Poste Italiane S.p.A. – Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - € 2,00

PisaMedica

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

in questo numero:

Inquinamento atmosferico ed effetti sulla salute a Pisa

G. Petronio - G. Tarrini
E. Cavazza - G. Figlini
International Society Doctors for Environment (ISDE) - Pisa

Polizze professionali: criteri per una corretta scelta

M. Ridi
Vicepresidente Società Medico Odontoiatrica Legale Toscana

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

Segreteria dell'Ordine

numero 51 Settembre - Ottobre 2011

ProgettoLuce

associazione no profit

ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.

2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti afflitti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e fattivo scambio di comuni esperienze di vita.

4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente

5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.

6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.

7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

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

Segreteria Scientifica:
U.O. Oculistica Universitaria / Nuovo Ospedale S. Chiara A.O.U.P. Presidio Ospedaliero di Cisanello, Edificio 30,
Via Paradisa 2 56124 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 554 088 / **progettoluce@unipisa.it**

www.progettoluceonline.org

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Medical doctor wanted

Il prossimo spot pubblicitario ideato dagli studi legali per tutelare gratuitamente i cittadini contro la malasanità potrebbe essere tipo far – west americano: affiggere ad ogni angolo di strada l'immagine di un camice bianco e, sotto, la scritta "WANTED".
Non è fantasia. Che piaccia oppure no, la caccia al medico è appena iniziata. E' la conseguenza di opinabili mode che giungono puntualmente da oltreoceano. Senza porre un freno ad un fenomeno già ora dilagante, andremo senz'altro incontro ad una pericolosa macelleria della salute. Avrà forte presa sui cittadini, infatti, la martellante campagna pubblicitaria che incita ad attivare procedure di risarcimento per danni conseguenti a presunti casi di malasanità, rivolgendosi a studi legali anche con la lusinga della gratuità.
Ci preoccupa, soprattutto, il vuoto legislativo in grado di disciplinare la materia e quindi l'assenza di qualsiasi tutela per la classe medica, fra le più valide a livello internazionale. Preoccupante appare al contempo l'effetto alone con l'instaurarsi, giorno dopo giorno, di un crescente clima di ostilità, fino a giungere al puro desiderio di vendetta.
Come Ordine, da tempo sono state messe in atto misure contenitive, quale strumento di mediazione capace d'offrire un'efficace alternativa alle aule del Tribunale. E' stato inoltre costituito l'Osservatorio sulla Responsabilità Medica.
L'Ordine, dal canto suo, sollecita i medici al rispetto rigoroso del codice deontologico ed a non prestarsi mai ad operazioni azzardate e di tipo speculativo quando incaricati di fornire, a qualunque titolo, perizie o consulenze medico – legali. All'Ordine degli Avvocati, invece, va l'invito a trovare una mediazione per non inasprire i toni di un confronto che rischia di diventare incontrollabile.

*Pisa***Medica**
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 Buccianti, Eugenio Orsitto, Maria Aurora Morales, Maurizio Petri, Angelo Baggiani, Cataldo Graci, Amalia Lucchetti, Antonio De Luca, Stefano Taddei, Paolo Baldi, Franco Pancani, Gabriele Bartolomei, Teresa Galoppi, M. Cecilia Villani, Roberto Trivelli

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

Editore & Pubblicità
Archimedia Communication s.r.l.
Via Crispi, 62 - 56125 Pisa
Tel. 050.220.14.80
Fax 050.220.66.73
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Alberto Martini
www.albertomartini.com

L'Ordine informa

Dopo lunghe trattative, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è riuscita a stipulare una convenzione con i più importanti gestori di posta elettronica certificata in modo da consentire agli iscritti agli Ordini italiani di adempiere all'obbligo di legge* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC. L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita agli iscritti, ha attivato la convenzione nazionale con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, in modo da consentire, a chi fosse interessato, di acquistare una casella di Posta Certificata al costo di **€ 5.50 per la durata di 3 anni** (il costo minimo della PEC fuori convenzione è di circa € 5 l'anno). **Nella convenzione è prevista la comunicazione dell'attivazione della PEC all'Ordine da parte del gestore Aruba stesso senza ulteriori oneri per gli iscritti**.
Naturalmente chi non fosse interessato alla convenzione può optare per un qualsiasi gestore a proprio piacimento, con l'unico obbligo di comunicare all'Ordine l'avveunta attivazione della PEC.

SI INVITANO PERTANTO TUTTI GLI ISCRITTI A DOTARSI DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA*.

Si ricorda a tutti gli iscritti che ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dotarsi di una casella PEC non è possibile usufruire delle caselle tipo ***@postacertificata.gov.it o di quelle rilasciate gratuitamente da INPS e ACI****, in quanto non consentono la comunicazione fra soggetti diversi dalla Pubblica Amministrazione.*
Allo stesso modo si ricorda che gli indirizzi email forniti da ASL, AOUP, CNR etc ai propri dipendenti ***NON*** *equivalgono alla Posta Elettronica Certificata e pertanto è necessario dotarsi di un nuovo indirizzo PEC.*
Ulteriori informazioni sono a disposizione sul sito dell'Ordine www.omceopi.org

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC Codice convenzione: **OMCEO-PI-0040**

Procedura:
- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su"convenzioni"
- Inserire il codice convenzione
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- Inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- Scegliere la modalità di pagamento
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicato sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato debbano dotarsi di una casella PEC e comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

sabato 29 Ottobre 2010

Green Park Resort - Via delle Magnolie 4 – Tirrenia

Ore 15:30 Tavola Rotonda sul tema: "Il futuro della previdenza e delle pensioni nella sanità"

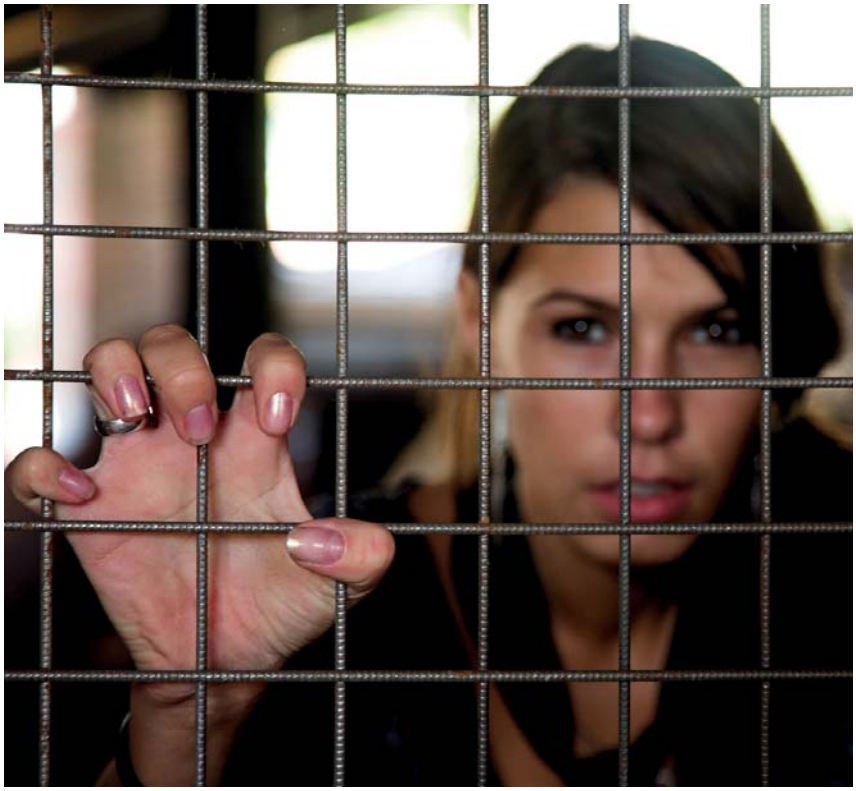
Interverranno
Alberto Oliveti ***Vicepresidente vicario ENPAM***
Giovanni Malagnino ***Vicepresidente ENPAM***
Claudio Testuzza ***Collaboratore de Il Sole 24 Ore ed esperto di sanità e previdenza pubblica***

Al termine della Tavola Rotonda seguirà la consegna delle medaglie d'oro e d'argento ai Medici e Odontoiatri che hanno compiuto 50 e 25 anni di laurea, il riconoscimento alla carriera a tre iscritti che si sono distinti nel corso della loro attività professionale e la lettura del Giuramento di Ippocrate da parte dei Medici e Odontoiatri neoiscritti all'Ordine.

Francesco Ceraudo Direttore Centro Regionale per la Salute in Carcere

La riforma della medicina penitenziaria in Toscana

La Regione Toscana è indiscutibilmente all'avanguardia nell'applicazione dei principi ispiratori della Riforma della Medicina Penitenziaria.
E' l'unica Regione italiana che al momento attuale può presentare le carte in regola e anche per questo si è messa alla guida di un progetto ambizioso per realizzare servizi sanitari penitenziari a misura d'uomo.
E' stato fatto un lavoro serio, meticoloso, dove l'esperienza e la specifica competenza del settore hanno fatto la differenza.
Quanto sopra fa onore alla Regione Toscana e a chi ha sempre creduto in questo che è un progetto di civiltà.
Resta da percorrere però ancora molta strada, anche se si delineano già tutte le premesse perché venga salvaguardato il dettato costituzionale della tutela della salute in carcere.
Il Centro Regionale per la Salute in carcere, unico nel suo genere sul territorio nazionale, è stata un'intuizione felice, perché coadiuvato dal **Comitato Consultivo di Sanità Penitenziaria**, è stato in grado di delineare un preciso programma di riqualificazione dei servizi sanitari penitenziari agendo da stimolo verso quelle Aziende USL che si presentano in ritardo.
Del resto la Regione Toscana ha ereditato dall'Amministrazione Penitenziaria un cumulo di macerie con strutture fatiscenti, rete elettrica e rete idrica senza alcuna norma di sicurezza rispettata, tecnologia desueta e ormai inservibile e servizi sanitari assolutamente insufficienti soprattutto nell'ambito specialistico. A questo stato si era pervenuto in seguito ai continui, implacabili tagli lineari perpetrati dal Ministero della Giustizia soprattutto negli ultimi dieci anni e questo nonostante la popolazione detenuta crescesse in termini preoccupanti e la domanda di salute si facesse sempre più pressante.
Sono stati chiusi a decorrenza immediata molti servizi (Radiologia, Laboratori analisi e fisiokinesiterapia), perché non più in regola con le norme di sicurezza.
Una strada da percorrere, pertanto, tutta in salita tra mille difficoltà e numerosi problemi strutturali.
Il sovraffollamento della popolazione detenuta toscana con la mancanza di circa 1200 posti-letto ha reso poi tutto più difficile e complicato. L'indice di affollamento complessivamente è di circa il 50%, ma in alcuni Istituti (Firenze Sollicciano, Prato, Lucca e Pistoia) rasenta il 100%.
Le più elementari norme di Medicina Preventiva sono state messe in discussione.
Di fronte a questa situazione catastrofica, per fortuna la Regione Toscana non si è persa d'animo, ma con molta responsabilità si è rimboccata subito le maniche e ha creato le premesse per risalire la china, pianificando un'organizzazione dei servizi sanitari corrispondente alle esigenze di salute della popolazione detenuta.
I detenuti chiedono attenzione.
I detenuti chiedono il rispetto di elementari diritti.
Dopo aver perso la libertà e la salute rischiano in queste condizioni di perdere perfino la dignità.
Prima l'Assessore Enrico ROSSI, successivamente l'Assessore Daniela SCARAMUCCIA si sono resi autorevoli interpreti di questi bi-



sogni e con ammirevole impegno sono riusciti a mettere a disposizione della Medicina Penitenziaria importanti risorse economiche.
E' stata messa in atto con immediatezza da parte del Centro Regionale una minuziosa ricognizione specifica dei Presidi Sanitari Penitenziari, facendo il punto della situazione e specificando le criticità e le manchevolezze che di fatto, ostacolavano una tutela puntuale della salute della popolazione detenuta.
E' arrivata la Carta dei Servizi sanitari.
Risulta conformata la mappa dei rischi.
Le Aziende devono predisporre programmi mirati di educazione alla salute con particolare riferimento alle malattie infettive (tubercolosi, infezione da HIV, epatiti) e parassitarie, alla prevenzione della tossicodipendenza, dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e delle più diffuse patologie sociali unitamente a una presa in carico particolarmente incisiva del disagio psichico.
Deve essere posta particolare cura al regime alimentare, agli ambienti malsani, alla mancanza di movimento, all'ozio avvilente, agli atti di violenza e di autolesionismo.
E' arrivato il set igienico per il detenuto nuovo-giunto.
Sono arrivati i materassi nuovi.
E' stato reso operativo il sistema di comunicazione, rendendo più agevoli i rapporti con le Aziende e con gli Ospedali, laddove si tratta di individuare dei percorsi preferenziali per l'esecuzione di particolari accertamenti diagnostici all'esterno.
E' stata predisposta una importante delibera (**N°1307 del 29/XII/2009**) con la quale la Regione Toscana ha messo a disposizione risorse economiche pari a 3.500.000 Euro per le Aziende USL competenti per territorio per il rinnovo tecnologico delle apparecchiature medicali (Ecografi, elettrocardiografi, spirometri, sfigmomanometri ecc.) e per potenziare i servizi specialistici, Medici SIAS, quello tecnico-infermieristico e gli arredi degli Ambulatori.
Con l'acquisizione di quanto sopra, sono state abbattute le liste di prenotazione per gli accertamenti diagnostici e per le visite specialistiche all'esterno.
Persistono forti criticità all'OPG di Montelupo Fiorentino e a Firenze Sollicciano.
Le Aziende devono essere messe nelle condizioni più adeguate per prestare i propri servizi.
Laddove si sono frapposte difficoltà di ordine economico da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, la Regione Toscana con la Delibera n° 441 del 30/05/2011 (**Qualità della salute dei cittadini detenuti**) ha anticipato le risorse per gli interventi più urgenti per la realizzazione dei lavori di messa in sicurezza dei locali sanitari con particolare riferimento alla rete elettrica e alla rete idrica.

Risulta programmata la formazione del Personale con corsi specifici e ciò acquisisce particolare importanza nella gestione dei servizi sanitari penitenziari.
E' in via di definizione **la cartella clinica informatizzata**.
Con essa verrà acquisito lo strumento necessario per fare un importante salto di qualità e conferire funzionalità a tutta l'organizzazione.
Risulta delineato l'intervento del **Centro di gestione rischio clinico regionale** anche all'interno del carcere per approfondire gli eventi avversi che si verificano ed individuare azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti.
E' stata ufficializzata la figura del mediatore culturale nell'ambito del Presidio Sanitario.
Il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che già valuta le performance di tutte le Aziende Sanitarie Toscane, valuterà anche la capacità del Servizio Sanitario Toscano di erogare servizi appropriati in linea con i bisogni di salute della popolazione detenuta.
Vanno resi operativi i circuiti sanitari.
La continuità terapeutica si pone quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura.
Bisogna garantire tale continuità dal momento dell'ingresso in Istituto Penitenziario fino alla reimmissione in libertà.
Le urgenze sanitarie vengono gestite con estrema puntualità e tempestività attraverso sicure prassi consolidate.
L'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari è stato assicurato dalle singole Aziende con puntualità.
E' stato confermato e successivamente potenziato il Progetto Psicologico Retintegrare per la gestione del rischio suicidario.
La Regione Toscana rivoluziona il carcere: i detenuti tossico/alcooldipendenti potranno curarsi in comunità.
A stabilirlo è una delibera del Settembre 2010 (**N° 848 del 27/09/2010-Interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico/al-**

coldipendenti e definizione del percorso assistenziale) portata ed approvata in Giunta Regionale che fissa anche l'importo da distribuire alle Aziende USL della Toscana: 350.000 EURO per l'anno 2010. L'opportunità riguarda quei detenuti tossicodipendenti che possono usufruire di misure alternative alla detenzione. Nella Delibera si stabilisce che il percorso di presa in carico dei detenuti tossicodipendenti dovrà essere equiparato in tutto e per tutto a quello delle persone tossicodipendenti in libertà.

Sono state allestite le linee di indirizzo per la gestione delle patologie più frequenti e più importanti in carcere.

Sono stati allestiti con la **Delibera 784/2010** i contratti per il Personale Sanitario valorizzando le competenze e le esperienze specifiche.

Finalmente si esce dalle condizioni di lavoro nero e si entra in una prospettiva di lavoro dignitoso con specifiche tutele previdenziali ed assicurative.

I Medici e gli Infermieri penitenziari possono guardare al proprio futuro con estrema sicurezza e tranquillità.

Il posto di lavoro è stato salvaguardato per tutti.

Questo era un impegno assunto in prima persona dal Presidente ROSSI ed è stato onorato.

La Riforma della Medicina Penitenziaria deve essere il punto di partenza di un progetto altamente qualificante dove il Medico e l'Infermiere devono assurgere a protagonisti diretti del cambiamento.

Sono i Medici e gli Infermieri che devono governare il percorso della Riforma, mettendo a frutto la loro specifica competenza e la loro significativa esperienza acquisita sul campo in prima linea alla presa diretta con una fetta di umanità ferita.

La Medicina dei Servizi è una modalità adeguata per consentire attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli Operatori una incisiva presa in carico della salute in carcere e su questo versante dobbiamo operare per acquisire risultati importanti anche attraverso l'utilizzazione della rete dei servizi che verrà messo a disposizione da parte delle Aziende competenti per territorio.

Sul modello organizzativo avverrà la rivoluzione copernicana.

Dobbiamo essere in grado di lasciare alle nostre spalle la cosiddetta Medicina d'attesa collegata a episodi contingenti di necessità clinica.

Bisogna finalmente oltrepassare i criteri marginali e penalizzanti della Medicina difensiva. Una Medicina Penitenziaria che non deve agire come uno strumento per salvaguardare il concetto predominante della sicurezza.

Quanto sopra consentirà di passare da una Medicina Penitenziaria d'attesa e difensiva fortemente marginale ad una MEDICINA PENITENZIARIA di iniziativa e di opportunità, una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità.

Dall'attesa all'iniziativa: costruiamo il cambiamento.

E' questa una vera trasformazione epocale per la Medicina Penitenziaria.

Lo sviluppo della Medicina Penitenziaria di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei detenuti e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

Un cambiamento che ora si va definendo, perfezionando, inventando strumenti conoscitivi ed organizzativi adeguati.

La Regione Toscana esige impegno e qualificazione professionale da parte degli Operatori Sanitari ed anche per questo ha prefigurato il riconoscimento dell'indennità di Responsabilità di Presidio e dell'indennità per le prestazioni medico-legali alla Polizia Penitenziaria.

Restano in campo il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la rivisitazione dei compiti professionali.

La loro applicazione verrà seguita dal Centro Regionale per la Salute in carcere con particolare cura ed attenzione, perché è proprio in questo che si compie il salto di qualità per assicurare la tutela della salute in carcere secondo i principi ispiratori della stessa Riforma.

E' questo lo spirito che anima la Riforma e in questa prospettiva intendiamo muoverci con rinnovato vigore. La Riforma della Medicina Penitenziaria si carica di particolari valenze, perché non deve assicurare esclusivamente la tutela della salute in carcere, ma deve creare le premesse per un profondo, significativo cambiamento culturale e strutturale e in definitiva deve essere in grado di rendere più vivibile l'ambiente carcerario restituendo dignità e umanità alle persone.

G. Petronio - G. Tarrini - E. Cavazza - G. Figlini International Society Doctors for Environment (ISDE) - Pisa

Inquinamento atmosferico ed effetti sulla salute a 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.
Le istituzioni mediche e scientifiche internazionali denunciano da anni la stretta correlazione esistente tra livelli elevati di polveri sottili e aumento di mortalità e morbosità (malattie cardiache e respiratorie, bronchiti acute e croniche, asma etc.) nelle popolazioni urbane di qualsiasi classe d'età.
A tal proposito l'OMS ha proposto dei valori soglia di qualità dell'aria al di sopra dei quali non è garantita l'assenza di effetti negativi sulla salute; essi sono al di sotto degli attuali limiti normativi.
Con questo rapporto, basato sul monitoraggio della qualità dell'aria per il triennio 2008-2010 fornito dal Dipartimento ARPAT di Pisa, intendiamo portare all'attenzione dei medici gli aspetti sanitari del problema.

Pollutant	*Averaging time*	*AQG value (μg/m³)*
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_{10}	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

Valori guida di qualità dell'aria proposti dall'OMS

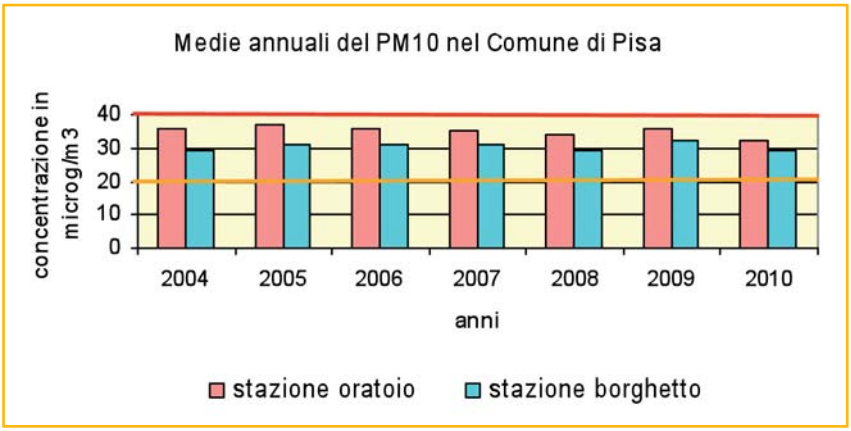
I livelli di inquinamento dell'aria a Pisa

Nel triennio 2008-2010 la media annuale delle **polveri fini (PM10)** in entrambe le postazioni di rilevamento è stata superiore al limite più cautelativo per la salute indicato dall'OMS per il 2010 (20 mg/m³), benché inferiore ai limiti previsti dalla normativa (Borghetto 29 μg/m³ e Oratoio 32 μg/m³) e non significativamente diversa dagli anni precedenti.

Il valore medio annuale notoriamente è il riferimento più importante per avere un'idea dell'esposizione umana.
Alla luce delle evidenze epidemiologiche, che mostrano effetti gravi sulla salute anche per esposizioni acute, risulta importante anche valutare il numero di giorni nel corso dei quali viene superato il limite soglia giornaliero consentito. Nel 2010 essi sono stati 31 a Borghetto e 29 a Oratoio, entrambi inferiori al limite di 35 previsto dalla normativa vigente (Valore proposto OMS: 3). Nel corso del triennio il trend è risultato in diminuzione in entrambe le

	Direttiva 1999/30/CE		Direttiva 2008/50/CE	D.Lgs 155/2010 attuativo della direttiva 2008/50/CE	Linee guida OMS
PM_{10}	Valore limite 2005	Valore limite 2010	Valore limite 2010	In vigore dal 2005	Valore limite 2010
Media annuale	40 μg/m³	20 μg/m³	40 μg/m³	40 μg/m³	20 μg/m³
Media giornaliera	50 μg/m³	50 μg/m³	50 μg/m³	50 μg/m³	25 μg/m³
N. superamenti valore limite giornaliero	35	7	35	35	3
$PM_{2,5}$			Obbligo di concentrazione dell'esposizione entro il 2015	Da raggiungere entro il 2015	
Media annuale			20 μg/m³	25 μg/m³	10 μg/m³

Confronto tra i valori limite previsti dalla normativa e le linee guida dell'OMS



stazioni. La valutazione del 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 efficaci non solo rivolti a contenere la frequenza degli episodi "di punta" su base giornaliera, ma soprattutto alla riduzione progressiva dei livelli medi del PM10.

Dal 2010 vengono ricercati anche i valori medi annuali del **PM 2,5** che risultano essere di 16 µg/m^3 nella stazione Pisa- Passi, quindi inferiori al limite normativo previsto per il 2015 (25 µg/m^3) e superiori al valore cautelativo proposto dall'OMS (10 µg/m^3).

Per quanto riguarda il **biossido di azoto (NO2)** i valori medi annuali rilevati dalle centraline di Fazio e Borghetto nel corso del triennio 2008-2010 risultano inferiori ma molto vicini al valore limite (40 µg/m^3) e in diminuzione nella stazione Fazio.

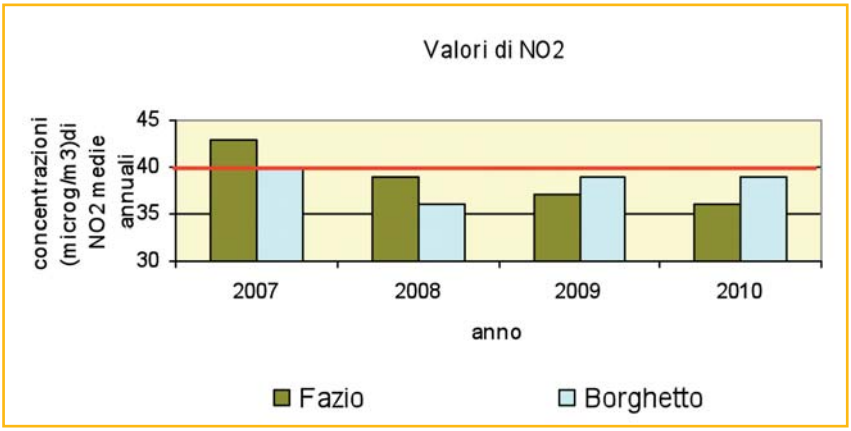
Nel corso del triennio inoltre non ci sono state medie orarie superiori al valore di 200 µg/m^3 (limite previsto per il 2010 n.18 superamenti).

Nessuna criticità specifica è emersa dal monitoraggio del **monossido di carbonio (CO)** per il quale anche nell'ultimo triennio si registra una sostanziale stabilità o una lieve diminuzione (non si sono registrati superamenti del valore limite vigente di 10 mg/m^3).

Analogamente per il **biossido di zolfo** non si sono mai verificati superamenti dei valori medi orari e giornalieri fissati per la tutela della salute.

La media annuale della concentrazione del **benzene** nell'anno 2010, rilevata nella stazione Borghetto, risulta inferiore al limite massimo previsto dalla norma (5 µg/m^3) posizionandosi intorno a 2,2 µg/m^3, sostanzialmente stabile rispetto al 2008-2009. Come è noto il benzene è cancerogeno per l'uomo (IARC 1987) e, pertanto, non può essere raccomandato nessun livello di esposizione come sicuro.

Per quanto riguarda l'**ozono** il valore medio annuale nel corso del triennio rimane complessivamente invariato (46 µg/m^3 nel 2008 e 49 µg/m^3 nel 2009) e si attesta intorno a 47 µg/m^3 nell'anno 2010.



La "soglia di informazione" (180 µg/m^3) e la "soglia d'allarme" (240 µg/m^3) calcolati su periodi di tempo molto brevi (1 ora) non vengono mai superati (valori rilevati: 166 µg/m^3 nel 2008; 148 µg/m^3 nel 2009 e 149 µg/m^3 nel 2010) ma risultano ancora più alti dei livelli cautelativi per la salute pubblica raccomandati dall'OMS (100 µg/m^3 per un massimo di 8 ore al giorno).

Conclusioni

I dati emersi dal monitoraggio dell'ultimo triennio dei principali inquinanti dell'aria nella città di Pisa mostrano valori quasi sempre stazionari rispetto al triennio precedente e talora in lieve diminuzione. Tuttavia, essendo tali valori spesso ai limiti dei valori normativi e superiori ai livelli cautelativi per la salute proposti dall'OMS, è necessario, a nostro avviso, avviare una strategia a lungo termine che consenta di perseguire stabilmente i risultati consigliati per la tutela della salute.

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 10 µg/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.

A lungo termine, per ogni incremento di 10 µg/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.

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.
L'associazione tra esposizioni di lunga durata ed effetti sulla salute viene osservata anche per valori più bassi di concentrazioni annuali di 20 µg/m^3 del PM2,5 e di 30 µg/m^3 del PM10.
Gli studi epidemiologici non sono stati in grado di identificare un valore soglia al di sotto del quale non si verifichino 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.
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 µg/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 µg/m^3 con incrementi pari al 40% del rischio di tumore del polmone in esposti a NO2 o NOx a valori > 30 µg/m^3. 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 µg/m^3 di ozono di qualsiasi durata e incrementi dei ricoveri per gli stessi aumenti della durata di 8 ore. L'OMS individua valori cautelativi per la salute pubblica pari a 100 µg/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.
L'esposizione cronica è associata a riduzione della crescita della funzionalità respiratoria nell'infanzia e ad effetti cronici sull'apparato respiratorio.
Per quanto riguarda gli effetti nell'infanzia occorre sottolineare che 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.
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 (OR=2.03, 95% 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 o tra esposizione a traffico e deficiente sviluppo dei polmoni o riduzione della funzionalità polmonare dei bambini correlata con il traffico e in particolare con quello da veicoli pesanti.

Effetti sanitari a livello locale

Per quanto riguarda il particolato, particolare attenzione deve essere posta alla frazione respirabile (< 2.5 µg/m^3) che può rappresentare tra il 50 e l'80% del PM10 (World Health Organization, WHO air quality guidelines, global update 2005. Le Linee Guida indicano un valore di riferimento del rapporto tra PM2,5 e PM10 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). Per gli effetti a breve termine è possibile osservare una relazione lineare tra la concentrazione di PM10 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 inquinanti 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 più 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 stimare quanti ricoveri e quanti casi di mortalità si sarebbero evitati nell'anno 2007 se il valore del PM10 fosse stato di 20 µg/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 Milano e si basa per gli effetti acuti sulle stime dell'OMS relative all'associazione tra valori di rischio per i principali eventi sanitari e incremento di 10 µg/m^3 di PM10 (Tab.1), per gli effetti cronici sui risultati dello studio di CA Pope relativi all'associazione tra valori di rischio per le principali cause di mortalità e incremento di 10 µg/m^3 di PM2,5 (Tab.2).
Di seguito si riportano le tabelle ed i grafici relativi alla stima dei valori assoluti e delle percentuali di eventi sanitari acuti e cronici che si sarebbero potuti evitare nel comune di Pisa nell'anno 2008 se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20µg/m^3.

Per una corretta stima degli effetti

cronici, che si possono presentare in seguito ad 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 sarebbero evitati nel comune di Pisa nell'anno 2008 se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20µg/m^3 anziché di 31,5 µg/m^3 siano pari a circa il 5% 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 all'11,4% 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 da inquinamento atmosferico complessivo è sicuramente molto maggiore.

Rispetto al 2006 si è avuta una riduzione della mortalità totale, nel 2008 infatti essa è risultata pari al 5,2 % (era 5,9% nel 2006). La stessa diminuzione si è registrata per la mortalità per cause cardiopolmonari (si è passati dall'8,6% al 7,6 %.), per carcinoma polmonare (si è passati dal 12,7% all'11,4%) e per altre cause (1% nel 2006 e 0,9 nel 2008).Come si può vedere a fronte di una lieve diminuzione delle concentrazioni del PM10 gli effetti sulla salute non sono trascurabili.

Ormai esistono, sia a livello internazionale che nazionale, indirizzi e strumenti di riferimento per la definizione di efficaci strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico e da altre fonti di inquinamento. Appaiono tuttavia ancora carenti, almeno con riferimento all'ambito nazionale e regionale, significative esperienze di elaborazione e attuazione di strategie integrate, accompagnate da estese campagne di comunicazione sul significato delle strategie stesse e da sistematiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti. É noto che i principali determinanti della qualità dell'aria nelle città sono:la mobilità motorizzata,i sistemi di riscaldamento e raffreddamento degli edifici,le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi. É dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.
Alcuni provvedimenti potrebbero essere i seguenti:
1. Disponibilità di percorsi pedonali/ciclabili realmente adeguati alle esigenze dei cittadini e percorribili in sicurezza.
2. Realizzazione di edifici "passivi", ovvero il più possibile autonomi dal punto di vista energetico
3. Recupero e la riutilizzazione degli edifici esistenti onde evitare l'ulteriore cementificazione
4. Ampliamento delle aree verdi negli abitati
5. Definizione di "tetti di livelli di inquinamento" da non superare in ambiti territoriali definiti
6. Migliorare la rete di rilevazione e definire un set di indicatori salute e ambiente che consenta un monitoraggio dei risultati delle azioni messe in campo e in particolare della popolazione esposta a livelli di inquinamento dannosi per la salute.
7. Individuare obiettivi precisi anche per la riduzione della produzione dei rifiuti e per l'incremento delle percentuali di raccolta differenziata.
8. Aumentare le conoscenze e favorire la diffusione delle informazioni acquisite sugli inquinanti atmosferici e i loro effetti sulla salute.

Pisa: eventi sanitari acuti che si sarebbero potuti evitare nell'anno 2008 se la concentrazione del PM10 fosse stata di 20µg/m^3 anziché 31,5µg/m^3

Evento sanitario	*% degli effetti acuti evitabili*
Mortalità totale	0,69
Mortalità per cause vascolari	1,04
Mortalità per cause respiratorie	1,50
Ospedalizzazione per cause cardiache	0,35
Ospedalizzazione per cause respiratorie	0,69

I dati sanitari necessari per le analisi sono disponibili solo fino al 2008

Pisa: stima degli eventi sanitari cronici che si sarebbero potuti evitare nell'anno 2008 se la concentrazione del PM10* fosse stata di 20 microgrammi/m3 anziché di 31,5 microgrammi/m3

	Mortalità totale	Mortalità per cause cardiopolmonari	Carcinoma polmonare	Altre cause
Numero assoluto di casi di morte	1010	473	65	472
Eventi sanitari evitabili in numero assoluto	53	36	7	4
Eventi sanitari che si sarebbero comunque verificati in numero assoluto	957	437	58	468

G. Gambaccini - C. Frittelli - R. Galli Area Medica U.O.C. Neurofisiopatologia P.O. "F. Lotti" Pontedera - AUSL5 Pisa
G. Cecchi - R. Unida - M. Cataldi - P. Salvadori Società della Salute Zona Pisana/Valdera
A. Rametta - R. Maestrini Unità Funzionale Cure Primarie AUSL5 Pisa Zona Pisana/Valdera

Le unità di Valutazione Multidimensionale

La sfida toscana è mettere a disposizione della comunità un sistema integrato dei servizi socio-sanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno. Le demenze in fase intermedia e avanzata rappresentano una grossa percentuale dei pazienti non autosufficienti che presentano cosiddetti bisogni complessi, vale a dire non solo sanitari ma anche sociali, proprio in considerazione dell'elevato impegno familiare e sociale che questa malattia comporta.

La Legge Regionale 18 Dicembre 2008, N. 66 istituisce il fondo regionale per la non autosufficienza i cui destinatari sono "i residenti nel territorio regionale, che si trovino in condizioni di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della valutazione della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) o i soggetti riconosciuti disabili in condizione di gravità ai sensi dell'art.3, comma3 della Legge 5 Febbraio 1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate)".

In particolare la UVM è "una articolazione operativa della zona-distretto ed è composta da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere professionale e di volta in volta integrata dal MMG della persona sottoposta a valutazione, dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie e dagli operatori coinvolti nella valutazione che vengano ritenuti necessari". Nell'ambito della UVM della Zona Pisana e della Zona Valdera della AUSL5 partecipa settimanalmente uno specialista neurologo della U.O.C. di Neurofisiopatologia del P.O. "F. Lotti" di Pontedera per i casi complessi affetti da patologia neurologica.

Per quanto riguarda i casi affetti da demenza che giungano a valutazione presso detta U.O., lo specialista neurologo valuta, oltre alle problematiche sanitarie, la gravità complessiva del quadro e, quando ravvisa la presenza di "complessità" invia tale paziente alla Assistente Sociale di riferimento o al Punto Insieme di Zona-distretto, al fine di una adeguata valutazione nell'ambito della UVM, che stabilirà adeguato progetto di assistenza personalizzato (PAP) con una riposta di tipo domiciliare, semiresidenziale (es. centro diurno) o residenziale (RSA).

Il centro UVA della AUSL5 – Pisa, ubicato presso l'Ospedale di Pontedera nel reparto di Neurofisiopatologia diretto dal Dr Renato Galli, ha in carico attualmente 670 pazienti affetti da demenza di cui il 62% di tipo Alzheimer. Ogni anno, inoltre, vi giungono circa 180 nuovi casi per screening diagnostico in corso di disturbi cognitivi. Presso tale centro vengono effettuate le prime visite per i disturbi cognitivi ogni mercoledì dalle 12 alle 13 e le visite di controllo il martedì, il giovedì e il venerdì allo stesso orario.

La UO di Neurofisiopatologia, inoltre, cura la continuità "ospedale-territorio" in virtù dei contatti con le Società della Salute delle Zona Pisana e Valdera, tramite la partecipazione di spec. Neurologo alla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), effettuando inoltre visite in sede alla UVM o, quando necessario, a domicilio del paziente. I neurologi della UO collaborano, inoltre, a periodiche commissioni per stesura e rinnovo dei Piani Assistenziali Integrati (PAI) all'interno dei Centri Diurni e delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) delle Zone Pisana e Valdera e per i pazienti ricoverati come "modulo 3 " (cognitivo-comportamentale).

Nella Zona Pisana nell'anno 2010 sono stati valutati in UVM 1606 casi di cui 936 casi nuovi mentre nella Zona Valdera 547 casi in totale.

Sul totale degli anziani non autosufficienti in entrambe le Zone circa il 70% risulta avere un livello di gravità così alto da essere incapace a svolgere le comuni attività della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, consumare i pasti….)

I dati delle UVM del 2010 confermano la demenza come causa di non autosufficienza predominante nell'anziano con 402 nuovi casi nella Zona pisana e 113 nella Zona Valdera. La demenza da sola rappresenta il 43% del totale delle patologie nella Zona Pisana e il 23% nella Zona Valdera, con una tendenza per entrambe le zone all'incremento rispetto al 2009. Nell'ambito delle demenze le forme più frequentemente diagnosticate risultano la malattia di Alzheimer e la demenza mista (vascolare + degenerativa).

Le risposte assistenziali fornite dalla UVM possono essere di tipo domiciliare in termini di" Buono Badante" e assistenza domiciliare diretta (ADI diretta), e buono badante, di tipo intermedio (Centri Diurni e Centro di Mantenimento delle Autonomie per pazienti con demenza) e di tipo residenziale (ricovero in RSA temporaneo o definitivo).

Risposte Assistenziali Domiciliari
ZONA PISANA E VALDERA

- Il Buono Badante viene erogato in base a:
1) ISOGRAVITA'con il quale si misura il bisogno socio-sanitario
2) ISEE estratto della persona

- ADI diretta (da un minimo di 3 a un massimo di 6 ore settimanali) viene erogata in base a
1) ISOGRAVITA'
2) ISEE estratto della persona (per eventuale compartecipazione)

L'isogravità, con un punteggio da 1 a 5, viene calcolata da un sistema informatico fornito dalla regione Toscana, che valuta i punteggi delle scale somministrate dal personale infermieristico territoriale al paziente in oggetto (Scala Pfeiffer per la valutazione delle competenze cognitive, Scala delle Attività della vita quotidiana di base- BADL e strumentali- IADL, Scale di valutazione della situazione socio-familiare somministrate dalla Assistente Sociale e ISEE dell'assistito).

- Riabilitazione cognitiva domiciliare
Dal 2005 nella Zona Pisana è attivo un servizio di assistenza domiciliare specifica di riabilitazione cognitiva rivolto a pazienti con demenza di grado lieve e medio con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il paziente presso il domicilio, attuando tecniche e strategie comportamentali in grado di stimolare correttamente il paziente e di sostenere, ascoltare, informare i familiari sulle problematiche inerenti tale patologia. Nel 2010 sono state prese in carico 20 persone.

Risposte assistenziali intermedie
ZONA PISANA

- Centri Diurni Alzheimer:
n. 20 posti presso Centro Diurno "U. Viale" via Garibaldi - Pisa
n. 10 posti presso Centro Diurno "Aurora" via Avanzi – Pisa

- Trattamento riabilitativo domiciliare seguito da centro di mantenimento delle autonomie:
Dal 2009, sempre nella Zona Pisana, e' stato aperto il "Centro di mantenimento Alzheimer", un nuovo centro di tipo riabilitativo-cognitivo che si colloca a meta' tra i centri aggregativi e i centri diurni. Gli obiettivi di tale centro consistono nel dare continuita' al lavoro di riabilitazione cognitiva svolto a domicilio, creare un gruppo di ascolto seguito da personale specializzato in grado di dare risposte efficaci ai familiari e dare circolarita' ai servizi della rete integrata.

ZONA VALDERA
n. 13 posti presso Centro Diurno "F. Pagnini" di Bientina
n. 12 posti presso Centro Diurno "C. Ravera" di Ponsacco
n. 16 posti presso Centro Diurno "G. Menichetti" di Pontedera

Risposte Residenziali
ZONA PISANA E ZONA VALDERA

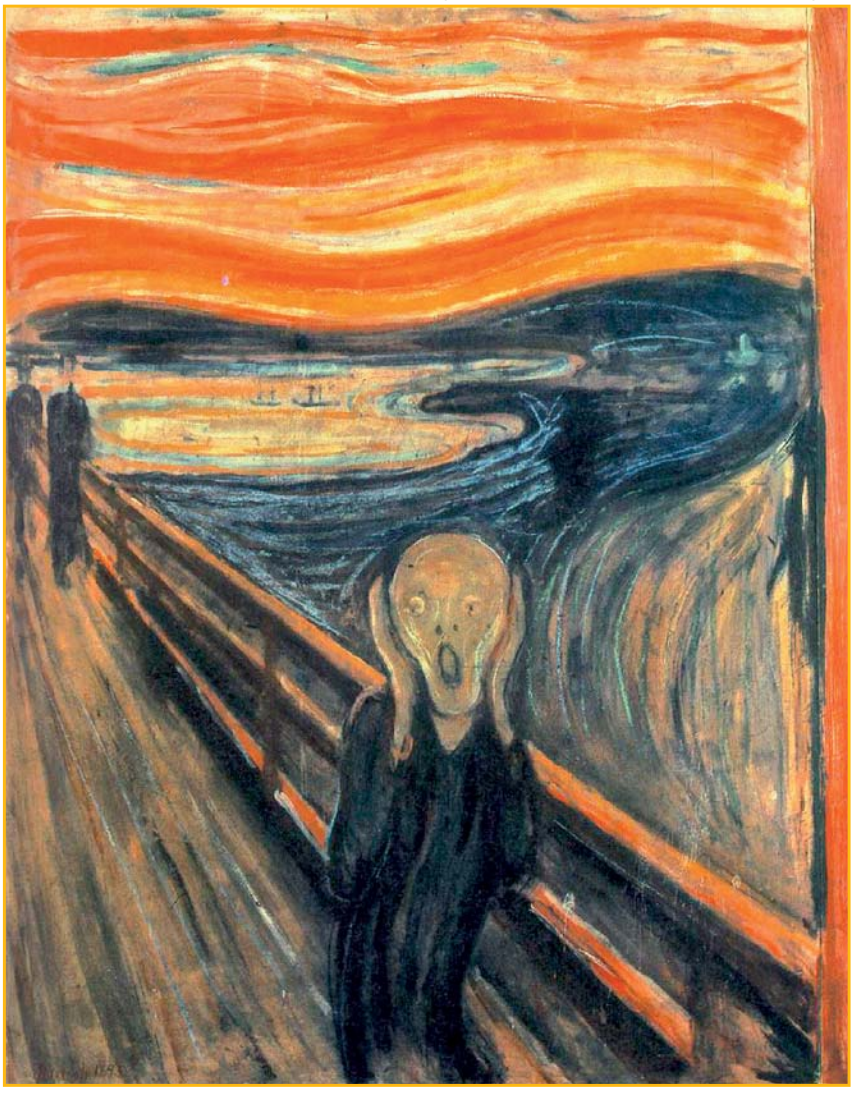
Il ricovero temporaneo in RSA ha la durata di 2 mesi con finalità di:
- cura alla persona
- sostegno al caregiver che presenta spesso una situazione di stress
Per i soggetti affetti da patologia senza nessun familiare o nei casi in cui, pur essendo presente un caregiver, quest'ultimo presenti una situazione sociale, ambientale o sanitaria tale da non consentire una adeguata assistenza del paziente, dopo aver tentato altre risposte di tipo domiciliare o intermedio, è contemplato il ricovero definitivo in RSA.

Alla luce di questa esperienza riteniamo che la gestione delle patologie croniche, vera sfida sanitaria dei prossimi anni, possa essere affrontata solo con un'adeguata integrazione fra ospedale e territorio.

A. Piccinni - A. Veltri - C. Vizzaccaro Psichiatria Universitaria I U.O. A.O.U.P.

Declino cognitivo nei disturbi dell'umore

Un recente *focus* della ricerca neuroscientifica è rappresentato dallo studio dell'*impairment* cognitivo nei disturbi dell'umore. Il dibattito si concentra prevalentemente sulla comprensione dell'eziopatogenesi dei deficit cognitivi, non essendo chiaro se essi dipendano da un'alterazione del neurosviluppo, come accade nella schizofrenia, o se siano il risultato di un processo neurodegenerativo intrinseco ai disturbi affettivi. Una *review* di Goodwin e coll. (2008) ha analizzato la Letteratura in proposito evidenziando come sia difficile ipotizzare un'alterazione del neurosviluppo nel disturbo bipolare. A differenza di quanto accade nella schizofrenia i bambini che successivamente svilupperanno il disturbo bipolare mostrano *performances* cognitive superiori rispetto ai controlli, inoltre molti studi non hanno riscontrato deficit cognitivi significativi nei familiari di primo grado di pazienti bipolari. Tali evidenze sono incompatibili con l'ipotesi di un'alterazione del neurosviluppo e, d'altra parte, studi clinici e di *neuroimaging* suggeriscono l'esistenza di fenomeni neurodegenerativi nei pazienti con disturbi dell'umore.



Alcune regioni cerebrali come il verme cerebellare, i ventricoli laterali e la corteccia prefrontale inferiore sembrano degenerare con il ripetersi degli episodi affettivi in pazienti bipolari (Strakowski e coll., 2005). Un *follow-up* di 4 anni su pazienti bipolari e controlli appaiati per età ha mostrato una progressiva compromissione della funzione mnestica nei pazienti bipolari, associata alla riduzione di volume della corteccia temporale mediale e correlata alla gravità di decorso del disturbo (Moorhead e coll., 2007).

In pazienti bipolari è stata evidenziata un'associazione tra la gravità del decorso del disturbo e l'entità della compromissione di aree cognitive quali attenzione, memoria e funzioni esecutive (Robinson e coll., 2006; Torres e coll., 2007). In un recente lavoro Gualtieri e Johnson (2008) hanno confrontato pazienti affetti da disturbi dell'umore e controlli sani appaiati per età riscontrando, soprattutto nella fascia d'età 65-85 anni, una significativa accelerazione del declino cognitivo e un incremento del rischio di demenza nei pazienti con disturbi dell'umore, ipotizzando l'esistenza di eventi fisiopatologici condivisi dalla patologia affettiva e da quella neurodegenerativa. Numerosi studi hanno dimostrato che la depressione costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di Malattia di Alzheimer (AD) e che il rischio è ancora più alto nelle forme depressive *early-onset* (Geerlings e coll.,

2008). Il rischio di demenza, inoltre, aumenta in relazione al numero di episodi sia nei disturbi depressivi che bipolari (Kessing e coll., 2004). Nell'insieme questi dati hanno indotto la ricerca neuroscientifica a prendere in esame la possibile relazione tra disturbi affettivi e disregolazione del sistema della proteina β-amiloide (Aβ), costituente principale delle placche senili extracellulari presenti nella AD e ampiamente implicata nei processi neurodegenerativi. La proteina Aβ appare in grado di inibire la trasmissione sinaptica, in particolare serotoninergica e noradrenergica, e la plasticità neuronale mostrando un netto antagonismo funzionale al BDNF. Studi preclinici hanno dimostrato un'azione depressogena della Aβ sull'animale mentre, da recenti studi sull'uomo, è emersa una relazione tra depressione e variazioni dei livelli periferici dei peptidi Aβ suggerendo l'esistenza di un danno neuronale Aβ-mediato che, a sua volta, potrebbe contribuire all'aumentato rischio di deterioramento cognitivo nei pazienti affetti da disturbi dell'umore.

In particolare tre studi condotti su pazienti geriatrici (Qiu e coll., 2007; Sun e coll., 2007, 2008) hanno rilevato un profilo plasmatico dei peptidi Aβ analogo a quello rilevato in pazienti con AD in fase conclamata e con Mild Cognitive Impairment (MCI). Questi pazienti hanno mostrato, nel confronto con i controlli sani, la riduzione dei livelli di Aβ42, l'aumento dei livelli di Aβ40 e del rapporto Aβ40/Aβ42. La depressione in età senile, in presenza di alterazioni del sistema della Aβ, è stata pertanto interpretata da questi Autori come una manifestazione prodromica della AD. Tuttavia uno studio di Kita e coll. (2009) ha replicato questi riscontri anche in pazienti depressi di giovane età. Considerando gli effetti negativi del ripetersi degli episodi dell'umore sull'*outcome* cognitivo a lungo termine, ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere se l'elevata ricorrenza di malattia abbia un potenziale neurodegenerativo in cui sia coinvolta una prolungata neurotossicità Aβ-mediata oppure, in generale, se esista un sottogruppo di pazienti con disturbo dell'umore "amiloide-associato" (come già ipotizzato da Sun e coll. nel 2008) in grado di conferire una elevata gravità della sintomatologia depressiva e della compromissione cognitiva, nonché un alto rischio di declino cognitivo e demenza. Emerge, comunque, la necessità di integrare nel *follow-up* dei pazienti con disturbi dell'umore un'accurata valutazione di tipo neuropsicologico al fine di identificare precocemente i deficit cognitivi e di avviare percorsi terapeutici adeguati sia sul piano riabilitativo che farmacologico, eventualmente con trattamenti in grado di potenziare la neurotrasmissione dopaminergica e modulare quella glutamatergica.

Alice Sanpaolesi de Falena Dottore Commercialista Revisore Contabile

Cosa è cambiato con la manovra di Ferragosto

La "Manovra di Ferragosto" ha apportato significative modifiche al sistema fiscale, moltissime sono le nuove misure che spaziano dalla lotta all'evasione, alla liberalizzazione delle attività, alla tassazione delle rendite finanziarie, al mondo delle libere professioni, alle società cooperative, vediamone alcune:
viene istituito il cosìdetto "contributo di solidarietà" che colpisce i redditi superiori a euro 300.000,00 con l'aliquota del 3%, viene stabilita la decurtazione per i redditi dei dipendenti pubblici nei confronti dei quali è stata prevista una riduzione dello stipendio pari al 5% per la parte eccedente i 90.000,00 euro lordi annuali fino ai 150.000,00 e il 10% sulla parte eccedente i 150.000,00 euro, viene incrementata di un punto percentuale l'aliquota IVA 20% che passa al 21%, mentre rimangono inalterate le altre due aliquote IVA del 4% e del 10%. Considerato che l' IVA è un'imposta a cascata, sarà l'utilizzatore finale del bene o del servizio a sopportarne l'aumento, vengono svincolate anche l'Addizionale regionale e l'Addizionale comunale che per legge erano rimaste sino ad oggi invariate. La manovra dell'estate ha "liberato" le Regioni che potranno incrementare l'aliquota fino a raggiungere nel 2015 la maggiorazione del 2,1%, ed anche i Comuni hanno avuto la possibilità con decorrenza 2012 di incrementare l'aliquota dell'Addizionale, e potranno diversificarla secondo gli scaglioni di reddito già previsti per l'Irpef, inoltre sarà possibile stabilire un limite di reddito sotto il quale l'addizionale non dovrà essere versata, viene unificata dal 1° gennaio 2012 al 20% l'aliquota applicata alla tassazione delle rendite finanziarie, mentre i titoli di stato beneficiano di una tassazione inferiore con un'aliquota del 12,5%,
viene previsto che i Comuni che segnaleranno i soggetti potenzialmente evasori e che avranno istituito un apposito organismo chiamato "Consiglio Tributario" beneficeranno del 100% degli introiti derivanti dal recupero dell'evasione dei tributi. Inoltre sul sito internet dei Comuni potranno essere pubblicati i dati reddituali dei cittadini (ma solo in forma aggregata e non nominativa), anche i Santi Patroni (tranne i SS. Pietro e Paolo perché trattasi di una celebrazione concordataria) sono stati coinvolti nella manovra d'agosto, infatti le festività patronali saranno stabilite annualmente con decreto del Presidente del Consiglio entro il 30 novembre dell'anno precedente.
infine un accenno al contenuto dell'art. 2, comma 3) del decreto che recita: "….. il ministero dell'Economia….. emana le disposizioni in materia di giochi pubblici potendo tra l'altro introdurre nuovi giochi, nuove lotterie anche ad estrazione istantanea, nuove modalità di gioco del Lotto….. Le maggiori entrate sono integralmente attribuite allo Stato".

(Fonte: "Il Sole 24 Ore")

Alberto Zampieri Libero Docente in Semeiotica Medica - Specialista in Storia della Medicina

Giambattista Morgagni: fondatore dell'anatomia patologica nel '700

Nacque a Forlì, allora facente parte dello stato pontificio, il 25 febbraio 1682; poco si sa della sua infanzia, se non che era di salute delicata e rimase presto orfano del padre. A 14 anni iniziò gli studi nella sua città, ove si distinse per il precoce ingegno e la sua grande attitudine ad imparare. Nel 1698 si iscrisse all'università di Bologna a medicina e filosofia, seguendo con particolare entusiasmo le lezioni di anatomia del Valsalva. Laureatosi nel 1701, continuò a seguire le lezioni del maestro, di cui fu prima discepolo e poi fedele collaboratore ed assistente, acquisendo con questa pratica una grande esperienza nelle dissezioni.

Ritratto di G. Morgagni

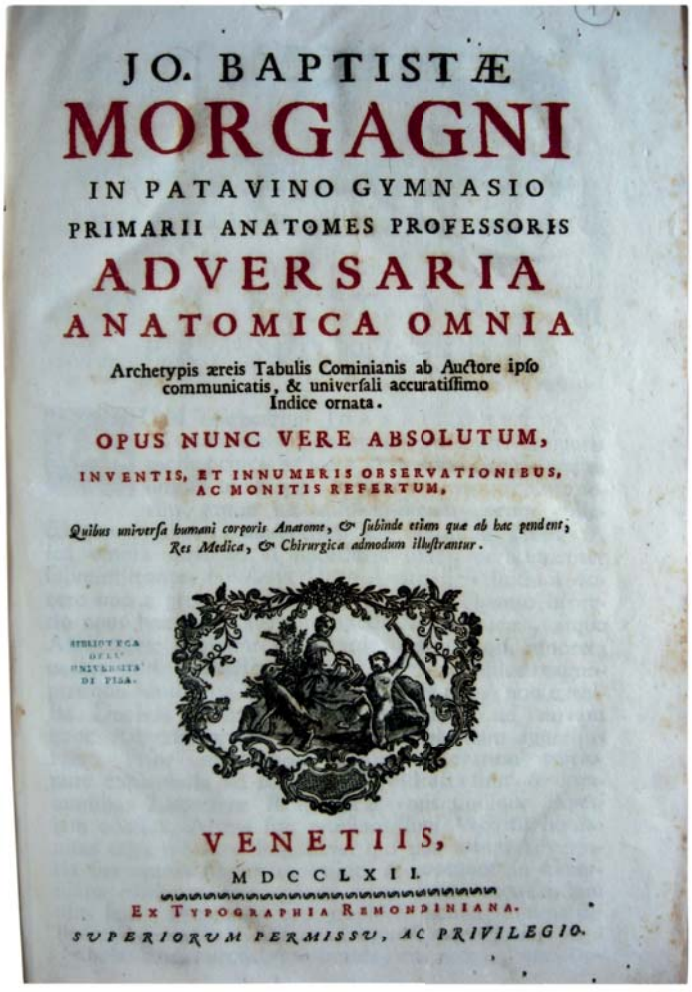
Fece parte dell'Accademia degli Inquieti, ove lesse in varie occasioni i suoi primi saggi, destando la più viva ammirazione; per i suoi riconosciuti meriti, venne nominato nel 1705 lettore nel Teatro anatomico di Bologna. Nel 1707 si recò a Venezia, ove rimase per circa trenta mesi, al fine di coltivare ed approfondire i suoi studi prediletti, seguendo le lezioni del Santorini. Nel 1709 tornò a Forlì, iniziando ad esercitare la professione medica ma per breve tempo, in quanto nel 1712 fu chiamato dalla Repubblica Veneta, anche per interessamento del Lancisi che molto lo stimava, all'università di Padova per occupare la cattedra di medicina teorica; quindi, nel 1715, passò a quella di anatomia, che tenne per oltre 55 anni, fino alla morte, con tanto prestigio e plauso universale, sì che il suo stipendio iniziale di 500 fiorini arrivò alla fine alla notevole somma di 2.200 ducati. Le sue lezioni, che preparava senza risparmio di fatica, erano sempre seguite dagli studenti con il più vivo interesse ed entusiasmo.

Grande la sua fama, come anatomico e studioso ed il suo nome era noto e caro a chiunque amava la scienza; fu ricercato dai principali personaggi del tempo, nonché da regnanti e dai vari papi; fu molto amato dai parenti, dai discepoli e dagli amici, festeggiato nella società, onorato da tutti; tante le onorificenze che ebbe nella sua lunga vita, come quella di

GIORDANO. *Giambattista Morgagni.* Tav. I.

JOANNIS BAPTISTAE
MORGAGNI
FOROLIVIENSIS,
IN PATAVINO GYMNASIO
Primarii Anatomes Professoris, & Præsidis,
ADVERSARIA
ANATOMICA OMNIA
(*Quorum tria posteriora nunc primùm prodeunt*)
Novis pluribus æreis Tabulis, & universali accuratissimo Indice ornata.
OPUS NUNC VERE ABSOLUTUM,
Inventis, & innumeris observationibus, ac monitis refertum, quibus universa humani corporis Anatome, & subinde etiam quæ ab hac pendent, Res Medica, & Chirurgica admodum illustrantur.
PATAVII. CIↃIↃCC XIX.
EXCUDEBAT JOSEPHUS COMINUS.
VULPIORUM ÆRE, ac SUPERIORUM PERMISSU.

G. Morgagni, *Adversaria anatomica omnia*, Venetiis, 1762


JO. BAPTISTÆ
MORGAGNI
IN PATAVINO GYMNASIO
PRIMARII ANATOMES PROFESSORIS
ADVERSARIA
ANATOMICA OMNIA
Archetypis æreis Tabulis Cominianis ab Auctore ipso communicatis, & universali accuratissimo Indice ornata.
OPUS NUNC VERE ABSOLUTUM,
INVENTIS, ET INNUMERIS OBSERVATIONIBUS, AC MONITIS REFERTUM,
Quibus universa humani corporis Anatome, & subinde etiam quæ ab hac pendent, Res Medica, & Chirurgica admodum illustrantur.
VENETIIS,
MDCCLXII.
EX TYPOGRAPHIA REMONDINIANA.
SUPERIORUM PERMISSU, AC PRIVILEGIO.

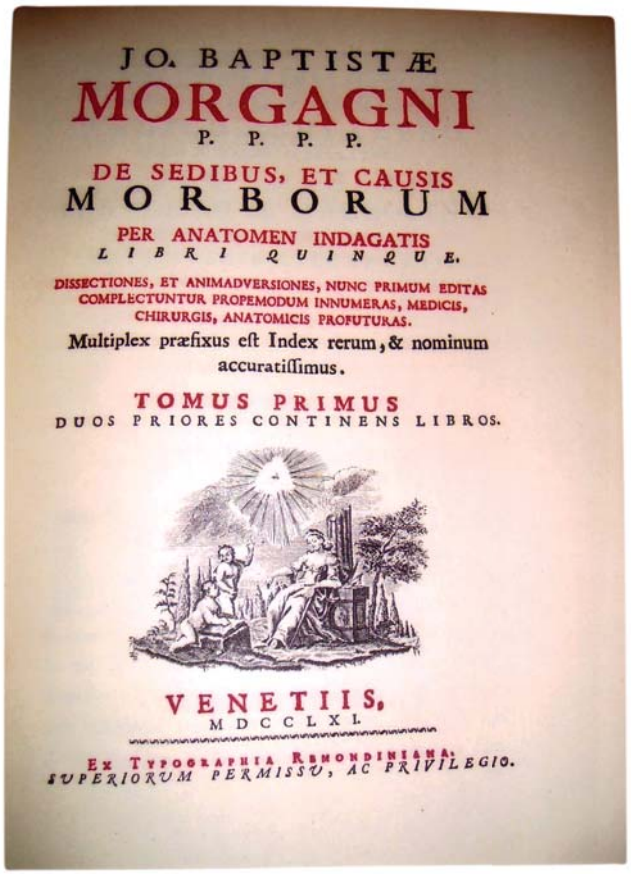
prole: ben 15 figli, dei quali tre maschi, uno morto in tenera età, uno che si fece gesuita e l'ultimo morto lasciando due figlie, che il nonno poi dotò ed accasò. Delle 12 figlie, quattro morirono infanti, le altre otto divennero monache, per cui non ci fu discendenza maschile dopo la prima generazione.

Colpito da malore improvviso, morì a quasi 90 anni, il 5 dicembre 1771, nella sua casa nella contrada di San Massimo e fu sepolto nella vicina omonima chiesetta, sotto una modesta pietra tombale.

preside dello Studio di Padova nel 1718; fu fatto socio delle principali Accademie d'Europa.

Passò quasi tutta la sua vita a Padova, dedito interamente all'insegnamento, salvo i riposi estivi in cui si recava speso a Forlì o a Bologna. Nel 1712 ottenne la nobiltà romana e nel 1719 anche quella di Forlì; si sposò nel 1712 a da questo matrimonio nacque una numerosa

Ricordiamo ora le sue opere. La prima, dopo essere stata da lui letta nell'Accademia degli Inquieti, fu da lui pubblicata a Bologna nel 1706, dal titolo *Adversaria anatomica prima*, suscitando subito una grande ammirazione in tutti gli studiosi per le tante scoperte ed osservazioni presentate, frutto delle tante dissezioni con tanto scrupolo praticate; a questa, fecero poi in breve tempo seguito le successive, fino alla sesta, arricchite anche da alcune tavole incise, poi tutte riunite nell'*Adversaria anatomica omnia*, stampata nel 1719, saggi che furono giudicati dagli studiosi come la più grande opera di anatomia comparsa in quel secolo. In queste ritroviamo esposte accuratamente e dottamente, le tantissime scoperte da lui fatte nel corso dei suoi studi, rilevando quanto alla osservazione degli altri era sfuggito, come le ghiandole della tiroide, il forame alla base della lingua, i muscoli io- e sterno-tiroidei, importanti particolarità della laringe,


JO. BAPTISTÆ
MORGAGNI
P. P. P. P.
DE SEDIBUS, ET CAUSIS
MORBORUM
PER ANATOMEN INDAGATIS
LIBRI QUINQUE.
DISSECTIONES, ET ANIMADVERSIONES, NUNC PRIMUM EDITAS COMPLECTUNTUR PROPEMODUM INNUMERAS, MEDICIS, CHIRURGIS, ANATOMICIS PROFUTURAS.
Multiplex præfixus est Index rerum, & nominum accuratissimus.
TOMUS PRIMUS
DUOS PRIORES CONTINENS LIBROS.
VENETIIS,
MDCCLXI.
EX TYPOGRAPHIA REMONDINIANA,
SUPERIORUM PERMISSU, AC PRIVILEGIO.

G. Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, Venetiis, 1761

JO. BAPTISTÆ
MORGAGNI
NOBILIS FOROLIVIENSIS
IN CELEBERRIMO
PATAVINO GYMNASIO
THEORICAM PRIMUM MEDICINAM, DEINDE ANATOMEN E PRIMARIA SEDE ANNOS JAM TRES ET QUINQUAGINTA DOCENTIS
OPERA OMNIA
IN QUINQUE TOMOS DIVISA.
QUORUM OPERUM
QUÆ ANTEA, ET UBI, ET QUÆ NUNC SINT EDITA, PRÆFATIO OSTENDET.
TOMUS PRIMUS
CONTINENS
ADVERSARIA ANATOMICA OMNIA:
ANNO MDCCLXIV.
EX TYPOGRAPHIA REMONDINIANA:
SUPERIORUM PERMISSU, AC PRIVILEGIO.

G. Morgagni, *Opera omnia*, Venetiis, 1764

le ghiandole lacrimali, quelle uretrali, descrisse le pieghe della mucosa rettale, la circolazione nel feto, alcuni reperti relativi all'anatomia del fegato, gli organi genitali, la struttura interna del cuore, solo per citare alcuni esempi.

Accanto all'ammirazione praticamente di tutti gli studiosi del tempo, unica voce discorde venne da Torino, da parte del medico Giovanni Battista Bianchi, che lo criticò ed attaccò; di qui ne seguì una lunga erudita, incalzante ed implacabile polemica del Morgagni verso di lui, che durò per molto tempo, in cui rimarcò, con dottrina e serenità di giudizio, gli errori commessi dal suo detrattore.

Successivamente fecero seguito nel 1728 le due *Epistole anatomiche*, poi ampliate nel 1740, in cui ritroviamo descrizioni magistrali dell'angina pectoris, sulla degenerazione del miocardio, sulla tubercolosi polmonare, sull'apoplessia e quindi, nel 1761, il suo lavoro più famoso, che lo rese immortale, frutto di decenni di attenti e prolungati studi ed osservazioni, prezioso tesoro della sua lunga esperienza nel campo dell'anatomia patologica, dal titolo *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, che fu accolto ovunque con grandissimi elogi ed ebbe poi varie edizioni.

L'opera, sotto forma di 70 lettere ad amici in cui illustra dei casi clinici descrivendone i sintomi per poi rapportarli con i reperti autoptici, è divisa in cinque sezioni o libri, ciascuno dedicato ad una

L'ILLUSTRAZIONE POPOLARE 329
Monumento di Giovan Battista Morgagni, a Forlì (statua di Salvini).

Accademia estera di cui era socio, che trattano rispettivamente delle malattie della testa, del torace, dell'addome, dei morbi pertinenti alla chirurgia e all'organismo intero, più una quinta, con le addizioni e supplementi a quanto già esposto ed in particolare con note ginecologiche, sulle febbri, i tumori e varie specie di ferite. Veramente grande e stupefacente il numero dei casi osservati e descritti in modo originale e con grandissima erudizione, come quelli sull'arteriosclerosi delle arterie coronarie e cerebrali, sui vizi valvolari e l'ipertrofia del cuore nella stenosi mitrale, le malattie croniche del fegato e l'ittero, sulla tubercolosi polmonare, le malattie dello stomaco, l'iperostosi endocranica, il diabete, l'obesità, i difetti visivi, l'apoplessia, varie forme di tumori.

Con Morgagni l'anatomia patologica, fino allora trascurata e quasi non esistita, assunse la più alta dignità; egli indicò un nuovo modo di studio, con l'importanza di collegare sempre, con ragionamento preciso, i fenomeni clinici osservati nel malato, con i reperti autoptici quando il caso si concludeva con il decesso del paziente, e questo doveva essere fatto da un clinico esperto, che conosca bene l'anatomia, e sappia osservare attentamente le alterazioni presenti nei vari organi.

Fu anche storico, archeologo, filologo, coltivando sempre gli interessi letterari con la sua solita erudizione e precisione. Ricordiamo a questo proposito, raccolti poi negli *Opuscula miscellanea*, le epistole da lui scritte su A. Cornelio Celso e Q. Sereno Samonico, le due lettere sulla morte di Cleopatra, le *Epistole emiliane*, che trattano delle antichità di Forlì e della regione romagnola, e le biografie del suo maestro, il Valsalva, e del Guglielmini.

OPUSCOLO TERZO

INTORNO

A GIAMBATTISTA MORGAGNI

E PRIMO DISCORSO

SULLA SUA MEDICINA

Letto dal Prof. Cav.

CAMILLO VERSARI

DI FORLÌ

a questa Società Medico-Chirurgica
nella tornata 7 Marzo 1869

BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1869.

C. Versari, *Intorno a Giambattista Morgagni*, Bologna, 1869

Nella Biblioteca Laurenziana di Firenze è conservata la sua *Opera postuma*, contenente fra l'altro, oltre 200 lezioni da lui tenute a Padova negli anni 1711-14, un trattato di medicina teorica, quattro autobiografie, nonché la prima stesura delle sue principali opere, manoscritti poi pubblicati in tempi recenti negli anni 1964-69.

Fu anche medico di grande sapienza e dalla mente universale, nemico dei sistemi e sollecito solo all'autorità dell'osservazione e dell'esperienza. Nella sua lunga vita ed intensa carriera professionale, scrisse anche un gran numero di consulti, in parte editi nel 1713 ma poi rimasti per lo più manoscritti e dal Morgagni, alla fine della sua vita, raccolti in 14 volumi e consegnati al suo allievo prediletto Michele Girardi, professore all'università di Parma; tutti questi sono poi rimasti per la massima parte inediti, conservati nella Biblioteca Palatina di Parma fino al 1935 quando, a cura di Enrico Benassi, ne furono scelti ed editi cento, fonte preziosa per conoscere l'arte medica del Settecento. Scritti per lo più in un buono italiano, riguardanti in gran parte malati del Veneto e dell'Emilia, ma anche di tante altre parti d'Italia ed estero, come Vienna, la Polonia, la Baviera. Svariatissimi gli argomenti trattati, di neurologia, oculistica, ortopedia, urologia, ostetricia; alcuni si riferiscono a pazienti che il Morgagni aveva personalmente visitato, molti altri sono stesi sugli elementi forniti dalle succinte relazioni mediche che aveva ricevuto. Scritti in forma semplice, prudente nella trattazione clinica, pieni di buon senso pratico, con brevi disquisizioni patologiche, è sempre cauto nell'adottare in terapia rimedi nuovi o molto attivi, consigliando invece nella condotta terapeutica da seguire cure e farmaci semplici, a dosi non elevate, tratti per lo più dal mondo vegetale, oltre che al ricorso alla carne di vipera, in cui riponeva una immensa fiducia.

Morgagni fu una grande e nobile figura di scienziato, un geniale innovatore ed acuto osservatore che indicò la giusta via da seguire negli studi anatomo-patologici, propugnatore di un rigoroso metodo scientifico consistente anzitutto nell'osservazione diretta delle lesioni, correlandole poi attentamente alle malattie che le hanno causate. Meccanicista, il corpo umano era per lui come una macchina organica, composta da tante parti e se qualcosa si alterava, ne derivava una malattia, che si doveva affrontare e riparare.

La medicina in Italia ebbe in lui, in questo secolo, il suo più illustre rappresentante, non solo nel campo anatomico, quanto in quello generale dello sviluppo del pensiero medico.

Marcello Ridi Vicepresidente Società Medico Odontoiatrica Legale Toscana

Polizze professionali: criteri per una corretta scelta

L'aspetto della responsabilità medica viene ad oggi, inteso sempre più come vero e proprio **Inadempimento Contrattuale**, fermi restando i classici criteri di individuazione della colpa professionale (imprudenza, negligenza, imperizia): il rapporto medico/cliente trae origine da un **"Contratto Sociale"**, per il quale l'affidamento che il Pz. ripone nel medico per la sua salute costituisce la fonte di una specifica obbligazione per quest'ultimo. Si applica la teoria dei c.d.: **"Rapporti contrattuali di fatto"**, secondo cui l'obbligazione può nascere anche in assenza di esplicito accordo, allorquando, per la collettività, un certo comportamento riveste significato di conclusione di un contratto.
Viene valorizzato, oltre che il diritto alla salute del cittadino, il ***dovere di solidarietà sociale del medico***.
Quanto sopra non esclude, ovviamente, anche la responsabilità extracontrattuale che concerne i diritti assoluti, al rispetto dei quali sono tenuti tutti, a prescindere dalle obbligazioni specifiche appositamente assunte.
Responsabilità contrattuale:
quella che attiene al contratto d'opera intercorso tra professionista e paziente, vale a dire che il professionista si impegna, salvo diversi accordi, ad una prestazione correttamente eseguita secondo l'ortoprassi dell'arte di quanto comunemente condiviso dalle conoscenze medio-professionali dell'epoca ed adattata al caso specifico, a fronte di un corrispettivo pagato ed accettato del paziente (art. 1218 e 2049 c.c.). Per fare un esempio pratico, potrebbe essere paragonata a quella dell'imbianchino che deve pitturare una parete o a quella di un odontoiatra che deve eseguire una protesi con determinate caratteristiche di funzionalità ed estetica. Se una delle due parti risulta inadempiente e da questo non derivi altro danno che la necessità di rifare il lavoro, la vertenza si risolve con la risoluzione del contratto e con due possibilità: il rifacimento dell'opera o la restituzione del compenso.

Responsabilità extracontrattuale: quella che attiene a tutti gli aspetti che esulano dal contratto d'opera intercorso tra le parti e che attengono a eventi che, seppur legati all'opera, non rientrano solo nell'aspetto stretto prestazionale/corrispettivo ma in quello della responsabilità generica (aquilana ex art. 2043 c.c.): i danni eventuali non saranno emendabili (totalmente o parzialmente) dal rifacimento dell'opera essendone derivata una modificazione peggiorativa dello stato di salute transitoria (malattia) o permanente (esiti). Per fare il solito esempio di sopra, l'imbianchino che rompe un vaso mentre pittura una parete.
Il vecchio concetto della prescrizione (dieci anni nel primo caso e cinque nel secondo) sembra oramai ampiamente superato dal fatto che essa decorre sempre dal momento nel quale si è presa conoscenza del danno.

Quando ci si avvale di Collaboratori o ausiliari può sussistere :

STRUTTURA VERTICALE
(rapporto di dipendenza o subordinazione generica, in disuso, parallelamente allo sviluppo della medicina di équipe multidisciplinare)
Il Titolare è ritenuto responsabile per:
- **Culpa in vigilando;**
- **Culpa in educando;**
- **Culpa in eligendo.**

STRUTTURA ORIZZONTALE
(cooperazione, indipendentemente dal fatto che si operi o meno nello stesso ambiente)
Vige il principio dell'*Affidamento*:
Ciascun professionista può confidare nel corretto e diligente operato altrui, in modo da potersi concentrare al meglio sulle attività sue proprie:
Viene chiamato a rispondere il Titolare solo ove non avesse rilevato l'incombenza di un errore che lui stesso avrebbe potuto e dovuto rilevare e/o avesse colto nel Collaboratore segni di incompetenza o condizioni in contrasto con la corretta esecuzione della prestazione oppure in caso di prestazioni talmente correlate tra loro da non essere attribuibili con chiarezza le singole responsabilità.
Ogni Sanitario è responsabile, non solo del proprio lavoro, connesso con le funzioni specifiche svolte, ma anche della conoscenza e valutazione dell'attività degli altri componenti dell'équipe, in modo da rimediare e prevenire eventuali errori passati e futuri, purché essi siano evidenti per la media-professionale, poiché le terapie convergono verso un unico risultato finale (Cass. Penale, IV Sez., Sent. n° 33619 del 12.07.06). Per la qual cosa esiste sempre una doppia responsabilità del Titolare:
- INDIRETTA: per il fatto del collaboratore
- CONCORSUALE: per non aver vigilato o aver fornito istruzioni errate.

Il premio assicurativo del Titolare dovrebbe essere aumentato in proporzione al rischio;
- La Compagnia del collaboratore confliggerà con quella del Titolare, cercando di scaricare la responsabilità del proprio assicurato (concorso di colpa);
- La polizza del Titolare accamperà, ove possibile, l'esclusione della copertura per alcuni rischi (implantolo-

gia, etc.) .
A meno che non dimostri, indenne da quanto sopra, l'imprevedibilità ed imprevenibilità dell'evento oppure il contratto (contatto) esclusivo tra paziente e collaboratore.
Possibili soluzioni:
• Specifica copertura dei collaboratori da parte della polizza del Titolare con contraenza da parte di quest'Ultimo (con limitazione dei costi), per non rischiare di definire il premio sulla base del fatturato (lievitazione enorme dei costi);
• Essere assicurati con la stessa polizza (nessun aumento dei costi).

Per la responsabilità extracontrattuale rispondono in solido sia il dipendente che il titolare dello studio (culpa in vigilando ed eligendo);
Per la responsabilità contrattuale risponde il titolare qual detentore diretto del contratto d'opera intercorso.
Questa doppia responsabilità "solidale" non comporta un doppio risarcimento del danno ma serve a garanzia della possibilità di rivalsa da parte del danneggiato, salvo la possibilità di "azione di regresso" da parte del Titolare verso il Dipendente per recuperare, in tutto od in parte, il costo dell'emendamento del "danno".

Altri tipi di collaborazione:
IN SUCCESSIONE INTEGRATA (programmata o meno): operano professionisti diversi, in tempi diversi con mandati separati.
Si individua eventuale responsabilità in concorso per la parte ognuno di sua spettanza: in questo caso non si ravvisa rapporto di collaborazione vera e propria, anche se la finalità è comune e non vi è conflitto assicurativo.
IN SUCCESSIONE CASUALE
Vale ancor di più quanto sopra.

STRUTTURE COMPLESSE:
Obbligo di nomina di un Direttore Sanitario DS [con competenze sugli aspetti organizzativi, normativi, datoriali (DL) ed amministrativi];
Il DS risponde in caso di danno alla persona, solo per responsabilità extracontrattuale riconducibile a errori del personale dipendente, alle insufficienze organizzative e strutturali dell'ambiente di lavoro (attrezzature, materiali, locali);
Il DS risponde invece in toto per la parte contrattuale ove la fatturazione sia fatta dalla Struttura complessa direttamente al Cliente.

CONSEGUENZE PRATICHE:
Il Titolare può essere chiamato in causa direttamente e/o in solido con i Collaboratori che abbiano prestato l'opera in qualità di affidatari delegati (esterni, dipend.- subord. o associati) dal primo - per tutto o parte del trattamento - o come ausiliari (esterni, dipend.- subord. o associati) nell'opera eseguita assieme al primo (Art. 1228, 1717, 2048, 2049, 2055 e 2232 c.c.).

CRITERI DI SCELTA:
Cerchiamo ora di esaminare nel modo più semplice possibile quelli che sono le criticità ed i problemi pratici più cogenti per la comprensione e scelta di una copertura assicurativa, tenuto presenti anche gli aspetti tecnici della materia, per comprendere meglio i primi:
• ***Tempi, motivi e criteri di scelta;***
• ***Limiti di copertura delle polizze;***
• ***Rapporti tra Professionista e Compagnia;***
• ***Corretta gestione del contenzioso con la Compagnia.***

Tempi, motivi e criteri di scelta

• All'inizio dell'attività occorre prima di tutto evitare il "sentito dire" e fare un'attenta analisi delle esigenze del Professionista, legate sia alla tipologia della propria attività (ruolo, titolarità, modalità di svolgimento della stessa all'interno e/o fuori dello studio), sia alle esigenze di copertura dei rischi, con particolare riferimento alle condizioni ed ai massimali previsti dalle clausole contrattuali, anche avvalendosi di consulto con "esperti" del settore (consulenti con esperienza anche di tipo medico-legale); non ci pare consigliabile puntare l'attenzione solo sul costo dei "premi", molto spesso poi deludente in termini di ritorni pratici di coperture; occorre, in buona sostanza, tenere ben presenti invece i seguenti criteri:
Collaboratori-ausiliari;
Organizzazione-conduzione e convenzioni;
Altre attività svolte rispetto alla principale;
Tutela giudiziaria;
Assistenza penale.

• In corso di attività le situazioni più frequenti sono rappresentate dalla necessità di adire a nuove coperture per cause di forza maggiore (recessi o scadenze non rinnovabili) o di insoddisfazione delle polizze precedenti (passaggio ad altra polizza o stipula di polizza a secondo rischio): in entrambi i casi, oltre a quanto sopra occorrerà assicurarsi di una copertura idonea anche dal punto di vista temporale (retroattiva e postuma), in particolare che non si verifichino pericolose scoperture di tutela dei rischi per recessione di entrambe le polizze (particolare attenzione alla vigenza della copertura per almeno i cinque anni precedenti di almeno una delle due polizze).
• Particolare attenzione va rivolta alle Polizze Collettive, stipulate con Associazioni di Categoria o Brokers che spesso sono poco adattabili ed elastiche per le esigenze personali, anche se offrono costi appetibili e concorrenziali;
• Occorre anche valutare attentamente la copertura territoriale della Compagnia (filiali ed agenzie) e quella dei suoi Fiduciari, in modo da assicurare un pronto, capillare e funzionale contatto con chi stipula la Polizza ed anche con la controparte in caso di sinistro;
• Circa l'esclusione della responsabilità solidale, contrariamente all'orientamento generale del mercato, alcune polizze se ne fanno carico, fatta eccezione che nello studio associato, nel quale la solidarietà è strutturale e gli odontoiatri che vi lavorano sono ben consapevoli delle conseguenze di avere delle coperture individuali.
Il corretto funzionamento dell'insieme delle coperture individuali dovrebbe quindi in genere determinare anche la copertura dello studio, il che non smentisce l'affermazione che la soluzione ideale è la copertura di tutti i singoli professionisti che non dovrebbe far riferimento ai soli dipendenti ma essere omnicomprensivo .
Questo si ottiene indicando che la garanzia operi per comportamenti (anche dolosi, ex art. 1900c.c.) posti in

essere dalle persone per le quali l'assicurato debba rispondere (escludendo, se mai, i collaboratori odontoiatri libero-professionisti).
• In caso di Associazione Professionale: che le singole polizze prevedano anche il rischio per lavoro in multidisciplinare;
• Negli altri casi accertarsi accuratamente dei limiti delle coperture previste dalle condizioni di polizza e dell'eventuale conflitto tra polizze di diversi professionisti (concorso di colpa ex art. 2232 c.c.);
• Coprirsi sempre anche per le spese giudiziarie o di transazione bonaria che in alcuni casi (v. mediazione obbligatoria) potrebbero essere addirittura superiori a quelle oggetto di causa o, perlomeno, di una certa importanza;
• Considerare che una polizza a secondo rischio non assume generalmente tipi di rischi non previsti dalla prima e subentra sempre in seconda istanza e dietro congrua e contemporanea informativa;
• Possibile contenzioso tra titolare, collaboratore e compagnia;
• Accertarsi dell'efficacia temporale del contratto (claims made, con limitazione del pregresso preso in carico);
• Accertarsi dell'inizio e termine della garanzia (pregressa e postuma) e delle clausole per rientrare nelle condizioni di copertura previste;
• Non contare sulla polizza del collaboratore per il criterio temporale (pregressa e postuma).

Limiti di copertura delle polizze

• Formula dell'"accadimento" (esecuzione materiale) o della "manifestazione" (claims made);
• Retroattività;
• Estensione postuma (generalmente prevista con pagamento di una o più annualità di premio);
• Possibilità e termini di recesso, con particolare riguardo ai termini per la denuncia;
• Vincoli accessori (moduli di consenso etc.);
• Tipi di responsabilità (danno estetico e resp. Contrattuale = restituzione dell'onoraio per inadempienza contrattuale ex art. 1218 c.c.): quasi sempre viene esclusa la protesi, ove è quasi costantemente (e sempre più spesso) richiamato il contratto d'opera professionale (contrattualità): spesso e volentieri il professionista non conosce questo aspetto e limite quando sottoscrive la polizza assicurativa.
• Franchigie (con eventuali massimali);
• Massimali;
• Assistenza legale e peritale in civile;
• Assistenza legale e peritale in penale.

Rapporti tra Professionista e Compagnia

• CONVERGENZA DI INTERESSI:
1. Entità risarcitiva elevata (valore causa);
2. Danno coperto interamente dalla polizza;
3. Resp. Extracontrattuale pura;
4. Insussistenza o indimostrabilità danno.

• DIVERGENZA DI INTERESSI:
1. Entità risarcitiva bassa (valore causa);
2. Danno coperto solo parzialmente dalla polizza;
3. Resp. mista contr. / extracontrattuale;
4. Comportamento nella liquidazione del danno.

Corretta gestione del contenzioso con la Compagnia

• Denuncia cautelativa corretta ;
• Denuncia del sinistro nei termini previsti;
• Fornire la documentazione utile in copia;
• Seguire o far seguire l'evoluzione della pratica;
• Mettere in contatto i Periti e gli Avvocati fra loro prima che prendano decisioni irreversibili;
• Adeguare il proprio comportamento a seconda del caso (transazione, mediazione, ATP, CTU etc.).

Gabriele Bartolomei Consigliere CAO Pisa

La C.A.O. nell'Ordine

Parlando con più colleghi, in particolare quelli collocati nella fascia di età dai 30 ai 40 anni, o anche ascoltando alcuni medici, mi sono reso conto che una buona parte di loro non sono a conoscenza su cosa sia la C.A.O.; se lo sanno hanno in realtà le idee confuse sulle sue funzioni. Desidero pertanto brevemente illustrare quali siano i compiti della C.A.O. nell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri.

Intanto la C.A.O. è l'abbreviazione di Commissione Albo Odontoiatri; è una "costola" importante in seno all'Ordine dei Medici. Venne istituita in applicazione alla legge 409/85 in base alla quale si costituì il nuovo Albo Professionale degli Odontoiatri. Da allora la denominazione dell'Ordine divenne "Ordine Provinciale dei Medici Chirurgici e degli Odontoiatri". Nella composizione del Consiglio dell'Ordine, costituito da quindici medici, entrano a far parte anche due membri del suddetto Albo degli Odontoiatri e precisamente i primi due eletti per numero di voti i quali sottopongono all'attenzione del Consiglio le problematiche riguardanti la nostra categoria. La C.A.O. è composta da cinque membri che sono eletti dagli iscritti all'Albo degli Odontoiatri tramite elezioni che si svolgono ogni triennio.

Il 26-28 Aprile 1986 si svolsero le prime elezioni della Commissione Albo Odontoiatri, che portarono alla nomina dei Dottori Angelo Equi e Remo Pierotti come componenti del Consiglio dell'Ordine di Pisa. Il 28-30 Novembre 1987 si svolsero le nuove votazioni e la C.A.O. risultò composta dai Dottori Angelo Equi, Paolo Graziani, Alberto Calderani, Giuseppe Bachi, Michele Cagidiaco. Nel 1991 furono eletti nel Consiglio dell'Ordine per conto degli Odontoiatri i Colleghi Dott. Paolo Graziani e Remo Pierotti. Il 26-28 Novembre 1993 furono eletti Consiglieri odontoiatri il Dott. Paolo Graziani ed il Dott. Mauro Baschieri, che ricoprì la carica di Vicepresidente per il triennio 1994-1996. Il 13-15 Dicembre 1996 fu eletto il nuovo Consiglio Direttivo e per gli Odontoiatri il Dott. Paolo Graziani e il Dott. Piero Samoncini. L'assemblea elettorale del 1 Dicembre 1999 riconfermò i Colleghi Odontoiatri Graziani e Samoncini. Il 7-8 Dicembre 2002 furono eletti nel Consiglio Direttivo il Dott. Paolo Graziani e il Dott. Francesco Papasidero. Le elezioni del 26-28 Novembre 2005 portarono delle novità nel Consiglio Direttivo per gli odontoiatri nel quale furono eletti il Dott. Franco Pancani e la Dott.ssa Teresa Galoppi e ci fu anche un completo rinnovamento della C.A.O.. Il nuovo gruppo della C.A.O. fu riconfermato per il triennio 2009-2011: Franco Pancani (Presidente), Gabriele Bartolomei, Teresa Galoppi, Roberto Trivelli, Maria Cecilia Villani, con Pancani e Bartolomei nel Consiglio Direttivo. Questa in breve la storia della C.A.O. dI Pisa.

Allo stato attuale il riferimento basilare per la C.A.O. è il codice deontologico, attraverso il quale controlla ed indirizza gli iscritti all'Albo verso un corretto comportamento nei confronti dei cittadini e dei colleghi. Tuttavia, pur essendo il codice deontologico il principale riferimento per la C.A.O., è bene specificare che le funzioni della commissione sono più ampie ed interessano l'editoria, i procedimenti disciplinari, la pubblicità sanitaria o meglio le informazioni sanitarie, il controllo degli onorari, l'esame dei contenziosi medico-paziente e fra colleghi, l'E.C.M., i rapporti con le altre C.A.O. della Toscana e dell'Italia. Per quanto riguarda l'E.C.M., poiché l'Ordine può organizzare al momento in Toscana solo corsi aventi come argomento aspetti etici e deontologici della professione si è verificato un certo impedimento dal punto di vista operativo. Però, considerando che l'E.C.M. – salvo novità dell'ultima manovra finanziaria – non è obbligatoria per i liberi professionisti puri (non esistono organi di controllo e di vigilanza in merito al conseguimento dei crediti), sarà possibile preparare riunioni culturali senza E.C.M. per gli iscritti interessati all'apprendimento e non solo ai crediti E.C.M. Non esiste al momento, civilmente o penalmente, una sentenza che abbia riconosciuto colpevole il medico o l'odontoiatra per il mancato conseguimento dell'E.C.M.

L'editoria è un aspetto molto curato in particolare dai dottori Pancani e Trivelli che bimestralmente si impegnano per un rinnovo costante di articoli da pubblicare su Pisa Medica con l'aiuto di altri Colleghi e della nostra Università. La pubblicità sanitaria o meglio ricordata come "informazione sanitaria" è un altro capitolo su cui la CAO ha dovuto più volte intervenire con censura perché, se è vero che c'è stata una liberalizzazione, è altrettanto vero che non è corretta se comunica mes-

saggi ingannevoli, se scredita tipi di lavoro rispetto ad altri, se genera concorrenza sleale omaggiando i pazienti di determinate prestazioni.
Un errore spesso ripetuto, ad esempio, è quello di definirsi specialisti in particolari branche dell'odontoiatria (ortodonzia, protesi, implantologia, ecc.): attualmente mi risulta che esistano solo poche scuole di specializzazione in ortodonzia o chirurgia orale; master o corsi di perfezionamento conseguiti a vario titolo sia universitario che attraverso canali privati (italiani o esteri) non danno diritto a definirsi specialisti in.... .
I procedimenti disciplinari ultimi in ordine, ma non certo per importanza, sono quelli che impegnano maggiormente la CAO, esponendo i suoi membri a lunghe procedure ed a prendere decisioni che sicuramente condizioneranno la vita e il curriculum dell'odontoiatra sottoposto a procedimento: infatti, nel caso sia riconosciuta la colpevolezza e comminata come pena la sospensione dell'esercizio, viene conseguentemente a mancare la fonte reddituale del sanzionato. In base a quanto stabilisce l'art 8 della legge 5 febbraio 1992, n. 175 "Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore a un anno"; detta sospensione può riguardare non solo l'attività odontoiatrica, ma anche eventuali attività mediche (non odontoiatriche) che il sanzionato esercita (se laureato in medicina).
Purtroppo in questo triennio non ancora terminato la commissione si è trovata ad affrontare più procedimenti disciplinari riguardanti prevalentemente prestanomismo, abuso della professione medica e addirittura l'omissione di soccorso.
Da quello che trapela sulla manovra finanziaria sembra che si vada incontro a segnalazione presso l'Ordine di appartenenza da parte dell'Agenzia delle Entrate per infrazioni riguardanti l'evasione fiscale (vedi circolare FNOMCeO n. 7184 del 21/09/11 in parte allegata).

Concludo scrivendo che coloro che pensano che l'Ordine sia un qualcosa di estraneo, una "tassa" che ogni anno deve essere pagata per lavorare, purtroppo sono in errore; con la tendenza che il lavoro sta prendendo negli ultimi anni, dove sono sempre più pressanti le richieste di "garanzie" e risultati praticamente eterni da parte di pazienti, dove il fallimento e l'errore non sono più perdonati, dove ci sono eserciti di avvocati pronti a tutto per lavorare, dove non si riesce a debellare la piaga dell'abusivismo (non solo odontoiatrico) a causa di un sistema giuridico troppo garantista, l'Ordine dei Medici e la C.A.O. si troveranno sempre di più fra l'incudine e il martello come punto di riferimento sia per il paziente che per l'iscritto.

FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 57

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

FNOMCEO 21/09/11
RGP.0007184 2011
Cl. 01.09.01/1

Oggetto: Legge 14 settembre 2011, n. 148 ;-
introduzione sanzione accessoria a carico di professionisti iscritti ad albi e liberalizzazioni delle professioni.

Cari Presidenti,

nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 216 del 16 settembre 2011 è stata pubblicata la Legge 14 settembre 2011, n. 148 recante "**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari**".

Si segnala inoltre che l'art. 2, comma 5, introduce una sanzione accessoria a carico dei professionisti iscritti in albi od Ordini professionali.

In particolare la norma prevede che "**Qualora siano state contestate a carico di soggetti iscritti in albi ovvero ad ordini professionali, nel corso di un quinquennio, quattro distinte violazioni dell'obbligo di emettere il documento certificativo dei corrispettivi compiute in giorni diversi, é disposta in ogni caso la sanzione accessoria della sospensione dell'iscrizione all'albo o all'ordine per un periodo da tre giorni ad un mese. In caso di recidiva, la sospensione é disposta per un periodo da quindici giorni a sei mesi**".

Si dispone inoltre che il provvedimento di sospensione sia immediatamente esecutivo. Gli atti di sospensione sono comunicati dall'Agenzia dell'Entrate all'Ordine professionale ovvero al soggetto competente alla tenuta dell'albo affinché ne sia data pubblicazione sul relativo sito internet.

Nel caso in cui tali violazioni siano commesse nell'esercizio in forma associata di attività professionale la sanzione accessoria è disposta nei confronti di tutti gli associati.

Si sottolinea che la particolarità della norma deriva dal fatto che la sanzione della sospensione sia comminata direttamente dall'Agenzia dell'Entrate, Organo terzo, rispetto alla gestione del c.d. potere disciplinare devoluto per Legge agli Ordini professionali. Di fatto non si può non sottolineare che nel caso di specie il Consiglio dell'Ordine diventa un "mero" esecutore, perché dovrà prendere atto di provvedimenti adottati da un altro Ente.

Si rileva che l'art. 3 della L. 148/11 reca disposizioni in materia di liberalizzazioni delle professioni.

Di particolare rilievo risulta essere la norma di cui all'art. 3, comma 5, che prevede che entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della Legge 148/11 gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati per recepire i principi dettati dalla stessa Legge che hanno lo scopo di rendere più moderna la regolamentazione delle professioni.

La riforma riguarderà l'obbligo della formazione permanente la cui violazione costituirà illecito disciplinare, l'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, le tariffe minime, che pur rimanendo abolite, dovranno essere prese quale punto di riferimento per la pattuizione tra cliente e professionista, la liberalizzazione con ogni mezzo della pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni. Le informazioni pubblicitarie dovranno peraltro essere trasparenti, veritiere, corrette e non equivoche, ingannevoli, denigratorie.

Pertanto, considerato la rilevanza della materia, al fine di consentirne un esame più approfondito è possibile scaricare copia del provvedimento indicato in oggetto sul portale della fnomceo al canale Gazzetta Ufficiale.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco

Daniele Gandini Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica - Casa di Cura S. Rossore, Pisa

Un chirurgo plastico pisano in Uganda

Vado in giro per il mondo ad operare nei paesi poveri dal 1995; fino all'anno scorso, quando ho lasciato il mio posto di ruolo in Chirurgia Plastica nell'Azienda Ospedaliera Pisana, utilizzavo le ferie, dato che purtroppo questo tipo di attività non prevede in Italia di poter utilizzare comandi mantenendo un minimo di retribuzione. Dal 2010 sono libero professionista e perciò ho meno difficoltà a trovare almeno un mese all'anno da dedicare alle missioni umanitarie.

In Agosto si è conclusa la mia seconda missione chirurgica in Uganda con Interplast Italy, la mia tredicesima nel mondo come chirurgo plastico volontario. Interplast Italy (www.interplastitaly.it) è una piccola associazione italiana di volontariato in chirurgia plastica di cui faccio parte. Interplast nacque negli Stati Uniti agli inizi degli anni ottanta e si è poi sviluppata anche in altri paesi: Germania, Olanda, Australia, Italia, Francia. In Italia è nata nel 1988, ed è tuttora diretta da Paolo Morselli, chirurgo plastico bolognese.

Nel nostro paese, inscritti alla Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica siamo circa ottocento; in Interplast, come chirurghi che si recano costantemente a fare chirurgia ricostruttiva all'estero siamo…sei! Tutta l'associazione, tra medici, infermieri e collaboratori, conta all'incirca venticinque persone. Io ne entrai a far parte nel 1995 con il Prof. Paolo Santoni Rugiu, fondatore della scuola pisana di chirurgia plastica, morto in Danimarca due anni fa. Paolo Santoni mi volle con lui per una prima missione in Zambia, in Africa Centrale nell'estate 1995; lì tornammo, negli anni successivi, per ben sei volte, sempre con Interplast Italy riuscendo ad

Figura 1: Yushu (Tibet) 2007, in sala con un piccolo paziente

operare moltissimi pazienti con gravi esiti di ustioni e malformazioni congenite ed acquisite. In Zambia tornai poi da solo come capo missione per un'ultima volta nel 2004, mentre Paolo Santoni si recava ad operare con Emergency prima in Iraq, anche durante la guerra, e poi in Cambogia per operare le vittime da mine e le malformazioni causate dai defolianti bellici (agent orange) che tuttora, in quelle zone provocano gravissime malformazioni congenite soprattutto degli arti (gravi sindattilie, focomelie). Io proseguii invece con Interplast recandomi per due volte in Tibet (2004 e 2005) in due indimenticabili missioni a Shigatse e Lhasa, dove in due sole missioni operammo più di duecento bambini con labiopalatoschisi. Poi sono stato in Cina, a Yushu, sempre sull'altipiano tibetano, cittadina sperduta a mille chilometri di strada sterrata dalla prima città cinese, Xining. Yushu, grande all'incirca come Pontedera è stata poi completamente rasa al suolo da un terremoto nel maggio 2008; che provocò in quella zona (il Sichuan) circa novantamila morti.

L'anno successivo organizzai e diressi la prima missione di Interplast in Uganda (70 pazienti operati) quindi nel dicembre 2009 andai in Bolivia (Sudamerica) dove dopo aver passato il capodanno su un aereo uruguayano tra S. Paolo del Brasile e Santa Cruz de la Sierra, operammo 75 persone in due settimane.

Interplast è una onlus di volontariato, costituita da chirurghi plastici, anestesisti, infermieri ma anche volontari non dell'ambiente sanitario, che dedicano il loro tempo libero per operare nei paesi poveri del mondo. Ogni team si porta dietro tutto il materiale necessario per operare: apparecchiature, farmaci, medicazioni, strumentario, materiali di consumo; questo per poter lavorare in completa autonomia senza gravare sulle risorse degli ospedali dove si va a lavorare. A fine missione tutto il materiale di consumo viene sempre lasciato in donazione all'ospedale ospitante eccetto le apparecchiature e gli strumenti chirurgici che vengono sempre reimportati. Interplast

Figura 2: Daniele Gandini con un piccolo paziente ugandese

Figura 3: Uganda 2011, il team Interplast con i pazienti operati

Figura 4: Uganda 2011, Daniele Gandini in sala con il Dr. Kalanzi Wamala

effettua esclusivamente interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, quindi su malformazioni congenite del viso e degli arti (labiopalatoschisi, malformazioni della mano), gravi retrazioni da ustione ed esiti di traumi; tutte cose che in quelle zone di solito non vengono mai trattate, essendo la chirurgia plastica una specialità che nel terzo mondo è praticamente inesistente. In quei contesti, questa chirurgia è spesso indispensabile per la stessa sopravvivenza delle persone; soprattutto in realtà come quella centroafricana, il malformato o l'incapace a muoversi a causa di cicatrici retraenti viene escluso dalla società e spesso lasciato ai margini della comunità, e destinato perciò a morire.

La preparazione delle missioni richiede sempre molti mesi di lavoro e diplomazia per stabilire e curare i contatti con i paesi, cercando di rispettare al massimo le loro regole, la loro cultura, senza ledere equilibri etnici, politici, religiosi del paese ospitante, ma soprattutto per sollecitare con garbo la collaborazione degli operatori sanitari locali, cosa che avviene sempre. Lo scopo fondamentale di Interplast è infatti, oltre che andare ed operare piu gente possibile in breve tempo e nel migliore dei modi, anche di trasmettere esperienza, insegnare e collaborare col personale locale, ed integrare sempre l'attività pratica con attività didattica; e questo è quello che facciamo sempre.

In alcuni casi siamo riusciti a far venire in Italia medici e infermieri per periodi anche lunghi, per specializzarsi o affinare particolari tecniche operatorie.

In Uganda, il Dott. Edris Kalanzi Wamala, membro di questa mia ultima missione e già venuto con me in altre due missioni africane, si è specializzato cinque anni fa con me a Pisa ed ora è perfettamente autonomo ed è uno dei soli tre chirurghi plastici del suo paese; lavora al Mulago Hospital di Kampala e si sposta continuamente per l'Uganda per operare.

Il team di quest'anno era composto da chirurghi ed infermieri di Torino e di Pisa. Partiti da Amsterdam ab-

Figura 5: Una piccola paziente ugandese

biamo raggiunto Entebbe (Uganda) dopo scalo in Rwanda. La destinazione finale è stata quindi la piccola città di Fort Portal, raggiunta dopo 7 ore di strada decisamente…dissestata!. Fort Portal è la terza città dell'Uganda, ad ovest del paese, a 1700 metri di altitudine, alle propaggini della catena montuosa del Rwenzori, tra Uganda e Congo. Il Rwenzori è un imponente massiccio montuoso con cime oltre i cinquemila metri, sempre innevate, nonostante si sia sull'equatore.

Il Rwenzori venne per la prima volta visto da uomini bianchi a fine ottocento. In queste zone infatti transitarono il medico esploratore David Livingstone prima, e l'inglese Morton Stanley dopo, che lo cercava in giro per l'Africa. Le esplorazioni in queste zone avevano lo scopo di trovare i cosiddetti "monti della luna" (mountains of the moon) che erano proprio il massiccio del Rwenzori, sul quale si credeva ci fossero le misteriose sorgenti del fiume Nilo. Il Nilo si scoprì invece in seguito che nasce sempre in Uganda, ma non dal Rwenzori ma come emissario del Lago Vittoria.

Quest'anno, a Fort Portal abbiamo lavorato nell'unico ospedale della zona, il "Fort Portal Referreal Hospital", che, come sempre succede in Africa, era privo anche del minimo indispensabile.

Quella zona dell'Uganda non è particolarmente disgraziata, il terreno è estremamente fertile, hanno acqua in abbondanza e dovunque cresce ogni tipo di frutta (banane, ananas, avocado) inoltre nella zona, essendo in quota, si produce una grande quantità di ottimo tè che viene esportato. Con un particolare tipo di banane non dolci fanno una specie di polenta (il matoke) che fa da base a piatti di verdura e, quando possono, di carne o pesce di lago (la tilapia). Ovviamente in ospedale mangiavamo sempre insieme al personale locale, le loro semplici cose, peraltro veramente molto buone. La popolazione perciò, nonostante un reddito pro capite bassissimo riesce in qualche modo a vivere.

L'assistenza sanitaria è in quelle zone purtroppo quasi inesistente, nel senso che i medici ci sono, e sono anche molto preparati (nella capitale Kampala c'è la Makerere University, la piu famosa scuola di medicina d'Africa) ma sono privi del minimo per lavorare. Abbiamo visto aprire l'addome a bambini di pochi anni con perforazioni intestinali da tifo senza bisturi elettrico, aspiratore, garze adatte, tutto con le mani, come nell'ottocento, eppure questi poveri bambini nonostante tutto spesso sopravvivevano.

Il nostro team, in meno di due settimane, lavorando 11 ore al giorno è riuscito in questa missione ad operare 110 pazienti, perlopiù bambini, con le patologie più svariate: labiopalatoschisi, retrazioni da ustione, donne con grandi ernie dell'addome post partum, cicatrici cheloidee, neoplasie cutanee.

Gli interventi sono andati tutti molto bene, senza complicanze o infezioni (la sensibilità agli antibiotici è elevatissima). Tutti gli interventi sono stati importanti per quella povera gente, ma alcuni sono stati di una particolarità davvero commovente, anche per noi, che siamo abbastanza abituati. Benedict, ragazzo muto di 17 anni venne a visita in ambulatorio strisciando sui glutei, aiutandosi con le mani dove aveva messo un secondo paio di vecchie scarpe, praticamente si trascinava seduto ormai da anni perche una ustione delle ginocchia gli impediva di stendere le gambe. Con un intervento abbastanza semplice, in meno di un'ora gli ho raddrizzato le gambe, con il dubbio però che senza una adeguata fisioterapia avrebbe avuto delle difficoltà. Dopo cinque giorni, mentre operavamo, l'infermiera della corsia ci chiamò a gran voce, uscimmo di sala e Benedict stava per la prima volta, dopo anni, camminando in giro per l'ospedale! Vi potete immaginare la commozione di tutti noi.. credo che anche solo un intervento come questo, possa valere.. l'intera missione!

Tanti altri interventi sono stati ugualmente di enorme beneficio ai pazienti e grande soddisfazione per noi, come la ragazza di sedici anni con due mammelle enormi, che pesavano cinque chili ciascuna, piene di fibroadenomi giganti ulcerati, che la rendevano ripudiata da tutti e la costringevano a camminare curva e dolorante, tornata alla vita e "sposabile" in…sole tre ore di mastoplastica riduttiva, con una splendida e normale.. terza misura! O il bambino di soli quattro mesi con grave ustione del viso, infetta e dolorosa, che nessuno medicava da mesi, guarito in soli sette giorni di medicazioni avanzate che lì non hanno perché troppo costose.

Concludo, felice di poter condividere con tutti i medici pisani queste mie esperienze, e poter ricordare ancora una volta che la chirurgia plastica non è solo l'estetica come spesso purtroppo si è portati a credere, ma può "nascondere" anche aspetti meno conosciuti. Un cordiale e affettuoso saluto a tutti i colleghi pisani anche se da un pisano solo.. "acquisito" dato che vivo qui da 47 anni ma sono nato a… Siena! (nella contrada del drago).

A. Chiti - G. Orlandi Clinica Neurologica A.O.U.P.

Demenza vascolare: alla ricerca dell'universo sommerso

La demenza è una delle principali cause di disabilità nell'anziano, comportando notevoli oneri assistenziali a carico delle famiglie dei pazienti e della collettività. Si stima che la demenza colpisca il 5-10% degli anziani, con una prevalenza che aumenta progressivamente con l'età, fino a superare il 50% negli ultracentenari. Le principali forme di demenza riconoscono un eziopatogenesi degenerativa (come nella malattia di Alzheimer) o su base vascolare (associato o meno alla presenza di ictus in anamnesi). E' da sottolineare che nello stesso soggetto le due forme possono coesistere ("demenza mista").
Inoltre, recenti linee di ricerca suggeriscono che le forme tradizionalmente considerate come "degenerative pure" e "vascolari pure" condividono meccanismi eziopatogenetici comuni. In particolare, alcuni fattori di rischio (età avanzata, ipertensione arteriosa, diabete mellito e deposizione di beta-amiloide), mediante reazioni di stress ossidativo e di neuro-infiammazione, determinerebbero compromissione funzionale dell'unità neuro vascolare (neurone, cellula endoteliale, glia) e sofferenza neuronale su base ipossica-ischemica, traducendosi in forme di declino cognitivo con variabile espressività clinica, neuroradiologica ed anatomo-patologica. Con questi limiti, si ritiene che in Europa la demenza vascolare rappresenti il 20-25% di tutte le demenze, risultando seconda rispetto alla demenza su base degenerativa. Ciò vale soprattutto nei pazienti caucasici, mentre negli asiatici e negli afro-americani il divario epidemiologico tra le due forme risulterebbe più esiguo.

La diagnosi di demenza vascolare deriva dall'associazione di deficit cognitivi e lesioni vascolari cerebrali, valutate con criteri clinico-anamnestici e di neuroimaging (TC o RM cerebrale). In base a tali caratteristiche, è possibile effettuare ulteriori classificazioni (demenza multinfartuale; da singoli infarti strategici; da malattia dei piccoli vasi cerebrali; da ipoperfusione; emorragica; su base genetica – CADASIL e angiopatia amiloide), che sottolineano, ai fini della prevenzione della demenza, l'importanza dell'individuazione e del trattamento dei fattori di rischio cerebrovascolari (quali ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia, fumo, fibrillazione atriale, stenosi carotidea). Tra i sottotipi citati, particolarmente frequente è la malattia dei piccoli vasi (*small vessel disease,* SVD), strettamente correlata ad età avanzata ed ipertensione arteriosa e neuroradiologicamente associata a infarti lacunari, leucoaraiosi ("diradamento della sostanza bianca", la cui entità può essere definita mediante specifiche scale quale quella di Fazekas in RM) e microsanguinamenti (*microbleeds*, rilevabili con sequenze GRE in RM). Rispetto ai controlli, i pazienti con SVD presentano un aumentato rischio di ictus sia su base ischemica che emorragica (vedi FIGURA 1).

Più correntemente, la demenza vascolare viene distinta in due forme: una a prevalente coinvolgimento corticale ed una a prevalente coinvolgimento sottocorticale. La prima ha esordio acuto e decorso tipicamente "a gradini" (con improvviso peggioramento); il 60% dei pazienti presenta sintomi depressivi, l'8%-10% crisi epilettiche. La forma di tipo sottocorticale ha generalmente esordio subacuto e decorso "a gradini" solo nella metà dei casi; i pazienti frequentemente presentano sindrome pseudobulbare, segni extrapiramidali, disturbi della deambulazione, incontinenza urinaria, diminuzione delle attività e degli interessi, apatia, depressone.
Dal punto di vista cognitivo, nella demenza vascolare le funzioni esecutive, sottocorticali e frontali, possono essere compromesse in maniera precoce rispetto alla memoria. L'esecuzione dei test neuropsicologici, esplorando molteplici funzioni cognitive (orientamento temporo-spaziale; livello di consapevolezza di malattia; linguaggio; memoria, percezione visiva; abilità visuo-costruttive; attenzione; integrazione e coordinazione visuo-motoria; ragionamento astratto; prassie, autonomia funzionale aspetti emotivo-comportamentali) permette di valutare accuratamente il grado di compromissione cognitiva, in modo da definire non solo la presenza di demenza vascolare ma anche quella di lieve declino cognitivo (*mild cognitive impairment*, MCI). In questo modo è possibile identificare pazienti ad un livello di deterioramento molto precoce, e quindi potenzialmente trattare i pazienti prima che si sia verificato un danno sostanziale e probabilmente irreversibile. Tuttavia, considerando anche il potenziale contributo di concomitanti meccanismi "neurodegenerativi" al declino cognitivo, i determinanti della progressione da MCI a demenza rimangono da chiarire.
In quest'ambito, sono attive numerose linee di ricerca volte a definire più accuratamente i rapporti tra "neurodegenerazione" e "danno vascolare" nel paziente con MCI.

La Clinica Neurologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, in collaborazione con le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Firenze e Siena, sta partecipando ad uno studio promosso dalla Regione Toscana volto a determinare il rischio ed i determinanti di demenza in pazienti con MCI e leucoaraiosi mediante markers clinici, neuroradiologici e biologici.

Relativamente alla terapia dei pazienti già affetti da demenza vascolare, è opportuno ribadire preliminarmente l'importanza di individuare e trattare i fattori di rischio cerebrovascolari. Inoltre, tra le varie classi di farmaci testate in questi casi (con risultati non sempre incoraggianti e attendibili, probabilmente anche per la difficoltà di selezionare popolazioni omogenee), è da segnalare l'impiego di calcio-antagonisti (nimodipina), inibitori della acetilcolinesterasi e derivati delle xantine (quali la pentossifillina e la propentofillina). Infine, appare utile diagnosticare e trattare eventuali disturbi coesistenti non immediatamente inquadrabili come alterazioni della sfera cognitiva, quali i disturbi del tono dell'umore o del comportamento.

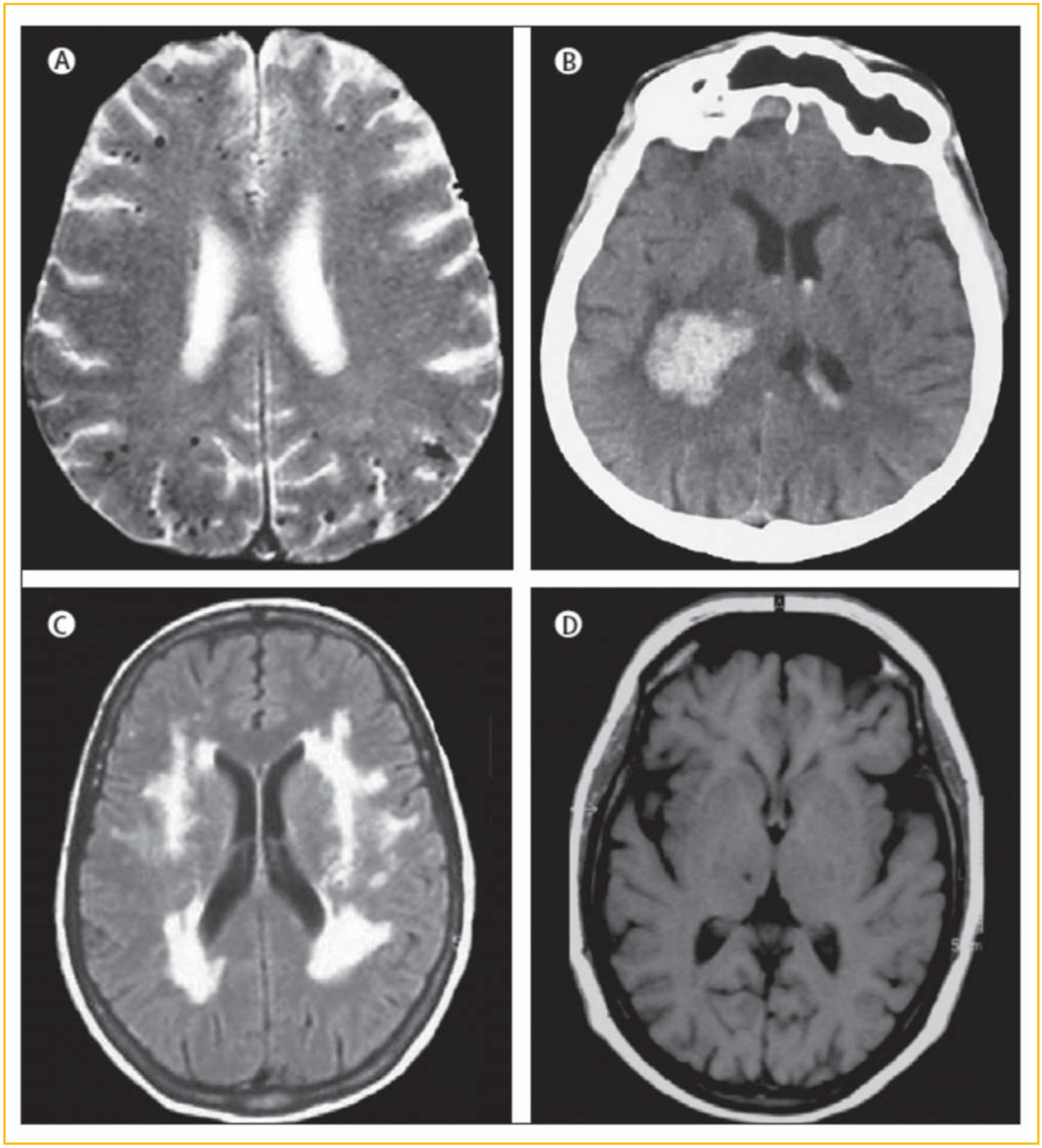


FIGURA 1. "Spettro" delle alterazioni neuroradiologiche associate a malattia dei piccoli vasi (small vessel disease): microsanguinamenti (microbleeds, A), emorragia parenchimale (B), leucoariosi (C), infarto lacunare (D)

P. Paggiaro - L. Melosini Dipartimento Cardio-Toracico e Vascolare - Università di Pisa

La gestione dell'asma, oggi

L'asma, con i circa 300 milioni di persone che nel mondo soffrono di questa patologia, rappresenta una delle più comuni malattie croniche. In Italia sono circa tre milioni i pazienti che ne sono affetti, e molti di questi (circa il 50%) richiedono terapia regolare, hanno limitazioni (da modeste a consistenti) nella loro vita quotidiana, mentre solo una parte di essi (circa il 10% di tutti gli asmatici) è affetto da forme gravi di asma che comportano frequenti riacutizzazioni, accessi al Pronto Soccorso e/o ricoveri ospedalieri.
Negli ultimi anni molte iniziative sono state promosse da Società Scientifiche, Istituti di Ricerca ed Associazioni dei Pazienti per migliorare la gestione dell'asma, e per far crescere tra i medici e i pazienti la capacità di raggiungere e mantenere il controllo dell'asma. Questo è definito come una quasi completa remissione dell'asma (Tabella 1).

Per raggiungere questo obiettivo, è molto importante che i pazienti conoscano le caratteristiche della malattia, come prevenire i fattori che possono scatenare le crisi asmatiche, come usare i farmaci e quando variarne le dosi in relazione ai cambiamenti dell'asma, e come verificare nel tempo che l'asma viene mantenuta sotto controllo.
Recentemente, **Federasma** (l'Associazione Italiana dei Pazienti Asmatici ed Allergici) e il **Progetto Libra** (un gruppo di ricercatori che si propone di aggiornare, divulgare e promuovere l'applicazione delle Linee Guida dell'asma nella pratica quotidiana) hanno promosso la raccolta di dati da parte dei pazienti asmatici, allo scopo di conoscere la loro opinione sul livello di conoscenza della malattia, della capacità di gestione di questa, e delle preoccupazioni ed aspettative dei pazienti asmatici.
I dati raccolti da quasi 500 pazienti asmatici (in prevalenza afferenti a strutture ospedaliere, e quindi affetti da forme di asma moderato-gravi in quanto spesso ospedalizzati nell'ultimo anno e con frequenti accessi al Pronto Soccorso) fanno emergere una popolazione di pazienti consci della loro malattia e dei fattori di rischio ad essa associati. Le risposte raccolte al questionario sottolineano come questa fascia di pazienti ambisca a poter gestire più autonomamente la propria malattia per evitare quanto più possibile gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri e le visite in emergenza.
Conoscere come la malattia evolverà nel tempo e avere gli strumenti necessari a contrastarla è l'argomento a cui tutti coloro che hanno compilato il questionario hanno fatto riferimento. La conoscenza come strumento per poter gestire la propria malattia e tornare ad essere padroni della propria vita è il dato che emerge prepotentemente. I pazienti sentono la necessità di sapere come e cosa fare per recuperare maggiore autonomia sollevando dal peso della gestione i propri familiari e riguadagnare la possibilità di avere una migliore qualità della vita.
Da questi dati, per altro concordanti con altri studi recentemente realizzati si evidenzia come i programmi di educazione e di formazione rivolti ai pazienti sulla gestione della propria malattia siano particolarmente efficaci nel contribuire a generare nel paziente una maggiore fiducia nelle proprie capacità di contrastarla e gestirla. Infatti, dai questionari raccolti, risulta che i pazienti hanno un buon livello di consapevolezza della loro malattia, sanno riconoscere i loro sintomi ed il livello di controllo dell'asma, ed hanno una discreta aderenza al trattamento.
Inoltre dai questionari emerge un'ulteriore conferma di come l'asma e la rinite coesistano nello stesso individuo contribuendo all'aggravamento dei sintomi.
L'asma non guarisce ma con trattamenti appropriati la maggior parte dei pazienti può acquisire un buon controllo della propria malattia. Formare i pazienti e i loro familiari e far maturare la consapevolezza su ciò che ogni paziente può fare per gestire al meglio la propria malattia è lo strumento per permettere il raggiungimento degli obiettivi che la campagna si pone. Oggi abbiamo

Tabella 1. Criteri per definire che l'asma è "sotto controllo"
- avere, nell'ultimo mese, sintomi occasionali (tipo < 2 volte alla settimana)
- non avere, nell'ultimo mese, disturbi norìtturni (tipo < 2 volte/mese)
- usare, nell'ultimo mese, molto raramente il farmaco del bisogno (tipo < 2 volte/settimana)
- mantenere un livello di funzione respiratoria molto vicino alla normalità
- non avere sostanziali limitazioni nella vita di tutti i giorni a causa dell'asma
- non avere avuto nell'ultimo anno importanti riacutizzazioni (o crisi asmatiche).

farmaci e strategie di trattamento efficaci nel permettere al paziente asmatico di fare una vita sostanzialmente normale, e di non correre il rischio di un progressivo peggioramento nel tempo della malattia.

In effetti, le più frequenti aspettative riportate dai pazienti asmatici sono rappresentate dalla ***volontà di poter essere più autonomi nella gestione della loro malattia*** e nell'adattare la terapia alle mutevoli condizioni imposte dalla variabilità dell'asma, e dalla richiesta di ***maggiore conoscenza del "rischio futuro"*** collegato alla malattia, in pratica di come potrà evolvere nel tempo l'asma e se questa potrà condizionare la loro vita futura (Tabella 2).
Questi aspetti devono essere pertanto considerati nei piani educativi che ogni operatore sanitario dovrebbe sviluppare nell'ambito del rapporto con il paziente asmatico.
Definire strategie future di contatto, informazione e formazione dei pazienti, delle loro famiglie, delle istituzioni sanitarie e politiche è necessario per programmare politiche che favoriscano il raggiungimento dell'obbiettivo che la campagna mondiale sull'asma persegue.
E' importante che i pazienti asmatici conoscano bene quanto devono sapere e saper fare per ottenere un buon controllo della loro malattia (Tabella 3).

Queste nuove strategie di comportamento, unite alla disponibilità disempre nuovi ed efficaci farmaci, possono permettere di poter far sì che l'asma non rappresenti una malattia capace di limitare le possibilità di vita e di lavoro dei pazienti.

Per saperne di più:
Federasma
www.federasma.org
Progetto Libra
www.progettolibra.it

Tabella 2. Auspici, i pazienti vorrebbero dallo specialista:

	n	%
Visite più frequenti	36	7
Informazioni su come autogestire quotidianamente l'asma	142	29
Informazioni sul futuro legato alla malattia	168	34
Informazioni sui possibili effetti avversi dei farmaci	165	34
Informazioni su come potrebbe progredire la malattia	210	43

Tabella 3. I cinque punti per il controllo dell'asma
- Farsi fare una diagnosi precisa e corretta della malattia
- Conoscere come modificare i fattori legati allo stile di vita (fumo, attività fisica, dieta, esposizione a sostanze allergizzanti) che possono aggravare l'asma e scatenarne le crisi
- Stabilire con il medico il tipo di cura, imparare ad usare bene e regolarmente i farmaci dell'asma
- Fare frequenti valutazioni, da soli o con il medico, del grado di "controllo" dell'asma, al fine di adottare comportamenti appropriati, anche in termini di variazione della cura
- Valutare l'andamento negli anni della malattia, con controlli medici almeno una volta all'anno

Interregionale AMMI del Centro

INTERREGIONALE DEL CENTRO PISA 27-28-29 Gennaio 2012

Venerdì 27 Gennaio

Ore 15.00 Registrazione dei partecipanti presso il Grand Hotel Duomo, Via Santa Maria 94
Ore 16.00 Visita guidata della città
Ore 20.30 Cena di Gala a Villa Rita, Località Noce
Partenza con pullman dall'Hotel Duomo
Ore 20.00

Sabato 28 Gennaio

Ore 8.30 Registrazione dei partecipanti presso l'Aula Magna della Scuola Superiore Sant' Anna, Piazza Martiri della Libertà, 33
Ore 9.00 Inizio lavori
Saluti
Relazione Giunta Nazionale
Relazione delle Commissioni
Relazione delle Fiduciarie
Ore 11.00 Coffee Break
Ore 11.30 Interventi delle Sezioni
Votazione del Tema Nazionale
Proposte
Ore 13.30 Colazione di lavoro presso l'Hotel Duomo
Ore 15.30 Visita a Musei e/o Palazzi Storici
Ore 20.00 Cena tipica presso il Ristorante "Da Bruno"
Via Luigi Bianchi

Domenica 29 Gennaio

Visita guidata al Parco di San Rossore con pranzo al Ristorante " L'Ippodromo".
(Minimo 20 partecipanti)

Scheda di prenotazione Interregionale

Cognome.....Nome.....

Sezione di .....Ruolo AMMI.....

Tel.....e-mail.....

Eventuali accompagnatori.....

☐ Iscrizione ..... € 16,00

☐ Cena di Gala a Villa Rita..... € 60,00

☐ Colazione di lavoro all'Hotel Duomo ..... € 30,00

☐ Coffe break e visita guidata della città offerte dalla Sezione di Pisa

☐ Cena tipica presso il Ristorante "Da Bruno" € 35,00

☐ Trasferimenti in pullman..... € 10,00

☐ Visita a Musei e/o Palazzi Storici..... € 10,00

☐ Gita al Parco di San Rossore ..... € 50,00

Inviare la Scheda di prenotazione all'Interregionale a mezzo fax o e-mail entro e non oltre il 20 Dicembre 2011 a:

- Delia Tongiani, Segretaria: tel./fax 050 555381 (inviare fax previa telefonata); cell. 349 6475215
- Silvia Peroni Speroni, Vice Presidente:
e-mail: silvia.peroni@email.it

Per informazioni è possibile telefonare alla Presidente Maria Antonietta Calderazzi al seguente numero: 050 501703.

www.ammipisa.it

Il pagamento sarà effettuato integralmente alla Tesoreria al momento della registrazione.

Scheda di prenotazione alberghiera

Grand Hotel Duomo ****, Via Santa Maria 94
Tel. 050 561894 fax 050 560418
e-mail: info@grandhotelduomo.it
☐ Camera doppia uso singola..... € 80,00
☐ Camera doppia..... € 140,00

Royal Victoria Hotel ***, Lungarno Pacinotti 12
Tel. 050 940111 fax 050 940180
e-mail: mail@royalvictoria.it
☐ Camera doppia uso singola..... € 90,00
☐ Camera doppia..... € 110,00

In tutti gli Hotels è compresa la prima colazione a buffet

Data di arrivo.....Data di partenza.....

La prenotazione dovrà pervenire all'Hotel entro e non oltre il 20 Dicembre 2011 e dovrà essere garantita da Carta di Credito. Il pagamento verrà effettuato direttamente all'Hotel il giorno della partenza.

PerLA
PERSONE PER L'ANDROLOGIA

La conoscenza migliora la vita!

ARCHIMEDIA - PISA

Associazione no profit
per la tutela e il supporto dei soggetti affetti
da disturbi andrologici

Segreteria Organizzativa
Via F. Crispi, 62 56125 Pisa
tel 050 22 01 480
fax 050 22 06 673
adesione@associazioneperla.org

Sede Operativa
S.O.D. di Diagnostica Andrologica
della Riproduzione e della Sessualità
Via Roma, 67 56126 Pisa
tel 050 992 789

info@associazioneperla.org **www.associazioneperla.org**

ACQUA E TERME U DI ULIVETO SPA
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.