.135
MARCHE	707	997	1.271	1.376
MOLISE	123	214	276	292
TOSCANA	1.508	2.760	3.605	3.831
UMBRIA	405	697	871	912
BASILICATA	78	301	361	392
CALABRIA	902	1.514	1.780	1.899
CAMPANIA	1.484	3.305	4.241	4.384
PUGLIA	1.351	2.391	3.124	3.311
SARDEGNA	474	1.007	1.377	1.438
SICILIA	1.314	2.392	3.464	3.752
TOTALE	22.063	39.601	51.975	56.089

Elezioni CAO

- Si sono svolte le elezioni per il rinnovo per il prossimo triennio degli organismi nazionali FNOMCeO. I Presidenti degli Albi Provinciali degli Odontoiatri si sono così espressi in merito alla elezione della Commissione Albo Odontoiatri.

I primi cinque eletti faranno parte della C.A.O. Nazionale.

La Commissione Albo Odontoiatri ha poi nominato Presidente Nazionale, il **Dott. Giuseppe Renzo**.

È da sottolineare la elezione del

Dott. Raffaele Iandolo a Tesoriere del Comitato Centrale della FNOMCeO.

I primi quattro eletti della CAO fanno parte anche del Comitato Centrale FNOMCeO.

Questo il commento del Presidente Giuseppe

Renzo ai risultati elettorali: *"A mio modesto parere la stragrande maggioranza dei presidenti CAO provinciali, con il proprio voto, ha dimostrato di condividere pienamente la linea politica espressa dalla CAO nazionale, soprattutto in quest'ultimo triennio, e, pertanto, ha voluto anche che fosse mantenuta una continuità nella sua rappresentanza, riponendo totale fiducia nei suoi componenti i quali, pur provenendo da Associazioni di categoria, hanno sempre saputo tenere ben distinto il ruolo istituzionale, di loro competenza, da quello sindacale in cui si poteva rischiare di cadere con inevitabile perdita di prestigio e credibilità".*

	VOTI
RAFFAELE IANDOLO	299
VALERIO BRUCOLI	285
CLAUDIO CORTESINI	273
GIUSEPPE RENZO	237
ALESSANDRO ZIVI	204
MAURO ROCCHETTI	109
SAVERIO ORAZIO	35
GERARD SEEBERGER	23
GIOVANNI DEL GAISO	20

Agopuntura: antica medicina rivolta al futuro

Le medicine non convenzionali (o "complementari") più note - omeopatia, agopuntura, fitoterapia, medicina manuale - hanno ormai conquistato ampia fiducia nel mondo occidentale: tra esse, l'agopuntura è stata la prima ad affrontare e vincere, almeno in parte, lo scetticismo della classe medica.

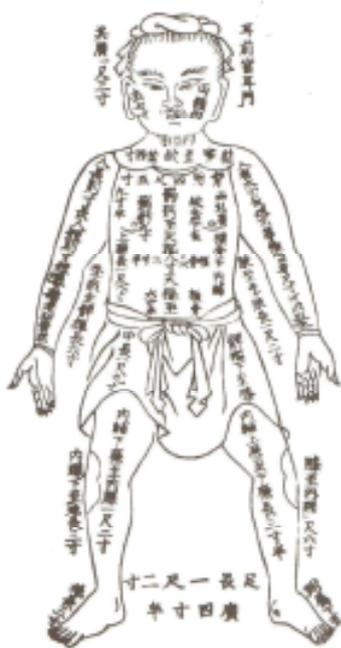


Fig. N.1 Illustrazione dei punti di agopuntura tratta da un antico testo di medicina cinese (foto OMS)

L'agopuntura - che, anche se non l'unica, è la tecnica della medicina cinese più efficace e più diffusa - si basa sulla stimolazione di determinate zone cutanee con l'infissione di sottili aghi metallici.

La sua origine si perde nella leggenda: i cinesi dicono infatti che l'agopuntura è "vecchia come la Cina" dove sarebbe nata nel 4000 a.C. La conferma di ciò potrebbe essere data dal ritrovamento, du-

rante scavi archeologici, di aghi in pietra per agopuntura risalenti ad alcuni millenni a.C..

Probabilmente nel periodo paleolitico e neolitico durante l'uso degli strumenti di pietra o nel maneggiare il fuoco, lo sciamano di qualche tribù, dopo aver osservato per caso gli effetti terapeutici secondari a lesioni da essi provocate, abbia provato con successo a curare le malattie con aghi fatti di schegge di selce o di giada.

Ciò è valido anche per la stimolazione dei punti di agopuntura con il calore, che oggi è fatto con le Moxa, ossia dei piccoli coni di polvere di Artemisia Montana incendiati posti sulla cute in corrispondenza dei punti di agopuntura.

I primi testi di agopuntura (Fig. N.1) risalgono al 2500 a.C. quando, sotto l'impulso di Huang Ti (il leggendario "Imperatore Giallo"), furono elaborati il Nei King So Wenn ed il Nei King Ling Tru, che rappresentano le più antiche opere mediche del mondo. Durante la dinastia Sung (X-XIII secolo d. C.) era usata come strumento didattico una sta-



tua di bronzo a misura d'uomo (Fig. N.2) con incisi i meridiani ed i punti da pungere: la statua era cava, veniva riempita di acqua e coperta di cera. Quando l'allievo pungeva esattamente il punto richiesto, l'acqua usciva attraverso il foro.

Già in questo periodo l'insegnamento dell'agopuntura era indipendente e non più compreso in quello delle scienze e della religione.

I primi contatti tra la scienza medica occidentale ed orientale avvennero all'inizio del XX secolo grazie all'opera di studio e di diffusione del sinologo francese Soulié de Morant che scrisse il primo trattato occidentale di medicina cinese. L'agopuntura era però già nota ai medici arabi, era stata descritta da Marco Polo nel "Milione" e nel 1700 i missionari gesuiti al ritorno dalla Cina l'avevano fatta conoscere in Europa.

Soltanto dopo la seconda guerra mondiale, grazie al cambiamento politico e culturale della Cina, la teoria e la pratica dell'agopuntura cominciarono ad interessare la medicina occidentale.

Il 1958 segna una svolta storica, perché venne effettuato il primo intervento chirurgico in anestesia con agopuntura: questo evento, di risonanza mondiale, portò per la prima volta sulla cronaca "la nuova medicina cinese".

Nel 1972, dopo il viaggio del presidente americano Richard Nixon e la famosa partita a Ping Pong con Mao Tse Tung, i numerosi giornalisti al seguito fecero conoscere le meraviglie

Fig. N. 2

Statua in bronzo dell'anno 1027 d.C. utilizzata per mostrare ai futuri medici i punti dell'agopuntura (foto OMS, D. Henriud)

dell'agopuntura agli americani. Attualmente, malgrado le difficoltà legate all'interpretazione scientifica di una terapia in apparenza estranea alla cultura occidentale, l'agopuntura è utilizzata da centinaia di milioni di pazienti in tutti i paesi del mondo, soprattutto in quelli dell'Europa e dell'America del Nord, dove la medicina è maggiormente sviluppata e all'avanguardia nella ricerca.

Secondo un'indagine ISTAT nel 2000, circa tre milioni di nostri connazionali e oltre 60 milioni di europei si sono curati con l'agopuntura. Negli Stati Uniti il 30% degli americani l'ha utilizzata almeno una volta nella vita e in Germania, secondo il settimanale Die Zeit (dicembre 2008), il 61% dei tedeschi la preferisce alle terapie "occidentali".

In Italia (dal 1982) e nella maggior parte dei paesi del vecchio continente è obbligatoria la laurea in medicina per la pratica dell'agopuntura. Nel 2002 la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha riconosciuto l'esercizio di nove "Medicine non Convenzionali" (fra le quali l'Agopuntura) quale atto medico a tutti gli effetti e ha previsto l'istituzione presso gli Ordini provinciali dei medici di un registro dei professionisti che le praticano. Dopo l'introduzione nel Servizio Sanitario Nazionale dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ai quali si devono adeguare le Aziende Sanitarie, le prestazioni di "agopuntura a scopo anestesilogico" rientrano in quelle erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale.

La formazione dei medici agopuntori italiani, considerata di buon livello, è dovuta alle scuole private e alle Società di agopuntura, molte delle quali riunite nella F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), che dal 1995 ha stabilito programmi e regole uniformi per la formazione dei circa 3000 medici agopuntori.

In molte sedi universitarie italiane (Milano, Pavia, Firenze, Padova, Roma La Sapienza, Palermo) da alcuni anni sono stati istituiti dei Ma-

ster postlaurea di primo e secondo livello in agopuntura.

INN E YANG ORIGINE DELLA VITA

Secondo la medicina energetica cinese, di cui l'agopuntura fa parte, il corpo umano possiede un sistema di canali energetici, chiamati "meridiani", nei quali scorrerebbero il "Qi" (l'energia vitale) ed il sangue, il cui ritmico fluire permetterebbe il normale funzionamento del corpo umano e la difesa dalle malattie. L'energia Qi è presente in tutto l'universo sotto due aspetti diversi in contrasto ed in unione inscindibile fra di loro: l'energia Yang e l'energia Inn (erroneamente definite "energia maschile" e "energia femminile"). Il fluire armonico della vita dipende dalla presenza equilibrata di entrambe le forme energetiche tanto che in mancanza di una delle due si verifica la morte.

I meridiani del nostro corpo sarebbero connessi, per mezzo dei tessuti sottocutanei e muscolari, ai vari organi ed apparati, quali il sistema nervoso centrale e periferico, il cuore, i polmoni, il sistema riproduttivo, ecc.

Quando il soggetto è sano, l'energia e il sangue scorrono nei meridiani nutrendo e proteggendo i tessuti corporei e gli organi, mantenendone il corretto funzionamento: un'alterazione o una malattia di uno di questi organi provocherebbe una modificazione del regolare decorso energetico o uno squilibrio fra le due energie Inn e Yang, con comparsa della sintomatologia specifica della malattia lungo il decorso del meridiano corrispondente (anche per questo motivo si parla di meridiano dello stomaco, del fegato, del polmone, del rene, ecc.).

Viceversa, una "energia esterna" dannosa per l'organismo (ad esempio i batteri o i virus, il freddo o il caldo eccessivi) entrerebbe nel corpo umano e, dopo averne superato le difese, soprattutto se queste sono insufficienti, provocherebbe dolore lungo il meridiano interessato e successivamente

colpirebbe l'organo corrispondente determinandone la patologia.

I punti di agopuntura rappresentano delle zone sui meridiani dove l'energia vitale è più superficiale, quindi più facilmente aggredibile dall'esterno e modificabile in senso positivo o negativo mediante l'infissione di aghi. Tali punti funzionerebbero come interruttori di un circuito elettrico o delle saracinesche di un sistema idraulico: pertanto ristabilirebbero il flusso dell'energia e del sangue così da permettere la guarigione o ridurre i sintomi dolorosi.

Ma l'agopuntura ha anche un'azione preventiva, poiché può essere usata non solo per curare, ma anche per prevenire l'insorgenza delle malattie mediante l'attivazione delle energie difensive. I cinesi di quattromila anni fa avevano già intuito che: "è meglio prevenire che curare" le malattie.

CONFERMA SCIENTIFICA DELL'AGOPUNTURA

Fin qui l'aspetto tradizionale dell'agopuntura cinese che appare estremamente lontano dalle nostre concezioni occidentali.

Tuttavia, negli ultimi anni, molte teorie sull'agopuntura, etichettate come puramente filosofiche e difficilmente dimostrabili dalla scienza, sono state verificate grazie allo sviluppo delle tecniche biomediche e diagnostiche che hanno permesso ai ricercatori occidentali e cinesi di studiarne e comprenderne, almeno in parte, i meccanismi di azione.

È stato dimostrato così che i punti di agopuntura (la cui struttura istologica è stata individuata) si trovano in corrispondenza delle zone dove le arterie, le vene e i nervi si dividono in rami più sottili.

Le tecniche elettrofisiologiche hanno rivelato che i punti e i meridiani hanno una resistenza elettrica più bassa delle aree cutanee circostanti: basandosi sulla sua misurazione sono state disegnate sul corpo umano delle linee energetiche che ricalcano quelle dei meridiani cinesi.

Anche la concezione millenaria del

funzionamento ritmico dell'energia vitale (ad ogni due ore del giorno corrisponde un massimo energetico in uno dei dodici meridiani legato all'organo corrispondente) è stata confermata dalla cronobiologia (successione veglia-sonno; ritmi biologici: renale, cardiaco, produzione ormonale, ciclo mestruale, ecc.) che mostra una corrispondenza fra le nozioni cinesi e quelle attuali.

L'unica vera differenza fra le due visioni scientifiche - tradizionali e moderne - dell'agopuntura è il linguaggio usato: l'Agopuntura cinese infatti va «riletta» in chiave neurofisiologica ed endocrinologica. Malgrado l'efficacia clinica dell'Agopuntura fosse stata validata da cinquemila anni di pratica in tutto il mondo, negli anni passati molti studiosi ritenevano che l'effetto fosse solamente placebo, privo di una risposta terapeutica propria. Dal 1970 ad oggi le pubblicazioni apparse su riviste scientifiche in-

ternazionali accreditate riguardanti l'Agopuntura sono quasi 8000, quindi una quantità di studi notevole che ne fa la medicina complementare più studiata e più conosciuta nei meccanismi d'azione. Non tutti gli studi, però, rispondono rigidamente ai protocolli scientifici richiesti dalla EBM (Evidence Based Medicine), per le caratteristiche proprie di questa tecnica medica che ha un approccio diagnostico e un trattamento diverso tra individui con la stessa malattia. Tuttavia, malgrado le difficoltà insite in ogni medicina olistica, la ricerca scientifica sui meccanismi d'azione ha fatto notevoli sforzi per essere definitivamente accettata dalla scienza ufficiale.

Nel 1997 il National Institutes of Health statunitense, dopo una consensus conference di tre giorni a Bethesda, concluse che: "i dati a sostegno dell'agopuntura sono in realtà solidi quanto quelli esistenti per altre terapie mediche occiden-

tali largamente accettate" e che: "uno dei vantaggi dell'agopuntura è che l'incidenza di effetti collaterali è sostanzialmente inferiore rispetto ai farmaci o ad altre procedure di trattamento accettate per la terapia della medesima condizione".

Il N.I.H. ha inoltre fornito un elenco delle patologie più sensibili al trattamento con Agopuntura (Fig. N.3) con evidente riscontro statistico, che si integra con quello diffuso nel 1989 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (molto più ampio, perchè basato su l'efficacia clinica tradizionale).

Un significativo passo in avanti nella spiegazione dei meccanismi d'azione dell'agopuntura è stato fatto grazie agli studi di neuroimaging con la positron emission tomography (PET) e la functional magnetic resonance imaging (f-MRI), che consentono di documentare nell'uomo in tempo reale le sedi delle modificazioni neurofisiologiche indotte dall'agopuntura.

Tab. I. Principali patologie trattabili con agopuntura secondo il N. I. H. (1997)

- Ansia
- Cefalea
- Dolore da estrazione dentaria
- Emesi post-chirurgica e da chemioterapia
- Epicondilite
- Lombalgia
- Oteoartrite
- Recupero motorio dopo ictus
- Rinite
- Tunnel carpale

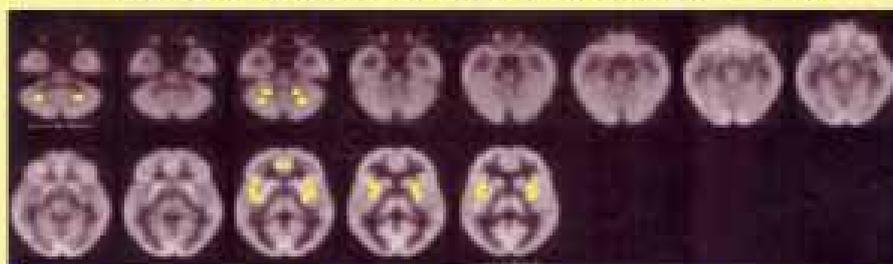
Fig. N. 3

Acupuncture Produces Central Activations in Pain Regions

G. Biella, M. L. Sotgiu, ed al. Neuroimage 14, 60-66 (2001)



Aree specificamente attivate durante l'agopuntura



Zone attivate dal dolore in condizioni sperimentali in comune con l'agopuntura

Fig. N. 4

Uno dei primi studi con la PET, eseguito dai ricercatori dell'Istituto S. Raffaele e pubblicato nel 2001 sulla rivista *Neuroimage* (Fig. N.4), dimostra che l'agopuntura stimola le stesse aree del sistema nervoso centrale attivate dal dolore acuto e cronico.

PROPRIETA' TERAPEUTICHE

Le principali proprietà terapeutiche (Fig. N.5) accertate (ed accettate) dell'Agopuntura sono molteplici: analgesica, ansiolitica, antinfiammatoria, neuroendocrina, miorelaxante e vasomodulatrice. La proprietà analgesica è la prima ad essere stata studiata ed è quella che ha maggiori conferme scientifiche. È dovuta alla contemporanea attivazione di meccanismi neurofisiologici e endocrinologici. Fin dal 1965, due neurofisiologi americani (Melzack e Wall) ipotizzarono e poi dimostrarono l'esistenza di un blocco nel trasporto della sensazione dolorosa da parte della stimolazione non dolorosa (come l'infissione di aghi sottili) in punti particolari della cute. Secondo questa teoria - co-

munemente conosciuta come "gate control" e modificata ripetutamente negli anni successivi - lo stimolo non doloroso non solo interferirebbe con la trasmissione dello stimolo doloroso afferente, ma attiverebbe anche il sistema discendente inibitorio del dolore. Il meccanismo endocrinologico dell'azione antidolorifica dell'Agopuntura sarebbe dovuto alla liberazione di molti ormoni, soprattutto delle endorfine e della enkefalina (sostanze oppioidi prodotte dall'organismo umano), che hanno un'azione neuromodulatrice e innalzano la soglia del dolore, nonché, probabilmente, anche della serotonina, del GABA, del cortisolo. L'effetto ansiolitico dell'Agopuntura sarebbe provocato dalla stimolazione del sistema endorfinico e dalla inibizione dell'adrenalina e della noradrenalina (che si liberano in condizioni di stress, servono a preparare l'animale-uomo alla lotta o alla fuga aumentando la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la glicemia, ecc.) e ad un'azione di modulazione su alcune aree del Sistema Nervoso Centrale (ippocampo, sistema libi-

co). La proprietà antinfiammatoria è ancora in fase di studio, perché coinvolge diversi fattori come l'aumento dei globuli bianchi e dei linfociti e la liberazione di cortisolo.

La proprietà neuroendocrina sarebbe dovuta all'aumento della secrezione di ormoni del sistema riproduttivo (progesterone, estradiolo, prolattina), mentre è incerto l'effetto sugli ormoni tiroidei. L'azione miorelaxante è probabilmente legata ad una regolazione periferica e centrale del tono muscolare.

Infine, lo studio dell'azione modulatrice del flusso vascolare ha rivelato aspetti interessanti anche sulla modulazione della circolazione cerebrale i quali potrebbero confermare l'efficacia terapeutica dell'agopuntura nel trattamento degli esiti di alterazioni vascolari cerebrali (come avviene in alcuni ospedali cinesi). Dunque, le ricerche fino ad oggi effettuate mostrano risultati stimolanti e quegli aspetti ancora poco noti saranno chiariti nei prossimi anni grazie alle nuove tecniche non invasive. Gli effetti collaterali dovuti al trattamento con agopuntura (infezioni,

pneumotoraci, emorragie, collassi cardiocircolatori, morte) sono molto rari: analisi effettuate su casistiche ampie hanno indicato un'incidenza di 0,002% e comunque quasi sempre dovute all'inesperienza o alla scarsa cultura medica dell'operatore. Dobbiamo concludere che questa tecnica medica antichissima, ma con ampie prospettive future, ha un indice terapeutico elevato e duraturo con effetti indesiderati quasi assenti, riduce l'impiego di molti farmaci e, soprattutto grazie alla sua visione olistica della patologia, migliora il rapporto medico-paziente. Quindi, se mettiamo da parte i preconcetti della nostra cultura occidentale, possiamo considerarla come un valido complemento terapeutico: sarebbe un errore scientifico e medico non utilizzare un sistema di guarigione valido, solo perché ancora non ne comprendiamo tutti i meccanismi di azione.

Proprietà terapeutiche

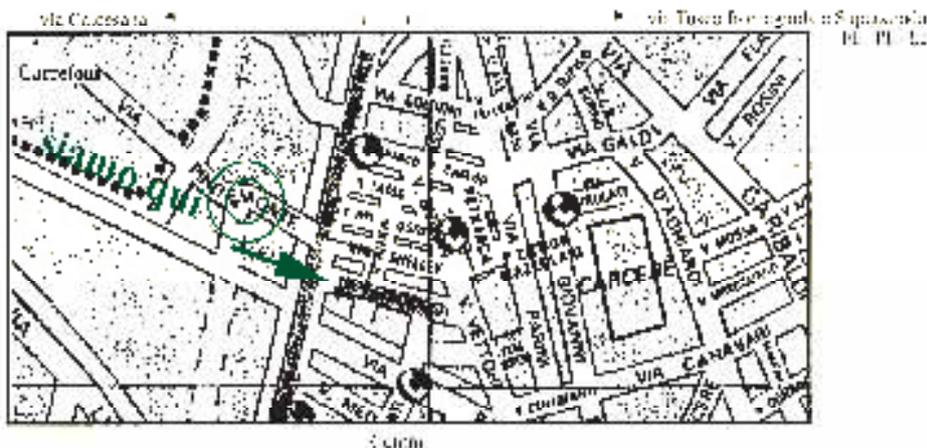
- analgesica
- ansiolitica
- antinfiammatoria
- neuroendocrina
- miorilassante
- vasomodulatrice



Fig. N. 5



Centro Ortopedico Sanitario



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

**NOLEGGIO DI PRESIDI ORTOPEDICI
E PER RIABILITAZIONE**
carrucchine - Linotec - stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMICHE
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Guadagnare in salute

Sintonia di intenti fra l'AMMI e le Istituzioni Sanitarie

Dal 2006 le Istituzioni Sanitarie Internazionali a partire dalla OMS hanno dato vita a programmi ed iniziative per diffondere e pubblicizzare quali siano i principali fattori che influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. Tutto questo è scaturito dalla constatazione che lo stato di salute della popolazione spesso è determinato da fattori esterni al circuito sanitario e che può essere raggiunto cambiando comportamenti sociali. Anche il nostro Consiglio Regionale nel 2008 non è rimasto insensibile a queste iniziative ed ha promosso un programma regionale "Guadagnare salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari". La Regione ha voluto definire le strategie "per attivare sul nostro territorio azioni che contribuiscono a mitigare i fattori di rischio e favorire nella popolazione comportamenti salutari". Ho voluto riportare a flash queste notizie per sottolineare l'importante lavoro sociale e sanitario che la nostra Associazione AMMI sta portando avanti da tempo. È uno dei principi fondamentali del nostro Statuto "promuovere iniziative nel campo dell'educazione e della prevenzione sanitaria della popolazione in generale e di quella femminile in particolare". I Corsi sanitari e i Seminari che continuamente organizziamo sui temi più disparati come l'Alimentazione, le Patologie femminili, la Sordità, gli Incidenti Domestici, l'Obesità, lo Sviluppo Psico-sociale del bambino, l'Anoressia sono tutti mirati a far prendere coscienza dei fattori di rischio e quindi ad imparare ad evitarli per "guadagnare in salute". È necessario affrontare i fattori di rischio con una adeguata informazione non solo sull'aspetto

patogenetico, ma anche con una educazione ambientale, culturale e sociale. La promozione della salute si può ricondurre al contrastare di quattro principali fattori di rischio: alimentazione scorretta, inattività fisica, abuso di alcool e abitudine al fumo. Da qui si può trarre la ricetta del buon vivere: una alimentazione corretta, una attività fisica giornaliera, la libertà dal fumo, un consapevole consumo di alcool. Ovviamente ognuno di noi diventa protagonista della propria salute facendo scelte consapevoli sul proprio stile di vita. Fondamentale è "lavorare" fra i nostri figli e nipoti per abituarli fin dalla giovane età a scelte che non siano avvertite come costringenti, ma ovvie. Il fattore di "alimentazione corretta" non deve implicare il senso della rinuncia o della privazione, deve coniugarsi con la possibilità di mangiare bene e con gusto, possibilità che nella nostra regione Toscana non manca. Una preferenza consapevole deve far scegliere alimenti come le

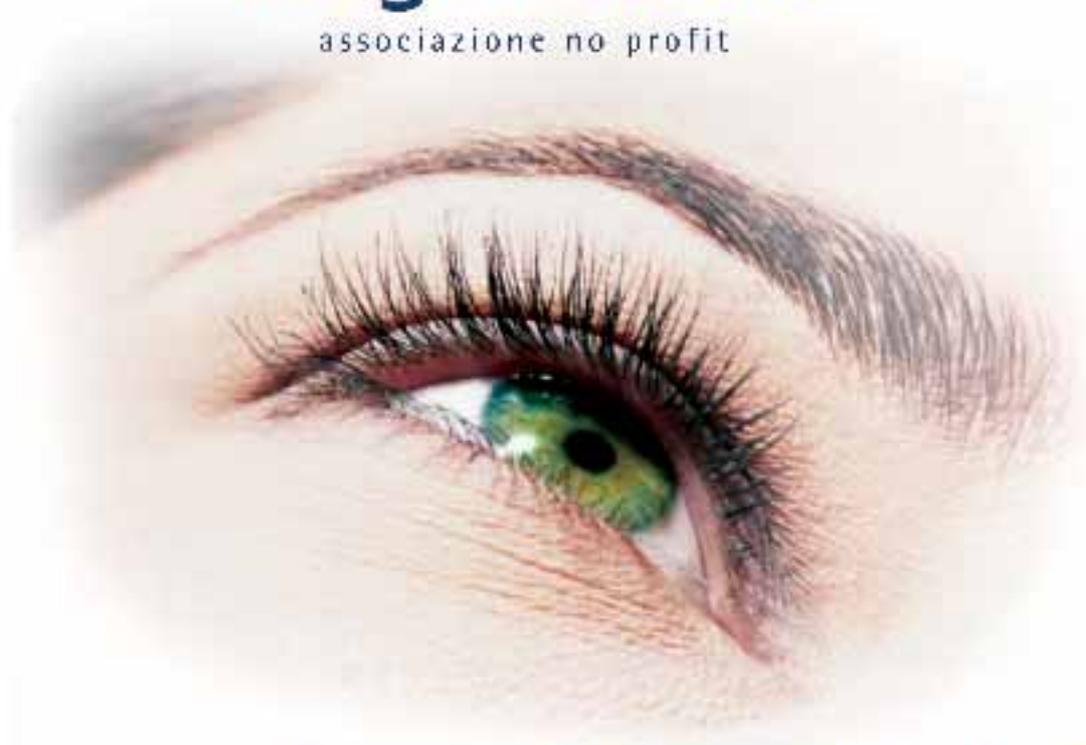
verdure, i legumi, i farinacei, la frutta e il pesce che la nostra cucina regionale "sa trattare" in differenti ricette. La campagna contro il fumo comincia a dare i suoi frutti nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e polmonari, ma il fumo di sigaretta è ancora molto diffuso nella popolazione più giovanile. Dobbiamo intensificare iniziative ad insegnare a consumare in maniera equilibrata le bevande alcoliche; la preferenza deve essere data al consumo di vino, che contiene anche un valore salutare con i suoi effetti antiossidanti, piuttosto che ai superalcolici. Promuovere una costante attività fisica giornaliera significa stimolare una cultura che comprenda anche la tutela dell'ambiente. L'A.M.M.I. sarà sempre in prima fila a promuovere iniziative di educazione sanitaria per contrastare i fattori di rischio non solo con un approccio di informazione sulle malattie, ma anche attraverso la divulgazione degli aspetti sociali e ambientali.





ProgettoLuce

associazione no profit



MRG - IMPERIA - 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 affetti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e attivo 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 56126 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / info@progettoluceonline.org

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA

medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868

Acqua Minerale Naturale



ULIVETO

Aiuta la Digestione

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

