

PisaMedica

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

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

in questo numero:

Cocaina tra droga e depressione

*I. Pergentini - M. Corsi
M. Muti - G.U. Corsini*
Dipartimento di Neuroscienze,
Sezione di Farmacologia - Univ. di Pisa

Meeting della Società Italiana di Odontoiatria Infantile: Pisa 2/10/2010

E. Giannotti
Borsista U.O. di Chirurgia Orale
Dipartimento di Chirurgia Università di Pisa

Il personaggio Intervista al Prof. Alberto Zanchetti

P. Garzia
Responsabile Comunicazione
Istituto Auxologico Italiano di Milano

Il nuovo Centro Servizi "L'Aeroscalo": l'edificio più moderno e tecnologico nel cuore dell'area di sviluppo di Pontedera.



Cinque piani di aree direzionali, un piano terra destinato ad attività commerciali, tutti tecnologicamente attrezzati. Superfici variabili con dimensioni che vanno dai 64 mq. sino ad oltre i 1200 mq. o più. "Semplici numeri" che sono alla base del nostro progetto accuratamente predisposto per rispondere alle nuove sfide del mercato. Tutto questo nel più prestigioso ed ipertecnologico edificio, a due passi dal centro di Pontedera, nella nuova zona industriale sorta al centro di una rete viaria ed infrastrutturale che non ha eguali nell'intera regione.

Come abbiamo tradotto il concetto di spesa in INVESTIMENTO

Qualità ed innovazione nelle scelte costruttive, risparmio energetico e spinta alla esclusiva caratterizzazione lo rendono unico sul territorio, sia per contenuto tecnologico che per posizione.

I minori costi per le comunicazioni e per la connettività, i ridotti consumi per il riscaldamento ed il raffreddamento, per effetto delle tecnologie adottate e degli accordi fatti dal consorzio con fornitori di servizi e di energia consentono di garantire i più bassi costi di gestione.

Le dotazioni tecnologiche, l'elevato comfort ottenuto con le caratteristiche di involucro e la sua collocazione al centro dell'area industriale lo rappresentano come esclusiva destinazione per chiunque intenda risolvere esigenze di razionalizzazione delle proprie attività professionali e per integrarle con interessanti opportunità di investimento.

Tutto questo garantisce parametri interessanti di reddi-

tività anche nel caso di successiva locazione.

La sua posizione lo rende facilmente raggiungibile da ogni punto sia della zona industriale che della città; la vicinanza al centro cittadino e gli ampi parcheggi ne consentono l'impiego anche per destinazioni a servizio al pubblico. La posizione strategica raccorda efficacemente le nuove aree industriali al centro della città ed al territorio circostante; il tutto completato da un apparato infrastrutturale unico per la presenza di arterie e snodi che integrano le diverse forme di mobilità disponibili: aerea, marittima, stradale, ferroviaria.

Inoltre su richiesta del cliente, la consegna dell'unità immobiliare potrà essere comprensiva dell'arredamento dei locali.



Per vedere il video del nuovo Centro Servizi fotografa con il tuo cellulare il codice Qr.



Inizio consegne: Giugno 2011



Contattateci o visitate i nostri uffici presso CNA di Pontedera in Via Brigate Partigiane, 2
Tel. 0587 59038 - Fax 0587 52044 - cell. 345.6737562 - www.progettocampuspontedera.it

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Senza il medico, non si fa la medicina

Le tecnologie si dimostrano ogni giorno più importanti per la tutela della salute (dalla Tomografia Assiale Computerizzata, alla Risonanza Nucleare Magnetica, ai robot, ad internet). Ma, alla fine, davanti al malato c'è e ci sarà sempre il medico, cui è demandata la responsabilità della diagnosi e la scelta della terapia.

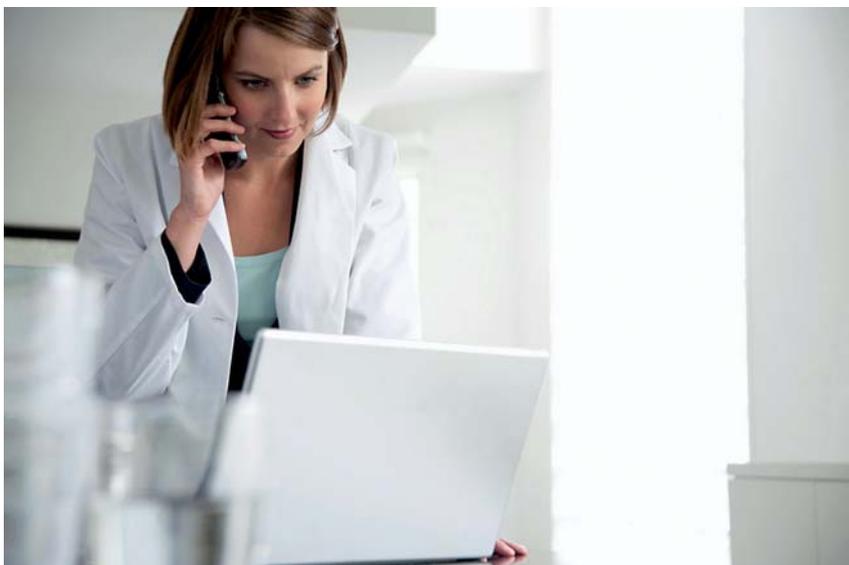
Nata con l'umanità, la medicina è stata infatti contrassegnata da continue scoperte, innovazioni geniali scaturite dall'intuizione dell'uomo che hanno facilitato il percorso della salute, defilandolo però lo stesso medico nel rapporto interpersonale con il paziente. La tecnologia, specie nel secolo scorso, ha proporzionalmente vissuto la fase di maggiore sviluppo, dando di contro una forte spallata alla priorità decisionistica del curante. Un prezzo comprensibilmente anche da pagare, ma che non deve in ogni modo cancellare la nostra missione.

Ebbene, senza allora nulla togliere all'importanza ed all'indispensabilità

del progresso scientifico, noi oggi riteniamo opportuno concretizzare un richiamo chiaro, affatto ideale, bensì pragmatico, funzionale ed operativo. In sostanza, vogliamo ricordare a tutti che, senza il medico non si fa la medicina, né ora, né mai.

Le innovazioni servono indiscutibilmente ad incrementare le possibilità di successo, però alla fine – a tirare comunque le fila di un importante discorso ovvero a stare dietro quelle macchine – sarà sempre e solo chi abbia la responsabilità morale, oggettiva e reale di tutelare al meglio la salute del proprio paziente.

E' il messaggio, fra l'altro, che ci tramanda il nostro Giuramento d'Ippocrate. Con orgoglio, lo abbiamo letto in tante occasioni nel corso della vita professionale. Non si tratta soltanto di belle parole. Ed è proprio il momento di ricordarlo, con fermezza, nel suo significato più profondo e sincero, quello che non si cancella mai: quindi ieri, come oggi e domani, noi gli manteniamo e gli manterremo fede.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

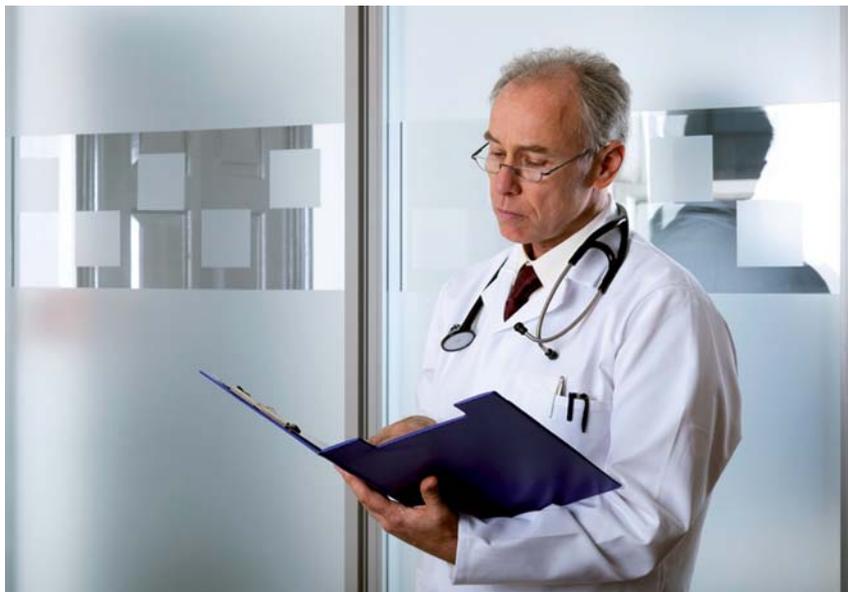
Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Sapere, saper fare, essere e divenire

Anche l'Ordine di Pisa ha dato il proprio fattivo contributo alla organizzazione della seconda Conferenza nazionale della Professione Medica che la FNOMCEO ha promosso a Roma. Un appuntamento quanto mai importante per delineare il futuro degli iscritti.

Lo scopo è stato quello di garantire la qualità della professione. Il traguardo si raggiunge – ha detto il presidente Amedeo Bianco – con una formazione “long life” che sia adeguata ai fabbisogni dell’utenza, che rispecchi le esigenze dei professionisti ed insegni sempre più a “sapere, saper fare, saper essere e divenire”.

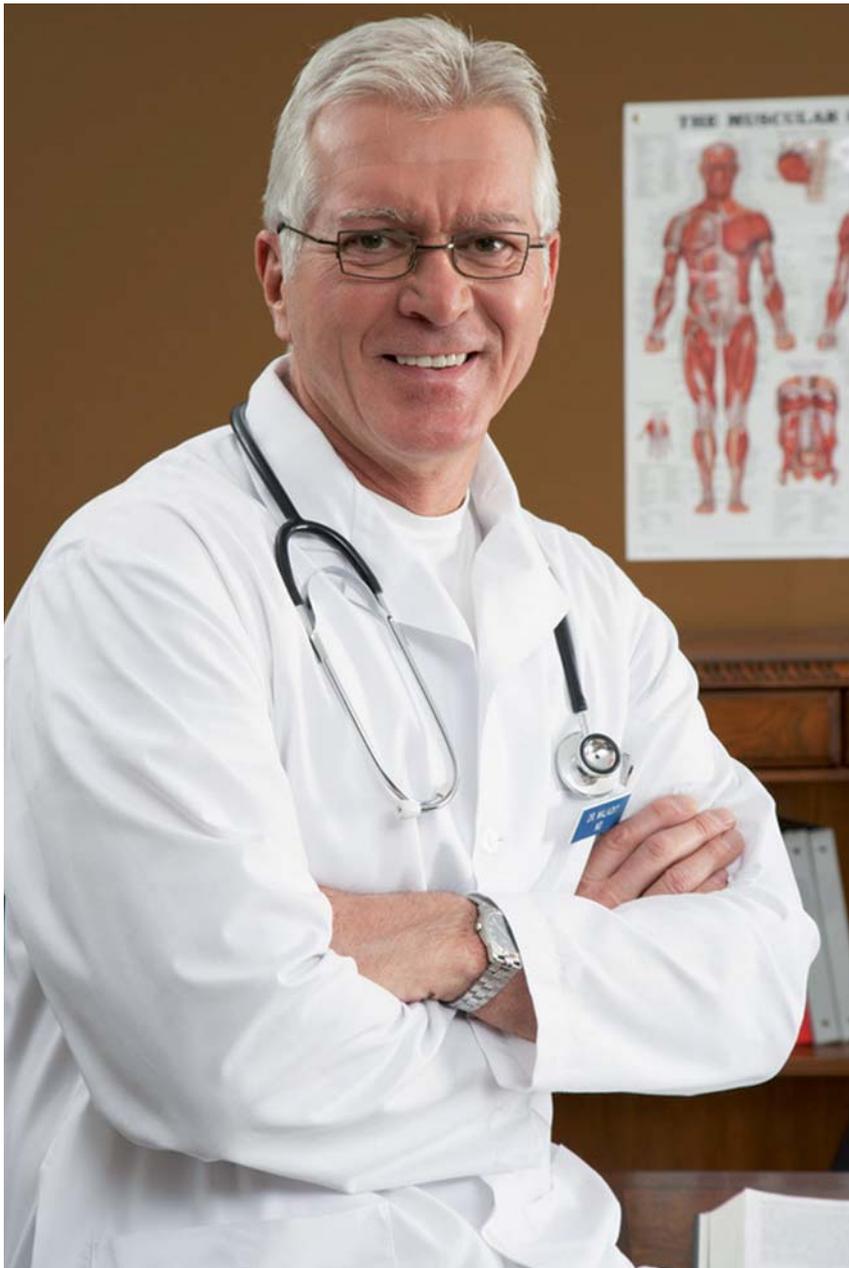


C'è una emergenza: quella formativa. Questa prospettiva, partecipativa e cooperativa, ci appare oggi come la più efficace ad affrontare un grosso problema, in cui già viviamo perché fra i 51 ed i 59 anni, si trovano 115 mila iscritti, esclusi gli odontoiatri (doppi iscritti).

In sostanza, in una coorte di nove anni è oggi compreso il 52% dei medici occupati in regime di dipendenza, convenzione nazionale ed universitari ovvero il 38% di tutta la popolazione medica con età compresa fra i 28 ed i 70 anni.

Più analiticamente, questa fascia d'età comprende il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai servizi sanitari regionali ed università, il 63% dei medici di medicina generale, il 58% dei PLS, il 55% degli specialisti convenzionati interni e tale coorte è prossima a lambire gli estremi di quiescenza.

Come si può evincere dalle proiezioni e da simulazioni relative ad ipotesi di cessazione dalle attività professionali a varie età anagrafiche che vanno tuttavia considerate con



prudenza rappresentando indicatori proxy di un fenomeno che nelle realtà si sviluppa non per singoli anni, ma per fasce di anni, le criticità si spostano nel tempo, si distribuiscono diversamente ma l'effetto cumulativo non cambia.

Riteniamo dell'opportunità di allineare il numero dei medici ai reali e concreti bisogni della sanità pubblica e privata, modulando gli ingressi nel sistema formativo universitario che deve garantire flessibilità nelle quantità e soprattutto evitare una riduzione degli standard di qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento.

Lo scopo dunque primario della formazione professionale così intesa è dunque quello di "costruire e sviluppare" nel tempo questi punti:

- Un professionista che abbia le necessarie basi scientifiche, capacità di diagnosi e di trattamento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad un'obiettivo capacità di relazioni, di analisi critica dei problemi, di consapevolezza e responsabilità sui valori etici e civili (deontologici) propri dell'esercizio professionale.
- Un professionista responsabile in prima persona delle proprie azioni professionali verso i pazienti, in grado di modificare i propri comportamenti di lavoro e di adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il gruppo.
- Un professionista capace d'intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento e dei propri processi operativi, responsabilizzando sull'uso efficace ed appropriato delle risorse e sulla sicurezza delle cure.
- Un professionista che sappia governare un ambiente caratterizzato da elevata intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazione e che abbia, nel suo bagaglio culturale, la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori, esercitando una leadership idonea a ricomporre, in un quadro unitario, autonomie professionali forti e potenzialmente conflittuali.

L'Ordine informa

Dopo lunghe trattative, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è riuscita a stipulare una convenzione con i più importanti gestori di posta elettronica certificata in modo da consentire agli iscritti agli Ordini italiani di adempiere all'obbligo di legge* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC. L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita agli iscritti, ha attivato la convenzione nazionale con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, in modo da consentire, a chi fosse interessato, di acquistare una casella di Posta Certificata al costo di **€ 5.50 per la durata di 3 anni** (il costo minimo della PEC fuori convenzione è di circa € 5 l'anno).

Nella convenzione è prevista la comunicazione dell'attivazione della PEC all'Ordine da parte del gestore Aruba stesso senza ulteriori oneri per gli iscritti.

Naturalmente chi non fosse interessato alla convenzione può optare per un qualsiasi gestore a proprio piacimento, con l'unico obbligo di comunicare all'Ordine l'avveunta attivazione della PEC.

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

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

Codice convenzione: **OMCEO-PI-0040**

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

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

BPCO: un problema urgente da affrontare

Le malattie respiratorie croniche sono in continuo aumento negli ultimi anni. Tale incremento era già stato previsto da valutazioni prospettiche inferenziali e confermato da vari studi recenti: la mortalità per BPCO (un misto di bronchite cronica ed enfisema), polmonite e cancro polmonare sono al 3°, 4° e 5° posto nei paesi occidentali, e la prevalenza di BPCO è progressivamente aumentata in Europa e nel mondo negli ultimi 20 anni (da 6% negli anni '60 ad oltre il 9% nel periodo 2000-2006). Le cause di tale incremento di patologia sono attribuibili alla minore mortalità per patologie cardiovascolari e alla persistenza/incremento dei fattori di rischio per tale patologia (fumo ed inquinamento ambientale, specie nei paesi in via di sviluppo). In Italia, la mortalità per BPCO è cresciuta di oltre il 20% nei soggetti ultra-ottantenni nel periodo 1989-1999 (dati ISTAT).

Oltre ad una maggiore prevalenza



della malattia, si osserva da tempo una maggiore gravità di questa, con un numero sempre maggiore di pazienti che arrivano agli stadi più elevati della malattia, i quali richiedono trattamenti ospedalieri e domiciliari estremamente costosi per il sistema sanitario, ed impegnativi per il

paziente e i suoi familiari. Una stima dei costi per ricoveri ospedalieri per le maggiori malattie respiratorie (DRG 88, 87 e 475, questi ultimi due relativamente alla sola BPCO) nel 2003 ha valutato il costo di tali patologie a quasi 500 milioni di euro (dati ISTAT).

I dati derivati dai DRG della Regione Toscana relativamente alle diagnosi di Insufficienza respiratoria e di BPCO riacutizzata mostrano un sensibile incremento nel periodo 1999-2003, passando dal 13% al 21% dei ricoveri pneumologici (dati del Ministero della Salute). In particolare, mentre si sono ridotti i ricoveri per BPCO riacutizzata (DRG 88), sono sensibilmente aumentati i ricoveri con DRG 87 (Insufficienza respiratoria ed Edema polmonare), con un incremento di circa il 20% nel periodo 1999-2003. Ciò è dovuto verosimilmente sia ad una maggiore gravità delle forme cliniche che vengono ricoverate attualmente, che ad una migliore e più appropriata codifica della malattia.

Pertanto, è ragionevole ritenere



che, sulla base dell'invecchiamento della popolazione e della persistenza dei principali fattori di rischio, le malattie respiratorie croniche cresceranno nel prossimo decennio e rappresenteranno una vera emergenza sanitaria.

L'obiettivo del piano sanitario regionale nel campo della BPCO (la più importante malattia respiratoria cronica) deve quindi essere quello di contenere la spesa sanitaria, garantendo un livello efficiente e qualificato di prestazioni ai pazienti affetti da BPCO.

Il "Chronic Care Model" per la BPCO

Di fronte all'incremento nella frequenza e gravità della BPCO, è urgente predisporre piani che da una parte prevengano la comparsa e rallentino l'evoluzione della malattia, e dall'altra permettano una gestione della malattia che sia efficiente e meno costosa per la società. Oltre ai piani di prevenzione primaria (cessazione del fumo), è necessario individuare precocemente i pazienti affetti da BPCO, predisporre piani di trattamento per rallentare la progressione della malattia, ed implementare strategie gestionali che riducano l'impatto della malattia sulla società.

Il "Chronic Care Model" proposto dalla Regione Toscana per la BPCO, e già in atto per altre patologie croniche ugualmente frequenti ed invalidanti (come il diabete e lo scompenso cardiaco) ha lo scopo di spostare l'asse dell'intervento terapeutico sul territorio, affidando un ruolo maggiore rispetto all'attuale alla Medicina Generale nella gestione della BPCO. L'organizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) in gruppi (Moduli) dovrà permettere di identificare precocemente i pazienti affetti da BPCO, incrementare l'intervento educativo sul fumo e sullo stile di vita, e raccomandare l'appropriata terapia farmacologica.

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- Ritardare la progressione della malattia
- Riconoscere e trattare tempesti-



vamente le riacutizzazioni (contenendo gli accessi al Pronto Soccorso e limitando l'ospedalizzazione)

- Gestire a domicilio i pazienti più gravi che necessitano di ossigenoterapia e/o di ventilazione meccanica invasiva e non invasiva.

Tale attività è possibile solo se i MMG organizzati in Moduli possono contare sul supporto diretto e continuativo dello specialista Pneumologo, attraverso l'addestramento ed il controllo di qualità della spirometria effettuata a livello territoriale, la definizione dei protocolli operativi e dei percorsi diagnostico-terapeutici, l'accesso privilegiato agli ambulatori pneumologici, e la consulenza "in sede" di specialisti pneumologi.

Un recente Congresso svoltosi a Pisa ed organizzato dalla Sez. Aut. V.D. Fisiopatologia Respiratoria Univ (Direttore: Prof. Pierluigi Paggiaro) della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), in collaborazione con la ASL n. 5 e le organizzazioni della Medicina Generale, ha affrontato questo problema, ponendo le basi per una

esperienza di collaborazione tra la Medicina Generale e la Pneumologia della AOUP.

Ci sono oggi le possibilità per gestire appropriatamente la BPCO, in termini di:

- Nuovi farmaci, più attivi, più facili da maneggiare e più semplici da usare (unica dose giornaliera)
- Miglior monitoraggio della malattia con possibilità di intervenire tempestivamente nelle fasi di peggioramento
- Possibilità di utilizzare la riabilitazione respiratoria, nelle sue varie forme (ricoveriale per i pazienti più gravi, ambulatoriale o domiciliare), come strumento di gestione continuativa della malattia, capace di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di ridurre il carico socio-sanitario della malattia.

La sfida dei prossimi anni sarà quella di arrestare il crescente carico imposto dalla BPCO sulla salute dei pazienti e sul bilancio della sanità, e di garantire una vita migliore per i pazienti affetti da questa invalidante malattia.

Le malattie mitocondriali, una sfida per tutti i medici

In origine le cellule eucariote primordiali erano prive della capacità di utilizzare l'ossigeno a fini metabolici. Più di un miliardo di anni fa furono colonizzate da batteri aerobi, che, coevolvendo insieme alle cellule ospiti, divennero quegli organelli intracellulari che oggi chiamiamo mitocondri. Questa alleanza simbiotica ha facilitato i batteri aerobi colonizzatori dal punto di vista della ricerca di substrati metabolici, demandata ora alla cellula ospite, e contemporaneamente ha apportato un nuovo tipo di metabolismo, molto più efficiente, agli eucarioti: il metabolismo aerobico, o ossidativo. La glicolisi anaerobia consente di ottenere solo quattro molecole di adenosina trifosfato (ATP) ad "alta energia" per ogni molecola di glucosio consumata; questa cifra sale a circa 30 nel metabolismo ossidativo.

I mitocondri sono perciò gli organelli cellulari la cui principale funzione è quella di produrre energia sotto forma di ATP, indispensabile per la vita della cellula. Originando da un procariote primordiale in grado di utilizzare la fosforilazione ossidativa allo scopo di produrre energia, essi sono gli unici organelli delle cellule animali dotato di un proprio genoma, il DNA mitocondriale (mtDNA) (Figura 1), che viene trasmesso per via matrilineare dalla cellula uovo alle cellule figlie.

Le malattie mitocondriali sono malattie rare ma non rarissime, del bambino o dell'adulto (fino anche a quadri ad insorgenza in età molto avanzata) dovute a disfunzione della fosforilazione ossidativa, con una prevalenza calcolata di almeno 1 su 5.000. Esse sono il gruppo più frequente fra le malattie neuromuscolari su base genetica.

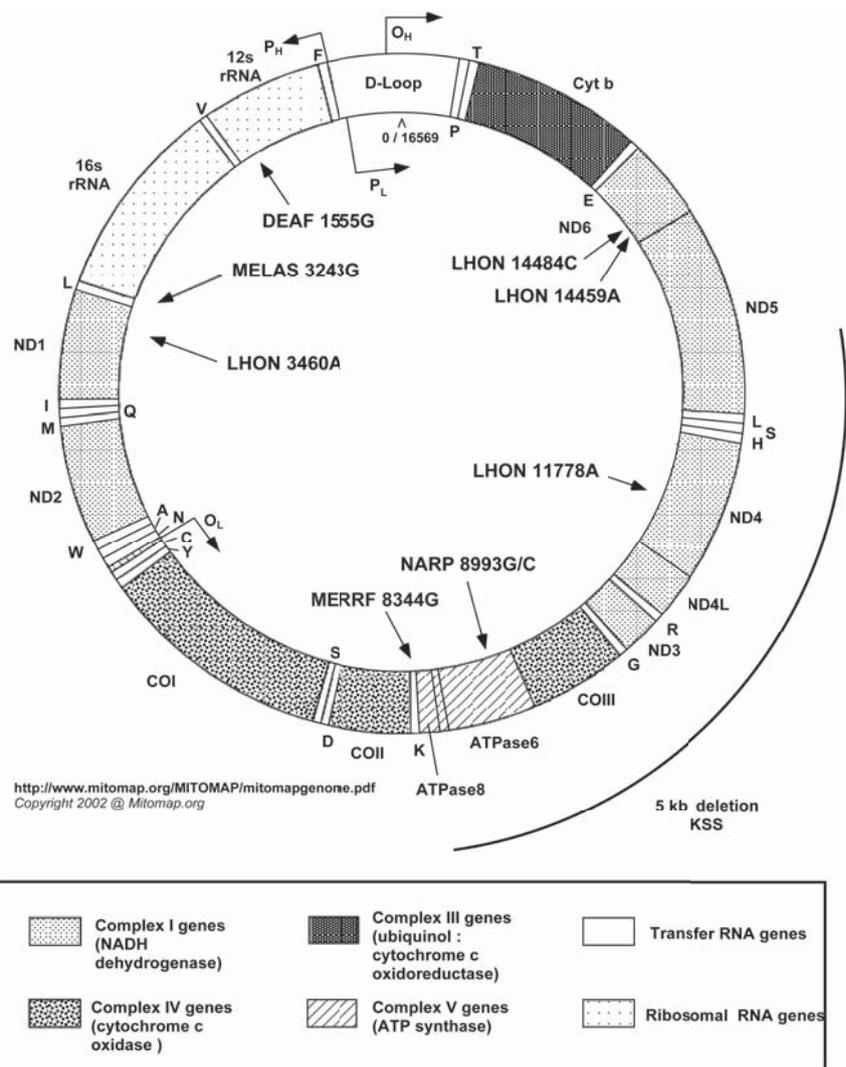


Figura 1

Gli effetti delle mutazioni che colpiscono i complessi della catena respiratoria (la via metabolica a livello della quale avviene la fosforilazione ossidativa) tendono ad essere multisistemici ed estremamente polimorfici.

Accanto alla variabilità delle manifestazioni cliniche ("variabilità fenotipica"), nel campo delle malattie mitocondriali è ben nota un'estrema "variabilità genotipica", in quanto sono state identificate molte cause

genetiche diverse responsabili di malattia mitocondriale.

Le mutazioni del mtDNA presentano alcune regole di trasmissione del tutto particolari rispetto a quelle del DNA nucleare (nDNA). Oltre all'eredità matrilineare, si parla di poliplasmia ed eteroplasmia (il mtDNA è presente in multiple copie in ogni mitocondrio, ed alcune di esse potranno essere mutate accanto ad altre sane) ed effetto soglia (solo quando la quota di genomi mutati

presenti in un tessuto raggiunge un certo valore soglia, al quale la produzione energetica diventa insufficiente per le necessità delle cellule, si avranno le manifestazioni cliniche da disfunzione di quel tessuto). In particolare il cervello e il muscolo, per la loro elevata dipendenza energetica, sono facili bersagli di patologie del mitocondrio.

Accanto alle mutazioni del mtDNA, esiste un ampio gruppo di malattie mitocondriali causate da mutazioni del nDNA (a livello del quale viene codificata la maggior parte delle proteine mitocondriali, incluse quelle della catena respiratoria). Inoltre sono state identificate, negli ultimi anni, alterazioni genetiche del nDNA che possono compromettere la stabilità e la replicazione del mtDNA stesso.

Queste peculiarità, assieme alla variabilità delle manifestazioni cliniche, hanno reso difficoltoso lo studio delle malattie mitocondriali, in particolare della loro epidemiologia e della storia naturale. In considerazione di ciò, è importante rilevare che molti casi di malattia mitocondriale non vengono correttamente riconosciuti e diagnosticati, a causa dell'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e della mancanza di un marcatore diagnostico specifico.

I sistemi più frequentemente interessati dalle malattie mitocondriali sono l'apparato muscolare ed il sistema nervoso centrale e periferico, ma possono essere coinvolti, con variabile gravità di interessamento ed in diverse combinazioni, anche le vie visive ed uditive, il cuore, le ghiandole endocrine (vedi Tabella). Alcune delle manifestazioni che dovranno fare da "campanello d'allarme" per malattia mitocondriale (soprattutto se sono presenti variamente associate nel paziente o nella sua famiglia – anche se è importante ricordare che molte malattie mitocondriali, in particolare quelle

Sistema Nervoso Centrale	Emicrania, mioclono, regressione/ritardo psicomotorio, emiparesi, convulsioni, atassia, emianopsia, cecità corticale, distonia, demenza
Sistema Nervoso Periferico	Neuropatia periferica
Muscolo	Debolezza, oftalmoplegia, ptosi palpebrale, intolleranza all'esercizio fisico, mioglobulinuria
Apparato visivo	Retinopatia pigmentosa, cataratta, atrofia ottica
Apparato acustico	Sordità/ipoacusia neurosensoriale
Sistema gastroenterico	Malassorbimento, pseudo-ostruzioni intestinali, disfunzione del pancreas esocrino
Reni	Sindrome di Fanconi
Sistema endocrino	Diabete, bassa statura, ipoparatiroidismo
Sistema cardiocircolatorio	Cardiomiopatia, blocchi di conduzione
Sistema ematopoietico	Anemia sideroblastica

Tabella: Principali manifestazioni delle malattie mitocondriali

causate da delezioni singole del mtDNA, sono sporadiche, e quindi una familiarità muta non esclude assolutamente questa possibilità diagnostica) sono le seguenti:

- Manifestazioni del sistema nervoso centrale come emicrania, epilessia, mioclonie, ritardo psicomotorio, atassia cerebellare, episodi simili a stroke, parkinsonismo, tremore isolato;
- Manifestazioni del sistema nervoso periferico e del muscolo come neuropatia periferica, ipostenia muscolare miopatica, intolleranza all'esercizio fisico, oftalmoparesi/oftalmoplegia, ptosi palpebrale, mioglobulinuria;
- Manifestazioni a carico degli organi di senso come retinopatia, atrofia del nervo ottico, cataratta, ipoacusia neurosensoriale;
- Manifestazioni internistiche, fra cui sindrome da malassorbimento, epatopatia, nefropatia (sindrome di Fanconi), diabete mellito, bassa statura, ipotiroidismo, ipoparatiroidismo, cardiomiopatie, disturbi di conduzione cardiaci (compresa la sindrome di Wolf-Parkinson-White), anemia sideroblastica.

Poiché alcune delle malattie mitocondriali sono trattabili, con farmaci sintomatici ma in alcuni rari casi anche con terapie sostitutive in grado di modificare radicalmente il decorso della patologia (è ad esempio il caso ad esempio del deficit primario di coenzima Q10, piccolo trasportatore di elettroni a livello mitocondriale), è molto importante che i pazienti ricevano una diagnosi corretta. Per questo è fondamentale che tutti i medici abbiano ben presente questa possibilità diagnostica, dal medico curante (adulto, pediatrico o geriatrico) allo specialista diabetologo, endocrinologo, cardiologo, ORL, oculista o internista che vede per la prima volta il paziente, in modo da poterlo avviare al centro Neuromuscolare di riferimento che, attraverso l'utilizzo di esami strumentali, metabolici, genetici appropriati, potrà confermare o escludere questo sospetto diagnostico. In casi selezionati sarà necessario praticare anche una biopsia muscolare. Il muscolo può essere l'unico tessuto affetto (a causa della sua elevata dipendenza dal metabolismo ossidativo), o può essere coinvolto come parte di una malattia



storia naturale di queste malattie (in molti casi difficili anche solo da riconoscere correttamente, come abbiamo visto), è attualmente in corso un progetto, finanziato da Telethon e con il centro per le malattie neuromuscolari della Clinica Neurologica di Pisa coordinatore nazionale, che vede i principali gruppi italiani riuniti nello sforzo di creare un database comune in cui siano inseriti tutti i pazienti affetti da malattia mitocondriale (bambini e adulti), con età di esordio, manifestazioni cliniche, familiarità, mutazione genetica e tutte le altre notizie cliniche laboratoristiche necessarie. Obiettivo di tale progetto è creare un network di eccellenza tra i gruppi Italiani esperti in patologie mitocondriali. Ciò dovrebbe portare a una miglior comprensione dell'epidemiologia, delle caratteristiche cliniche e della storia naturale di queste malattie, e in futuro alla possibilità di arruolare un numero sufficiente di pazienti per trials farmacologici. L'obiettivo ultimo è che una miglior comprensione di queste malattie possa portare infine allo sviluppo di terapie efficaci, non più sintomatiche ma patogenetiche, o addirittura protettive nei pazienti a rischio che non hanno ancora sviluppato importanti manifestazioni cliniche. Alla creazione di questo database finanziato da Telethon collabora attivamente anche l'associazione di pazienti Mitocon (www.mitocon.it). Al momento Mitocon sta inoltre lavorando, assieme ad alcuni centri fra cui quello di Pisa, sulla pubblicazione di un Compendio informativo sulle malattie mitocondriali, contenente anche alcune indicazioni pratiche, come ad esempio l'alimentazione più corretta da mantenere, i farmaci controindicati ecc., da distribuire a pazienti e familiari ma anche ad operatori sanitari e medici di base e specialisti, in modo da mantenere alto il grado di allerta clinica su questa importante e sempre più conosciuta possibilità diagnostica, che non dovrà essere trascurata specie in presenza di segni e sintomi multisistemici tra cui i "campanelli d'allarme" riportati precedentemente.

multisistemica. Le principali caratteristiche di miopatia mitocondriale sono le fibre "ragged red" (RRF, fibre rosse stracciate, Figura 2), causate dall'accumulo di mitocondri strutturalmente alterati, e le fibre citocromo c ossidasi (COX) negative (Figura 3). Sulle sezioni di muscolo, la tricromica di Gomori può mostrare la presenza di RRF, contenenti un carico mutazionale elevato ed una proliferazione patologica di mitocondri strutturalmente alterati.

deidrogenasi (SDH) può dimostrare la presenza di accumuli subsarcolemmalari o diffusi di mitocondri (fibre "ragged blue"). La colorazione COX può dimostrare la presenza di fibre COX-negative. Oltre ai reperti istopatologici, la biopsia muscolare è la base per ulteriori studi biochimici e molecolari, che possono aggiungere importanti informazioni sul difetto responsabile del quadro clinico ed istopatologico.

Data la difficoltà di uno studio sistematico dell'epidemiologia e della

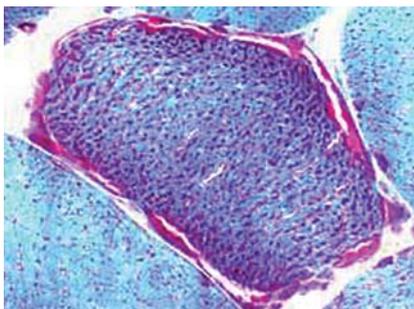


Figura 2

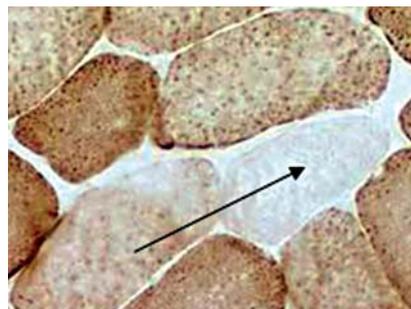


Figura 3

Cocaina tra droga e depressione

La recente confessione pubblica del cantante Morgan ha riaperto un annoso problema sull'uso stupefacente e/o antidepressivo della cocaina, che oggi rappresenta la sostanza d'abuso più "appetita" nel mondo occidentale.

"Io non uso la cocaina per lo sballo ma come antidepressivo" ha proclamato il cantante davanti ad un pubblico stupito che immediatamente ha gridato allo scandalo.

La prima ad indignarsi è stata Giorgia Meloni, il Ministro della Gioventù che ha definito deliranti tali affermazioni, seguita a breve da Carlo Giovanardi che, indignato, ne ha sottolineato la pericolosità per i giovani. Le televisioni e i giornali sia di destra che di sinistra si sono variamente espresse su questa vicenda invitando "cani e porci"... e qualche asino, a sproloquiare sull'argomento in una sarabanda di pregiudizi, falsi moralismi e assurdi stereotipi.

Di fatto la cocaina fa parte di una classe di sostanze ben studiate negli effetti e nei meccanismi chiamata "psicostimolanti", della quale fanno parte anche le anfetamine. Gli effetti sull'uomo, sano o depresso, sono ben conosciuti, fin dall'epoca di Sigmund Freud che per primo ne ha sottolineato un possibile uso terapeutico nel suo famoso saggio "Uber Coca".

Questa sostanza, oltre a conferire euforia e benessere psichico, tipico delle sostanze d'abuso, riduce il senso della fatica e del disagio favorendo un'ideazio-

ne ricca e creativa con sentimenti di potenza e sopravvalutazione. In altre parole la cocaina, oltre alle sue proprietà stupefacenti, è stata usata con successo, nei primi anni del secolo scorso, nel trattamento della "melanconia", della "psicostenia", dell'"esaurimento nervoso" e dell'"ipocondria". Pertanto, come oggi sappiamo, le proprietà antidepressive della cocaina sono ben note ed evidenti.

Tuttavia... di quale depressione stiamo parlando? Di quale depressione soffre Morgan e tutti coloro che traggono beneficio dall'uso di questa sostanza?

E' noto che gli "psicostimolanti" non migliorano la "depressione maggiore", quella grave ed episodica; cioè quella dove queste sostanze rischiano di fare seri danni: attivando psicomotoriamente il soggetto depresso, gli psicostimolanti possono indurre il paziente al suicidio. Invece la depressione che potrebbe trarne beneficio è una forma lieve, cronica, chiamata più propriamente "distimia". Di fatto la distimia non è altro che la vecchia forma psico e neuroastenica con somatizzazioni e ideazione ipocondriaca. Pertanto



solo in questa forma, peraltro diffusissima, la cocaina ha una qualche valenza terapeutica.

Diciamo "qualche" proprio perché le modalità di consumo che oggi sono più di moda sono tutt'altro che conformi ad un uso terapeutico: i consumatori di cocaina oggi ricercano il piacere intenso mediante l'assunzione della cocaina per via intranasale, endovenosa o con il fumo. Inoltre è noto che esistono in commercio

dei farmaci che curano efficacemente la "distimia" senza avere i tremendi effetti collaterali che la cocaina può provocare.

Il cantante Morgan quindi non ha tutti i torti a proferirne l'uso nella sua particolare depressione, ma sarebbe molto meglio per lui, per curare i suoi mali, recarsi in "farmacia" piuttosto che dallo spacciatore.



A Pisa, l'ortopedia del secondo millennio

La chirurgia ricostruttiva dell'apparato muscolo scheletrico rappresenta un immenso panorama chirurgico che coinvolge tutte le fratture degli arti, del bacino e della colonna vertebrale.

In questo ambito, presso il nostro Istituto, vengono adottate le tecniche più moderne di osteosintesi con l'utilizzo di materiali all'avanguardia come il titanio, le nuove leghe di acciaio non magnetizzabile ed il tantalio (che permettono di eseguire eventuali RM), nonché sostituti dell'osso, in caso di perdite ossee, con proprietà osteoinduttive ed osteoconduttive.

Il nostro centro è stato uno dei primi in Italia a utilizzare i fattori di crescita ossea da concentrati piastrinici e ad introdurre la sperimentazione con cellule staminali della linea osteoformatrice in collaborazione con l'Ematologia dell'AouP.

Fiore all'occhiello della nostra attività è la chirurgia protesica dell'anca, ginocchio, spalla e la chirurgia vertebrale.

Vengono adottate tecniche mininvasive per l'anca ed eseguite protesi di rivestimento articolare nei Pazienti più giovani che permettono migliori escursioni articolari ed una più lunga durata dell'impianto pro-

tesico.

La chirurgia mini invasiva nell'anca consente di eseguire un impianto protesico senza procurare lesioni dei tendini e della capsula posteriore dell'anca stessa; ciò permette una precoce ripresa della deambulazione senza rischi di lussazioni nell'immediato post operatorio, oltre ad un miglior risultato estetico.

La protesica del ginocchio viene eseguita routinariamente con tecniche chirurgiche che sono entrate nel nostro bagaglio culturale per quanto riguarda la patologia degenerativa dell'anziano, la patologia autoimmune (A.R.) e le degenerazioni articolari precoci nel soggetto più giovane secondarie a vizi assiali del ginocchio (ginocchio varo-valgo) o post traumatiche con possibilità di protesi articolari monocompartimentali.

Una vasta esperienza è stata maturata per il trattamento della scoliosi; nel caso mostrato si presenta una gravissima scoliosi con il planning preoperatorio e la rx della scoliosi operata (figura 1).

Sempre nel campo della chirurgia vertebrale sono utilizzate le tecniche più moderne come la microdiscectomia per le ernie discali, la stabilizzazione vertebrale percutanea per le instabilità vertebrali e la cifoplastica per i cedimenti somatici (figura 2).

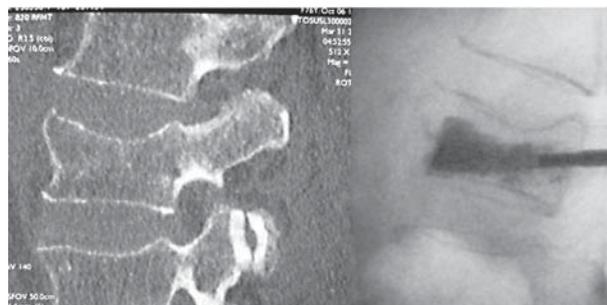


Figura 2

Particolare attenzione è rivolta alla chirurgia artroscopica della spalla e del ginocchio.

Negli ultimi anni l'artroscopia ha svolto un ruolo importantissimo nella soluzione delle principali affezioni della spalla sia nel giovane (instabilità, lussazioni abituali) che nell'anziano con tutte le problematiche secondarie alla patologia degenerativa della cuffia dei rotatori.

Rispetto a trent'anni fa le esigenze dei Pazienti sono nettamente cambiate; oggi il cinquantenne fa sport, gioca a tennis, scia, non vuol perdere la partita a calcetto con gli amici, per cui non esita a sottoporsi a trattamenti artroscopici pur di riacquistare ad esempio la stabilità del ginocchio eseguendo la ricostruzione del legamento crociato anteriore che nell'adulto può essere in materiale sintetico, permettendo in pochi giorni il ritorno alle proprie occupazioni.

Annesso alla clinica vi è un servizio di podologia per il trattamento medico, ortesico e chirurgico delle affezioni del piede.

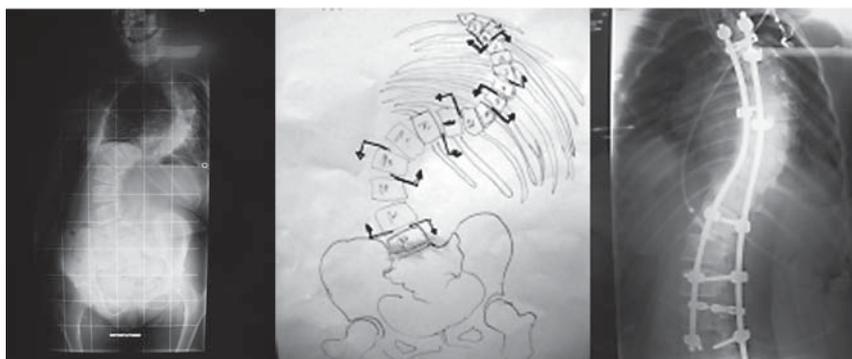


Figura 1

Terapia del trapianto: in crescita le donazioni

La donazione degli organi rappresenta una scelta capace di restituire e di moltiplicare la vita. Si tratta di un gesto il cui valore, sul piano sociale e civile, è tanto più comprensibile quanto più si sottolinea l'aspetto della salute e della cura per dei pazienti che non avrebbero altre speranze di essere curati. In questi anni c'è stato un grande lavoro delle istituzioni e delle associazioni di settore per promuovere una maggiore consapevolezza sul tema. Un lavoro che deve continuare in maniera più mirata e coordinata per contrastare forme di resistenza e diffidenza che in molti casi ostacolano una scelta consapevole. Dietro un intervento di trapianto c'è un sistema complesso, caratterizzato da una molteplicità di fattori organizzativi e assistenziali che debbono essere coordinati tra loro. E' quella che chiamiamo "rete trapiantologica", in cui i centri regionali rappresentano uno snodo fondamentale per il coordinamento del

territorio.

La Toscana è stata tra i principali artefici di questa realtà. E i risultati ottenuti negli ultimi anni qualificano la Toscana come leader del settore. Infatti per il sesto anno consecutivo la nostra regione ha concluso l'anno 2009 come leader nazionale e con numeri equivalenti a quelli delle regioni spagnole più avanzate. Nell'attività di prelievo di organi il tasso di segnalazioni dei potenziali donatori ha toccato valori mai raggiunti da nessuna regione a livello internazionale: 83,2 segnalazioni per milione di persone. Lo stesso dicasi per i 46,8 donatori effettivi e i 35,4 utilizzati per milione di popolazione. La media nazionale è di 21,2 per milione di popolazione. Anche il tasso di opposizione è ulteriormente diminuito: 28,4%. Risultati di eccellenza sono stati raggiunti anche nel prelievo di tessuti come la cornea, la cute o il tessuto muscolo-scheletrico, quest'ultimi determinanti nel trattamento delle ustioni

e di patologie ossee traumatiche o oncologiche.

Tutto ciò ha permesso non solo un aumento dei trapianti, ma ha dato la disponibilità di trapianto a casa propria. Infatti i cittadini toscani trovano nella propria regione la risposta di salute più adeguata. Per il trapianto di cornea è stata ormai azzerata la lista di attesa e in ogni Azienda Sanitaria Locale toscana si può ricevere entro pochi giorni l'intervento di trapianto in regime ambulatoriale o di DAY-Hospital, oppure si può ricevere un trapianto di fegato, rene, pancreas, cuore e polmone in tempi più brevi rispetto alla media nazionale. L'opportunità di ricevere un trapianto oggi in Toscana è doppia rispetto alla media nazionale e la qualità di trapianto di organi, tessuti e cellule è considerata di eccellenza internazionale. Una ricchezza sanitaria eccezionale se consideriamo che fino a metà degli anni novanta i cittadini toscani erano costretti ad emigrare per ottenere un trapianto.

L'obiettivo per i prossimi anni è rappresentato dal miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia globale di tutte le strutture sanitarie che generano e partecipano all'erogazione di prestazioni assistenziali di grande rilevanza sociale, quali quelle di trapianti d'organo e tessuti, dove la domanda di salute continua a crescere in maniera costante e per la quale è indispensabile adeguare la quantità delle prestazioni. Quantità che può essere aumentata anche grazie a una maggiore presa di coscienza della società sull'importanza della donazione.



Riflessioni

Sono trascorsi quasi trent'anni, ventisette per la precisione, tanti ma non un'era, era tutto molto diverso: gli iscritti all'Ordine dei Dottori Commercialisti della Provincia di Pisa erano meno di trecento (ora più di mille), non esistevano i CAF (Centri di Assistenza fiscale) né i CED (Centro Elaborazione Dati), i contribuenti osavano ancora compilare da soli la propria dichiarazione dei redditi, i professionisti solo fino a qualche anno prima venivano annualmente convocati dall'Ufficio delle Imposte per concordare il reddito da dichiarare e le relative imposte in un incontro formale ma non spersonalizzato; le contabilità si tenevano su registri compilati a mano, talvolta si doveva utilizzare la carta carbone e le quadrature dei totali si facevano con la calcolatrice (e non le facevano i programmi di contabilità). Se persisteva qualche perplessità su come applicare una norma ci si recava dal Direttore dell'Ufficio fiscale di competenza (all'epoca non esisteva una unica "Agenzia" ma le imposte venivano curate da specifici Uffici che avevano competenza solo in quella materia e sedi ubicate in luoghi diversi: l'Ufficio delle Imposte Dirette, l'Ufficio Iva, l'Ufficio del Registro) e solitamente dopo una breve attesa in anticamera il Direttore spiegava ed interpretava. Adesso gli appuntamenti per chiarimenti si prenotano sul sito dell'Agenzia delle Entrate via internet, e sempre tramite internet si riceve conferma ed il numero della prenotazione, intendiamoci per avere pareri "scritti" è necessario fare la richiesta con l'"interpello". Ora le dichiarazioni dei redditi nessuno se le compila da solo, ci sono i programmi delle software House che vengono distribuiti annualmente con tutte

le modifiche ed integrazioni fiscali intervenute nell'anno, non c'è più un Funzionario delle Imposte che insieme al contribuente valuta in anticipo la congruità del reddito, ci sono gli Studi di Settore ai quali si deve risultare congrui e coerenti se non si vuole rischiare l'accertamento, e nel caso qualcosa non torni tutti sanno che può essere applicato l'accertamento sintetico da redditemetro. Il mese di maggio era un mese terrificante: dopo avere reperito con fatica la modulistica, le dichiarazioni dei redditi andavano compilate a mano, controllate, ricopiate in doppia copia, sottoscritte dal contribuente e consegnate comprensive di allegati agli Uffici Finanziari che apponevano un bel timbro blu con la data di ricevimento, adesso è tutto più semplice: il contribuente incarica il proprio consulente di predisporre la dichiarazione, il consulente la compila, la controlla con programmi messi a disposizione dal Ministero delle Finanze e poi invia un file....., e poi riceve una conferma dell'avvenuta

ricezione del file e dopo un paio di giorni riceve anche la ricevuta di regolare protocollazione. Ovviamente poiché la dichiarazione non è sottoscritta e poiché il contribuente deve avere la certezza che il consulente ha correttamente operato, questi entro trenta giorni dall'invio di quel file, deve convocare il Cliente e consegnargli sia l'originale della dichiarazione che copia dell'avvenuta trasmissione telematica. Inoltre poiché l'Ufficio Finanziario non ha materialmente gli allegati alla dichiarazione (ad esempio le quietanze delle rate del mutuo) ma che legittimamente vuole controllare, dopo un paio d'anni li richiede al contribuente, che a sua volta li richiede al consulente che a sua volta li predispone (andando a ricercare in archivio la dichiarazione fatta ed inviata un paio d'anni prima), che con apposita delega del cliente (comprensiva del documento di identità allegato) li va a depositare all'Agenzia delle Entrate competente. Insomma è tutto più semplice....



Le grandi epidemie del Seicento

Le epidemie così dette pestilenziali si sono più volte manifestate nelle varie epoche storiche con gravi ripercussioni sulla vita e gli eventi delle popolazioni, e ad intervalli regolari hanno accompagnato l'uomo nel suo cammino attraverso i secoli, in genere manifestandosi in seguito a guerre, carestie, straordinarie siccità, talvolta anche a terremoti, piogge intense ed inondazioni.

Anche nel corso del Seicento, più volte epidemie di ogni genere, sia di vera peste che di altri tipi di malattie, si presentarono nelle nostre

regioni ed in altre parti d'Europa. In questo secolo però osserviamo un andamento diverso del contagio che alla presenza semi-endemica dell'età precedente, con episodi ravvicinati spesso ogni quattro o cinque anni (ad esempio Milano ne fu colpita ben 18 volte nel corso del '500), passò ad una serie più breve di scoppi violenti, maggiormente distanziati nel tempo, culminanti nelle due epidemie del 1630 e del 1656. Vediamo brevemente cosa allora accadde.

Dopo che nel 1603 Londra era stata interessata da una forma di peste che provocò circa 2.000 vittime per settimana e dopo quella che colpì Palermo nel 1624 e Lione del 1628, qui con la morte di 70.000 abitanti, particolarmente grave per la sua estensione ed intensità del morbo fu quella degli anni 1630-33, che fece seguito ad una grande carestia, aggravata dal passaggio e le stragi operate dai vari eserciti in lotta allora nella guerra fra Austria e Francia. Molte città persero anche il 50-60 per cento della popolazione e secondo lo storico Corradi (autore di una

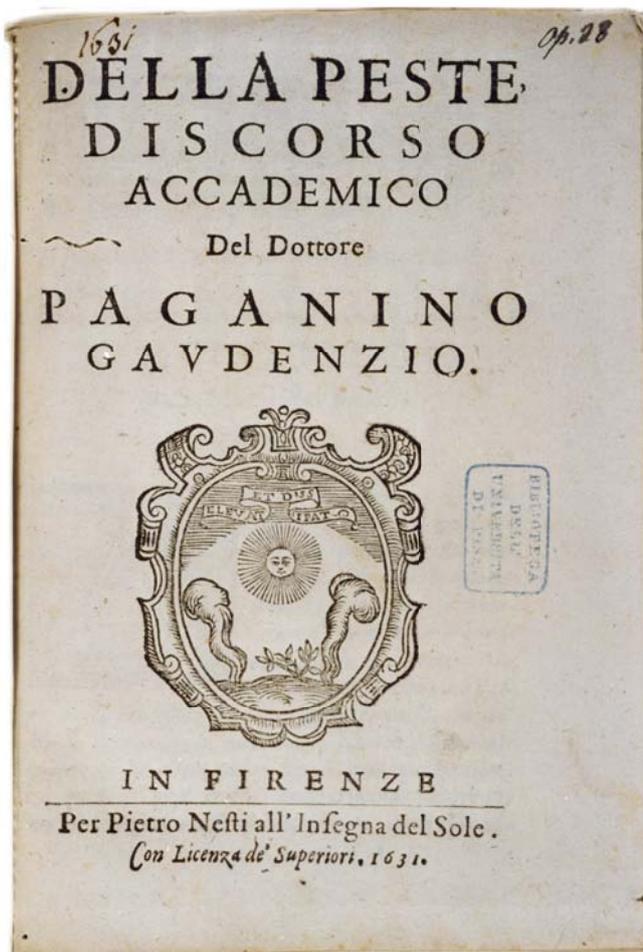


Funestae pestis descriptio, Venetiis, 1631

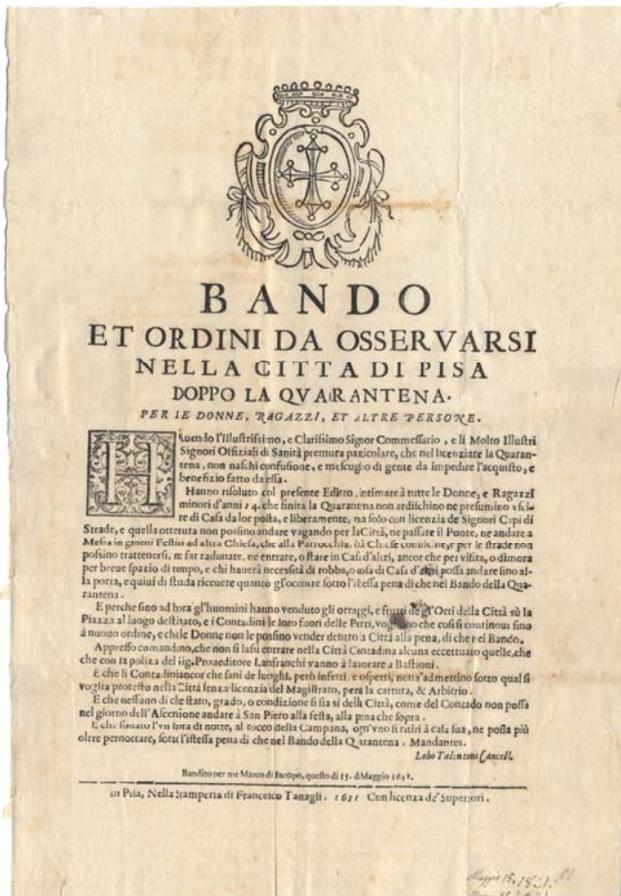
monumentale opera su queste malattie) nella sola Italia settentrionale perirono allora non meno di un milione di persone.

Tantissimi gli scrittori, anche non medici, di questi anni di peste; fra i tanti a Firenze il Marchino, a Bologna il Moratti, a Milano il Ripamonti ed il Tadini, a Venezia il Ruosi, a Pisa i contemporanei Gaudenzio Paganino e Roderico de Castro. Famosa è rimasta poi la bellissima descrizione che ne ha fatta il Manzoni nei Promessi Sposi.

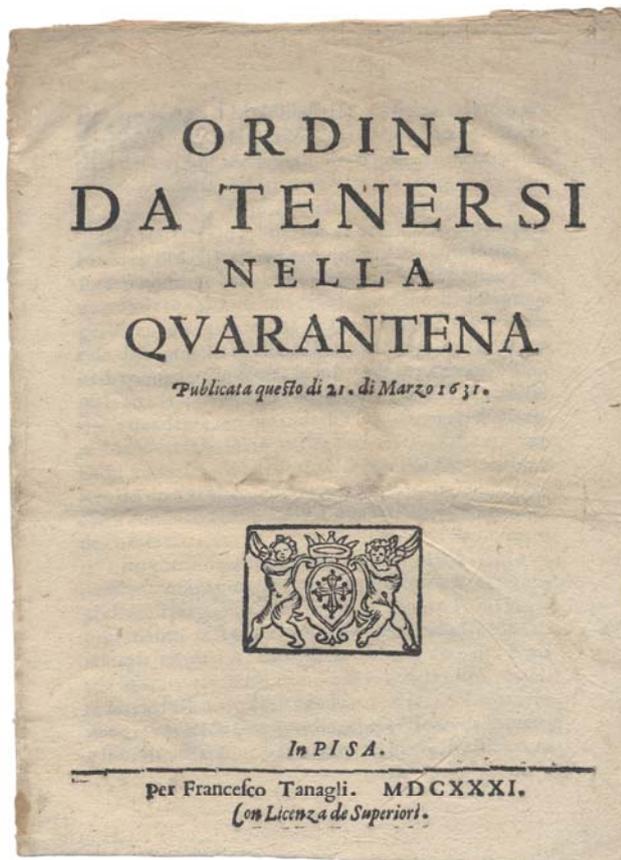
Oltre al calo demografico delle città e lo spopolamento delle campagne, queste epidemie si ripercossero negativamente sulla economia delle zone colpite. Infatti quando in una città o in una zona dalle autorità preposte veniva dichiarato lo stato di morbo contagioso, ne seguiva che immediatamente venivano a cessa-



G. Paganino, *Della Peste*, Firenze, 1631



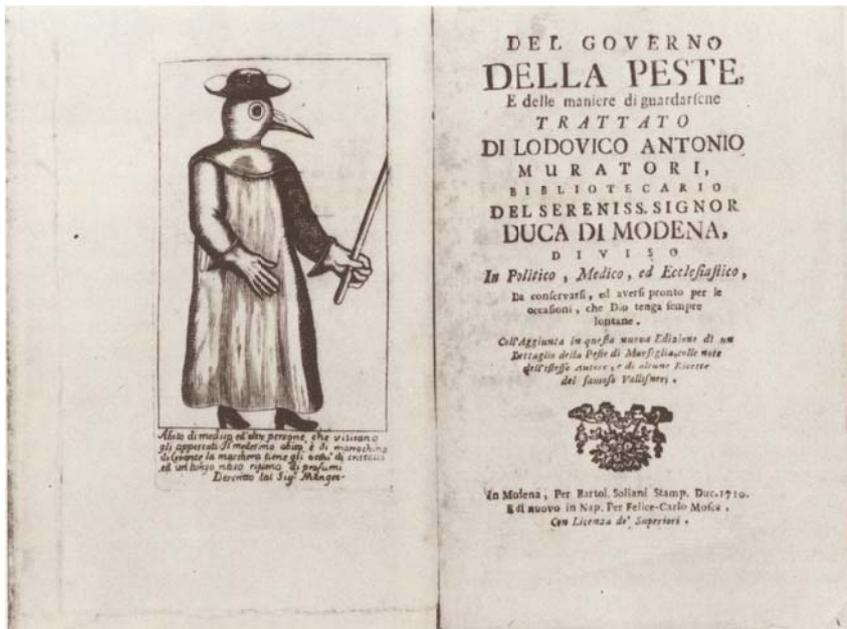
G. Ripamonti, *De Peste*, Milano, 1641



Ordini per la Quarantena, in Pisa, 1631

re ogni scambio ed ogni contatto esterno. A seguito del blocco delle attività commerciali e produttive, derivava la disoccupazione del popolo minuto, degli artigiani e dei mercanti e, anche per la grave carestia presente, la morte per fame. Nel 1630 la peste iniziò nel nord dell'Italia, in Piemonte e in Lombardia, e di qui rapidamente si diffuse ovunque, e non solo da noi. Come cause di questo flagello, furono ritenute essere state le offese arrecate

a Dio dai tanti peccati di cui si era macchiato il genere umano; per altri invece erano incolpati molteplici fenomeni celesti, come le congiunzioni astrali sfavorevoli di Saturno e di Giove nel segno dei Pesci, le eclissi e le comete; altri ancora ritenevano che fossero gli animali immondi (come serpenti e rospi) e le esalazioni putride provenienti dal suolo, ad ammorbare l'aria, rendendola così nociva. Sintomi di peste erano l'insorgenza di una febbre elevata, delirio, sete ardente, acuti dolori di testa e al torace, vomito, emorragie, polso debole e frequente e poi, segni indubbi, il presentarsi di bubboni all'inguine e alle ascelle, carbonchi e macule; alta era la contagiosità e la morte sopravveniva in genere dopo 5-7 giorni. Pochissimi quelli che guarivano. All'inizio dei primi casi del male, sorsero accese discussioni se si trattava di vera peste oppure no; fu proibito addirittura di proferire il vocabolo, poi, di fronte all'aumentare



L.A. Muratori, *Del governo della peste*, Modena, 1714



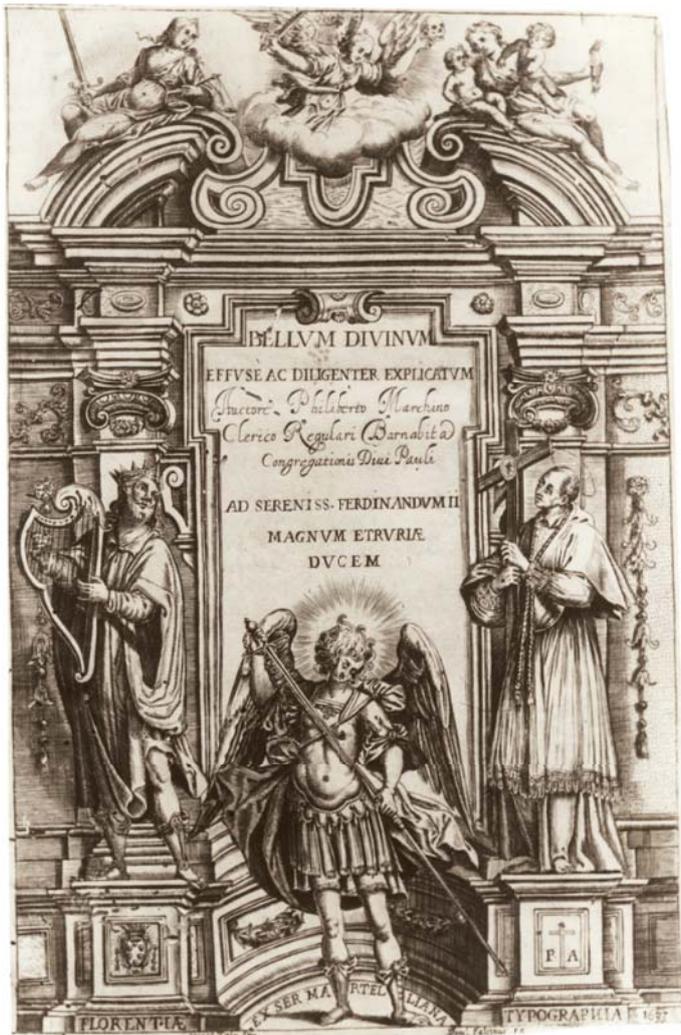
L. Iacchini, *Methodus curandorum febrium*, Pisa, 1615

dei casi, si parlò di febbri pestilenziali, ma non di vera peste; alla fine purtroppo ci si arrese all'evidenza dei fatti. Medici anche famosi, per preconcetta opinione, negarono che peste fossero i mali presenti, ma poi anche i più increduli dovettero ammettere la presenza del morbo.

Di fronte al diffondersi del male, le autorità delle varie città colpite emisero allora tutta una serie di provvedimenti, simili dappertutto: mettere guardie ai confini dello stato affinché nessuno potesse passare senza la "bolletta di sanità" attestante il suo stato di salute; proibizione di fiere e mercati; attenta vigilanza alle porte della città; nomina di commissari con incarichi vari di igiene pubblica; istituzione di lazzaretti ove isolare i colpiti; sepoltura dei morti in fosse comuni, coperte poi di calce; bruciatura delle robe infette (sia vestiti, che panni qualsiasi ed anche mobilio); nomina di appositi medici cui affidare la cura dei malati; bando di quarantene per cercare di debellare l'epidemia. Fu disposta anche l'uccisione di tutti i cani e di tenere profumate le stanze.

Come curiosità, ricordiamo che l'abito consigliato ai medici in questi tragici momenti, nel visitare gli infermi, consisteva in un grande vestito incerato, con in testa un cappello, una maschera al volto munita di occhiali, con una piccola verga in mano con la quale toccare, a debita distanza, i malati infetti, nonché portare dei contravveleni per protezione, come ad esempio delle palle odorose da annusare di volta in volta.

Vennero inoltre istituiti i tribunali di sanità per condannare coloro ritenuti responsabili, in quei terribili momenti, di gravi colpe come non aver obbedito alle disposizioni impartite specie riguardanti la denuncia dei casi di malattia, il commercio di robe infette, il viaggiare senza le necessarie bollette. Sorse allora in diversi luoghi anche la diceria degli "untori", persone queste scellerate che, al servizio del demonio, andavano ungendo le porte delle case con misteriosi preparati, al



F. Marchini, *Belli Divini...*, Firenze, 1633

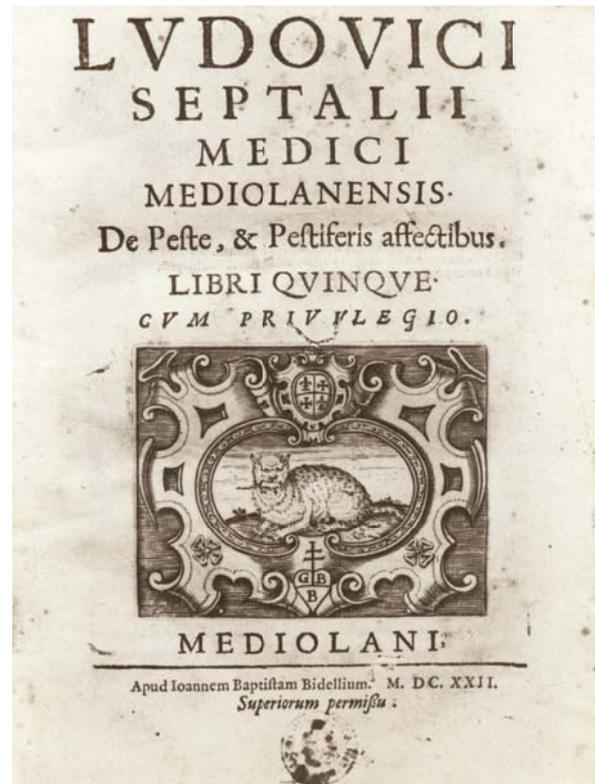
fine crudele di diffondere la peste. Di qui processi, condanne ed orrendi supplizi.

Per la terapia, questa era la più varia: medicinali principi sempre la teriaca, gli alessifarmaci, la pietra Belzoar, il mitridate, l'orvietano, vari tipi di pillole portentose, l'ingestione di preparati a base di pietre preziose, l'olio contro veleni, la terra sigillata, alcune erbe medicinali (come la tormentilla, la borragine, l'angelica, il cardo mariano); i bubboni poi si dovevano incidere ed anche bruciare. Fra le tante specialità miracolose, vi era quella di pestare insieme arsenico, garofani, zafferano, zenzero e ruta, metterli in un sacchetto da portare sopra la camicia dalla parte del cuore. Era questo un rimedio sicuro per preservarsi dal morbo!

Un cenno anche al ricorso della

particolare culto popolare in tempo di peste lo ebbero S. Sebastiano, vissuto nel terzo secolo di questa era, che per essere stato martirizzato con le frecce, furono queste assunte a simbolo del male; altro santo molto famoso fu S. Rocco, vissuto all'inizio del XIV secolo, che si mise al servizio della comunità malata per assistere gli infetti, che guariva dai segni di contagio con l'imposizioni delle mani.

Dopo questo episodio del 1630, che alla fine interessò tutta l'Italia a più riprese, fino alla sua estinzione che avvenne, a seconda dei luoghi, fra il 1632 ed il 1634, seguirono successivamente una epidemia in Spagna del 1647 ed in particolare per la sua devastazione quella del 1656 in cui il morbo dilagò, gravissimo per intensità e mortalità, oltre



L. Settala, *De Peste*, Milano, 1622

protezione di santi taurmaturghi. Nel terrore della morte, oltre ad invocare la Madonna

che in Liguria, a Napoli e negli Stati della Chiesa. Terribili inoltre gli episodi di Londra nel 1665, di particolare violenza, che decimò gli abitanti (descritta successivamente dal Defoe in un suo famoso romanzo), quella che nel 1679 scoppiò a Vienna, con oltre 100.000 morti, e di qui a Praga, ed infine nel 1690, quando si manifestò in Puglia.

Accanto alla peste, indubbiamente la manifestazione più importante, ricordiamo che in questo secolo si presentarono, anche in modo acuto ed epidemico, altre malattie infettive come la malaria, ben indagata allora da Giovanni Maria Lancisi che richiamò l'attenzione sulle tante zanzare che abbondano nelle paludi ed in queste vide la causa della malattia, pensando che con le loro punture fossero capaci di inoculare nel sangue un "veleno" atto a produrre il male. Durante questo secolo si manifestarono inoltre altre epidemie, come ad esempio di tifo petecchiale, specie in Germania, Francia ed in Italia negli anni 1628-32, di vaiolo, di scarlattina e di difterite.

Meeting della Società Italiana di Odontoiatria Infantile: Pisa 2/10/10

272 tra Odontoiatri e Pediatri provenienti in prevalenza dalla Toscana, ma con numerose rappresentanze da quasi tutte le altre regioni dell'Italia, hanno affollato l'Aula Magna di Anatomia Umana Normale della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa il 2 ottobre u.s per il Meeting SIOI: "Odontoiatria pediatrica, aggiornamenti nella pratica clinica".

L'evento è stato preparato con cura dalla Prof.ssa Maria Rita Giuca, Docente di Odontoiatria Infantile dell'Università di Pisa, Direttore del Master di II livello in Odontoiatria infantile e Ortodonzia Intercettiva e Presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale, che in questo incontro ha messo in evidenza la capacità organizzativa del gruppo della Pedodonzia Pisana, come, tra l'altro, ha riconosciuto con compiacimento il Presidente del Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria della nostra Università il Prof. Mario Gabriele all'apertura del Meeting.

Il Presidente della Società Italiana di Odontoiatria Infantile, Direttore dell'U.O.A. di Odontoiatria dell'Azienda ULSS dell'Alta Padovana e Direttore del Centro Regionale Veneto di Prevenzione e Cura delle malattie oro-dentali, Titolare di Insegnamenti di Cariologia, Odontoiatria preventiva e di Comunità all'Università di Padova Dott. Roberto Ferro, ha avuto parole non convenzionali di grande apprezzamento per la realizzazione dell'incontro e di



Dott. Roberto Ferro

soddisfazione per la qualità dell'affiatamento riscontrato nel lavoro dell'equipe della Prof. M.R. Giuca evidente frutto della trasmissione di un comune sentire la responsabilità di un "fare pedodontico" difficilmente conseguibile in tempi necessariamente ristretti e con difficoltà di ordine economico quali sono quelli attuali.

Il programma scientifico ha previsto due sessioni.

La prima, moderata dal Prof. R. Gatto, Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria dell'Università dell'Aquila, Ordinario

di Odontoiatria Infantile della stessa Università e Past-President della SIOI, è stata aperta dal Dott. R. Ferro con una originale e personale esposizione del "Fare ortodontico in dentatura decidua dell'Odontoiatra pediatrico". Il suo intervento si è focalizzato su "la prima visita dal dentista" di cui riportiamo un estratto che è anche un sentiero tracciato su basi scientifiche di livello internazionale, da seguire per allontanare il pericolo tuttora esistente della carie nell'infanzia. Sempre più frequentemente le neo mamme chiedono quando devono portare il loro piccolo per la

prima volta dal dentista. L'età ideale è due anni, quando il bambino è in grado di relazionarsi in modo più compiuto con degli estranei. In questa occasione occorre giocare con il piccolo interlocutore, abituandolo ad aprire la bocca e a mostrare al "dottore dei dentini" i suoi bianchi mattoncini. Così l'approccio col dentista avviene precocemente, in maniera ludica e non forzata da un eventuale mal di denti. A due anni, l'eruzione dei decidui non è di norma completata (nella media questo avviene verso i trenta mesi), ma è un'occasione per scoprire l'eventuale presenza di un'iniziale forma grave di carie dell'infanzia (*Early Childhood Caries*) e, nel caso insegnare alla mamma come evitare la progressione della stessa. E' utile concludere l'incontro regalando al piccolo uno spazzolino e un dentifricio per bambini, cioè a basso contenuto di fluoro, e istruendo il genitore circa il concetto del gioco dello spazzolino. In accordo con quanto definito nel 2009 dall'European Academy of Paediatric Dentistry, nell'età da sei mesi a due anni si raccomanda l'uso di dentifricio con una concentrazione di fluoro non superiore alle 1000 ppm da usare in media due volte al giorno. Altri AA, suggeriscono che la prima visita dal dentista va effettuata ad un anno. Addirittura Curzon, in un suo editoriale del 2009 nell'European Archives of Paediatric Dentistry, Journal ha proposto lo slogan "first tooth-first visit" per una cam-

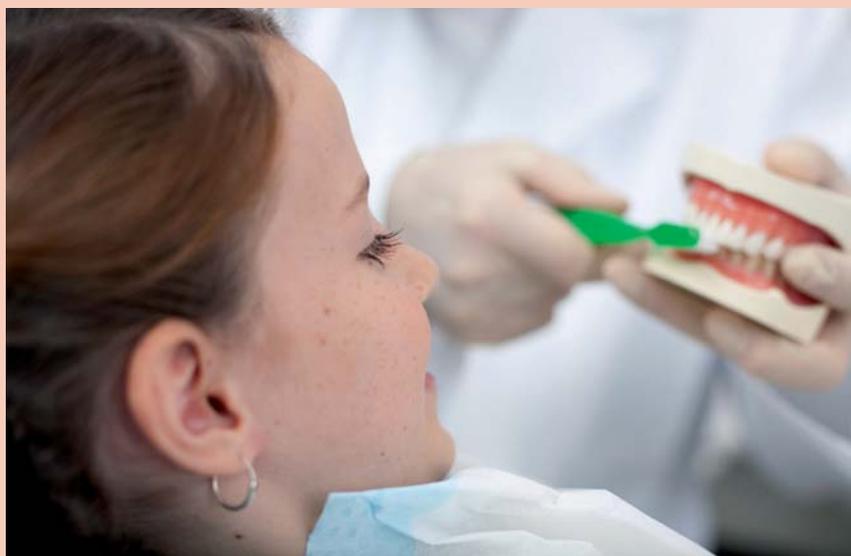
pagna europea volta a sensibilizzare le famiglie a portare il bimbo dal dentista al momento dell'eruzione del primo dente, e questo potrebbe essere "il modo" per sconfiggere la *Early Childhood Caries*. Se da un punto di vista prettamente teorico la proposta è condivisibile, nel nostro paese risulta poco praticabile. E' difficile, in realtà, che, perlomeno in Italia, una mamma porti il bambino di sei-sette mesi dal dentista, solo per mostrare il primo dente da latte che sta spuntando. E' consuetudine, invero, che le mamme all'eruzione del primo dente si rivolgono al pediatra visti i disturbi di carattere locale, ma anche generale che spesso accompagnano la dentizione decidua. Questa potrebbe essere invece l'occasione giusta, offerta ai genitori, per affrontare con lo specialista pedodontico la salute orale dei loro bambini. Occorre tenere ben presente che il coinvolgimento del Pediatra è cruciale ed è utile che singoli Odontoiatri Infantili ricerchino una collaborazione ad personam con i Pediatri della propria zona, al fine di gestire in maniera congiunta la salute orale del bambino nei primi anni di vita.

La Dott.ssa C. Savastano, della Clinica Odontoiatrica dell'A.O.U di Firenze, Presidente SIDO (Società Italiana di Ortodonzia), ha svolto una relazione su "Analisi clinica del volto dall'infanzia all'adolescenza" con un'abbondante iconografia che ha permesso di ben comprendere le

finalità della ricerca. Ciò ha consentito di approfondire le caratteristiche sagittali-verticali-trasversali della faccia normale dall'infanzia all'adolescenza e quindi a rilevare, nelle immagini conseguenti, le anomalie di crescita nelle tre dimensioni. Una nutrita sequenza di facce di soggetti della fascia di età in oggetto, normali e portatori di anomalie di II e III classe, sono state poste a confronto secondo gli indici Bolton standard. In relazione al periodo evolutivo del soggetto è stato stressato il concetto che il profilo rettilineo è sospetto di anomalia, che la parte inferiore del volto è importante sia per lo studio della simmetria facciale, sia per la competenza labiale. L'illustrazione delle sequenze ha consentito di mettere in luce le principali caratteristiche e le differenze nell'evoluzione della crescita facciale, con focalizzazione sulle caratteristiche di quelle principali anomalie che, in accordo con la letteratura, hanno priorità di trattamento le cui relative modalità sono state illustrate con precisa documentazione.

La terza relazione è stata svolta dal Dott. B. Cicognani con la collaborazione dell'odontotecnico P. Forni entrambi liberi professionisti con sede nell'area Emiliana su "Dal Twin-block allo Stop-and-Go in terapia intercettiva". Una corposa iconografia corredata di dati tecnici, alternata da considerazioni fisiopatologiche, ha premesso di chiarire gli aspetti più innovativi ed interessanti della metodica e sono state messe in evidenza le originalità attuative dei materiali e dei buoni risultati applicativi.

A conclusione della prima sessione ha parlato la Prof.ssa G. Denotti Presidente del Corso di Laurea in Igiene dentale dell'Università di Cagliari e Prof. Associato di Pedodonzia della stessa Università. Con la sua relazione su "La biologia molecolare nella diagnosi della malattia parodontale in età pediatrica" ha richiamato la massima attenzione ed il massimo interesse sia degli Odontoiatri infantili sia dei Pediatri presenti, per l'estrema attualità dei dati riportati sulle alterazioni a livello parodonta-



le in età pediatrica che non devono essere trascurati poiché possono evolvere, in molti casi, in una parodontite aggressiva giovanile che può essere causa di danni parodontali irreversibili. Le moderne metodiche di diagnosi biomolecolari vengono in aiuto del terapeuta che le utilizza attraverso un percorso diagnostico che parte dal prelievo della placca e della saliva e termina con una analisi di biologia molecolare che permette di sapere quali sono i batteri presenti nel solco gengivale. L'accessibilità ai kit diagnostici molecolari consente di avere, in una manciata di minuti (circa venti), risposte attendibili sulla carica batterica. Per cui, unire alla terapia classica una selettiva componente diagnostica aggiuntiva, ci consente di determinare con maggiore certezza la presenza di batteri che, oltre a causare danni molto gravi per il parodonto, possono essere causa di patologie sistemiche gravi come cardiache, renali e meningee. La seconda sessione, moderata dal Prof. D. Tripodi, Professore Aggregato di Odontoiatria Infantile dell'Università G. D'Annunzio di Chieti-Pescara e Direttore del Corso di Perfezionamento di Odontoiatria Infantile della stessa Università, si è aperta con la relazione del Prof. G. Marzo Direttore della Scuola di specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università dell'Aquila, Ordinario nella stessa Università di Malattie Odontostomatologiche su *"L'importanza del recupero degli elementi inclusi in età pediatrica"*. Fatto presente che l'eruzione dei denti permanenti in arcata è regolata da uno stretto controllo genetico e questo guida la formazione delle varie gemme dentarie in maniera corretta e la loro eruzione in arcata nella loro sede prestabilita, particolari situazioni anatomiche, eventuali traumi occorsi precedentemente o processi infettivi a carico dei decidui corrispondenti, potrebbero causare alterazioni del percorso eruttivo, impedendo così al dente di comparire nella cavità orale entro il limite fisiologico di eruzione. Corre pertanto la necessità di operare una distinzione tra il processo di ritenzione e quel-

lo di inclusione: un dente si dice ritenuto quando non ha fatto la sua comparsa in arcata entro il limite temporale fisiologico di eruzione, ma presenta ancora una capacità eruttiva avendo gli apici beanti; un dente si dice incluso se non erompe in arcata alcuni anni dopo il limite massimo fisiologico consentito per la sua eruzione. Pertanto un dente incluso oltre a non essere presente in arcata dopo il limite fisiologico di eruzione, ha perso anche il suo potenziale eruttivo e quindi i suoi apici radicolari sono chiusi e perciò il dente è privo della spinta eruttiva. Ne consegue la necessità di un differente comportamento terapeutico.



Prof. Gabriele

Il Prof. M. Gabriele Ordinario di Chirurgia Odontostomatologica dell'Università di Pisa, Direttore dell'U.O.C. di Odontostomatologia e Chirurgia Orale dell'A.O.U. Pisana e Past-President della SIDCO, nella sua relazione *"La*

toiatri Infantili e degli Ortodontisti con gli altri specialisti tra cui il Chirurgo Orale. A tal proposito, con ricca e dettagliata iconografia frutto della propria esperienza clinico-chirurgica ha mostrato come gli elementi dentari infraocclusi ed inclusi rappresentano una patologia chirurgica affascinante anche se non scevra di complessità. I denti infraocclusi presentano la superficie oclusale al di sotto del piano di riferimento passante sulla superficie oclusale degli elementi dentari adiacenti. Questa patologia può essere determinata sia da fattori propri degli elementi dentari che da fattori associati ai tessuti duri e molli agli elementi interessati. Si è poi soffermato su una patologia poco conosciuta responsabile di quadri di infraocclusione: la Cisti Mandibolare Buccale Infetta o Parodontale. Questa si sviluppa a livello del margine cervicale della radice dentaria a causa di un processo flogistico originato, di solito, da una tasca parodontale adiacente. L'elemento dentario affetto da questa



chirurgia degli elementi infraocclusi ed inclusi" ha innanzitutto posto l'accento sul fatto che la salute orale del bambino in età evolutiva è l'espressione di un corretto approccio clinico-diagnostico dettato dalla convergenza di linee guida e percorsi assistenziali tra la clinica pedodontica e le altre discipline odontoiatriche e mediche. Perciò di cruciale importanza è il rapporto degli Odon-

forma patologica è sempre vitale e ciò è fondamentale per eseguire una corretta diagnosi differenziale con le altre forme di Cisti Radicolare. La terapia della Cisti Mandibolare Buccale Infetta è essenzialmente chirurgica e prevede la rimozione della cisti e l'applicazione di un drenaggio per favorire la decompressione della cavità neoformata e permettere la corretta eruzione dell'elemento dentario

interessato.

Di più facile riscontro clinico sono gli elementi dentari inclusi. L'inclusione del canino, a differenza dei terzi molari, può essere causa di gravi malocclusioni. La sua forma caratteristica lo rende esteticamente e funzionalmente insostituibile nel sorriso di una persona. Infatti, la particolare lunghezza della sua radice, gli permette di sopportare notevoli carichi masticatori ed ha un importante ruolo di protezione dei gruppi dentari posteriori nei movimenti di lateralità. Il trattamento, alla luce delle acquisizioni in ambito ortodontico e parodontale, mira a riportare in arcata gli elementi inclusi insieme ai tessuti di supporto parodontale, superficiali e profondi, tentando di riprodurre, ove possibile, il fenomeno di eruzione fisiologica. Ovviamente, l'intervento chirurgico di disinclusione è solo una fase del piano di trattamento che prevede una terapia ortodontica di supporto, senza la quale solo occasionalmente l'atto chirurgico potrebbe raggiungere lo scopo.



Prof.ssa Giuca

La seconda sessione si è conclusa con la relazione della Prof.ssa M.R. Giuca e del Dott. L. Poli Responsabile della Sezione di Ortodonzia dell'A.O.U. Pisana e Dirigente del Servizio di Riabilitazione Stomatognatica che ha trattato con **"Il frenulo linguale: implicazioni ortodontiche e funzionali"** una tematica di notevole interesse per il regolare sviluppo e funzione della deglutizione, fonazione, postura dei piccoli pazienti, il tutto corredato con numerose immagini dettagliate e schemi di riferimento frutto di un'ampia casistica e di una lunga esperienza.

Sono state mostrate tutte le modalità di presentazione del frenulo corto a spiegazione ed esemplificazione della complessa patologia consequenziale.

Dopo ricordi anatomici, le anomalie del frenulo sono state classificate secondo l'inserzione linguale (F3, F2, F1, F0) ed è stata messa in evidenza la necessità clinica di un



precoce riconoscimento funzionale dell'anomalia con l'accuratezza dell'esame obiettivo (Dimpling-Curling), test (di Payne della fluoresceina, masticazione, deglutizione), misurazioni (indice di Marchesan: 1° e 2° misura > di 60 = normale, < di 50 = patologico) e valutazioni posturali. E' importante notare che la regressione spontanea del frenulo indica di eseguire le valutazioni a sei anni.

I disturbi della fonazione sono variabili così come la postura e le spinte labiali (nella fase deglutitoria), con interazioni muscolari scorrette dei muscoli facciali. Di conseguenza intervengono implicazioni ortodontiche: malocclusioni, deficit trasverso del palato, affollamento dentario, diastemi, ronzii, vertigini, asimmetrie facciali, turbative del corridoio di Chateau indicativo degli squilibri delle forze (lingua/labbra-guance sull'elemento dentario), in un circuito virtuoso forma-funzione che viene alterato (protrusione incisivi superiori, restringimento del palato, morso crociato, lingua affacciata, permanenza deglutizione infantile, apertura del morso, morso coperto).

La deglutizione scorretta può essere responsabile anche di Otiti Ricorrenti e di Disturbi del Linguaggio. Ma un aspetto interessante è anche la responsabilità che il frenulo linguale corto ha, attraverso il complesso joide-lingua, nei rapporti muscoloscheletrici mandibola-cranio-colonna vertebrale-cintura scapolare, nell'assetto funzionale dei muscoli

implicati nella deglutizione, disorganizzando la flessioestensione del capo con ripercussioni sulle catene muscolari della normale stazione eretta (catene posturali). Infatti le valutazioni posturali, pre e post intervento di frenulotomia, evidenziano i benefici dell'intervento anche perché la postura linguale alterata determina l'insorgere dell'ipertonia o dell'ipotonia di gruppi muscolari con scoliosi e patologia d'appoggio per variazione di tensione dei muscoli tensori delle arcate plantari, donde la necessità dell'analizzatore posturale per la definizione posturometrica e stabilometrica insieme a test chinesiológicos.

Al termine del Meeting, nella sua qualità di Direttore del Master di II livello in **"Odontoiatria Infantile e Ortodonzia Intercettiva"**, la Prof.ssa M.R. Giuca ha consegnato i diplomi ai quattordici odontoiatri che avevano conseguito il Master, e ha messo in evidenza non solo la qualità dei Docenti, l'impegno della Facoltà ed il contributo organizzativo del suo team, ma anche la risposta entusiasta al Master degli iscritti, fatto che invita a riproporre anche per il nuovo Anno Accademico il Master stesso, essendo significativa la richiesta di sviluppo di competenze in tal senso da parte dei professionisti, significativa altresì dell'espansione, proprio per necessità obiettive della popolazione degli utenti, dell'Odontoiatria Infantile.

La pubblicità dell'informazione Sanitaria

La lettura di inserzioni di pubblicità informativa non corretta su vari giornali, soprattutto quotidiani locali, induce la Commissione degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri a ritornare sul tema, già trattato in maniera ampia proprio un anno fa sul numero 41 di Pisa Medica. Si veda a lato un esempio comune anche se non dei più gravi [allegato 1]. È vero che in altre province il fenomeno si presenta in maniera più ampia, ma la CAO di Pisa intende proseguire ugualmente nella sua azione volta a prevenire il fenomeno. Per questo motivo abbiamo deciso la pubblicazione di parte del documento approvato durante il Consiglio Nazionale dei Presidenti CAO del 4 Dicembre 2010 da una apposita Commissione sulle tematiche della pubblicità dell'informazione sanitaria con riferimento specifico alla professione odontoiatrica. "Dopo l'approvazione della c.d. Legge Bersani (D.L. 223/2006) è diventato difficile per gli Ordini af-

frontare con le dovute certezze la questione pubblicitaria: si parla ovviamente di ciò che è consentito o meno fare a chi ha l'obbligo di legge di essere iscritto per esercitare all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, iscrizione che comporta il dovere di osservare le norme del Codice Deontologico. Abbiamo ritenuto importante allora chiarire bene quali siano, nell'ambito di questa questione, i punti fermi e quali gli elementi di criticità: non si vuole raggiungere l'impossibile obiettivo di esaurire una problematica molto complessa (anche perché campo di scontro tra visioni politiche molto diverse), ma capire dove ci si possa muovere con la dovuta tranquillità e dove bisogna porre più attenzione. A questa conflittualità interpretativa bisogna aggiungere la diversa visione della norma di legge. Per quanto riguarda il tema specifico il D.L. 223/2006, all'art. 2 recita:

comma 1)...sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:

- a) ...
 b) *il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine.*
 Un primo passaggio da sottolineare è che

nella legge non si parla di pubblicità, ma di pubblicità informativa. Questo significa che l'iscritto all'Ordine non può fare pubblicità commerciale (promozionale e comparativa) ma gli è consentito fare informazione e questa informazione può pubblicizzarla. Rimane il problema di distinguere tra pubblicità ed informazione: seppur la questione necessiti di essere adeguatamente sviscerata, in linea di massima si può dire che la pubblicità è un'informazione parziale dove vengono sottolineati solo alcuni elementi ritenuti accattivanti. Nella legge viene inserito l'elenco di ciò che è oggetto di liberalizzazione: titoli e specializzazioni professionali, caratteristiche del servizio offerto, il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni. Elementi che presi nel loro insieme danno un'informazione, considerati come singoli elementi di pubblicità. Il punto di riferimento deontologico riguardo alla pubblicità sono gli artt. 55, 56, 57 del Codice Deontologico. Un'analisi del messaggio pubblicitario (contenuto, forma e mezzi) deve però prendere in considerazione anche altri articoli del Codice a partire da quelli che parlano di decoro e dignità, concetti molto contestati dall'Antitrust: un altro esempio sono gli articoli 4 e 30 sul conflitto di interesse, un altro ancora è quello sui compensi (il riferimento è alla sempre più frequente pubblicità di prestazioni gratuite), ma ce ne sono altri come quello sul rapporto fra colleghi o quello sulla libera scelta e così via.

Un secondo passaggio è la verifica del messaggio in termini di trasparenza e veridicità, verifica chiaramente demandata dalla legge all'Ordine. Nell'ambito della verifica possiamo teoricamente distinguere

Allegato 1

due momenti, uno c.d. "ex ante" ed uno "ex post", anche se l'Antitrust (ma anche molti giuristi) per verifica intendono solo quella "ex post". Questo ci porta a dire che, senza alcun dubbio, la **verifica "ex post"**, che per noi si traduce in procedimento disciplinare, non può essere oggetto di interferenze da parte dell'Antitrust. Per quanto riguarda la verifica "ex ante" la situazione è più delicata, certamente non è obbligatoria, ma è consigliabile la richiesta di un parere preventivo in caso di incertezza sul messaggio da trasmettere. Così come bisogna "stare attenti" ad aderire a determinate iniziative (teoricamente intendibili come tentativo di influenzare il mercato da parte di una corporazione) perché possono comportare un vulnus al Codice Deontologico. Un esempio ne è la recente campagna sviluppata a tappeto sulla postura corretta nelle scuole, forma dichiarata di pubblicità indiretta con prevalente riferimento agli odontoiatri della quale è tutta da valutare l'efficacia e l'appropriatezza, sicuramente in contrasto con il Codice Deontologico agli artt. 56, 57, 265 c. 3 [vedi allegato 2].

Un terzo passaggio importante è quello che ha portato il Ministero della Salute ad inviare un parere (il 30.04.2008, poi confermato regolarmente dalla CCEPS) secondo cui l'abrogazione delle vecchie norme vale per il singolo professionista e non per le società, come da lettera testuale dell'incipit dell'art. 2

comma 1: "... con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali...". Secondo questa circolare per le società di capitali (quindi con autonoma personalità giuridica) varrebbero ancora le regole della 175/92.

Il gruppo di lavoro invita i Presidenti CAO a considerare un'azione congiunta e coordinata (in particolare modo tra province limitrofe e/o nella stessa regione) per contrastare la

pubblicità delle prestazioni gratuite, inaccettabile deriva deontologica della pubblicità sanitaria/commerciale, sulla base del documento allegato. La responsabilità oggettiva dei responsabili sanitari, nell'ottica di una azione disciplinare improntata comunque alla prevenzione prima che alla repressione, deve essere utilizzata come elemento di forza per la progressiva cancellazione dei messaggi pubblicitari scorretti".



FNOMCeO

Prot. N°: _____

Rif. Nota:

Resp. Proced.: Dr. M. Poladas

Resp. Istrut.: - Dr.ssa L. Castiglioglio

OGGETTO:

Campagna di prevenzione
Postura Corretta e prevenzione
dentale nelle scuole italiane.

Associazione di promozione sociale P.E.A.S.
(Progetto Educazione Alla Salute)

posturacorretta@pec.it

FNOMCEO 22/09/10
RGP.0008982 2010
Cl. 15.01/13

In riferimento anche a numerose richieste di chiarimento pervenute alla scrivente Federazione da parte degli Ordini provinciali, esprimiamo il nostro parere in merito alla Campagna di prevenzione in oggetto.

In primo luogo, è da osservare che l'iniziativa è limitata agli studi odontoiatrici, ai quali viene attribuita una competenza in materia di educazione sanitaria per la difesa della colonna vertebrale che non sembra rientrare tra quelle dell'odontoiatra, individuate dall'art. 2 della legge 409/1985, se non in rapporto ai casi di patologia dell'apparato stomatognatico.

Al di là di questo aspetto, suscita perplessità l'utilizzo della figura dell'odontoiatra per promuovere una operazione commerciale che appare in contrasto con la deontologia professionale.

Si fa riferimento, in tale contesto, alle norme del vigente Codice di Deontologia Medica.

Più precisamente, si evidenzia l'articolo 56, comma 4, nella parte in cui si pone il divieto di "qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri".

Va preso in considerazione anche l'articolo 57, laddove stabilisce che "il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali".

Si sottolinea, infine, la perplessità dell'iniziativa non soltanto per il tema della corretta pubblicità sanitaria ma anche in relazione all'articolo 65, comma 3, che testualmente prevede che "il medico non deve partecipare in nessuna veste ad imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale".

Con la speranza di aver chiarito il punto di vista della Federazione sull'iniziativa di cui trattasi, porgiamo cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco



La paralisi facciale

La paralisi periferica idiopatica del nervo facciale, nota con l'eponimo di paralisi di Bell, è caratterizzata dalla comparsa di un deficit motorio, ad esordio acuto e decorso rapidamente progressivo, che interessa tutti i muscoli mimici dell'emivolto omolaterale.

L'incidenza annuale, pressoché omogenea in tutto il mondo, è pari a 15-30 casi/100.000 abitanti. L'incidenza reale, tuttavia, sembra essere più elevata, poiché un numero cospicuo di pazienti viene trattato dal medico di medicina generale senza far ricorso allo specialista. Qualsiasi fascia di età può essere interessata, anche se il picco di incidenza si registra tra i 30 ed i 40 anni, senza differenze di genere o di lato del volto. La paralisi si manifesta più frequentemente nei pazienti affetti da diabete o ipertensione arteriosa, oltre che nelle donne in gravidanza.

Presentazione clinica e decorso

Le manifestazioni cliniche esordiscono acutamente, ma possono essere precedute da sensazioni di tipo parestesico nel territorio facciale corrispondente (non facilmente interpretabili, visto che il n. facciale è un nervo motorio) ovvero da dolore anche intenso nella regione retroauricolare, che in alcuni casi si estende alle regioni occipitale e cervicale. La paralisi spesso compare dopo l'esposizione a correnti di aria fredda sul volto (per tale ragione è anche detta "paralisi a frigore") e, nella maggior parte dei casi, raggiunge la sua massima espressione entro le 48 ore dall'esordio, o comunque entro i primi 5 giorni.

Il quadro clinico è caratterizzato dall'asimmetria del viso: infatti, dal lato paralitico si osserva la scomparsa delle rughe frontali (per paralisi

del muscolo frontale), l'appiattimento dei solchi naso-genieno e naso-labiale, l'abbassamento dell'angolo della bocca (per paralisi del muscolo orbicolare delle labbra) e l'incapacità a serrare le palpebre (per interessamento del muscolo orbicolare) (Figura 1).

La mancata chiusura delle palpebre causa una irritazione oculare per ridotta lubrificazione dell'occhio da ridotto ammiccamento. Quando il paziente cerca di chiudere l'occhio questo presenta una rotazione verso l'alto e l'esterno mostrando così la sclera (fenomeno di Bell, dovuto ad una sincinesia tra muscolo orbicolare delle palpebre, paretico, e muscolo retto superiore dell'occhio). La produzione di lacrime diminuisce, ma il paziente può mostrare un'apparente eccessiva lacrimazione con perdita di lacrime lungo la guancia, a causa dell'eversione della palpebra inferiore che non assolve più la sua funzione di contenimento.

Sintomi di accompagnamento della paralisi possono essere: l'iperacusia, per interessamento del muscolo stapedio, la disgeusia nei 2/3 anteriori della lingua, quando la lesione si è estesa almeno fino al punto in cui le fibre della corda del timpano si uniscono al nervo facciale, i disturbi della salivazione, e i disturbi della sensibilità in regione parotidea.

La prognosi è complessivamente favorevole, e circa il 70-80% dei pazienti recupera spontaneamente in poche settimane o in 1-2 mesi: in genere, il 94% dei pazienti con paralisi incompleta ed il 61% dei pazienti con paralisi completa vanno incontro a recupero totale. Se il 71% dei casi recupera un'espressione

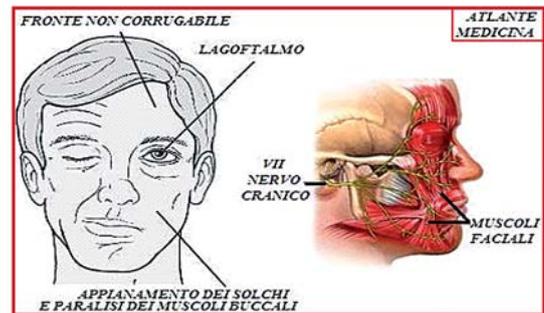


Figura 1: Segni tipici della paralisi del VII nervo cranico di sinistra.

facciale normale, il 13% presenta sequele paretiche modeste, mentre nel 16% permane una marcata limitazione funzionale, con asimmetria muscolare del volto, e talvolta con innervazione aberrante (espressa come sincinesia motoria o disfunzione autonoma) o emispasmo facciale post-paralitico.

Il segno prognostico più favorevole è il recupero parziale della funzione motoria entro 15-20 giorni dall'esordio della paralisi. Fattori prognostici negativi sono: l'età (>60 anni), la degenerazione assonale >90% del nervo facciale (evidenziata con elettromiografia/elettroneurografia), il dolore (nella parte posteriore della testa, alla guancia o altro), l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito.

Eziologia e diagnosi differenziale

Il meccanismo patogenetico ritenuto responsabile della paralisi idiopatica del facciale sembra essere un processo infiammatorio che comprime il nervo stesso all'interno del canale osseo in cui questo decorre (neuropressia). Dal punto di vista eziologico sono invocate diverse ipotesi, tra le quali un'ischemia locale, un processo infiammatorio autoimmune, un'infezione virale. Quest'ultima è attualmente la più accreditata, soprattutto dopo l'isolamento di DNA

genomico del virus Herpes simplex 1 (HSV-1) nel liquido endoneurale del nervo e nei muscoli facciali di pazienti nelle prime due settimane dall'esordio. Si pensa pertanto che la causa principale della paralisi di Bell sia la riattivazione di tale virus, latente nel ganglio genicolato del nervo, con conseguente neuropatia infiammatoria acuta. La riattivazione dell'Herpes virus durante un'infezione, una gravidanza o senza cause evidenti provoca molto probabilmente una recidiva di paralisi, che si verifica nell'8,3% dei casi, ad intervalli di tempo non prevedibili ma in genere dell'ordine dei 10 anni.

La diagnosi è essenzialmente clinica: spesso è sufficiente la sola ispezione, e la conferma può derivare dalla valutazione dinamica dell'attività funzionale dei muscoli (invitando il paziente a chiudere gli occhi, corrugare la fronte, mostrare i denti, protrudere le labbra, gonfiare le gote).

Altre situazioni patologiche possono determinare una paralisi facciale isolata, clinicamente identica alla paralisi di Bell; pertanto per una corretta diagnosi differenziale è fondamentale valutare con attenzione la modalità d'esordio, la storia clinica del paziente, ecc. (Tabella 1). È importante, ad esempio, escludere la presenza di diabete mellito, che spesso si associa alla paralisi idiopatica, lesioni strutturali dell'orecchio (es. colesteatoma) o della ghiandola parotide (es. neoplasia salivare), così come fratture delle strutture circostanti. La paralisi

idiopatica del facciale può talvolta essere bilaterale (diplegia facciale), ma difficilmente l'interessamento è simultaneo, cosa che invece accade più frequentemente in altre condizioni che possono mimare la paralisi di Bell, quali la sindrome di Guillain-Barré o la malattia di Lyme. In quest'ultimo caso i pazienti hanno spesso una storia di esposizione a puntura di zecca, rash o artralgie, e risulteranno positivi alle specifiche prove anticorpali di laboratorio. Le paralisi facciali da otite media acuta o cronica han-

no un inizio più graduale accompagnato da dolore all'orecchio e febbre. La paralisi idiopatica del facciale coinvolge un intero emivolto, mentre le lesioni sopranucleari, causate da sclerosi multipla, ictus o neoplasie cerebrali, provocano una paralisi limitata alla metà inferiore del volto (Figura 2). Altre condizioni da escludere sono: la sindrome di Ramsay Hunt, la sarcoidosi, reazioni vaccinali, l'infezione da HIV, ecc.

Terapia

La terapia farmacologica della paralisi idiopatica del nervo facciale va iniziata il più precocemente possibile dall'esordio di sintomi e

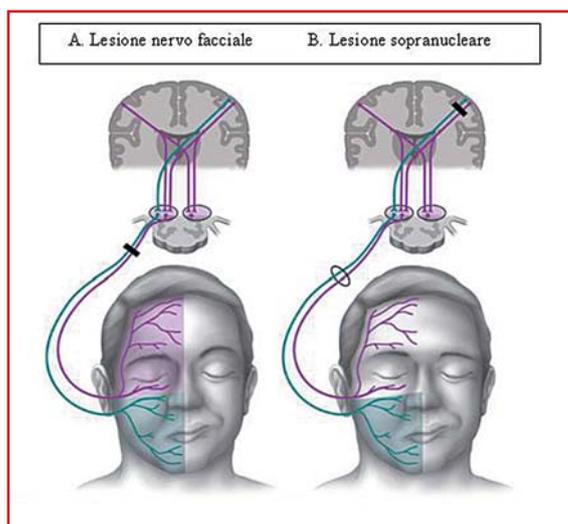


Figura 2. Pazienti con (A) lesione del nervo facciale e (B) lesione sopra-nucleare. Il nucleo superiore del facciale, deputato all'innervazione dei muscoli frontale, orbicolare delle palpebre e buccinatore, riceve fibre piramidali sia dalla corteccia controlaterale che da quella omolaterale.

segnali. Attualmente sono utilizzate due classi di farmaci: corticosteroidi e antivirali, pur se in mancanza di evidenze scientifiche univoche. I più recenti studi clinici, tuttavia, sembrano confermare l'utilità dei corticosteroidi nel ridurre infiammazione ed edema del nervo facciale e facilitare il recupero della funzione motoria, minimizzando così il rischio di un recupero insoddisfacente. Durante la prima settimana e fino a 10 giorni dall'esordio dei sintomi è indicata la somministrazione orale di prednisone (25-50 mg/die) o metilprednisolone (16-32 mg/die). I farmaci antivirali (aciclovir, valaciclovir), in associazione ai corticosteroidi, specie se somministrati entro tre giorni dall'esordio dei sintomi, sembrano garantire ulteriori benefici clinici. Molto utili alcune semplici misure: l'utilizzo di lacrime artificiali, il bendaggio oculare notturno per prevenire l'irritazione oculare e l'ulcerazione corneale, e naturalmente l'evitamento dell'esposizione al freddo della parte lesa. I deficit muscolari residui e le contratture muscolari che complicano il mancato recupero funzionale possono richiedere rispettivamente interventi di microchirurgia plastica o iniezioni di tossina botulinica.

Cause	Frequenza
Paralisi di Bell	74%
Trauma cranio-facciale	9%
Neoplasie	4%
Otite media e colesteatoma	3%
Complicanza di interventi chirurgici	3%

Tabella 1: Principali cause e frequenza di paralisi facciali.

I geni che proteggono il cuore. Intervista al Prof. Alberto Zanchetti

E' noto che l'ipertensione, il più importante fattore della mortalità globale, dipende dall'interazione di fattori ambientali ed ereditabili. Tuttavia le varianti genetiche finora identificate riescono a spiegare solo l'1-2% della differenza di pressione arteriosa in una popolazione. Ciò indica che ci sono ancora molte varianti da scoprire.

Una nuova variante genetica è stata identificata da un gruppo di ricercatori, coordinati dall'Università di Glasgow e dall'Istituto Auxologico Italiano di Milano. Questa nuova variante genetica si associa a un rischio

ridotto di ipertensione e anche a un rischio ridotto di incidenti cardiovascolari. Infatti, ciascuna copia della variazione (ogni persona può averne un massimo di due) è associata a una riduzione del 7.7% di ictus, infarti del miocardio e morti coronariche.

Anna Dominiczak, Regius Professor di Medicina e Direttore del Collegio di Scienze Mediche, Veterinarie e della Vita dell'Università di Glasgow, e uno dei coordinatori del progetto, ha detto: "Noi riteniamo che la variante genica da noi scoperta ci dà nuove informazioni sui meccanismi dell'ipertensione, e ci può aiutare a identificare nuovi obiettivi per nuovi approcci farmacologici".

La ricerca è stata condotta nell'ambito di una Rete di Eccellenza, il



Alberto Zanchetti riceve il premio Galeno per i suoi meriti in campo medico e scientifico.

progetto InGenious HyperCare, finanziato dalla Commissione Europea e che vede la collaborazione di 31 gruppi di ricerca in 13 diversi paesi europei.

Per identificare quali varianti genetiche sono in gioco in una malattia comune, quale l'ipertensione, si deve eseguire uno studio di tutto il genoma ("genome-wide association study"), cioè devono essere analizzate più di 500.000 varianti (note come SNP) attraverso tutto lo spettro del genoma umano. Mentre precedenti studi "genome-wide" sulla pressione arteriosa erano stati svolti su popolazioni con un vasto spettro di pressioni arteriose (avevano indagato, cioè, più la genetica della pressione che quella dell'ipertensione), i ricercatori di Glasgow e

Milano hanno preferito studiare individui con pressioni arteriose ai due estremi opposti, hanno cioè paragonato individui con ipertensione marcata e individui con pressione completamente normale. Il DNA di questi individui con pressioni ai due estremi è stato fornito dalla collaborazione con l'Università di Lund, in Svezia. Le repliche dei dati iniziali sono state rese possibili da una collaborazione ancora più ampia con altri gruppi di ricerca nel Regno Unito, Italia, Olanda, Svizzera, Irlanda e Stati Uniti: nel complesso, si sono analizzati geneticamente 39.706 individui - 21.466 con ipertensione e 18.240 con pressione normale. Abbiamo rivolto alcune domande al coordinatore della ricerca, professor Alberto Zanchetti, direttore scienti-



Alberto Zanchetti presso il Centro di Ricerche e Tecnologie Biomediche dell'Istituto Auxologico.

fico dell'Istituto Auxologico Italiano.

Professor Zanchetti, qual è l'aspetto che ritiene più importante della vostra ricerca?

Avere individuato una nuova variante genica che si associa a un rischio ridotto d'ipertensione e – vorrei sottolineare – anche a un rischio ridotto di incidenti cardiovascolari: per una doppia variazione (il massimo possibile) abbiamo trovato una riduzione del 15% di ictus, infarti del miocardio, morti cardiovascolari. E' importante anche che la variante genica che abbiamo individuato non riguarda, come spesso succede negli studi di genomica, un gene di cui non si conosce la funzione: il gene da noi studiato governa la produzione da parte di una specifica parte del rene di una proteina, che si ritrova nelle urine, l'uromodulina. L'uromodulina è una proteina nota da vari decenni, ma di cui finora non si conosceva la funzione. I nostri dati fanno supporre che l'uromodulina partecipi a un meccanismo renale di regolazione della pressione arteriosa e del rischio cardiovascolare.

Rispetto alle conoscenze precedenti, la ricerca ha contenuti innovativi: quali?

Come alcuni degli studi recenti che hanno individuato altre varianti geniche in rapporto all'ipertensione, anche il nostro studio è stato – come si dice – “genome wide”, cioè ha analizzato più di 500.000 varianti attraverso tutto lo spettro del genoma umano. Gli studi precedenti avevano studiato delle ampie popolazioni di individui con un vasto spettro di pressioni arteriose, avevano cioè indagato più la genetica della pressione che quella dell'ipertensione. A differenza di questi studi il nostro ha preferito valutare individui con pressioni arteriose ai due estremi opposti, cioè una coorte di ipertesi marcati e una di individui del tutto normotesi. Il contrasto così netto ha probabilmente svolto un ruolo fondamentale nel rendere possibile la nostra scoperta. Nell'insieme abbiamo analizzato geneticamente 39.706 individui – 21.466 ipertesi e 18.240 normotesi.

Che aspetti pratici, nella diagnosi e nella terapia è possibile prevedere?

Nelle malattie comuni, come è l'ipertensione, le componenti genetiche sono multiple e ciascuna variante contribuisce ad una piccola parte dell'alterazione totale. Non possiamo perciò aspettarci

di usare le varianti geniche per predire l'insorgenza di ipertensione o l'insorgenza di complicazioni cardiovascolari. Possiamo e dobbiamo, invece, utilizzare gli studi genetici soprattutto per scoprire nuovi meccanismi funzionali che portano alla malattia e usare questi meccanismi come obiettivi per lo sviluppo di nuovi farmaci.

Quali saranno i passaggi successivi? Lo studio di queste altre varianti genetiche che intervengono nell'ipertensione e nelle altre malattie cardiovascolari, proseguirà?

Il nostro studio di genomica fa sospettare un nuovo ruolo per una vecchia proteina della quale si sapeva troppo poco. L'uromodulina è prodotta specificamente da una parte del rene, responsabile del riassorbimento del sodio, che cioè tende ad aumentare il contenuto di sodio del nostro organismo. I nostri risultati sembrano perciò riannodarsi alla vecchia storia che vuole che il sale sia uno dei principali responsabili dell'ipertensione. Ritengo che i nostri prossimi studi si rivolgeranno a meglio chiarire il ruolo funzionale dell'uromodulina. Quando li avremo compresi potremo anche mirare a trovare farmaci attivi su questo bersaglio.

Chi ha finanziato i vostri studi?

I nostri studi si sono potuti svolgere grazie al finanziamento della Direzione Ricerche della Commissione Europea che ha stanziati 10 milioni di euro per una Rete Europea di Eccellenza coordinata dall'Istituto Auxologico Italiano e da me personalmente. Inoltre, i nostri collaboratori dell'Università di Glasgow hanno avuto altri finanziamenti da parte della British Heart Foundation, il nostro gruppo è stato anche aiutato dalla Regione Lombardia e dal Ministero della Salute, in quanto l'Istituto Auxologico Italiano è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Linee guida per la terapia farmacologica dell'ipertensione

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale prevede la possibilità per tutta la popolazione di avere accesso a cure moderne ed efficaci. Tuttavia, l'autonomia in campo sanitario delle varie Regioni ha portato al concetto di Sistema Sanitario Regionale (SSR) con declinazioni e applicazioni diverse nel nostro Paese. E' opinione diffusa e condivisa che il SSR Toscano sia uno dei migliori, con elevati standard di qualità e una particolare attenzione alle esigenze delle persone/pazienti. Uno degli impegni più gravosi per chi amministra questo sistema è la gestione delle risorse, che, come più volte è necessario sottolineare, non sono infinite.

Sicuramente una delle strade intraprese dal SSR toscano per garantire elevati standard assistenziali senza ricorrere a finanziamenti aggiuntivi (ad es. l'introduzione dei "famigerati" ticket), è di porre particolare attenzione all'appropriatezza della spesa farmaceutica, soprattutto in quelle aree dell'assistenza sanitaria a più elevato impatto economico, in modo da ottenere un risparmio di spesa garantendo comunque i migliori livelli di qualità terapeutica.

Sulla base di queste premesse la Commissione Terapeutica della Regione (con la consulenza di alcuni esperti del settore) ha recentemente emanato un documento contenente alcune linee di indirizzo sulla terapia dell'ipertensione arteriosa e soprattutto sull'utilizzo dei farmaci che bloccano il sistema-renina-angiotensina (SRA), le classi terapeutiche più utilizzate nel-

la terapia di questa patologia che colpisce più del 20% della popolazione generale. Scopo del documento è stato quello di ricordare, sulla base della letteratura scientifica, le migliori scelte terapeutiche per i pazienti ipertesi e ha sottolineato la necessità etica di scegliere le molecole che, a parità di efficacia, abbiano un costo minore.

La Regione ha sollecitato le varie strutture sanitarie a realizzare iniziative che divulgassero questo documento. A questo riguardo l'Ordine dei Medici della Provincia di Pisa si è fatto carico di questo compito in

quanto sede ideale per poter far incontrare i medici di medicina generale, gli specialisti territoriali, gli specialisti della ASL e quelli dell'AOUP. L'incontro è stato organizzato in data 30 Novembre 2010, presso la sede dell'Ordine, e ha visto gli interventi del Dr. Giuseppe Figlini, Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pisa, del Dr. Tiberio Corona, Direttore del Servizio Farmaceutico dell'ASL 5, del Prof. Stefano Taddei, responsabile del Centro Regionale di Riferimento per la diagnosi e la cura dell'ipertensione Arteriosa dell'AOUP nonché uno degli

ACE-Inibitori	AT-1 antagonisti
Insufficienza cardiaca	Insufficienza cardiaca
Disfunzione del ventricolo sinistro	Post infarto del miocardio
Post infarto del miocardio	Nefropatia diabetica
Nefropatia diabetica	Ipertrofia ventricolare sinistra
Nefropatia non diabetica	Proteinuria/Microalbuminuria
Ipertrofia ventricolare sinistra	Fibrillazione atriale
Aterosclerosi carotidea	Sindrome metabolica
Proteinuria/Microalbuminuria	Tosse da ACE-Inibitori
Fibrillazione atriale	
Sindrome metabolica	

Tabella 1: Condizioni cliniche che indicano l'impiego di un ACE-inibitore o di un AT-1 antagonista secondo le Linee Guida della Società Europea dell'Ipertensione e della Società Europea di Cardiologia (J Hypertens 2007;25:1105-1187). E' evidente che gli AT-1 antagonisti hanno un minor numero di indicazioni rispetto agli ACE-inibitori e l'unica indicazione che è esclusiva per gli AT-1 antagonisti è la tosse provocata dagli ACE-inibitori.

estensori del documento della Regione, e del Dr. Loredano Giorni, Direttore del Dipartimento Farmaceutico dell'Assessorato alla Salute della Regione Toscana.

L'affluenza di pubblico è stata numerosa, anche se è da sottolineare che solo la medicina generale ha risposto in modo adeguato, mentre purtroppo è stata riscontrata una scarsa rappresentanza della medicina specialistica.

Gli aspetti fondamentali emersi dalla riunione sono stati i seguenti:

1) la difficoltà di normalizzare i valori pressori dei pazienti ipertesi, soprattutto perché molto spesso i farmaci (e principalmente quelli che bloccano il SRA) non sono utilizzati alla dose adeguata;

2) la dimostrata equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e AT-1 antagonisti: anche se il concetto di "equivalenza" terapeutica tra classi diverse di farmaci è molto spesso contestato, in questo caso può essere applicato sia perché entrambe queste classi agiscono sullo stesso sistema e soprattutto perché le Linee Guida dell'Iperensione Arteriosa della Società Europea dell'Iperensione e della Società Europea di cardiologia indicano che gli ACE-inibitori e gli AT-1 antagonisti hanno indicazioni terapeutiche sovrapponibili (tabella 1);

3) poiché il prezzo medio degli AT-1 antagonisti è di circa 4 volte superiore a quello degli ACE-inibitori, si sottolinea ulteriormente che non è razionale iniziare una terapia antiipertensiva con un AT-1 antagonista. Gli AT-1 antagonisti hanno il loro razionale di impiego solo in presenza di non tollerabilità di un ACE-inibitore, che si riscontra nel 20-30% dei pazienti trattati.

4) se è necessario somministrare un AT-1 antagonista è ragionevole somministrare il losartan, in quanto, non essendo più coperto da brevetto, ha un prezzo medio di circa 3 volte inferiore a quello degli altri AT-1 antagonisti. Oltretutto il losartan è una molecola che ha avuto un notevole sviluppo scientifico e il suo impiego è supportato da una letteratura scientifica di primissimo

livello;

5) una maggiore attenzione nell'utilizzare un ACE-inibitore quando esiste l'indicazione clinica a somministrare un farmaco che blocchi il SRA e un prevalente impiego di losartan quando invece siamo "obbligati" ad utilizzare un AT-1 antagonista (per la comparsa di effetti collaterali con gli ACE-inibitori) si tradurrebbe in un risparmio di spesa intorno a 20-30 milioni di euro/anno.

La classe medica non dovrebbe rimanere insensibile di fronte al concetto di utilizzo responsabile delle risorse. Purtroppo si osserva invece il fenomeno contrario: di fronte alla perdita di brevetto di un farmaco efficace, con ottima letteratura e di largo impiego si assiste a una riduzione dei volumi prescrittivi a vantaggio di molecole più costose e con minore documentazione scientifica. Per quanto riguarda ad esempio gli AT-1 antagonisti questo problema sarà ancor più eclatante quando nel 2011 perderà il brevetto anche il valsartan. A quel punto noi avremo a disposizione, per il trattamento del paziente iperteso, i due AT-1 antagonisti con la miglior letteratura e una estesa flessibilità po-

sologica: sarà difficile quindi poter giustificare una scelta terapeutica diversa all'interno della classe con nessun vantaggio per il paziente, ma con un costo decisamente più elevato per la collettività.

Nella discussione che ha seguito gli interventi dei relatori è stato sottolineato, da parte dei medici di medicina generale, la difficoltà di fronte a prescrizioni non in linea con i principi sopra esposti, ma che sono suggerite da consulenze specialistiche. Su questo punto cruciale è stato sollecitato un intervento delle Direzioni della ASL e dell'AOUP in modo da ottenere un'uniformità di comportamento.

In momenti come questo di seria difficoltà è assolutamente necessario che tutte le componenti del sistema facciano al meglio la loro parte. Il concetto di prescrivere la miglior terapia al costo più basso è una scelta etica che non deve mirare al "risparmio" bensì alla possibilità di poter avere risorse maggiori da investire nelle vere innovazioni soprattutto farmacologiche che a volte sono purtroppo bloccate dalla scarsità di risorse.



Sentirsi irreali. La depersonalizzazione

Depersonalizzazione è il termine usato per indicare un cambiamento peculiare nella consapevolezza di sé, nel corso del quale la persona ha la sensazione di essere irreali.

Frequentemente il sintomo è associato alla derealizzazione per indicare un analogo cambiamento nella consapevolezza del mondo esterno. La depersonalizzazione, come tutti i fenomeni non psicotici, è un'esperienza comune rilevabile anche nel soggetto sano.

Alcune persone possono presentare il sintomo in momenti particolari, per esempio durante stati di affaticamento, privazione di sonno o stati emotivi intensi: estrema felicità, innamoramento, perdita di una persona cara, paura intensa e rabbia. Le esperienze transitorie di depersonalizzazione hanno una frequenza nella popolazione generale che oscilla tra il 26 e il 74 % e il sintomo è rilevabile nel 10% dei pazienti ricoverati per disturbi mentali. Il sintomo si presenta in associazione a molteplici condizioni psichiatriche (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, schizofrenia, uso di sostanze, disturbi mentali organici), assumendo un carattere di transnosograficità. I dati disponibili evidenziano che la comorbidità della depersonalizzazione con gli altri disturbi psichiatrici correla con precocità d'esordio, maggiore gravità, tendenza alla cronicizzazione e prognosi peggiore. In un'ottica dimensionale e tenendo conto dell'ampia diffusione di questo disturbo, è stata recentemente elaborata un'intervista clinica strutturata atta a esplorare i sintomi dello spettro della depersonalizzazione-derealizzazione (SCI-DER) nel corso della vita dei pazienti, al fine di poter individuare e trattare ade-

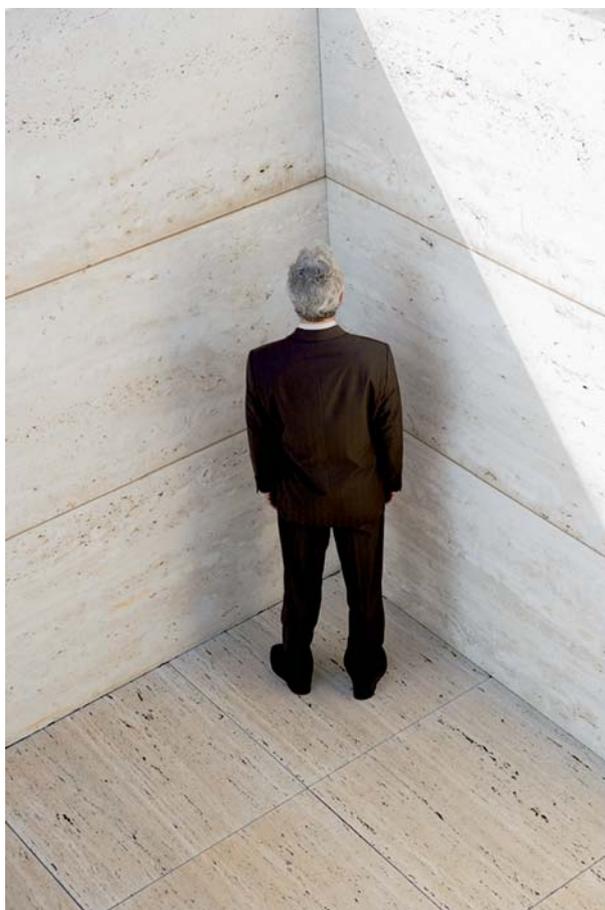
guatamente anche le manifestazioni sottosoglia.

Nel DSM-IV, nell'ambito dei Disturbi Dissociativi, è descritto il Disturbo di Depersonalizzazione, in cui l'elemento nucleare è rappresentato da manifestazioni persistenti o ricorrenti di depersonalizzazione, tali da compromettere le normali capacità dell'individuo sul piano sociale e lavorativo. Il Disturbo ha un esordio generalmente acuto e un decorso cronico, con remissioni anche spontanee e riesacerbazioni che spesso appaiono in relazione a fattori precipitanti, quali lo stress psichico e fisico, il dolore, la privazione di sonno e l'uso di sostanze. Se è difficile per il medico delineare

la depersonalizzazione, è straordinariamente più difficile per il paziente descriverla. Egli è consapevole del carattere insolito della sensazione e teme di essere frainteso o considerato molto grave. Altre volte le caratteristiche di cronicità rendono difficilissimo per il paziente riconoscere come "estranea a sé" una condizione con cui convive dall'infanzia o dall'adolescenza. Ogni qualvolta la descrizione dei sintomi è interrotta dall'esitazione perplessa del paziente, si dovrebbe interrogarlo sui possibili sintomi di depersonalizzazione. Il suo

solievo nel trovare qualcuno preparato ad ascoltarlo ed a comprenderlo, è spesso enorme.

Altrettanto spesso, il medico troverà conferma della sua ipotesi nell'atteggiamento dei familiari che riconosceranno prontamente alcuni sintomi descritti, avendoli osservati direttamente sul malato che in casa appare spesso assente, distratto, come rapito dai suoi pensieri. Altre volte quello che appare facilmente riconoscibile al clinico esperto è la mimica inespressiva, spesso lo sguardo "vuoto", come rivolto all'orizzonte. Le sensazioni riferite dal paziente sono criticate e conservano sempre il carattere del "come se". Questo distingue la de-



personalizzazione dalla condizione di irrealtà che caratterizza l'esperienza psicotica e che il paziente vive completamente immerso nel suo mondo di cui non ha alcuna capacità di critica. Nel vissuto depersonalizzante il corpo, i sentimenti e i pensieri non sono riconosciuti come appartenenti al sé: il corpo è percepito come etereo, immateriale fino ad essere senza vita, l'attività mentale ed i movimenti sembrano automatizzati e, in alcuni casi, il soggetto può avere la sensazione di vedersi dall'esterno.

Nella depersonalizzazione gli oggetti appaiono diversi nelle dimensioni e nella forma; possono apparire immateriali, velati, lontani, come se avessero perduto la loro sostanza. Il soggetto avverte un'alterazione della percezione dell'ambiente circostante, se ne sente distaccato come immerso nella nebbia o confinato dietro un vetro. Altre volte un

paragone che incontra successo è quello del "vivere come se stesse interpretando un film" o stesse "vivendo in una commedia" dove tutto è relativo e distante.

Le teorie psicologiche inquadrano la depersonalizzazione come un meccanismo di difesa aspecifico che entrerebbe in funzione in situazioni di estremo pericolo o di stress. Questo consentirebbe la scissione tra i contenuti emotivi e quelli cognitivi dell'esperienza consentendo, una riduzione della tensione e un miglioramento del controllo emotivo e delle risposte comportamentali. La teoria neurobiologica più accreditata, elaborata da Sierra e Barrios (1998), individua alla base dei sintomi dissociativi un aumento della reattività delle risposte del sistema nervoso autonomo ed una riduzione delle risposte emotive. I sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti sarebbero il serotoninergico, il noradrenergico,

il glutamatergico e quello degli oppioidi endogeni. Studi PET e di risonanza magnetica funzionale hanno confrontato pazienti con depersonalizzazione cronica, pazienti ansiosi e controlli sani: i risultati hanno evidenziato nei primi una minore risposta delle strutture limbiche e dell'insula a stimoli emozionali significativi e una iperattivazione della corteccia prefrontale, confermando la teoria di Sierra e Barrios. Un dato

a favore del coinvolgimento del sistema glutamatergico nella genesi della depersonalizzazione deriva dal rilievo che la somministrazione di ketamina a volontari sani è in grado di produrre con intensità dose-dipendente fenomeni dissociativi mentre il pretrattamento con lamotrigina, un antiepilettico che riduce il release di glutammato, attenua di circa il 50% i sintomi prodotti dalla ketamina. Gli antagonisti dei recettori μ degli oppioidi endogeni si sono dimostrati in grado di ridurre i livelli di dissociazione, come riscontrato con alte dosi di naltrexone in pazienti borderline e con la somministrazione endovenosa di naloxone in pazienti con depersonalizzazione cronica. Il trattamento farmacologico della depersonalizzazione si avvale di antidepressivi triciclici, SSRI e IMAO. Non sono state elaborate linee guida per il trattamento della depersonalizzazione avendo a disposizione in letteratura solo pochi trials clinici controllati. Promettenti sono gli studi con gli antagonisti oppioidi e gli antagonisti glutamatergici: il più recente è un open trial di Simeon e Knutelska (2005) in cui è stato somministrato naltrexone a 14 pazienti depersonalizzati con una riduzione media della sintomatologia del 30%. Nell'ambito dei trattamenti somatici la terapia elettroconvulsivante risulta essere efficace solo nei casi in cui la depersonalizzazione è associata ai disturbi dell'umore. L'eventuale efficacia della stimolazione magnetica transcranica è attualmente in corso di valutazione. E' auspicabile che per il futuro esista una maggiore attenzione dei ricercatori nei confronti di questo disturbo di cui è disponibile solo una modesta letteratura ed un modesto armamentario terapeutico. Allo stesso modo è importante che i clinici, impegnati nella salute mentale e non, rivolgano una maggiore attenzione al riconoscimento di questo disturbo che spesso, in modo subdolo e insidioso costituisce un importante fattore limitante il successo dei trattamenti orientati solo verso i disturbi mentali più riconoscibili presenti in comorbidità.



Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

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)**
- **Affezioni del metabolismo (iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità)**
- **Iperensione 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

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE DI NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA
di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG
für



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

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

