

PisaMedica

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

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

in questo numero:

La neonatologia di Pisa compie 35 anni

A. Boldrini
Direttore U.O. di Neonatologia AOUP

L'implantologia computer assistita

M. Fagnani
Specialista in Odontostomatologia

Tumore della mammella: insieme si può vincere

M. Roncella
Direttore U.O. Senologia e Direttore Clinico
della Breast Unit - AOUP

Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

Informazioni tecniche destinate all'uso esclusivo degli specialisti del settore.

L'acqua oligominerale San Carlo è un'acqua sorgiva purissima che grazie alle sue caratteristiche chimico - fisiche, possiede un elevato potere depurativo. Può essere utilizzata quotidianamente senza alcuna controindicazione. Il suo impiego a digiuno e a determinati dosaggi, trova indicazione nel trattamento delle seguenti patologie:

- Calcolosi delle vie urinarie
- Infezioni delle vie urinarie (*pielite, pielonefrite, cistite*)
- Patologie gastroenteriche (*dispepsia biliare, colon irritabile, stitichezza cronica*)
- Afezioni del metabolismo (*iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità*)
- Ipertensione arteriosa



LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

- Purezza batteriologica
- Costanza di portata
- Costanza di temperatura

Temperatura alla sorgente	13.4 °C
Residuo fisso a 180°C	58 mg/l
Esponente attivo ione idrogenato alla sorgente	(pH) 5.7
Conducibilità elettrica specifica 20°C	76
Anidride carbonica (CO ₂) libera alla sorgente	28.7 mg/l
Ossidabilità sc. Kubel (O ₂)	0.3 mg/l
Sodio	9 mg/l
Potassio	0.36 mg/l
Magnesio	2.8 mg/l
Calcio	2.4 mg/l
Cloruro	13.5 mg/l
Nitrati	9.6 mg/l
Ione Idrogenocarbonato	12.2 mg/l
Solfati	2.5 mg/l
Silice	9.2 mg/l

Autorizzata con D.M.n.547 del 10/11/1950

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Certificazioni: ministro, se c'è batta un colpo

“Dottore, sabato scorso ho avuto una delle mie solite emicranie.

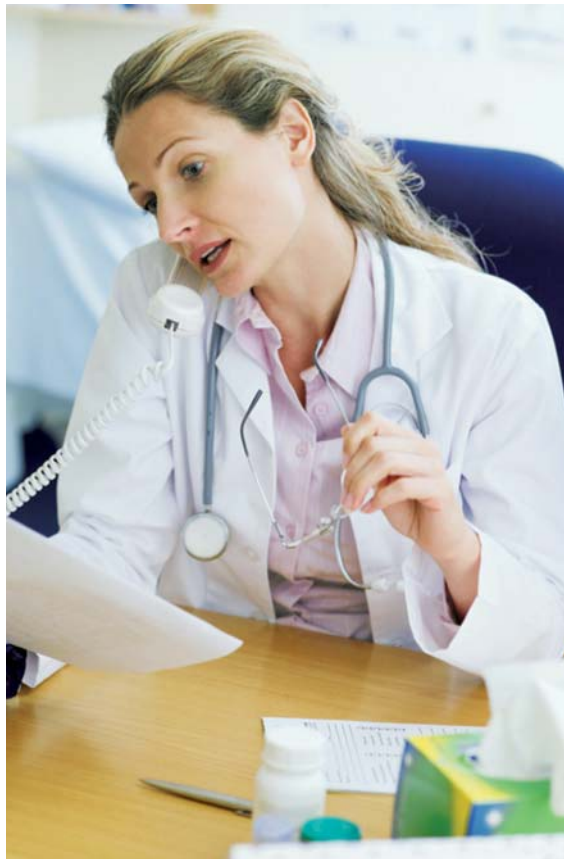
Non stavo in piedi e non sono potuto andare a lavorare. Non l'ho chiamata. Ormai so come fare: a letto ed al buio, in attesa che passi. Avrei bisogno però del certificato”. E' un lunedì qualsiasi in uno dei sessantamila ambulatori di medicina generale. Al dottore, il solito dilemma: crederci oppure no? E', in sostanza, l'interrogativo di sempre. Ma ora ci s'è messo pure il Ministero ad acuire un disagio umano e professionale, vecchio quanto il mondo.

E' lunedì ed il medico - secondo le vigenti disposizioni - è già in ritardo nell'invio della certificazione di malattia, perchè gli si impone di farlo entro le 24 ore. La logica del buon senso e del calendario non alberga però fra le scartoffie della burocrazia. Cosa rischia, quindi, il medico? Sul piano teorico la radiazione dall'Ordine, in realtà ammen-de e reprimende. Sì, perchè a Roma non sanno che la domenica i medici di famiglia per contratto chiudono i loro ambulatori.

Dunque? Dunque bisognerebbe al più presto sedersi attorno ad un tavolo (la norma è del 2004) e discuterne. Ci domandiamo ironicamente: “Ma se la stessa cosa succedesse al Ministro, come si dovrebbe

comportare il suo medico di base?” Noi, intanto, come Ordine e FIMMG, giudichiamo grottesco e fantasioso questo silenzio istituzionale.

La telematica, cui fa giustamente riferimento il Ministro, nell'ottica di centralizzare i servizi e snellire le procedure, è un valido percorso, ma rischia alla fine, se non coordinato, di trasformarsi nell'ufficio complicazioni affari semplici. Nella realtà, sembra infatti di parlare ai fantasmi. Signor Ministro, se Lei davvero c'è, batta un colpo. Noi - le garantiamo in tutta sincerità - siamo pronti ad incontrarla. Ce lo auguriamo tanto, in primo luogo per i nostri incolpevoli pazienti. E intanto, un altro fine settimana incombe. Speriamo bene.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

Autorizzazione del Tribunale di Pisa
n.10 del 09/05/2001

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio Pe-
tri, Angelo Baggiani, Cataldo Graci,
Amalia Lucchetti, Antonio De Luca,
Stefano Taddei, Paolo Baldi, Franco
Pancani, Gabriele Bartolomei,
Galoppi Teresa, Villani M. Cecilia,
Trivelli Roberto

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 Becon-
cini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

Notizie flash dall'Enpam

QUOTA A - PAGAMENTO CONTRIBUTI 2010

Nel mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano ha avviato l'attività di notifica degli avvisi di pagamento.

I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile. Nel caso in cui l'avviso pervenga dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dalla notifica. In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino RAV deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al numero **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail **taxtel@equitaliaetr.it** un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e accompagnata da copia del documento di identità in corso di validità. Anche quest'anno gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV accedendo all'Area riservata del sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

- via telefono al n. 800.191.191

- via internet al sito www.taxtel.it.

Iscritti nati nel 1945 - Anche gli iscritti nati nel 1945 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2010 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. **Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.**

Neo-iscritti - Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2009 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2009 e per il 2010. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Domiciliazione bancaria – RID

Per attivare il servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato all'avviso di pagamento e trasmetterlo ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al numero **02.6414.1061**;

- compilare il modulo elettronico disponibile sul sito **www.taxtel.it** (alla voce ADESIONI RID);

- comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri S.p.A. al numero **800.178.090** o da telefono cellulare al numero **02.6416.1703** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.45.

Attenzione:

- il modulo RID non dovrà essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;

- le domande di attivazione della domiciliazione bancaria relative al contributo Quota A posto in riscossione nel corrente anno devono necessariamente pervenire **entro il 31 maggio**;

- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà in alcun caso procedere al versamento diretto dei contributi dovuti, anche qualora abbia ricevuto i relativi bollettini RAV. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione. Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia Esatri S.p.A. è di euro 2,07 per ogni addebito;

- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il codice Iban dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. **02.6416.6619** oppure alla seguente casella **rid@equitaliaesatri.it**;

- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati.

Da quest'anno inoltre sarà attivato, in via sperimentale, un nuovo servizio per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it. Tali iscritti, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID, rilasciata da Equitalia Esatri S.p.A.

ATTESTAZIONI AI FINI FISCALI

Attestazioni ai fini fiscali Riscatti - A tutti coloro che hanno effettuato versamenti a titolo di riscatto presso i vari Fondi, è stata inviata all'indirizzo di residenza l'attestazione di avvenuto pagamento.

Attestazioni ai fini fiscali Quota A e B - Sui bollettini RAV utilizzati per i versamenti della Quota A e sui bollettini MAV della Quota B è indicata la causale di versamento e quindi non è necessario presentare la richiesta di attestazione.

In caso di smarrimento dei bollettini le richieste devono essere inoltrate al Servizio Contributi e Attività Ispettiva tramite posta ordinaria a Fondazione Enpam, via Torino 38, 00184 Roma ovvero tramite fax al n. 06.48.294.913 (Quota A) e al n. 06.48.294.922 (Quota B).

Per poter ricevere l'attestazione tramite fax o presso un indirizzo diverso da quello di residenza è necessario allegare alla richiesta copia di documento di identità in corso di validità.

DUPLICATO CUD

Per ricevere il duplicato del CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06.4829.4829.

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello di residenza o tramite fax allegare all'istanza copia di un documento di identità in corso di validità del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale anche tramite fax al numero 06.48.294.923 completa di dati anagrafici, indirizzo e recapiti telefonici.

Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dal pensionato ma da un suo incaricato, è necessario allegare alla richiesta la delega sottoscritta e copie dei documenti di identità del delegante e del delegato, indicando il numero di fax o l'indirizzo di posta elettronica per la ricezione del duplicato CUD.

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d'imposta 2010

La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all'Area riservata del sito www.enpam.it, utilizzando nome utente e password.

Inoltre, tutti i pensionati in possesso della carta Enpam e del codice PIN possono stampare il CUD direttamente presso l'Ordine dei medici e degli Odontoiatri al quale sono iscritti, utilizzando lo sportello self-service collegato con gli archivi della Fondazione Enpam.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, **soltanto per i pensionati che già lo scorso anno fruivano di detrazioni per familiari a carico, il modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2010**. Tale modulo deve essere sottoscritto, compilato in carattere stampatello e restituito entro il termine del **31 maggio 2010** utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

In assenza di riscontro, l'Ente si vedrà costretto a revocare d'ufficio le detrazioni per carichi di famiglia senza ulteriore preavviso.

TERREMOTO ABRUZZO – PROROGA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI VERSAMENTO

Con Ordinanza n. 3837 del 30 dicembre 2009 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha previsto che *“il termine di scadenza della sospensione degli adempimenti e dei versamenti tributari nonché dei contributi previdenziali ed assistenziali e dei premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, è prorogato al 30 giugno 2010. Non si fa luogo al rimborso di quanto già versato”*.

CLASSE MEDICA 1945 TRATTAMENTO ORDINARIO DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo è stato recapitato a tutti gli iscritti interessati unitamente al modello di dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilato in ogni parte.

Mancato ricevimento del modulo - In caso di mancato ricevimento il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini dei medici provinciali o sul sito www.enpam.it.

AREA RISERVATA E SERVIZI DISPONIBILI AGLI UTENTI REGISTRATI

Per accedere all'Area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it.

indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione ENPAM in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSì (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito – richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

STAMPA DEI DUPLICATI MAV E RAV

Gli utenti registrati possono stampare dall'Area riservata del portale www.enpam.it (sezione dedicata a "Operazioni MAV-RAV") i duplicati dei bollettini già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato **esclusivamente** presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

VERSAMENTO ON-LINE

Tramite la Carta di credito Fondazione Enpam è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Attenzione! L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie.

Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o l'indirizzo e-mail: carta.enpam@popso.it.

VARIAZIONE DELL'INDIRIZZO

1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza.

L'indirizzo di domicilio può invece essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Medici pensionati non più iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto)

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il SAT al numero tel. 06.4829.4829.

COMUNICAZIONE DI DECESSO

1. Iscritti attivi

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza.

Analoga comunicazione, dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, può essere inoltrata a mezzo posta ordina-

ria alla Fondazione, Servizio Contributi e Attività Ispettiva, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine di appartenenza.

Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, analoga comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità.

3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale

Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, inviare la comunicazione direttamente a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità.

4. Superstiti pensionati

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata direttamente per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

VARIAZIONE DELLE MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

Tutti i pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, utilizzando il modulo reperibile sul sito www.enpam.it (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità può essere inviata:

- **a mezzo posta ordinaria** direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure
- **tramite fax** al numero 06.48.294.648.

MANCATO ACCREDITO DELLA PENSIONE

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono darne comunicazione scritta corredata della copia di un documento di identità in corso di validità alla Fondazione, al Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

ORFANI PENSIONATI

Le prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spettano sino al raggiungimento del 21° anno di età. Tale diritto è mantenuto anche oltre il ventunesimo anno di età e fino al raggiungimento del periodo massimo pensionabile del 26° anno di età, a condizione che gli orfani mantengano la qualifica di studenti.

Mantenimento del diritto

Al fine di conservare il diritto alla pensione, al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento degli studi ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di invio

A mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

DEDUCIBILITÀ

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Come usufruire del beneficio:

- contributo Quota A: utilizzare la copia del bollettino/bollettini RAV di versamento
 - domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri S.p.A. invierà in tempo utile un riepilogo annuale dei versamenti effettuati
 - contributo Quota B: utilizzare la copia del bollettino MAV di versamento
 - importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni ha inviato in tempo utile una dichiarazione attestante gli importi versati.
-

Andrologia e Sessuologia: prevenzione e cura della persona

La promozione del benessere sessuale è stata più volte sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), che in vari documenti, afferma che "La salute sessuale risulta dall'integrazione degli aspetti somatici affettivi, intellettivi e sociali dell'essere sessuale che consentono la valorizzazione della personalità, della comunicazione e dell'amore.

La sessualità è una dimensione totalmente pervasiva dell'essere umano e, talvolta, è molto difficile coglierne le componenti. La persona umana, intesa come essere unico nelle sue componenti biologiche e psicologiche sviluppa pensieri, convinzioni, desideri, valori etici, fattori spirituali, che si estrinsecano in tendenze, comportamenti, abitudini, che continuamente si raffrontano con leggi, situazioni economiche, ambienti sociali e politici.

A questo si aggiungano da una parte le componenti genetiche e gli eventi di vita, quali malattie, traumi, stili di vita, abitudini voluttuarie. La sessualità ha, dunque, aspetti e valenze, fisiche, psiche, relazionali e sociali che comprendono tutta la persona nella sua integrità e ogni problema sessuale si traduce in un attacco a tutta la persona e alla sua autostima. La sessualità è, dunque, legata a doppia mandata alla qualità di vita e ogni alterazione della prima si tramuta in uno scadimento della seconda.

Ogni intervento mirato a riportare la sessualità ad un buon equilibrio, mediante la correzione di uno stato di anormalità, si traduce, di fatto, in un'azione sull'intera persona e sulla sua qualità di vita. L'esperienza ultratrentennale mostra come le possi-

bilità di intervento dell'andrologia e sessuologia a livello di società civile siano molto ampie e la campagna di visite gratuite presso 300 andrologi in tutta Italia, la Settimana di Prevenzione Andrologica (da poco si è conclusa la decima edizione annuale), ha rappresentato una giusta occasione per portare a conoscenza della popolazione maschile le patologie andrologiche.

E' essenziale che la società civile comprenda che le problematiche andrologiche non sono rappresentate solo dalla disfunzione erettile (DE), ma da varie condizioni che vanno dall'infertilità alla contraccezione maschile, dai disturbi della libido e dell'eiaculazione alle infezioni genitali e alle malattie sessualmente trasmesse, dalle neoplasie dell'apparato genitale maschile alla neuro-andrologia, dai disordini di genere alla chirurgia estetica dei genitali maschili, oltre che dall'andrologia pediatrica e dalla sessualità nella terza età.

Di fatto, l'andrologo è per

l'uomo ciò che il ginecologo è per la donna. Il numero degli uomini che si sono fatti visitare (oltre 75000 in dieci anni), dimostra quanto sia lungimirante l'idea di investire risorse umane, strutturali ed organizzative in questa iniziativa. La Settimana ha rappresentato e rappresenta tuttora, un momento importante per la prevenzione e per la raccolta di dati epidemiologici che costituiscono una fonte da cui attingere anche per la Sanità italiana, suggerendo, ad esempio, infatti una serie di indicazioni utili nella formulazione dei



piani sanitari, con una valenza ancor più significativa se si pensa che, con l'abolizione del servizio di leva obbligatorio e la relativa visita medica, è venuto meno anche il primo screening utile all'individuazione di eventuali patologie dell'apparato riproduttivo, che se trascurate possono avere conseguenze anche severe. Dati epidemiologici mostrano come, ad esempio, varie condizioni sono in grado di aumentare il rischio di DE: se per il fumatore il rischio di sviluppare una DE aumenta a 1,7 volte, per il diabete si passa al 3,5, mentre in alcune forme di depressione, malattie croniche, insufficienza renale, malattie nervose, esiti di interventi si raggiunge il 90% dei casi. Una DE può essere un primo segno di patologia cardiovascolare e studi dimostrano come tale sintomo può precedere di anni una angina o in infarto.

Ma anche alimentazione scorretta, infezioni genitali, uso di sostanze, stress si associano tanto a problemi sessuali che a riduzione della fertilità. Educare la popolazione ad una cultura andrologica, all'adozione di un corretto stile di vita e di alcune semplici regole comportamentali,

aiuta a preservare l'integrità dell'apparato riproduttivo maschile, contribuendo all'individuazione precoce delle patologie a rischio e, quindi, non solo al benessere fisico, mentale e sociale delle persone, ma anche a ridurre costi di intervento medico e sociale per patologie prevenibili.

Le ragioni per cui la comunicazione con la persona che chiede aiuto per un problema sessuale diventa difficile sono molteplici, sia per la ritrosia del paziente a confidare perfino al proprio medico curante i problemi intimi, sia in casi in cui il sanitario non sia preparato ad approcciare problematiche, che richiedono una formazione specifica: da entrambe le parti si finisce per sorvolare o evitare l'argomento. Prevenzione andrologica e sessuologica vogliono dire, dunque, parlare, chiedere, porgere ascolto alla persona che soffre, aiutarla ad



affrontare problemi fisici e psichici: impostare un pronto e corretto approccio deve essere la base forte di una vera relazione medico-paziente, che riguarda tutte le componenti della filiera della salute. In sintesi, rivolgersi alla persona intera.



Depressione e cervello: alcune zone sono piu' piccole

La ricerca in neuroscienze negli ultimi decenni ha focalizzato la sua attenzione sui processi di plasticità neuronale ed in particolare sul delicato equilibrio esistente tra processi biologici come la necrosi cellulare, l'apoptosi (la morte cellulare programmata) e la rigenerazione neuronale.

Questo complesso equilibrio è garantito dalla capacità del cervello di attuare modificazioni di tipo molecolare e strutturale ed è finalizzato all'adattamento del cervello alla enorme varietà di stimoli interni ed esterni cui il sistema nervoso è chiamato a rispondere.

Studi di neuroanatomia, osservazioni condotte sul cervello post-mortem e ricerche di neuroimaging suggeriscono come la compromissione della neuroplasticità a livello di specifiche regioni cerebrali quali l'ippocampo, i nuclei striatali e la corteccia prefrontale, possa essere coinvolta nella patogenesi della depressione. Tale ipotesi è supportata da evidenze quali la riduzione del volume ippocampale nei pazienti depressi, la correlazione di tale riduzione con la durata di malattia e, di contro, l'effetto protettivo associato al trattamento antidepressivo.

Si tratta di una nuova prospettiva che supera, o meglio completa la tradizionale ipotesi monoaminergica della depressione: l'alterazione della concentrazione sinaptica di monoamine sarebbe solo l'epifenomeno di una serie di disfunzioni dei meccanismi intracellulari di trasduzione del segnale il cui risultato finale è la compromissione della neuroplasticità. Secondo la teoria neurotrofica, la depressione è la manifestazione clinica di una sofferenza neuronale

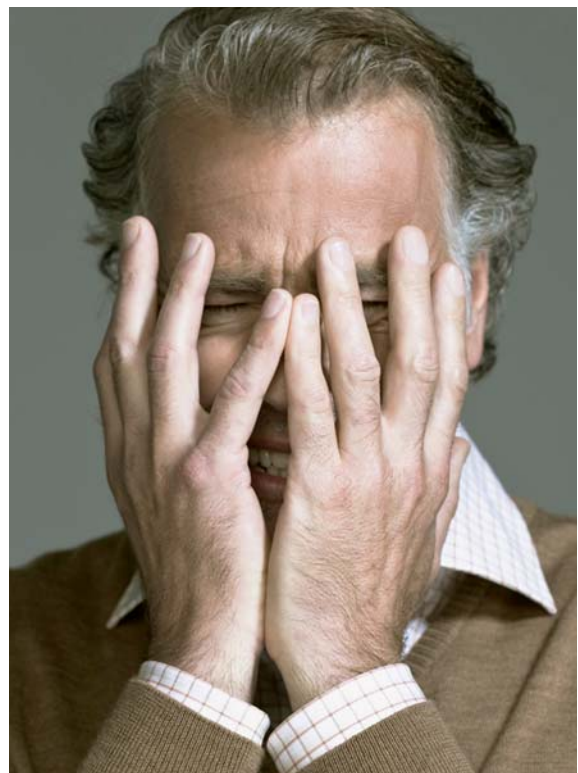
protratta che si esplica biologicamente con l'impoverimento delle connessioni sinaptiche seguita dalla riduzione della sopravvivenza neuronale fino all'atrofia delle aree interessate. In questo processo sembrano essere fondamentali le variazioni nella sintesi di alcune molecole proteiche: i fattori neurotrofici. Scoperti dalla Rita Levi Montalcini, queste sostanze, hanno la funzione di prevenire la sofferenza e la morte cellulare partecipando ai processi di rigenerazione delle cellule nervose. In particolare, studi recenti hanno sottolineato il ruolo di un fattore neurotrofico denominato Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), la cui deplezione sarebbe associata a riduzione della neurogenesi e del volume di aree cerebrali tra cui l'ippocampo, la corteccia prefrontale e l'amigdala.

Studi su modelli comportamentali animali di depressione hanno dimostrato che l'infusione cerebrale di BDNF ha un effetto sovrapponibile a quello delle molecole antidepressive, e che la somministrazione di antidepressivi o la terapia elettroconvulsivante causano un aumento dell'espressione del BDNF nella corteccia dell'animale da esperimento. Studi post-mortem sull'uomo hanno messo in evidenza una riduzione dei livelli di BDNF nella corteccia di pazienti morti suicidi e non trattati con anti-

depressivi.

Il nostro gruppo di ricerca presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa, in collaborazione con l'Istituto di Neurofisiologia del CNR, ha esplorato negli ultimi anni la relazione tra BDNF e depressione, ipotizzando che la riduzione dei tassi plasmatici di BDNF possa costituire un marker periferico di depressione.

Un primo studio è stato condotto su pazienti depressi e controlli sani. E' emerso che i livelli plasmatici di BDNF sono inferiori nei soggetti affetti da depressione rispetto ai controlli. Successivamente, uno studio di follow-up durato 1 anno ed eseguito su pazienti depressi trattati con antidepressivi, ha messo in evidenza durante il trattamento, un trend in aumento dei livelli plasmatici di BDNF fino ad un picco al



sesto mese di terapia in cui le concentrazioni plasmatiche risultavano normalizzate, ossia sovrapponibili a quelle dei controlli sani.

Uno studio successivo ha indagato, in un campione di pazienti depressi resistenti al trattamento farmacologico, il rapporto tra miglioramento clinico in corso di Terapia Elettroconvulsivante (TEC) e le variazioni dei livelli plasmatici di BDNF. I risultati hanno mostrato che al baseline i livelli plasmatici di BDNF di tutti i pazienti risultavano significativamente più bassi rispetto ai soggetti di controllo.

Al termine del trattamento elettroconvulsivante i livelli plasmatici di BDNF dei pazienti migliorati erano sovrapponibili a quelli dei controlli sani; i pazienti che non miglioravano continuavano ad avere tassi plasmatici di BDNF significativamente più bassi rispetto ai soggetti di controllo. Questi risultati suggeriscono una possibile utilità dei livelli plasmatici di BDNF al baseline come

un predittore di risposta alla TEC. Inoltre l'aumento dei livelli di BDNF nei pazienti che migliorano dopo la TEC fa ipotizzare che ci sia una relazione tra la normalizzazione del BDNF periferico e il miglioramento dell'umore.

In ultimo, dati recenti in corso di pubblicazione raccolti su un campione di pazienti depressi hanno evidenziato una correlazione significativa tra i livelli plasmatici di BDNF e alcuni tra i sintomi più rappresentativi della neurobiologia della depressione. E' infatti emersa una correlazione negativa tra il BDNF plasmatico e la gravità di sintomi quali il rallentamento psicomotorio e le alterazioni del sonno. Questa osservazione pone l'accento sulla relazione tra la riduzione del BDNF e il core neurobiologico della patologia depressiva.

L'interrogativo riguardo il rapporto di causa-effetto tra alterata espressione dei fattori neurotrofici e patologia depressiva rimane tuttora aperto.

La ricerca in corso è finalizzata a capire se alcune neurotrofine hanno potenziali ruoli terapeutici. Tuttavia, alcuni problemi rimangono irrisolti, in particolare quelli relativi all'utilizzo di queste molecole in terapia ed in particolare alla loro via di somministrazione.

Le molecole native hanno, per il loro peso molecolare, difficoltà ad attraversare la barriera emato-encefalica, i tentativi futuri dovranno prevedere tecniche di ingresso indirette nel sistema nervoso centrale come innesti di cellule in grado di produrre il fattore neurotrofico o piccole molecole capaci di attivare il materiale genetico della cellula ed indurlo a produrre BDNF o, ancora, sostanze in grado di attivare il suo recettore. Questo approccio potrebbe giovare a quei pazienti affetti da depressione resistente in cui si ipotizza un'alterazione della cascata trasduzionale che dalle monoamine conduce alla sintesi di neurotrofine e in cui, pertanto, l'uso di farmaci che potenziano la trasmissione monoaminergica risulta inefficace.



Elettroencefalografia e tecniche correlate

Si è svolto a Tirrenia dal 22 al 27 Marzo, presso il Grand Hotel Continental il IX Corso Residenziale di "Elettroencefalografia e Tecniche Correlate", promosso dalla Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (SINC), in collaborazione con l'Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia (AITN), con il patrocinio della Società Italiana di Neurologia (SIN), ed organizzato dalla Clinica Neurologica del Dipartimento di Neuroscienze dell'Ateneo pisano. Coordinatori locali e responsabili del corso sono stati il Prof. Luigi Murri, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Direttore del DAI di Neuroscienze Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e della Clinica Neurologica di Pisa, ed il Prof. Ferdinando Sartucci, Presidente del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia dell'Ateneo Pisano e responsabile della Sezione di Attività Neurologica Ambulatoriale del Presidio Ospedaliero di Cisanello.

La nuova edizione conferma la tradizione scientifica della scuola pisana nel campo delle neuroscienze di base e dell'elettrofisiologia clinica, che inizia nel dopo-guerra con l'indimenticato Prof. Giuseppe Moruzzi, che a tale disciplina ha consacrato la maggior parte della sua attività di ricerca: nel suo istituto in Via S. Zeno, laddove sono stati condotti studi pionieristici e tuttora imprescindibili sulle basi neurobiologiche del ritmo sonno-veglia e della coscienza, sono transitati e si sono formati numerosi studiosi di taratura internazionale, compresi gli stessi organizzatori e molti docenti del Corso, che quindi non poteva non svolgersi che a Pisa. L'assegnazione dell'organizzazione di tale evento

di rilievo nazionale all'Università pisana prova la validità e le competenze professionali locali raggiunte nelle diverse branche della disciplina, dall'elettroencefalografia ai potenziali evocati, dall'elettromiografia alle tecniche ultrasonografiche e di neuroimmagine, da parte degli operatori sanitari, medici e tecnici, del DAI di Neuroscienze AOU Pisana.

La finalità del corso è stata fornire a medici specialisti e non, oltre che al personale tecnico, una preparazione di base teorico-pratica altamente professionalizzante in una disciplina quale la Neurofisiopatologia in perenne evoluzione ed in cui gli aggiornamenti tecnologici si susseguono vorticosamente, parallelamente ai progressi informatici. È sicuramente fuori di dubbio, infatti, che la neurofisiopatologia negli ultimi 50 anni abbia subito un'enorme sviluppo tecnologico e mantenuto un ruolo diagnostico irrinunciabile, nonostante l'avvento di innovative tecniche di studio del sistema nervoso centrale, quali la tomografia computerizzata, la risonanza magnetica nucleare, e le tecniche d'esplorazione funzionale, come la SPECT e la PET.

I temi sono stati le applicazioni cliniche dell'Elettroencefalografia, dei Potenziali Evocati, dell'Elettromiografia e degli Ultrasuoni in tutta la diagnostica neurologica ed in alcune condizioni quali le urgenze neurologiche, il monitoraggio intraoperatorio, le applicazioni in terapia intensiva ed i rapporti tra neuroimmagini e metodiche elettrofisiologiche, particolarmente nello studio del dolore neuropatico e dei processi cognitivi. La nuova edizione ha permesso inoltre di focalizzare l'attenzione sia sull'importanza, tanto nella

ricerca quanto nella routine clinica, degli studi di co-registrazione EEG-risonanza magnetica funzionale e su alcune metodiche elettrofisiologiche di ultimissima introduzione, quali la stimolazione magnetica e stimolazione elettrica transcranica, che stanno incontrando sempre più consenso da parte degli addetti ai lavori. Alcune di queste, quali la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS), meritano di essere menzionate a parte potendo essere impiegate sia come mero strumento diagnostico sia come valide e sicure alternative terapeutiche nelle condizioni di non responsività farmacologica di molte malattie sia neurologiche che psichiatriche.

Un'intera sessione dei lavori è stata dedicata alle innovative tecniche di neuroriabilitazione robot-assistita nei pazienti colpiti da ictus cerebrale; quest'ultimo ad oggi rappresenta la terza causa di decesso nei paesi industrializzati e la prima causa di disabilità: in poco più della metà dei soggetti colpiti residuano deficit motori e delle funzioni mentali talmente invalidanti da condizionare le attività della vita quotidiana, nonostante la precocità dell'intervento neuroriabilitativo tradizionale. L'interazione con il robot, pur non potendo sostituire del tutto le competenze professionali del fisioterapista e vicariare il suo carico esperienziale, permette di guidare il paziente nell'esecuzione di specifici movimenti, compensandone i deficit residui, quantificando obiettivamente i progressi ottenuti ed identificando le aree cerebrali coinvolte nel recupero motorio. La scelta della neurologia d'urgenza e degli stati di coma deriva invece dai recenti dati epidemiologici, che provano un incremento di tali condizioni, e dai progressi nella gestione dei

pazienti nelle unità di terapia intensiva, che ha condotto ad un drammatico incremento delle condizioni di non responsività e criticità neurologica. Da qui la crescente necessità di migliorare le procedure diagnostiche, soprattutto al fine di rilevare la condizione di morte cerebrale per i trapianti d'organo, e di ottimizzare la gestione dell'assistenza intensiva e del recupero dei pazienti, nel tentativo di ridurre i costi sociali e, quando possibile, modificarne favorevolmente l'esito, ridimensionando la incidenza degli stati vegetativi permanenti e di minima coscienza, saliti alla ribalta dei media in Italia con il caso Englaro e negli USA con quelli di Terry Schiavo.

Una delle peculiari caratteristiche dell'evento, oltre alla didattica pratica ed alle esercitazioni interattive direttamente su apparecchiature con tutori, è stata le lezioni frontali tenute da eminenti personalità e noti ricercatori dell'universo accademico italiano. Il Corso si è infatti avvalso del contributo di insigni docenti, leader a livello nazionale ed internazionale

nel settore dell'elettroencefalografia e delle tecniche ad essa correlate, che hanno illustrato le loro esperienze e conoscenze a tutti i partecipanti. Durante tutta la settimana le lezioni teoriche al mattino si sono combinate con attività pratiche pomeridiane, inclusa la esecuzione di procedure diagnostiche supervisionate da tutori altamente qualificati, con esame finale al termine dei lavori, superato da tutti; l'obiettivo era formare professionalità di eccellenza nel campo neurofisiopatologico e di incrementare le conoscenze, stimolando contemporaneamente nuovi ed affascinanti orizzonti terapeutici e di ricerca. La validità di una tale tipologia di insegnamento ed aggiornamento è testimoniata dall'attribuzione di un numero elevato di crediti formativi, concessi dal Ministero della Salute e conferma ulteriore dei contenuti di professionalità tradizionalmente riconosciuti alla Scuola Neurologica pisana.

Il Corso era rivolto non solamente ai medici specialisti o specializzandi in neurofisiopatologia, neurologia,

neuropsichiatria infantile, neurochirurgia, anestesia e rianimazione, ma anche a tutti coloro che avessero conoscenze di base di neurologia-neurofisiopatologia, o utilizzino nella pratica clinica tali metodiche strumentali ed intendevano dunque perfezionare ed aggiornare le proprie abilità professionali o che fossero coinvolti nella diagnosi, nel trattamento e nel recupero dei pazienti neurologici in condizioni critiche, oltre che ai tecnici di neurofisiopatologia al fine di favorire l'interattività ormai irrinunciabile fra le diverse figure professionali.

La segreteria scientifica si è avvalsa della collaborazione di tutto lo staff della Clinica Neurologica, tra cui i dottori E. Bonanni, G. Orlandi, e T. Bocci, della Sig.ra Michela Santin, anche se è necessario sottolineare il contributo appassionato di tutto il personale della clinica, sia medico che non, quello dell'Ateneo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana che hanno reso possibile la realizzazione dell'evento.



La neonatologia di Pisa compie 35 anni

La Neonatologia di Pisa, una delle prime strutture realizzate in Italia per l'assistenza al neonato, compie 35 anni. In tutto questo periodo più di 60.000 sono stati i neonati ospitati nelle sue stanze di degenza (nursery, terapia subintensiva e terapia intensiva). Molti di costoro oggi diventati, a loro volta, padri e madri! Con l'approfondirsi delle conoscenze il settore si è sviluppato in modo impressionante e così anche la tecnologia, sempre più sofisticata, fortunatamente il tutto di pari passo al concetto di "umanizzazione" delle cure e di "presa in carico" del bambino comprensivo della sua famiglia (con la possibilità di accesso dei genitori anche nelle stanze di degenza della TIN).

Le acquisizioni più recenti che han-

no contribuito a far compiere alla nostra struttura un ulteriore passo avanti nell'assistenza, nella ricerca e nella didattica (compito essenziale di un Centro Ospedaliero-Universitario di III livello) sono state due: l'attivazione della ipotermia come presidio neuroprotettivo nel trattamento dell'encefalopatia ipossico-ischemica del neonato asfittico (inaugurata nell'aprile 2009) e la realizzazione di un Centro di formazione e "simulazione" avanzato, "NINA", all'interno dei locali stessi dell'U.O.

Nei paesi ad elevato sviluppo economico l'asfissia perinatale responsabile di Encefalopatia Ipossico-Ischemica ha un'incidenza, a seconda delle casistiche, di 1-4/1000 neonati a termine. Si presenta con necessi-

tà di rianimazione alla nascita, depressione neurologica, convulsioni ed anomalie EEG, e determina sequele neurologiche permanenti dal 30% fino al 100% dei neonati, a seconda della gravità del quadro. I danni cerebrali si sviluppano in due distinte fasi. Durante la **fase acuta** si verifica la morte di una quota di cellule nervose, conseguenza di un primitivo esaurimento delle riserve cerebrali di energia.

Alcune ore dopo l'insulto iniziale si verifica la **seconda fase** della necrosi neuronale a seguito di una serie di eventi biochimici a cascata che determinano un più intenso danno cerebrale. Esiste pertanto una finestra temporale che separa il danno acuto dal danno mediato dalla liberazione di sostanze tossi-



che, che consente eventuali interventi terapeutici.

Attualmente il più promettente intervento neuroprotettivo è il trattamento con **ipotermia lieve**, intesa come una riduzione della temperatura corporea di 3-4 °C per 72 ore. Dati presenti in letteratura hanno dimostrato l'efficacia di tale metodica. Sono state pubblicate finora quattro metanalisi dei vari studi condotti. Tra queste, la più recente, pubblicata sul BMJ all'inizio del 2010 riporta una riduzione significativa di morte o disabilità severa nei trattati, con eventi avversi estremamente contenuti, a condizione che tale trattamento sia eseguito in centri selezionati e seguendo protocolli ben definiti.

Nella TIN della nostra U.O. dall'aprile 2009 viene effettuato il trattamento con ipotermia generalizzata moderata per i neonati asfittici dell'Area Vasta Nord-Ovest, avendo aderito

al Progetto NeoNATI (Neonatal Neuroprotection of Asphyxiated Tuscan Infants), impegno regionale di rete toscana incentrata sulle 4 Terapie Intensive Neonatali di III livello che devono assicurare (ognuna nel rispettivo bacino di utenza) la disponibilità di tale trattamento per tutti i neonati toscani che ne avessero le indicazioni. Al momento i neonati da noi trattati sono stati sette.

Il 28/01/10 è stato inaugurato e attivato NINA, il Centro di formazione e simulazione per la rianimazione neonatale. Un punto di eccellenza per una crescita di nuove competenze in ambito sanitario, basata anche sull'innovazione tecnologica.

Il Centro, costituito all'interno dell'Unità Operativa di Neonatologia, è infatti dotato anche di un SimNewB, una sorta di neonato robotico a cui è stato dato il nome di "Nina".

Questo manichino computerizza-

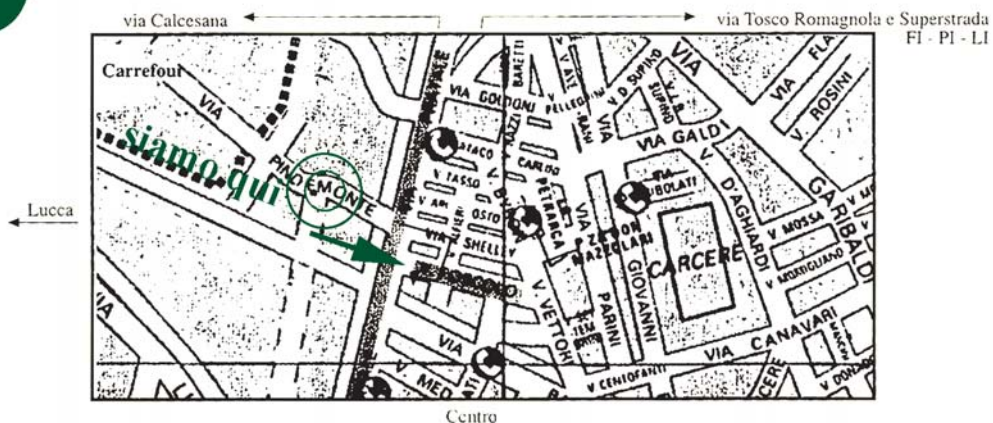
to, di dimensioni reali e in grado di simulare tutte le funzioni vitali di un neonato in condizioni critiche, permette al personale sanitario di imparare a eseguire le manovre di rianimazione, fino al difficile utilizzo della ventilazione meccanica.

È stata realizzata una struttura del tutto simile a un'isola neonatale ospedaliera, attigua alla terapia intensiva neonatale "vera". E l'utilizzo di Nina ha portato un cambiamento consistente nella mentalità della didattica, abbinando la teoria alla pratica. Il piccolo manichino è un simulatore perfetto: Nina misura 53 centimetri di lunghezza, pesa 3 chili e ha tratti realistici, inoltre piange, diventa cianotico, può manifestare convulsioni, aritmie, esattamente come un neonato critico vero.

Attualmente, il Centro pisano rappresenta l'unico esempio italiano di uso di queste modalità.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

Decreto incentivi

Il “pacchetto” con gli incentivi fiscali diretto a favorire i consumi è stato predisposto e dal 15 aprile 2010 sarà possibile acquistare i prodotti scontati.

Alcune tra le agevolazioni più rilevanti riguardano: l’acquisto di motocicli, di cucine componibili, di elettrodomestici, di immobili ad alta efficienza, di banda larga, di motori fuoribordo per la nautica.

Il meccanismo, diversamente dalle precedenti agevolazioni, per godere delle quali era il contribuente a dover provvedere ad una serie di adempimenti, consiste in uno “sconto” effettuato direttamente dal rivenditore. In estrema sintesi sarà il rivenditore che dovrà accreditarsi presso un call center appositamente costituito e gestito dalle Poste Italiane, e sarà sempre lui che dovrà verificare la capienza del fondo residuo a disposizione, e sarà lui a maturare un diritto al rimborso da parte dello Stato.

Il “bonus” complessivo di 300 milioni messo a disposizione dal Governo è stato suddiviso tra le diverse agevolazioni: per gli scooter sono stati stanziati 12 milioni di euro, per le cucine 60 milioni di euro, per gli elettrodomestici 8 milioni di euro, per la banda larga 20 milioni di euro (ma ne potranno usufruire solo i giovani tra i 18 e i 30 anni di età).

Quanto sopra evidentemente è un breve e parziale riassunto generale delle agevolazioni, proviamo a scendere nel dettaglio, ovvero ipotizziamo un acquirente che voglia godere del “bonus cucina”. In primo luogo per poter comprare la cucina “scontata” deve rottamare la vecchia cucina, e la sostituzione deve essere certificata dal rivenditore, in secondo luogo la nuova cucina deve

essere componibile (cioè non può essere in muratura, modulare o...), in terzo luogo deve rispettare i limiti di emissione di formaldeide previsti dalla normativa, in quarto luogo deve essere dotata della “scheda prodotto” emessa dall’azienda produttrice che ne certifica le caratteristiche tecniche, in quinto luogo affinché scatti l’incentivo il soggetto interessato allo sconto deve acquistare almeno due elettrodomestici ad alta efficienza energetica tra i seguenti: frigorifero/congelatore in classe A+ e A++, forno classe A, piano di cottura con dispositivo di sorveglianza della fiamma, lavastoviglie non inferiore alla classe A/A/A, in sesto luogo almeno due

di questi elettrodomestici devono essere inseriti nel corpo del mobile e non separati, infine sono escluse dal beneficio le cucine che non siano già predisposte per la raccolta differenziata con la dotazione di appositi contenitori. Il contribuente, verificate tutte le condizioni di cui sopra potrà godersi il suo sconto pari al 10% del costo con un limite massimo di 1.000 euro, purché il rivenditore dal quale sta acquistando la cucina sia registrato nell’apposito elenco e vi sia ancora capienza del fondo stanziato dalla Pubblica Amministrazione.

(Fonte: “Il Decreto Incentivi - Le Agevolazioni” - *Le Guide de “Il Sole 24 Ore”* 31 marzo 2010)



Girolamo Fracastoro e la patologia delle malattie contagiose

Girolamo Fracastoro nacque a Verona, da Paolo Filippo, di illustre famiglia di origine vicentina, e da Camilla Mascarelli, tra il 1476 e il 1478: la data è incerta, per altri invece sarebbe il 1483.

Nel 1495 si recò a studiare a Padova, ove seguì fra gli altri le lezioni di Girolamo Della Torre presso cui abitava e che lo spinse allo studio della medicina; ebbe come amico il Copernico e come maestro anche il Pomponazzi. Conseguita la

laurea *in artibus* nel 1502, ebbe subito l'incarico di lettore di logica, insieme a quello di *conciliarius anatomicus*.

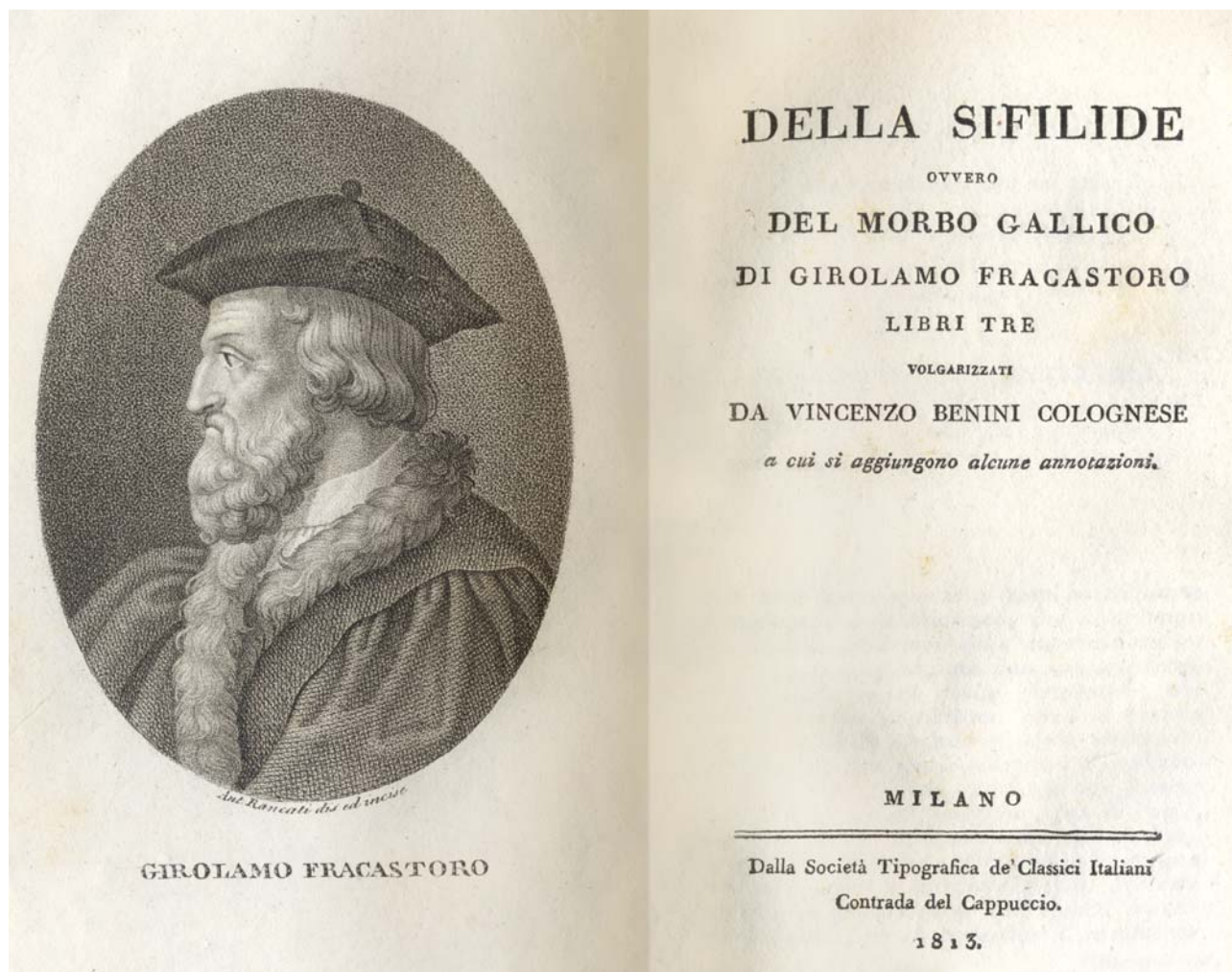
Nel 1500 si sposò con una giovane, dalla quale ebbe quattro figli maschi, uno solo dei quali gli sopravvisse, ed una femmina.

Il ricco patrimonio paterno che aveva, saggiamente amministrato, lo lasciò sempre libero da preoccupazioni economiche.

Alla fine del 1508 si trasferì a Pordenone, qui invitato dal condottie-

ro delle truppe veneziane Bartolomeo d'Alviano, signore di quella città, a far parte dell'accademia da lui fondata cui aderirono i più illustri rappresentanti della cultura veneta di allora.

Pochi mesi dopo ritornò a Verona, ove resterà sempre per tutto il resto della sua vita, dedicandosi completamente all'esercizio della professione, ottenendo ben presto una meritata fama e per questo richiesto anche da tante illustri e principesche famiglie. Il luogo



G. Fracastoro, *Della Sifilide*, Milano, 1813



L'edizione delle opere del 1637

prediletto dove abitò fu la villa che aveva ad Incaffi, alle pendici del monte Baldo all'inizio della Val d'Adige, e qui, in tranquillo raccoglimento, compose i suoi scritti principali. Ogni giorno girava per la campagna per vedere come procedevano i lavori agricoli, dilettandosi anche di caccia.

Importante in quegli anni l'amicizia che ebbe col vescovo veronese C. Matteo Giberti, che lo accolse nella sua accademia di studiosi e lo scelse come medico personale. Nel 1545 fu nominato medico ufficiale del Concilio di Trento (sono gli anni della controriforma), con un notevole stipendio, e qui si recava ogni qual volta ne era richiesto, ospite del cardinale Cristoforo Madruzzo. Avendo previsto nel 1547 l'insorgenza di una possibile epidemia di tifo petecchiale,

passionato di musica e di botanica. Per quanto attiene gli scritti medici, ricordiamo anzitutto il poema latino *Syphilis sive De morbo gallico*, stampato a Verona nel 1530 che suscitò subito un grandissimo interesse in Italia ed in Europa e che ebbe poi moltissime edizioni e traduzioni. L'opera è suddivisa in tre libri: nell'introduzione egli scrive che i suoi versi tratteranno di una nuova malattia che allora aveva invaso l'Europa e quindi penetrata anche in

su sua dichiarazione la sede del Concilio fu trasferita a Bologna, sede ritenuta più sicura in quei tempi, suscitando numerose critiche da parte degli avversari del partito papale.

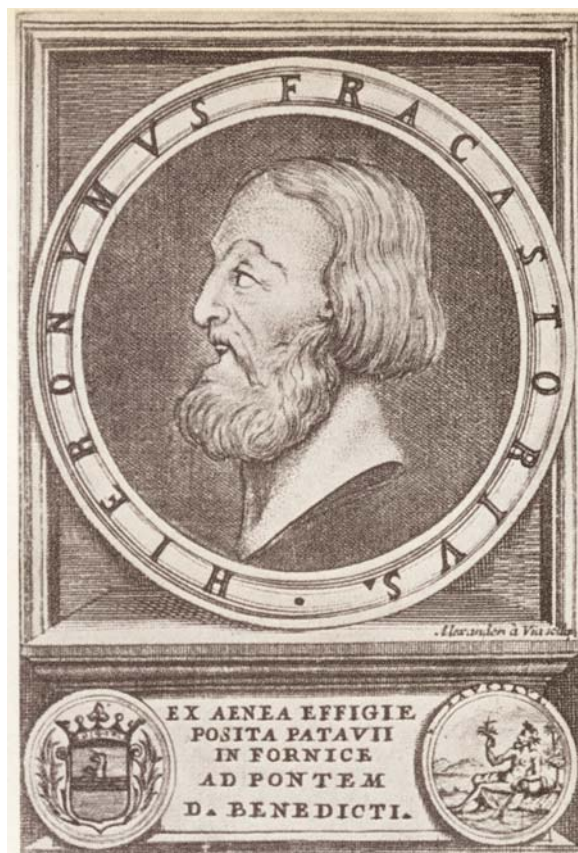
Fracastoro morì improvvisamente ad Incaffi per apoplezia il 6 agosto 1553, in piena attività di studio, lasciando incomplete alcune sue opere filosofiche e poetiche. La salma fu portata a Verona e tumulata nella chiesa di S. Eufemia; due anni dopo il Consiglio della città decise l'erezione di una statua in suo onore, nell'attuale piazza dei Signori.

Grande figura di scienziato e studioso, scrisse varie opere riguardanti la filosofia, l'astronomia, la religione; fu anche un poeta raffinato, un ap-

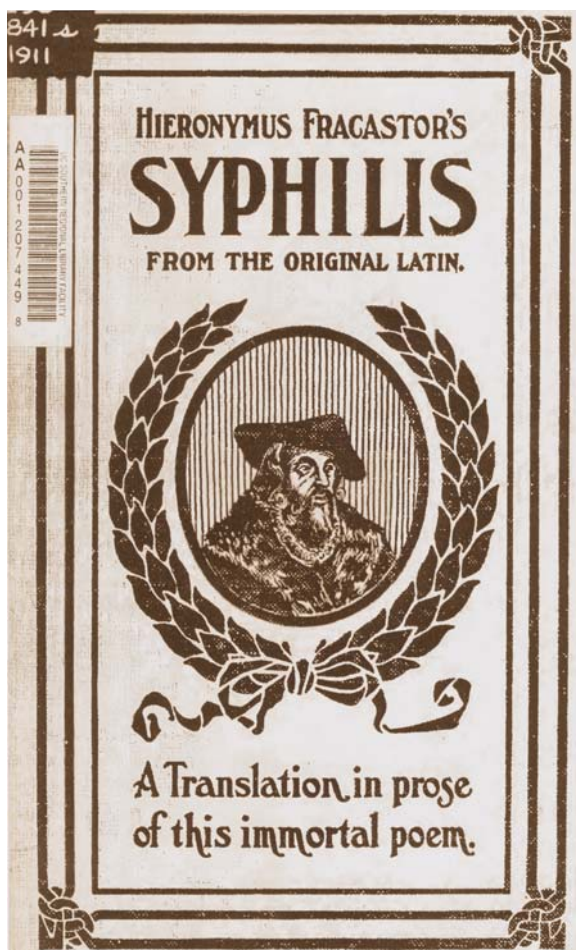
Italia con le soldatesche galliche dalle quali poi aveva anche preso il nome questo morbo.

Nel I libro, dopo un'invocazione alle Muse e ad Apollo perchè proteggano il poeta, seguono bellissimi versi dedicati a descrivere la malattia e le sue manifestazioni, nonché dei rimedi inutilmente impiegati: la lue continua sempre di più a dilagare. Nel II libro ricorda la scoperta dell'America e dei vari nuovi rimedi tentati per curarla, compresi il salasso e l'argento vivo. Segue il III libro, con la descrizione del guaiaco, da tempo coltivato nell'isola di S. Salvador, sul quale è riposta ogni speranza contro questo orribile male.

A questo punto il poeta inserisce il racconto di Sifilo (dal quale poi prenderà nome la malattia), pastore del re Alcitoo; avvenne allora una grande siccità, con conseguente perdita dei raccolti e delle greggi e questo pastore, sdegnato contro Apollo che riteneva causa di queste sciagure, si ribellò a lui,



Ritratto di Girolamo Fracastoro dal risguardo dell'Opera Omnia, edizione Padova, 1718



Una traduzione inglese del 1911

imprecando contro questa divinità. Implacabile lo sdegno di Apollo che colpì Sifilo con una nuova e grave forma morbosa, consistente in profonde e deturpanti ulcerazioni, che si propagò per contagio tra tutto il suo popolo e che solo per l'aiuto della ninfa Americhe poté essere curato. Unico e portentoso rimedio fu l'impiego del legno del guaiaco, albero che cresceva abbondante in quelle foreste; di lì poi fu portato in Europa.

Questo poema in versi latini è stato successivamente composto in italiano.

L'altra sua opera medica, anche questa di grande interesse per i contributi ivi presenti, è il *De contagione, contagiosis morbis*, edita a Venezia nel 1546, divisa lo stesso in tre parti, importante per le tante acute osservazioni presenti. Nella prima parte definisce cosa sia il contagio, che è per lui "un'infezione che passa da una cosa ad

conosciute.

E' questo il trattato che ha tanta importanza nella storia delle malattie contagiose. Fracastoro infatti per primo ebbe l'idea che il passaggio di una malattia dal malato alla persona sana poteva avvenire per mezzo di corpuscoli minutissimi, vivi ed invisibili, che riproducevano poi rapidamente nel sano la malattia. Tre i tipi possibili di contagio: per semplice contatto diretto, il più frequente, per contatto indiretto o per trasmissione a distanza, senza bisogno che le persone malate venga-

un'altra" e quali sono le sue caratteristiche; nel libro illustra con notevole precisione le febbri contagiose, il vaiolo, il morbillo, il tifo esantematico, la tisi, la sifilide (in cui le manifestazioni cutanee vengono descritte con precisione e con particolare evidenza per le forme gommose, delle quali viene illustrata la natura distruggente) e la lebbra.

Acute le sue osservazioni anche a proposito della tubercolosi, della sua cura e profilassi: egli consiglia di occuparsi principalmente dei germi annidati nei polmoni e di come si potrebbe distruggerli. La terza parte è dedicata a come possono essere curate queste affezioni allora

no in alcun modo a contatto con quelle sane. Questi corpuscoli che emanavano dall'organismo malato furono da lui chiamati "seminaria"; "fomites" invece i veicoli con i quali poteva diffondersi il contagio, come vestiti, lenzuola, utensili, oggetti vari. "seminaria" li riteneva possedere una consistenza gelatinosa e penetravano nelle piccole vene, agglutinandosi poi agli umori alterati, portando l'infezione all'interno del corpo colpito. Esisteva poi una "simpatia" cioè una affinità con la quale i germi corrotti attiravano e riproducevano i germi e questa proprietà spiegava come non tutti i soggetti, nelle medesime condizioni di rischio, si ammalassero.

Tutti i contagi si producono alla stessa maniera, mediante cioè queste particelle piccolissime, sottilissime, dotate di facoltà penetranti. Esiste quindi per Fracastoro un mondo patogeno vivente, invisibile, che diffonde e genera le malattie contagiose, che esce dal malato col respiro per poi diffondersi nell'aria: sono questi "semi-



Il Malfranciosato: lapide di marmo, chiesa di S. Maria in Porta Paradisi dell'Ospedale di S. Giacomo, Roma

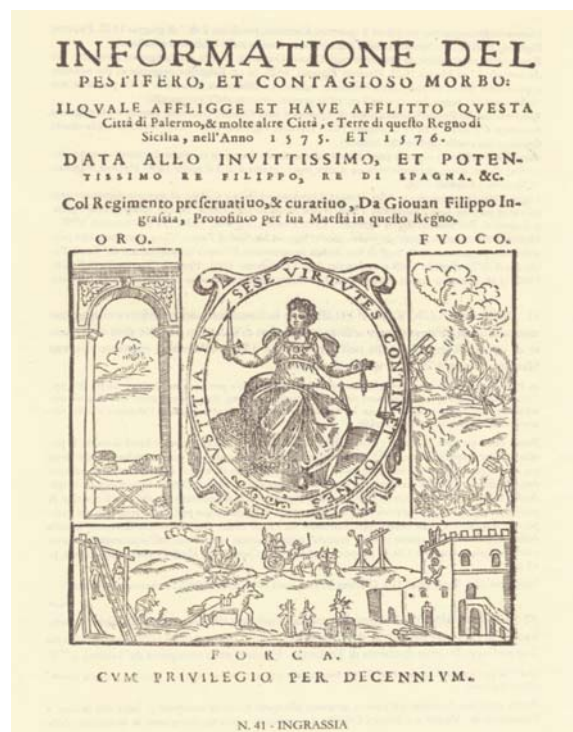
naria”, gli agenti morbigeni. I molteplici campi di interesse di Fracastoro sono documentati dalla varietà dei suoi scritti che si possono raggruppare in quelli di argomento astronomico (come *l'Homocentrica* ed altri scritti inediti su questo argomento), medici (oltre ai due citati, ricordiamo un trattato inedito sulla sifilide ed altri vari testi non stampati), filosofici (il *De anima*), religiosi (l'inedita *Controversia teologica*) e poetici (con il poema *Ioseph* ed una notevole quantità di componimenti latini ed anche in volgare).

L'*Opera omnia* contenente l'intera attività scientifica, filosofica e poetica fracastoriana fu pubblicata dai Giunti a Venezia nel 1555, cui seguirono alcune ristampe ed altre edizioni successive.

Fracastoro tenne una continua rete di scambi epistolari e tantissime furono le lettere che ebbe con

i più importanti studiosi della sua epoca e questo epistolario è ancor oggi solo in parte stampato.

Le epistole rappresentano una fonte importante non solo per determinare la data di composizione delle sue opere, ma ancor più perchè ci chiariscono la parte più viva del suo pensiero, oltre che ricco di notizie di ambito familiare e sulle sue amicizie. Ugualmente importanti sono inoltre i suoi scritti autografi conservati tuttora inediti nella Biblioteca capitolare veronese.



G.F. Ingrassia, *Informatione del pestifero et contagioso morbo*, 1577

Il XVI secolo, oltre che dalla violenta diffusione della sifilide, fu caratterizzato anche da ripetute epidemie di altri morbi, quasi sempre pestilenziali, fra cui gravissima quella che colpì tutta l'Italia nel 1575-77. Nella tabella seguente ricordiamo alcuni degli scrittori di questi eventi.

N. Massa	<i>De morbo Gallico</i> ; 1532 / <i>Liber de Febre pestilentiali...</i> , 1540
G. Gratarolo	<i>Pestis descriptio</i> , 1555
G. Falloppio	<i>Tractatus de morbo gallico</i> , 1564
P. Borgaruccio	<i>Trattato di Peste</i> , 1565
B. Landi	<i>De origine et causa Pestis Patavinae</i> , 1565
L. Fioravanti	<i>Il reggimento della peste</i> , 1565
	<i>Difesa contro la Peste</i> , 1565
S. Ferro	<i>Trattato della peste</i> , 1575
G. Garnerio	<i>Liber de peste</i> , 1576
G. Daciano	<i>Trattato della peste...</i> , 1576
A. Carcano	<i>De peste...</i> , 1577
G.F. Ingrassia	<i>Informatione del pestifero e contagioso morbo...</i> , 1577
A. Massaria	<i>De peste</i> , 1579
F. Alessandrini	<i>Trattato della Peste...</i> , 1586
A. Gratiolo	<i>Discorso di peste</i> , 1586

L'implantologia computer assistita

L'articolo "L'implantologia computer assistita" del dott. Massimo Fagnani, già pubblicato sul numero 42 di questa rivista, riportava importanti inesattezze che ne alteravano il significato.

Ce ne scusiamo con l'Autore e lo pubblichiamo di nuovo nella sua impostazione originale.

Dott. Roberto Trivelli per la Commissione Albo degli Odontoiatri.

La capacità dei moderni impianti osteointegrati di gestire un carico funzionale protesico è supportata da ampia letteratura. Molti odontoiatri hanno quindi inserito nella stesura dei loro piani di trattamento, per riabilitare il cavo orale dei loro pazienti, il ricorso all'implantologia. D'altra parte nel corso degli ultimi anni sono molto cambiate le aspettative dei nostri pazienti. Le richieste dei pazienti sono oggi orientate non solo verso una protesi fissa, ma anche verso una estetica appropriata, verso una diminuzione dei tempi di trattamento, verso il non dover sopportare protesi provvisorie rimovibili o non confortevoli, ma soprattutto verso una mini invasività di tutte le fasi del trattamento stesso. In definitiva le aspettative dei nostri pazienti sono esageratamente elevate e talvolta non realizzabili. A questa escalation abbiamo contribuito anche noi odontoiatri con pubblicità e messaggi non veritieri o troppo ottimistici, trasformando l'eccezione nella routine, per attirare sempre più pazienti nei nostri studi. Queste richieste della nostra patientela, come detto troppo elevate, ma pur comprensibili, sono una notevole complicanza per il lavoro dell'odontoiatra e del chirurgo orale. Molti "casi" si impongono fin dall'inizio come una sfida clinica per tutto il team odontoiatrico. La richiesta di avere nel cavo orale unicamente protesi di tipo "fisso" è forse, tra quelle sopra menzionate, la più semplice

da esaudire ed è dipendente unicamente dai tempi e dai costi. Il ricorso a implantoprotesi fisse in metallo ceramica o a protesi ibride del tipo "Toronto Bridge" riesce a garantire alla maggior parte dei pazienti una estetica e una funzione accettabile anche se talvolta si deve ricorrere ad interventi di ricostruzione ossea dove l'atrofia ossea non permette l'inserimento di impianti tout court. Infatti la volumetria ossea e una corretta architettura dei tessuti molli deve essere accuratamente valutata e, nel caso, corretta tramite innesti ossei o muco-gengivali o interventi di rigenerazione ossea prima, durante o dopo il posizionamento implantare. In alternativa si può ricorrere a frange di resina rosa che possa simulare i tessuti persi con la perdita degli elementi dentali, ma di questo bisogna informare preventivamente i nostri pazienti per non trovarsi a spiacevoli discussioni al termine del nostro lavoro. Le altre richieste dei nostri pazienti (estetica, tempi di trattamento ridotti, nessun provvisorio mobile, mini invasività) inseriscono variabili ancora più difficili da tenere sotto controllo durante le varie fasi del trattamento. Caricare immediatamente o precocemente gli impianti, per diminuire i tempi di trattamento, aumenta il rischio di non integrazione ossea, rischio che aumenta considerevolmente soprattutto in osso di scarsa qualità. Una estetica ineccepibile può derivare unicamente da una scelta accurata del posizionamento

implantare in termini mesio distali, vestibolo palatali e di asse, ammeso di aver corretto una sfavorevole volumetria ossea. Tutto questo si scontra infine con l'ultima richiesta dei pazienti che è quella di non avvertire dolore in nessuna fase del trattamento stesso, ma soprattutto di non avere complicanze, pur transitorie, che possono creare intralcio alla vita lavorativa o di relazione, come edemi, ematomi, difficoltà masticatorie etc. Per venire incontro a queste esigenze lo sviluppo tecnologico ha assunto da alcuni anni sempre più importanza; si lavora su nuove superfici implantari, sull'avvento di nuove tecniche e nuovo strumentario, su fattori di crescita ossea e su nuovi biomateriali. Da qualche tempo si lavora anche su specifici software che possano aiutare il chirurgo durante la progettazione e il posizionamento implantare, ma non risultava agevole coordinare la TAC con il modello di lavoro dell'odontoiatra e soprattutto mantenere un corretto orientamento spaziale durante l'acquisizione TAC del mascellare, in quanto come noto, un diverso posizionamento del collo e della testa del paziente, durante l'acquisizione, porta ad una immagine diversa per una diversa incidenza del raggio radiante sulla sezione ossea del mascellare. Ultimamente si sono evolute delle metodiche CAD-CAM che hanno permesso, insieme alle tecniche stereo litografiche di ricostruzione dei mascellari, di ottenere un "mo-

dello” di lavoro sul quale pianificare non solo la nostra protesi, ma anche tutto il nostro trattamento chirurgico. In questo modo è diventato possibile prevedere forma e dimensioni di un innesto osseo, così come numero, dimensioni e posizione dei nostri impianti, in modo estremamente sicuro e predicibile.

Soprattutto senza dover sollevare quei lembi muco gengivali che si rendevano necessari per valutare correttamente l'anatomia ossea del mascellare da trattare. Tutto questo permette un intervento assolutamente mini-invasivo con sequele molto ridotte per il paziente. Generalmente edema, ecchimosi e dolore post-operatorio sono assenti e la compliance del paziente è eccezionale. Altro vantaggio è la possibilità di pianificare accuratamente la posizione implantare rispetto alle strutture anatomiche nobili che devono essere accuratamente salvaguardate durante i nostri interventi. La nostra impressione clinica è che, con queste metodiche, si ottenga anche una integrazione più rapida e priva di complicanze. Spesso è quindi possibile far costruire dal tecnico una protesi provvisoria fissa già prima dell'intervento, protesi che risulta assolutamente precisa rispetto al nostro posizionamento implantare, in modo da poter gestire un carico distribuito su tutti i pilastri implantari inseriti. La letteratura ci conferma infatti che i casi di carico immediato più a rischio sono le mono-edentulie; più impianti splintati insieme, ammesso che siano inseriti con torque superiore a 40 N, sono invece i casi che generalmente hanno minori rischi di insuccesso. Il carico immediato è comunque, e per ora resta, l'eccezione; sono i casi di routine che permettono le soddisfazioni più grandi al chirurgo orale, perché, anche dopo tanti anni di pratica clinica implantologica, eseguire un posizionamento implantare “a mano libera” comporta sempre dei piccoli errori dovuti alla diversa densità ossea dei mascellari e alla inclinazione delle creste alveolari; piccoli errori che però comportano alcuni compro-

messi nella risoluzione protesica del caso. E abbiamo già detto come i pazienti siano, oggi, poco disposti ad accettare qualunque, sia pur piccolo, compromesso. Vari i software e le metodiche sul mercato: Simplant, Nobel Guide, VIP, Implant 3D, etc.

La metodica Model Guide abbinata al software Implant 3D permette una accurata pianificazione chirurgica partendo da un modello di lavoro in gesso dell'arcata del paziente da trattare. Uno stent particolare bloccato ad un mascherina diagnostica radio-opaca inserita nell'arcata del paziente permette un preciso posizionamento della testa del paziente stesso durante l'acquisizione TAC. Il software dedicato facilita la pianificazione chirurgica del caso ed infine il trasferimento CAD-CAM porta alla fabbricazione di una mascherina chirurgica che viene utilizzata durante l'intervento e che permette di “guidare” il posizionamento implantare esattamente nelle posizioni previste in sede di progettazione tridimensionale sul software.

La sistematica Model Guide permette il posizionamento di varie tipologie implantari di Aziende diverse e non è quindi “legata” a nessuna specifica Azienda implantare. La sistematica richiede però dei “mounter” dedicati ad ogni singolo impianto che si adattino perfettamente alle slaves della mascherina chirurgica. Siamo convinti che il rapido “passa parola” che stanno generando queste tecniche tra i paziente e i “messaggi” che filtrano da una rete internet sempre più presente nella vita quotidiana, imporrà a tutti gli odontoiatri che si occupano di chirurgia orale di dotare il proprio studio di una tecnica di “chirurgia guidata”. La “Model Guide” è sicuramente una tecnica con costi ridotti e affidabilità ottimale. Tutti gli interessati possono consultare il sito .

Quali i casi che possiamo trattare con questa tecnica? Tutti i casi di edentulia dove sia presente un minimo di cresta ossea residua; è inoltre possibile “guidare” impianti post-estrattivi immediati, pianificare un

rialzo di seno, eseguire osteotomie in serie o una split crest.. Sono però i casi complessi con moderata o grave atrofia ossea, dove sia necessario inserire un elevato numero di impianti, che riservano le maggiori soddisfazioni. La “chirurgia guidata” permette una pianificazione ottimale e un trattamento con minor stress per l'operatore e per il paziente. Il parallelismo degli impianti permette poi una protesizzazione semplificata e con risultato finale che può essere già previsto in fase pre-operatoria. Quali gli ulteriori impieghi clinici?

Oggi è possibile “guidare” quasi tutte le nostre manovre chirurgiche intra-orali. Quando dovevamo rimuovere un impianto fratturato, una vite da osteosintesi, una radice inclusa molto profonda si rendeva necessario un intervento molto demolitivo con ampio lembo muco gengivale; la chirurgia guidata con tecnica Model Guide ci permette oggi di ottenere risultati migliori associati alla mini-invasività della tecnica.

Domani gli utilizzi clinici si amplieranno ancora di più con orizzonti che non sono nemmeno prevedibili.

L'avvento dei macchinari TAC Cone Beam permetterà inoltre di sottoporre i pazienti ad una minore dose radiante. Se oggi utilizziamo la “guidata” nel 30%-40% dei casi non è azzardato affermare che arriveremo all'80-90% dei casi entro pochissimo tempo perché, come al solito, sarà il “mercato”, la richiesta dei nostri pazienti, a “guidare” le nostre scelte cliniche e terapeutiche. Molti Odontoiatri diranno che non hanno bisogno di alcuna “guida”. Ma è proprio vero? Tutti Noi, ma proprio tutti, abbiamo qualche errore riposto nel fondo dei cassetti dei nostri armadi. Anche ammettendo che questi errori non abbiano prodotto alcun danno biologico ai nostri pazienti, proprio questi errori sono a testimoniare il contrario. Alla fine di questo excursus voglio infatti ricordare ancora una volta un ultimo vantaggio della tecnica Model Guide. Quello di una ottimale ed opportuna tutela medico legale.

Di questi tempi è fondamentale “curare” anche questo aspetto della nostra attività.

Esempio di utilizzo clinico della tecnica Model Guide (Foto 1-6)



Foto 1, Pre-op.: edentulia III° Quad.



Foto 2, Universal stent per TAC



Foto 3, Mascherina Model Guide

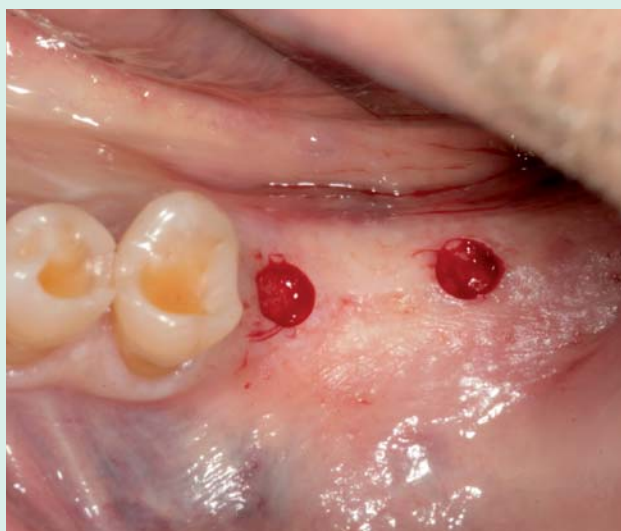


Foto 4, Mucotomie



Foto 5, Impianti inseriti con mounter



Foto 6, fine intervento

Fra il dire e il fare...

È con vivo piacere che alleghiamo integralmente la circolare del Presidente Nazionale C.A.O. Dott. Giuseppe Renzo, perché lascia intravedere un lontano barlume di luce in fondo ad un lunghissimo tunnel.



FNOMCeO

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

Oggetto: Istituzione Ordine
autonomo odontoiatri

FNOMCEO 01/03/10
RGP. 0002288 25010
Cl. 06.01.01/2

Ai presidenti delle Commissioni degli Iscritti
all'Albo degli Odontoiatri

Indirizzi E-Mail personali

Cari Colleghi,

ho il piacere di comunicarVi che il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, all'unanimità lo scorso 25 e 26 Febbraio, ha da un lato condiviso la necessità di inserire nel maxi emendamento al disegno di legge 1142 "Istituzione degli ordini e alibi delle professioni sanitarie infermieristiche ostetriche riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione", la previsione di una delega al Governo per garantire, nell'ambito dei principi della riforma delle professioni di medico, odontoiatra, Farmacista e veterinario anche l'autonomia politica, gestionale, amministrativa, previdenziale degli odontoiatri e dall'altro quello di provvedere, affinché sia resa accessibile già dalla prossima scadenza elettorale, alla professione odontoiatrica, l'elezione diretta dei propri rappresentanti. Tutto ciò è evidentemente frutto di una piena comunanza e di idee e di intenti della componente medica e della componente odontoiatrica della FNOMCeO ed in tal senso, un ringraziamento particolare è da riservare al Consiglio Nazionale, al Comitato Centrale ed al Presidente Bianco della FNOMCeO.

Si tratta, quindi, di due successi che non è esagerato definire storici e che costituiscono la migliore dimostrazione della validità dell'impostazione della tesi, da sempre sostenuta dai rappresentanti istituzionali della odontoiatria.

Sarà nostra cura, ovviamente, operare per dare rapida e concreta operatività a quanto deciso tenendovi costantemente informati sui prossimi sviluppi.

Un caro saluto

Giuseppe Renzo

È con altrettanto piacere che ci uniamo alla soddisfazione del Presidente espressa nel seguente comunicato stampa.



FNOMCeO

*Federazione Nazionale degli
Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri*

Condivisa dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO la prospettiva di realizzare, nella riorganizzazione legislativa degli Ordini, la piena autonomia della Professione odontoiatrica

“Il 26 febbraio 2010 è una data storica per l’Odontoiatria italiana”.

Con queste parole il presidente della **Commissione per gli iscritti all’Albo degli Odontoiatri**, Giuseppe **Renzo**, ha definito la giornata di ieri dei lavori del **Consiglio Nazionale** della **FNOMCeO**, nel corso della quale i presidenti degli Ordini provinciali hanno condiviso all’unanimità la prospettiva di realizzare, nell’ambito della riorganizzazione legislativa degli Ordini, nelle forme più opportune ed efficaci, **la piena autonomia gestionale, politica e amministrativa della Professione odontoiatrica.**

Il **Consiglio Nazionale** ha inoltre ritenuto opportuno *“riconsiderare le forme di rappresentanza delle professioni all’interno della Fondazione **ENPAM** e, anche a statuto vigente, provvedere affinché sia resa accessibile - già dalla prossima scadenza elettorale - alla professione odontoiatrica l’elezione diretta dei propri rappresentanti”.*

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma
Telefono 0636203215 - 0636203233 - 0636203255 - Fax 0636203292 E-mail: ufficiodontoiatri@fnomceo.it

Ma le nostre iscrizioni all’Ordine talora risalgono lontano nel tempo.

Siamo purtroppo cresciuti in una struttura ordinistica legata a leggi dell’immediato dopo-guerra. Alcuni hanno vissuto i cambiamenti legati alla nascita della laurea in odontoiatria ed i momenti in cui sembrava vicinissima la istituzione di un Ordine autonomo degli odontoiatri od almeno prossima la creazione di una vera “casa comune”. Una casa in cui la componente medica e quella odontoiatrica avrebbero dovuto convivere con reale reciproca autonomia. Ma per operazioni più o meno nascoste di lobby e per i soliti tempi lunghi della politica italiana la meta, apparentemente così vicina altre volte, non è stata mai raggiunta.

Spesso nati professionalmente come medici, in passato abbiamo vissuto con disagio l’idea di una separazione degli ordini. Abbiamo sempre sperato che l’intelligenza degli uomini arrivasse a prendere atto di una realtà professionale e sociale ormai diversa. Purtroppo non è stato così, e non lo è tuttora, nella nostra regione e nemmeno nella nostra provincia. Ancora ieri (Mercoledì 24 Febbraio 2010) nel verbale della riunione della CAO di Pisa si leggeva “...si auspica un superamento nei fatti dell’attuale quadro legislativo ordinistico del tutto inadeguato alle necessità del momento. Ciò dovrebbe portare ad una maggiore rappresentatività ed operatività della componente odontoiatrica all’interno dell’Ordine. Inoltre le Commissioni dovrebbero riunirsi ed essere attive in maniera da sviluppare una operosa collegialità fra esecutivo, commissioni e Presidente.... Naturalmente questa collegialità dovrebbe trasmettersi anche a livello regionale...”. A livello nazionale c’è sicuramente più rispetto reciproco, più collaborazione, più valorizzazione delle altrui professionalità. Ricordiamo che il tesoriere nazionale della FNOMCeO è un Odontoiatra: il Dott. Raffaele landolo. Da noi non si è padroni della gestione autonoma di un solo centesimo! Da noi prevale troppo spesso un egocentrismo monocratico, che impone soluzioni precostituite, che non affronta minimamente i problemi posti da altri. Si continua a gestire una casa

che comune non è con la forza di numeri e regole imposti da leggi vetuste.

Giungerà sulla nostra scrivania prossimamente, il **numero 43** di Pisa Medica. Ciò mi ha ricordato il primo articolo della nuova C.A.O. sul numero **24 del 2006**, che sostanzialmente fotografa una realtà a tuttora immutata. "... All'interno degli Ordini la redistribuzione dei compiti decisionali molto spesso non esiste e la gestione dei problemi comuni è affrontata quasi sempre solo dal punto di vista medico..."

"...La casa comune presuppone, come in tutte le famiglie, che nell'edificio ognuno abbia i propri spazi utili, che ognuno abbia le proprie libere disponibilità economiche, con la libertà di gestire le proprie specifiche attività..."

"...Un aspetto importante che desidero inoltre sottolineare per i suoi connotati formali e sostanziali è il naturale diritto degli Odontoiatri ad avere la vicepresidenza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri indipendentemente da qualsiasi esito elettorale. Ostacolare oltre ogni limite del consentito l'evoluzione naturale degli eventi è indice di una politica ordinistica conservatrice e conflittuale, che potrebbe portare purtroppo a due case separate dopo anni di livorose contese. A ciascuno la scelta del punto di arrivo desiderato.

L'attuale Commissione Odontoiatri di Pisa vuole l'unione sia a livello nazionale che a livello locale, portando avanti le istanze del nuovo e pensando al futuro con lealtà e collaborazione.

Questo è uno dei motivi per cui in questo numero di Pisa Medica escono gli articoli dei "dentisti", perché vogliamo che le nostre aspirazioni ed i nostri problemi siano letti da tutti, anche se distrattamente, anche dai medici non odontoiatri, affinché si ritrovino convergenze istituzionali ed umane..."

Gli anni passano ma l'Ordine è purtroppo sempre più lontano dagli Odontoiatri, ma anche dai Medici. "È stato detto che quando l'ingiustizia diviene palese e le leggi e gli statuti divengono irragionevoli ed iniqui per le modificate situazioni disciplinate, le norme devono cambiare per adeguarsi alla mutata realtà" (circolare FNOMCeO 3297/10 f.to Giuseppe Renzo).



Dacci il Cinque!

Senza spendere nulla puoi destinare una quota pari al 5 per mille della tua IRE a sostegno dell'**Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti ONLUS**, Sezione Provinciale di Pisa

Inserisci il codice fiscale n. 80002850503 nell'apposito spazio all'interno dei moduli per la dichiarazione dei redditi

firma per la solidarietà!

L'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti Onlus opera sul territorio nazionale dal 1920 ed è sottoposta alla vigilanza del Ministero degli Interni che ne approva i bilanci.

La sezione provinciale di Pisa è attiva dal 1947 ed ha sede in Via Cesare Battisti 5 Pisa Tel: 050/502082 Fax : 050/20259 e-mail: uicpi@uiciechi.it, l'utenza di riferimento è rappresentata dai circa tremila ciechi e ipovedenti che nella nostra provincia trovano nella nostra sede un valido punto di riferimento.

- La prevenzione della cecità;
- l'integrazione dei bambini nella scuola;
- il collocamento al lavoro;
- la riabilitazione visiva;
- l'autonomia personale e la mobilità autonoma;
- l'eliminazione delle barriere sensoriali e culturali;
- l'assistenza agli anziani;
- l'attività di patrocinio e di consulenza alle famiglie e alla scuola, costituiscono il fronte del nostro impegno quotidiano.

Donare il 5 per mille all'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti Onlus ci consentirà di potenziare la nostra attività a favore dei minorati della vista della nostra provincia ed inoltre costituirà condivisione di incoraggiamento per il nostro lavoro.

Tumore della mammella: insieme si può vincere

Il trattamento della patologia mammaria, dalla diagnosi alla cura ed alla riabilitazione, è un modello di percorso integrato multidisciplinare.

L'approccio al carcinoma mammario è completamente cambiato, non solo rispetto a 30 anni fa, ma per molti aspetti anche da cinque fa ad oggi. Richiede un costante aggiornamento e la professionalità non di un singolo, ma di un gruppo che deve lavorare in modo integrato, con un continuo scambio di dati, informazioni, discussione e conclusioni diagnostiche e terapeutiche. Questo gruppo di lavoro include diverse figure:

- il chirurgo senologo
- il radiologo e il tecnico di radiologia
- l'anatomo-patologo
- il chirurgo plastico
- il medico nucleare
- il radioterapista e il tecnico di radioterapia
- l'oncologo medico
- il fisiatra e il fisioterapista
- lo psico-oncologo
- l'infermiere dedicato
- volontari
- e poi l'anestesista, il fisico sanitario ecc.

Lo scambio di dati e l'aggiornamento clinico-scientifico non debbono essere affidati alla buona volontà con meccanismi una-tantum, ma previsti incontri codificati attraverso riunioni periodiche e regolari, possibilmente controllate e riconosciute dalle stesse Aziende.

Il modello ideale per far convergere questi professionisti e consentire una presa in carico completa delle pazienti con carcinoma mammario, anche in considerazione dell'incidenza epidemiologica estremamente

elevata della malattia, è rappresentato dalla creazione non solo di percorsi ma anche di spazi dedicati e riservati, definiti Breast Unit.

Trent'anni fa il trattamento del cancro mammario era senz'altro più semplice: tutti i noduli (intendendo ogni tumefazione, anche cistica) erano considerati neoplastici fino alla dimostrazione del contrario. Quasi tutte le pazienti venivano ricoverate, sottoposte a escissione biotica con eventuale valutazione istologica al congelatore (ove disponibile) e in caso di positività sottoposta direttamente a completamento di mastectomia. Il numero di biopsie benigne era notevolmente elevato, ma accettato di buon grado, essendo imperante il paradigma del *massimo trattamento tollerabile (oggi sostituito dal minimo trattamento efficace)*. Dalle difficoltà è nata la necessità di creare dei Centri ove le procedure diagnostiche e terapeutiche venissero razionalizzate ed impostate di volta in volta secondo le più recenti acquisizioni scientifiche.

La Regione Toscana, tra le prime in Italia, ha deliberato (n°927-12/2007) nel dicembre 2007 la creazione di Breast Units, a partire dalle tre Aziende Ospedaliero-Universitarie di Pisa, Firenze e Siena.

Il percorso inizia con la fase diagnostica. Una donna (o un uomo; non dimentichiamoci che su 100 carcinomi della mammella, 1 colpisce un uomo) con un rilievo autopalpatorio oppure strumentale di un reperto nuovo, con caratteri clinici o di imaging di sospetto, deve essere inviata dai medici di medicina generale allo sportello CORD- Accoglienza dell'Istituto Toscano Tumori. Questi sportelli, sparsi sul territorio Tosca-

no, rappresentano il primo accesso nel percorso. Il personale del Cord, adeguatamente formato, si fa carico di supportare la paziente sul piano organizzativo (programmazione della visita senologica e/o dell'approfondimento strumentale) ed anche di rappresentare un punto di riferimento e di supporto psicologico. Per esempio a Pisa abbiamo distaccato il CORD mammella direttamente presso la U.O. di Senologia (numero di accesso attivo dalle 8,30 alle 12,30 dal lunedì al venerdì:) per ottimizzare il flusso di pazienti ed evitare lungaggini e dispersioni.

E' universalmente accettato, in tempi di *terapia targeted*, cioè ritagliata su misura sul caso della paziente, che prima di arrivare all'atto chirurgico è opportuno avere la diagnosi microistologica della lesione o delle lesioni, alla quale sempre più spesso è utile associare il profilo biologico, cioè l'assetto dei recettori ormonali, la velocità di proliferazione e la presenza di recettori di membrana del gene *CerbB2-neu*, tutti utili ad esprimere l'aggressività intrinseca della malattia e a stabilire quale sia l'approccio migliore al caso specifico. In particolare negli stadi non iniziali è utile per discutere con oncologo e radioterapista se fare l'intervento chirurgico in prima battuta oppure terapia medica primaria.

Sempre nella fase diagnostica è necessario, sul piano loco-regionale, avere un quadro preciso dell'estensione della malattia, della multifocalità e dell'eventuale bilateralità del quadro. In questo ci viene in soccorso la RM mammaria, che, con indicazioni opportune ed eseguita in una precisa fase mestruale nelle pazienti pre-menopausa, se seguita da

un second-look ecografico, fornisce utili elementi al chirurgo per decidere, insieme con la paziente, il migliore approccio.

I campi di interesse principale della RM per il chirurgo sono rappresentati da

- *Valutazione della multifocalità/multicentricità*
- *Valutazione del residuo tumorale e della recidiva nella sede di terapia chirurgica conservativa*
- *Monitoraggio della risposta alla chemioterapia preoperatoria*
- *Protesi*

Si passa quindi nella fase chirurgica propriamente detta.

Il nuovo concetto di minimo trattamento efficace ha modificato drasticamente la qualità della vita delle pazienti trattate. Questo ha motivato alla diagnosi precoce, con un documentato miglioramento degli indici di guaribilità. La nuova filosofia di trattamento cerca di coniugare l'imprescindibile necessità di radicalità oncologica con la ricerca del miglior risultato in termini di qualità di vita. In questo ambito si colloca anche la metodica chirurgica definita in grado di coniugare i dettami della chirurgia conservativa tradizionale con metodiche mutuata dalla chirurgia plastica ricostruttiva.

Numerosi studi hanno già dimostrato l'efficacia e la sicurezza in termini oncologici, un miglior controllo locale in relazione al coinvolgimento dei margini (grazie alla maggior quantità di tessuto peritumorale asportabile), e soprattutto un allargamento delle indicazioni alla chirurgia conservativa anche in casi in cui l'ampia asportazione farebbe optare per la chirurgia demolitiva, basandosi sul concetto del rapporto tra volume della mammella e volume del tumore (in questi ultimi casi inoltre l'inevitabile asimmetria con la mammella controlaterale può essere immediatamente colmata con un intervento di simmetrizzazione).

Grandi passi avanti sono inoltre stati compiuti anche nel campo della chirurgia demolitiva. Oggi si parla,

laddove indicato, di **mastectomie conservative**, in grado di associare alla radicalità dell'intervento (che deve essere il primum movens del chirurgo oncologo) la conservazione della cute, o del complesso areola-capezzolo, e comunque della forma e della simmetria delle mammelle, mediante posizionamento di protesi oppure con ricostruzioni mammarie con lembi autologhi, associati a simmetrizzazione della mammella "sana".

Per quanto attiene alla chirurgia dell'ascella, è ormai dimostrato come il gold-standard sia la biopsia del definito come il primo linfonodo (o i primi linfonodi) che riceve linfa direttamente dal tumore primitivo mammario.

La biopsia del linfonodo sentinella consente uno studio accurato con metodica immunoistochimica, giungendo a riconoscere un interessamento metastatico anche minimo (micrometastasi) in pazienti con ascella clinicamente negativa, per fornire preziosi elementi studiati (lo studio ascellare non ha finalità curative se non nel caso di metastasi linfonodali accertate). La corretta applicazione del metodo LS necessita della sinergia multidisciplinare tra chirurgo, medico nucleare, radiologo e anatomopatologo: ognuna di queste competenze ha un ruolo fondamentale nelle diverse fasi della procedura dalla corretta identificazione, all'isolamento fino all'esame istopatologico del LS.

Le indicazioni alla biopsia del linfonodo sentinella, dapprima limitata, stanno ampliandosi a tumori di dimensioni maggiori e anche a particolari sottogruppi di pazienti come le donne gravide e gli uomini. Restano controindicazioni (al di fuori di studi) i carcinomi multicentrici e i carcinomi infiammatori. E' in discussione il ricorso al LS nel caso di chemioterapia primaria.

Per quanto riguarda la collaborazione tra chirurgo senologo e radioterapista, un argomento di particolare interesse è rappresentato dalla. A Pisa la U.O. di Senologia partecipa dal

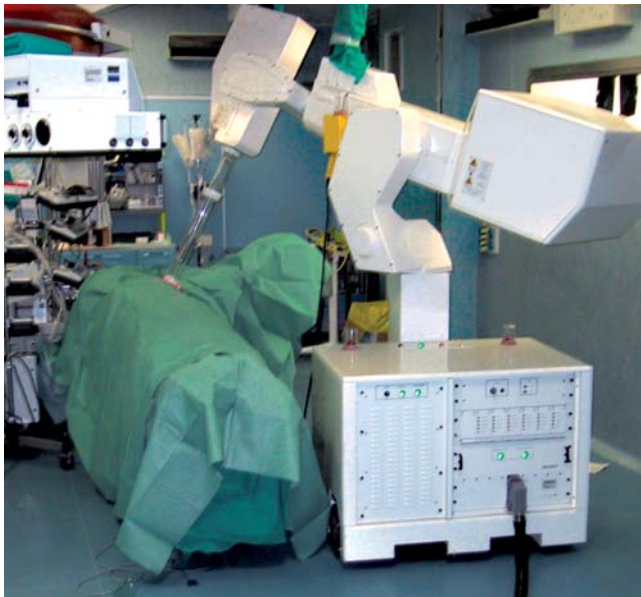
2003 a un trial multicentrico randomizzato di confronto tra radioterapia standard post-operatoria e radioterapia intraoperatoria mediante IORT (con acceleratore lineare di elettroni). Riportiamo schematicamente le principali indicazioni

- paziente postmenopausa
- diagnosi clinico strumentale di focolaio unicentrico di neoplasia con diametro ecografico non superiore a 2,5cm.
- Assenza di carcinoma in situ o Paget
- tumore non in stretta prossimità della cute
- tumore non situato troppo perifericamente
- condizioni precludenti il regolare follow-up o controindicazioni alla radioterapia

Gli studi, che hanno rilevato che la localizzazione delle recidive locali dopo quadrantectomia avviene in oltre l'80% dei casi nello stesso quadrante del primo tumore, hanno sollevato dubbi sulla reale opportunità di irradiare tutta la mammella nei carcinomi in stadio iniziale. Storicamente la IORT prevedeva lo spostamento del paziente, intubato, immediatamente dopo l'asportazione tumorale e l'esposizione del letto chirurgico, in un bunker situato nel reparto di Radioterapia nel quale veniva effettuata l'irradiazione mediante l'acceleratore lineare normalmente usato per RT esterna. Da diversi anni, sono stati realizzati acceleratori lineari mobili, dedicati, in grado di produrre fasci di elettroni di alta energia, che possono essere introdotti direttamente in sala operatoria. Uno di essi si trova a Pisa.

Vantaggi della IORT

I vantaggi radiobiologici della IORT sono legati all'eliminazione dell'intervallo di tempo responsabile del ripopolamento cellulare. Inoltre durante l'intervento chirurgico il tessuto presenta una vasodilatazione con maggiore apporto di ossigeno, che lo rende più radiosensibile.



l'irradiazione del solo volume bersaglio evita, con le opportune precauzioni, l'esposizione della cute e degli organi toracici sottostanti, con vantaggi evidenti in termini di riduzione del rischio di complicanze post-attiniche che vanno dalla radiodermite di vario grado fino alla pleurite, pericardite e polmonite, ad insorgenza acuta o cronica.

L'irradiazione del volume bersaglio è preceduta dal posizionamento dell'apparecchiatura sotto visione diretta, evitando l'imprecisa localizzazione dell'erogazione, consentendo una omogenea distribuzione di dose.

La possibilità di effettuare il trattamento radiante in un'unica seduta contestualmente all'intervento chirurgico evita alla paziente il disagio fisico e psicologico e l'impatto socio-economico di un trattamento altrimenti lungo (5-7 settimane), spesso oneroso per le difficoltà logistiche legate al raggiungimento del più vicino centro di radioterapia; consente una migliore sequenza temporale dei due trattamenti complementari post-chirurgici: radioterapia e chemioterapia; da ultimo determina un notevole snellimento delle liste di attesa dei centri di radioterapia.

Questo progetto, come altri in corso di sperimentazione, nell'applicazione

di nuove tecnologie nel trattamento integrato dei tumori mammari, rientrano nelle attività di validazione delle metodiche secondo i percorsi dell'HTA (Health technology assessment) della Regione Toscana, area chirurgica, il cui responsabile è il Professor Franco Mosca.

Cambiamenti non meno importanti hanno coinvolto il campo dell'oncologia medica: all'interno di questo percorso di cura multidisciplinare, oggi le donne che devono combattere contro un tumore al seno possono contare su un insieme di strumenti farmacologici estremamente efficaci e diversificati. A seconda della valutazione delle caratteristiche specifiche della paziente e della neoplasia, l'oncologo ha a disposizione nuovi chemioterapici, le terapie ormonali e la terapia biologica, soluzioni che possono essere impiegate anche in combinazione fra loro, se la situazione lo richiede. La possibilità di identificare per ogni paziente l'insieme ottimale di cure ha ridotto sensibilmente i casi di ripresa di malattia.

Infine è doveroso menzionare la fase riabilitativa.

La prognosi moderatamente favorevole del carcinoma mammario e l'elevata incidenza della patologia nella popolazione femminile rendono ragione della rilevanza, anche in termini di costi, che possono rivestire atteggiamenti volti a ridurre al minimo o evitare il rischio di possibili complicanze fisiche e psicologiche legate alla malattia e al trattamento. La presa in carico riabilitativa delle donne sottoposte a intervento per carcinoma mammario rappresenta un elemento peculiare e irrinunciabile del percorso di cura, con l'obiettivo

di creare le condizioni per una migliore qualità della vita della paziente attraverso la riduzione delle limitazioni funzionali che potrebbero determinare disabilità e che ha inizio dal momento della diagnosi.

Inoltre consente un intervento globale, fisico e psichico, attraverso un percorso riabilitativo. L'équipe multiprofessionale, in stretto collegamento con le altre discipline coinvolte, ha lo scopo di perseguire: l'informazione condivisa e consapevole della paziente, l'aspetto educativo relazionale, la gestione preventiva di possibili esiti, la gestione diretta di segni e sintomi patologici e disfunzionali. A Pisa da anni esiste una collaborazione con una fisiatra ed un gruppo di fisioterapisti, oltre a una psico-oncologa.

Senza la pretesa di esaurire in poche pagine un argomento complesso, abbiamo voluto presentare quello che è, in sintesi, il trattamento moderno e aggiornato del carcinoma mammario. Soprattutto si è voluto dimostrare come sia necessario il concorso di tutte le figure menzionate in apertura, per poter ritagliare il migliore percorso specifico per il singolo caso. Questo può e deve essere fatto nei centri senologici di terzo livello identificati dalla Regione nelle Breast Unit.

La materia è notevolmente evoluta rispetto anche a soli pochi anni fa. Ed evolverà ulteriormente. Con umiltà e con passione, sta a noi operatori aggiornarci e collaborare per migliorare sempre ciò che può essere offerto alle pazienti.

"la nostra scienza non è conoscenza (episteme): non può pretendere mai di aver raggiunto la verità e neppure un sostituto della verità come la probabilità"
(Karl Popper).

Il Centro per l'uso clinico delle cellule staminali (CUCCS) di Pisa

Alla fine del 2005, grazie al contributo della Regione Toscana, nasce a Pisa il Centro per l'Uso Clinico delle Cellule Staminali (CUCCS) come fulcro della ricerca traslazionale (con prospettiva di rapido trasferimento alla pratica clinica) nel settore delle cellule staminali e medicina. Il centro è stato promosso dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e sostenuto dalla Regione Toscana con un finanziamento iniziale di 3 milioni di euro.

Nel triennio 2006-09 le attività di ricerca del centro si sono indirizzate ad alcuni specifici settori (indicati qui di seguito) e sono state coordinate dal Prof. Mario Petrini. Sono stati impiegati 10 giovani ricercatori attraverso l'assegnazione di borse di studio per assegni di ricerca o dottorati.

Dalla fine del 2009 le attività del CUCCS sono coordinate dal direttore scientifico Prof. Ferruccio Bonino. Il programma di ricerca ora in corso prevede l'organizzazione di una piattaforma tecnologica e culturale comune, dedicata al settore di ricerca specifico, che sia di supporto ai gruppi che sviluppano progetti concreti di ricerca traslazionale (integrazione tra ricerca clinica, molecolare, genetica e cellulare applicata alla diagnosi e cura del paziente), in collaborazione con network nazionali e internazionali. La base da cui

parte tale piattaforma sono i risultati scientifici ottenuti in questi anni dai progetti condotti dai borsisti finanziati dal CUCCS, qui sintetizzati.

Un settore di ricerca ha riguardato la valutazione delle infrastrutture di sostegno delle colture cellulari o scaffolds che hanno il compito di fungere da supporto per la proliferazione ed espansione delle cellule staminali, con particolare riguardo alle matrici polimeriche biocompatibili e riassorbibili.

Tra i polimeri studiati, va citato l'acido-L-polilattico, per il quale è stato validato un nuovo metodo per analizzarne i costrutti dal punto di vista istologico ed istochimico.

Un filone molto importante di ricerca è stato quello dello studio del ruolo delle cellule staminali mesenchimali (CSM) umane come fonte di cellule

progenitrici potenzialmente in grado di riparare e/o rigenerare tessuti danneggiati. E' stata inoltre verificata la potenzialità di utilizzare come origine delle CSM non solo il midollo osseo (non sempre utilizzabile per il decremento di numerosità e capacità differenziativa correlato all'età), ma l'interessante alternativa delle cellule ottenute da sangue del cordone ombelicale tramite donazione con metodiche non invasive.

Come progetti di ricerca integrata al fine di una più rapida traslazione clinica sono stati condotti studi sulla crescita e differenziazione delle CSM in scaffolds 3-dimensionali biodegradabili, con l'obiettivo di valutarne la potenziale applicabilità in medicina rigenerativa ed ingegneria dei tessuti, in particolar modo per le possibili applicazioni nella chirurgia ortopedica.





Un altro importante settore di ricerca ha seguito l'ipotesi d'uso delle CSM umane per attività immunosoppressiva, poiché inibiscono l'azione dei linfociti T e B. Ad esempio è stato valutato il ruolo delle CSM sull'attività dei linfociti T gamma/delta, che svolgono un importante ruolo nella risposta immune, nelle malattie tumorali.

I risultati hanno contribuito a chiarire alcune attività delle cellule mesenchimali espresse ex-vivo, suggerendo i meccanismi di interazione delle CSM con i linfociti T gamma/delta. Pertanto la modulazione dell'attivazione e proliferazione di queste cellule appare potenzialmente rilevante per lo sviluppo di nuove terapie nel campo delle malattie reumatiche e infiammatorie croniche.

È stata inoltre descritta una nuova popolazione costituita da cellule progenitrici mesodermiche capaci di differenziare in CSM, in appropriate

condizioni di coltura.

È stato dimostrato che, dopo la purificazione, le cellule progenitrici mesodermiche possono proliferare ed essere indotte a differenziare, suggerendo così un possibile impiego in medicina rigenerativa. Dato molto interessante è che, al contrario, le CSM non possono essere indotte a differenziare in cellule progenitrici mesodermiche.

Un altro filone di ricerca di medicina rigenerativa è focalizzato sulle recenti possibilità offerte dall'ingegneria dei tessuti per la ricostruzione della catena ossiculare dell'orecchio medio, in alternativa alle protesi correntemente usate nella pratica clinica, che possono presentare il fenomeno dell'estrusione.

L'interesse degli studi è associato alla costruzione di matrici di polimero biocompatibile e biodegradabile su

cui sono state coltivate CSM umane osteoindotte. I risultati preliminari suggeriscono prospettive di utilizzo dell'ingegneria dei tessuti come nuova frontiera dell'ossiculoplastica.

Al seguito di tali risultati, il CUCCS ha emanato con scadenza l'8 marzo un bando innovativo (800.000€) per progetti di ricerca traslazionali sulle cellule staminali mesenchimali, che si propone di evitare la frammentazione dei finanziamenti che comporta l'avvio di numerosi brevi progetti che conducono raramente a risultati concreti nella pratica clinica, finanziando invece pochi progetti (al massimo 4) di medio termine (3 anni) con criterio di verifica competitivo.

I progetti ammessi al finanziamento dovranno essere di ricerca traslazionale, innovativi, mirati ad una evidente ricaduta clinica pratica e presentare uno sviluppo dettagliato in fasi annuali del percorso di risultato.

I progetti devono essere co-finanziati almeno per il 50% da altri fondi pubblici o privati, cioè a garanzia del fatto che non esiste concreto progetto di ricerca traslazionale senza una base di solida ricerca già esistente e documentata da un co-finanziamento. Altra novità per un bando pubblico è l'indicazione precisa e la sostenibilità degli endpoint intermedi e degli indicatori di risultato, ed i rispettivi tempi di realizzazione, saranno parte integrante del giudizio di merito, da parte del Comitato Tecnico-Scientifico del CUCCS, ai fini sia della selezione dei progetti sia della conferma annuale del finanziamento.

Il rinnovamento del finanziamento sarà infatti subordinato alla presentazione di un effettivo stato di avanzamento della ricerca secondo ciascuno degli endpoint prefissati nel progetto. Per i progetti che non avessero conseguito i risultati attesi, il finanziamento verrà interrotto.

Vista la rilevanza dell'iniziativa, che potrà coinvolgere anche centri di ricerca internazionali, l'annuncio del bando per progetti è stato anche pubblicato a febbraio sulla prestigiosa rivista "Nature".

Prevenzione primaria del tumore colon-rettale

Secondo il WHO nel mondo vengono diagnosticati ogni anno oltre un milione di tumori del colon retto (CCR), con ampia prevalenza del continente europeo. In Italia secondo dati pubblicati nel 2009, il tasso di incidenza di CCR è rimasto sostanzialmente stabile nelle donne mentre negli uomini si è osservato un aumento di incidenza di circa l'1%, pur rimanendo il CCR stabile al 4° posto come incidenza totale, dovuta non solo all'aumento nell'età media ma anche per effetto della diagnosi precoce, pur essendo la minore mortalità complessiva per la diagnosi tempestiva in parte oscurata

dall'effetto dell'invecchiamento. I tumori «in ascesa» sono tutti oggetto di campagna di prevenzione. Tra i 5 tumori che uccidono di più, il CCR risulta al secondo posto, sia negli uomini che nelle donne. Dal momento che oltre il 50% dei pz ai quali viene diagnosticato il tumore muore prima dei 5 anni, la prevenzione è la parola chiave di questo processo. Come fare prevenzione quindi?

Per il CCR esistono due tipi di prevenzione.

La prevenzione secondaria viene svolta attraverso le campagne di screening su gruppi a rischio per età

o altri fattori (ad esempio la familiarità) ponendosi l'obiettivo di diagnosticare gli adenomi sporadici e rimuoverli per via endoscopica prima della loro evoluzione in CCR o la diagnosi di tumore in una fase molto iniziale, permettendo con una diagnosi tempestiva, la messa in opera dei trattamenti endoscopici, chirurgici o farmacologici finalizzati ad aumentare le possibilità di guarigione.

La prevenzione primaria viene invece svolta a vari livelli, che coinvolgono lo studio genetico, le modifiche dello stile di vita e la chemioprevenzione. L'obiettivo della prevenzione primaria è in sostanza quello di eliminare i fattori di rischio e promuovere comportamenti virtuosi. I risultati della prevenzione primaria non sono immediati ma si ottengono nel lungo periodo.

Il 5% circa del CCR è riconducibile a sindromi genetiche che possono essere verificate con appropriati test genetici disponibili in commercio, tra queste le più frequenti l'HNPCC, acronimo di Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer, mutazione genetica ad ereditarietà autosomica dominante associata non solo allo sviluppo di CCR ma anche, tra l'altro, a neoplasie di utero ed annessi, delle vie urinarie e dello stomaco. Al fine di riconoscere le 3 sindromi genetiche più frequenti associate al CCR (oltre alla HNPCC, anche FAP e MAP) sono attualmente in commercio degli specifici test. Al di fuori delle sindromi genetiche ben riconoscibili è indubbio che esista una quota di familiarità anche per CCR ed adenomi sporadici del colon, la cui incidenza, secondo i vari studi, varia dal 10 al 30%, con incremento del rischio in base al numero ed al grado di parentela delle persone affette, andando da un au-





mento del rischio di 1,5 volte in caso di familiare di 2° o 3° grado con tumore del colon, a 3-4 volte in caso di 2 familiari di 1° grado con CCR o 1 solo familiare con CCR diagnosticato prima dei 50 anni. Si può considerare la familiarità come un fattore di rischio per lo sviluppo del CCR.

Anche la presenza di malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI, morbo di Crohn o rettocolite ulcerativa) è correlabile ad un maggiore rischio di sviluppare CCR, con incremento dello 0,5-1% ogni anno dopo circa 10 anni dalla prima diagnosi; secondo alcuni studi questi pz avrebbero un incremento del rischio di sviluppare CCR ben 5 volte più alto rispetto alla popolazione generale e tale rischio non sembra aumentare (ma neanche diminuire) con le fasi di attività o remissione della MICI.

Si tratta comunque di pazienti monitorati, che eseguono controlli endoscopici periodici, per i quali le possibilità di riscontro precoce di una degenerazione sono maggiori.

Punto cardine nella prevenzione primaria del CCR è lo stile di vita, ed in particolare il tipo di dieta che viene seguita. Esistono numerosi studi in let-

teratura nei quali la maggiore incidenza del CCR è legata al sovrappeso, all'obesità, a diete povere di frutta ed iperproteiche. In particolare nell'uomo il BMI è stato riconosciuto come fattore di rischio (nella donna il rapporto vita/fianchi). Fattori che producono questi stati sono l'inattività fisica e l'overintake calorico, che portano ad aumento del BMI con progressiva evoluzione nel range dell'obesità. E' provato che

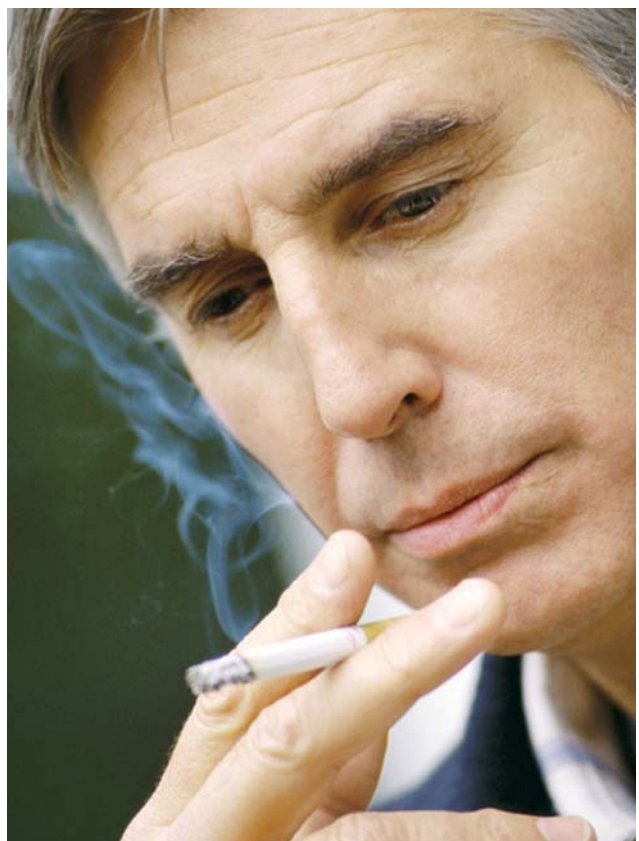
l'obesità si associ ad un aumentato rischio di tumore, non solo per il CCR. In sintesi le ragioni di questa aumentata incidenza sono la possibilità di ingerire col cibo una maggiore quantità di carcinogeni alimentari, la perdita degli effetti protettivi indotti dall'attività fisica con incremento del deposito di tessuto adiposo. Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di CCR per introduzione diretta di carcinogeni col fumo ed il loro passaggio verso il colon. Il fumo incrementa le dimensioni dei polipi rispetto a quelli dei non fumatori ed in linea generale maggiori sono le dimensioni del polipo, maggiori sono le possibilità che questo degeneri in CCR. Secondo alcuni studi fino al

12% delle morti per CCR potrebbe essere attribuito al fumo.

A metà strada tra miglioramento dello stile di vita e la chemioprevenzione si inseriscono i cosiddetti fattori antiossidanti naturali, quali il pterostilbene, contenuto nei mirtilli e nell'uva, i polifenoli dell'olio extravergine d'oliva e di frutta e verdura fresche, gli allisolfuri dell'aglio e della cipolla ed il licopene contenuto nel pomodoro. Se ci fosse stato bisogno di confermarlo la prevenzione del CCR comincia a tavola.

Infine la prevenzione farmacologica. Per il CCR essa è una realtà ed è disponibile in letteratura una mole di studi di cui molti già completati, alcuni nuovissimi in fase di attuazione riguardanti l'utilizzo di diversi tipi di farmaci, quali il 5ASA o la metformina.

In ogni caso il farmaco che si è dimostrato senza dubbio efficace nel ridurre l'incidenza del CCR sono gli anti-CO₂. Uno degli studi più ampi, a doppio cieco ha determinato la riduzione di incidenza di comparsa dei polipi nel 33-45% dei casi rispetto ai non trattati.



Marco Zanobini Centro Cardiologico Monzino IRCCS. - Università di Milano

La sospensione della terapia anti-coagulante dopo ablazione chirurgica della fibrillazione atriale

Il trattamento chirurgico della fibrillazione atriale rappresenta una tecnica consolidata che vanta ottimi risultati a medio-lungo termine.

La procedura, evoluzione della classica Cox-Maze, consiste nell'isolamento delle vene polmonari di destra e di sinistra e dell'auricola sinistra (con la sua chiusura), unitamente alla creazione di linee di ablazione standard atriali sinistre di congiunzione dei box polmonari tra loro e con l'anello mitralico.

Attualmente sono candidati al trattamento chirurgico della fibrillazione atriale pazienti con FA isolata già sottoposti a ripetuti tentativi di ablazione per via percutanea senza successo (FA alone); e tutti quei pazienti in FA o con storia di FA che sono sottoposti ad intervento cardiocirurgico.

La tecnologia impiegata si avvale più frequentemente della radiofrequenza irrigata quale fonte di energia, erogata mediante device monopolari, bipolari o misti.

La casistica personale consta di circa 300 pazienti con un'età media di 64 anni affetti, nella maggior parte dei casi, da patologia mitralica e concomitante fibrillazione atriale (nel 53% dei casi di tipo permanente, nel 47% parossistica).

Ad un follow up medio di circa 73 mesi, la procedura raggiungeva un primo endpoint, individuato in un ripristino di ritmo sinusale stabile all'Ecg con conseguente consistente miglioramento dell'emodinamica del paziente, nel 61% dei casi.

Un secondo obiettivo della proce-

dura consisteva nella possibilità di sostituire gli anticoagulanti orali (necessari in caso di persistenza di fibrillazione atriale) con un farmaco antiaggregante gravato da meno effetti collaterali, risultato raggiunto al follow up nel 57% dei pazienti, un numero inferiore rispetto a coloro (61%) che presentavano un'onda P o un'onda atriale all'Ecg.

In particolare, ripetuti controlli ecocardiografici dopo l'intervento volti a monitorare il recupero della contrattilità atriale sinistra da noi considerata quale criterio migliore per la decisione di sospendere la terapia con dicumarolici, hanno permesso di evidenziare un progressivo trend di recupero della contrattilità, che, tuttavia, mostrava una comparsa leggermente più tardiva rispetto alla semplice presenza di un'onda P all'Ecg di superficie.

Queste osservazioni pertanto suggeriscono che una valutazione ecocardiografica mirata alla performance atriale sinistra costituisce

uno strumento indispensabile per autorizzare la sospensione dei dicumarolici.



il device con radiofrequenza irrigata utilizzato per l'ablazione

La Soluzione Vincente per i Vostri Convegni, Eventi, Meeting

Una formula Ottimale a Servizio completo

- Studio di fattibilità
- Stesura del budget
- Individuazione della location e contatti con tecnici e fornitori per definizione dei servizi correlati (attrezzature tecniche, assistenza in sala, catering, allestimenti, prenotazioni alberghiere)
- Contatto con la segreteria scientifica per definizione programma scientifico
- Preparazione sponsor kit e ricerca sponsor
- Gestione mailing list
- Pratica ECM
- Divulgazione programma scientifico
- Raccolta abstracts e preparazione volume degli atti sia in formato cartaceo che multimediale
- Preparazione materiale didattico
- Gestione viaggio e soggiorno relatori
- Gestione iscrizioni
- Definizione di programmi per accompagnatori o post congress tour
- Organizzazione eventi sociali
- Organizzazione e gestione segreteria organizzativa in sede di evento
- Organizzazione e gestione ufficio stampa
- Realizzazione e coordinamento conferenza stampa

ARCHIMEDIA
C O M M U N I C A T I O N



LA COMUNICAZIONE A 360°
www.archimediapisa.it

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa › tel 050 22 00 078 050 22 01 480 › fax 050 22 06 673 050 22 04280 › e-mail: info@archimediapisa.it



ESPOSIZIONE D'IGIENE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

SIZIONE-INTER
E-INDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



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.

ACQUA E TERME
U
DI ULIVETO SPA
DAL 1868
Acqua Minerale Naturale
ULIVETO
Aiuta la Digestione
VICOPISANO PISA
TERME DI ULIVETO

DIPLOMA

PADOVA 11. Giugno 1900
IL PRESIDENTE
IL SEGRETARIO

IL SEGRETARIO

IL SEGRETARIO