

Contiene I.P.

Sped. a. p. 45% - art. 2 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:

**Tariffe e onorari dei medici
chirurghi e degli odontoiatri
per prestazioni rese in
regime di libera professione**

**Carcinoma del cavo orale:
la serata a S. Giuliano Terme**

M. C. Villani
Commissione Albo Odontoiatri Pisa

**Inquinamento atmosferico
ed effetti sulla salute nella
città di Pisa**

M. G. Petronio, S. Pagni, G. Viegi
ISDE sez. 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 Pistoiesi, 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@gruppobulgarella.it - www.parcodelletorri.it

Consegne previste entro Giugno 2010 (Edifici A e B)

Testamento: perché rivederlo ogni tre anni?

Proprio perchè strettamente individuale, il testamento biologico, come qualsiasi altro tipo di testamento, deve essere impostato su un libero testo, senza imposizione alcuna e che riporti le volontà dello scrivente.

Eppure, per approvarlo, si ricorrerà certo a compromessi, dove l'esperienza medica avrà difficoltà a mantenere la propria obiettività ed autonomia.

Etica, politica e religione incroceranno infiniti veti perchè, probabilmente, è l'immagine che si vorrà dare ad alimentare il dibattito.

Credo che i colleghi siano d'accordo su un principio: la libertà assoluta decisionale da parte della persona. Da evitare, inoltre, è l'ottica - se approvata - di ingabbiare il tutto in una periodica conferma a livello notarile ed in presenza del medico di fiducia. Se infatti di testamento si tratti - vogliamo sostenere - perchè quello tradizionale viene mutato solo se la persona decidesse di cambiarlo, senza l'obbligo di scadenze fisse per un rinnovo? Dove si concretizzerebbe dunque la forzatura nel caso di quello biologico?

In pratica, nell'indurre per legge il cittadino a ritornare sull'argomento (si parla di una validità triennale), mandan-

do alle ortiche le sue volontà a non riparlare nemmeno. Cosa fatta capo ha. In definitiva che differenza si vorrebbe porre fra testamento biologico e testamento comune?

Ci chiediamo dubbiosi e preoccupati: esistono ragioni particolari per imporre quanto meno una riflessione non spontanea, allo scopo di sollecitare un possibile cambiamento? Ciascuno, come di norma, la pensi come meglio creda, ma che noi medici alla fine possiamo essere sommersi da impegni di presenza attiva sui nostri pazienti con scadenza programmata e trasformati in controllori, ci pare almeno fuori luogo e forse anche un po' troppo.

TESTAMENTO BIOLOGICO

Scegliere in modo consapevole come affrontare le incognite del futuro è una forma di libertà.

La legge italiana sancisce il diritto per ogni paziente di conoscere la verità sulla propria malattia o il diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato). In condizioni molto gravi, tuttavia il paziente potrebbe non essere in grado di esprimere la propria volontà.

È stato quindi in Italia sancito il principio delle "DIRETTIVE ANTICIPATE" o "TESTAMENTO BIOLOGICO", con cui una persona dichiara, in perfetta libertà mentale, quali terapie accettare o non accettare nel caso si trovasse in condizioni di incapacità.

Nel 2001 l'Italia ha ratificato la convenzione di Oviedo del 1997, che stabilisce che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione". Inoltre, secondo il Comitato per la Bioetica, "i medici dovranno non solo tenere in considerazione le direttive anticipate scritte su un foglio firmato dall'interessato, ma anche giustificare per iscritto le azioni che violano le sue volontà".

Nell'attesa di una legge sul "testamento biologico", che ne regoli compiutamente l'istituzione, la Fondazione Umberto Veronesi desidera che ogni cittadino possa comunque esprimere la propria volontà anticipata.

La compilazione, l'archiviazione, l'aggiornamento, deve essere interamente fatto dal sottoscritto in due copie:

- una per il sottoscritto;
- una da consegnare a un familiare (genitore, amico, ecc.)

Questo foglio potrà poi essere depositato presso un notaio o un luogo di fiducia.

PER INFORMAZIONI:
02 76 01 81 87
www.fondazioneveronesi.it

TESTAMENTO BIOLOGICO
IO SOTTOSCRIVO

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Data di firma _____
Indirizzo _____
Città _____
Prov. _____
Telefono _____
E-mail _____

NEL PRIMO CASO (NELLE FACILITÀ MENTALI) E IN TUTTA LA LIBERTÀ DI SCELTA ESPRIMO IL MIO DESIDERIO SEGUIRE:

IN CASO DI:

- intervento chirurgico, mi rifiuto di sottostare a intervento

CHIEDO DI NON ESSERE SOTTOPOSTO AD ALCUN TRATTAMENTO TERAPISTICO O DI SOSTEGNO (farmacologico e idrotermale ecc.)

DISPOSIZIONE PARTICOLARE:

- Subito dopo la diagnosi di malattia grave, mi rifiuto di accettare il trattamento con:

IL SOSTEGNO ALIMENTARE

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Data di firma _____
Indirizzo _____
Città _____
Prov. _____
Telefono _____
E-mail _____

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN QUALSIASI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

Luogo e data _____
Firma del sottoscritto _____
Documenti di identità _____
Firma del testimone _____
Documenti di identità _____

Fondazione Umberto Veronesi
PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE

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 Bascia

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

Tariffe e onorari dei medici chirurghi e degli odontoiatri per prestazioni rese in regime di libera professione

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA

Via Battelli n°5 - 56127 Pisa
Tel. 050/579714 - fax 050/973463

DELIBERAZIONE N° 1 DEL 29 Gennaio 2009

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa
nella riunione del 29 Gennaio 2009

CONSIDERATO

Che in seguito alla abrogazione della obbligatorietà delle tariffe minime prevista dal Decreto Bersani si è registrato un crescente contenzioso tra professionisti e pazienti, si rende opportuno tenuto conto anche del disposto dell'art. 54 del Codice Deontologico, predisporre un documento di indirizzo in materia di tariffe ed onorari dei medici chirurghi e degli odontoiatri per le prestazioni rese in regime di libera professione.

Che con detto documento si stabilisce il principio fondamentale dell'intesa diretta tra medico e paziente, privilegiando l'aspetto fiduciario anche dal punto di vista della fissazione dell'onorario che deve essere decoroso e commisurato alla difficoltà, complessità e qualità della prestazione. Prevedendo altresì l'obbligo da parte del professionista di far conoscere preventivamente il suo onorario (meglio se in forma scritta) all'assistito.

Tutto ciò premesso il Consiglio

DELIBERA

Di adottare il documento in questione

Il segretario
Dr.ssa Lina Mameli

Il Presidente
Dr. Giuseppe Figlini

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PISA**

**TARiffe E ONORARI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
PER PRESTAZIONI RESE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE
(Allegato alla deliberazione consiliare n. 1 del 29/01/09)**

DOCUMENTO DI INDIRIZZO

La materia degli onorari professionali per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche è stata recentemente oggetto di "liberalizzazione" ad opera del cosiddetto "Decreto Bersani".

Infatti in precedenza, in forza della Legge 21/02/1963 n. 244 e del DPR 17/02/1992, era previsto in normativa, un tariffario minimo per le prestazioni di cui trattasi, cui i medici e gli odontoiatri erano tenuti ad attenersi, non potendo praticare tariffe a valori inferiori a quelli previsti dalle citate norme.

L'art. 2 del Decreto Legge 04/07/2006 n. 233, convertito con modificazioni nella Legge 04/08/2006 n. 248 ha però abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali, l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime.

Di conseguenza, è abrogata la Legge n. 244 del 1963 e non sono più in vigore i minimi tariffari fissati con il DPR 17/02/1992.

Prendendo atto del mutamento del quadro normativo di riferimento, il Codice Deontologico, nella sua ultima revisione del 2006, all'art. 54 detta alcuni importanti principi in tema di onorari professionali.

In primo luogo, viene stabilito il principio primario e fondamentale dell'intesa diretta fra medico e paziente, nel senso che viene fortemente privilegiato il rapporto fiduciario anche dal punto di vista della fissazione dell'onorario, a corollario di un corretto e trasparente rapporto fra il professionista e il cittadino.

Inoltre viene stabilito che l'onorario deve essere decoroso, nel senso che deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenuto conto delle competenze professionali e dei mezzi impiegati allo scopo.

Infine viene previsto l'obbligo da parte del professionista di far conoscere preventivamente il suo onorario all'assistito. Questo principio rappresenta il completamento del primo enunciato, in quanto l'intesa diretta fra medico e paziente circa l'onorario non può che discendere da una programmazione del piano terapeutico, valutato anche sotto l'aspetto economico.

In buona sostanza, quindi, l'art. 54 del Codice Deontologico impone al professionista di tenere un comportamento chiaro e trasparente fin dall'inizio con l'assistito, per quanto riguarda gli aspetti economici della prestazione, che ben si accorda con la liberalizzazione tariffaria imposta dal Decreto Bersani. Infatti la caducazione di un tariffario di riferimento, al quale il professionista e il cittadino in precedenza sapevano di doversi attenere e la rimozione di vincoli in materia di onorari, impongono oggi più che mai chiarezza di rapporti fra medico e paziente, per evitare che, una volta eseguita la prestazione, il cittadino si trovi ad affrontare l'aspetto economico della stessa, totalmente ignaro della sua entità, dando così luogo ad una situazione in cui è facile che si instauri un contenzioso per motivi meramente economici.

Questa evenienza, purtroppo, non è rara e l'Ordine in questi ultimi tempi si è trovato ad affrontare casi in cui il cittadino formula rilievi in merito all'entità economica di una prestazione sanitaria, evidentemente perché in precedenza non adeguatamente informato su questo aspetto dal professionista.

Si tratta di una forma di contenzioso che sarebbe facilmente evitabile, solo che il professionista rendesse nota in anticipo, in modo chiaro e argomentato, la sua tariffa professionale, in modo che il cittadino possa valutare consapevolmente se, a suo giudizio, sia utile e conveniente ricorrere alla prestazione del medico, oppure declinare questa possibilità e magari rivolgersi ad altro professionista.

È quindi fortemente raccomandato di sottoporre all'assistito un preventivo di spesa possibilmente scritto, soprattutto nei casi di prestazioni complesse e di terapie prolungate nel tempo, reedatto all'inizio del rapporto professionale e poi eventualmente aggiornato, se necessario, nel prosieguo del trattamento terapeutico, in modo che il cittadino sia pienamente consapevole degli aspetti economici della prestazione professionale, accettando la quale accetta anche la tariffa proposta.

Ovviamente si tratta, in questi casi, di situazioni che non rivestono carattere di urgenza, nel senso che la necessità della previa accettazione da parte del cittadino del preventivo di spesa non deve essere di ostacolo all'esecuzione di una prestazione sanitaria che il professionista ritenga urgente e non differibile, perché in tal modo si violerebbe il primario dovere di assistenza che evidentemente prevale su ogni altra considerazione.

E altrettanto ovviamente si deve ricordare che qui si tratta delle prestazioni libero-professionali e cioè di tutte quelle prestazioni che sono rese al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, per le quali il cittadino ha tutto il diritto di rivolgersi a qualunque sanitario libero professionista di sua scelta.

Infatti le prestazioni rese nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono espressamente escluse dal Decreto Bersani dal processo di liberalizzazione, ivi compreso l'esercizio professionale in regime di intra-moenia. Per quanto riguarda le strutture sanitarie private, per le prestazioni rese al di fuori di eventuali rapporti di convenzioni con il SSN, valgono le stesse considerazioni svolte per i sanitari liberi professionisti.

E infine, a corollario di quanto sopra, deve essere ben presente che nell'ambito libero-professionale, non sono consentite intese fra professionisti tese ad imporre alla clientela un tariffario uguale e predefinito, in quanto ciò sarebbe interpretato come un comportamento anti-concorrenziale, vietato dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di prestazione di servizi professionali, con il rischio di essere sanzionato dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato.

Pertanto né l'Ordine, né gli altri soggetti hanno il potere di stabilire tariffe predeterminate per le prestazioni libero-professionali imponendole ai propri associati.

Eventuali indicazioni in materia tariffaria, quindi, possono essere fornite solo come meri suggerimenti di comportamento, ma assolutamente non vincolanti per il professionista e per il cittadino.



Per quanto riguarda le prestazioni a titolo gratuito, l'art. 54 del Codice Deontologico prevede che possano essere rese solo in circostanze particolari e purché non costituiscano forme di concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

In proposito, l'Ordine di Pisa ha già avuto modo di pronunciarsi allorché ha deliberato le "Linee di indirizzo sulla pubblicità sanitaria". In quella sede, fra l'altro, è stato chiaramente affermato che l'effettuazione di prestazioni a titolo gratuito, è possibile limitatamente ai seguenti casi:

- in situazioni specifiche ed episodiche, sulla base di considerazioni personali nei confronti del singolo paziente;
- nei confronti di assistiti che versino in situazioni di indigenza o emarginazione sociale;
- nei confronti dei colleghi e dei loro familiari;

Tali condizioni si ritiene debbano essere riaffermate e ribadite, in quanto utili a tutelare il decoro della categoria, evitando che le prestazioni gratuite siano utilizzate come mero strumento commerciale di richiamo alla clientela. Ovviamente non rientrano in questa ipotesi, e sono quindi da considerarsi legittime, le prestazioni gratuite rese dai professionisti aderenti ad iniziative di promozione e di informazione sanitaria, organizzate da Enti pubblici od organismi privati e finalizzate all'educazione sanitaria dei cittadini.



Alla luce delle considerazioni di cui sopra, l'Ordine ritiene opportuno richiamare i propri iscritti all'osservanza delle seguenti regole di comportamento, in attuazione dei principi di cui all'art. 54 del Codice Deontologico:

Nell'ambito dell'attività libero-professionale, i medici chirurghi e gli odontoiatri sono tenuti a:

- far conoscere preventivamente agli assistiti il loro onorario, nell'ambito del rapporto fiduciario fra medico e paziente, teso a privilegiare l'intesa diretta, non solo al trattamento terapeutico proposto, ma anche ai costi che tale trattamento comporta;
- commisurare l'onorario alla difficoltà, complessità e qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze professionali del medico e dei mezzi impiegati;
- evitare intese fra professionisti tese ad imporre tariffe uguali e concordate per i servizi professionali;
- erogare eventuali prestazioni a titolo gratuito solo in casi particolari e non indiscriminatamente come richiamo alla clientela.

Nel caso di contenzioso fra medico e paziente per ragioni di onorari, se il professionista ha mancato di rispettare le regole di cui sopra, l'Ordine si riserva la possibilità di esprimere parere di congruità riducendo l'entità dell'onorario richiesto dal professionista, in quanto il mancato rispetto delle regole di cui sopra può rappresentare una "compromissione" della qualità della prestazione.

In proposito, il professionista che richieda all'Ordine l'espressione del parere di congruità in presenza di una insolvenza da parte dell'assistito, è tenuto a dimostrare di aver sottoposto all'assistito il preventivo di spesa, e, nel caso in cui non sia in grado di fornire tale dimostrazione, di esplicitarne i motivi.

Sono rare ma sono tante

Le malattie rare costituiscono un gruppo eterogeneo di affezioni che si caratterizzano per la gravità, la cronicità e l'onere sociale. La definizione europea di malattia rara prevede una prevalenza non superiore a 5 casi su 10.000 e complessivamente ne sono state individuate alcune centinaia.

Il crescente interesse verso tali patologie è legato alla presa di coscienza che nonostante tali affezioni richiedano assistenza specialistica e multidisciplinare, esistono in Italia solo pochi centri attrezzati per l'inquadramento diagnostico e in grado di affrontare adeguatamente le problematiche inerenti la terapia e la gestione di tali patologie e molto spesso il peso della gestione socio-sanitaria ricade sulle famiglie.

L'idea di dedicare un incontro scientifico annuale a questo tema ha preso lo spunto da un evento drammatico: la scomparsa prematura di un giovane, Alessandro, che proprio a causa di una di queste malattie non è più con noi. In sua memoria e per ricordare la carica emotiva e la vitalità di questo giovane impegnato nello sport, nel lavoro e soprattutto nel sociale, la famiglia ha fondato la "Associazione Alessandro Lupoli" che oltre a promuovere una serie di iniziative a carattere sportivo e culturale, ha come obiettivo primario l'aggiornamento medico scientifico.

Dopo il primo incontro della Associazione Alessandro Lupoli che si è tenuto il 5 Marzo 2005 a Buti presso il teatro Francesco Di Bartolo intitolato "Le Vasculiti sistemiche: malattie rare", è stato organizzato, in collaborazione con la Società Italiana di Reumatologia, il I Corso sulle malattie rare in reumatologia Alessandro Lupoli che si è svolto

nella primavera 2006 a S. Miniato. All'interno di questo corso settimanale si è tenuto a Buti il 13 Maggio 2006 il secondo simposio satellite intitolato: "Virus and autoimmunity".

Il II Corso si è svolto a Pisa nel Marzo 2007 e nell'ambito del simposio satellite tenutosi sempre a Buti, sono state trattate "Nuove opzioni terapeutiche nelle malattie rare in Reumatologia".

Il terzo corso si è svolto a Pisa dal 16 al 22 aprile 2008 presso l'Hotel Santa Croce in Fossabanda. Il quarto corso si svolgerà sempre a Pisa ma presso l'Hotel Duomo dal 13 al 15 maggio 2009. Sabato 16 maggio si terrà a Buti presso il teatro Di Bortolo il V simposio satellite della Associazione Alessandro Lupoli, aperto anche ai partecipanti al corso ma rivolto prevalentemente ai medici di medicina generale, dal titolo: "Dallo Specialista al Medico di Medicina generale: guida all'uso e monitoraggio dei farmaci tradizionali e delle nuove terapie nelle malattie rare in reumatologia". L'iscrizione al simposio satellite è gratuita ma è gradita una richiesta di partecipazione inviando i propri dati anagrafici alla segreteria organizzativa, essendo previsto un numero massimo di 100 partecipanti.

Il Corso sulle malattie rare in Reumatologia è indirizzato a tutti i medici iscritti all'ultimo anno delle scuole di Specializzazione in Reumatologia. Ha una impostazione teorico-pratica con lo scopo di fornire le nozioni di base per un corretto inquadramento clinico delle malattie rare di interesse reumatologico. Durante la prima parte del Corso insieme ai massimi esperti istituzionali oltre a una parte introduttiva sulle patologie rare verrà

trattato con particolare attenzione l'aspetto legislativo, affrontando le indicazioni terapeutiche i problemi etici e normativi dei farmaci orfani in un ambito che include aspetti sanitari, sociologici e socioeconomici. Le varie esperienze regionali saranno esposte, confrontate e discusse nel corso di una tavola rotonda a cui parteciperanno i Responsabili regionali che coordinano la tematica delle malattie rare. Nelle successive giornate i più qualificati docenti nell'ambito dei singoli gruppi di patologie tratteranno i seguenti aspetti: patogenesi, manifestazioni cliniche, clinimetria e terapia. La parte teorica sarà affiancata da una parte pratica con presentazione e discussione di casi clinici. Questa iniziativa che costituisce un esempio unico nel panorama nazionale e internazionale che si rinnova tutti gli anni è un evento originale, e rappresenta un esempio unico di didattica interattiva che ha lo scopo di offrire un campo di conoscenze omogenee e condivise; tutti i partecipanti del Corso riceveranno un CD e un Syllabus contenente tutte le relazioni che sono state presentate.



Comitato organizzativo
Stefano Bombardieri-Paola Migliorini

Segreteria Scientifica
Rossella Neri UO Reumatologia A.O.U.P.
e-mail: r.neri@int.med.unipi.it

Antonio Tavoni UO Immunoallergologia A.O.U.P.
e-mail: a.tavoni@int.med.unipi.it

Segreteria organizzativa
Clinical and Experimental Rheumatology
via S. Maria, 31-56126 Pisa
www.clinexp Rheumatol.org/rare2
e-mail: s.bombardieri@int.med.unipi.it



V Incontro della "Associazione Alessandro Lupoli"
Sabato 16 Maggio - Buti

Dallo Specialista al Medico di Medicina generale:
"guida all'uso e monitoraggio dei farmaci tradizionali e delle nuove terapie
nelle malattie rare in reumatologia".

9.00 - 9.30 <i>Apertura del Convegno</i>	S. Bombardieri A. Macaluso P. Monicelli
9.30 - 9.45 <i>Saluto Autorità</i>	
9.45 - 9.30 <i>Introduzione</i>	S. Bombardieri

La prescrizione dello specialista: problematiche e controversie
Moderatore: Prof S. Bombardieri

Prescrizione dei farmaci nelle malattie rare in reumatologia: nuove indicazioni terapeutiche, farmaci off-label, aspetti normativi	R. Neri
---	---------

coffee break

Terapie convenzionali
Moderatore: Prof G. Pasero

Il corretto uso degli cortisonici: meccanismo d'azione	O. Di Munno
Il corretto uso degli cortisonici: basi razionali di terapia	S. Bombardieri
I farmaci immunosoppressori tradizionali e immunomodulanti	M. Mosca

Lettura magistrale
Systemic vasculitis: new therapeutic approach (L. Guillevin)

Nuove opzioni terapeutiche
Moderatore Prof. S Bombardieri

I farmaci biologici nelle malattie rare	C. Baldini
I farmaci biologici e la plasmaferesi nelle malattie rare reumatologiche	A. Tavoni
Il MMG e la terapie innovative: 10 domande e 10 risposte	L. Bazzichi

Inquinamento atmosferico ed effetti sulla salute nella città di Pisa

Per la sanità pubblica la riduzione dell'esposizione dei cittadini, e dei bambini in particolare, all'inquinamento atmosferico è, oltre che un livello essenziale di assistenza, una priorità assoluta nella consapevolezza che la prevenzione primaria, e cioè l'azione mirata ad eliminare o ridurre le emissioni alla fonte, è sicuramente quella più efficace.

Con questo rapporto, basato sulla relazione sul monitoraggio della qualità dell'aria dell'anno 2007 fornita dal Dipartimento ARPAT di Pisa, intendiamo portare all'attenzione dei colleghi gli aspetti sanitari del problema.

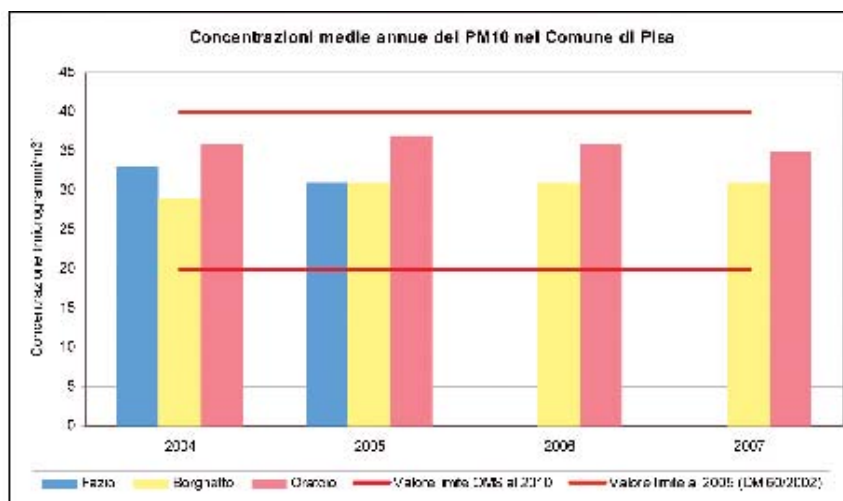
I livelli di inquinamento dell'aria a Pisa

Nel corso del 2007 i livelli medi delle **polveri fini (PM10)** sono stati superiori ai valori limite più cautelativi per la salute indicati dall'OMS per il 2010.

In entrambe le postazioni di rilevamento (Borghetto, Oratorio) la media annuale, infatti, è stata superiore ai $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$, raggiungendo $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nella stazione di Oratorio e $31 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in quella di Borghetto. Il valore medio annuale notoriamente è il riferimento più importante per avere un'idea dell'esposizione umana.

Come mostrato nella figura seguente, nel corso degli ultimi anni i livelli medi di PM10 sono rimasti pressoché costanti (2004: $29 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Borghetto, $33 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Fazio e $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Oratorio; 2005: $31 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Fazio e Borghetto e $37 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Oratorio, 2006: $31 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Borghetto e $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Oratorio; 2007: $31 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Borghetto e $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Oratorio).

La valutazione delle PM10 su base annuale appare critica alla luce del



fatto che la stabilizzazione degli attuali valori registrati non risulta sufficiente per il perseguimento dei valori limite dell'OMS e quindi già da adesso si renderebbero urgenti interventi mirati ed efficaci non solo rivolti a contenere la frequenza degli episodi "di punta" su base giornaliera, ma soprattutto alla riduzione progressiva dei livelli medi delle PM10.

Alla luce delle evidenze epidemiologiche, che mostrano effetti gravi sulla salute anche per esposizioni acute, risulta preoccupante pure il numero dei giorni nel corso dei quali è stato osservato un superamento del limite soglia giornaliero consentito ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Nel corso del 2007, infatti, tale limite è stato superato per ben 67 volte nell'intera rete urbana, non accennando a diminuire rispetto al 2006 e mostrando anzi un aumento nella stazione Borghetto. La normativa vigente prevede un massimo numero di superamenti del limite giornaliero pari a 35 giorni.

Per quanto riguarda il **biossido di azoto** (NO₂) non si osservano superamenti dei limiti consentiti, in quanto le medie annuali delle con-

centrazioni orarie rientrano, per ogni sito di campionamento, all'interno del valore soglia di $48 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e almeno nelle centraline periferiche anche all'interno del valore di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ previsto per il 2010 ma ancora al di sopra o vicino a questo nelle centraline delle zone trafficate: $43 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Fazio e $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Borghetto.

Per quanto riguarda i periodi brevi (concentrazione oraria di NO₂) la situazione è più confortante, in quanto non si registrano superamenti del limite orario consentito ($240 \mu\text{g}/\text{m}^3$, superabile 18 volte in un anno).

Nessuna critica specifica è emersa dal monitoraggio del **monossido di carbonio** (CO). Negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione costante, o al più a leggerissimi aumenti con poco significato.

La media annuale della concentrazione del **benzene**, rilevata nella stazione di Borghetto, risulta inferiore al limite massimo previsto dalla legge ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) posizionandosi intorno ai $3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (il limite di legge previsto per l'anno 2010 è pari a $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Come è noto il benzene è cancerogeno per l'uomo (IARC

1987) e, pertanto, non può essere raccomandato nessun livello di esposizione come sicuro. Peraltro preoccupa la tendenza di questo parametro a subire leggeri incrementi nel corso degli ultimi tre anni (da 2.3 nel 2004 a 2.9 nel 2007).

È importante fare alcune considerazioni anche sugli **altri composti aromatici** per i quali la normativa vigente non prevede, contrariamente al benzene, limiti specifici di concentrazione, né valori a cui tendere in periodi futuri. Questi composti appartengono alla stessa classe chimica del benzene e sono caratterizzati da una minore tossicità, ma, essendo presenti in aria a concentrazioni maggiori a causa delle formulazione dei carburanti (composti aromatici presenti oltre il 40% v/v), contribuiscono maggiormente alla formazione del cosiddetto smog fotochimico (NO₂, O₃).

Il **toluene**, monitorato alla stazione di Borghetto, ha un andamento mensile simile a quello del benzene, anche se risulta decisamente più abbondante (2,5 oppure anche 4,5 volte superiore, a seconda del periodo). Il periodo autunnale-invernale viene confermato come il periodo più critico dell'anno durante il quale la situazione ambientale, già di per sé caratterizzata dalla presenza di molteplici fonti di rilascio di inquinanti, viene ulteriormente aggravata da condizioni meteorologiche che spesso favoriscono la stagnazione degli inquinanti nella bassa atmosfera.

Per quanto riguarda l'**ozono** (O₃), devono essere ripetuti due valori normativi (soglia di informazione: 180 µg/m³ e soglia di allarme: 240 µg/m³) calcolati su periodi di tempo molto brevi (1 ora), i quali possono essere utili per valutare la frequenza e l'entità di eventuali fenomeni acuti di diffusione dell'ozono. Dati raccolti dalla stazione di Passi mostrano come tali limiti siano rispettati /massima media oraria: 160 µg/mc) ma risultino ancora troppo più alti dei livelli cautelativi per la salute pubblica raccomandati dall'OMS pari a 100

µg/m³ per un massimo di 8 ore al giorno.

Di seguito si riportano: - una tabella riassuntiva dei valori guida di qualità dell'aria proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e

riproposti anche nel recente documento del 2008 di aggiornamento delle Linee Guida sulla qualità dell'aria del 2005; - una tabella di confronto tra i valori limite della precedente e attuale normativa con le linee guida dell'OMS.

Update of WHO Air Quality Guidelines

Pollutant	Averaging time	AQG value (µg/m ³)
Particulate matter		
PM _{2.5}	1 year	10
	24 h (99th percentile)	25
PM ₁₀	1 year	20
	24 h (99th percentile)	50
Ozone, O ₃	8 h, daily maximum	100
Nitrogen dioxide, NO ₂	1 year	40
	1 h	200
Sulfur dioxide, SO ₂	24 h	20
	10 min	500

Fonte: update of WHO air quality guidelines, fact sheet 22 February 2008 / Accepted: 25 April 2008 / Published online: 29 May 2008

	Direttiva precedente	Direttiva precedente	Nuova Direttiva	Linee guida OMS
	Valore limite 2005	Anno entrata in vigore	Valore limite	Anno entrata in vigore
PM ₁₀				
Media annuale	40 µg/mc	2010	20 µg/mc	2010
Media giornaliera	50 µg/mc	2010	50 µg/mc	2010
n. superamenti limite giornaliero	35	2010	7	2010
PM _{2.5}				
Media annuale			2015	20 µg/mc

Il gruppo di lavoro che ha elaborato tale documento è consapevole del fatto che il raggiungimento dei valori di qualità dell'aria proposti sarà difficilmente perseguibile in tempi rapidi in tutte quelle situazioni in cui i livelli di inquinamento dell'aria sono particolarmente consistenti. L'approccio che viene proposto, in considerazione anche dei potenziali costi che ciò comporterebbe e della possibilità di garantire il rispetto reale dei limiti, è comunque finalizzato a garantire il principio di ridurre l'esposizione ovunque ed in particolare nelle zone dove l'inquinamento è maggiore.

A tale proposito, sono stati proposti target progressivi (riportati nella tabella di seguito) finalizzati a promuovere uno spostamento sostanziale da situazioni caratterizzate da elevate concentrazioni di inquinanti nell'aria (con serie e gravi conseguenze di salute) a livelli di concentrazione più bassi. Il perseguimento di tali target, attraverso una pianificazione e programmazione di una serie di interventi specifici ed a carattere integrato, potrà garantire una riduzione significativa degli effetti sanitari acuti e cronici derivanti da inquinamento atmosferico.

WHO Air Quality guidelines and interim targets for particular matter: annual mean concentrations

	PM ₁₀ (µg/m ³)	PM _{2.5} (µg/m ³)	Basis for the selected level
Interim target-1 (IT-1)	70	35	These levels are associated with about a 15% higher long-term mortality risk relative to the AQG level
Interim target-2 (IT-2)	50	25	In addition to other health benefits, these levels lower the risk of premature mortality by approximately 6% (2-11%) relative to the IT-1 level
Interim target-3 (IT-3)	30	15	In addition to other health benefits, these levels lower the mortality risk by approximately 6% (2-11%) relative to the IT-2 level
Air Quality Guideline	20	10	These are the lowest levels at which total, cardiopulmonary, and lung cancer mortality have been shown to increase with more than 95% confidence in response to long-term exposure to PM _{2.5}

Fonte: update of WHO air quality guidelines, fact sheet 22 February 2008 / Accepted: 25 April 2008 / Published online: 29 May 2008

I danni alla salute da inquinamento atmosferico

Grande attenzione è stata posta negli ultimi anni agli effetti sulla salute da **esposizione a particolato, specialmente quello fine: sono stati evidenziati effetti sia a breve termine sia a lungo termine.**

A breve termine per ogni incremento di $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM10 si hanno eccessi di mortalità per qualsiasi causa e per cause cardio-polmonari ed eccessi di ricoveri per cause cardiache e respiratorie. Secondo quanto emerso da recenti studi non sembra trattarsi di un'anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma di un effetto netto di mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli dell'inquinante fossero stati inferiori (P. Crosignani et al. DIC. 2006).

A lungo termine, per ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM2,5 è stato osservato un aumento del rischio del 6% per mortalità per qualsiasi causa, del 9% per cause cardio-polmonari e del 14% per cancro del polmone (Pope III, 2002).

L'incremento di mortalità per cause cardio-vascolari è legato a patologie sia ischemiche (infarto miocardico) sia non ischemiche come aritmie, scompenso o arresto cardiaco. (Pope, 2004).

L'associazione tra esposizioni di lunga durata ed effetti sulla salute viene osservata anche per valori più bassi di concentrazioni annuali di $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ del PM2,5 e di $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ del PM10 (WHO 2006).

Gli studi epidemiologici non sono stati in grado di identificare un valore soglia al di sotto del quale non si verificano effetti su mortalità e morbosità ed è probabile che vi sia un ampio range di suscettibilità, tanto che alcuni soggetti possono essere a rischio anche alle esposizioni più basse rilevate (WHO, 2004)

Effetti avversi sulla salute umana sono stati documentati anche per il biossido di azoto (NO2), sia per esposizioni intense e di breve durata sia per esposizioni di lunga durata e di bassa intensità.

Il decremento della funzione polmonare nei bambini è dimostrato più chiaramente per valori medi annuali di $50-75 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e non c'è evidenza di un chiaro effetto dose-risposta.

In studi epidemiologici più recenti l'NO2 è stato associato a danni alla salute anche per concentrazioni medie annuali in un range di valori che includono $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ con incrementi pari al 40% del rischio di tumore al polmone in esposti a NO2 o Nox a valori $>30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Nygberg, 2003; Nafstad, 2003). Quindi, l'OMS, a seguito di queste ulteriori evidenze, ha raccomandato valori più bassi possibile ed ha recentemente diffuso le nuove linee guida sulla qualità dell'aria con le quali si individuano valori di concentrazione degli inquinanti per i quali la popolazione in generale non manifesta nessun disturbo.

Le direttive europee e nazionali nel fissare gli standard da rispettare tengono conto di queste indicazioni oltre che della situazione esistente e delle tecnologie disponibili.

Riguardo all'O3 sono documentati effetti avversi sulla salute come incrementi della mortalità (0.2-0.6 %) per aumenti di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di ozono di qualsiasi durata e incrementi dei ricoveri per gli stessi aumenti della durata di 8 ore.

L'esposizione cronica è associata a riduzione della crescita della funzionalità respiratoria nell'infanzia e ad effetti cronici sull'apparato respiratorio. L'OMS individua valori cautelativi per la salute pubblica pari a $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ per un massimo di 8 ore al giorno per un adulto, sottolineando la differente suscettibilità della popolazione all'O3 e la possibilità che effetti sulla salute si manifestino anche a livelli più bassi.

Da un punto di vista socio-economico, il beneficio della prevenzione è evidente se si tiene anche conto del fatto che, ad esempio, per ogni euro investito nella lotta all'inquinamento ambientale si potrebbero risparmiare in Italia sei euro di spesa sanitaria e quattro euro di spese previdenziali.





Effetti particolari sui bambini

I bambini sono particolarmente sensibili all'inquinamento dell'aria in quanto hanno un organismo in crescita con relativa immaturità di organi e sistemi (nervoso, respiratorio, immunitario, biochimici ed enzimatici); un metabolismo più veloce con una maggiore quantità di atti respiratori al minuto, una diversa composizione corporea ed un maggior rapporto tra superficie cutanea e massa corporea rispetto ad un adulto. L'OMS ha riconosciuto che 1/3 delle cause globali di malattia è rappresentato dai fattori ambientali e che i bambini di età inferiore a 5 anni sopportano più del 40% del peso di queste cause, anche se rappresentano solo il 12% della popolazione (World Health Organization, 2000). Secondo l'OMS esiste un collegamento causale tra esposizione all'inquinamento dell'aria e

morti respiratorie nei neonati, danni alle capacità respiratorie dei bambini, maggiore suscettibilità a danni da invecchiamento e infezioni, maggiore suscettibilità a fumo e inquinanti ambientali, effetti tardivi su bambini non ancora nati.

Sempre secondo l'OMS, in Europa tra le 4.000 e le 13.000 morti l'anno tra i bambini da 0 a 4 anni sono dovute a inquinamento dell'aria e fino a 5.000 potrebbero essere evitate se l'inquinamento fosse ridotto ovunque a $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Molti studi recenti hanno confermato queste evidenze. Lo studio SIDRIA, ad esempio, ha trovato un'associazione dell'asma con tosse o catarro persistenti e frequenza del passaggio di camion nella strada dove il bambino abita ($\text{OR}=2.03, 95\% \text{ CI } 1.59-2.58$). Altri studi hanno trovato correlazione tra il luogo di residenza alla nascita e, in particolare, la vicinanza di siti con elevate emissioni

di inquinanti e l'incidenza di tumori nei bambini (EG Knox, 2004) o tra esposizione a traffico e deficiente sviluppo dei polmoni (W J Gauderman et al., 2007) o riduzione della funzionalità polmonare dei bambini correlata con il traffico e in particolare con quello dei veicoli pesanti (Brunekree B et al. 1997). I vari registri tumori europei negli ultimi decenni hanno registrato un incremento dell'1,2% annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra 14 e 19 anni (C A Stiller, 2006) e almeno parte di questo aumento si può attribuire a fattori ambientali (E G Knox, 2006 e 2007).

Molti determinanti, infatti, sono notoriamente cancerogeni come il benzene (cancerogeno per l'uomo: Gruppo 1 IARC, 1987) o le emissioni dei veicoli diesel ("cancerogeni probabili": 2A) o le emissioni da motori a benzina ("cancerogeni possibili": 2B) (IARC 1989).

Effetti sanitari a livello locale

Per quanto riguarda il particolato, particolare attenzione deve essere posta alla frazione respirabile ($<2.5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) che può rappresentare tra il 50 e l'80% del PM_{10} ². **Per gli effetti a breve termine è possibile osservare una relazione lineare tra la concentrazione di PM_{10} e la mortalità. Gli effetti cronici risultano molto più numerosi di quelli acuti a dimostrazione del fatto che l'inquinamento agisce su tutta la popolazione.**

Infatti, si è osservato che la mortalità acuta nei giorni di picco degli inquinamenti non è superiore negli ambienti ospedalieri (dove si

trova la popolazione con uno stato di salute più compromesso) a dimostrazione del fatto che l'effetto si verifica su quella parte della popolazione già compromessa ma non in condizioni già così gravi da essere stata ricoverata.

Quindi, se l'inquinamento da un lato fa precipitare le situazioni di salute già compromesse, dall'altro peggiora la salute di chi era in condizioni meno critiche alimentando l'insieme di nuovi soggetti che andranno a morire o a ricoverarsi in ospedale nei giorni successivi. Infatti, se l'aumento dei valori persiste, col passare del tempo continua ad aumentare il numero di eventi. Proviamo allora a sti-

mare quanti ricoveri e quanti casi di mortalità **si sarebbero evitati nell'anno 2007 se il valore del PM_{10} fosse stato di $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e non quello registrato dalle centraline.**

La formula adottata è stata validata dall'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano³ e si basa per gli effetti acuti sulle stime dell'OMS⁴ relative all'associazione tra valori di rischio per i principali eventi sanitari e incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM_{10} (Tab. 1), per gli effetti cronici sui risultati dello studio di CA Pope⁵ relativi all'associazione tra valori di rischio per le principali cause di mortalità e incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di $\text{PM}_{2.5}$ (Tab. 2).

Tabella 1

<i>Valori OMS per l'associazione tra $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di incremento del PM_{10} e vari eventi sanitari valutata negli studi a breve termine per effetti acuti</i>	
<i>Evento sanitario</i>	<i>Valore del rischio</i>
Mortalità totale	1.006
Mortalità per cause cardiovascolari	1.009
Mortalità per cause respiratorie	1.013
Ospedalizzazione per cause cardiache	1.003
Ospedalizzazione per cause respiratorie	1.006

Tabella 2

<i>Valori studio CA Pope per l'associazione tra $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di incremento del $\text{PM}_{2.5}$ e vari eventi sanitari valutata negli studi a lungo termine per effetti cronici</i>	
<i>Evento sanitario</i>	<i>Valore del rischio (RR, 95%CI)</i>
Mortalità totale	1.06 (1.02-1.11)
Mortalità per cause cardiopolmonari	1.09 (1.03-1.16)
Carcinoma polmonare	1.14 (1.04-1.25)
Altre cause	1.01 (0.95-1.06)

² World Health Organization, WHO air quality guidelines, global update 2005. Le Linee Guida indicano un valore di riferimento del rapporto tra $\text{PM}_{2.5}$ e PM_{10} pari a 0,5: tale valore è riferito a quanto normalmente rilevato in aree urbane non particolarmente sviluppate e rappresenta il valore minimo del range 0,5-0,8 di riferimento per le aree urbane. Le Linee Guida prendono anche in considerazione l'assunzione di valori di riferimento diversi, sulla base di specifiche condizioni locali opportunamente documentate.

³ Crosignani P., Tittarelli A., Borgini A., Bertoldi M. Effetti a breve termine e a lungo termine dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana. Unità di Epidemiologia Ambientale e Registro Tumori, Istituto Nazionale Tumori, Milano; Crosignani P., Borgini A., Cadum E., Mirabelli D., Porro E.: New directions: air pollution - how many victims?, Atmospheric Environment 36 (2002): 4705-4706.

⁴ Martuzzi M., Mitis F., Iavarone I., Serinelli M., Health Impact of PM_{10} and Ozone in 13 Italian Cities WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2006.

⁵ Pope CA 3rd, Burnett RT, Thun MJ, et al. Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality and Long-term Exposure to fine Particulate Air Pollution. JAMA 2002, 287:1132-1141.

Di seguito si riportano le tabelle ed i grafici relativi alla stima dei valori assoluti e delle percentuali di eventi sanitari sia acuti che cronici che si sarebbero potuti evitare nel Comune di Pisa se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20 µg/m³. Inoltre, per una corretta stima degli effetti cronici, che si possono presentare in seguito a una esposizione di lungo periodo, sono stati presi in considerazione solo gli eventi nella popolazione con età maggiore di 30 anni. In particolare, dalle analisi effettuate è possibile rilevare come gli eventi sanitari cronici che si sa-

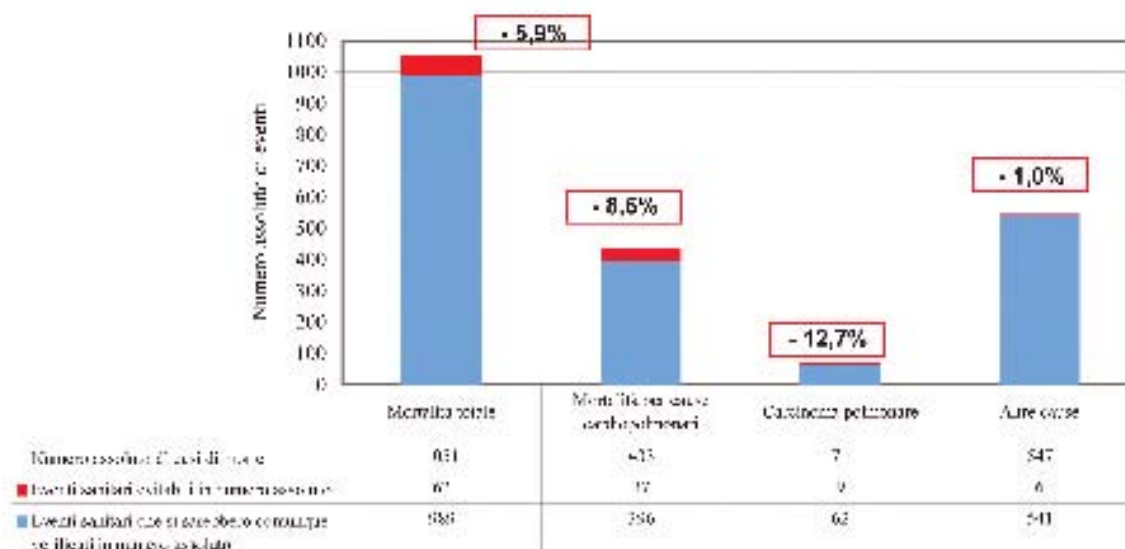
rebbero potuti evitare nel comune di Pisa se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20 µg/m³ anziché di 33 µg/m³ (minima 31 µg/m³, massima 35 µg/m³), sono pari a circa il 6% degli eventi mortali totali. Le percentuali di eventi sanitari cronici evitabili risultano ancora più significative considerando le sole morti evitabili per carcinoma polmonare, che risultano pari al 12,7% del totale degli eventi per tale causa di morte. Questi eventi sanitari sono riferiti solo all'esposizione al PM10 e non tengono conto di tutti gli altri inquinanti, per cui il numero di morti evitabili complessivo è

sicuramente molto maggiore.

In base alla DGR 1325/03 il comune di Pisa, che presenta superamento dei valori limite per più di una sostanza inquinante, deve predisporre un rapporto sulla qualità dell'aria redatto secondo le indicazioni riportate nell'allegato 2 "Linee guida per la redazione del Piano di Azione Comunale (PAC)" della delibera succitata. Sarebbe importante che questo piano contenesse anche indicazioni sugli effetti sanitari e che tra gli indicatori da monitorare per la qualità dell'aria venissero inseriti anche quelli di salute.

Pisa: stima degli eventi sanitari acuti che si sarebbero potuti evitare nell'anno 2007 se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20 µg/m³ anziché di 33 µg/m³		
<i>Evento sanitario</i>	<i>Percentuale degli eventi acuti evitabili</i>	<i>Numero degli eventi acuti evitabili</i>
Mortalità totale	0,78	8
Mortalità per cause cardiovascolari	1,17	5
Mortalità per cause respiratorie	1,69	1
Ospedalizzazione per cause cardiache	0,39	2
Ospedalizzazione per cause respiratorie	0,78	0

Pisa: stima degli eventi sanitari cronici che si sarebbero potuti evitare nell'anno 2006 se la concentrazione del PM10* fosse stata di 20 microgrammi/m³ anziché di 33 microgrammi/m³



*Per il calcolo è stata considerata la frazione respirabile del particolato (PM2,5) pari all'80% del PM10. La stima degli effetti cronici è stata effettuata prendendo in considerazione solo gli eventi nella popolazione con età maggiore di 30 anni.

La P.E.C.

Nell'anno 2005 il "Codice dell'amministrazione digitale" sancì il valore legale della posta elettronica certificata quale strumento di trasmissione telematica. Alcuni anni più tardi il Decreto "anti-crisi" convertito con Legge n. 2 del 28.01.2009 ha previsto l'obbligo per i liberi professionisti iscritti in Albi di dotarsi della P.E.C. (posta elettronica certificata) entro la data del 29.11.2009. La Pubblica Amministrazione, partendo dal presupposto che l'e-mail (electronic mail) è ormai lo strumento più utilizzato per lo scambio di comunicazioni, ma con alcune debolezze quali: 1) non fornire garanzie certe di effettivo invio e consegna di un messaggio, 2) non fornire certezza sulla paternità, 3) assenza di regole standardizzate che consentano di tracciare il percorso del messaggio nella fase della trasmissione, ha visto nell'introduzione della posta certificata (P.E.C.) un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico nei settori pubblici e privati semplificandone i rapporti, garantendo al contempo delle caratteristiche di sicurezza e certificazione.

In buona sostanza la P.E.C. è un sistema di posta elettronica tramite il quale viene fornita al mittente documentazione elettronica con valenza legale, attestante l'invio e la successiva consegna del documento informatico, insomma la tradizionale raccomandata con ricevuta di ritorno verrà sostituita a condizione che il mittente ed il destinatario siano dotati di posta certificata.

Per l'attivazione della posta elettronica certificata che ha un costo di circa € 50,00 all'anno, gli utenti potranno rivolgersi ad uno dei gestori accreditati dal Centro Nazionale per l'Informatica della Pubblica Amministrazione.

L'elenco dei gestori accreditati è visionabile sul sito www.cnipa.gov.it. Con la P.E.C. l'utente che invia un proprio messaggio dalla casella certificata riceve dal proprio provider una ricevuta di accettazione firmata dal gestore, il quale attesta il momento della spedizione ed il destinatario, distinguendo tra i destinatari dotati o non dotati di P.E.C.. A questo punto il gestore del mittente crea un vero e proprio nuovo messaggio chiamato "busta di trasporto" che contiene oltre al messaggio originale i principali dati di spedizione e vi appone la firma, in modo che il provider del destinatario possa verificare l'integrità del messaggio originale. Non appena avvenuta la consegna, il provider del destinatario invia al mittente la

ricevuta di consegna, la data e l'ora della consegna insieme al contenuto di quanto consegnato.

Tornando agli adempimenti previsti, i liberi professionisti una volta attivata la propria casella "certificata" dovranno comunicarla entro la data del 29 Novembre 2009 all'Ordine di appartenenza, il quale a sua volta dovrà pubblicare un elenco riservato consultabile in via telematica esclusivamente dalle Pubbliche Amministrazioni.

Pare di capire in estrema sintesi, che per i liberi professionisti l'obbligo di utilizzare strumenti informatici (dai quali potrà partire, ma soprattutto ai quali verrà recapitata la posta certificata) è divenuto legge...

(Fonte: "La Settimana Fiscale - Il Sole24Ore" del 12.02.2009)



Medici celebri del Rinascimento Italiano seconda parte

• Giovanni Battista DA MONTE (detto MONTANO)

Nacque da nobile famiglia nel 1489 a Verona; studiò a Padova e conseguì la laurea in medicina, esercitò la professione a Brescia per qualche anno, quindi viaggiò in varie città d'Italia. Dopo un breve soggiorno romano, si trasferì a Padova, dapprima alla cattedra di medicina pratica e quindi di teorica, con uno stipendio di 700 fiorini. Come risulta dalle testimonianze dei suoi discepoli, teneva lezioni anche al letto dei malati nell'ospedale di S. Francesco, esercitando così la clinica medica di cui è considerato l'istitutore. Morì a Terrazzo, vicino a Verona, il 6 maggio 1551; ebbe due figli, Marc'Antonio e Teodoro.

Tutte le sue opere scientifiche furono pubblicate postume, e spesso in modo scorretto; fra queste ricordiamo per la loro importanza, *In primam, In quartam, In secundam Fen libri primi Canonis Avicennae, Medicina universa* e le *Consultationum medicinalium centuria prima*, pubblicate dal suo allievo Cratone in numero di 434 nel 1583, dopo varie edizioni parziali, in parte dettate ed in parte formulate al letto dei pazienti. In queste vi si ritrova una dotta discussione di quasi tutte le malattie, dalla testa ai piedi. Meticolosa è la descrizione dei sintomi, nei consulti ad esempio dedicati al morbo gallico, in cui ne abbozza la storia, individua le vie del contagio, consiglia come efficaci la radice di

china, il guaiaco, l'olio di vetriolo, mentre è contrario al mercurio, che riteneva nocivo.

• Giovan Battista DELLA PORTA

Nacque a Vico Equense, vicino a Napoli, nel 1535 circa (per altri studiosi, nel 1545); intelletto vivacissimo, viaggiò molto in Italia, Francia e Spagna; ritornato in patria, si dedicò tutto agli studi nella sua villa al Vomero. Fondò poi nella sua città la "Academia secretorum naturae", la prima società scientifica nota, per indagare la medicina e le scienze naturali. Figura di primo piano nella tradizione ermetica rinascimentale, assunse a grande fama nel 1558 con la pubblicazione della sua opera *Magiae naturalis libri IV*, presto



G. B. Da Monte, *Consultationes Medicae*, 1583.



G. B. Della Porta, ritratto.



G. B. Della Porta, *Opere*, Napoli, 1583.

tradotta in molte lingue e che formò la base dell'ancora più vasta *Magiae naturalis libri XX* del 1589, vasto trattato di segreti medicinali, esperimenti vari e nozioni di chimica e fisica. Il suo nome è legato in particolare allo studio della fisionomia umana, di cui fu un precursore; nella sua *De humana physionomia* del 1586 affermò, illustrandone gli esempi, come il carattere e lo stato fisico di un uomo fossero espressi nel suo volto. Sospettato di stregoneria, fu indagato dall'Inquisizione ma riuscì a difendere la propria causa senza essere condannato; nonostante ciò, gli fu però proibita la pubblicazione di qualsiasi altro suo scritto. Nella sua residenza creò un museo di curiosità ed un giardino botanico, molto apprezzati e visitati. Altra sua opera da ricordare è la *Phytognomonica*, in cui applicò le sue concezioni anche alle piante e agli animali asserendo che quelli che assomigliano ad uno specifico organo umano, "simpatizzano" con esso e così saranno utili per guarire qualsiasi affezione. Morì a Napoli il 14 febbraio 1615.

• Guido GUIDI

Il suo nome latino fu Vidus Vidius. Insigne medico, celebre anatomico e chirurgo, nacque a Firenze nel 1509 da nobile famiglia. Terminati gli studi, che probabilmente concluse presso lo Studio pisano, esercitò poi la professione medica a Firenze e a Roma; qui sovrintese alla trascrizione e alla traduzione di un importante codice miniato allora scoperto, una raccolta di chirurghi greci, importante anche per la numerosa iconografia che era presente. Si recò poi a Parigi, ove divenne archiatra de re Francesco I, ebbe una cattedra di lettore di medicina presso il Collège royal ove fu iscritto al Collegio reale; fu allora a lungo ospitato nel castello che in quella città possedeva Benvenuto Cellini, al quale rimase sempre legato da una sincera amicizia. È durante questo periodo che pubblicò la sua opera più famosa, *Chirurgia è Graeco in Latinum conversa*, edita a Parigi nel 1544, una raccolta di antichi scritti di argo-

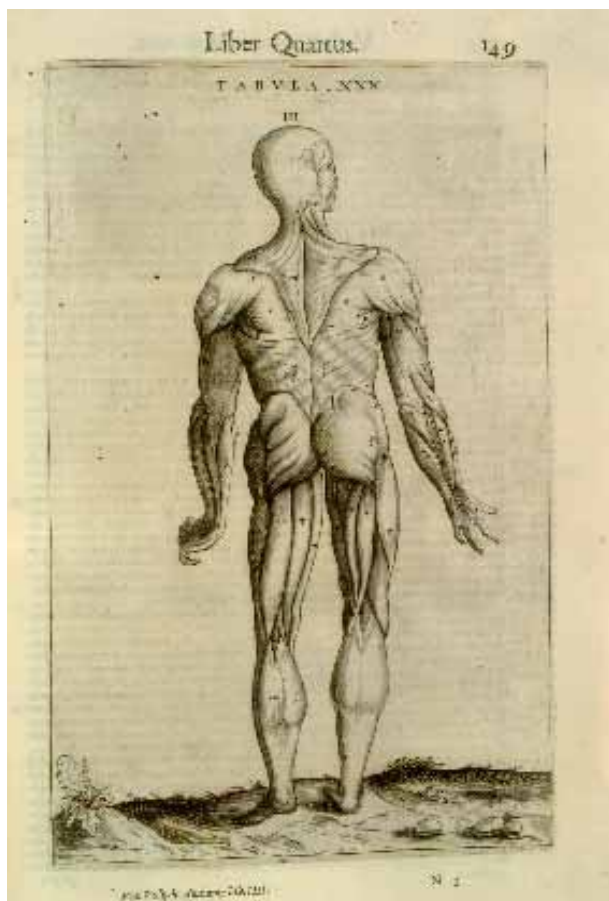


G. B. Della Porta, *De distillatione*, Roma, 1608.

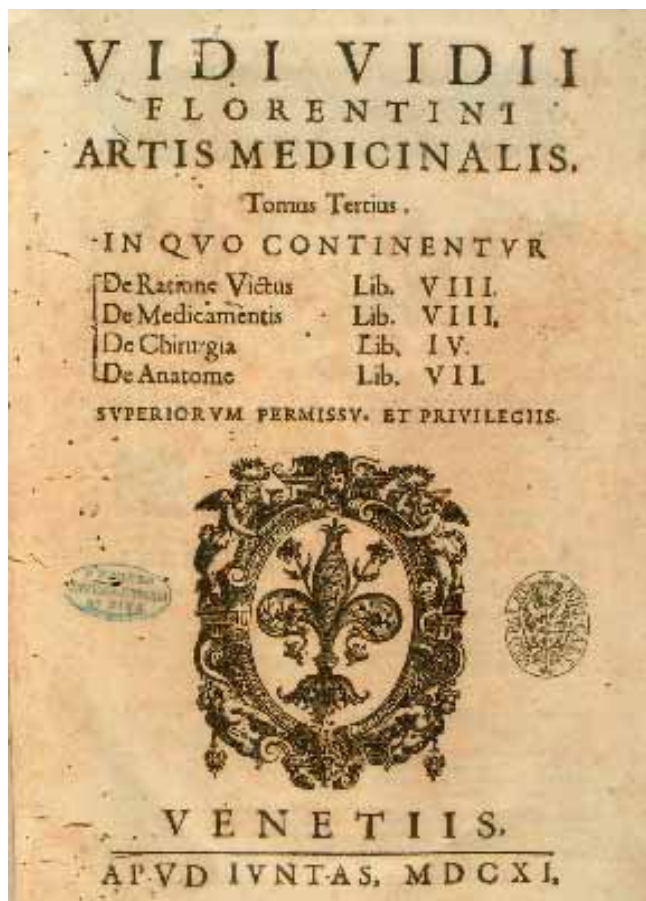
mento chirurgico, da lui esaminati, commentati ed arricchiti da tanti suoi contributi, anche anatomici. Nel 1547 decise di tornare in Toscana, e su disposizione di Cosimo I, che lo nominò anche suo medico personale, fu nominato professore ordinario di medicina nello Studio di Pisa, ove insegnò per oltre venti anni con il notevole stipendio di 400 scudi, più altri cento come medico di corte. Ebbe inoltre anche benefici ecclesiastici ed esercitò incombenze religiose, prima come pievano a Livorno e poi eletto alla propositura di Pescia.

Morì a Pisa il 26 maggio 1569 ed il suo cadavere portato nella città natale e posto nella chiesa della SS. Annunziata.

Il nipote Guido Guidi *iunior* raccolse ed elaborò, anche alterandole, tutte le sue opere rimaste inedite, stampate dapprima a Firenze nel 1585 e poi raccolte in tre tomi, a Venezia nel 1611, dal titolo *Ars medicinalis*, comprendenti anche una aggiornata anatomia, corredata da splendide tavole esplicative.



G. Guidi, *De Anatome*, Venetiis, 1611.



G. Guidi, *Opere*, Venetiis, 1611.



G. Guidi, *De Anatome*, Venetiis, 1611.

• **Girolamo MERCURIALE**

Nacque a Forlì il 30 settembre 1530; studiò medicina a Bologna e poi a Padova, ove si laureò; molto stimato in patria, fu delegato nel 1562 per un'importante missione a Roma, alla corte del papa Pio IV e qui rimase, sotto la protezione del cardinale Farnese, per circa sette anni, tutto dedito ai suoi studi. Nel 1569 fu nominato lettore di medicina pratica all'università di Padova, ove insegnò per 18 anni ed in questo

periodo, per la notorietà raggiunta di valente clinico, fu chiamato anche alla corte dell'imperatore Massimiliano II a Vienna. Passò poi a Bologna, ove insegnò medicina teorica dal 1587 al 1592; quindi, invitato dal granduca di Toscana, si trasferì a Pisa, con il ruolo di sopraordinario di medicina pratica, con l'eccezionale stipendio di ben 1.800 scudi d'oro.

Durante quest'ultimo periodo la sua salute cominciò a declinare e si ritirò allora in patria, ove morì pochi mesi dopo, nell'ottobre 1606, per complicazioni da calcolosi vescicale. Veramente notevole la sua produzione scientifica, che spazia dalla medicina pratica all'epidemiologia, alla critica storica degli antichi autori, specie Ippocrate, alla terapeutica, alla pediatria, alla dermatologia, alla tossicologia.

Fra queste, la più famosa resta il *De arte gymnastica* (Venezia 1569), un lavoro di grande erudizione che rappresenta un vero e proprio trattato di igiene del corpo umano con

l'esposizione di numerosi esercizi ginnici e di vari sport, dal mondo antico in poi, corredata da 26 bellissime illustrazioni. Fra gli altri scritti da lui editi e più volte ristampati, ricordiamo il *De morbis cutaneis*, il *De morbis puerorum*, il *De pestilentia*, il *De morbis muliebris*, il *Tractatus de compositione medicamentorum*.

Parte degli argomenti svolti negli anni pisani, furono da lui riuniti nelle *Praelectiones pisanae*, dedicate al granduca Ferdinando, in cui illustra ed analizza con grande erudizione 42 storie cliniche riportate da Ippocrate nel suo trattato sulle

epidemie. Importanti inoltre anche le *Consultationes et responsa medicinalia*, edite in quattro tomi a Venezia nel 1624, una vasta serie di oltre quattrocento consulti clinici fatti ad importanti personaggi, nobili, cardinali ed anche medici, da lui esposti con profonda dottrina.



G. Mercuriale, *Consultationes*, Venetiis, 1624.



G. Mercuriale, ritratto.

Fra gli altri medici famosi del '500, ricordiamo inoltre:

Lusitano Amato	1511 - 1568	Portoghese, che viaggiò molto in Francia ed in Italia, e si distinse specie per la chirurgia. Fu accanito nemico del Mattioli ed autore di un volume <i>Curationum Medicinalium</i> , più volte poi ristampato.
Rambert Dodoens	1517 - 1585	Nato nei Paesi Bassi, studiò a Lovanio ed in seguito anche presso altre università di Germania, Francia ed Italia; esercitò la professione con molta fama e fu chiamato anche alla corte imperiale. Sua l'opera <i>Medicinalium Obsevationum</i> .
Jacques Dubois	1478 - 1555	Accanito galenista, si oppose fortemente contro i nuovi sviluppi del pensiero medico, in specie combattendo Vesalio. Fu un caposcuola in Francia e le sue opere molto note ai suoi tempi. Da ricordare i suoi commenti ai testi di Ippocrate e Galeno.
Niccolò Massa	1489 - 1569	Veneziano, acquisì una grande reputazione e tantissimi gli ammalati, specie di sifilide che ricorsero alle sue cure. Rimase nella sua città natale per tutta la vita. Oltre ad alcuni studi anatomici, fu autore di un famoso trattato, <i>De morbo gallico</i> , che ebbe poi varie edizioni.
Oddo Degli Oddi	1478 - 1558	Si Ricorda come autore di alcuni commenti alle opere di Galeno e agli <i>Aforismi</i> di Ippocrate.
Vittore Trincavelli	1496 - 1568	Veneziano, fu un medico pratico molto noto, autore di vari scritti riguardanti in specie la terapia, fra cui ricordiamo il <i>De cognoscendis curandisque morbis</i> .

La Commissione Albo Odontoiatri di Pisa

Alle elezioni della Commissione Odontoiatri, svoltesi nel Novembre u.s., hanno partecipato 115 Colleghi su 460 iscritti all'Albo (25%). Considerando il contesto di queste votazioni l'affluenza è stata ottima e superiore a quella dei medici.

I cinque eletti a far parte della C.A.O. hanno riscosso un consenso eccezionale, perché tutti quanti hanno superato le oltre 100 preferenze su 115 votanti!

Una grande riconferma a livello individuale e di gruppo, che ha caricato ognuno di noi di una responsabilità ancora maggiore.

Questo è sicuramente il frutto del non facile lavoro svolto in passato, ma è certo che saremo spinti a fare ancora meglio dal vostro incitamento, a rispettare e sviluppare al massimo il programma proposto, a prestare la massima collaborazione a tutti gli iscritti all'Albo Odontoiatri nell'interesse dei cittadini e della categoria.

La C.A.O. istituita nel 1985 dalla legge 409 ha la prerogativa di occuparsi di tre compiti fondamentali, previsti anche dal Codice Deontologico:

- la tutela del cittadino-paziente;
- il decoro della professione;
- la dignità dell'atto medico-odontoiatrico.

A tutti voi è stato a suo tempo recapitato il Codice Deontologico, ma insisto nel ricordare tre articoli, che interessano molto gli odontoiatri. Mi riferisco agli articoli 55-56-57, che trattano della pubblicità e della informazione sanitaria.

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI	
Pancani Franco	Presidente
Villani Maria Cecilia	Segretario
Bartolomei Gabriele	Consigliere
Galoppi Teresa	Consigliere
Trivelli Roberto	Consigliere
Pancani Franco e Bartolomei Gabriele sono anche Consiglieri del Consiglio Direttivo dell'Ordine	

PUBBLICITÀ ed INFORMAZIONE SANITARIA

Art. 55 - Informazione sanitaria

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire un'efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità ed informazione al cittadino. Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

Art. 56 - Pubblicità dell'informazione sanitaria

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli e da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. La pubblicità promozionale e comparativa è vietata. Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obbiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio. Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri. Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti della ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

Art. 57 - Divieto di patrocinio

Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali.

Per sensibilizzare la categoria ed affrontare correttamente l'aspetto comunicazione-pubblicità allego alla fine del presente articolo la circolare 572/09 proveniente dal Presidente Nazionale C.A.O. Dott. Giuseppe Renzo.

Pertanto richiamo caldamente i Colleghi in caso di dubbi interpretativi e comportamentali a chiedere sempre chiarimenti all'Ordine. Anche se non obbligati dalle nuove leggi, prima di intraprendere attività, che potrebbero essere deontologicamente non corrette, è opportuno consigliarsi con la C.A.O.. Senza menzionare casi eclatanti, mi piace sottolineare due situazioni ricorrenti e opposte. A volte vengono enfaticamente pubblicizzati titoli professionali o non ufficialmente riconosciuti o non correttamente attribuiti o di dubbia provenienza. A volte si vedono targhe all'ingresso degli studi del tutto anonime, con la semplice dizione "Studio Dentistico". Da un estremo all'altro verrebbe da pensare. In quest'ultimo caso fra l'altro la targa anonima può celare una ben più grave attività abusiva. La C.A.O. di Pisa intende pertanto indirizzare i Colleghi nella giusta direzione col consiglio prima di tutto, ma anche con la repressione. Ricordiamoci che ogni cittadino deve sapere chi è l'odontoiatra che opera all'interno di uno studio. Ricordiamoci che se pretendiamo rispetto come professionisti singoli e come categoria dobbiamo comportarci di conseguenza:

- non dobbiamo mercificare il nostro lavoro, che è un lavoro tecnico e intellettuale, con comportamenti od una pubblicità scorretti e/o indecorosi, che creano false aspettative nei cittadini;
 - non dobbiamo incamminarci sul piano inclinato della concorrenza economica a scapito della qualità della prestazione; nessuno potrà difenderci da contenziosi legali e scarsa professionalità. Oltre a quanto esposto numerose altre saranno le problematiche ordinistiche, che la Commissione Odontoiatri affronterà nel rispetto del Codice Deontologico, privilegiando, ove possibile, un'attività preventiva nel rispetto della privacy di ogni iscritto.
- Ricordo fra l'altro:



- la lotta all'abusivismo ed il prestanomismo in collaborazione con le istituzioni proposte;
- il rispetto di tutte le componenti l'odontoiatria sino al singolo iscritto all'Albo;
- il rigoroso mantenimento del compito istituzionale di organo ausiliare dello Stato, senza l'assunzione di ruoli che non competono;
- la ricerca del rispetto dei propri diritti e peculiarità all'interno di un Ordine, casa comune e comunità di eguali, che lavorano per finalità condivise. Per tale motivo l'azione della C.A.O. di Pisa sarà rivolta a migliorare i buoni rapporti con la componente medica cercando a seconda delle contingenze collaborazione, collegialità ed autonomia. A que-

sto proposito mi piace sottolineare, apprezzandoli, i propositi del nuovo Presidente C.A.O. di Firenze Dott. Alexander Peirano, che ha ricercato da subito una sinergia operativa con le altre C.A.O. della Toscana ed una costruttiva collaborazione all'interno dell'Ordine dei Medici di cui fa parte.

*Vendesi studio dentistico sito in Ghez-
zano (PI) comprensivo di attrezzature;
immobile di 112 mq. costituito da
ingresso in sala d'attesa, segreteria,
bagno, sterilizzazione, 3 unità opera-
tive, ufficio privato e bagno privato.
L'impianto elettrico è a norma; dop-
pio ingresso (il pubblico e privato);
parcheggio privato ed ampia possibi-
lità di parcheggio per i pazienti.*

Contattare cell. 335 5380789



FNOMCeO

*Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

Dr. M. Poludas

FNOMCEO 21/01/09
RGP.0000572 2009
CI. 01.09.01/1

**Ai Presidenti delle Commissioni per gli
Iscritti all'Albo degli Odontoiatri**

E-MAIL

**Oggetto : Pubblicità attraverso
redazionali.**

Cari Colleghi,

la CAO Nazionale è fortemente preoccupata per quanto sta avvenendo attraverso iniziative di tipo giornalistico, dirette ad offrire ai professionisti - chiedendo ovviamente onerosi ritorni economici - la possibilità di utilizzare intere pagine di carattere pubblicitario che diffondono interviste, dirette chiaramente a promuovere la loro attività professionale.

Queste sono le ricadute derivanti da una errata interpretazione della cosiddetta "Legge Bersani" che, quand'anche avesse abrogato il nulla-osta ordinistico previsto per l'autorizzazione dei messaggi pubblicitari in campo sanitario, ha confermato il compito e la responsabilità degli Ordini per quanto concerne la verifica della trasparenza e della veridicità dei messaggi pubblicitari.

In buona sostanza, gli Ordini non possono certamente chiamarsi fuori dal verificare la correttezza di detti messaggi, considerato che il loro intervento serve a garantire i cittadini di fronte a messaggi pubblicitari ingannevoli e non trasparenti.

Sono certo che, come sempre, tutte le CAO provinciali daranno dimostrazione di responsabilità e di corretto adempimento dei propri compiti.

Cordiali saluti

Giuseppe Renzo



Carcinoma del cavo orale: la serata a San Giuliano terme

La serata organizzata dall'Ordine dei Medici, di Pisa a proposito del carcinoma del cavo orale presso l'Hotel Granduca di San Giuliano Terme, ha riscosso un grande successo.

L'argomento di notevole interesse, ha richiamato un gran numero di medici e odontoiatri, e si è ben integrato con l'altro evento, organizzato dall'ANDI che si è svolto a Pisa e in tutte le città d'Italia nei giorni successivi: **"l'Oral Cancer Day"** che ha visto odontoiatri volontari dell'ANDI in Piazza XX Settembre svolgere attività di informazione e prevenzione.

La conferenza di San Giuliano è stata aperta dal **Prof. Mario Gabriele** che, come ormai sa chi lo conosce e lo segue come me da anni, è sempre interessante e ricco di preziosi consigli pratici ed ha saputo tenere desta l'attenzione della platea nonostante l'ora tarda (la serata iniziata alle 17,00 si è conclusa intorno alle 24,00). Presentati dal **Prof. Andrea Calderazzi**, hanno poi parlato il **Prof. Neri** e il **Prof. Cionini**, che si occupano rispettivamente di risonanza magnetica della testa e del collo e di Radioterapia, e infine il **Prof. Ricci** che ci ha illustrato le linee guida di Chemioterapia.

Il Prof. **Gabriele** ha iniziato con la Evidence Base Medicine, specificando la differenza tra lesioni precancerose e lesioni a rischio.

Le lesioni precancerose sono lesioni in cui vediamo alterazioni macro e microscopiche, associate a una maggior incidenza di cancro.

Esistono condizioni sistematiche precancerose (vedi la Sindrome di Plummer-Vinson, o l'infezione da HIV o da Papillomavirus) ed esistono lesioni che possono essere precancerosi potenziali, come la

leucoplachia, il lichen ruber planus, il nevo pigmentato le ulcere da decubito o il fibroma reattivo oppure lesioni precancerotiche croniche come la candidosi.

Per quanto riguarda le precancerosi potenziali oggi si preferisce il termine di lesioni a rischio, causate da fattori irritativi come ben sappiamo di natura chimica, fisica, radiologica o di natura endogena come la fibrosi o i tumori benigni.

Tali lesioni hanno un aspetto morfologico vario: clinicamente si osservano infatti lesioni bianche, rosse o miste. Da un punto di vista istologico si distinguono in ipercheratosi, atrofia epiteliale, acantosi, fibrosi del corion. L'epitelio "sbaglia" sempre o in senso qualitativo e allora abbiamo la displasia, o quantitativo e allora avremo lesioni bianche se è aumentato o rosse se è diminuito.

Un punto molto importante su cui si

è soffermato il Prof. Gabriele è che il ruolo dell'odontoiatra di base non è quello di fare la diagnosi della lesione: essa spetta all'anatomopatologo che l'analizza una volta fatta la biopsia. Il nostro ruolo di Odontoiatri è quello di VEDERE la lesione all'esame obiettivo, informare il paziente e, eventualmente indirizzarlo verso una struttura dove la lesione potrà essere valutata, asportata e successivamente analizzata. La displasia, come è noto è una modificazione di un tessuto in cui si trova un'anormale composizione cellulare dovuta a un'alterazione del turn-over che sfugge ai sistemi di controllo. Non si tratta quindi di un tumore, bensì di una modificazione reversibile, a patto che vengano rimossi i già citati stimoli irritativi. Essa può essere di 3 gradi: il 1° e 2° grado comprendono lesioni che non presentano cellule tumorali, mentre



il 3° grado comprende il carcinoma in situ, in cui cioè le cellule hanno già subito una trasformazione in cellule tumorali ma non hanno ancora superato la membrana basale dell'epitelio.

Il Prof. Gabriele si è soffermato poi sull'importanza di eseguire correttamente una biopsia, che deve essere assolutamente fatta in ogni caso di lesione vegetante, ulcerata o erosiva che duri da più di 20 giorni.

La biopsia può essere di tipo incisionale, escissionale o agoaspirato, ed è raccomandabile fare il prelievo al centro della lesione, nel punto di passaggio con il tessuto sano e nel tessuto sano adiacente alla lesione, per dare al collega anatomopatologo il maggior numero di informazioni possibili, aiutandosi eventualmente con il blu di toluidina che come sappiamo si lega alle cellule con il più alto turn-over quali sono quelle tumorali.

Il Prof. Gabriele ha ribadito più e più volte l'importanza di una diagnosi precoce, proprio per evitare interventi aggressivi e demolitivi che nel cavo orale comportano sempre una prognosi sfavorevole dal punto di vista della vita di relazione, della fonazione e della capacità di alimentarsi.

Dopo il Prof. Gabriele è intervenuto il **Dr. Emanuele Neri** che ha illustrato il ruolo della radio diagnostica nel tumore del cavo orale. Il radiologo non ha il compito di fare la diagnosi, anche perchè molte metodiche come la ortopantomografia o la TAC non ci danno informazioni. L'aiuto che ci viene dai colleghi radiologi è solo tardivo, consistendo nel confermare l'eventuale infiltrazione dei tessuti profondi grazie all'ecografia ma soprattutto alla risonanza magnetica e alla PET. Dopo la diagnosi, che ribadiamo spetta al dentista o comunque al medico che ispeziona il cavo orale, è la risonanza magnetica il primo esame da richiedere anche con mezzo di contrasto, per avere uno studio dinamico della lesione. La TAC ci può venire in aiuto per valutare l'eventuale infiltrazione ossea anche se non sempre è precisa, mentre l'ecografia è fondamentale

per la stadiazione linfonodale. Infine la PET ha un ruolo importante nella valutazione della recidiva dopo terapia radiante.

Di quest'ultima ci ha parlato il **Prof. Luca Cionini**, che ha ricordato come nei soggetti anziani il fumo e l'abuso di alcool siano fattori predisponenti, mentre nei soggetti più giovani l'instabilità genetica dei tessuti normali sia una condizione da valutare attentamente perchè questi pazienti hanno più possibilità di sviluppare recidive. La prognosi dipende essenzialmente dalla precocità della diagnosi e anche dalla sede del tumore. Come si sa infatti i carcinomi della lingua hanno una probabilità doppia o tripla di prognosi infausta. Nel caso di neoplasie iniziali, quindi stadio T1, T2 o N0, N1, si cerca di intervenire con una chirurgia più conservativa e/o ricostruttiva coadiuvata da terapia radiante locale. Nelle neoplasie avanzate, stadio T > 2 e N > 1, si fa una terapia associata chirurgica, radiante e chemioterapia, mentre nelle neoplasie non operabili si opta per la sola radiochemioterapia. La radioterapia presenta diverse problematiche che vanno dalla lunga durata, agli effetti collaterali acuti, alla necessità di terapie di supporto e infine agli effetti collaterali tardivi e irreversibili; tra gli effetti collaterali più osservati troviamo la mucosite acuta, una flogosi delle mucose che in genere compare entro la terza settimana dal trattamento e recede dopo 2/4 settimane. Essa si osserva anche dopo trattamento chemioterapico o può fornire il substrato all'impianto di una candidosi. La mucosite è dovuta alla morte mitotica delle cellule dello strato basale e al danno dei vasi che stanno al di sotto, con eritema e edema. Altri effetti collaterali irreversibili sono la xerostomia, la disgeusia, alterazioni dentarie come carie in zone insolite o ai colletti e infine la possibilità di scatenare una necrosi ossea in seguito a estrazioni dentari o piccoli interventi di chirurgia orale, per cui si rende necessaria la collaborazione con l'odontoiatra, che deve operare un'eventuale bonifica prima della terapia radiante

stessa. Un ulteriore vantaggio della diagnosi precoce, ha spiegato poi il Prof. Cionini, consiste nella possibilità di intervenire con la brachiterapia, una terapia radiante localizzata tramite infissione di aghi, che ha il vantaggio di non interessare le strutture limitrofe con minori effetti collaterali. Infatti con la brachiterapia non vengono interessate le ghiandole salivari, pertanto non c'è xerostomia e anche la necrosi dei tessuti molli guarisce dopo sei mesi. Le indicazioni per la brachiterapia sono le lesioni del bordo linguale, del pavimento orale, del labbro, della mucosa buccale che siano di 3 cm al massimo di diametro, ben delimitate, poco o per niente infiltranti e l'assenza di interessamento linfonodale. La brachiterapia permette un controllo locale dell'80% e superiore al 90% come coadiuvante della chirurgia nel caso di neoplasie resecabili.

Per concludere la serata il **Dr. Ricci** ha illustrato alcuni aspetti della chemioterapia che prevede l'uso di farmaci altamente citotossici a base di platino e fluoro e che viene usata in concomitanza alla radioterapia nel caso di neoplasie non resecabili. Egli inoltre ci ha parlato di un nuovo farmaco che agisce inibendo il fattore di accrescimento epidermico (GREF); si tratta del Cetuximab, un'anticorpo monoclonale che, impiegato in associazione alla radioterapia dà nel carcinoma squamoso del cavo orale risultati migliori rispetto alla sola radioterapia come evidenziato da uno studio pubblicato sul New England Journal. Tutti gli oratori hanno infine richiamato l'attenzione della platea sulla necessità di una **diagnosi precoce**, che vede impegnati in prima linea proprio gli odontoiatri che hanno sotto gli occhi quotidianamente le bocche dei loro pazienti e che non devono limitarsi al controllo delle lesioni cariose ma hanno il dovere di esaminare attentamente anche le mucose e i tessuti molli del cavo orale. Non occorrono esami invasivi al contrario di molte altre forme tumorali, ma basta guardare bene per salvare forse la vita a un nostro paziente.

News odontoiatriche

TARIFE E ONORARI

In altra parte di Pisa Medica, precisamente alle pagine 5-6-7 è pubblicata la deliberazione n. 1 del 29 Gennaio 2009 del Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Pisa, che ha accolto, anche su suggerimento della CAO Pisa, una simile deliberazione del Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Firenze, avente allegato un documento di indirizzo agli iscritti su tariffe ed onorari di medici chirurghi e degli odontoiatri per prestazioni rese in regime di libera professione. Riteniamo utile riportare pertanto ad integrazione del suddetto ottimo documento l'art. 54 del Codice Deontologico.

ONORARI PROFESSIONALI NELL'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE

Art. 54 - Onorari professionali

Nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati. Il medico è tenuto a far conoscere il suo onorario preventivamente al cittadino. La corresponsione dei compensi per le prestazioni professionali non deve essere subordinata ai risultati delle prestazioni medesime. Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO 19.12.2008

Il Presidente dott. Bianco esprime nei confronti degli Odontoiatri nella persona del Presidente CAO

dott. Renzo sentimenti di amicizia, solidarietà e vicinanza che, a detta dello stesso, si sono manifestati nella conduzione di battaglie comuni con le quali sono stati conseguiti alcuni obiettivi di grande significato. Fra tutti il Codice Deontologico scritto insieme, l'ECM nazionale che per la prima volta prevede un ruolo specifico per i liberi professionisti con un proprio gruppo di lavoro guidato dal dott. Renzo. Inoltre il dott. Bianco ricorda la battaglia fatta insieme sul Profilo dell'Odontotecnico e più in generale, sulla questione delle nuove professioni. Da parte sua il dott. Renzo nel suo intervento ha sottolineato il rispetto delle specificità, le cui regole devono essere definite una volta per tutte e la lungimiranza del Comitato Centrale che ha capito bene che è il momento di fare fronte unico per affrontare i problemi assieme, non permettendo che si parli di commercio della salute.

STUDI DI SETTORE

Le disposizioni di legge prevedono che gli Studi di Settore siano soggetti a revisione, al massimo, ogni tre anni al fine di mantenere nel medio periodo, la loro rappresentatività rispetto alla realtà economica cui si riferiscono. Lo studio di settore TK21U, "Attività degli Studi Odontoiatrici" sarà sottoposto a revisione con una programmazione che sarà resa nota alla FNOMCeO alla fine di febbraio. Tale revisione darà luogo allo studio di settore applicabile a decorrere dal periodo di imposta 2009. Con una circolare la FNOMCeO al fine di verificare la conformità dello studio alle realtà lavorative dei professionisti così come si sono andate modificando negli ultimi tre anni invita ad acquisire informazioni relative agli studi di settore che si sono mostrati non congrui oppure

hanno presentato situazioni di anomalia, cioè sono risultati congrui ma molto vicini alla soglia di congruità. Sarebbe anche necessario evidenziare eventuali criticità legate in particolare modo alla congiuntura economica non favorevole dell'ultimo anno. A questo riguardo la SOSE (società per gli studi di settore) ha pubblicato sul proprio sito (www.sose.it) il software del questionario sulla crisi relativo al settore professionisti. Si tratta di uno strumento attraverso il quale i soggetti interessati possono comunicare alla amministrazione, anche in forma anonima, entro il 5 marzo, i problemi che stanno riscontrando in relazione alle difficoltà legate al momento economico sfavorevole.

TRATTAMENTI DI CHIRURGIA ESTETICA

Il quesito che da alcuni è stato posto è se un odontoiatra può eseguire trattamenti di chirurgia estetica, come ad esempio, quelli concernenti l'uso di filler e l'esecuzione di infiltrazioni di acido ialuronico.

Con una circolare il Presidente Nazionale degli iscritti All'albo degli Odontoiatri precisa che l'unico atto normativo vigente è quello relativo all'art. 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409 che stabilisce "Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi e alla terapia delle malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.". Si ritiene pertanto che sia difficile, se non inutile tracciare linee di confine tra diverse competenze mediche e/o odontoiatriche in modo asettico, senza considerare l'unitarietà del corpo umano e la inevitabile sovrapposibilità di attività professionali.

Il Contributo pisano al progetto P.I.S.A.R.T.E.

Il "Meccanismo"

Il Meccanismo Comunitario di Protezione Civile è stato istituito dal Consiglio dell'Unione Europea nel 2001 ed aggiornato nel 2007, con lo scopo di potenziare l'assistenza reciproca tra gli Stati Membri e l'assistenza coordinata ai Paesi terzi in caso di emergenze e calamità naturali.

Il MIC (Monitoring and Information Centre) rappresenta la sala operativa del Meccanismo, attiva 24 ore su 24, da dove vengono smistate le richieste di assistenza in caso di emergenza. Altra componente fondamentale del Meccanismo è il CE-

SIS (Common Emergency Communication and Information System) un sistema informatico che garantisce un network tra gli Stati Membri.

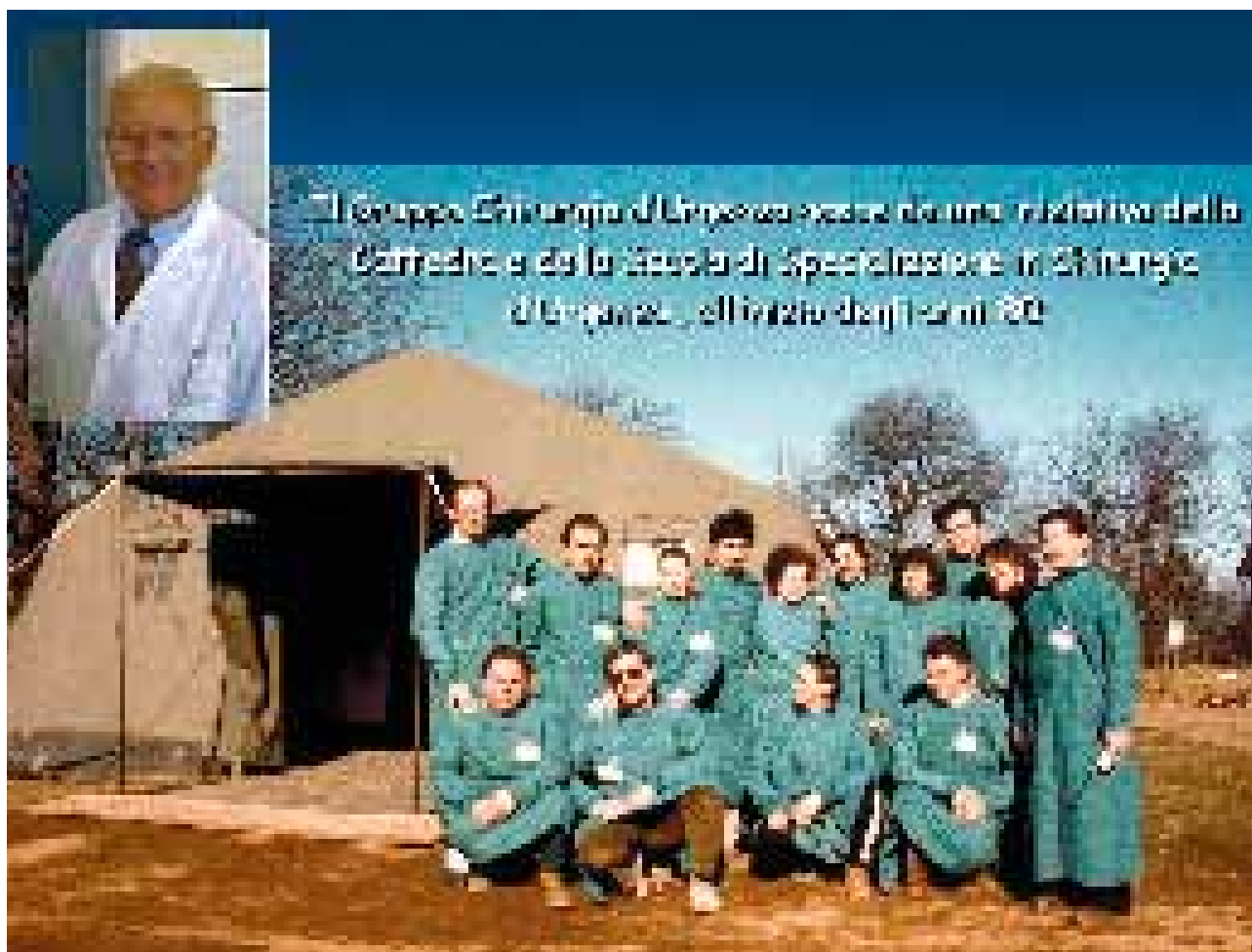
Il Meccanismo promuove programmi di formazione, workshop, seminari e soprattutto esercitazioni, cui partecipano squadre dei vari Stati Membri, come componenti operative o come osservatori.

Attualmente fanno parte del Meccanismo 27 Stati Membri e 3 Stati dell'Area Economica Europea (Norvegia, Islanda e Lichtenstein). Dalla sua creazione il Meccanismo è stato attivato per una serie di catastrofi: il terremoto in Iran 2003, lo tsuna-

mi che ha colpito il Sudest asiatico (2004), gli incendi boschivi in Portogallo (2005), le inondazioni in Bulgaria e Romania (2005), l'uragano Katrina negli USA (2005), il terremoto in Pakistan (2005); più di recente, il terremoto in Indonesia, la crisi umanitaria in Libano (2006), il terremoto in Cina (2008).

I moduli di Protezione Civile

Il Meccanismo comunitario sottolinea l'importanza di sviluppare una risposta rapida alle emergenze e alle catastrofi naturali soprattutto attraverso lo strumento dei moduli



di Protezione Civile. Un modulo di intervento può essere definito come un'unità, specializzata in un determinato compito, che riunisce specifici requisiti:

composti da risorse di uno o più Stati Membri partecipanti al Meccanismo;
capaci di intervenire nell'area di risposta;
capaci di intervenire secondo standard internazionalmente riconosciuti;
capaci di entrare in azione con preavviso molto breve;
autosufficienti per un dato periodo di tempo (96 ore al minimo);
interoperabili con altri moduli;
addestrati al fine di acquisire la predetta interoperabilità;
capaci di fornire assistenza ad altri elementi della Unione Europea o organizzazioni internazionali, specialmente le Nazioni Unite;

divisi in moduli di protezione civile e squadre di supporto all'assistenza tecnica.

Sono stati individuati 13 tipi di modulo, ciascuno con competenze specifiche. Di questi, 5 svolgono compiti di tipo sanitario:

posto medico avanzato (PMA);
posto medico avanzato con unità chirurgica (PMA-S);
ospedale da campo;
evacuazione sanitaria delle vittime di una catastrofe con mezzi aerei;
ricovero di emergenza temporaneo.

Il Gruppo di Chirurgia d'Urgenza per interventi di Protezione Civile

Il gruppo Chirurgia d'Urgenza (GCU) di Pisa è un'associazione O.N.L.U.S. formata da volontari

(medici, chirurghi, infermieri, tecnici, per la maggior parte dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana ma non solo) che si impegna in missioni umanitarie, in occasione di catastrofi naturali.

Il GCU ha a disposizione un posto medico avanzato con unità chirurgica (PMA-S) che risponde pienamente agli standard previsti dal Meccanismo Europeo.

Fin dalla sua fondazione (l'Associazione è nata circa 25 anni fa da un'idea del Professor Cavina, allora direttore della Cattedra di Chirurgia d'Urgenza di Pisa) il GCU ha operato in diverse situazioni, l'ultima delle quali ha visto il gruppo impegnato nel prestare soccorso alle popolazioni del Sichuan, in occasione del terremoto che ha interessato la regione cinese nel maggio 2008.





Missioni umanitarie a cui ha partecipato il GCU

Marzo 1991:
terremoto in Herzican (Turchia)

Settembre 1997:
terremoto in Umbria e Marche

Aprile 1999:
missione umanitaria per i rifugiati del
Kosovo (Albania)

Maggio 2003:
terremoto nell'area di Boudaou
(Algeria)

Dicembre 2003:
terremoto in Iran

Dicembre 2005: tsunami in Sri
Lanka

Maggio 2008:
terremoto nel Sichuan (Cina)

Il progetto P.I.S.A.R.T.E

Nel giugno 2008 l'Unione Europea
ha pubblicato un bando di concorso
per il finanziamento di 4 progetti

per l'implementazione del Meccanismo di Protezione Civile Europea. Il GCU ha presentato il progetto P.I.S.A.R.T.E. (PISa Advanced Response Team in Emergency) risultato vincitore, che vede la scesa in campo di alcune delle eccellenze pisane della Protezione Civile: il GCU (capofila del progetto); il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Pisa; l'Amministrazione Comunale di Pisa; la sezione pisana della Croce Rossa Italiana.

Il progetto, che è iniziato ufficialmente l'1 gennaio 2009 e si concluderà entro la fine del 2010, ha come obiettivo principale il dispiegamento di una task force costituita dal PMA-S del GCU ed una squadra USAR (Urban Search And Rescue) dei Vigili del Fuoco, per le

operazioni di ricerca e salvataggio su vasta scala in ambito urbano. Le squadre avranno un supporto logistico, fornito dalla Croce Rossa, ed un sistema di telecomunicazioni, di competenza dell'Amministrazione comunale di Pisa.

La task force così costituita sarà in grado di rispondere immediatamente ad una eventuale richiesta di aiuto da parte dell'Unione Europea in caso di catastrofe naturale, sia all'interno degli Stati Membri dell'Unione Europea che in altre parti del mondo.

Se la task force rappresenta la missione principale del progetto, altrettanto importanti sono gli altri obiettivi previsti, che mirano alla formazione del personale italiano e di altri Stati Membri (è prevista la partecipazione di almeno altri 4 stati europei, ancora non designati).

In particolare, sono previsti: corsi di formazione per il personale che opererà nel PMA-S e la squadra USAR dei Vigili del Fuoco. L'innovazione è rappresentata dalla sperimentazione di "squadre miste" di Vigili del Fuoco e sanitari nelle operazioni di recupero delle vittime, laddove i tempi lunghi di estricazione dalle macerie richiedano l'intervento di un medico o di un infermiere altamente specializzato per un supporto rianimatorio avanzato. A tal proposito, ricordiamo che già da alcuni anni è partita a Pisa una collaborazione tra GCU e Vigili del Fuoco di Pisa, con la partecipazione di rappresentanti dell'Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi (A.I.M.C.) per organizzare dei corsi specifici per il recupero delle vittime sotto le macerie.

Il Comando Provinciale dei vigili del Fuoco di Pisa, centro di riferimento nazionale per la formazione delle squadre USAR, ha attrezzato all'interno della caserma un simulatore statico provvisto di una rete di cunicoli e di impianti tecnologici (rumori, dispersione sostanze pericolose, rilasci idrici, etc) tesi a riprodurre fedelmente situazioni tipiche di crollo di edifici per lo svolgimento di attività formative ed esercitative di ricerca, individuazione e recupero vittime. Tale struttura rappresenterà uno degli scenari in cui tutto il personale potrà seguire i corsi di formazione previsti dal progetto; workshop per la discussione e la stesura di procedure, condivise con gli altri Stati Membri partecipanti, per l'attivazione del Meccanismo e l'interoperatività dei moduli di Protezione Civile;

una esercitazione di circa 3 giorni, che si svolgerà nelle zone limitrofe di Pisa e che simulerà il dispiegamento della task force in occasione di un terremoto. L'avventura, che vedrà il GCU e gli altri beneficiari del progetto impegnati per due anni, rappresenta il debutto pisano nello scenario europeo del nuovo sistema di protezione civile; ci riproponiamo, con nuovi articoli, di aggiornare i lettori interessati sugli sviluppi del progetto.

Riferimenti

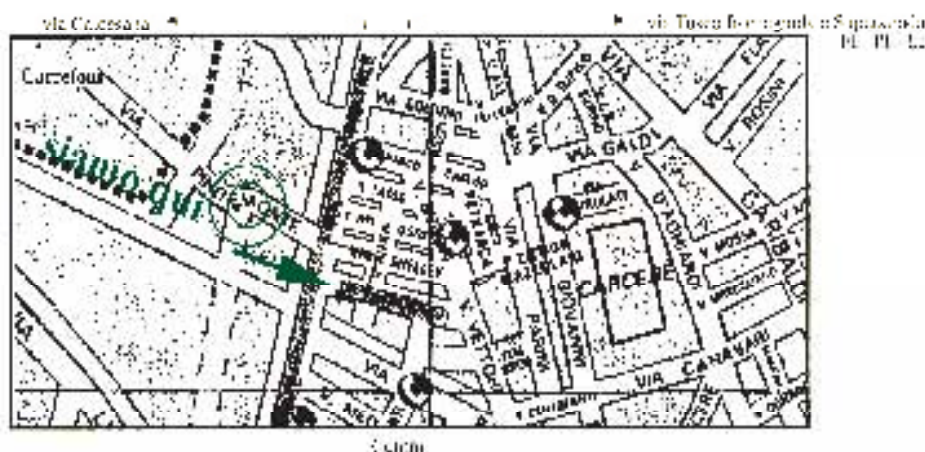
Sito ufficiale del GCU: www.gcupisa.it

Sito ufficiale del Dipartimento della Protezione Civile Italiana: www.protezionecivile.it

Sito ufficiale dei Vigili del Fuoco: www.vigilidelfuoco.pisa.it



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTRIMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Le Terme di S. Carlo

Lo stabilimento termale di San Carlo, è una struttura situata a metà strada tra il massiccio delle Alpi Apuane e la costa della Versilia. Le terme si trovano nel comune di Massa, provincia di Massa Carrara, a 4 chilometri da Massa Centro, ad una altitudine di 350 m. Si narra che l'acqua San Carlo fosse conosciuta già dai tempi dei Romani. Deve il proprio nome a San Carlo Borromeo, Vescovo di Milano, che alla metà del cinquecento, già apprezzava le qualità curative, miracolose per l'epoca, di queste acque purissime; infatti si narra che essendo sofferente di calcoli renali, trovandosi di passaggio a Massa, bevve l'acqua delle sue terme traendone ottimi benefici e riuscendo così a riprendere agevolmente il suo viaggio. Da allora l'acqua che sgorga in tale località ha preso il

nome dall' illustre personaggio. Attualmente lo stabilimento termale di San Carlo, dove l'acqua che proviene dalla Sorgente Aurelia viene imbottigliata in loco, è attrezzato per le cure idropiniche che vengono effettuate nel periodo da giugno a settembre dopo accurata visita medica.

L'acqua San Carlo può essere utilizzata giornalmente da tutti senza alcuna controindicazione, ma proprio per le sue caratteristiche chimico-fisiche, il suo impiego, a digiuno e a determinati dosaggi, trova indicazione nel trattamento di alcune patologie come la calcolosi delle vie urinarie, le infezioni delle vie urinarie (pielite, pielonefrite, cistite), le patologie gastroenteriche (dispepsia biliare, colon irritabile, stitichezza cronica) e le affezioni del metabolismo (iperuricemia, ipercolesterolemia,

ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità). È inoltre indicata nel trattamento dell'ipertensione arteriosa. Ovviamente ad elevati dosaggi e lontano dai pasti, oltre ad avere delle indicazioni ben precise, ha anche delle controindicazioni che comprendono la presenza nel paziente di scompenso cardiaco, la grave ipertensione, l'insufficienza renale elevata e gli ostacoli a livello dell'apparato urinario con ritenzione di urina in vescica.

L'acqua oligominerale San Carlo è un'acqua depurativa o di "lavaggio"; infatti dopo l'ingestione di 1 o 2 litri al giorno provoca una lieve diluizione del plasma con diminuzione della pressione osmotica, mentre il volume del plasma aumenta leggermente. A causa della diminuzione della pressione osmotica del plasma, si ha penetrazione del



liquido negli spazi intracellulari e di conseguenza si hanno quei movimenti idro-elettrolitici detti “scambi emato-tissutali”.

L'acqua San Carlo, è in grado di prevenire la formazione di calcoli nelle vie urinarie, abbassando la concentrazione delle sostanze litogene urinarie quali calcio, fosforo, acido ossalico e acido urico.

Inoltre è stata dimostrata la presenza nelle acque oligominerali di sostanze inibenti la formazione di calcoli: pirofosfati che inibiscono i calcoli di ossalato di calcio; citrati, difosfonati e magnesio che inibiscono i calcoli di ossalato e fosfato di calcio e, oligoelementi (manganese, cadmio e zinco), che inibiscono la formazione di tutti i tipi di calcoli.

Modalità di cura:

la cura idroponica va iniziata al mattino a digiuno. Lo schema prevede una dose da 3 a 12 bicchieri (da 750 cc a 3l.), aumentando progressiva-

mente durante il periodo di cura. L'intervallo tra un bicchiere e l'altro è di 15-20 minuti, Il tempo medio di ingestione di un bicchiere è di 5 minuti. La cura deve proseguire nel pomeriggio a distanza di 3 ore dal pasto di mezzogiorno. La durata della cura è di 2-3 settimane e può essere proseguita a domicilio con acqua imbottigliata.

CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

L'acqua San Carlo è un'acqua a residuo fisso molto basso (58 mg/l) ed è annoverata tra le acque oligominerali, essendo considerate tali, le acque a residuo fisso inferiore a 200 mg/l.

Le caratteristiche fondamentali sono:

- purezza batteriologica
- costanza di portata

- costanza di temperatura (tutti elementi che testimoniano l'origine profonda dell'acqua).
 - Temperatura alla sorgente = 13.4 °C
 - Residuo fisso a 180°C = 58 mg/l
 - Esponente attivo ione idrogenato alla sorgente (pH) = 5.7
 - Conducibilità elettrica specifica 20°C = 76
 - Anidride carbonica (CO₂) libera alla sorgente = 28.7 mg/l
 - Ossidabilità sc. Kubel (O₂) = 0.3 mg/l
 - Sodio = 9 mg/l
 - Potassio = 0.36 mg/l
 - Magnesio = 2.8 mg/l
 - Calcio = 2.4 mg/l
 - Cloruro = 13.5 mg/l
 - Nitrati = 9.6 mg/l
 - Ione Idrogenocarbonato = 12.2 mg/l
 - Solfati = 2.5 mg/l
 - Silice = 9.2 mg/l
- Autorizzata con D. M. n. 547 del 10/11/1950





ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI DI PISA

Presentazione di un Libro

Etica di fine vita: il processo decisionale in terapia intensiva

Saluto del Presidente

Scelte sulla vita

L'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva

di Guido Bertolini

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Sono previsti interventi di:

Paolo Malacarne (anestesia e rianimazione): *risultati di un'indagine epidemiologica in 80 Terapie Intensive Italiane.*

Francesco Giunta (anestesista e rianimatore): *Il massimo delle cure possibili.*

Ranieri Domenici (medico legale): *Aspetti medico legali del fine vita in Terapia Intensiva.*

Venerdì 17/04/2009 ore 18

Sala riunioni Ordine dei Medici di Pisa

Via Battelli 5 - Pisa

Segreteria organizzativa: Francesca Spirito, Stefano Bascià

Ordine dei Medici

Via Battelli 5 - Pisa

tel. 050579714 – fax: 050973463

email: segreteria@omceopi.org

www.omceopi.org

Alla scoperta del mondo giovanile

La nostra Associazione è sorta e si è confermata nel tempo come un importante "motore" di educazione socio-sanitaria. La nostra principale attività, talora anche in collaborazione con altre associazioni femminili, è l'impegno in una corretta divulgazione della medicina preventiva con il fine di offrire una educazione alla vita e alla salute.

Non potevamo ignorare, però, il crescente disagio fra le generazioni giovanili, anche perché è un problema che ci tocca da vicino nelle nostre famiglie come madri e come nonne. Forse questo disagio giovanile è conseguente alla perdita nella nostra società moderna di certi valori, principi o regole, di cui anche le nostre generazioni più anziane siamo responsabili.

Nell'ottica di cercare di comprendere quali nuove pulsioni agitano le nuove generazioni e di poterle aiutare a trovare un sano equilibrio l'AMMI già nel 2007 promosse un Concorso Letterario fra gli studenti delle Scuole Secondarie con lo svolgimento di un tema "Uno sguardo attento alla famiglia di ieri, di oggi e di domani. Come la desiderano i nostri figli?".

Come ho riportato in un precedente articolo su questo giornale, l'iniziativa ha riportato notevole successo e sono pervenuti alla Segreteria Nazionale oltre 800 elaborati da 170 Istituti.

Una commissione esaminatrice, appositamente creata, ha scelto fra tutti i primi tre elaborati e gli studenti sono stati premiati in occasione del nostro XIV Congresso Nazionale a Milano.

La scelta di questo argomento non è stata casuale, ma voluto dato che l'istituzione famiglia negli ultimi trenta anni ha subito una profonda trasformazione rispetto al modello tra-

dizionale; non solo, ma sempre più numerose famiglie sono in crisi; si propongono nuovi modelli di famiglia o si vorrebbe superare il concetto famiglia.

Lo scopo del tema era quello conoscitivo: che tipo di famiglia? La famiglia è ancora un valore? Che famiglia desiderano i nostri giovani?

Gli elaborati sono perciò diventati un importante attuale documento di indagine sociale fra i giovani e in pratica tutti si sono espressi per una riscoperta della Famiglia come punto di riferimento e di sicurezza.

La nostra Direzione Nazionale ha ritenuto opportuno raccoglierne 120 in una pubblicazione dal titolo "IN FAMIGLIA. I giovani si raccontano . . ."

La pubblicazione è disponibile presso tutte le sezioni AMMI. Anche per l'anno 2008 l'AMMI ha voluto rinnovare l'iniziativa promuovendo il Secondo Concorso Letterario sotto il patrocinio del Ministro della Pubblica Istruzione.

Il titolo del nuovo tema è il seguente: "Gioco e responsabilità come dialogano nella libertà di un giovane?"

(Le strutture - famiglia, scuola, ambiente, società - aiutano ma da solo

non bastano perché l'uomo non viene costruito dall'esterno a prescindere dalla sua libertà ed il benessere fisico, morale spirituale, non lo si raggiunge gratuitamente).

Il concorso, come il precedente, è riservato agli studenti delle scuole secondarie e i premi ai primi tre elaborati, scelti da un apposita Commissione, saranno consegnati in occasione del XV Congresso Nazionale AMMI che si terrà a Pescara nel prossimo mese di maggio 2009.

Sicuramente l'iniziativa otterrà il successo del primo Concorso, ma quello che è molto più importante è il proseguo del dialogo con i nostri giovani iniziato con il tema del 2007 per cercare di comprenderli e aiutarli.





ProgettoLuce

associazione no profit



ARG. E IMPR. - 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 E. Crispi, 62 56125 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / info@progettoluceonline.org

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868

Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®
Aiuta la Digestione



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

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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

