

PisaMedica

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

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



in questo numero:

**Tumori ereditari:
diagnosi precoce
e sorveglianza clinica**

G. Bevilacqua
Ordinario Anatomia Patologica Università di Pisa

**Igienista dentale:
autonomia
o collaborazione?**

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

**Danno d'organo
cardiovascolare
nell'ipertensione arteriosa**

S. Buralli - F. Stea - L. Ghiadoni - S. Taddei
Dipartimento di Medicina Interna
Università di Pisa



CONVENZIONE PER L'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI PISA

Sevizi Finanziari

BMW Spese istrusione pratica 300 € IVA inclusa.
Salvo approvazione di BMW Financial Services Italia S.p.A. Fogli informativi disponibili presso la Concessionaria.

BMW SERIE 1	1.99% CON 2 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW SERIE 3	3.99% CON 2 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW SERIE 5 BERLINA	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO GRATUITI + 4 ANNI/200.000 KM DI MANUTENZIONE REMAIN INCLUSA
BMW SERIE 5 TOURING	6.49% CON 3 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 30.000,00 euro)
BMW SERIE 5 GT	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO GRATUITI + 4 ANNI/200.000 KM DI MANUTENZIONE REMAIN INCLUSA (importo minimo finanziabile 20.000,00 euro)
BMW X1	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 25.000,00 euro)
BMW X3	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 25.000,00 euro)
BMW X5	4.99% CON 2 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW X6	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW Z4	4.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI

MINI Spese istrusione pratica 300 € IVA inclusa.
Salvo approvazione di BMW Financial Services Italia S.p.A. Fogli informativi disponibili presso la Concessionaria.

MINI ONE/D HATCH	2.99%
MINI COOPER/D HATCH	3.99%
MINI CLUBMAN	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)
MINI CABRIO	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)
MINI COUNTRYMAN	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)

Manutenzione:

PER TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE IL PRIMO INTERVENTO DI MANUTENZIONE SARA' GRATUITO SU QUALSIASI MODELLO BMW E MINI ACQUISTATO PRESSO LA NOSTRA CONCESSIONARIA.

Tutte le offerte sono valide fino al 30 Giugno 2011

Concessionaria BMW
Concessionaria MINI

Motorauto F.lli Nardoni

Via San Pietro in Palazzi, 24 - Tel. 0586 681810 - CECINA (LI)
Viale della Repubblica, 19 b/c - Tel. 0565 226213 - PIOMBINO (LI)



Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Fin che c'è vita, c'è speranza

Il rapporto fra medico e paziente non può essere codificato per legge. Va contro la storia, l'etica, il buon senso e la pragmaticità della tutela della salute. Parole come "non c'è più speranza" non entrano nel nostro vocabolario, perché la speranza è l'ultima a morire anche per noi. Esprimiamo dunque sorpresa – ed assieme preoccupazione – per la decisione della Corte Costituzionale quando vuole sancire il limite di un intervento medico, uguale per tutti. Il bello ed il brutto della medicina è quello che ogni caso faccia a sé, dove ogni organismo è diverso dall'altro e quindi dove prioritaria è le necessità di adattare il sapere al singolo individuo.

E veniamo alle assurde incongruenze: recentemente c'è stata la condanna di colleghi che avevano seguito le linee – guida su un paziente cardiopatico e poi dimesso. L'accusa puntava l'indice sulla precocità della dimissione come concausa del decesso.

All'opposto si è invece mossa la Corte Costituzionale: bisogna seguire delle norme generali uguali per tutti, senza derogare verso il singolo caso.

Allora ci chiediamo, sorpresi e pre-

occupati, a che gioco giochiamo? Qual è il giusto, dove sta l'errore? La riflessione, alla luce di fatti emblematici ma non unici nel rapporto dell'operato medico con leggi e magistratura, è che si voglia calcare la mano sempre e comunque sull'operatore sanitario. Un coro a più voci, contro di noi, confuso e pericoloso. Se, in sostanza, la giustizia vuole essere una ed unica, c'è da chiedersi chi abbia ragione, se da un lato un singolo magistrato oppure, nell'ambito dei suoi poteri, un organismo così importante come la Corte Costituzionale.

Intanto, non va sottaciuto, anche il cittadino è coinvolto in questa dinamica e, di fatto, si viene a minare il rapporto di fiducia fra il curante e la persona che in lui ripone la propria sicurezza. In sostanza, se fra i due si frappone la legge come terza forza decisionista, fin dove giunge la responsabilità oggettiva del medico? Cosa gli si potrebbe imputare poi? Interrogativi etici di cui non sentivamo certo il bisogno. Ma è come creare il classico ufficio complicazioni affari semplici.

Non sempre il mondo va dalla parte giusta.

Che ne dite?



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 050.220.66.73
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

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

L'Ordine informa

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

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

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

*Si ricorda a tutti gli iscritti che ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dotarsi di una casella PEC non è possibile usufruire delle caselle tipo **@postacertificata.gov.it** o di quelle rilasciate gratuitamente da INPS e ACI, in quanto non consentono la comunicazione fra soggetti diversi dalla Pubblica Amministrazione.*

*Allo stesso modo si ricorda che gli indirizzi email forniti da ASL, AOUP, CNR etc ai propri dipendenti **NON** equivalgono alla Posta Elettronica Certificata e pertanto è necessario dotarsi di un nuovo indirizzo PEC.*

Ulteriori informazioni sono a disposizione sul sito dell'Ordine www.omceopi.org

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

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

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

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

Quota A - Riscossione contributo 2011

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

contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre, o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero 02.6416.6617 o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e accompagnata da copia di un valido documento di identità.

Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito

oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTE:

- via telefono al n. 800.191.191
- via internet al sito www.taxtel.it.

L'importo massimo per operazione di pagamento con servizio TAXTEL è euro 1.000,00 e il costo del servizio è pari al 1% dell'importo pagato.

Ulteriori modalità di pagamento

Il pagamento dei bollettini RAV può essere effettuato anche:

- tramite Internet Banking di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum e IWBank (per i loro correntisti) e di tutte le banche che offrono tale servizio;
- presso le agenzie postali e gli istituti di credito, presso gli sportelli Bancomat abilitati (funzione Bonifici/Pagamenti);
- presso le ricevitorie SISAL abilitate ai servizi di riscossione al costo di euro 1,55 (importo massimo per operazione euro 1.500,00), presso le tabaccherie aderenti alla F.I.T. al costo di euro 1,80 (importo massimo per operazione euro 1.500,00);
- presso gli sportelli dell'Agente della Riscossione Equitalia Esatri S.p.A. nella provincia di Milano, senza alcun costo aggiuntivo.

Domiciliazione bancaria - RID

Per aderire al servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato ai bollettini RAV e trasmetterlo ad Equitalia Esatri S.p.A., entro e non oltre il 31 maggio, tramite fax al numero 02.6414.1061;
- compilare il modulo elettronico disponibile sul sito www.taxtel.it (alla voce ADESIONI RID);
- comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri al numero 800.178.090 o da telefono cellulare al numero 02.6416.1703.

Attenzione:

- il modulo RID non deve essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione;
- per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- la domiciliazione è possibile unicamente sui conti correnti bancari;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it, accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;
- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il codice Iban dovranno essere segnalate a

Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla casella rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

Mancato pagamento contributo Quota A 2010 del Fondo di Previdenza Generale

In caso di mancato pagamento anche parziale del contributo di Quota A il Concessionario provinciale della riscossione dei tributi territorialmente competente provvede, per l'intero importo o per l'importo residuo, alla notifica della cartella di pagamento. Il versamento del contributo deve essere effettuato in unica soluzione entro 60 giorni dalla notifica di pagamento. In caso di mancato versamento entro tale termine (60 giorni) il Concessionario della riscossione provvederà all'avvio delle procedure esecutive.

In ogni caso, è necessario attendere tale avviso e non provvedere al pagamento anche se in possesso dei bollettini RAV.

Ritardato pagamento contributo Quota B (redditi professionali 2009)

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

SI RICORDA CHE IL TERMINE DI PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PER L'ANNO 2011 E' SCADUTO IL 31/03/11. COLORO CHE NON AVESSERO ANCORA REGOLARIZZATO IL PAGAMENTO POSSONO EFFETTUARLO DIRETTAMENTE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE MEDIANTE ADDEBITO SU CARTA DI CREDITO O BANCOMAT.

Tumori ereditari: diagnosi precoce e sorveglianza clinica

La cura del cancro ha fatto passi da gigante ma ancora molte sono le sconfitte. Tuttavia oggi è possibile identificare i soggetti che hanno un rischio elevato di sviluppare un tumore, visto che una consistente percentuale di casi è dovuta alla trasmissione da parte del padre o della madre di alterazioni (mutazioni) a carico di specifici geni. Gli individui che ereditano il gene mutato hanno una possibilità di sviluppare la malattia nel corso della loro vita molto maggiore rispetto alla popolazione generale.

Analizzare l'albero genealogico di una famiglia, individuare una mutazione genetica e identificare le persone che l'hanno ereditata è oggi possibile, mediante complesse indagini anche molecolari, presso il CIGO (Centro Interdipartimentale di Genetica Oncologica) dell'Ospedale "Santa Chiara" di Pisa.

Qui i soggetti a rischio vengono avviati a percorsi personalizzati, di diagnosi precoce della malattia e a terapie profilattiche. La "medicina predittiva", cioè individuare chi è a rischio di malattia, è un'arma importantissima anche per i tumori maligni, e la genetica diventa sempre di più la chiave anche della lotta al cancro.

Lo studio molecolare è solo l'ultimo passo di un lungo processo di selezione delle famiglie considerate a rischio, ed il primo passo di un complesso percorso di sorveglianza degli organi a rischio; tutto ciò richiede una complessa organizzazione.

A tal fine l'AOUP ha istituito il CIGO,

che al momento si occupa dei tumori femminili (mammella e ovaio) e del colon-retto. Fra le strutture del CIGO vi sono il CTE – Centro Tumori Ereditari, per il coordinamento dell'attività a livello di Area Vasta, e l'AOTE – Ambulatorio Oncologico Tumori Ereditari, che rappresenta la struttura di riferimento per il cittadino.

La gestione ottimale di questo percorso non può fare a meno dei Medici di Famiglia, che, anzi, vi giocano un ruolo chiave. Sono loro, infatti, ad avere un contatto capillare con il territorio ed a loro è affidato l'importante compito di sensibilizzare ed informare correttamente il cittadino. I MMG possono facilmente selezionare coloro che hanno reale necessità di una consulenza genetica oncologica, ed è da loro che il cittadino ritorna dopo il percorso di consulenza per essere seguito nella corretta gestione della problematica. Per consentire ai MMG di partecipare a questa attività in modo ottimale è necessario fornire loro informazioni e dettagli operativi mediante un Corso di formazione/informazione, la cui prima edizione si terrà nelle prossime settimane.

Per dare un'idea di come funziona l'intero percorso: il MMG o lo Specialista individua il soggetto da inviare al CIGO sulla base di una significativa familiarità o della presenza di mutazioni genetiche già accertate. Il cittadino, dopo aver prenotato una visita all'AOTE tramite CORD, riceve un questionario che lo aiuta nella ricostruzione della sua storia familiare. Il questionario compilato viene restituito all'AOTE con varia modalità (posta, fax,

email). Dopo la valutazione dei dati da parte di un Genetista, il paziente viene invitato ad un primo incontro, al quale partecipano un Genetista, un Oncologo e uno Psicologo, che consiste in una consulenza multidisciplinare genetico-oncologica, durante la quale si raccolgono ulteriori informazioni sulla storia clinica della famiglia, eventualmente si propone il test molecolare e si procede al prelievo di sangue per eseguirlo. In un secondo incontro, viene consegnato al paziente il risultato del test con una lettera di consulenza in cui si precisa il rischio di malattia, le strategie di sorveglianza cliniche, le misure di prevenzione.

Per quanto riguarda le donne con alto rischio di sviluppare un **carcinoma mammario**, il secondo incontro si svolge presso l'Unità Multidisciplinare di Senologia (Breast Unit), di cui è direttore clinico la Dott.ssa Manuela Roncella. Qui trovano a disposizione un percorso personalizzato che integra la valutazione clinica e la valutazione radiologica al fine di una diagnosi più precoce possibile, ed offre, in casi specifici, una terapia profilattica, oggi prevalentemente chirurgica.

Al CIGO, coordinato dalla Dr.ssa Maria Adelaide Caligo (Sezione di Genetica Oncologica), partecipano le UU.OO. di Citogenetica e Genetica Molecolare, di Oncologia Medica 2 Universitaria, di Senologia, di Anatomia Patologica e Diagnostica Molecolare e Ultrastrutturale, di Chirurgia Generale Coloretale e le SOD di Ginecologia Oncologica, SD Rx Universitaria e la UO Radiodiagnostica 2.

E. Bonanni - L. Carnicelli - E. Di Coscio - F. Bevilacqua - M. Fabbrini - M. Maestri

Dipartimento di Neuroscienze - Clinica Neurologica - Università di Pisa

Apnee notturne ed Ictus: prevenire si può

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) è il più comune disturbo respiratorio notturno, con una prevalenza nella popolazione adulta che oscilla tra il 2 e il 10%, un incremento con l'età ed una preponderanza maschile. Si caratterizza per ripetuti e transitori episodi di ostruzione, parziale o completa, delle vie aeree superiori durante il sonno con interruzione dello scambio di gas negli alveoli, mentre il controllo centrale della respirazione e dei movimenti toracici ed addominali è preservato. La sintomatologia è caratterizzata da sintomi notturni, quali russamento, apnee, risvegli con sensazione di soffocamento, insonnia, sonno non ristoratore, e diurni, come sonnolenza, stanchezza e difficoltà di concentrazione. La sonnolenza diurna è tipica e può arrivare ad interferire drammaticamente con la vita lavorativa e sociale dei pazienti, con una frequenza di incidenti stradali e lavorativi fino a 10 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

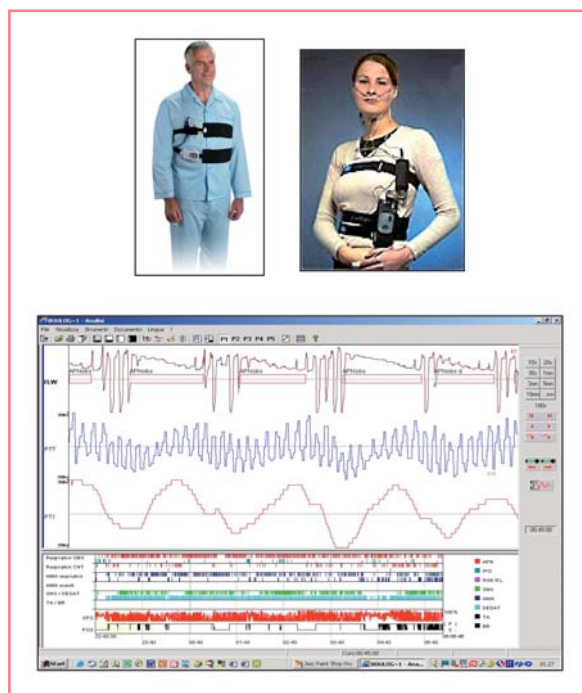
Da un punto di vista patogenetico, il russamento è dovuto al passaggio dell'aria attraverso vie aeree superiori ristrette, con comparsa di un flusso turbolento e vibrazione di ugola e palato molle. L'ostruzione delle vie aeree superiori si verifica più frequentemente a livello orofaringeo, unico segmento privo di un sostegno scheletrico o cartilagineo e pertanto facilmente collassabile, quando il paziente assume la posizione supina ed il tono muscolare si riduce come avviene nel sonno. Tra i principali fattori di rischio troviamo l'obesità centrale, la retro e micrognazia, l'ipertrofia adenotonsillare. Diversi lavori hanno dimostrato come le OSA siano molto frequen-

ti in pazienti con ictus o attacco ischemico transitorio e come rischio, gravità ed impatto prognostico risultino significativamente più elevati nei pazienti con apnee.

I rapporti tra apnee nel sonno ed ictus sono complessi: vi è una crescente evidenza che l'OSAS rappresenti un fattore di rischio indipendente per diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica ed aritmica ed encefalopatia vascolare. La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno si associa ad un aumentato rischio di ictus: numerosi studi hanno infatti mostrato una elevata prevalenza di OSA che supera il 60% in pazienti con ictus e tale associazione è indipendente da altri fattori di rischio cardiovascolari e cerebrovascolari, ipertensione inclusa. Le apnee inducono oscillazioni parossistiche

pressione negativa intratoracica sull'emodinamica centrale possono slatentizzare una pervietà del forame ovale (substrato anatomico dell'embolia paradossa) non rilevabile a riposo durante la veglia.

Per la diagnosi di OSAS valutazione anamnestica ed esame obiettivo legittimano il sospetto, che deve essere confermato con un esame polisonnografico, effettuabile in laboratorio o ambulatorialmente a domicilio del paziente. Maggiore è la probabilità che il soggetto presenti una sindrome delle apnee nel sonno (quadro clinico grave, ricco di sintomi e segni), più semplice può essere il sistema strumentale da utilizzare. Dal numero degli eventi respiratori per ora di sonno si ottiene l'indice di disturbo respiratorio, che deve essere integrato alla valutazione clinica per una corretta



Esempi di apparecchi ambulatoriali per la polisomnografia (in alto) e di un tracciato polisomnografico con il riscontro di apnee (in basso)

definizione diagnostica e terapeutica. L'approccio terapeutico è necessariamente multidisciplinare e deve essere coordinato da esperti in medicina del sonno. Fondamentale in tutti i pazienti è l'intervento sullo stile di vita (perdita di peso, attività fisica, sospensione dell'alcool e dei sedativi benzodiazepinici nelle ore



Apparecchiatura per ventiloterapia CPAP

serali, evitamento della posizione supina). La terapia strumentale si basa sull'utilizzo di ventilatori CPAP (*Continuous Positive Air Pressure*), che rappresentano la terapia di elezione e di più provata efficacia ed agiscono aumentando la pressione nelle vie aeree superiori in maniera controllata. Un trattamento CPAP, correttamente eseguito e

predisposto presso un laboratorio del sonno, è in grado di migliorare in maniera significativa sia il quadro sintomatologico e polisonnigrafico che il rischio di eventi cardiovascolari a distanza, con beneficio in termini di ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, ipercoagulabilità e disfunzione endoteliale. La terapia ventilatoria è quindi in grado

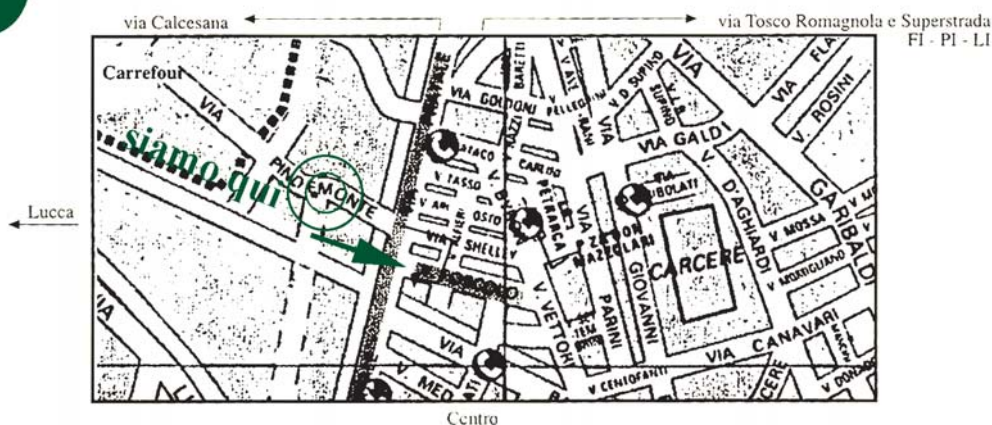
di ridurre in maniera significativa morbilità e mortalità legate all'OSAS. Anche la prognosi dell'ictus in fase acuta può giovare di tale terapia che dovrebbe pertanto diventare un presidio terapeutico aggiuntivo in questa condizione. Importanti alternative terapeutiche sono rappresentate dalla chirurgia ORL o maxillofaciale e dall'uso

di apparecchi ortodontici in pazienti selezionati.

In virtù delle crescenti possibilità diagnostiche e terapeutiche, le apnee del sonno devono essere diagnosticate sia in fase acuta che nell'ottica di prevenzione dell'ictus e più generale delle patologie cardiovascolari da parte dello specialista e del medico di medicina generale.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

L'aneurisma postinfartuale del ventricolo sinistro

La patologia più frequente in ambito cardiovascolare è rappresentata dalla cardiopatia ischemica, di cui la più importante manifestazione clinica è costituita dall'infarto del miocardio. Tra le complicanze tardive di tale evento la più frequente è lo sviluppo di un aneurisma del ventricolo sinistro, che in relazione alle differenti esperienze presenti in Letteratura, ha un'incidenza compresa tra l'1,8 ed il 38% dei pazienti sopravvissuti ad un infarto miocardico acuto. Angina pectoris, scompenso cardiaco, tachiaritmie ventricolari ed episodi trombo-embolici rappresentano classicamente le indicazioni all'intervento chirurgico.

La tecnica chirurgica utilizzata ha subito discreti sviluppi nel corso de-

gli anni, ed attualmente vengono proposte sia le classiche "suture lineari" ed "endoventricoloplastiche con impianto di patch" sia la più recente "endoventricoloplastica

a cuore battente con sutura diretta". Secondo l'esperienza personale quest'ultima appare sicuramente più completa, e presenta innegabili vantaggi quali quello di poter realizzare l'intervento senza procedere



all'arresto cardiaco. In genere nella prima parte dell'intervento si effettuano i bypass coronarici, a cuore battente e senza la Circolazione Extracorporea (CEC); successivamente con l'ausilio della CEC si effettua,

sempre a cuore battente, la ventricolotomia; quindi si passa all'esplorazione endocardica che consente prima di "vedere" e successivamente di "sentire" direttamente con l'esplorazione digitale il colletto anatomico (che non è il colletto elettrico) dell'aneurisma. Questi pazienti, indipendentemente dal tipo di ricostruzione ventricolare che ricevono, presentano già o sviluppano in seguito minacciose aritmie ventricolari che condizionano la durata e la qualità di vita; si impone quindi una buona collaborazione tra cardiocirurgo ed elettrofisiologo, che inizia già con una discussione del paziente all'ingresso in reparto, secondo un protocollo

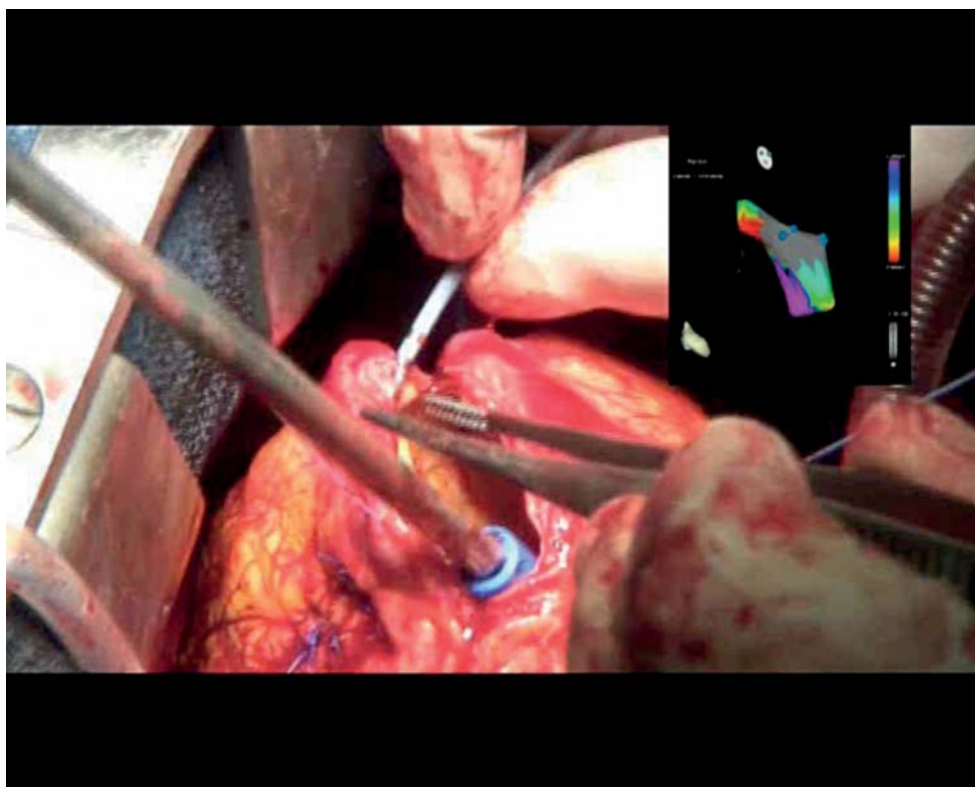


Fig 1 : Ventricolotomia sinistra a cuore battente: si effettua il mappaggio elettroanatomico mediante CARTO

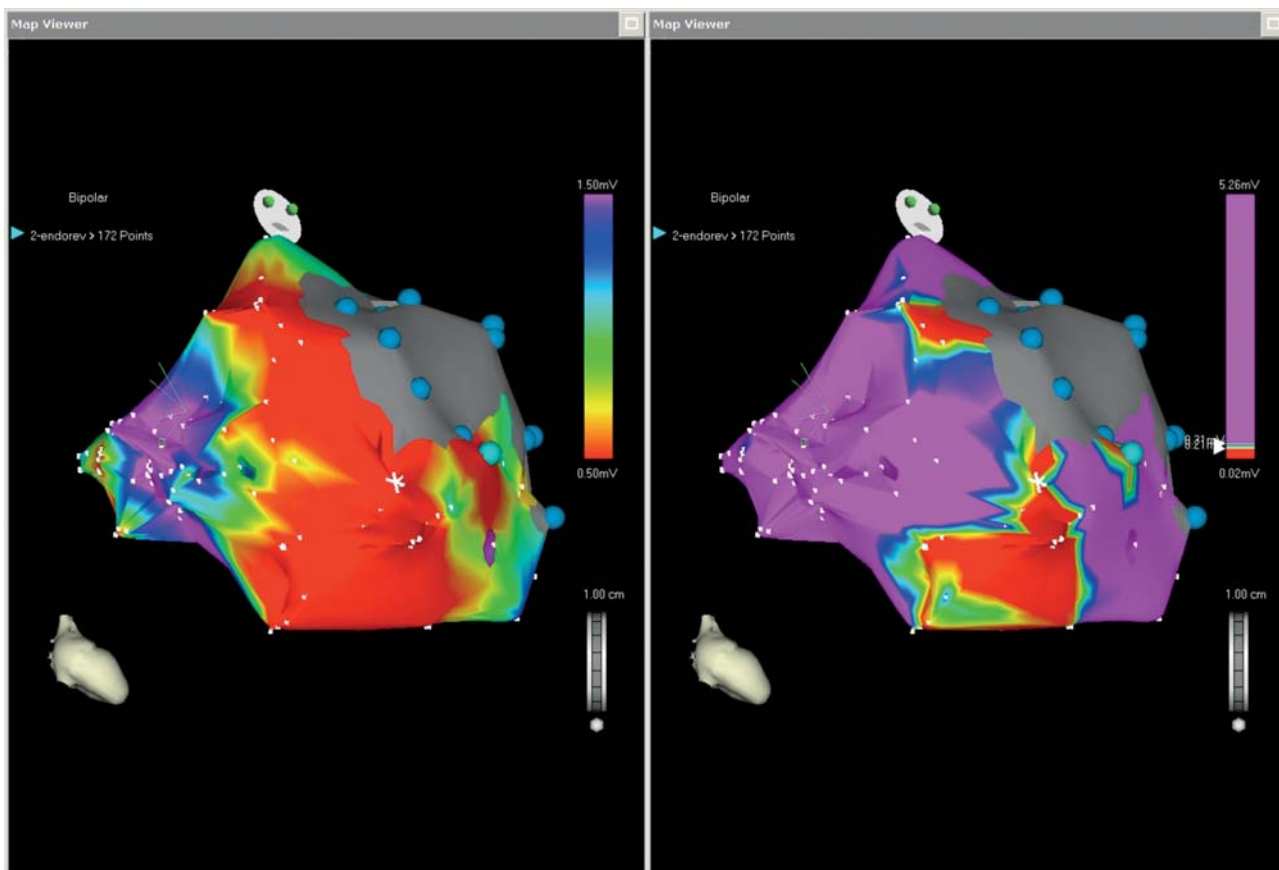


Fig 2A e 2B: mappa bipolare endocardica; in questo caso è visualizzata la scar area e se modifichiamo i livelli di cut off dei voltaggi si evidenziano i canali da rientro

dedicato finalizzato al trattamento completo della malattia; è opportuno a nostro avviso effettuare prima dell'intervento uno studio elettrofisiologico, escludendo i pazienti con specifiche controindicazioni, quali ad esempio la presenza di un trombo apicale; e dopo la ventricolotomia, a cuore battente, effettuare una identificazione delle aree cicatriziali aritmogene, sede di circuiti di rientro sostenenti le tachiaritmie maligne mediante mappaggio elettro-anatomico (CARTO) epi ed endocardico in RS. Successivamente si effettua la crioablazione delle aree aritmogene e del colletto "elettrico"; si completa poi la ricostruzione della geometria ventricolare mediante suture ventricolari semplici: a doppia borsa di tabacco per l'apice cardiaco o lineari per le restanti pareti cardiache; al termine si effettua un controllo intraoperatorio del risultato ottenuto, ancora mediante CARTO. E prima della dimissione dal reparto si ripete uno studio elettrofisiologico al fine di verificare l'efficacia della

crioablazione.

L'esperienza personale mi porta a ritenere completo questo tipo di approccio, che non tiene solo conto dell'aspetto chirurgico in senso stretto, ma anche dall'importanza dell'aspetto elettrico; un approccio combinato cardiocirurgo-elettrofisi-

siologo porta mediante CARTO alla identificazione prima ed all'applicazione di terapia ablativa (crioablazione) poi di tutte le aree cicatriziali, sedi di circuiti di rientro, che se ignorate condizionano in maniera significativa la qualità e la durata di vita di questi pazienti.



M. Guida - V. Pelliccia - C. Pizzanelli - F. Giorgi - A. Iudice - L. Murri Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e Cura dell'epilessia, U.O. Neurologia-Neurofisiopatologia, A.O.U.P.

La personalizzazione della terapia in epilessia

Secondo l'*International League Against Epilepsy* (ILAE) si definisce crisi epilettica una manifestazione accessuale clinicamente polimorfa dovuta ad una scarica sincrona, abnorme ed esagerata di un gruppo più o meno vasto di neuroni. La definizione di epilessia richiede la ricorrenza di almeno due crisi epilettiche oppure l'associazione di una crisi epilettica e di un'alterazione cerebrale duratura capace di provocare una crisi epilettica (Fisher et al., 2005).

Crisi epilettiche ed epilessia sono piuttosto frequenti: si stima che circa il 9-10% della popolazione generale presenti almeno una crisi epilettica nella propria vita e la prevalenza delle epilessie sia compresa tra circa 0,5% dei Paesi Industrializzati all'1,5% dei Paesi in Via di Sviluppo. L'incidenza è massima nel primo anno di vita e negli ultra-60enni. Il sesso maschile sembra più colpito.

Principi di terapia:

1) I farmaci antiepilettici

La terapia dell'epilessia è quasi sempre multimodale e deve essere personalizzata in base alle caratteristiche dell'epilessia e del paziente. Nella scelta del trattamento più appropriato è necessario tenere presente diversi fattori, quali l'età, il sesso, eventuali patologie concomitanti, terapie associate ed effetti indesiderati di precedenti terapie. Le scelte terapeutiche devono essere sempre discusse col paziente anche alla luce di considerazioni non strettamente mediche, quali la tipologia di lavoro svolto dal paziente, il suo stile di vita, il desiderio di gravidanze e le sue aspettative in generale. Scopo della terapia deve essere il raggiungimento del com-

pleto controllo delle crisi senza effetti collaterali significativi, in modo da migliorare la qualità di vita dei pazienti.

I farmaci antiepilettici (FAE) rappresentano il trattamento di prima istanza per la maggior parte delle epilessie. Vanno sempre associati al controllo dei fattori scatenanti le crisi (mantenere un ciclo sonno-veglia regolare, evitare l'assunzione di alcool, controllare lo stress, etc.). In genere un FAE si considera efficace se riduce di almeno il 50% la frequenza delle crisi. I FAE sono farmaci sintomatici, per cui vanno assunti ininterrottamente per anni. L'utilizzo di un singolo farmaco e di un ridotto numero di somministrazioni è preferibile per aumentare la *compliance* del paziente.

La sola terapia con FAE induce la completa remissione delle crisi in circa il 70% dei pazienti epilettici. In particolare, il 50% dei pazienti raggiunge il controllo già con il primo FAE utilizzato, il 15% con il secondo e il rimanente 5% con una terapia di combinazione (Kwan e Brodie, 2000). L'aggiunta di un ulteriore farmaco dopo il fallimento di tre FAE è coronato da successo solo nel 3-5% dei pazienti (Kohorn, 2007). I restanti pazienti sono definiti

affetti da "epilessia farmaco resistente", che è stata formalizzata internazionalmente come "il fallimento nel raggiungere una durata libera dalle crisi a seguito di due farmaci ben tollerati, scelti ed utilizzati in modo appropriato" (Kwan e coll., 2009). In essi vanno valutate altre opzioni terapeutiche, come la stimolazione del nervo vago (VNS) e la chirurgia (vedi dopo). La farmacoresistenza è un fenomeno multifattoriale al quale contribuiscono numerosi fattori di tipo genetico, ambientale e farmacologico. Di solito le epilessie "sintomatiche" (cioè associate ad alterazioni cerebrali strutturali documentate), sono più difficili da controllare rispetto alle epilessie idiopatiche (cioè di origine genetica). Altri fattori di rischio per la farmacoresistenza sono la mancata risposta al primo FAE, la presenza di alterazioni EEG e lesioni cerebrali, l'elevata frequenza delle crisi prima del trattamento, disordini dello sviluppo psicomotorio, l'anamnesi personale positiva per crisi neonatali, crisi febbrili complesse, etc.

I FAE (Fig.1) sono suddivisi in:

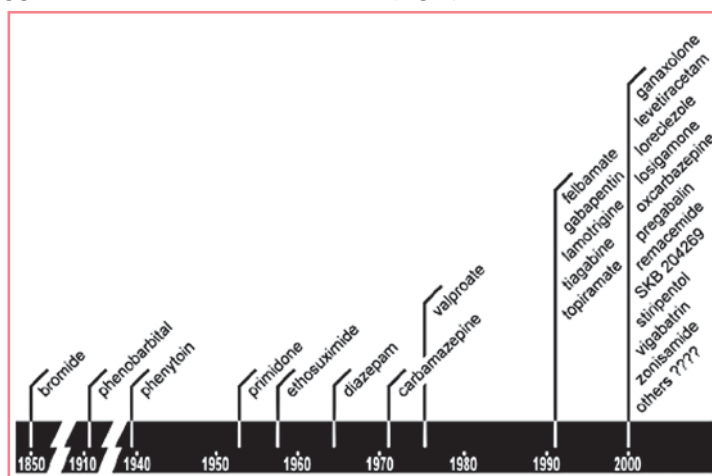


Figura 1. Sviluppo dei farmaci antiepilettici (da Fisher 1999, *Approach to Drug Therapy for Epilepsy*, Barrow Quarterly - Volume 15, No. 1, modificata)

- FAE di prima generazione: benzodiazepine (BDZ), carbamazepina (CBZ), etosuccimide (ESM), fenobarbital (PB), fenitoina (PHT) e acido valproico (VPA);
- FAE di seconda generazione: felbamato (FBM), gabapentin (GBP), lamotrigina (LTG), levetiracetam (LEV), oxcarbazepina (OXC), pregabalin (PGB), tiagabina (TGB), topiramato (TPM), vigabatrin (VGB) e zonisamide (ZNS);
- FAE di terza generazione: lacosamide (LCS), appena uscita in commercio in Italia, rufinamide e stiripentolo (questi ultimi con indicazioni superspecialistiche 'orfane').

Dato che l'azione a livello molecolare di molti FAE è poco nota, il meccanismo d'azione influenza in modo limitato la scelta del farmaco. Ciononostante alcuni meccanismi sono ritenuti particolarmente rilevanti, e comincia così ad emergere una relazione tra i meccanismi d'azione e il profilo di attività clinica (Perucca, 2005) come evidenziato in Tab.1.

Brevemente, i principali target dei FAE sono i canali del Na voltaggio-dipendenti, i canali del Ca voltaggio-dipendenti, la trasmissione GABAergica. Alcuni FAE più recenti agiscono anche sulla trasmissione glutammatergica (esd. TPM e FBM), sui canali K⁺ (LTG, LEV), sulla trasmissione serotoninergica (LTG) e sulle proteine dei terminali sinaptici (LEV).

I vari FAE non hanno lo stesso spettro d'attività (Tab.2). Brevemente, VPA, BDZ, LTG, TPM e, probabilmente, LEV e ZNS sono i farmaci a spettro d'azione più ampio, efficaci sia contro le crisi parziali sia contro molti tipi di crisi generalizzate. ESM è efficace solo sulle assenze. Il resto degli FAE agisce per lo più sulle crisi parziali (Perucca, 2005). Infine, molti FAE sono utilizzabili anche in altre patologie.

Il dosaggio di ogni FAE, che deve essere adattato al singolo paziente in base alla tollerabilità e all'efficacia, va raggiunto progressivamente

(titolazione) per ridurre il rischio di effetti idiosincrasici e collaterali. Le caratteristiche farmacocinetiche sono essenziali per un utilizzo razionale dei FAE. I farmaci a emivita breve (VPA, CBZ, GBP e TGB) richiedono più somministrazioni giornaliere. Fanno eccezione LEV, PGB e VGB, che, nonostante la loro breve emivita, possono essere somministrati due volte al giorno perché l'effetto farmacodinamico è più duraturo rispetto alla velocità di eliminazione.

Il metabolismo epatico è particolarmente importante per i FAE di prima generazione. Infatti, molti di questi (PB, PHT, CBZ) sono metabolizzati dal complesso del CYP450, soprattutto dalle isoforme CYP2C9 e CYP2C19. Altri (VPA, LTG, ZNS) vengono, invece, coniugati con acido glucuronico mediante la glucuronosiltransferasi (UGT). I farmaci di nuova generazione hanno prevalente metabolismo renale

Le proprietà farmacocinetiche dei FAE possono essere influenzate dal background genetico, dall'età del paziente, da altre condizioni fisiologiche (p.es. gravidanza) e patologiche (p.es. insufficienza epatica e renale) intercorrenti, dall'assunzione concomitante di altri farmaci, etc.. Esiste, quindi, una notevole variabilità inter- e intra-individuale.

I FAE possono causare effetti collaterali dose-dipendenti precoci e tardivi ed effetti collaterali idiosincrasici. Gli effetti collaterali dose-dipendenti precoci sono possibili per tutti i FAE, e si osservano usualmente all'inizio del trattamento o dopo un aumento posologico. Sono di solito poco severi (sedazione, atassia, vertigini, disturbi dell'equilibrio e della coordinazione, diplopia, disfunzioni cognitive) e rapidamente reversibili alla sospensione della terapia.

Gli effetti collaterali dose-dipendenti tardivi sono tipici, anche se non esclusivi, dei farmaci antiepilettici di prima generazione. Tra questi ricordiamo l'incremento ponderale (VPA, GBP, VGV, PGB, CBZ) o il calo ponderale (TPM, FBM, ZNS), iponatriemia (OXC, CBZ), la sin-

drome dell'ovaio policistico (VPA), irsutismo, acne e ipertrofia gengivale (PHT), osteomalacia (PB, PHT, CBZ), etc.. Gli effetti idiosincrasici sono possibili per tutti i FAE: si tratta di reazioni abbastanza rare, ma potenzialmente letali, dose-indipendenti ed imprevedibili, dai rash cutanei alla sindrome di Stevens-Johnson o alla sindrome di Lyell (associate per lo più a FAE dotati di un anello aromatico come PHT, PB, CBZ, LTG, OXC), epatiti fulminanti (VPA, FBM, CBZ, LTG, PHT), anemia aplastica (CBZ, FBM) (Jensen et al., 2008). Queste reazioni sono più frequenti nel bambino e nell'anziano. Recentemente è stato scoperto che l'allele HLA B1502, frequente nelle popolazioni del Sud-Est Asiatico, è fattore di rischio per le reazioni idiosincrasiche cutanee severe da CBZ, e va attentamente determinato prima di iniziare la terapia con FAE.

Dopo la prima crisi epilettica non provocata l'inizio del trattamento si impone solo quando la probabilità di una nuova crisi a breve distanza di tempo è elevata (p.es. anomalie elettroencefalografiche intercriche, lesioni cerebrali epilettogene, fattori scatenanti non eliminabili o controllabili, prima crisi molto intensa e prolungata) oppure in presenza di situazioni particolari (p.es. attività lavorativa a rischio). In tutti gli altri casi è preferibile attendere la seconda crisi. La sospensione del trattamento con FAE può essere presa in considerazione in pazienti in remissione da almeno 2 anni a basso rischio di ricaduta (p.es. EEG normale al momento della sospensione, crisi generalizzate, epilessia idiopatica, esordio nell'infanzia), con percentuali di recidiva variabili a seconda dei vari studi, ma comunque più elevati nei primi 6 mesi dalla sospensione.

Quando, invece, la terapia iniziale non risulta efficace, sono possibili differenti opzioni terapeutiche: aumento posologico del farmaco usato, sostituzione del FAE (monoterapia alternativa) o aggiunta di un altro composto (politerapia). Prima di giudicare un trattamen-

to come inefficace è comunque sempre bene escludere la cosiddetta "pseudo-resistenza", dovuta a diagnosi scorretta, uso di farmaci e dosi inappropriati e scarsa *compliance* del paziente (Perucca, 1997).

2) La stimolazione del nervo vago

La stimolazione del nervo vago (VNS) è indicata per i pazienti con epilessia farmacoresistente non candidabili alla terapia chirurgica (per focus non ben definito, foci multipli o focus in area eloquente, concomitante presenza di comorbidità importanti). Pur essendo stata approvata per le epilessie parziali, la VNS è efficace anche sulle epilessie generalizzate (p.es. sindrome di Lennox-Gastaut) (Jensen et al., 2008). La tecnica si basa sulla capacità di soppressione dell'attività elettrica parossistica e della sua diffusione da parte delle afferenze vagali attraverso le proiezioni bilaterali ascendenti del nucleo del tratto solitario dirette ai nuclei del rafe e al *locus coeruleus*, che a loro volta forniscono l'innervazione serotonergica e noradrenergica alle strutture talamo-corticali. Il dispositivo per la VNS è simile ad un pacemaker cardiaco ed è dotato di due elettrodi elicoidali che vanno fissati al nervo vago sinistro distalmente all'emergenza del laringeo ricorrente. Il nervo di sinistra è preferito perché invia meno fibre al cuore rispetto al controlaterale. Il generatore viene sistemato in una tasca sottocutanea in sede subclaveare sinistra. L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale. Dopo l'impianto, i parametri di stimolazione possono essere modificati dall'esterno in modalità *wireless*. Il paziente o i suoi familiari possono attivare il dispositivo a richiesta tramite un magnete per abortire una crisi in arrivo o in corso. Circa un terzo dei pazienti impiantati con VNS ottiene una riduzione della frequenza delle crisi di almeno il 50% e un altro terzo fra il 30 e il 50%. La sua tollerabilità è buona, dato che i principali effetti collaterali

sono rappresentati da raucedine, tosse e dolore alla gola, transitori e remittenti nel tempo; solo molto raramente si hanno effetti collaterali più gravi (infezioni, paralisi delle corde vocali, parestesie, ipostenia della muscolatura facciale inferiore, bradicardia e asistolia). La U.O. di Neurologia di Pisa è stata uno dei primi Centri in Italia ad utilizzare tale metodica con buoni risultati, ed a tutt'oggi ed a tutt'oggi uno di quelli con casistiche maggiori.

3) La chirurgia dell'epilessia

La valutazione chirurgica è proposta ai pazienti con epilessia parziale farmacoresistente con crisi stereotipate o lateralizzate e/o con evidenza di focalità EEG e/o con RM positiva per lesioni focali, soprattutto in giovane età. La chirurgia rappresenta l'unica terapia etiologica, in grado di determinare la guarigione. I possibili candidati al trattamento chirurgico devono essere sottoposti a uno studio neurofisiologico, neuroradiologico e neuropsicologico finalizzato a individuare la zona epilettogena, ossia la regione corticale da cui origina e da cui diffondono le scariche critiche, a stabilirne con certezza la sua univocità e i suoi rapporti con le aree cerebrali eloquenti. Nell'iter prechirurgico assume particolare importanza il monitoraggio prolungato video-EEG che permette di valutare le correlazioni elettro-cliniche delle crisi, grazie all'osservazione della semeiologia critica e delle modificazioni elettroencefalografiche concomitanti. Quando la valutazione pre-operatoria non invasiva non consente di formulare con sufficiente precisione e certezza la strategia chirurgica si può ricorrere a metodiche neurofisiologiche più invasive (elettrocorticografia, stereo-EEG). Il *gold standard* del trattamento chirurgico è rappresentato dall'ablazione del focolaio epilettico. Questo tipo di intervento è indicato in pazienti con epilessia farmacoresistente sostenuta da un focus epilettogeno unico in sedi scarsamente significative ed è particolarmente efficace nell'epi-

lessia parziale associata a sclerosi temporale mesiale, dove il tasso di remissione raggiunge il 90% (Kohrman, 2003). In alcuni bambini affetti da forme molto severe di epilessia è possibile asportare anche un intero emisfero in caso di malformazioni corticali ovvero di foci epilettogeni multipli (p.es. encefalite di Rasmussen, sindrome di Sturge-Weber, danno cerebrale atossico o traumatico grave), confidando nella potenziale plasticità corticale delle strutture residue. In alternativa, si può cercare di neutralizzare la diffusione della scarica epilettogena attraverso resezioni subpiali multiple o callosotomia in forme specifiche di epilessia.

4) Specifiche tipologie di pazienti: l'epilessia nella donna

L'epilessia nella donna pone problemi particolari e merita, quindi, una considerazione a sé. Molte pazienti riferiscono un aumento delle crisi in alcune fasi specifiche del ciclo. Solo nel 5% dei casi si configura il quadro di una vera e propria "epilessia catameniale", caratterizzata da un *cluster* di crisi nei giorni che precedono la mestruazione o nei giorni della mestruazione. In questi casi, il miglior approccio è rappresentato dal trattamento estemporaneo e ciclico con clobazam e acetazolamide nel periodo di esacerbazione delle crisi. Anche durante la menopausa si può assistere a una variazione della frequenza delle crisi, anche se questa è del tutto casuale e difficile da prevedere. La terapia ormonale sostitutiva è gravata, almeno dal punto di vista teorico, da un effetto proconvulsivante, anche se le evidenze a tal proposito sono contraddittorie (Jensen et al., 2008).

La contraccezione è un altro importante problema nelle pazienti epilettiche. Infatti, molti FAE (PHT, PB, CBZ, OXC, TPM, PRM, rufinamide) sono induttori enzimatici e possono ridurre l'efficacia dei contraccettivi orali, come pure i contraccettivi orali possono ridurre i livelli plasmatici di alcuni FAE e, in particolare, della LTG. Nella paziente che

desidera una gravidanza bisogna attentamente valutare il rapporto rischio-beneficio. Se la paziente è in remissione da almeno 2 anni e non presenta lesioni cerebrali si può sospendere gradualmente la terapia. Se, invece, il trattamento è indispensabile, è preferibile puntare su una monoterapia. L'associazione tra FAE, malformazioni e disturbi dello sviluppo psicomotorio è nota fin dagli anni '70. Il rischio è più elevato per VPA, PHT, CBZ, PB e va dal 3% delle pazienti che assumono un solo farmaco al 15% di coloro che ne assumono più di due. La teratogenicità dei FAE di nuova generazione è ancora poco documentata. La supplementazione con acido folico sin dal periodo preconcezionale riduce il rischio di malformazioni. Tra le altre potenziali complicanze va considerata la maggior tendenza ad emorragie nel neonato, che può essere prevenuta con un'adeguata supplementazione di vitamina K. Inoltre, i neonati di donne che hanno assunto PB in gravidanza possono presentare sedazione e ipotonia transitoria alla nascita. Nel complesso, la mortalità perinatale arriva a 1,3-7,8%, contro 1,0-3,9% della popolazione generale.

La frequenza delle crisi risulta aumentata nel 15-35% delle epilettiche gravide. Questo peggioramento potrebbe essere dovuto almeno in parte alla scarsa aderenza al trattamento e alla deprivazione di sonno. È comunque vero che in gravidanza i livelli plasmatici di FAE si riducono a causa di un aumento del volume plasmatico e della *clearance*. Per i farmaci che legano le proteine plasmatiche può concorrere anche la ipoalbuminemia relativa. Può essere, perciò, opportuno il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche dei farmaci, anche se un loro calo non richiede un aumento del dosaggio qualora la frequenza delle crisi sia invariata. L'allattamento al seno è possibile, anche se i FAE possono essere presenti nel latte materno. Le donne che assumono PB possono alternare l'allattamento al seno con

quello artificiale se il neonato appare sedato o irritabile.

5) La terapia dell'epilessia nel paziente con comorbidità

Nei pazienti che assumono FAE vanno considerate le patologie concomitanti. Ad esempio, particolare attenzione va posta ai pazienti epatopatici, soprattutto se in trattamento con farmaci metabolizzati a livello epatico. L'emivita di PHT, CBZ, PB, ESM e TGB risulta aumentata nei pazienti con cirrosi epatica. Invece, l'effetto netto sulla *clearance* di VPA è scarso, dato che da una parte il farmaco viene metabolizzato meno e dall'altra il suo volume di distribuzione aumenta per la riduzione del legame alle proteine plasmatiche.

Simili considerazioni valgono anche per i pazienti nefropatici in trattamento con farmaci ad escrezione renale (GBP, PGB, VGV, LEV, FBM, OXC, TPM, ZNS). Bisogna, inoltre, tener presente che alcuni farmaci (ETM, VGV, GBP, TPM, LCS, LEV, PGB, ZNS, rufinamide) sono rimossi in maniera rilevante dalle procedure di dialisi, per cui in questi pazienti potrebbero essere necessarie dosi supplementari di farmaco.

Molti FAE (CBZ, PHT, PB e, in misura minore, LTG, FBM, TPM e OXC) sono potenti induttori del CYP450 e dell'UGT. VPA e stiripentolo sono, invece, inibitori di tale enzima. L'associazione tra farmaci induttori o inibitori enzimatici e farmaci a metabolismo epatico potrebbe, quindi, rendere necessari degli aggiustamenti posologici. Un caso particolare è quello del warfarin, il cui metabolismo è indotto dai farmaci induttori. Ne deriva che la contemporanea somministrazione di un FAE induttore con il warfarin può rendere la terapia anticoagulante inefficace, mentre la sua brusca sospensione può predisporre il paziente al sanguinamento. I FAE induttori o inibitori possono anche ridurre l'efficacia o aumentare la tossicità di terapie con alcuni agenti antineoplastici, antimicrobici/antivirali, antidepressivi, calcio-antagonisti. Le interazioni dovute allo spiazzamento

dal legame con le proteine plasmatiche sono clinicamente significative solo per quelle molecole che si legano in alta percentuale (>95%) alle proteine plasmatiche (VPA, PHT, TGB).

Epilessia e genetica

La genetica rappresenta un aspetto poco conosciuto, ma probabilmente importante nella gestione del trattamento del paziente epilettico. Le implicazioni terapeutiche degli studi genetici sono comunque ancora ridotte. Alterazioni genetiche sono alla base delle epilessie idiopatiche e, probabilmente, anche di alcune delle cosiddette epilessie criptogeniche. Attualmente solo per poche sindromi epilettiche è stato possibile dimostrare un'eredità di tipo mendeliano. Frequente è il coinvolgimento di geni che codificano per i canali ionici e i recettori dei neurotrasmettitori (Tab. 3). Fattori genetici influenzano anche il metabolismo dei farmaci e possono essere, quindi, responsabili della maggiore incidenza di effetti avversi dose-dipendenti. Tra gli altri, ricordiamo i polimorfismi delle proteine del complesso CYP450 che definiscono i cosiddetti metabolizzatori lenti, cioè soggetti con ridotta attività enzimatica che, eliminando più lentamente il farmaco, avranno livelli ematici più elevati rispetto ad individui normali a parità di dosaggio (Jensen et al., 2008). Sembra, inoltre, che fattori genetici siano implicati nella farmacoresistenza. Per esempio, il polimorfismo e la sovraespressione del gene MDR1 della Pgp potrebbero essere importanti: alcuni studi hanno dimostrato nei foci epilettogeni di pazienti resistenti al trattamento una maggiore presenza di Pgp. Studi di genetica molecolare hanno individuato l'omozigosi per l'allele T in posizione 3435 del gene MDR1 come predittiva di farmacoresistenza e l'omozigosi per l'allele C come predittiva di farmacoresistenza. Studi successivi, tuttavia, non hanno confermato la diretta correlazione tra fenotipo (risposta alla terapia) e genotipo MDR1.

Il decreto per lo sviluppo

Il recente “decreto per lo sviluppo” varato dal Consiglio dei Ministri il 6 maggio 2011 contiene diverse novità ed alcune semplificazioni, ma la vera particolarità sta nel fatto che il decreto è stato accompagnato da un discorso tenuto dal Ministro Tremonti, che ha tuonato contro la pressione fiscale che diviene poi “oppressione” nel momento in cui gli adempimenti sono troppi e i controlli condotti con tempistiche, modalità e finalità di risultato tali da renderli vessatori. Sulla stessa linea del Ministro il Direttore dell’Agenzia delle Entrate che ha diramato una nota agli Uffici con la quale ha invitato a non procedere con contestazioni pretestuose a carico dei contribuenti pena provvedimenti disciplinari nei confronti del soggetto verificatore. Insomma tutti d’accordo, anche se di fondo restano aperte le vere questioni: ad iniziare dal fatto che con le previsioni di gettito del denaro recuperato con la lotta all’evasione si preveda di coprire la spesa pubblica, fino alla richiesta costantemente in aumento del budget di risultato rivolta dalla Pubblica Amministrazione agli Uffici Finanziari.

Passando al contenuto del decreto è stata prevista la riapertura dei termini per la rivalutazione dei terreni e delle partecipazioni societarie; l’abolizione della carta carburante per coloro che pagano con carta di credito o bancomat (ma forse occorre una carta dedicata... e in ogni caso il rifornimento non può mai avvenire per contanti); il divieto (non sanzionato) agli Uffici Finanziari di richiedere ai contribuenti documenti dei quali l’Ufficio o altre Pubbliche Amministrazioni siano già in possesso; l’abolizio-

ne dell’invio al Centro Operativo di Pescara della dichiarazione di inizio lavori per usufruire della detrazione del 36% sulla ristrutturazione degli immobili; l’abolizione da parte del dipendente della comunicazione annuale al datore di lavoro dei carichi di famiglia in assenza di variazioni rispetto all’anno precedente; l’abolizione da parte dei soggetti con partita iva dell’invio della comunicazione all’Agenzia delle Entrate delle spese pari o superiori a 3.600,00 euro (spesometro) se effettuate con carte di credito (infatti le operazioni effettuate con carte di credito sono già “tracciabili” in quanto vige l’obbligo per gli operatori finanziari di comunicare all’Agenzia delle Entrate l’esistenza dei rapporti); infine non sarà più neces-

sario fare la richiesta per ottenere la rateizzazione dei debiti tributari derivanti dalla tassazione separata o dal controllo delle dichiarazioni e viene ribadito il principio secondo il quale se un adempimento cade di sabato o di giorno festivo viene rinviato al primo giorno lavorativo successivo.

Tutto ciò premesso è d’obbligo ricordare che il decreto deve essere convertito in legge e che probabili sono le modifiche, perciò per il momento continuiamo a compilare le schede carburante, ad inviare le comunicazioni al Centro operativo di Pescara, i carichi di famiglia al datore di lavoro...

(Fonte: “Il Sole 24 Ore” e “Eutekne” Maggio 2011)



La fisiologia nel '700: Haller, Spallanzani, Bichat

Se l'anatomia patologica è dominata in questo secolo dalla figura del Morgagni, nel campo degli studi fisiologici merita un posto eminente Albrecht Von Haller che fu indubbiamente il personaggio più celebre in campo medico di tutto il Settecento europeo. Nacque a Berna il 17 ottobre 1708 da una famiglia della borghesia cittadina e fin dall'infanzia dimostrò una grande vivacità intellettuale: già a 9 anni scriveva versi in latino, aveva composto un dizionario greco ed ebraico e compilate una lunga serie di biografie di quasi due mila personaggi. All'età di 15 anni iniziò a Tubinga a

studiare medicina; si trasferì poi a Leida per approfondire le sue conoscenze, avendo qui come maestro il grande Boerhaave; si laureò a 19 anni, svolgendo una dissertazione sul dotto salivare, frutto di numerose dissezioni su animali. Successivamente compì un viaggio di studi a Londra e poi a Parigi, ove incontrò le più importanti personalità scientifiche di quel tempo. Dopo un breve soggiorno a Basilea, nel 1728 ritornò a Berna, ove iniziò ad esercitare la libera professione, senza grande fortuna. Nel tempo libero, si

dedicava alle ricerche e anatomiche

e fisiologiche, scrivendo anche poesie che furono molto apprezzate; effettuando nei mesi estivi escursioni sulle vicine montagne svizzere.

Nel 1736 la sua fama divenne così grande, che fu chiamato alla

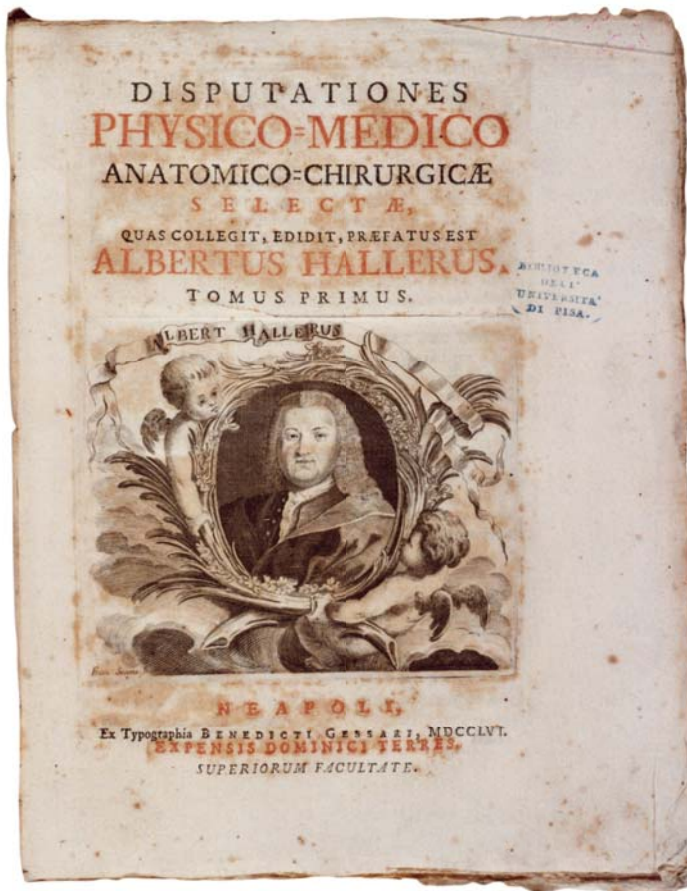
cattedra di anatomia e botanica dell'università di Gottinga, da poco fondata, ed in questa città rimase per oltre 17 anni, tutto impegnato nell'insegnamento e alle sue ricerche scientifiche, condotte sia sezionando numerosi cadaveri che praticando esperimenti di vivisezione. Le sue lezioni erano molto seguite ed attiravano un gran numero di studenti. In questa città fondò l'orto botanico, il teatro anatomico e l'istituto di fisiologia.

Nel 1753 ritornò a Berna, luogo in cui passerà il resto della sua vita, avendo anche l'incarico di pubblico ufficiale e poi quello di direttore delle saline di Roche. Morì a Berna il 12 dicembre 1777.

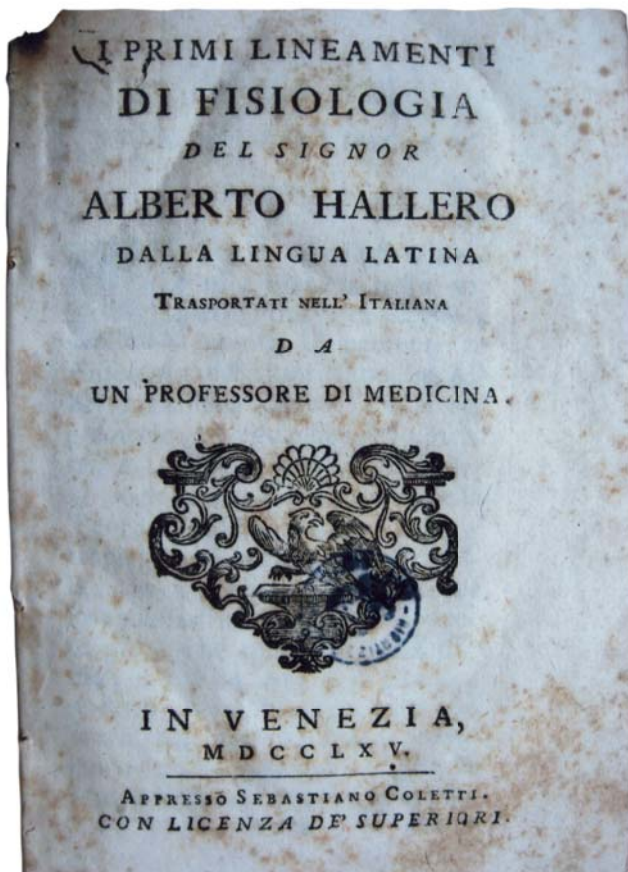
Uomo dotato di una incredibile cultura e memoria, in età matura si presentava alto, ben formato, robusto



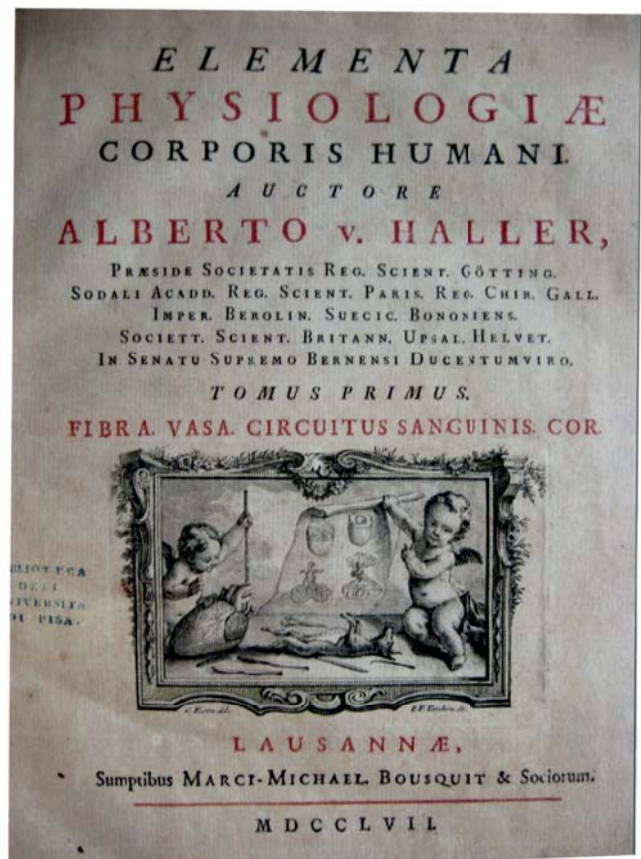
Ritratto di A. Von Haller



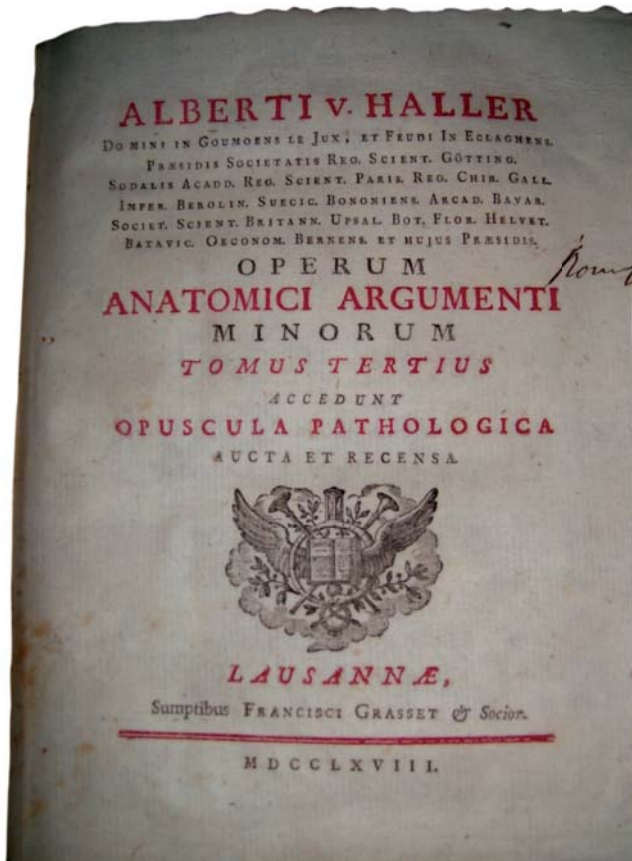
A. Von Haller, *Disputationes anatomico chirurgicae*, Neapoli, 1756



A. Von Haller, *Primi lineamenti di fisiologia*, In Venezia, 1765



A. Von Haller, *Elementa physiologiae corporis humani*, Lausannae, 1757



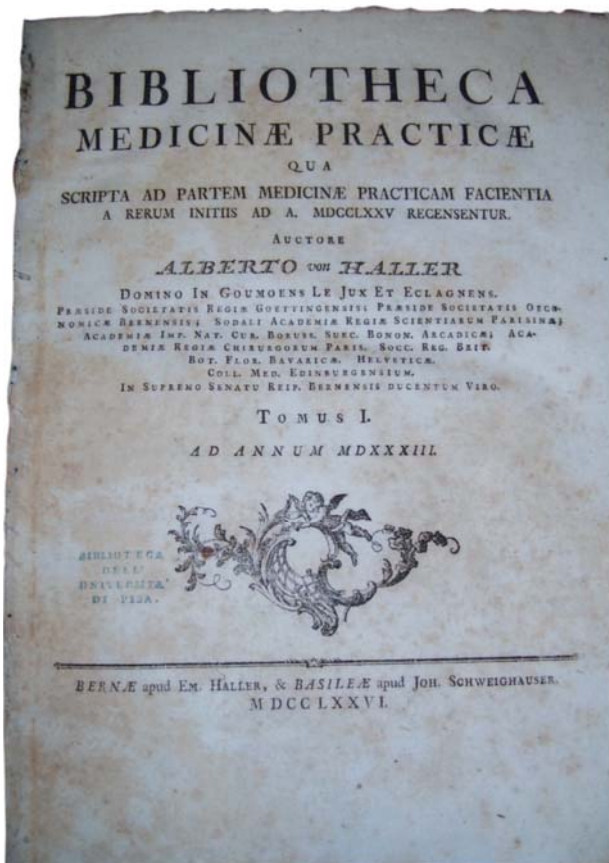
A. Von Haller, *Anatomici argumenti*, Lausannae, 1768

e di bell'aspetto; ebbe tre mogli e tenne una intensa corrispondenza con centinaia dei principali studiosi del suo tempo, tanto che il suo incredibile epistolario è raccolto in ben 68 volumi. Fu nominato medico del re d'Inghilterra e socio delle più illustri accademie di allora. In campo religioso, fu conservatore nella vecchiaia e strenuo difensore della fede che lo impegnò anche in una lunga battaglia combattuta contro le idee, da lui ritenute "perico-

lose", di Voltaire.

Dotato di immensa cultura, fu ugualmente grande in anatomia, fisiologia, botanica, storia della medicina, oltre che essere anche poeta. Fra i tanti suoi scritti, ricordiamo per il loro interesse in campo anatomico le sue *Icones anatomicae* in otto grandi fascicoli del 1756, corredate da una serie di accurate illustrazioni, specie nelle parti riguardanti le arterie ed i visceri. Nell'embriologia, il suo più notevole studio riguardò lo sviluppo dell'embrione, nelle sue varie fasi.

Più importanti però le opere fisiologiche: nel 1747 pubblicò le *Primae linæ physiologiae* e quindi, negli anni 1757-66 gli *Elementa physiologiae corporis umani*, in otto volumi, in cui, con ammirabile diligenza, chiarezza e profondo spirito critico, vengono esaminati tutti i fenomeni vitali dell'organismo ed in particolare il meccanismo della respirazione, i processi circolatori, le fasi dell'osteogenesi. In questa opera viene esposta anche la sua teo-



A. Von Haller, *Bibliotheca medicinae practicae*, Bernae, 1776

ria dell'irritabilità, la parte più nota e rilevante del suo pensiero, in cui dimostrò con tutta una serie di accurati esperimenti che questa è la proprietà caratteristica di tutte le fibre muscolari mentre la sensibilità invece è esclusiva delle fibre nervose. Questa teoria, che decisamente andava oltre all'interpretazione che prima di lui avevano dato Descartes e Boerhaave a riguardo dei fenomeni della contrazione muscolare, suscitò un notevole interesse nonché accese polemiche con non pochi ricercatori europei, ed avrà una grande importanza nello sviluppo successivo degli studi in campo medico.

Per la botanica, ricordiamo i due volumi in folio sulla *Flora elvetica*, in cui propose una nuova classificazione delle piante basata sul loro *habitat* e composizione dei frutti e dei semi. Ancora da citare, per l'incredibile vastità di erudizione, le sue opere di bibliografia; la prima, edita negli anni 1771-72, fu la *Bibliotheca botanica*, a cui seguì quella *Anatomica* (1774-

sulle riviste scientifiche dell'epoca, i suoi commenti alle lezioni del suo maestro Boerhaave.

Alla sua morte, la sua immensa biblioteca che Haller aveva raccolto in una vita di ricerca erudita ed appassionata, e che comprendeva circa 15.000 volumi e 145 manoscritti importanti, fu subito dopo in parte venduta e smembrata; per la maggior parte passò all'università di Milano (ed è

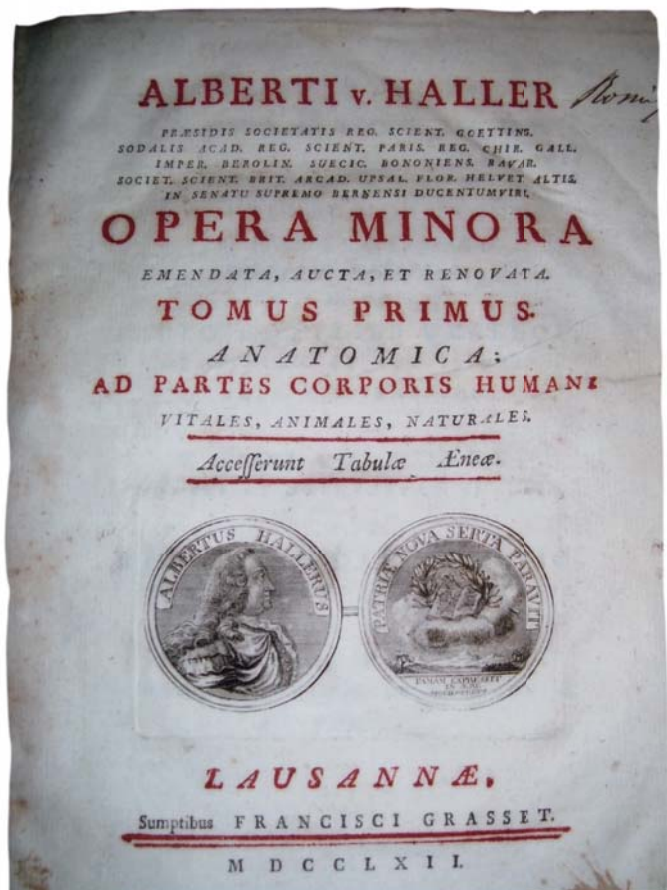
77) e quella *Chirurgica* (1774-75), ognuna in due volumi, e quindi la *Bibliotheca medicinae practicae*, negli anni 1776-88, in quattro volumi e completata dopo la sua morte: si tratta di una impressionante documentazione culturale (sono citate oltre 50.000 opere!) di insostituibili repertori di dati, in cui sono riassunte le più importanti pubblicazioni in ogni campo, con cenni bibliografici sugli autori. Oltre questi scritti, ricordiamo le moltissime sue recensioni comparse

conservata nella Biblioteca Nazionale Braidense), parte si trova a Pavia, parte fu trafugata dalle armate napoleoniche e parte infine si trova in Svizzera.

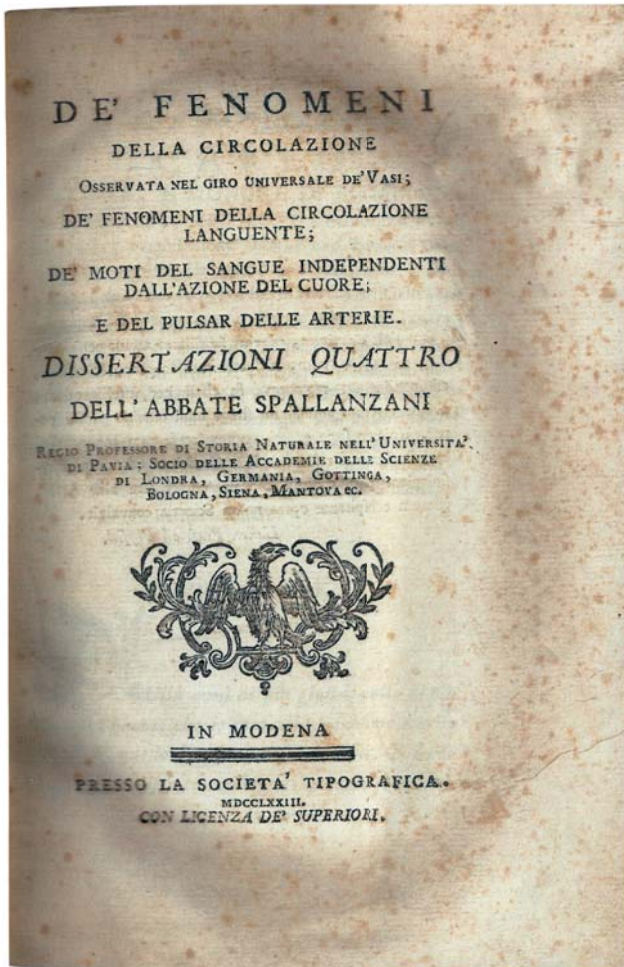
Visse circondato dall'ammirazione generale dei contemporanei, acclamato come il maestro dell'Europa e clinico insigne.

In questo campo della medicina sono da citare in questo secolo altri personaggi che con i loro studi hanno contribuito a rendere autonomo questo campo della scienza medica. Ricordiamoli brevemente.

Lazzaro Spallanzani, nacque nel 1729 a Scandiano (Reggio Emilia) studiò nell'Ateneo bolognese, dedicandosi poi alle scienze naturali; fu professore a Reggio, Modena e quindi a Pavia; viaggiò moltissimo in tutti i paesi del Mediterraneo. La sua vita fu amareggiata da ostilità, incomprensioni, invidie e vicissitudini politiche. Dodato di profonda cultura, compì accurate ed innovative ricerche che aprirono nuove



A. Von Haller, *Opera minora*, Lausannae, 1762



L. Spallanzani, *De' fenomeni della circolazione*, In Modena, 1773



Ritratto di Xavier Bichat

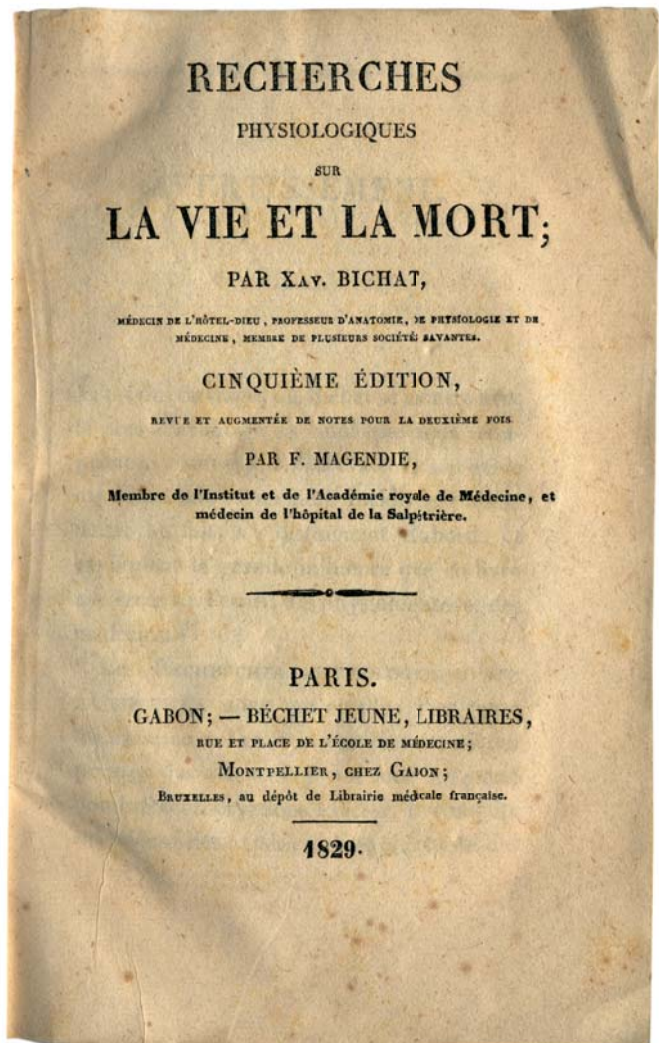
vie alla fisiologia sperimentale. Fra le sue tante scoperte, ricordiamo quelle sulla generazione, sulla fecondazione artificiale, sulla chimica della digestione, ove scopri il succo gastrico e ne dimostrò l'azione sui cibi.

La sua opera classica sulla respirazione fu pubblicata solo dopo la sua morte, avvenuta a Ginevra nel 1803.

Altro grande per-

sonaggio di allora fu Xavier Bichat (1771-1802). Nella sua opera principale *Anatomie générale appliquées à la physiologie et à la médecine*, espone con chiarezza le sue opinioni sulle funzioni dei tessuti vitali nello sviluppo delle varie forme morbose. Accanto a questi, altri personaggi contribuirono alla crescita autonoma della fisiologia; ricordiamo Luigi Galvani (1737-1798) che scopri l'elettricità animale, con una serie di numerose esperienze sulle rane, pubblicate nell'opera *De viribus electricitatis in motu musculare*, e Antoine Lavoisier (1743-1794), padre della chimica moderna che dimostrò nel sangue la presenza di ossigeno e come nella respirazione si decomponesse l'aria.

Morì sotto la ghigliottina, vittima del Terrore rivoluzionario.



X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris, 1829

Igienista dentale: autonomia o collaborazione?

L'istituzione della figura professionale dell'igienista dentario è stata un passo avanti fondamentale per l'evoluzione qualitativa offerta dallo studio odontoiatrico. Il percorso abilitante della professione sanitaria di igienista dentale è fornito da una laurea triennale, che determina un'ottima preparazione. L'elenco delle competenze dell'igienista dentale, abilitato secondo il DM 15.03.1999 n. 137, sono ben definite:

- svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati tecnico-statistici;
- provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- indica le norme di una alimenta-

zione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

Soprattutto personalmente ho sempre riconosciuto come massimo indirizzo del suddetto DM che "l'igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria".

Purtroppo l'Italia è il paese dove tutto è possibile ed ogni legge o regolamento può essere diversamente interpretato, applicato, se non disatteso. Pertanto nella generale lotta di tutti contro tutti, volta a erodere gli spazi e le competenze professionali vicine a discapito della qualità delle prestazioni e della tutela sanitaria della popolazione, non poteva mancare l'igienista libero-professionista, svincolata da ogni tutela odontoiatrica, se non addirittura tendente ad invadere settori terapeutici di esclusiva pertinenza del medico o odontoiatra, iscritto al relativo Albo Professionale, sino ad infrangere l'articolo 67 titolo V del nostro Codice Deontologico. Anche

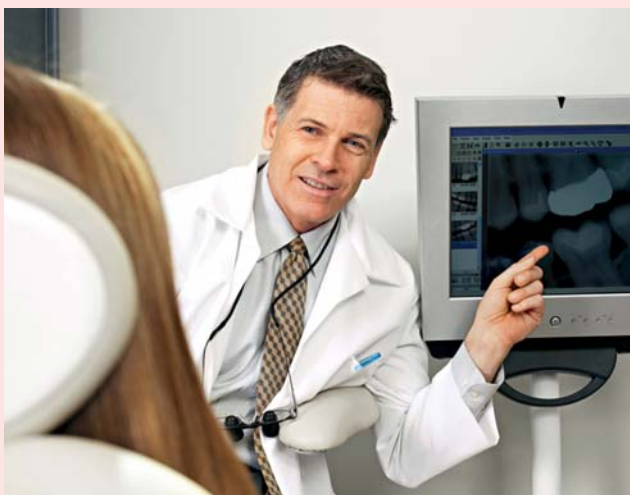
nella Provincia di Pisa come in altre parti d'Italia si sono presentati casi preoccupanti a questo proposito. Per questo motivo a fine gennaio 2011 il sottoscritto in qualità di Presidente CAO di Pisa pose al nostro Presidente Nazionale Dott. Giuseppe

Renzo una serie di domande volte ad ottenere un chiarimento ed un indirizzo comportamentale in materia:

"da alcune settimane si è presentato nella comunità odontoiatrica pisana il problema di una igienista la quale, dopo aver lavorato in passato nello studio di un collega, si è messa per così dire in proprio. Ha cioè aperto un suo studio professionale dove esercita la propria attività. Già altre circolari sono state inoltrate dal vostro Ufficio Legale sul profilo professionale dell'igienista dentale (n. 3702 del 01.04.09, n. 6162 del 28.05.10, ecc.).

Ma ulteriori domande sorgono di fronte a questo caso come integrazione generale delle suddette:

- *se è possibile per una igienista aprire uno studio autonomo individuale;*
- *se è possibile che venga meno il controllo operativo da parte di un odontoiatra sul lavoro da svolgere e svolto sul paziente da parte dell'igienista;*
- *a quali leggi e regolamenti deve sottostare un siffatto studio: urbanistiche, fiscali, autorizzazioni, varie, DIA, ecc.);*
- *se esiste una qualche variabilità legislativa in merito da regione a regione;*
- *se l'igienista può acquistare beni strumentali e/o di consumo non di stretta pertinenza della propria attività;*
- *quale è la corretta interpretazione del Decreto Interministeriale 17.05.2002 (G.U. 189) e dell'abrogazione dell'art. 2 del Decreto Interministeriale 21.01.94, relativa rispettivamente alla esenzione IVA ed all'obbligo della prescrizione medica per lo svolgimento delle prestazioni dell'igienista".*





FNOMCeO

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

Resp. Proc.: Dott. M. Poladas
Resp. Istr.: Dott.ssa S. Buonpane

Ai presidenti delle Commissioni
per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Indirizzo e-mail: personale

Indirizzo e-mail: ordine

FNOMCEO 20/04/11

RGP. 0003574 2011

Cl. 01.09.01/1

Oggetto: Rapporti fra la figura professionale dell'odontoiatra e il profilo dell'igienista dentale.

Il Presidente della CAO di Pisa, che ringraziamo per la collaborazione, ci trasmette un quesito relativo alla figura dell'igienista dentale, che alleghiamo, alla presente nota.

In riferimento alle problematiche proposte si precisa quanto segue:

ai sensi dell'art. 1 e 2 del decreto del 15 marzo 1999, n. 137 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'igienista dentale" è individuata la figura professionale dell'igienista dentale con il seguente profilo:

L'igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

L'igienista dentale:

- a) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- b) collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati tecnicostatistici;
- c) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- d) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- e) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

L'igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

Di recente, secondo alcuni orientamenti del Ministero della Salute, si tende ad affermare che l'igienista dentale non sarebbe soggetto al divieto di cui all'art. 9 della L. n. 175/1992: "il commercio e la fornitura a qualsiasi titolo anche gratuito di apparecchi e strumenti diversi da quelli indicati nell'elenco delle attrezzature tecniche strumentali individuati dal Ministero della Salute con Decreto periodicamente aggiornato, sono vietati nei confronti di coloro che non dimostrino di essere iscritti agli albi degli esercenti le professioni sanitarie, mediante attestato del relativo organo professionale di data non anteriore ai due mesi".

In buona sostanza gli igienisti dentali, possono acquistare le apparecchiature necessarie allo svolgimento della loro attività. Questa interpretazione deriverebbe dall'istituzione della figura professionale dell'igienista dentale mediante il D.M. n. 669/94 poi sostituito dal D.M. n. 137/99, in epoca quindi successiva all'emanazione della legge n. 175/92 che deve essere interpretata in modo evolutivo.

Occorre evidenziare, però, che lo svolgimento dell'attività lavorativa dell'igienista dentale o come lavoratore subordinato o in regime di libera professione avrà conseguenze strettamente sul piano fiscale considerata la diversità di normative a riguardo.

Pertanto, a nostro parere, è di tutta evidenza che questa normativa regolamentare non può costituire elemento giuridicamente rilevante per definire l'igienista dentale come libero professionista.

Requisito essenziale dell'esercizio libero professionale è, infatti, la piena autonomia sulle decisioni relative alla propria attività.

Tale requisito palesemente non è riconducibile all'igienista dentale il quale presta la propria attività **su indicazione dell'odontoiatra.**

Per questo motivo occorre riaffermare la centralità dell'odontoiatra quale responsabile del rapporto di cura delle prescrizioni e/o indicazioni che in base ad una delega fornisce alla figura professionale (igienista dentale), che supporta la cura e la terapia del paziente preventivamente visitato dall'odontoiatra.

Non si tratta di una versione "classista" e corporativa dell'attività odontoiatrica, ma dell'estrinsecazione della sua ragion d'essere quale responsabile della salute del paziente.

Riguardo agli aspetti fiscali faccio presente che:

la G.U. n. 189 del 13 agosto 2002 pubblica il decreto interministeriale (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) del 17 maggio 2002, individuazione delle prestazioni sanitarie esenti dall'imposta sul valore aggiunto.

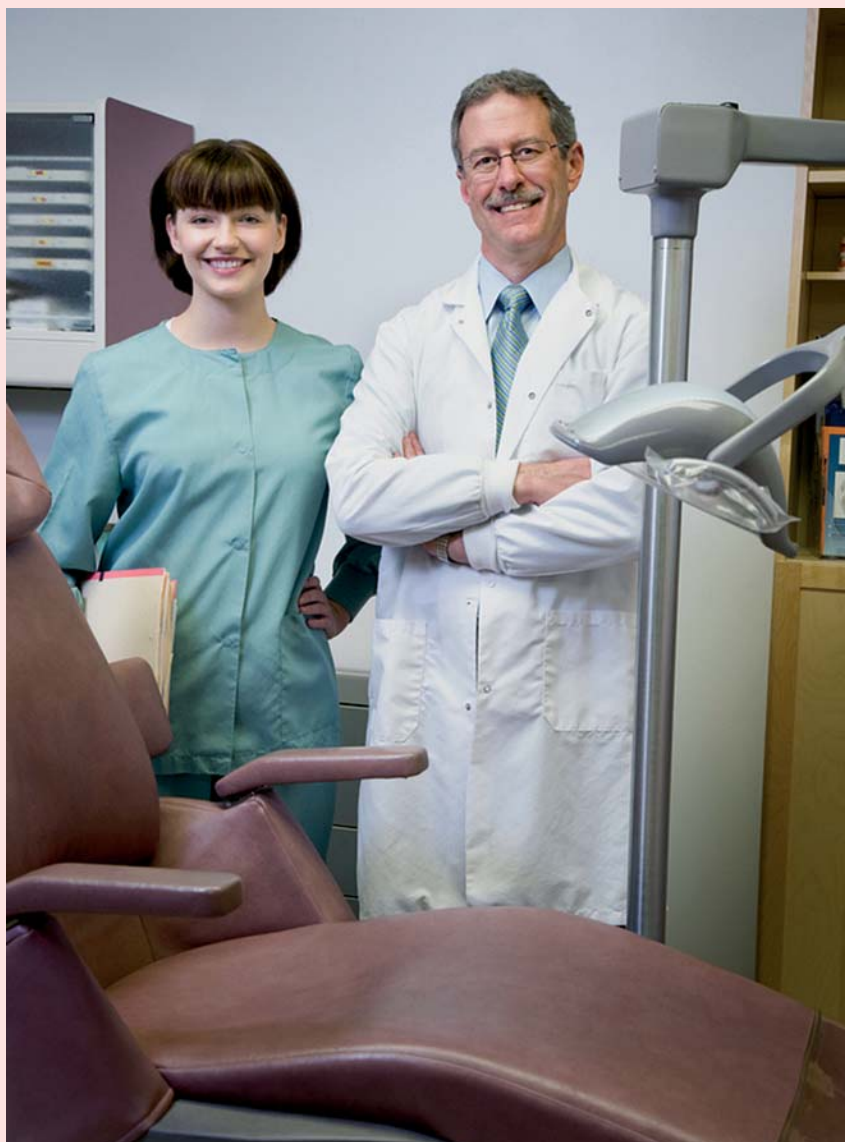
Cordiali saluti


Giuseppe Renzo


Alla mia il Dott. Giuseppe Renzo ha risposto con la circolare del 20.04.2011, che allego integralmente, rivolta a tutti i Presidenti C.A.O., nella quale inoltre ripete anche dei concetti già espressi in precedenti circolari del 2009 e del 2010. Dopo pochi giorni è giunta ai Presidenti C.A.O. una molto polemica lettera firmata da due esponenti sindacali nazionali degli igienisti, che preferisco non commentare nel suo contenuto, per come essi siano entrati in un carteggio riservato ordinistico, per come si siano procurati tutta una serie di indirizzi di posta elettronica. Spetta ad altri questo compito, soprattutto spetta alle associazioni sindacali di categoria, mentre spetta alla CAO la tutela della professionalità dei propri iscritti, la tutela dei cittadini pazienti, la tutela del Codice Deontologico ed il rispetto delle leggi vigenti. Vedo che le CAO degli Ordini, Organismi Istituzionali ausiliari del Ministero della Salute, fin troppo spesso vengono assimilati ad associazioni di categoria. Ripeto che la CAO Nazionale, nel rispetto degli obblighi connessi ai compiti di controllo e di indirizzo, sul tema ha reiterato il proprio parere già espresso in passato più volte, fornendo risposta ad un quesito presentato dal Presidente di una CAO provinciale. Facendo quindi mie le parole del Presidente CAO di Ferrara Dr. Cesare Brugiapaglia sottolineo che "l'utilizzo di questa circolare – ed ancor più la diffusione di note polemiche veicolate anche attraverso gli indirizzi dei legali rappresentanti delle CAO Provinciali – non fornisce titolo ad alcuno per dipingere un quadro distorto della realtà e/o per usare con finalità diverse e strumentali l'Istituzione Ordinistica. La CAO della FNOMCeO quello che aveva da dire lo ha detto nei termini e nelle forme consentite all'Istituzione rappresentata. Il Ministero vigilante, se lo ritiene e se interpellato, potrà esprimere una disposizione vincolante, nel rispetto delle disposizioni di Legge, alle quali per primi noi CAO ci atterremo. ...Infine faccio rilevare che, in merito ai generici riferimenti di presunti comporta-

menti illegali perpetrati da professionisti iscritti all'Albo, le Leggi vigenti obbligano tutti a ricorrere alle Autorità preposte e agli Ordini provinciali segnalando comportamenti ritenuti non consoni. Faccio riferimento alla diffusione di generiche e demagogiche accuse: la denuncia, è risaputo ai più, di illeciti di cui si è venuti a conoscenza alle competenti Autorità, così come le segnalazioni agli Ordini provinciali di professionisti resisi responsabili di comportamenti lesivi del Codice Deontologico, è un atto dovuto. Questo doveroso atto, tra l'altro, dovrebbe essere la sintesi e la giusta testimonianza del sentire civile. Nel caso specifico e per quanto ampiamente divulgato, in conclusione, se ciò non avvenisse, risulterebbero accreditate le malevole interpretazioni che, in modo

interessato e per spostare l'attenzione, potrebbero portare a concludere che chi ha utilizzato questi metodi non ha argomenti per ribattere ed ha solo voluto gettare fumo negli occhi per coprire altri intendimenti". Come informazione finale mi piace sottolineare, se vogliamo restringere il campo alla Regione Toscana, che secondo la legge regionale 05.08.2009 n. 51 ed il regolamento attuativo n. 61/R è scritto al punto 7 testualmente "la DIA deve essere presentata solo in caso di studio odontoiatrico o medico e quindi non riguarda le professioni sanitarie non mediche (fisioterapista, igienista dentale, ecc.)". Se l'igienista non può presentare la DIA in Toscana come può aprire uno studio professionale autonomo?

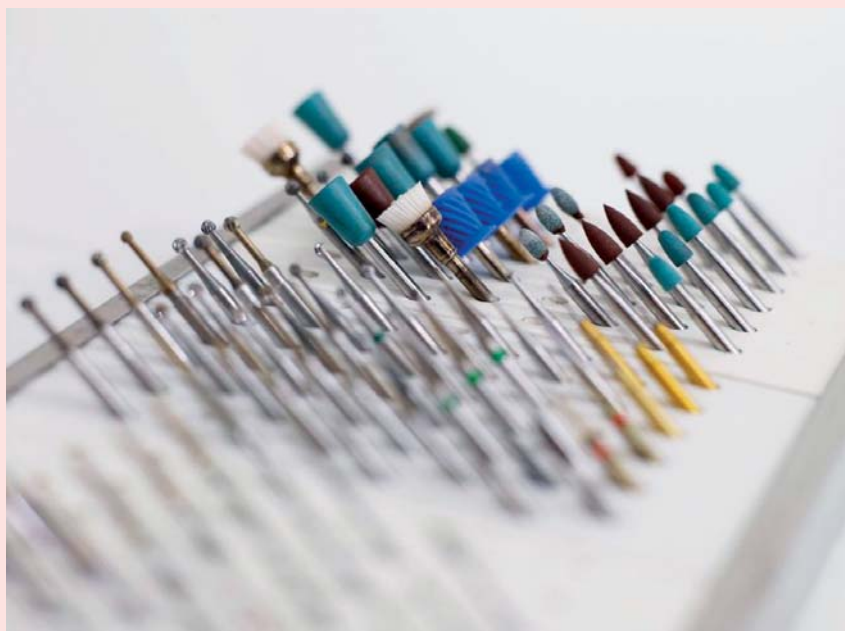


Autorizzazione e accreditamento: normativa regionale

Precisiamo subito che in materia di autorizzazione e accreditamento di strutture sanitarie e studi professionali la normativa a cui occorre fare riferimento è il recente decreto del Presidente della Giunta Regionale **24 dicembre 2010, n. 61/R**: "Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n.51 (norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)".

Ci siamo sentiti in dovere di riportare questa informativa perché sollecitati da alcune richieste di chiarimento da parte di iscritti all'Albo degli Odontoiatri della nostra provincia.

Le continue modifiche delle normative, che pur avendo spesso il



merito di integrare e adeguare il

sistema legislativo al mutare temporale delle situazioni o a correggerne aspetti incongrui, rappresentano però talvolta momenti di disorientamento nei confronti dell'utente che si perde in una jungla di decreti e commi. La seguente richiesta che ci viene inoltrata per e-mail da una nostra collega, che non chiede altro che di essere in regola con i requisiti autorizzativi per l'apertura di uno studio odontoiatrico, dimostra che spesso anche i servizi preposti danno risposte non univoche. " ...ti ho accennato un pò la situazione per telefono. Lo studio è già esistente, in un centro studio medico,(...)"

Quali sono i documenti da allegare alla Dia? Sarebbe possibile avere una documentazione chiara e gli adempimenti per l'apertura di uno studio, in un centro studi medico in Toscana? Sono andata all'Asl di ... e mi hanno dato come riferimento la legge 8/99 ma tale legge, sembra sia stata abrogata e sia stata sostituita dalla legge n. 61, poi mi hanno detto di fare riferimento alla legge 51, del 2009, poi il Suap di vedere la legge 59 per i documenti da allegare, insomma io non so più come uscirne. Poi mi hanno detto, che c'è un articolo, che potrebbe non prevedere la coesistenza di studi medici di base con studi specialistici. Tu ne sei a conoscenza? In attesa di chiarimenti, ti ringrazio."

La richiesta, alla quale abbiamo risposto direttamente a suo tempo, non è pubblicata per intero per ovvi motivi di privacy. Il nostro compito è quello di aiutare i colleghi in difficoltà, nei limiti delle nostre possibilità, non essendo tecnici della materia. Il decreto in oggetto apporta inno-





vazioni soprattutto con riguardo all'accreditamento e agli strumenti che lo supportano, dando piena efficacia alle disposizioni contenute nella L.R. 51/99. Conferma invece le disposizioni contenute nella L.R. 8/99, ora abrogata, relative all'apertura degli studi professionali, con l'unica novità della eliminazione della disposizione che prevedeva, in caso di chiusura dello studio, la possibilità di chiedere una nuova autorizzazione o di presentare una nuova DIA solo dopo sei mesi dal provvedimento di chiusura stesso. E' possibile accedere al testo integrale attraverso il sito della Regione Toscana.

Vorrei però aggiungere alcune precisazioni che possono risultare utili, facendo riferimento a circolari regionali che è possibile trovare anche sul sito dell'OMCeO di Pisa:

1. Nel caso di uno studio professionale in cui un professionista cessi la propria attività e lasci i locali, le attrezzature, etc. ad altro professionista abbiamo da un lato la cessazione di uno studio professionale e dall'altro l'apertura di un nuovo studio: non c'è subentro nella titolarità.
2. In caso di studio associato, sempre in considerazione della peculiarità dello studio professionale rispetto alla struttura sanitaria, nella fattura, se intestata allo studio associato, è opportuno che la prestazione sia facilmente riconducibile al professionista che l'ha erogata. Inoltre si ricorda che la denominazione dello

studio associato non può che essere "studio odontoiatrico" accompagnato dai nominativi dei componenti, senza nomi di fantasia.

3. Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria e i locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi (es. centro estetico).

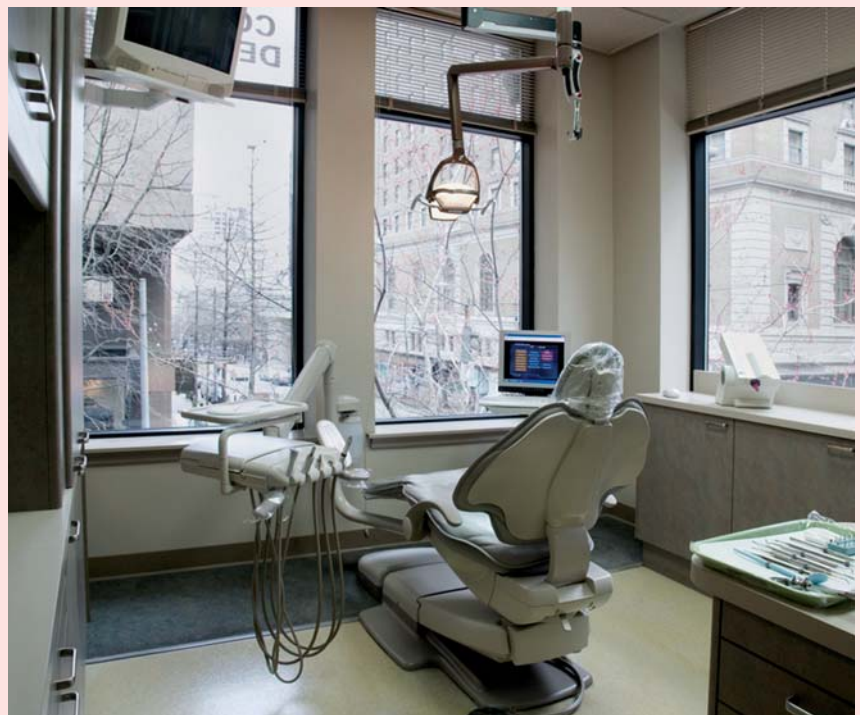
4. Solo il titolare dello studio deve presentare la DIA; se nello studio è presente un collaboratore sarà allegata alla DIA la sua dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine

dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Perché sia inequivocabile che si tratti di un collaboratore l'attività deve essere svolta prevalentemente dal titolare dello studio che è il solo a fatturare e che avvalendosi di ausiliari risponde dei loro fatti dolosi o colposi (art.1228 del c.c.)

5. I professionisti hanno comunque la possibilità:

- di associarsi, sempre che la presenza di più professionisti non comporti una organizzazione tale da configurare in realtà la sussistenza di una struttura e non di uno studio;
- di condividere in tempi diversi (prerogativa esclusiva degli studi soggetti a DIA) locali e attrezzature con altri professionisti, tutti tenuti a presentare personalmente la DIA. In tal caso, come prevede l'allegato D al regolamento, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità delle risorse comuni, mentre ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

6. La DIA deve essere presentata solo in caso di studio odontoiatrico o medico e quindi non riguarda le professioni sanitarie non mediche (fisioterapista, igienista dentale, etc.).



G. Diricatti - G. Arcidiacono Dipartimento Emergenza Accettazione A.O.U.P.
C. Evangelista Presidente del GCU Pisa **E. Orsitto** Direttore del DEA di Pisa

Il Gruppo di Chirurgia d'Urgenza di Pisa in Indonesia per DIREX 2011

Dal 14 al 18 marzo 2011 si è svolto a Manado, nella provincia del Nord Sulawesi in Indonesia, l'esercitazione internazionale ARF DIREX 2011. Si è trattato di un'iniziativa congiunta dell'Indonesia e del Giappone, membri dell'Asean Regional Forum (ARF), il Forum Regionale dell'Associazione delle Nazioni del Sud-Est Asiatico (ASEAN) per la promozione della pace e della sicurezza attraverso il dialogo e la cooperazione tra i paesi dell'area. Hanno partecipato, in qualità di membri dell'ARF, anche gli Stati Uniti, la Federazione Russa e l'Unione Europea. L'obiettivo principale dell'ARF è quello di supportare la capacità di crescita nel campo del soccorso in caso di disastri nei paesi dell'ARF.

Scenario

È stato simulato un terremoto di magnitudo 7,5 della scala Richter il cui epicentro era localizzato in mare a 20 km di profondità e 50 km di distanza dalle coste di Manado. Il terremoto era quindi seguito da uno tsunami che provocava perdite e danni, sia in termini di vite umane (circa 150 morti e 3500 dispersi, 1000 feriti gravi, 5000 feriti leggeri, circa 21000 sfollati) che in termini di danni alle infrastrutture ed agli ospedali. Nella simulazione l'Indonesia ha chiesto assistenza internazionale attraverso il Meccanismo Europeo di protezione civile, lo strumento dell'Unione per rispondere alle emergenze internazionali.

Il Gruppo di Chirurgia d'Urgenza di Pisa rappresenta l'Italia a DIREX 2011

Per l'Unione Europea sono inter-

venuti all'esercitazione la Francia, con un modulo di Urban Search and Rescue dei vigili del fuoco (squadre speciali per la ricerca ed il soccorso di vittime intrappolate sotto le macerie) e l'Italia, rappresentata dal gruppo di Chirurgia d'Urgenza per le missioni umanitarie internazionali di Pisa (GCU).

Come è ormai noto, il GCU è un'associazione ONLUS di volontari, formata principalmente da medici ed infermieri dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), che quotidianamente prestano servizio presso il Dipartimento di Emergenza Accettazione dell'AOUP. Il GCU ha ormai acquisito una consolidata esperienza in missioni umanitarie all'estero (l'ultima nel gennaio 2010, in occasione del terremoto di Haiti) e dal 2008, attraverso il coordinamento del Dipartimento di Protezione Civile Italiana, è diventato parte integrante della task-force di moduli sanitari a disposizione del Meccanismo di Protezione Civile Europea. (Fig.1)



Figura 1: Logo del GCU Pisa



Figura 2: Simulazione di massiccio afflusso di feriti

Obiettivi dell'esercitazione DIREX 2011

In questa occasione il GCU ha allestito il suo posto medico avanzato nel villaggio di Maasing, a pochi chilometri da Manado. L'esercitazione prevedeva, infatti, il dispiegamento di alcune delle forze internazionali disponibili (insieme all'Italia, nel campo di Maasing erano presenti un ospedale da campo cinese ed uno indonesiano, una squadra di medici e infermieri di Formosa) con l'obiettivo di curare la popolazione in fuga (dei volontari truccati) durante le



Figura 3: Simulazione di gestione di politrauma



Figura 6: Molti i bambini visitati



Figura 4: Foto di gruppo dei team sanitari internazionali



Figura 7: Il commissario dell'UE in visita al PMA italiano



Figura 5: L'attività medica è stata svolta con l'ausilio di interpreti



Figura 8: La rappresentanza giapponese ha apprezzato molto l'organizzazione del team italiano

attività di evacuazione dalla costa verso le zone più alte, per sfuggire all'onda anomala dello tsunami. (Fig. 2,3,4)

L'esercitazione, oltretutto permettere alle forze in campo di testare le proprie capacità di soccorso in uno scenario complesso come quello di una catastrofe, si proponeva l'obiettivo di testare il coor-

dinamento internazionale nella gestione delle attività di emergenza e nella cooperazione tra risorse militari e civili.

Azioni di assistenza e supporto alla popolazione (Humanitarian Civic Action)

L'esercitazione è stata anche un'occasione per portare assi-

stenza alle popolazioni povere della regione indonesiana. Infatti, il GCU ha aperto il suo posto medico avanzato alla popolazione locale fornendo soprattutto prestazioni di medicina generale e di consulenza specialistica. I medici e gli infermieri del GCU si sono trovati a lavorare fianco a fianco con colleghi di altre nazionalità (Cina, Indo-



Figura 9: Il GCU socializza con i medici indonesiani



Figura 10: Visita alla scuola elementare di Maasing



Figura 11: Il team del GCU ed i rappresentanti del Dipartimento di Protezione Civile Italiana

nesia, Formosa) scambiando con essi conoscenze ed esperienza, in un clima di piena collaborazione e amicizia. (Fig. 5)

Durante l'esercitazione il personale del GCU ha assistito più di 200 pazienti, sia adulti che bambini, con problematiche soprattutto di tipo internistico, e fornito consulenza specialistica agli altri ospedali da campo. (Fig. 6)

Incontro con le autorità

Numerose sono state le visite al PMA italiano. Prime tra tutte è stata quella del commissario dell'Unione Europea (Fig.7); a seguire, le rappresentanze degli altri paesi (Giappone, Russia, Indonesia, Cina, Formosa, Stati Uniti) sono venute a visitare il campo italiano e tutte hanno apprezzato l'organizzazione e l'efficienza del team di Pisa. (Fig. 8,9)

Naturalmente non sono mancati i momenti emozionanti, come la visita ad una scuola elementare locale, in cui sono stati distribuiti doni e dolci ai bambini. (Fig. 10)

Conclusioni

Come ha dichiarato il Prof. Giuseppe Evangelista, presidente del GCU di Pisa, ai giornalisti in occasione della conferenza stampa indetta per annunciare la partecipazione a DIREX 2011 *“Essere considerati dall'Unione il gruppo più idoneo nell'ambito dei paesi europei per essere impiegato in un evento così importante come DIREX 2011 ci rende orgogliosi e nello stesso tempo ci impegna molto al fine di essere all'altezza del compito affidatoci”*.

E' indubbio che esperienze come quella di DIREX 2011 offrono l'occasione per acquisire competenze in fatto di emergenze in un ambito internazionale, consentendo allo stesso tempo ai medici ed agli infermieri di ritrovare quell'aspetto umano della professione che spesso nel quotidiano viene involontariamente trascurato. (Fig. 11)

Danno d'organo cardiovascolare nell'ipertensione arteriosa

L'ipertensione essenziale rappresenta oggi il più importante fattore di rischio per la patologia cardiovascolare. Il rischio di eventi è direttamente proporzionale all'aumento dei valori pressori, tuttavia le complicanze cardiovascolari associate all'ipertensione arteriosa sono più frequenti in presenza di alterazioni subcliniche cardiovascolari come l'ipertrofia ventricolare sinistra e l'ispessimento medio-intimale carotideo, che infatti devono essere considerati per una corretta stratificazione del rischio cardiovascolare globale dei pazienti con ipertensione arteriosa.

Oggi è possibile valutare anche alcune alterazioni vascolari e cardiache precoci, sia funzionali che strutturali, che si associano all'ipertensione arteriosa, come l'aumento della rigidità arteriosa, che recente-

mente è stata inserita nelle linee guida delle Società Europee di Ipertensione Arteriosa e di Cardiologia e la disfunzione diastolica.

Il principale vaso arterioso, l'aorta e le sue prime diramazioni hanno per la circolazione sanguigna funzione di "condotto" ma anche di "serbatoio": ac-

colgono il sangue dilatandosi elasticamente durante la sistole per poi restituirlo in diastole, contribuendo così a convertire il flusso sangui-

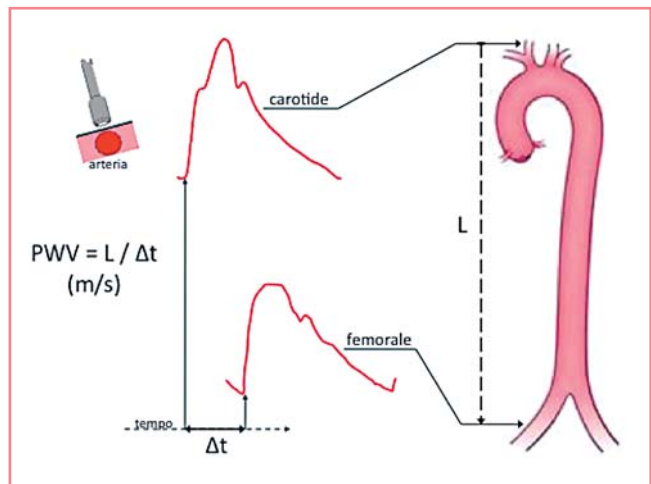


Figura 1: Rappresentazione schematica della tecnica tonometrica per la misurazione della Pulse Wave Velocity (PWV) aortica.

gno da intermittente a continuo e a mantenere la perfusione periferica. L'irrigidimento dei vasi con l'avanzare dell'età è responsabile del progressivo aumento dei valori sistolici e dell'elevata prevalenza di ipertensione sistolica isolata negli anziani. Dal punto di vista fisiopatologico, l'irrigidimento delle arterie può favorire il danno d'organo in altri distretti attraverso l'aumento della pressione sistolica e quindi del lavoro e delle richieste di ossigeno del miocardio. Sfruttando il principio che la velocità di propagazione dell'onda di pulsazione è legata inversamente alla distensibilità del tubo, la rigidità arteriosa può essere misurata come velocità dell'onda pressoria (Pulse Wave Velocity, PWV). Questa misura, precedentemente possibile solo con studi invasivi (attraverso il cateterismo arterioso), è oggi effettuabile in modo non invasivo, semplice e riproducibile. La PWV aortica è di solito misurata registrando con un tonometro l'onda pressoria per via transcutanea a livello della carotide comune e dell'arteria femorale, e la



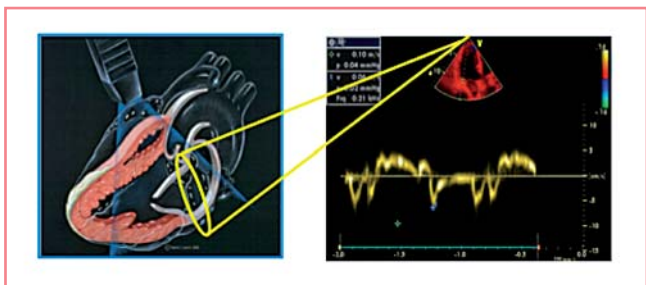


Figura 2: Acquisizione dei parametri di funzione diastolica attraverso lo studio del doppler tissutale a livello dell'anulus mitralico

distanza in superficie tra i due siti di registrazione. Numerosi studi hanno confermato il valore predittivo della PWV aortica per il rischio di eventi cardiovascolari e la mortalità totale, in popolazioni ad alto rischio che nella popolazione generale.

La funzione diastolica del ventricolo sinistro è ritenuta un importante fattore fisiopatologico di molte malattie che coinvolgono la meccanica cardiaca. Le manifestazioni cliniche di vari modelli di cardiomiopatia, come la cardiopatia ipertensiva,

zione diastolica normale permette di mantenere un adeguato volume di riempimento ventricolare a bassa pressione sia in condizioni basali che durante lo sforzo e questa è mantenuta grazie a diverse caratteristiche funzionali del ventricolo sinistro quali un rapido rilasciamento proto-diastolico, una bassa rigidità del ventricolo sinistro ed un'elevata distensibilità del ventricolo sinistro. Alterazioni della funzione diastolica sono di frequente riscontro nei pazienti ipertesi. Circa un quarto dei

sono spesso il risultato di anomalie delle proprietà ventricolari diastoliche, le quali possono manifestarsi anche molto precocemente e coesistere o meno con la disfunzione sistolica. Una fun-

pazienti ipertesi anziani presenta alterazione della funzione diastolica, che può manifestarsi in completa assenza di disfunzione sistolica e di ipertrofia ventricolare sinistra e circa il 90% dei pazienti con scompenso diastolico presenta storia di ipertensione arteriosa. Alcuni importanti studi hanno riportato che la disfunzione diastolica predice lo sviluppo di scompenso cardiaco e si associa ad un aumentato rischio di eventi mortali da tutte le cause. Pertanto, la valutazione della funzione diastolica nel paziente iperteso risulta molto utile sia per la stratificazione del rischio del paziente che per guidare l'intervento terapeutico. Negli ultimi anni, l'utilizzo della metodica ecocardiografica nel paziente iperteso, oltre alla valutazione della presenza di ipertrofia ventricolare sinistra, dovrebbe includere lo studio della funzione diastolica attraverso la misura di alcuni parametri, quali il rapporto tra le onde E ed A al flusso trans-mitralico tramite metodica

Doppler. Più recentemente l'introduzione dei parametri di Doppler tissutale dell'anulus mitralico ha mostrato una buona correlazione con i dati emodinamici e rappresentano oggi indici più attendibili di disfunzione diastolica nella pratica clinica. Gli studi clinici hanno dimostrato una tendenza al beneficio in termini di miglioramento dei sintomi e riduzione dell'ospedalizzazione nei pazienti con scompenso cardiaco diastolico, ma nessun intervento si è dimostrato efficace nel ridurre la mortalità.

In conclusione, lo studio della rigidità arteriosa e della disfunzione diastolica nel paziente iperteso, potrà essere utilizzato in futuro per identificare pazienti ipertesi con alterazioni cardiovascolari precoci al fine di pianificare strategie terapeutiche mirate.



Colpo di frusta: trattamento manuale e fisiokinesiterapico

L'intensità del traffico odierno causa molti quadri traumatici, il più frequente fra questi è il cosiddetto colpo di frusta. Questo termine (c.di f., *whiplash injury*) fu usato da Crowe nel 1928 per descrivere le lesioni, distorsive e non fratturative, da trauma indiretto, sulla colonna cervicale. Molti autori sottolineano il fatto che per verificarsi, il c.di f. deve avvenire con un'improvvisa variazione di velocità. E' "un meccanismo di accelerazione-decelerazione con trasferimento di energia al collo. Esso può essere la conseguenza di tamponamento o collisioni laterali di autoveicoli o può verificarsi in seguito a tuffi o in altre circostanze...".

Tra questi il *tamponamento* è l'evento più frequente con più del 90% di tutti gli eventi lesivi cervicali. Il c.di f. è un complesso quadro sintomatologico che coinvolge tutto il corpo e non solo il rachide cervicale e può comportare una serie di restrizioni o lesioni vertebrali, paravertebrali (fasce, tendini, legamenti, muscoli), del sistema nervoso periferico e simpatico, del cervello, dei vasi e dei visceri associate. I danni sono variabili e possono andare da un semplice stiramento muscolare a una rottura legamentosa, vascolare ecc.

Le lesioni capsulo-legamentose dipendono anche dalla *posizione in cui si trova il capo* al momento del trauma (*più o meno ruotato*), per cui, pur essendoci un tamponamento antero-posteriore, ci può essere anche un trauma obliquo-laterale con conseguenze più gravi.

L'Esame Obiettivo consiste nell'esame clinico: 1) dei muscoli, volto ad evidenziare l'eventuale presenza *algica* muscolo-legamentosa; 2) della

mobilità, per esplorare l'esistenza di una limitazione funzionale.

La scala di Quebec del 1992 semplificata riporta la valutazione degli esiti del colpo di frusta in 4 stadi:

- assenza di sintomi;
- dolore;
- dolore + sintomi muscolo-scheletrici;
- dolore + sintomi neurologici;
- dolore + lussazione o frattura e/o lesione del midollo spinale.

Non esiste un esame strumentale specifico per valutare gli esiti del c. di f. Le Rx dinamiche sono necessarie per indagare potenziali instabilità da lesioni capsulo-legamentose e discoli; la T.A.C. per valutare la struttura ossea, soprattutto nel caso di fratture; la R.M.N. per le lesioni dei tessuti molli (soprattutto neurologiche) e per la diagnosi di fratture occulte.

A mio parere una delle articolazioni più frequentemente coinvolte dal c.di f., e spesso trascurata, è quella temporo-mandibolare. L'Articolazione Temporo-Mandibolare è una condiloartrosi e può essere considerata, dal punto di vista biomeccanico la più complessa del corpo umano. E' infatti l'unica articolazione in cui i movimenti possono avvenire per rotazione e/o traslazione nei

tre piani dello spazio: piano sagittale mediano, frontale ed orizzontale. I segmenti ossei sono costituiti, da un lato, dal condilo mandibolare e, dall'altro, dalla cavità mandibolare o fossa glenoidea e dal tubercolo articolare dell'osso temporale.

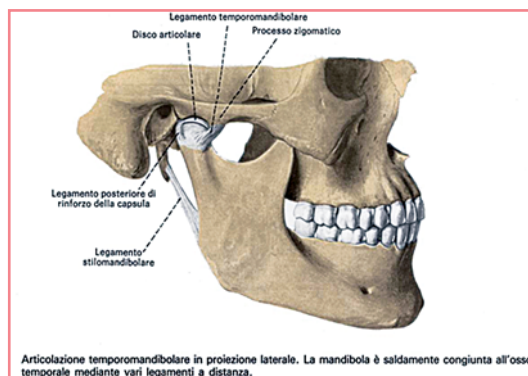
Sintomatologia

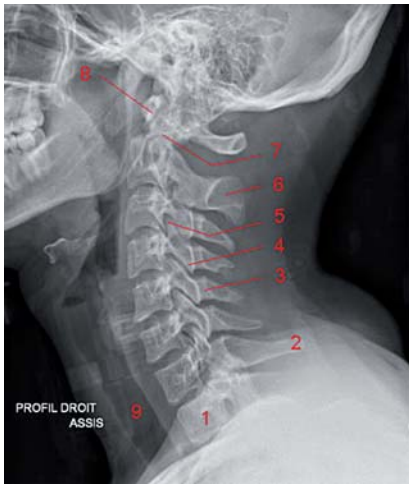
E' diversa e spesso complessa; nei casi meno gravi tende a manifestarsi, nella sua reale entità, dopo alcune ore dall'evento traumatico (quando l'edema e le eventuali emorragie si sono sufficientemente instaurate). Il paziente può lamentare dolenzia, stanchezza, rigidità, nausea, cefalea etc. Se la lesione è grave può coinvolgere i dischi, le articolazioni, i legamenti e i sintomi possono manifestarsi più precocemente. Si può avere, oltre ai sintomi suddetti, algie radicolari a tutti i distretti del rachide, nevralgie suboccipitali, parestesie agli arti, acufeni, turbe della visione, difficoltà di concentrazione, confusione ecc.

C'è accordo sul fatto che l'insulto più severo avvenga a livello della regione cervicale media. Panjabi e coll. hanno individuato che dopo 50-75 ms dall'impatto, si ha la formazione di una curvatura a S della colonna cervicale; questo è il momento in cui avvengono maggiormente i fenomeni

lesivi. In tale fase le articolazioni intervertebrali del tratto inferiore della cervicale mostrano una iperestensione che oltrepassa i normali limiti fisiologici; inoltre è proprio a livello della 5° e 6° vertebra cervicale (C5-C6) che si sviluppa la massima concentrazione delle forze agenti sulla colonna cervicale.

Anche la rotazione supera i limiti fisiologici solo a livello C6-C7 e C7-T1.





Se un muscolo viene stirato bruscamente induce un riflesso nervoso che causa una maggior contrazione muscolare. Le fibre muscolari possono essere lese e si può sviluppare emorragia ed edema. Questo può degenerare in fibrosi, contrattura, trigger points, rigidità e dolore cronico.

Il c.di f. può attivare i trigger points di diversi muscoli che resistono al movimento forzato all'indietro del capo e può causare stiramenti di altri muscoli durante l'incidente.

Per Phykitt anche gli scaleni, il lunghissimo del collo, l'elevatore della scapola, il romboide e il trapezio vengono frequentemente lesi.

I *nervi periferici* possono essere lesi lungo tutto il loro percorso

A) acutamente quando passano attraverso muscoli o fasce contratti o infiammati; B) cronicamente per cicatrici perineurali o per una compressione neurovascolare (s. scaleni; costoclavicolare, etc.).

Danni al *sistema nervoso simpatico* possono portare conseguenze: uditive (acufeni, sordità); oculare (vista offuscata, dolore retrobulbare, alterazioni di dilatazione pupillare ruotando il capo); vestibolare (vertigini); poi altre come miosi, rinorrea, sudorazione, lacrimazione, fotofobia etc.

Anche il *cervello* può risentire del trauma. Il c.di f. a livello cranico può far compiere ai due emisferi cerebrali, uno spostamento sul tronco cerebrale con stiramento e allungamento del midollo fino a 5 cm. I casi più seri possono causare tetraplegia, coma o morte. La superficie anteriore del

midollo cervicale, con le fibre anteriori piramidali, può essere schiacciata contro il dente dell'epistrofeo.

Il *dolore di spalla* è frequente (sia per trauma diretto che indiretto da cintura) e va differenziato da quello muscolare (es. trapezio) e da quello radicolare. La *lombalgia* si verifica nel 35-57% dei casi e nel 24% tende a persistere.

Per quando riguarda l'articolazione temporo mandibolare (ATM), lo spasmo muscolare anteriore può indurre deficit masticatori; anche il complesso disco-articolare può essere coinvolto con dislocazione-lussazione acuta dello stesso e micro traumi che potrebbero scatenare riduzione funzionale cronica del movimento di apertura della bocca.

Indicazioni per il di trattamento

Per quando riguarda il trattamento è importante valutare il grado del trauma. La prima cosa è assicurare il paziente, non stravolgere le abitudini del paziente, questo favorisce e riduce i tempi di recupero.

Trattamenti efficaci prevedono la somministrazione di farmaci analgesici e antiinfiammatori, l'impiego di tecniche di agopuntura, di rieducazione posturale, di massaggi e di strumentazione quale laser e tecar.

Considerazioni sul trattamento manuale

Nel corso della mia esperienza decennale nel trattamento con tecniche manuali di disfunzioni derivate da c. di f. ho potuto constatare come queste tecniche in genere si rivelano molto efficaci e quasi sempre fanno virare nettamente il quadro verso un miglioramento o una accettabile guarigione, anche in casi in cui l'intervento è stato effettuato anni dopo il trauma.

Le tecniche di trattamento che utilizzo attualmente derivano dagli studi di medicina manuale (scuola di IBO, corsi di manipolazioni), di osteopatia, di posturologia e di kinesiologia.

In generale, nelle prime due sedute lavoro per rilassare la muscolatura del collo e i muscoli vicini, lavoro su tutti e quattro gli arti e sul rachi-

de cervico dorso lombare. Non uso nelle prime sedute manovre ad alta velocità e bassa frequenza, nell'ottica che è meglio, se possibile, liberare dolcemente le tensioni e aiutare il corpo a ritrovare da solo la sua fisiologia. Il trattamento deve sempre essere individualizzato, si può verificare, infatti, che anche se la colonna è radiologicamente intatta, si riscontrino delle alterazioni a livello posturale.

In seguito a c.dif. sono molto frequenti i sintomi psichici (depressione, sinistrosi etc.), ma che questi si attenuano quando si trova un rimedio al dolore dei pazienti. Il dolore comunemente presenta una topografia fissa e con manovre precise è possibile esagerarlo, diminuirlo, provocarlo.

La manipolazione in genere è una buona e affidabile soluzione terapeutica; deve essere molto specifica, dolce e discreta.

Ritengo che la medicina manuale, poiché spesso fa regredire completamente o parzialmente gran parte dei sintomi, sia da effettuare precocemente e prima di ogni trattamento fisiokinesiterapico.

Successivamente si possono utilizzare tecar, TENS, laser, magnetoterapia, massoterapia, esercizi oculomotori, mesoterapia, agopuntura per effettuare infine una rieducazione posturale globale.

Va sottolineato che, poiché il c.di f. è un insulto all'intero corpo, l'esame e l'eventuale trattamento debbono sempre comprendere tutta la postura, anche se il paziente non riferisce traumi o sofferenze in molte zone. Spesso la distorsione cervicale in sé è solo la punta dell'iceberg. Si parla di "cisti energetiche" che vengono impresse e si fissano nell'organismo e che bisogna tentare di sciogliere, di rimuovere.

Il corpo umano è unito tridimensionalmente, come una rete, dal tessuto fibroso che rende tutta la struttura interdipendente.

E' per questo motivo che io ci tengo a lavorare con tecniche posturali che interessano tutto il corpo e non si limitano solo al tratto cervicale.

Epidemia delle malattie respiratorie: quali strategie?

O rmai è ben noto che le malattie respiratorie croniche sono in continuo aumento negli ultimi anni. Le osservazioni più recenti relative alle cause di mortalità nei paesi occidentali mostrano che la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO: un misto di bronchite cronica ed enfisema), le polmoniti (specie nei soggetti anziani e con altre malattie croniche) e il tumore del polmonare rappresentano rispettivamente la 3a, 4a e 5a causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari (Lopez et al, Lancet 2006). Le cause di tale incremento di patologia sono attribuibili alla minore mortalità per molte altre patologie comprese quelle cardiovascolari, e alla persistenza/incremento dei più importanti fattori di rischio per le malattie respiratorie (fumo ed inquinamento ambientale). Nell'elenco delle malattie respiratorie più frequenti c'è anche la tubercolosi, che, lungi dall'essere una malattia debellata, continua ad essere presente, in maniera sostanzialmente stabile negli ultimi 10 anni, sia nei migranti che nei locali specie se anziani e con varie comorbidità.

Di fronte a questa "epidemia", è necessario sviluppare tutte le possibili strategie per riconoscere e trattare tempestivamente ed efficacemente le malattie respiratorie più frequenti.

Asma e BPCO

Queste sono le malattie respiratorie più frequenti, interessando sia i bambini e i giovani (specie l'asma) che gli anziani (specie la BPCO). Oggi abbiamo a disposizione farmaci sempre più efficaci e sicuri che permettono, con un uso regolare, di migliorare i sintomi legati a queste malattie, anche se nessun farmaco al momento attuale è capace di determinare la "guarigione" dell'asma e della BPCO. Oltre a nuovi broncodilatatori e cortisonici per via inalatoria che sono efficaci in un'unica somministrazione giornaliera (e quindi più facili da usare), arriveranno tra breve nuove categorie di farmaci la cui efficacia si aggiunge a quella dei farmaci già a disposizione.

Ma la maggiore novità in questo campo sta nell'arrivo tra alcuni anni, anche nel campo delle malattie respiratorie, dei cosiddetti "farmaci biologici", già da tempo usati in varie altre malattie come quelle

ematologiche o reumatologiche. Si tratta di nuovi farmaci, attualmente in corso di sperimentazione, che sono efficaci in sottogruppi particolari di soggetti, identificabili con opportune indagini: in questi soggetti questi farmaci sono particolarmente attivi, compensando quindi con questa elevata efficacia in pazienti ben selezionati il loro alto costo per il SSN. Quindi, nel prossimo futuro, avremo la possibilità di "personalizzare" la cura fornendo la medicina più appropriata ad ogni singolo paziente.

Polmoniti

Queste rappresentano ancora una importante causa di morbidità e mortalità, sia per la maggiore virulenza dei germi che diventano sempre più resistenti agli antibiotici che abbiamo a disposizione (specie i germi che vivono negli ambienti ospedalieri), sia per l'invecchiamento della popolazione che diventa quindi più "fragile" e suscettibile. Nel paziente anziano e con varie altre malattie, una infezione respiratoria può rappresentare veramente una seria complicazione.

In questo settore, purtroppo, la ricerca non prevede l'arrivo di nuove categorie di farmaci, mentre l'uso talora indiscriminato degli antibiotici più comuni ha reso molti germi ormai resistenti a queste categorie di farmaci. E' necessario quindi che l'impiego degli antibiotici sia fatto con maggiore attenzione e quando è veramente necessario.

Tumore del polmone

Questo rappresenta il primo tumore nell'uomo, ed anche nelle donne la sua frequenza va aumentando. Le possibilità di cura per questa malattia sono molto scarse, come ben noto, dato che quasi l'80% dei tumori viene scoperto quando è ormai inoperabile, e calcolando che la sopravvivenza a 5 anni anche dei tumori operabili è ben lontana dall'essere elevata.

In questo campo è importante quindi rinforzare le misure di prevenzione primaria (la lotta al fumo e all'inquinamento ambientale, specie negli ambienti interni) e secondaria (la diagnosi precoce). Gli strumenti radiologici attuali (la TAC ad alta definizione e a bassa dose) sono capaci di diagnosticare il tumore del polmone in fase più precoce rispetto

agli strumenti tradizionali, ma purtroppo la chiara dimostrazione che queste procedure, se applicate su screening di massa in soggetti a rischio (come i fumatori ultra-50enni), permettano di ridurre la mortalità per questa patologia, è ancora in discussione. Mentre uno studio Nord-Americano avrebbe confermato la capacità dello screening del polmone di ridurre la mortalità per tumore del polmone (quando tale intervento viene effettuato da strutture ad alta specializzazione ed organizzazione), i risultati degli studi europei sono ancora non definitivi, e non permettono quindi di distendere questa procedura alla normale routine clinica. Rimane quindi cruciale la lotta contro il fumo, specie tra le giovani generazioni.

Tubercolosi

Da quando negli anni '70 la tubercolosi polmonare è stata dichiarata "ormai debellata", in realtà oggi questa malattia è ancora ben presente e stabile nei paesi occidentali, sia per la riattivazione dell'infezione negli anziani o nei soggetti con altre malattie che riducono le difese immunitarie, sia per la diffusione della malattia tra i migranti provenienti da zone dell'Africa o dell'Europa dell'Est dove la tubercolosi è più frequente e talora di difficile trattamento.

I dati a disposizione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) mostrano che quasi 100 soggetti all'anno negli ultimi 10 anni sono stati diagnosticati come affetti da tubercolosi nell'AOUP (in gran parte dalla U.O. di Malattie Infettive, e in misura minore dalle UU.OO. pneumologiche). Di questi casi, il rapporto tra migranti e locali è progressivamente aumentato in questi 10 anni, con un maggior numero di casi nei migranti giovani e un minor numero di casi nei locali anziani. Ma l'aspetto più preoccupante è che, dei casi diagnosticati in cui viene impostata una terapia, quasi il 50% di questi soggetti viene perso ai controlli successivi dopo il secondo mese di trattamento. Poiché è noto che la terapia farmacologica dei casi con "malattia attiva" dovrebbe essere continuata per almeno 6 mesi, questa elevata perdita dei pazienti ai controlli ambulatoriali successivi rende molto problematico il trattamento di questi pazienti e la verifica della reale guarigione.

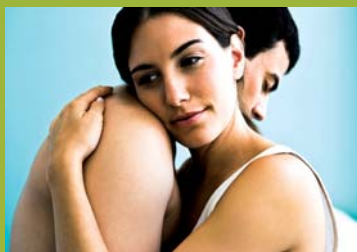
PerLA
PERSONE PER L'ANDROLOGIA

La conoscenza migliora la vita!



ARCHIMEDIA - PISA

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



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

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

info@associazioneperla.org

www.associazioneperla.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI



ALLGEMEINE AUSSTELLUNG
für



ULIVETO[®]
Aiuta la Digestione

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

