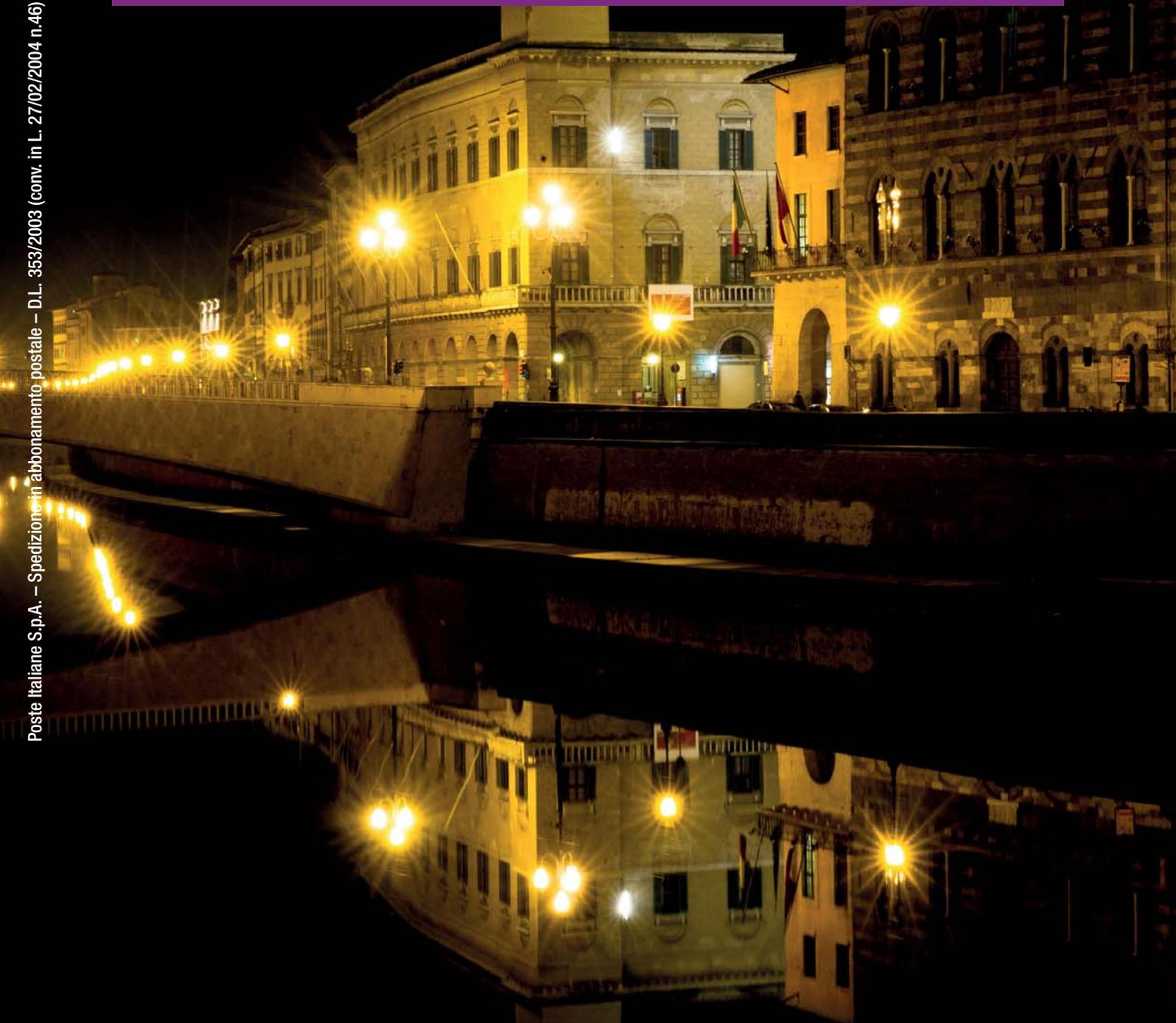


PisaMedica

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:

HIFU e miomi uterini: una novità terapeutica

*F. Porcelli - A. Campatelli - G. Di Candio
L. Morelli - M.G. Salerno - F. Mosca*
U.O. Chirurgia Generale I Universitaria
U.O. Ginecologia e Ostetricia - A.O.U.P.

Un dilemma estetico: la recessione gengivale associata ad erosione dentale

F. Graziani - M. Vano - M. Gabriele
U.O. Odontostomatologia e Chirurgia Orale
A.O.U.P. - Direttore Prof. Gabriele

L'epidemia da Klebsiella: una sfida per il S.S.T.

*E. Tagliaferri - C. Tascini - F. Menichetti**
*Direttore U.O.C. Malattie Infettive A.O.U.P.



ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.
2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti afflitti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e fattivo scambio di comuni esperienze di vita.
4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente
5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.
6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.
7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

Già liberalizzati, prima di Monti

Prendiamo atto del decreto governativo sulle liberalizzazioni delle professioni ma noi, Medici ed Odontoiatri, ci avevamo già pensato da tempo, anzi addirittura dal 1946 con la nascita della Costituzione. La tutela della salute, infatti, veniva allora considerata come un prioritario diritto costituzionale garantito ai cittadini da parte dello Stato, quale appunto bene comune. Noi crediamo cioè che la professione debba essere tutelata sia da un punto di vista deontologico ma, al contempo, anche qualitativo per le prestazioni offerte. In sostanza, la salute è un valore a sé stante, indipendentemente da altri, pur importanti parametri, lavorativi e sociali. Siamo un Ordine professionale, comunque, ben diverso da tutti gli altri. In primo luogo, come avviene in Europa, non abbiamo alcun limite alle iscrizioni, cosa che invece avviene per altri. E questo ci pone in una dimensione prospettica ben più avanzata, nel contesto del programma di liberalizzazione. In secondo luogo, una volta superato l'Esame di Stato, siamo consi-

derati operativi a tutto campo. Avvocati, notai, commercialisti hanno di fronte invece dei paletti come il tirocinio: una situazione che, di fatto, blocca e non per poco tempo l'ingresso nel mondo del lavoro per queste categorie.

Vogliamo poi ricordare che non sussistono per noi problemi di alcun genere per quanto riguarda i tariffari, avendoli già aboliti con l'applicazione del "decreto Bersani".

Ci troviamo quindi molto più avanti nel percorso di avvicinamento a diversi Paesi dell'Unione Europea. Forse perché, in un passato non sospetto, avevamo intuito la grande valenza di un simile progetto, non più dilazionabile nel tempo. Non ce ne vantiamo assolutamente. Ogni situazione, come ogni caso, fa a sé. L'importante oggi è poter tracciare un percorso definito e visibile per chi si trovi adesso ad affrontare quei paletti con i quali ci siamo confrontati in passato, nell'ottica di ottenere risultati più funzionali e pratici. L'esempio trascina.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Vincenzo Penné
www.fucinafotografica.it

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.*

HIFU e miomi uterini: una novità terapeutica

Negli ultimi anni i trattamenti ablativi loco-regionali miniminvasivi si sono ritagliati uno spazio terapeutico sempre più ampio, nell'ottica di una riduzione dell'invasività e dei potenziali effetti collaterali. Si tratta di metodiche di rilevanza consolidata volte alla distruzione localizzata di neoplasie solide con minimo impegno per il paziente.

Le tecniche standard per la termoblazione percutanea prevedono l'utilizzo di un ago-elettrodo che viene inserito attraverso la cute sotto guida d'immagine (TAC, Eco o Risonanza Magnetica) direttamente nel tessuto patologico da trattare. L'estremo dell'ago, chiudendo un circuito elettrico, raggiunge una temperatura tale da determinare la necrosi cellulare e quindi la distruzione del tumore.

La metodica da considerarsi senz'altro tra le più avanzate e decisamente la meno invasiva è quella denominata **HIFU** (High Intensity Focused Ultrasound = ultrasuoni focalizzati ad alta intensità). Si tratta di un dispositivo in grado di produrre onde acustiche ad alta frequenza

(ultrasuoni) e convogliarle in un punto preciso, detto punto focale, delle dimensioni di circa 10 mm. A livello del punto focale, il tessuto colpito dal fascio di ultrasuoni aumenta la temperatura fino a raggiungere 75-95 °C, cioè quanto basta per determinare la necrosi del tessuto colpito. La possibilità pertanto di indirizzare il fascio di ultrasuoni in un punto ben preciso e definito attraverso l'immagine ecografica, senza l'inserimento di aghi o sonde e senza tagli, consente di trattare tumori solidi in modo estremamente preciso all'interno del corpo, con metodica totalmente non invasiva. Solo i tessuti al bersaglio vengono necrotizzati; i tessuti attraversati dal fascio ultrasonoro e quelli oltre il bersaglio non vengono in nessuno modo danneggiati. Questo offre indubbi vantaggi per il paziente in termini di dolore post-trattamento, azzerando peraltro i rischi di insembramento delle cellule neoplastiche nel tramite dell'ago e di contaminazione del tessuto trattato con conseguente rischio di ascessualizzazione (Fig. 1).

I primi studi sugli effetti degli ultra-

suoni focalizzati e concentrati sono stati eseguiti in Europa negli anni '60. Le prime applicazioni cliniche hanno avuto luogo in Cina a metà degli anni '80. La metodica, molto diffusa appunto in Cina e nei paesi asiatici (Giappone, Corea), al momento è poco sviluppata in Europa e nei paesi occidentali in genere, eccetto per un macchinario dedicato specifico per il trattamento delle neoplasie prostatiche con approccio endorettale.

L'apparecchio HIFU consiste in una consolle di comando, di un lettino di trattamento con una sonda di monitoraggio ecografico in tempo reale della lesione da trattare e un trasduttore che emette fasci di ultrasuoni focalizzati e concentrati. L'apparecchiatura utilizzata è la JC 200 della ditta Haifu di Chongqing, Cina. L'apparato, acquisito dalla AOUP ed in dotazione alla U.O. Chirurgia Generale I Universitaria, è una delle poche apparecchiature pubbliche operanti attualmente in Italia. Le indicazioni terapeutiche sono tumori solidi di organi solidi come fegato, rene, ossa, muscoli, mammelle,

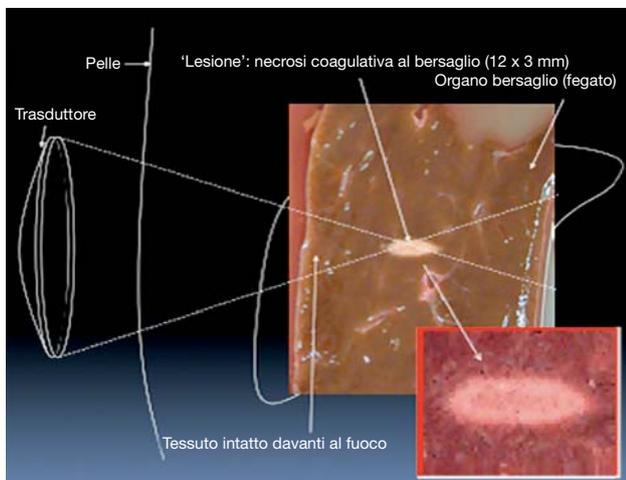


Fig. 1: Tessuto di vitello bovino trattato ex-vivo



Fig. 2: Apparecchiatura HIFU in dotazione all'A.O.U.P.

pancreas, miomi uterini ed altre in corso di valutazione (Fig. 2).

Una delle indicazioni migliori per la metodica HIFU è il trattamento dei miomi uterini.

Vengono selezionate pazienti con uno o al massimo due miomi intramurali o parzialmente esofitici ma non endocavitari, con dimensioni minime di 3 cm, senza cicatrici chirurgiche deturpanti o cheloidi sovra pubici, con una sintomatologia di meno-metrorragia non rispondente alle terapie ormonali, sintomi urinari (pollachiuria, disuria, ecc), massa pelvica palpabile occupante spazio. Un altro requisito è la volontà di non avere gravidanze dopo il trattamento. Ciò deriva dal fatto

mioma uterino. La presenza di cheloidi o cicatrici deturpanti sulla zona cutanea attraversata dagli ultrasuoni è una controindicazione perché a tale livello può avvenire cessione di energia, a causa della aumentata differenza di impedenza acustica, con conseguente danno termico alla pelle e quindi ustioni più o meno gravi. La presenza di una cicatrice in ordine e non ipertrofica non è un impedimento al trattamento (Fig. 3).

La paziente, dopo la diagnostica che consiste essenzialmente in una ecografia con mezzo di contrasto ecografico (sonovue) e una RMN pelvica, è posta in posizione prona sul lettino dell'apparecchiatura. Il trattamento, eseguito con una

che in letteratura non si hanno dati sulla elasticità e resistenza alla distensione dell'utero durante la gravidanza dopo tale tipo di trattamento. Peraltro è noto un caso di gravidanza, non ancora portata a termine, di una giovane paziente dopo trattamento HIFU di

blanda analgesia, richiede in media 2 ore circa e la paziente può essere dimessa la sera stessa del trattamento o il giorno successivo. Questo, insieme al fatto di non usare aghi o tagli, rende la metodica ben accettata dalle donne con i miomi, che così vedono risolvere il loro problema facilmente e rapidamente.

Le pazienti sottoposte a Pisa a metodica HIFU per il trattamento di miomi uterini sono state 12 di età media 45 anni (range 38-51)

Le dimensioni dei miomi erano in media 58,91 x 58,66 mm (range 110-25 x 110-23 mm)

In 4 casi su 12 il mioma si è presentato con dismenorrea e metrorragia, in 6 casi su 12 solamente con metrorragia, in 2 casi su 12 il mioma è stato riscontrato occasionalmente.

Dopo il trattamento la sintomatologia si è risolta in 6 casi su 12, si è significativamente ridotta in 3 casi su 12, si è lievemente ridotta in 1 caso su 12, è rimasta tale in 2 casi su 12 (i miomi più voluminosi, di dimensioni maggiori di 11 cm).

Il follow up medio è stato: (range 3-36 mesi).

Il trattamento è stato globalmente molto ben tollerato dalle pazienti, con notevole riduzione dei sintomi post-operatorio rispetto ad altri tipi di procedure. La dimissione è rapida con pronto ritorno alle normali attività quotidiane (Fig. 4).

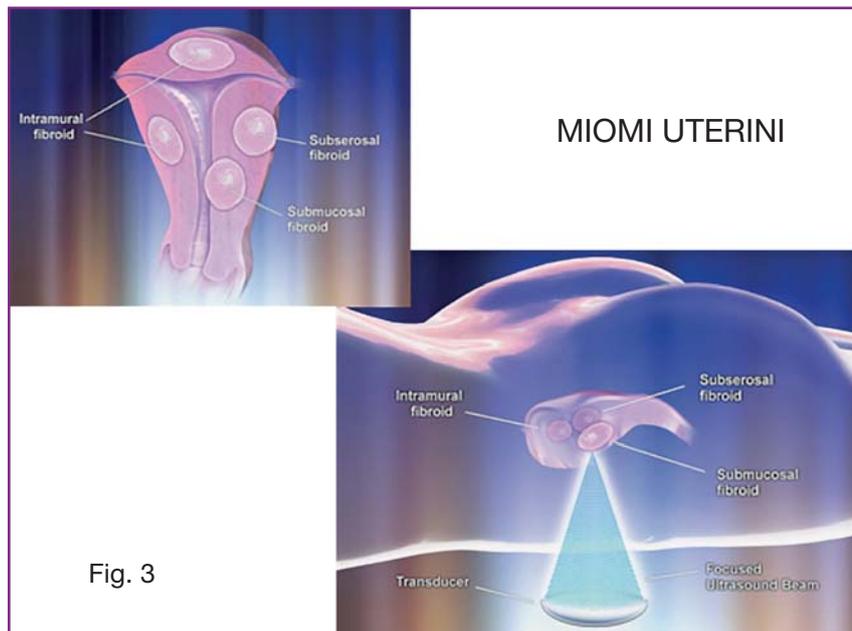


Fig. 3

Il trattamento HIFU dei miomi uterini presenta una bassissima incidenza di complicanze (riportate nella grande esperienza degli Autori Asiatici). Tra le possibili complicanze, rarissime, se non addirittura aneddotiche, vengono incluse eritema cutaneo o al limite ustione di secondo grado della pelle sovrastante (bolle o flitene), la necrosi accidentale di tessuti adiacenti al bersaglio da trattare e insulti termici, temporanei, al plesso nervoso presacrale. Nella nostra esperienza abbiamo avuto solo un caso di fugace eritema cutaneo, sparito dopo 24 ore.

Le possibili alternative terapeutiche al trattamento dei fibromiomi con

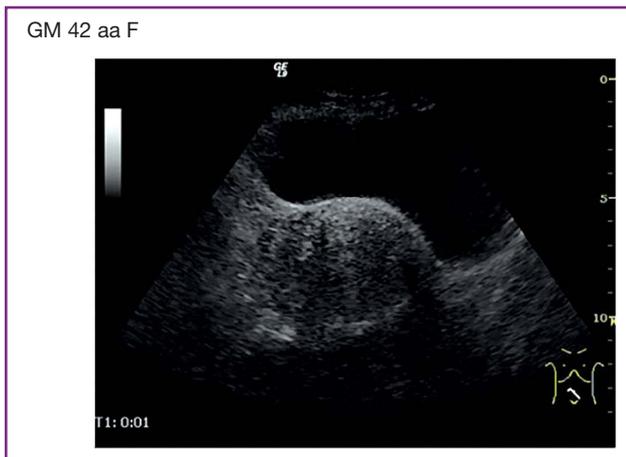
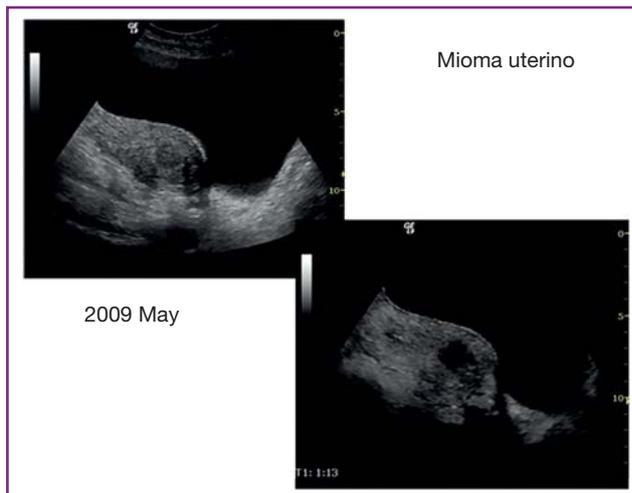
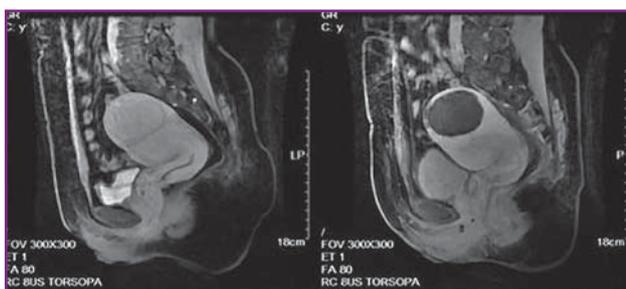


Fig. 4: Mioma uterino pre-trattamento



Mioma uterino pre e post trattamento (1 mese di distanza): ben visibile l'area di necrosi centrale.



RMN di mioma uterino prima e dopo due settimane dal trattamento HIFU.

metodica HIFU sono la chirurgia e l'embolizzazione arteriosa percutanea (procedura di radiologia interventistica), che presentano entrambe una invasività nettamente maggiore dell'HIFU.

La letteratura riporta la scomparsa nel 90% dei casi dei sintomi ed una diminuzione del 50% delle dimensioni, risultati stabili a circa un anno dal trattamento.

Protocolli di studio in atto con metodica HIFU

E' attivo presso la nostra U.O., secondo i percorsi propri di HTA della Regione Toscana, referente per l'area chirurgica Prof. Franco Mosca, un protocollo di studio sul trattamento HIFU dei miomi uterini in collaborazione con la U.O. Ginecologia Ospedaliera (referente dott. ssa M.G. Salerno).

Il protocollo di studio per i miomi uterini prevede che le pazienti visitate per miomi uterini presso la struttura di Ginecologia e Ostetricia di Pisa siano valutate per trattamento HIFU.

Tale valutazione prevede: nume-

ro, dimensioni e sede dei miomi uterini, sintomatologia, età e multiparità della paziente.

Possiamo affermare che la termoablazione HIFU dei miomi uterini rappresenta una valida alternativa rispetto ad altre tecniche di trattamento ed è in grado di ampliare le possibili opzioni terapeutiche, sia in termini di efficacia clinica, sia in

termini di costo-beneficio per il paziente. La metodica è sicura, molto ben tollerata dalle pazienti, che ben accettano l'idea di risolvere il problema "fibroma" senza tagli o buchi. I protocolli di studio in corso permetteranno ulteriori valutazioni della metodica fornendo importanti elementi clinici e consentendo di validare le indicazioni terapeutiche attuali e implementarle.

Per informazioni: hifupisa@hotmail.it 050/996928 dalle 10.00 alle 12.00 dal lunedì al venerdì.

Criteri di selezione pazienti per trattamento HIFU di miomi uterini

Uno massimo due miomi intramurali o parzialmente esofitici

Dimensioni > 3 cm. e < 10 cm.

Meno-metrorragie non rispondenti alle terapie ormonali

Sintomi urinari come pollachiuria o disuria causati dal mioma

Massa pelvica occupante spazio

Criteri di esclusione

Desiderio di gravidanze

Cicatrici deturpanti o cheloidi sovrapubici

Obesità centrale (spessore del tessuto adiposo addominale > 8 cm.)

Mioma endocavitario

Sono i poveri cristi che continuano a morire in carcere

66 (64 uomini - 2 donne) sono i detenuti che si sono suicidati nell'anno 2011.

L'età media dei detenuti suicidi è di **37** anni.

45 sono italiani e **21** stranieri.

Il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi sentimentali che devono far riflettere su organizzazione, strategie, percorsi di cura e formazione del personale.

Metodo utilizzato:

- impiccagione: **44**
- inalazione gas: **12** avvelenamento
- avvelenamento: **6** (con farmaci, detersivi ecc.)
- soffocamento: **4**

Il suicidio è la seconda causa di morte in carcere.

La frequenza dei suicidi è dalle 18 alle 20 volte superiore alla frequenza dei suicidi dell'intera popolazione nazionale.

E mentre nell'intera società la frequenza è maggiore nelle fasce di età avanzata, nel carcere è maggiore nelle fasce di età giovanile.

La Regione Toscana già dal 2010 ha istituito le linee di indirizzo sulla gestione del rischio suicidario in carcere sviluppando con il contributo soprattutto dei Medici Penitenziari, degli Psichiatri, degli Psicologi e degli Infermieri una strategia organizzativa per far fronte a questo drammatico problema.

I risultati positivi sono sotto l'attenzione di tutti e si è passati dai **10** suicidi nel 2009 ai **5** del 2010 e del 2011.

Nell'ottobre del 2011 la Regione Toscana ha emanato una precisa Delibera "La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo".

Le negatività del carcere sono tante e si sovrappongono una sull'altra.

Quando oltrepassano la soglia di tol-

leranza possono delineare il ricorso a soluzioni estreme.

Tutti gli studi concordano nell'attribuire agli eventi stressanti, i cosiddetti *life events*, un ruolo scatenante fondamentale nell'induzione al suicidio.

Prima fra tutti, qualunque evento che comporti una perdita, sia essa di una persona cara, del lavoro, della dignità.

L'ingresso in carcere, configurando il trauma da ingresso in carcere, rappresenta un evento esistenziale particolarmente stressante per chiunque e quindi possono svilupparsi sintomi da vero e proprio disturbo post traumatico da stress.

I primi giorni della carcerazione sono in assoluto il momento a più elevato rischio suicidario, in particolare se la persona è entrata in carcere per la prima volta, oppure è tossicodipendente, oppure è accusata di reati infamanti come la pedofilia o di omicidi a danno dei familiari (Baccaro-Morelli).

Fasi di trasformazione del soggetto che entra in carcere:

- **Trauma d'ingresso**
- **Iniziazione**
- **Umiliazione**
- **Contaminazione**

Lo scopo del suicidio è ricercare una soluzione: la volontà di uscire da una crisi, da una situazione insopportabile, da emozioni intollerabili, da uno stato di angoscia inaccettabile.

Nel caso del suicidio paziente e medico si trovano l'uno contro l'altro, in quanto il primo desidera morire e l'altro deve fare di tutto per scongiurarlo.

La suicidalità risulta caratterizzata dal dolore mentale insopportabile e dalla *visione tunnel*, ossia il poter vedere solo in un'unica direzione,

senza mai avere altre opzioni a disposizione.

I soggetti a rischio suicidario sembrano incapaci di pensare costruttivamente e progettare soluzioni presenti e future.

Sono individui sconvolti, scossi e disperati.

Chi sono i detenuti suicidi?

Nella maggior parte si tratta di persone che hanno sopportato una sofferenza psicologica per molto tempo e alla fine hanno scelto il suicidio come possibile soluzione ai loro problemi. Il detenuto che tenta il suicidio alla domanda perché avesse deciso di morire, risponde che non vedeva più via d'uscita e che non riusciva più a confrontarsi con i suoi problemi.

Affrontare le difficoltà e i dolori della vita fa parte della nostra natura, ma esiste una soglia di tolleranza del dolore psicologico del tutto individuale, dipendente da alcune caratteristiche di personalità che possono aumentarne o diminuirne la sopportabilità. Nei soggetti che si suicidano sembra essere una maggiore vulnerabilità al dolore psicologico che, unito a molti altri fattori, conduce quel soggetto a cercare la morte.

Il Medico Penitenziario deve essere portato ad interrogarsi su tale comportamento estremo e a sviluppare un suo sistema di valori, sugli eventi e sulle cause, che potrebbero, se non giustificare, quanto meno rendere più comprensibile la determinazione al suicidio di un suo paziente. Particolari avvenimenti come trasferimenti improvvisi ad altro carcere lontano dal proprio nucleo familiare, sopravvenuta condanna in seguito al processo, disgrazie familiari sono fattori stressanti che possono condurre alla decisione di darsi la morte. I periodi di maggior rischio sono subito dopo la carcerazione (**3-10**

giorni), dopo **2** mesi e durante pene lunghe.

Secondo lo studio condotto da **Manconi** il 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di **1** anno. Sempre secondo **Manconi** particolarmente a rischio sono i giovani al primo arresto che devono ancora apprendere le strategie di sopravvivenza.

Non ci sono solo l'impatto claustrofobico e la perdita della libertà, c'è anche lo scontro traumatico con un universo sconosciuto, linguaggi, codici di comportamento, gerarchie. Quanto sopra in un contesto vergognoso di sovraffollamento, dove dominano la miseria, la sporcizia e la promiscuità.

5 detenuti si sono suicidati nelle carceri della Toscana nel corso del 2011:

- **Attinà Yuri di anni 28 per inalazione gas - C.C. LIVORNO**
- **Montalto Antonino di anni 22 per impiccagione - C.C. PRATO**
- **Denaro Giuseppe di anni 28 per inalazione gas - O.P.G. MONTELUPO F.**
- **D.W. (Nigeria) di anni 34 per impiccagione - FIRENZE SOLLICIANO**
- **Filia Agatino di anni 56 per impiccagione - C.C. LIVORNO**

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole di isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti di pena particolarmente sovraffollati, in orari in cui diminuisce la vigilanza (spesso nelle ore notturne).

Cosa succede in carcere?

I detenuti diventano dei residui di umanità che vivono al di fuori dei cicli di natura.

Il carcere è un mondo sperimentale di regressione e provoca la spogliazione umana e sociale dell'uomo.

La realtà quotidiana è allarmante, piena di stress e di desolazione. Profonde sono le lacerazioni psicologiche.

Del resto vivere la condizione del detenuto significa necessariamente essere in conflitto con una parte di se stessi e l'influenza sconvolgente che l'ambiente carcerario esercita

sull'individuo ristretto è la fonte originaria cui bisogna risalire per meglio introspezionare i meccanismi che si susseguono nella mente di una persona scaraventata in un mondo sconosciuto e subdolo.

Circa il 90% delle vittime di suicidio o di TS ha una diagnosi di disturbo psichiatrico.

Fattori di rischio:

- alcuni tratti personalologici
- disturbi psichiatrici
- comorbidità di abuso di droghe e/o alcool
- tentati suicidi pregressi
- fattori stressanti acuti e cronici

Elementi di rischio insiti nell'organizzazione carceraria:

- Sovraffollamento
- Decremento progressivo dei livelli di sorveglianza, causato dalla riduzione del Personale di Polizia Penitenziaria.
- Contrazione delle opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture con grave dequalificazione dei livelli igienico-sanitari.
- Depauperamento qualitativo e quantitativo del trattamento penitenziario (a causa del sovraffollamento) e delle attività lavorative.
- Il turn-over dei detenuti.

Procedure

Vi sono procedure interne al carcere che devono essere rivisitate e necessariamente modificate con l'individuazione di presidi più adeguati.

- Deve essere interdetta la concessione di fornelli a gas ai detenuti e in particolar modo ai tossicodipendenti e ai disturbati mentali, perché a grave rischio.

Bisogna provvedere a dotare le sezioni detentive di luoghi attrezzati, con presidi di cottura sicuri (piaste elettriche, forni a microonde).

- Bisogna scongiurare l'accumulo e lo scambio illecito degli psicofarmaci.

Deve essere assicurata la somministrazione della terapia a vista dando la preferenza a formulazioni di immediato utilizzo (fiale, gocce, sciroppo). Bisogna evitare di consegnare direttamente gli psicofarmaci ai detenuti.

- Bisogna rimuovere dalla cella tutti gli elementi a valenza autolesiva, rimuovendo sedie e sgabelli e utilizzando nel caso le lenzuola di carta.

Emblematica è la checklist di Arboleda-Florez per il controllo del rischio suicidario

Le risposte affermative ad alcuni item segnalano il rischio di suicidio e dovrebbero portare a interventi mirati:

- il detenuto è tossicodipendente
- il detenuto esprime di solito un alto livello di vergogna, colpa e preoccupazione sull'arresto e sulla carcerazione.
- il detenuto esprime disperazione o paura per il futuro, mostra segni di grave depressione, pianto, mancanza di emozioni, diminuzione di espressioni verbali;
- il detenuto ammette attuali pensieri riguardo il suicidio;
- il detenuto ha in precedenza ricevuto trattamenti per problemi di salute mentale;
- il detenuto è correntemente sofferente per una condizione psichiatrica, così come mostra difficoltà a mantenere costante il focus di attenzione, ascolta voci;
- il detenuto ha commesso uno o più precedenti tentativi di suicidio;
- il detenuto ha poche risorse di supporto.

Nella maggior parte dei casi un comportamento suicidario non viene messo in atto in modo improvviso, ma segue un periodo di sofferenza e pensieri di morte.

E' da ritenere che in molti casi, anche quando le parole del paziente non rivelano sempre i veri propositi, le capacità intuitive ed empatiche del Medico Penitenziario, dello Psichiatra e dello Psicologo possono cogliere le fantasie e il desiderio di morte del potenziale suicida.

Nonostante l'impulsività costituisca spesso il momento finale del processo suicidario, gran parte dei pazienti prima di arrivare a mettere in atto il tentativo lascia e/o esprime segnali premonitori che possono e devono essere raccolti.

Si avverte in questi specifici casi la

necessità inderogabile di tirar fuori il mal di vivere che ha il detenuto.

Un elemento peculiare è costituito dalla comunicazione del soggetto sulla volontà di volersi togliere la vita: la letteratura ci ha insegnato che più della metà dei soggetti che si toglie la vita aveva espresso l'intenzione di farlo.

Domina l'erronea convinzione che chiedere direttamente al paziente se stia pensando al suicidio possa esporlo a maggior rischio facendogli nascere l'idea di metterlo in atto.

La condotta suicidaria in carcere è sostenuta da un polideterminismo psicologico.

Talora si intersecano componenti psicologiche multiple:

- una componente difensiva che risolve un conflitto angoscioso e senza via d'uscita;
- una componente punitiva, di riscatto dalla colpa;
- una componente aggressiva che esprime il desiderio di vendetta.

Il suicidio in carcere è inteso però soprattutto come una protesta ed una sfida contro una potenza sopraffattrice e rappresenta per chi lo mette in atto l'ultima espressione di libertà con fuga da una realtà intollerabile.

La nefandezza particolare di un reato commesso, l'esito infelice di una sentenza di tribunale, la risposta negativa a una richiesta avanzata al magistrato, la revoca di una misura alternativa, il rifiuto di un trasferimento ad un altro carcere, le notizie catastrofiche dal proprio nucleo familiare con particolare riferimento all'abbandono della propria moglie o della propria fidanzata sono elementi molto significativi che comportano e richiedono il massimo dell'attenzione da parte degli Operatori sanitari. La morte attraverso il suicidio in carcere significa lo sgravio di preoccupazioni, di disgrazie, di difficoltà dell'esistenza. Significa fuggire una vita invivibile. Dimenticare tutto. Non soffrire più. Il metodo più frequentemente usato

in carcere per suicidarsi è l'impiccagione alle sbarre con le stringhe ricavate dalle lenzuola.

I principali punti di legatura sono le sbarre delle finestre, lo sciacquone, le ringhiere dei letti, armadi, porte.

Parecchi casi di suicidio si sono registrati attraverso l'inalazione di gas dal fornellino in dotazione per riscaldare le vivande.

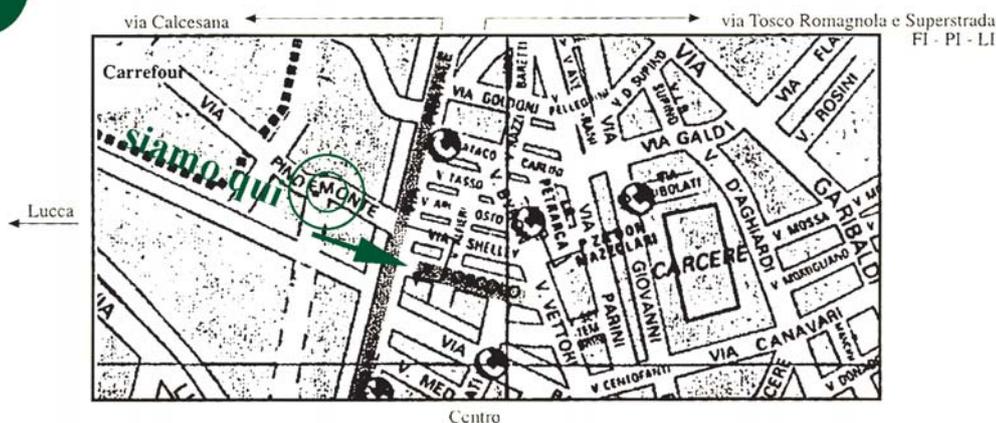
Diventa indispensabile rimuovere dalla disponibilità del potenziale suicida oggetti pericolosi:

- Cinture
- Corde
- Lacci di scarpa
- Cinta dell'accappatoio
- Fornellini a gas
- Lenzuola (sostituire con quelli di carta)
- Oggetti taglienti
- Psicofarmaci
- Fili elettrici
- Detersivi vari

L'accresciuto rilievo che ha assunto il disagio psichico in carcere impo-



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

ne l'esigenza di realizzare un servizio di presa in carico ben strutturato e una strategia operativa realmente incisiva che porti ad incentivare ogni sforzo possibile di tutti gli Operatori penitenziari per cercare quanto meno di ridurre nella misura massima possibile le condizioni di disagio e di precaria vivibilità nell'ambiente carcerario.

Il compito più importante è quello di ascoltare efficacemente, cioè rendersi disponibili ad ascoltare il dolore che affligge l'individuo suicida.

La finalità è creare un contatto che porti alla risoluzione della sfiducia, della disperazione e che possa dare speranza alla possibilità di cambiare in meglio le cose.

Occorre delineare delle prospettive di cambiamento.

Le condizioni di oggettiva difficoltà in cui spesso si è costretti ad operare, a causa del crescente sovrappollamento, dell'inadeguatezza degli spazi a disposizione e della tipologia della popolazione detenuta, dove l'incidenza dei tossicodipendenti e degli extracomunitari è rilevante, impongono con forte determinazione l'esigenza di una più puntuale, rigorosa osservanza delle direttive emanate, a tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica della popolazione detenuta.

Particolare attenzione deve essere rivolta:

- ai tossicodipendenti
- ai detenuti giovani
- ai detenuti con disturbi psicopatologici
- ai collaboratori di giustizia
- ai malati di AIDS
- ai recidivi (coloro che hanno già tentato gesti di autolesionismo)
- ai politici
- ai detenuti che hanno compiuto efferati delitti

La fase più delicata è rappresentata dall'ingresso in carcere e dall'isolamento giudiziario.

L'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più importante e significativo all'atto dell'ingresso della persona in carcere, in particolare modo se per la prima volta.

L'esperienza insegna che di frequen-

te provengono dalla libertà soggetti giovanissimi, anziani, tossicodipendenti, soggetti in condizioni fisiche o psichiche precarie o comunque in condizioni di particolare fragilità, soggetti tutti ai quali la privazione della libertà, specie se sofferta per la prima volta, può arrecare sofferenze o traumi particolari e tali da provocare in essi dinamiche autolesionistiche.

Il rischio non riguarda soltanto i nuovi giunti dalla libertà, ma anche quelli che provengono da altri istituti penitenziari che possono essere portatori di disagi o problematiche particolari.

Ecco l'importanza di intervenire tempestivamente al momento dell'ingresso con una presa in carico multiprofessionale (Medico, Psichiatra, Psicologo, Infermiere) allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi tendenza o segno suscettibili di tradursi in atti autolesionistici.

Presa in carico multiprofessionale: Medico Penitenziario --- Psichiatra --- Psicologo --- Infermiere

Lo Psichiatra redigerà la scheda di valutazione del rischio suicidario.

Lo Psicologo redigerà il profilo psicologico con particolare riferimento al rischio suicidario.

Serve, pertanto, prima di tutto un diverso modo di accogliere chi viene portato in carcere, una accoglienza multidisciplinare e professionalmente qualificata, in grado di individuare i bisogni e in grado di coinvolgere in una progettualità condivisa tutti gli Operatori nel versante sanitario e in quello trattamentale.

Si richiama l'importanza delle attività di sensibilizzazione verso i compagni di cella e di sezione opportunamente selezionati, dei soggetti in crisi e a rischio.

Coinvolgere tali compagni può significare riuscire ad avere preziose e tempestive informazioni atte a rendere possibili interventi di salvaguardia e di aiuto.

Il soggetto a rischio suicidario non va mai allocato in cella singola, ma opportunamente deve essere scelta una compagnia debitamente sensibilizzata in grado di aiutarlo e di sostenerlo.

Va messo in atto opportunamente una concreta politica di recupero, di ricostruzione degli equilibri infranti, attraverso il colloquio, il dialogo, il contesto umano.

Soltanto in questi termini si può tentare di far uscire il detenuto dal suo pauroso isolamento, di distorglielo dalle sue idee fisse.

Il detenuto deve essere aiutato a considerare obiettivamente i suoi problemi; si potrà ottenere un cambiamento del suo modo di vedere le cose e la situazione potrà divenirgli più tollerabile.

Deve essere stimolato a sviluppare interessi nuovi, attività lavorative, attività ricreative, attività sportive per distoglierlo dal suo ozio avvilente.

Devono essere coltivati e richiamati gli affetti familiari anche attraverso l'intervento del servizio sociale.

Resta centrale l'obiettivo di perseguire una maggior umanizzazione nei rapporti tra detenuti e staff.

Resta insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti affettivi con la propria famiglia attraverso specifici incontri e contatti telefonici.

Di fronte ad un detenuto che tenta più volte il suicidio si impone la valutazione della incompatibilità alla carcerazione.

Recenti decisioni della Magistratura precisano che - *anche le affezioni di natura psicopatologica, qualora siano alla base della malattia affettive alla sfera psicologica, ovvero ne aggravino la sintomatologia ed il decorso, sono idonee a giustificare l'applicazione di misure alternative al carcere* -.

Per una presa in carico del disagio psichico finalmente incisiva si rende necessario implementare il monte orario degli Psichiatri e degli Psicologi.

I Medici Penitenziari, gli Psichiatri, gli Psicologi, gli Infermieri devono tenere gli occhi, le orecchie, il cuore aperti verso questo drammatico problema.

L'epidemia da Klebsiella: una sfida per il S.S.T.

La resistenza dei microbi agli antibiotici va considerato un fenomeno biologicamente ineluttabile (i microbi mutano per sopravvivere) ma clinicamente controllabile poiché intimamente legato all'uso (ed abuso) di tali farmaci.

Le infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici sono causa di rilevante morbidità e mortalità nei pazienti colpiti, di impegno dei servizi sanitari e costi per la collettività.

A titolo puramente esemplificativo si ricorda che ogni anno, negli Stati Uniti, *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina causa più morti di AIDS e tubercolosi.

Attualmente gli ospedali italiani, e tra questi anche quelli toscani, stanno fronteggiando una grave epidemia causata dalla diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi di tipo KPC (KP-KPC), un enzima capace di rendere inefficaci tutti gli antibiotici beta-lattamici, inclusi i carbapenemici (meropenem, imipenem). KP-KPC, bacillo Gram negativo della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, risulta quindi resistente a cefalosporine, penicilline protette, carbapenemici e chinoloni. Si tratta di una resistenza plasmidica, quindi potenzialmente trasferibile ad altri batteri.

Il primo isolamento di KP-KPC è avvenuto negli USA nel 1996. Negli ultimi 5 anni KP-KPC si è diffusa rapidamente ed ampiamente: in Europa l'epidemia è stata prima segnalata in Grecia per poi estendersi rapidamente in tutto il continente. In Italia oramai è un fenomeno che riguarda tutti i maggiori ospedali.

Nell'ospedale di Pisa, dall'aprile 2010 all'ottobre 2011, KP-KPC è stata isolata in circa 200 pazienti, 50 con infezione clinicamente rilevante e 150 con sola colonizzazione intestinale.

Nonostante l'allarme tempestivo e la diffusione di procedure di contenimento dell'infezione il numero dei casi è in costante aumento e la letalità risulta elevata (20% circa).

Maggiormente esposti al rischio sono i pazienti in condizioni più gravi (anziani con comorbidità), assistiti in unità di terapia intensiva, e spesso operati di recente.

Tali pazienti sono ospedalizzati da lungo tempo, portatori di dispositivi invasivi ed hanno ricevuto numerosi e prolungati trattamenti antibiotici.

L'infezione è di solito preceduta dalla colonizzazione intestinale che può essere facilmente rilevata con coltura selettiva di tampone rettale al fine di isolare i pazienti colonizzati o di riunirli in coorti.

Le infezioni più frequenti sono le polmoniti, di solito associate a ventilazione meccanica e tracheostomia, le infezioni delle vie urinarie da catetere, e le sepsi correlate al catetere venoso centrale.

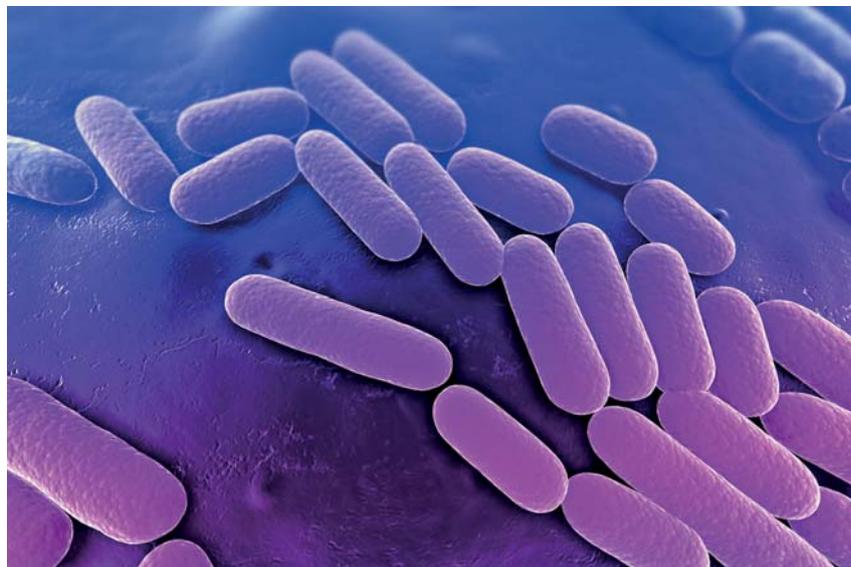
I 10 decessi documentati finora sono avvenuti soprattutto in pazienti con sepsi e condizioni generali compromesse.

Vale la pena sottolineare che alcune delle infezioni letifere si sono verificate in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva con esito positivo, che hanno contratto il microrganismo durante la degenza post-operatoria in terapia intensiva.

Consideriamo tali decessi veri e propri EVENTI SENTINELLA che, oltre che innescare i necessari processi di audit da parte della Gestione del Rischio Clinico, mettono il chirurgo di fronte al dilemma se esporre o meno il proprio paziente ad un evento letifero post-operatorio con conseguenze cliniche e medico-legali assolutamente negative.

Le opzioni terapeutiche per KP-KPC multiresistente sono molto limitate: tigeciclina, gentamicina, colistina e fosfomicina sono gli unici antibiotici che l'antibiogramma indica come attivi: alcuni di questi farmaci sono gravati da pesanti effetti collaterali e altri sono difficili da reperire.

Poiché tali antibiotici non hanno in genere una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico (PK/PD) modesto, vengono solitamente utilizzati in asso-



ciazione.

Si tenta anche di utilizzare antibiotici nei confronti dei quali il microrganismo non è pienamente sensibile (ad esempio: imipenem), impiegandoli a dosi superiori a quelle raccomandate ed ovviamente in associazione.

Ecco quindi la necessità di disporre di una microbiologia di “secondo livello”, sorta di bottega artigiana dove, con metodi prevalentemente manuali, vengono saggiate le diverse associazioni antibiotiche in tempi rapidi, al fine di fornire al clinico suggerimenti terapeutici plausibili.

Tale esigenza è stata da tempo individuata dai colleghi intensivisti toscani che hanno sollecitato l'Assessorato della Salute della Regione Toscana ad adottare iniziative che garantissero tale servizio. La proposta di un “fast-lab microbiologico” operativo 24/7/365 è stato da tempo da noi presentata a livello aziendale.

Per queste terapie sperimentali, totalmente “off-label” sia per quanto riguarda le indicazioni degli antibiotici che per le loro modalità di utilizzo (dosi elevate, associazioni) risulta necessario dotarsi di alcuni strumenti prioritari ed indispensabili:

1. Protocolli terapeutici che codifichino per quanto possibile gli schemi di terapia antibiotica da utilizzare nei pazienti infetti
2. Approvazione dei Comitati Etici Aziendali di tali protocolli sperimentali per infezioni non altrimenti trattabili.
3. Studi casistici prospettici, collaborativi, ampi, con l'apporto di diversi ospedali, per raccogliere informazioni scientifiche non altrimenti acquisibili.

Le industrie farmaceutiche hanno da tempo abbandonato la ricerca su nuovi antibiotici poiché troppo lunga, costosa e poco redditizia, allocando risorse in campi più vantaggiosi (ad es.: farmaci antiretrovirali ed anti-epatite).

È quindi necessario acquisire rapidamente coscienza che l'idolo totemico dell'evidenza clinica non può più essere alimentato dai classici studi clinici controllati, prospettici e randomizzati (DB-RCT), che comparino nuovi farmaci alle terapie standard. Tali studi, per lo più con disegno di

non inferiorità, a finalità registrative e commissionati dall'industria farmaceutica, non sono più realistici ed utili. Occorre invece rilanciare con forza la necessità di una RICERCA INDIPENDENTE nel campo della terapia antifettiva e che questa esigenza trovi il necessario sostegno istituzionale (ad es.: fondi di ricerca regionali).

È poi raccomandabile che l'organizzazione del lavoro in ospedale tenga conto delle sinergie trasversali necessarie (lavoro in team) favorendo la creazione di gruppi interdisciplinari che abbiano precisi obiettivi, risorse e strumenti di verifica idonei (indicatori di processo e di risultato).

In tal senso l'assetto dipartimentale proposto da molte aziende ospedaliere toscane non sembra corrispondere pienamente a tali esigenze.

In realtà ospedaliere moderne ed evolute sono operanti programmi di ANTIBIOTIC STEWARDSHIP con l'obiettivo generale di ottimizzare l'uso degli antifettivi al fine di incidere positivamente sull'outcome clinico, contenere il fenomeno della resistenza antibiotica e generare risparmio virtuoso.

L'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana spende 56 milioni di euro/anno per i farmaci; il 25% circa di tale spesa è generata da farmaci antifettivi (12 milioni di euro, circa), la metà dei quali è rappresentata dal costo degli antiretrovirali (farmaci per l'HIV/AIDS). Ciò significa che l'Ospedale di Pisa spende 6-7 milioni di euro/anno per antibiotici (4,5 milioni) ed antifungini (2 milioni circa).

C'è ampio margine per lavorare sull'appropriatezza non tanto limitando l'utilizzo dei farmaci a più alto costo ma bensì sollecitando gruppi di esperti (ad es.: intensivisti, ematologi) a produrre loro protocolli ben definiti che abbiano soprattutto l'obiettivo di combattere la spirale dell'empirismo. Il progetto dell'AOUP ha prodotto, nel corso del 2010, un risparmio superiore al milione di euro senza ricorrere a meccanismi di sostituzione automatica dei farmaci a più alto costo ma esaltando invece la scelta competente e responsabile dei clinici prescrittori.

E' proprio questa la chiave per limita-

re la resistenza dei microrganismi agli antibiotici: contenerne l'uso empirico, per lo più inappropriato, perseguendo una terapia mirata sulla base della diagnosi eziologica e riducendo la durata del trattamento al periodo minimo efficace.

L'adozione di linee guida ospedaliere, la formazione continua del personale medico e infermieristico, il monitoraggio del consumo, la consulenza infettivologica rappresentano ulteriori possibili strumenti.

La sfida dell'epidemia di KP-KPC è una concreta occasione per il sistema sanitario toscano di adeguare il proprio assetto organizzativo al fine di generare un salto qualitativo di interesse più generale.

Infettivologi, microbiologi, farmacologi e farmacisti, igienisti ospedalieri, esperti del rischio clinico, rappresentano nello specifico un team multidisciplinare da affiancare ai clinici ed al personale infermieristico dei reparti interessati dall'epidemia per una sua adeguata gestione e controllo.

Occorrono strumenti nuovi che integrino il lavoro di altri organismi (CIO, Rischio Clinico) esaltando con la multidisciplinarietà il contributo di ciascuna competenza. Ci riferiamo ad un sistema di “vasi comunicanti”, costruito su obiettivi precisi.

Parafrasando “Il Potere è di Tutti” di Aldo Capitini occorre diffondere il concetto che “Le Infezioni sono di Tutti” nel senso che ciascun operatore sanitario, medico e non, ciascun dirigente che cura gli aspetti organizzativi ed amministrativi sino al livello politico più elevato, sviluppi tale coscienza ed agisca di conseguenza.

Gli antibiotici sono uno strumento terapeutico nelle mani di tutti gli operatori sanitari, in ospedale e fuori, e spesso anche oggetto di auto prescrizione non sanitaria.

Se la resistenza antibiotica è direttamente proporzionale all'uso degli antibiotici occorre fare ogni sforzo per non generare un ritorno all'era pre-antibiotica a causa della mancanza di farmaci per i microrganismi più resistenti.

La lezione della KP-KPC ci insegna però che l'era pre-antibiotica è già iniziata.

La vitamina D: presente e futuro

La vitamina D è una vitamina liposolubile che classicamente svolge un ruolo importante nella regolazione del metabolismo fosfo-calcico e nella promozione dei processi di mineralizzazione ossea. La conseguenza storicamente più nota della deficienza di vitamina D è, infatti, il rachitismo carenziale. D'altra parte, la vitamina D può essere considerata a tutti gli effetti un pro-ormone e, negli ultimi anni, si sono susseguite importanti acquisizioni riguardo al suo ruolo per la salute dell'intero organismo, in particolare durante l'età evolutiva. A tale proposito, la Clinica Pediatrica di Pisa rappresenta ormai da anni un centro di riferimento per la diagnosi e la gestione delle patologie del metabolismo osseo in età pediatrica. Il parametro che riflette con maggior accuratezza lo stato vitaminico D di un individuo è rappresentato dalla valutazione dei livelli circolanti di 25-idrossivitamina D. Negli anni si è assistito ad un acceso dibattito inerente la definizione dello stato vitaminico D ottimale per il bambino. Nel 2010 l'Institute Of Medicine (IOM) ha pubblicato delle nuove raccomandazioni secondo cui si definisce deficienza di vitamina D la presenza di livelli circolanti di 25-idrossivitamina D inferiori a 20 ng/ml. Attualmente le indicazioni per l'età pediatrica fornite dall'IOM sono state estratte da studi condotti su popolazioni adulte, dal momento che scarsi sono i dati ottenuti su casistiche pediatriche. Per questo motivo, diversi autori continuano a considerare come desiderabili per l'età adulta livelli circolanti di 25-idrossivitamina D superiori a 30 ng/ml e come insuffi-

cienti livelli compresi tra 20 e 30 ng/ml.

Vitamina D e salute ossea

Lo stato vitaminico D riveste un ruolo fondamentale per la salute ossea del bambino e uno stato vitaminico D sufficiente deve essere garantito soprattutto durante i periodi della vita in cui i processi di crescita staturale sono maggiormente rappresentati, come la prima infanzia e l'adolescenza. Il 90% circa dell'apporto di vitamina D deriva dall'esposizione solare; al contrario, gli alimenti sono una fonte pressoché trascurabile di vitamina D. Le ricerche effettuate presso la Clinica Pediatrica di Pisa hanno dimostrato che alla latitudine di Pisa (43°, 40.9' N) la sintesi cutanea di vitamina D avviene soltanto in alcuni mesi dell'anno in rapporto alla quantità di raggi UVB che raggiungono la superficie terrestre: in autunno inoltrato, nei mesi invernali e all'inizio della primavera il bambino, anche

se esposto al sole, non è in grado di produrre vitamina D (Figura 1). Per tutti questi motivi appare fondamentale raccomandare la profilassi con vitamina D in tutti i bambini fin dai primi giorni di vita: infatti, da una parte il latte materno è povero di vitamina D, dall'altra i lattanti sottoposti ad allattamento formulato non assumono le quantità raccomandate di vitamina D a meno che non assumano circa 1 litro di latte al giorno, quantità che, in base al fabbisogno idrico, riescono ad assumere solo quando presentano un peso superiore ai 5-6 Kg. Alcuni gruppi sono particolarmente a rischio di sviluppare deficienza di vitamina D come ad esempio i bambini immigrati ed adottati che, spesso per motivi culturali, sono sottoposti ad allattamento al seno esclusivo e prolungato, non ricevono la profilassi con vitamina D e sono scarsamente esposti alla luce solare. La deficienza di vitamina D non

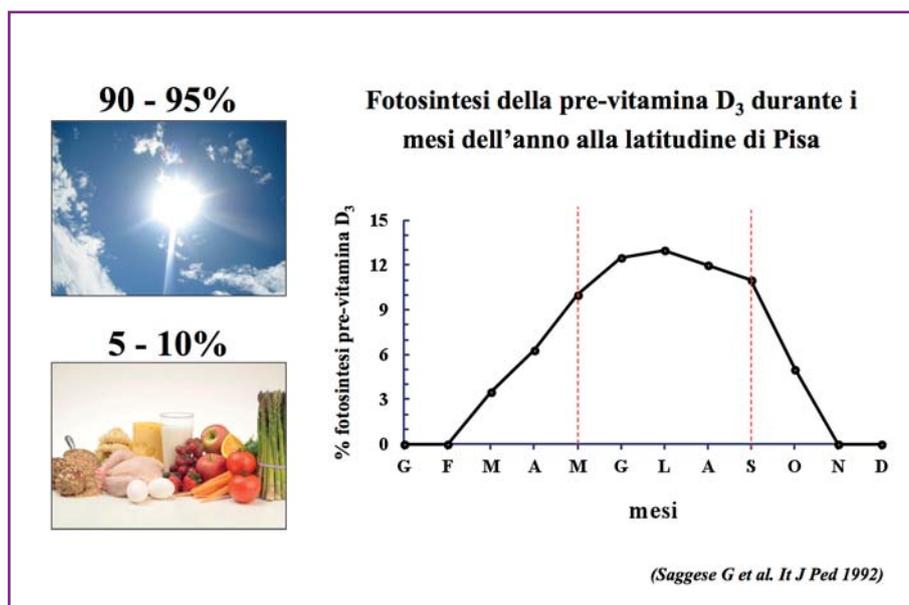


Figura 1

porta esclusivamente allo sviluppo del rachitismo carenziale, ma può interferire anche con i processi di acquisizione della massa ossea che avvengono nelle epoche successive della vita, fino a compromettere l'acquisizione del cosiddetto *picco di massa ossea* che avviene in età giovane adulta. L'ipovitaminosi D non trattata può portare, infatti, all'instaurarsi di osteopenia/osteoporosi e di ipotonia: a tale proposito, una recente metanalisi ha confermato come la supplementazione con vitamina D nei soggetti deficiari influenzi positivamente i valori di densità minerale ossea a livello lombare e del corpo intero.

“Nuove” azioni extra-scheletriche della vitamina D

Negli ultimi anni si sono susseguite importanti e rivoluzionarie scoperte riguardo al ruolo della vitamina D per la salute dell'intero organismo. La vitamina D, infatti, non è implicata esclusivamente nella regolazione del metabolismo fosfo-calcico.

Molti organi ed apparati, come l'encefalo, la ghiandola mammaria, il colon e le cellule dell'immunità innata (macrofagi e monociti) esprimono il recettore della vitamina D e l'1-alfaidrossilasi, l'ormone che trasforma la vitamina D nella sua forma attiva. Le azioni esercitate dalla vitamina D in queste sedi sono genericamente raggruppate sotto il termine di *“azioni extra-scheletriche”*. Negli ultimi anni lo stato vitaminico D è stato messo in relazione con il rischio di sviluppare patologie autoimmuni, neoplastiche ed infettive. In particolare, è stato dimostrato che la supplementazione con vitamina D durante la prima infanzia riduce significativamente il rischio di sviluppare a 30 anni *diabete mellito di tipo 1*. Studi osservazionali hanno poi registrato una relazione tra lo stato vitaminico D ed il rischio di sviluppare *patologie neoplastiche*, in particolare il tumore del colon e della mammella. Infine, sia lo stato vitaminico D della madre durante la gravidanza che del bambino nelle

prime epoche di vita correlano inversamente con il rischio del bambino di ammalarsi di *infezioni virali ricorrenti delle vie aeree* e di sviluppare *asma* nelle epoche successive della vita.

Tutte queste azioni possono essere spiegate in quanto la forma attiva della vitamina D contribuisce a regolare la proliferazione e la differenziazione cellulare, l'apoptosi e l'angiogenesi. La vitamina D svolge anche un'azione immunomodulante e di promozione dell'immunità innata che potrebbe prevenire l'instaurarsi di infezioni ricorrenti e lo sviluppo di alcune patologie autoimmuni.

In conclusione, compito fondamentale del pediatra è quello di promuovere la profilassi con vitamina D in tutti i bambini durante la prima infanzia, in particolare nelle categorie a rischio, e di valutare ogni possibile fattore di rischio di deficienza di vitamina durante tutta l'età evolutiva al fine di porre in atto, quanto prima, un adeguato trattamento.



Gentile Collega,

il Centro Medico sta cercando Te



Nella nuova sede abbiamo creato una struttura sanitaria all'avanguardia, con i più alti livelli tecnologici e di comfort. Scoprila su youtube a

www.youtube.com/user/CENTROMEDICOPISA

Se Ti interessa collaborare con noi, sono a Tua disposizione per farTi visitare la struttura

Dr Massimo Caselli - Dir. San.

**BIOMEDICAL
CENTRO MEDICO**

Via delle Bocchette, 1 Pisa - tel. 050.575.591

Aut. San. DN-19/1001 del 14.10.2011

La casa tra le manovre fiscali degli ultimi mesi

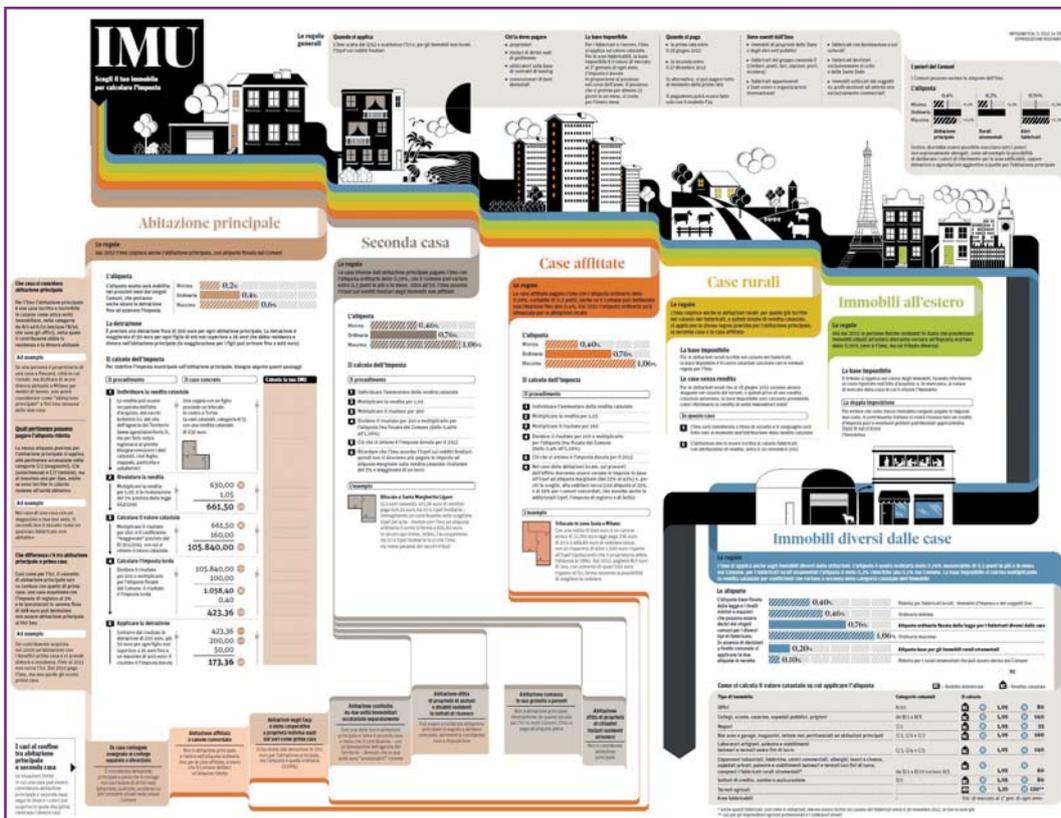
Sono ormai molte le “Manovre Fiscali” che si sono susseguite in questi ultimi mesi, tra le tante questioni affrontate e modificate quella che ha ad oggetto “la casa” riguarda la maggior parte dei contribuenti. E’ stata completata la liberalizzazione edilizia privata nel senso che sarà possibile tramite la “SCIA” avviare da subito i lavori senza attendere i 30 giorni dal silenzio assenso da parte dei comuni. E’ stata definitivamente confermata la possibilità di accedere alla detrazione del 36% per le ristrutturazioni edilizie, e per accedervi è stata abolita la comunicazione al Centro Operativo di Pescara, ancora in merito a detta detrazione è stata anche abolita la possibilità per gli ultrasessantacinquenni e ottantenni di abbreviare la detrazione rispet-

tivamente a cinque e tre anni uniformando la detrazione in 10 anni. Dal 2013 invece, sembra che la possibilità di usufruire della detrazione del 36% sarà legata all’ISEE, ed in ogni caso se entro il mese di settembre 2012 non sarà effettuata la “riforma fiscale” le detrazioni subiranno un decremento del 5%. L’altra detrazione consentita per gli interventi volti al risparmio energetico (55%) resta confermata ma solo per l’anno 2012 e vengono ammessi alla detrazione anche gli interventi di sostituzione di scaldacqua tradizionali con scaldacqua a pompe di calore dedicati alla produzione di acqua calda sanitaria. Ma la più rilevante novità in materia di “casa” è costituita dall’IMU, imposta che sarebbe dovuta entrare in vigore dal 2014 ma che per motivi di gettito

ha sostituito l’ICI con regole differenti. Innanzitutto tutti i proprietari di immobili dovranno versare l’IMU (imposta municipale propria) anche per l’abitazione principale (intendendosi per abitazione principale quella nella quale il possessore dimora abitualmente e risiede anagraficamente) l’aliquota ordinaria è pari al 7,6 per mille ma i Comuni hanno la possibilità di adeguare l’aliquota di una percentuale pari allo 0,3 sia in aumento che in diminuzione. L’aliquota prevista per l’abitazione principale è dello 0,4 anche qui con la possibilità per i Comuni di incrementare o decrementare nella misura dello 0,2; la detrazione per la prima casa può arrivare fino ad un massimo di €. 200,00, ed è prevista anche una “ulteriore deduzione” legata al quoziente familiare. Il carico

fiscale derivante dall’IMU sarà maggiore rispetto a quello della vecchia ICI in quanto la base imponibile sulla quale calcolare il tributo è stata incrementata, si stima che mediamente l’aggravio sarà del 60% in più rispetto a quanto dovuto se si fosse applicata l’ICI. Una novità positiva della nuova imposta consiste nel fatto che andrà a sostituire l’Irpef e le addizionali per i fabbricati non locati.

(Fonte: “Il Sole 24 Ore” e “La Settimana Fiscale”)



Il poster dell’IMU - Il Sole 24 Ore

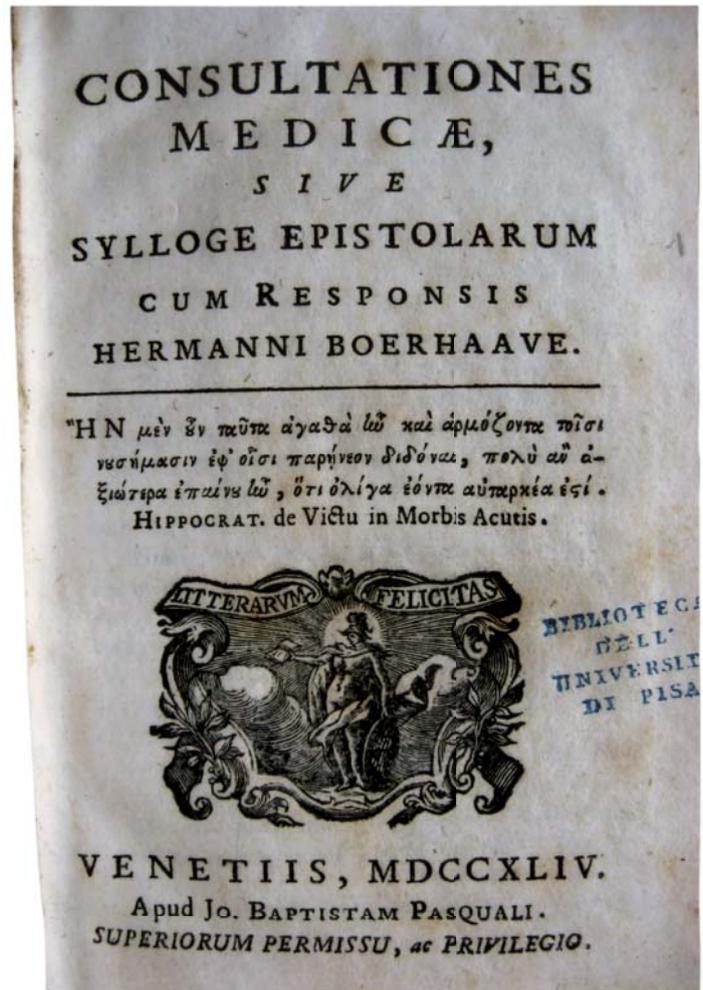
La Clinica medica nel Settecento

Nel Settecento la Clinica medica, che nel periodo precedente aveva avuto nel Sydenham un illustre rappresentante, si da farlo chiamare con l'appellativo di "Ippocrate inglese", continuò a progredire per merito di illustri personaggi che portarono l'arte medica ad un alto livello. La figura che indubbiamente ne rappresentò il più famoso protagonista fu Hermann Boerhaave. Figlio di un ecclesiastico, pastore e ministro di una comunità cristiana, nacque il 31 dicembre 1668 a Voorhout, cittadina vicino a Leida; fin da piccolo, fu istruito in storia e letterature latine e greche e fu destinato agli studi religiosi. A 12 anni fu colpito per molti mesi da un'ulcera

maligna e dolorosa alla coscia sinistra, ribelle a tutte le cure praticate e che i medici non riuscivano a far guarire e ciò lo stimolò a ricercare e sperimentare lui stes-



Ritratto di Hermann Boerhaave



H. Boerhaave, *Consultationes medicae*, Venetiis, 1744

so altri mezzi di cura, portandolo anche allo studio delle scienze. Nel 1682 si iscrisse alle scuole pubbliche di Leida, per approfondire in particolare teologia e filosofia, ove rapidamente percorse con plauso le varie classi. Nel tempo libero, per riposare la mente e rafforzare la sua già robusta

costituzione, si dedicava ad attività agricole e rurali, passione questa che continuerà poi a coltivare per tutta la sua vita. Nel novembre 1682 ebbe la sventura di perdere il padre e poté continuare i suoi studi grazie all'aiuto e alla protezione che un benefattore dette alla sua numerosa famiglia, composta dalla madre e da ben nove figli. Nel 1690 si laureò in filosofia.

Alla fine del 1693 avvenne un terzo evento, che gli impedì di continuare gli studi religiosi, cui era stato de-

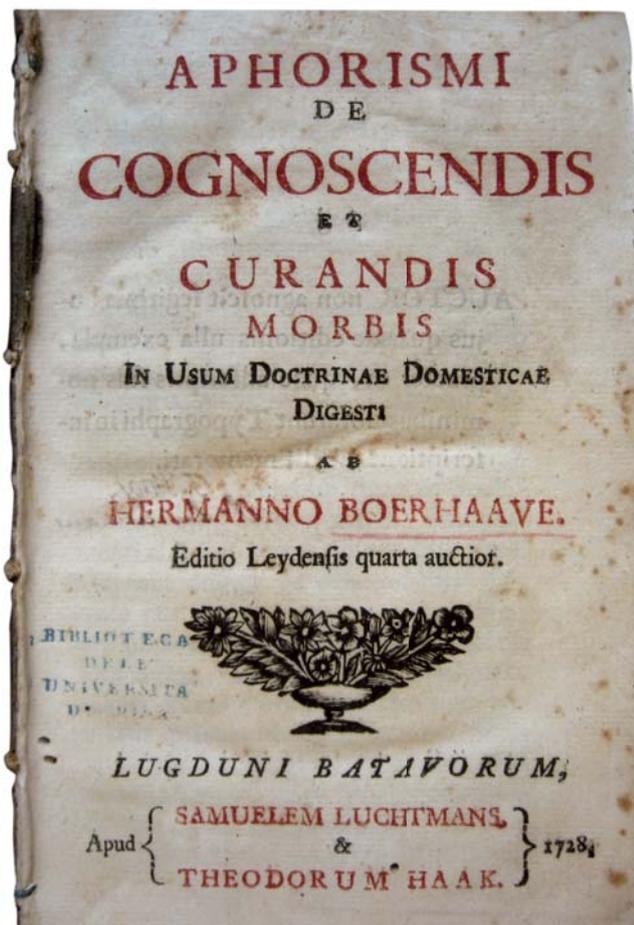
stinato, fin da piccolo, dal padre. In seguito ad una disputa teologica e filosofica, sorta fra i passeggeri di un battello su cui viaggiava, disputa alla quale intervenne con competenza, fu ingiustamente accusato di professare idee eretiche; ciò suscitò una forte opposizione nei suoi riguardi, bloccandogli quindi la carriera ecclesiastica.

Boerhaave allora si impegnò, con grande diligenza, alla medicina, partendo dalle opere di Vesalio, Bartolini e Falloppio; effettuò numerose autopsie e dissezioni di animali, approfondendo poi con grande attenzione le opere di Ippocrate, da lui ritenuto un maestro insuperabile. Altre materie di ricerca furono allora la chimica e la botanica. Si addottorò quindi in medicina nel 1696.

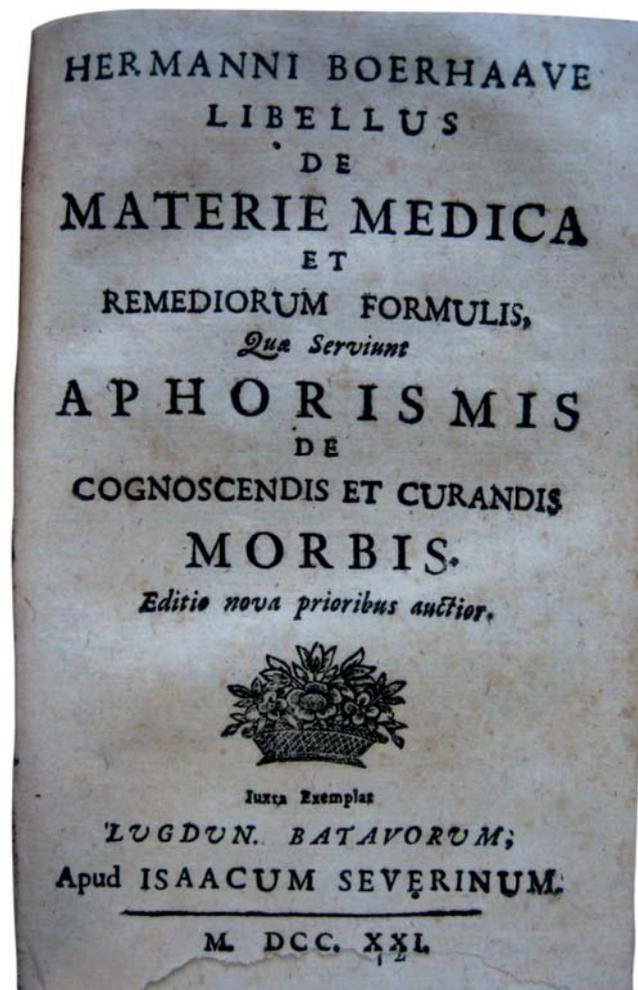
Conseguito questo titolo, si stabilì definitivamente a Leida, incominciando con successo sempre più crescente ad esercitare la professione. Per i meriti riconosciutigli,

nel 1701 fu nominato lettore di istituzioni mediche in quell'università, e successivamente titolare della cattedra di medicina e botanica, ove a lungo poi insegnò per molti anni, con grande reputazione.

La sua fama di medico e di docente si diffuse ovunque e tanti erano gli studenti che accorrevano in gran numero per assistere alle



H. Boerhaave, *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis*, Lugduni Batavorum, 1728

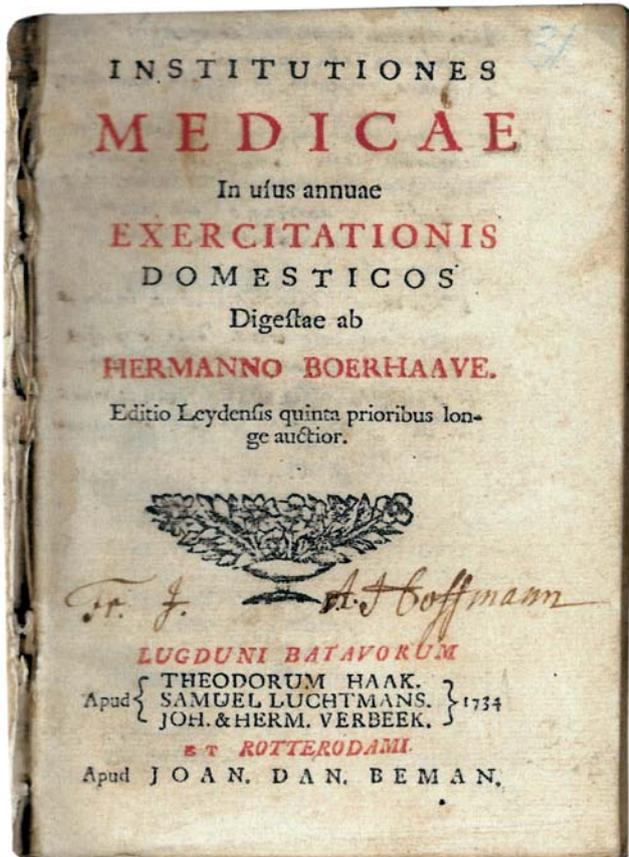


H. Boerhaave, *Libellus de materie medica et remediorum formulis*, Lugduni Batavorum, 1721

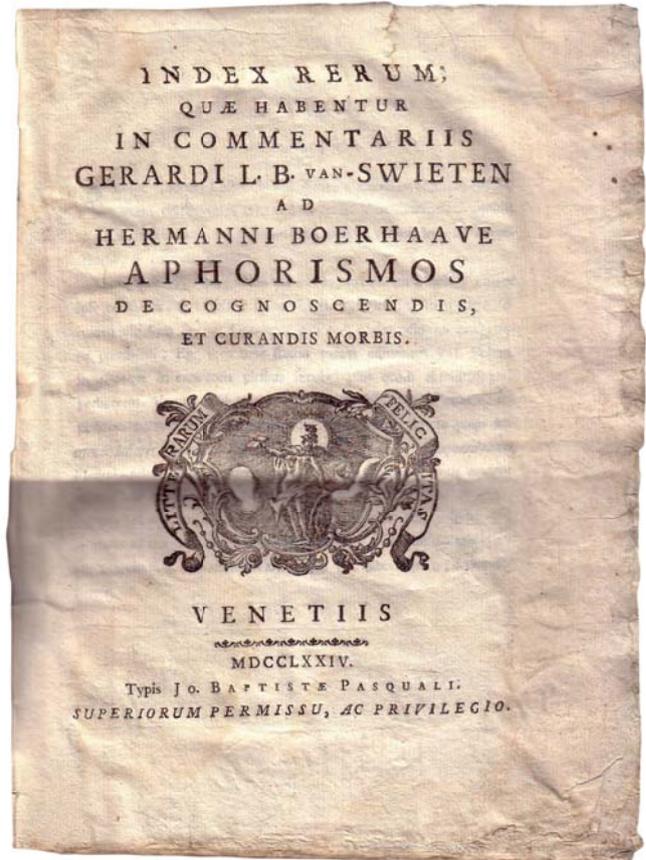
sue lezioni, attratti dalla sua affascinante personalità e chiarezza di esposizione. Si dedicò anche ad arricchire notevolmente il locale orto botanico mentre nell'ospedale, ove vi erano due corsie, una per gli uomini e un'altra per le donne, istruiva i giovani allievi alla conoscenza e cura delle varie malattie. Agli studenti affidava da seguire i vari malati, che venivano visitati ogni giorno; quindi ve-

nivano lette con cura le loro storie e discusse le possibili diagnosi ed i mezzi curativi da adottare. Diffusa la sua fama in tutta Europa, molte furono allora le Accademie scientifiche che lo vollero loro socio, come pure tanti furono i riconoscimenti e gli onori a lui attribuiti, in campo internazionale.

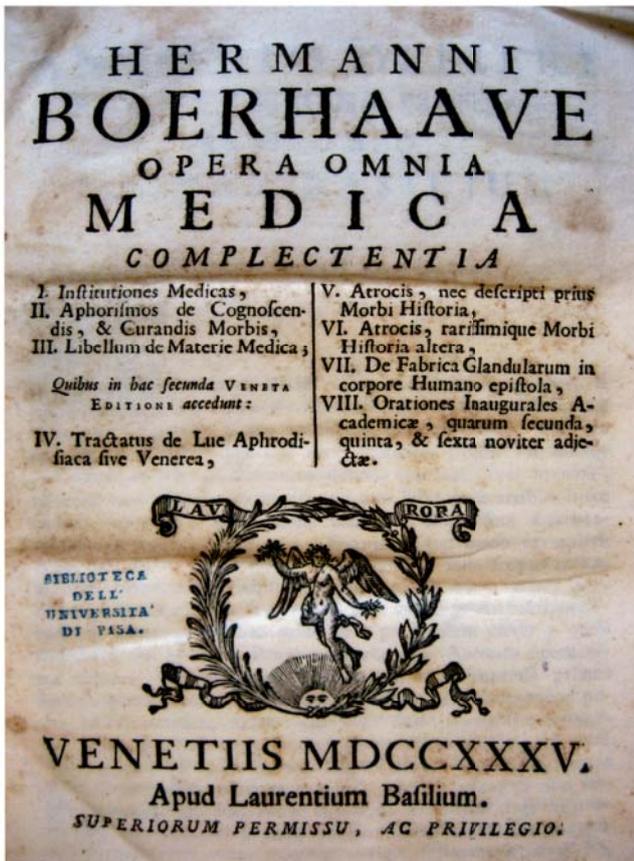
All'età di 42 anni sposò Maria Drolevaux, unica figlia di un senatore di Leida; da questo felice matrimonio durato 28 anni, nacquero tre figlie ed un maschio, ma sopravvisse solo una femmina, Maria Giovanna, alla quale, alla morte del padre, andò la ricchissima eredità, valutata in oltre quattro milioni di lire di allora. Boerhaave fu di corporatura robusta e ben proporzionata, di semplice contegno, di animo gentile e umano, profondamente religioso ed eloquente oratore; nel 1725 si ammalò di gotta e questa affezione



H. Boerhaave, *Institutiones medicae*, Lugduni Batavorum, 1734



G. Van Swieten, *Index rerum*, Venetiis, 1774



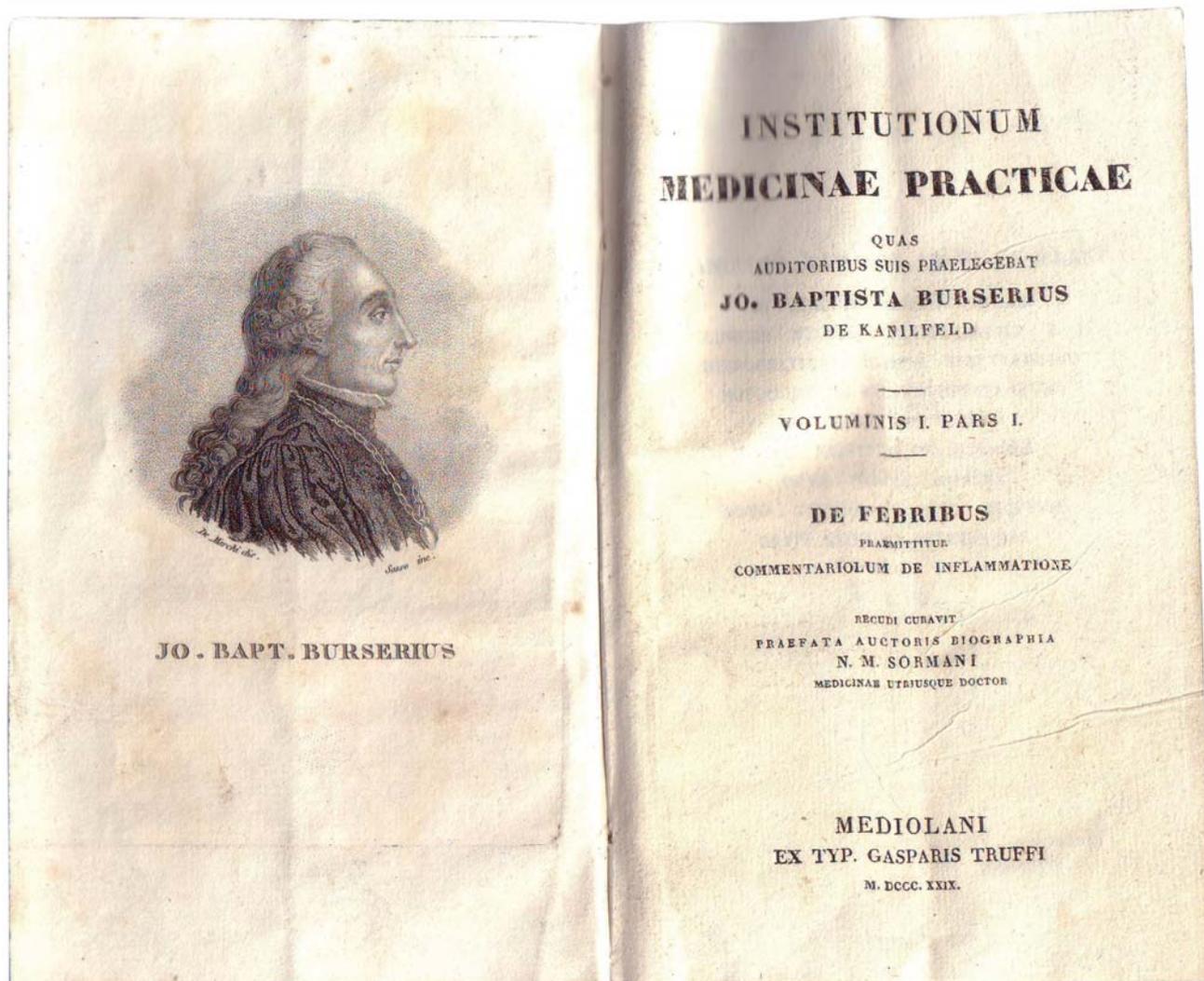
H. Boerhaave, *Opera omnia medica*, Venetiis, 1735

andò col tempo sempre peggiorando limitando le sue attività, ma nonostante ciò non cessò di insegnare. Morì il 23 settembre del 1738, compianto da tutti, e fu sepolto nella locale chiesa di St. Pieterskerk.

Pochi, ma fondamentali, i suoi scritti. Ricordiamo anzitutto gli *Aphorismi de cognoscendi et curandis morbis*, del 1709, successivamente altre dieci volte riediti, in cui sono riassunte preziose osservazioni e norme

terapeutiche, e le *Institutiones medicae*, stampate per la prima volta nel 1728, che ebbero poi altre 15 edizioni in latino ed una in francese. Altri suoi scritti riguardano la botanica, le pestilenze, la lue venerea ed un trattato di materia medica, ricco di formule terapeutiche. A lui si deve anche la ricerca e lo studio delle opere di Areteo di Cappadocia e di Andrea Vesalio.

Veramente ippocratica la sua concezione della medicina; fu una persona eclettica, nemica delle controversie e dei sistemi teorici, che seguiva alcune teorie degli iatro-chimici ma anche degli iatro-fisici; per lui tutta la vita è il risultato del movimento fra solidi e fluidi del corpo, e la malattia non è altro che un'alterazione di questo moto. Massima attenzione doveva essere posta all'esame del paziente; si doveva vedere se anzitutto era in causa un'alterazione dei solidi, prodotta da un cattivo sviluppo organico, o dei liquidi, dovuta invece a pletora o imperfetta loro mescolanza, che chiamava "acrimonia".



G.B. Borsieri, *Institutionum Medicinæ Practicæ*, Mediolani, 1829

L'infiammazione secondo lui dipendeva da un addensarsi di sangue in seguito alla contrazione delle piccole arterie e ad una alterazione dell'umore sanguigno. Riteneva inoltre che l'origine della febbre derivasse dal solo aumento dell'azione cardiaca congiunta alla resistenza dei vasi capillari e fu il primo ad indicare che nel giudizio prognostico dei quadri febbrili andava data maggiore importanza al polso più che alla temperatura.

Di lui si narra un curioso aneddoto, che vogliamo riportare. Dopo la sua morte, fu ritrovato nella sua biblioteca un grosso volume, molto ben rilegato, nel quale diceva avervi riportato i più importanti segreti in fatto di medicina, conosciuti nella sua lunga carriera. Grande fu lo stupore quando, apertolo, si vide che non conteneva alcuno scritto, tut-

te le pagine erano bianche, e solo all'inizio vi erano le seguenti parole: "Tienti la testa fredda, i piedi caldi, il ventre sgombro, e riderai dei medici"!

Dagli insegnamenti di questo grande clinico e della sua scuola, deriva direttamente quella viennese, che ebbe a capo Gerard van Swieten (1700-1772), anche lui olandese, riorganizzatore a Vienna di quell'università, che commentò in cinque grandi volumi fra il 1754 ed il 1775 gli aforismi del suo insigne maestro. Altri medici illustri di questa epoca furono Paul Werloff (1699-1767), descrittore della porpora emorragica, malattia che porta il suo nome; John Pringle (1707-1782), insegnante ad Edimburgo prima, poi medico del re, autore di un libro *Malattie delle armate*, ripetutamente poi ristampato; Leopold

Auenbrugger (1722-1809), padre dell'ascoltazione clinica e John Fothergill (1712-1780), medico pratico di grande fama nel suo tempo. Anche la medicina in Italia ebbe, in questo secolo, famosi rappresentanti che lasciarono nella storia profonda orma del loro operato; ricordiamo fra questi Giovanni Battista Borsieri (1725-1785), che dedicò alla clinica ogni sua attività, sia come insegnamento che come pratica professionale, e Michele Sarcone (1731-1797), studioso di malattie epidemiche, che fu anche medico dell'Ospedale militare di Napoli.

Tratteremo a parte di altri importanti personaggi di questo secolo, come Cirillo, Cotugno e Cocchi, che con le loro opere fecero ulteriormente progredire le conoscenze mediche del loro tempo.

Sindrome della poltrona vuota. Groupon: una soluzione scorretta

La crisi economica che sta opprimendo la nostra società induce le persone ed i vari gruppi sociali (famiglie, lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, liberi professionisti, ecc.) a nuovi comportamenti alla ricerca di una collocazione possibilmente migliore o semplicemente per superare la fase critica in attesa di tempi migliori. Per chi opera in una libera professione una reazione corretta può essere quella che spinge ad un maggior attivismo per farsi spazio nel "mercato". Purtroppo comportamenti giusti come l'acquisizione di nuove tecniche, l'elevazione culturale, l'investimento in nuovi beni strumentali, ecc. comportano la disponibilità di capitali, un dispendio immediato di tempo e di energie da un lato, ma non sempre conducono a risultati favorevoli a breve termine. Una via più agevole e breve da percorrere può essere la pubblicità. Infatti è di comune

59 Euro invece di 450 per pulizia dentale, sbiancamento con lampada LED e controllo carie

Offerta Scaduta



Totale: € 59,00

Sconto 87%	Risparmi € 391,00
---------------	----------------------

OFFERTA SCADUTA

169 Acquistati!

Transazione conclusa!

In Sintesi:

Condizioni:

osservazione l'aumento di messaggi pubblicitari sui media nella speranza di un risultato rapido a costi contenuti. Purtroppo troppo spesso questi messaggi sono sviluppati in forma deontologicamente non corretta, e de-

terminano una concorrenza sleale nei confronti dei colleghi fornendo una immagine negativa della nostra professione. A tal proposito un esempio di attualità è quello di Groupon.

Che cosa sta dietro alla parola Groupon? È un portale molto noto di "live shopping"; i procacciatori del gruppo dichiarano di portare negli esercizi aderenti "clienti veri", senza costi iniziali, garantendo un incasso per ogni paziente che aderirà alla promozione. La commissione Groupon si applica sul venduto, senza alcun costo iniziale. Ma Groupon non fa beneficenza e quindi alla fine presenta un conto. Per chiarire il meccanismo raffinato architettato da Groupon esaminiamo anche il quadro esplicativo, dedotto da alcuni casi reali relativi a prestazioni omogenee (es.: visita con pulizia dei denti con ultrasuoni).

Il paziente/cliente prenota e paga un coupon da Groupon, quindi si reca dall'odontoiatra, il quale fornisce la prestazione pattuita e fattura per il valore del coupon (es. € 29,00). Successivamente Groupon trattiene la provvigione e paga all'odontoiatra

GROUPON - PAZIENTE (Acquirente del coupon)

Prezzo iniziale del coupon	% di sconto	Importo sconto	Prezzo finale del coupon
€ 150,00	€ 80,67	€ 121,00	€ 29,00

GROUPON - ODONTOIATRA

Prezzo pattuito	% provv.	Importo provv.	% IVA su provv.	Importo IVA	Totale provv.	Incasso finale odontoiatra
€ 29,00	€ 50,00	€ 14,50	€ 21,00	€ 3,05	€ 17,55	€ 11,45

Percentuale di incasso dell'odontoiatra sul prezzo pattuito con Groupon	€ 39,50
Percentuale di incidenza della provvigione totale sul prezzo pattuito con Groupon	€ 60,50
Percentuale di incasso finale dell'odontoiatra sul prezzo iniziale	€ 7,64

l'incasso finale decurtato del 50% + IVA, recapitandogli una regolare fattura per la prestazione pubblicitaria o mediazione. C'è quindi da parte dell'odontoiatra una fatturazione superiore a quanto incassa, mentre in contabilità entra una fattura di spesa deducibile per intero. Questo meccanismo è il più comune, ma può presentare delle varianti, che per semplicità non menziono.

Si nota chiaramente che a fronte di un ingresso "gratuito" segue un costo finale veramente pesante. Inoltre le poche persone che si presentano sono in gran parte occasionali e la loro fidelizzazione è estremamente difficile. Così ammettono concordemente tutti i colleghi che in passato hanno aderito a Groupon. Si tratta infatti di persone che saltano di offerta in offerta, che valutano come principale fattore della prestazione il prezzo e non la prestazione professionale nel suo complesso, senza valutare il rapporto costo/beneficio ed in particolare l'aspetto qualitativo. Sappiamo tutti come siano elevati i costi fissi di gestione dei nostri studi. È improponibile quindi per un corretto professionista entrare

in un meccanismo in cui uno più lavora e meno guadagna, anzi ci rimette. Inoltre i pazienti dovrebbero diffidare delle offerte professionali troppo basse, perché dietro queste si cela una prestazione scadente. A sua volta la prestazione scadente rende indifeso il professionista di fronte al contenzioso con i pazienti. Il mancato rispetto delle linee guida lo esporrà a tutti i ricatti possibili ed a sconfitte medico-legali. Esaminiamo inoltre il contratto di commissione Groupon s.r.l., scritto in caratteri microscopici, con numerose clausole capestro fra cui per esempio:

- **durata e risoluzione** "...il presente contratto di commissione ha una durata iniziale di 24 mesi e si intenderà rinnovato automaticamente per successivi periodi di 12 mesi ciascuno qualora una delle parti non ne dia disdetta per iscritto con un preavviso di almeno 3 mesi rispetto alla scadenza..."! Al contrario una lettura superficiale dello stesso contratto farebbe pensare ad un rapporto di pochi giorni o poche settimane.

- **legge applicabile e foro competente** "...foro competente per la risoluzione delle controversie tra le

parti sarà esclusivamente il foro di Milano..."

Praticamente aderendo a Groupon ci troviamo di fronte non un paziente ma "un cliente", che ha comprato un oggetto, non una prestazione professionale, che ha già fatto da sé la diagnosi e da sé si è prescritto la terapia, la quale ha regolarmente acquistato da un **terzo lucrante**. Detta prestazione il professionista è obbligato da contratto ad eseguirla, qualunque sia la situazione clinica che si troverà di fronte.

Concludendo, non so proprio cosa abbia di conveniente per un odontoiatra questo meccanismo antieconomico, eticamente scorretto nei confronti della categoria, e che inoltre sminuisce il prestigio professionale del singolo. L'intera vicenda inoltre non fa altro che ribadire la assoluta necessità di un organismo come l'Ordine, che tuteli i cittadini, che tuteli le prestazioni di qualità che vengono fornite ai nostri pazienti. Spero che futuri decreti salvino oltre che l'Italia anche l'Ordine, i medici e gli odontoiatri, e naturalmente prima di tutto i cittadini.

Sempre restando nelle problematiche relative alla pubblicità scorretta mi preme riportare la recente circolare del Presidente FNOMCeO Dott. Amedeo Bianco a proposito della "Campagna postura corretta" che contravviene agli art. 57 "Divieto di patrocinio" e 65 comma 3.

"Stanno pervenendo alla Federazione numerosi quesiti da parte di Ordini provinciali concernenti la richiesta di patrocinio morale e gratuito da parte dei responsabili della Campagna postura corretta e prevenzione dentale, promossa dall'Associazione PEAS.

Si ricorda che questa Federazione ha già avuto modo di intervenire sulla vicenda, evidenziandone la criticità, con le note trasmesse al Ministero della Salute, al MIUR e all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. L'Autorità garante ha evidenziato che saremmo di fronte ad una forma di sponsorizzazione trasparente e, pertanto, non illecita ai sensi di quanto disposto dall'art. 22, comma 2, del Codice del Consumo..."

"...rileviamo che la campagna di cui trattasi, anche se non riconosciuta illecita da parte dell'Autorità Garante, integra elementi di violazione nelle norme deontologiche.

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

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

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

Tutto ciò premesso, considerato che la concessione del patrocinio è un atto meramente discrezionale dell'Ordine, rileviamo che le richieste della società PEAS non possano certamente essere accolte, considerate le criticità deontologiche cui si è fatto riferimento..."

Un dilemma estetico: la recessione gengivale associata ad erosione dentale

Le lesioni cervicali non cariose (LCNC) sono caratterizzate da una perdita di tessuto duro a carico del dente nella regione prossima alla giunzione amelo-cementizia e rappresentano un processo patologico di usura dentale di origine multifattoriale. Lo spessore dello smalto a livello della giunzione amelo-cementizia è estremamente sottile ed è proprio in questa area vulnerabile che l'erosione, l'abrasione e lo stress da flessione (abfraction) provocano la formazione di LCNC.

Queste lesioni possono contribuire all'aumento della sensibilità dentaria, della ritenzione di placca, dell'incidenza cariosa minando l'integrità strutturale del dente e la vitalità pulpare.

Più di 2/3 della popolazione adulta presenta segni di usura dentale riconducibili a lesioni cervicali, ciò indica come tale condizione sia decisamente diffusa (56% nella persone di età superiore ai 45 anni). Le LCNC hanno maggiore incidenza in soggetti con età avanzata. Ciò è dovuto all'esposizione dei denti ai fattori eziologici per più tempo rispetto ai soggetti giovani.

L'eziologia di queste lesioni è multifattoriale ed è generalmente dovuta all'azione di tre elementi:

1. Azione corrosiva degli acidi,
2. Fenomeni abrasivi,
3. Fenomeni di flessione del dente.

1. Acidi

La dissoluzione chimica della struttura dentale a causa di acidi è definita erosione che può essere di tipo intrinseca o estrinseca. L'erosione intrinseca è causata da condizioni quali il reflusso di acidi gastrici come nella bulimia, nell'anoressia nervosa e nell'ernia iatale. Al con-

trario, l'erosione estrinseca è causata principalmente da consumo eccessivo di bevande o alimenti contenenti acido fosforico o acido citrico (es. limoni, arance, ecc.).

2. Abrasione

L'abrasione è l'usura patologica della sostanza dentale causata da forze meccaniche quali lo scorretto spazzolamento (con movimento orizzontale e non verticale, secondo la tecnica di Bass modificata) l'utilizzo di uno spazzolino con setole troppo dure o dentifrici abrasivi. Tale abrasione è da distinguere dall'attrito che è invece l'usura fisiologica della dentatura da contatto dente-dente e che pertanto si nota nelle aree occlusali

3. Stress Occlusali

Anche le abitudini parafunzionali come il bruxismo, il serramento protratto delle arcate dentarie o la presenza di precontatti patologici portano a microfratture dello smalto ("abfraction") proprio nella regione del terzo cervicale. Infatti studi eseguiti con la metodica degli elementi finiti hanno dimostrato come un dente sottoposto a carico, come avviene durante i processi masticatori, accumula le linee di forza (o stress) lungo la regione anatomica del colletto. La presenza di parafunzioni o carichi eccentrici non fa altro che sottoporre i denti ad un livello di stress ancora superiore rispetto a quello fisiologico. Ciò aumenterebbe pertanto la possibilità di sviluppare tali lesioni.

Tuttavia è difficile determinare l'eziologia specifica di ogni LCNC, perché i fattori abrasivi, corrosivi e masticatori sovente concorrono a generare la patologia.

Terapia delle LCNC

La terapia di queste lesioni prevede un approccio multidisciplinare in quanto frequentemente associate a perdita del tessuto gengivale (Foto 1). Pertanto sono necessarie sia tecniche di odontoiatria conservativa che di chirurgia parodontale.

Gli obiettivi del trattamento sono molteplici: riduzione della sensibilità dentaria, miglioramento dell'aspetto estetico, ripristino dell'anatomia dentale e gengivale e prevenzione della carie radicolare. Il restauro della LCNC determina inoltre un incremento della resistenza alla flessione del dente e previene l'aumento della lesione stessa.

Il protocollo operativo prevede due tipi di tecniche:

A. Ricostruzione chirurgica della morfologia gengivale e successiva ricostruzione della perdita giunzione amelo-cementizia (Figura 1).

B. Identificazione e la ricostruzione della porzione di tessuto dentario perduto fino alla giunzione amelo-cementizia tramite restauro conservativo e successivo intervento chirurgico parodontale con tecnica di riposizionamento del lembo coronale con o senza innesto (Figura 2).

Per la ricostruzione della giunzione amelo-cementizia sono stati proposti differenti materiali quali cementi vetro-ionomerici, compomeri, compositi fluidi, veneers. Tuttavia, il materiale d'elezione è la resina composita grazie alle sue capacità meccaniche, estetiche ed alla facilità di utilizzo da parte dell'operatore. Proprio per queste ragioni descriviamo in dettaglio la procedura clinica per il restauro della LCNC con resina composita.

1) Controllo occlusale con carte articolari per determinare la presenza



Figura 1. Risoluzione di problematica estetica su canino superiore di destra.
Chirurgia (Dott. Graziani), terapia conservativa (Dott. Vano).
In alto da sinistra: situazione iniziale; scollamento del lembo, riposizionamento coronale del lembo; guarigione, restauro in composito



Figura 2. Risoluzione di problematica estetica su premolare superiore di destra.
Chirurgia (Dott. Graziani), terapia conservativa (Dott. Vano).
In alto da sinistra: situazione iniziale, restauro in composito, disegno del lembo, scollamento ed inserimento della membrana, sutura

di eventuali precontatti occlusali e pulizia del dente con un pasta oil free; 2) scelta del croma e della tinta delle resine composite; 3) Inserimento della diga di gomma con eventuale uso di filo retrattore oppure utilizzo della diga liquida; 4) Cauta rimozione della dentina sclerotica con una fresa a bassa velocità effettuando un bisello di 0,5 mm sul margine smalteo per ridurre il potenziale microleakage; 5) Mordenzatura dello smalto e della dentina e successiva rimozione del mordenzante con un accurato lavaggio e asciugatura senza provocare un'eccessiva deidratazione della dentina e dello smalto; 6) Applicazione del primer e dell'adesivo e polimerizzazione. Posizionamento del primo incremento di materiale composito (dentina) a livello della porzione cervicale del difetto senza toccare il margine di smalto e polimerizzazione per 60 secondi. Secondo incremento di materiale (dentina) con l'ottenimento del completo riempimento del difetto e polimerizzazione. IL terzo incremento (smalto) copre la superficie

del restauro e si estende leggermente sul margine dello smalto per minimizzare l'effetto linea tra resina e tessuto dentale e polimerizzazione; 7) Rifinitura del restauro con dischi abrasivi, gomme abrasive e pasta polishing. Un sottile strato di resina adesiva viene applicata dopo la rifinitura per sigillare eventuali microfratture verificatesi durante la rifinitura

Qui di seguito sono elencate le procedure per l'esecuzione dell'intervento chirurgico parodontale con tecnica di riposizionamento del lembo coronale con innesto di tessuto connettivale palatale o sintetico.

1) Lembo a spessore parziale-totale-parziale con scollamento fino alla giunzione amelo cementizia con o senza l'utilizzo di incisioni di rilascio verticali e successiva mobilizzazione del lembo tramite incisioni orizzontali nella mucosa vestibolare al fine di eliminare le tensioni muscolari; 2) Esecuzione di root planing sulla superficie radicolare esposta apicalmente alla ricostruzione; 3) Prelievo di tessuto connettivale dal

palato o in alternativa in membrana collagenica rinforzata; 4) Inserimento del prelievo nella deiscenza ossea-radicolare e sutura dell'innesto con punti riassorbibili fino ad inserire la porzione coronale dell'innesto a livello della porzione apicale della ricostruzione in composito; 5) Sutura del lembo coronalmente alla giunzione amelo cementizia utilizzando come letto ricevente le papille interdentali disepitelializzate.

Conclusioni

Le LCNC sono la manifestazione di un'usura patologica del dente che deriva da differenti fattori quali l'abrasione l'erosione e l'attrito. La terapia di queste lesioni prevede un approccio multidisciplinare con tecniche conservative e di chirurgia parodontale permettendo la riduzione della sensibilità dentaria, il miglioramento dell'aspetto estetico, il ripristino dell'anatomia dentale e gengivale, con l'incremento della resistenza alla frattura del dente. La ricostruzione dei tessuti duri prima della chirurgia permette una pianificazione operatoria più sensibile della tecnica opposta.

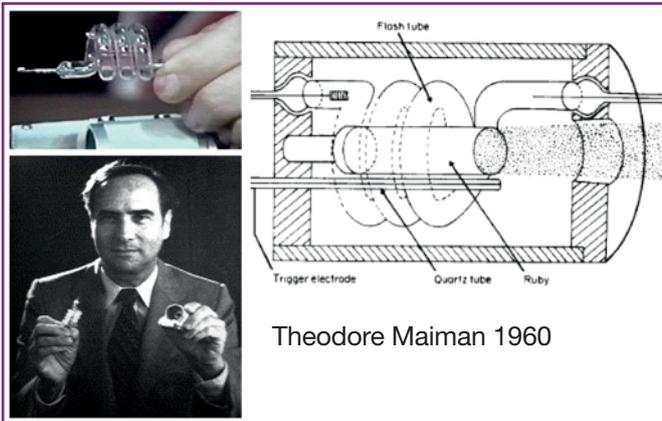


Evoluzione della terapia laser nella dermatologia moderna

Era il 16 maggio del 1960 quando il fisico **Theodore Maiman** realizzò nei laboratori Hughes Research (California) il

al *laser a uranio*, al *laser a samario* (capostipite del *laser a neodimio* ed a *erbio*) ed al *laser a elio-neon* (capostipite del *laser a CO2* e ad *Eccimeri*).

struggere selettivamente la lesione dermatologica. I cromofori possono essere *intrinseci al tessuto* (acqua, emoglobina, melanina) o *estrinseci* (tutti i tipi di pigmento *ad esempio quelli usati nei tatuaggi*). La conoscenza delle specifiche lunghezze d'onda sui vari cromofori ha portato alla messa a punto di *laser con un impiego clinico mirato*. Scegliere la fonte laser specifica elimina *selettivamente* la lesione senza danneggiare i tessuti circostanti.



Theodore Maiman 1960

In ambito dermatologico, l'applicazione clinica di questa nuova strumentazione risulterà possibile e ben perfezionata in seguito all'identificazione di *mo-*

lecole cutanee, i cosiddetti *cromofori*, che possiedono la *capacità di assorbimento di una lunghezza d'onda specifica*. L'interazione *raggio laser-cromoforo* verrà a produrre una energia termica capace di di-

primi dispositivo capace di emettere un fascio di luce monocromatico ad *altissima coerenza spaziale e temporale*, il primo Laser della storia. Era un *laser a rubino*.

Laser acronimo di "*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*".

Tra i primi ad interessarsi alle *interazioni della luce laser* con *i sistemi biologici* fu **Leon Goldman**, professore in dermatologia all'Università di Cincinnati; fu il primo ad introdurlo nella pratica clinica trovandone applicazione nel trattamento degli *Angiomi* e nella distruzione dei *carcinomi cutanei*.

Il prof. Goldman viene a tutt'oggi riconosciuto come il padre della Laser-chirurgia.

Nel decennio 1960-1970 dal prototipo "laser a rubino" si passerà



Teleangiectasia arto inferiore

trova eccellente applicazione nella distruzione di tutte le **neoformazioni dermatologiche** (verruche, condilomi, fibromi penduli, cheratosi seborroiche e attiniche) comprese le formazioni neoplastiche di piccole dimensioni (1 cm) come i **carcinomi basocellulari** (Fig.1). Restano chiaramente esclusi i **basaliomi** di diametro superiore, i **carcinomi spinocellulari**, i **melanomi**.

L'applicazione del laser CO2 nella Dermatologia moderna, ha comportato una sua evoluzione tecnologica. Dal Laser "continuo" si è passati al "pulsato", al "superpulsato" ed all'attuale versione "frazionato". Il Laser CO2 ha, nella maggior parte dei casi clinici, "di fatto" sostituito l'uso del **diatermocoagulatore** e del **bisturi**. I vantaggi derivanti dal suo utilizzo portano:

- a tempi di intervento ridotti.
 - ad una minore quantità di anestetico,
 - ad una facile medicazione domiciliare,
 - ad una guarigione più veloce,
 - a una maggiore soddisfazione estetica;
- Il rapporto costi-benefici appare evidente.

LASER VASCOLARI

Il raggio laser viene assorbito dall'**ossiemoglobina**; l'interazione produce calore e danno termico alla componente vascolare da eliminare.

Questa categoria di apparecchiature Laser trova la propria applicazione nella terapia delle lesioni vascolari cutanee quali: **angiomi piani** (Fig.2), **teleangectasie**, **angiocheratomi**, **angiomi rubini**, **malformazioni venose**, **emangiomi** sostituendo "di fatto" tecniche spesso deturpanti per gli esiti discromici e cicatriziali quali: elet-

trochirurgia, diatermocoagulazione, chirurgia, crioterapia.

Fanno parte di questa categoria i seguenti dispositivi Laser:

Pulsed Dye laser (585nm)

Laser ND-yag 1064

Laser KTP(535)

Laser Diodi

LASER EPILAZIONI

Il cromoforo bersaglio è la melanina contenuta nelle cellule del **follicolo pilifero**. La riuscita del trattamento dipende dalla fase del **ciclo del pelo** nel momento dell'intervento. I peli in fase ANAGEN sono quelli sensibili al trattamento, ma poiché ogni zona cutanea ha una **percentuale diversa di peli in anagen** e una diversa durata del **ciclo del pelo**, anche la riuscita terapeutica sarà diversa in rapporto alla zona trattata.

Si evince che per un risultato ottimale sono necessarie più sedute.

Fanno parte di questa categoria i seguenti dispositivi Laser:

Laser ND-yag 1064

Laser Alessandrite(755)

Laser a Diodo(810nm)

LASER LESIONI PIGMENTATE

La terapia laser consiste nella rimozione delle **lesioni pigmentate naturali** o **indotte** (tatuaggi).

Le principali indicazioni sono le **ipermelanosi** (macchie caffè latte, efelidi, nevo di Becker, etc..). Il **melasma** e le **pigmentazioni post-infiammatorie** rispondono male ed in maniera non prevedibile al trattamento. Il raggio laser colpisce elettivamente il pigmento che si frantuma potendo così essere fagocitato dai macrofagi tissutali.

La rimozione completa del pigmento necessita di più sedute che si effettuano a distanza di un mese. Per le **pigmentazioni indotte (tatuaggi)**, il numero delle sedute dipende da: **tipo di tatuaggio (professionale o amatoriale)**, **tipo di colori**, **tempo dei tatuaggi**, **profondità del pigmento**.

Sempre crescente è la richiesta di questo tipo di rimozioni.

Difficoltà si hanno nelle **forme multicolori**: **ad ogni colore corrisponde una lunghezza d'onda e quindi è necessario l'utilizzo di differenti laser**.

Fanno parte di questa categoria i seguenti dispositivi Laser:

Laser Q-switched Nd-yag (1064 nm): Tatuaggi neri, blu scuri.

Laser Q-switched doubled (532nm): Tatuaggi rossi, violetti, rosa, bruni.

Laser Q-switched Alessandrite (750nm): Tatuaggi neri, blu, verdi.

Laser Q-switched Rubino (694nm): Tatuaggi neri, blu scuri, verdi.



Cheratosi volto

C. Frittelli - G. Gambaccini - F. Manfredonia - C. Rossi - M.P. Virgili - R. Galli Area Clinico-Assistenziale Degenza Medica, U.O.C. Neurofisiopatologia - Azienda USL 5 Pisa - Ospedale "F. Lotti" Pontedera (Pisa)

C. Pizzanelli - F.S. Giorgi - A. Iudice Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e la Terapia delle Epilessie - A.O.U.P.

Epilessia e guida di autoveicoli: la nuova normativa

Da sempre l'epilessia è stata vista con timore e diffidenza, per la comparsa di crisi imprevedibili, periodiche, in alcuni casi violente e convulsive, accompagnate da stati d'incoscienza. Tale stigma ha condizionato la vita delle persone con epilessia, in maniera immotivata, basata solo sulla scarsa informazione e su erronei pregiudizi. Come affermato dall'epilettologo americano Lennox verso la metà del XX secolo, "il soggetto con epilessia soffre per tutto ciò che la malattia comporta a livello sociale più che per la malattia in sé". In effetti, le conseguenze sociali dell'epilessia sono ancora oggi discriminanti e riguardano molteplici aspetti della vita di una persona con epilessia, incluse le limitazioni sul lavoro, le attività sportive e ricreative, e la patente di guida.

Nei vari Paesi del mondo occidentale le implicazioni sociali conseguenti all'epilessia costituiscono la ragione di una serie di interventi anche legislativi a difesa della persona con epilessia, in particolare a sostegno della persona con disabilità e contro la discriminazione. In effetti, in tema di epilessia e legge, molti aspetti della vita meritano attenzione: i compiti di assistenza del medico, la patente di guida, il lavoro, le relazioni sociali.

La normativa per la patente di guida

Con il D.M. 30 novembre 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 27 dicembre 2010, n. 301 - recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 29 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida, emanato dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti - è stato attuato un adeguamento delle direttive italiane rispetto alle normative europee in materia di

regolamentazione della patente di guida in soggetti con epilessia.

Fino all'uscita del nuovo decreto vigeva la normativa dettata in pratica dal D.M 286/1991, secondo la quale ad un soggetto con epilessia era consentito l'utilizzo di veicoli a motore (patente A/B) dopo un periodo di almeno 24 mesi di assenza di crisi (indipendentemente dall'utilizzo di una terapia antiepilettica); non erano affatto consentite né la concessione né il rinnovo delle patenti C/D/E.

Una delle principali innovazioni della nuova normativa, assente nei vari decreti, regolamenti, direttive e proposte di legge dei precedenti anni, è l'introduzione del concetto di guarigione clinica. Già nel 1998 il Consiglio Superiore di Sanità aveva proposto l'autorizzazione alla guida definitiva, non soggetta a controlli, per le forme di epilessia focale idiopatica (cosiddetta epilessia con parossismi rolandici): ora per la prima volta può essere considerato clinicamente guarito un soggetto che da almeno dieci anni non presenti crisi epilettiche in assenza di terapia specifica.

Secondo quanto già in atto in altri Paesi europei, come la Germania e l'Olanda, con la nuova normativa anche in Italia le restrizioni alla guida sono state correlate alla tipologia di crisi. In relazione a ciò, nell'allegato III del nuovo decreto (D.M. 30 novembre 2010) i conducenti vengono distinti, in base alla categoria dei veicoli, in gruppo 1 (patente A, B, B+E e sottocategorie A1 e B1) e in gruppo 2 (patente C, C+E, D, D+E e sottocategorie C1, C1+E, D1, D1+E).

Per i conducenti del gruppo 1 viene specificato che, in caso di prima o unica crisi epilettica non provocata,

il soggetto può essere considerato idoneo alla guida dopo un periodo di assenza di crisi di almeno 6 mesi. Un significativo cambiamento apportato alla normativa vigente riguarda i soggetti affetti da epilessia (definita come condizione caratterizzata dal manifestarsi di due o più crisi epilettiche non provocate a distanza di meno di 5 anni l'una dall'altra); infatti, secondo la nuova normativa, un soggetto con epilessia può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato dallo specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi. Lo stesso periodo di tempo di assenza di crisi (un anno) è richiesto anche per la concessione dell'idoneità alla guida di soggetti con crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione. In caso di crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico viene richiesta la raccomandazione di astenersi dalla guida per un periodo di sei mesi dalla sospensione del trattamento; nel caso in cui si manifestino crisi nel periodo in cui il trattamento è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento prima efficace viene ripristinato. Nel caso invece in cui il soggetto sia stato sottoposto ad un intervento chirurgico per curare l'epilessia viene richiesto ancora una volta un periodo di assenza di crisi di almeno un anno per ottenere l'idoneità alla guida (**Tabella 1**).

Per i conducenti del gruppo 2 è richiesta, al fine dell'idoneità alla guida, la completa assenza di crisi in assenza di terapia antiepilettica. Nel caso in cui il soggetto abbia presentato una crisi epilettica provocata da un fattore scatenante identificabile (con scarsa

Situazione clinica	Raccomandazione
Guarigione clinica (no crisi da almeno 10 anni senza terapia)	Nessuna restrizione
Crisi epilettica provocata (fattore scatenante identificabile)	Idoneità alla guida se parere neurologico favorevole
Prima o unica crisi NON provocata	Idoneo dopo 6 mesi senza crisi (osservazione fino al 5° anno senza crisi)
Epilessia	Idoneità alla guida dopo 1 anno senza ulteriori crisi
Crisi esclusivamente durante sonno	Idoneità se solo crisi nel sonno per almeno un anno
Crisi senza effetti sullo stato di coscienza	Idoneità se solo crisi di questo tipo per almeno un anno
Crisi dovute a modificazione/riduzione terapia antiepilettica per decisione medica	Raccomandata astensione alla guida per 6 mesi dal periodo di sospensione; se crisi in questo periodo, sospensione dalla guida per 3 mesi se si ripristina la precedente tp
Dopo chirurgia dell'epilessia	Idoneità se 1 anno senza crisi

Tabella 1

probabilità che si ripeta alla guida) si può ottenere l'idoneità solo per uso privato e non per trasporto terzi, previo consenso del neurologo. L'idoneità alla guida di veicoli appartenenti al gruppo 2 nei soggetti epilettici è subordinata al concetto di guarigione clinica: viene espressamente richiesta la completa assenza di crisi epilettiche in assenza di terapia anticomiziale e in assenza di evidenza di attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (ciò è valido anche nel caso dell'epilessia pediatrica). Nel caso invece in cui il soggetto

presenti una lesione strutturale intracerebrale che determini un incremento del rischio di crisi non è possibile ottenere l'idoneità alla guida di veicoli appartenenti al gruppo 2 (**Tabella 2**).

Conclusioni

La recente revisione europea delle diverse situazioni relative all'epilessia ed alle crisi epilettiche, in relazione all'ottenimento ed al rinnovo della patente di guida, rappresenta un importante progresso normativo. Il recepimento della stessa normativa nei diversi Paesi membri consente

ora una miglior definizione delle diverse situazioni di malattia nelle quali la persona con epilessia si trova. Il riconoscimento delle possibilità di guarigione clinica consente altresì di sanare una ingiusta discriminazione che si è perpetrata per molti anni nei confronti di persone 'guarite' da questa condizione. La nuova normativa consente ora, con il supporto, l'impegno, e l'assunzione delle necessarie responsabilità del medico, specialista e non, di meglio definire le condizioni e le limitazioni per la guida di veicoli a motore.

Situazione clinica	Raccomandazione
Guarigione clinica (10 anni senza crisi e senza terapia)	Nessuna restrizione
Crisi epilettica provocata	Idoneità per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi
Lesione strutturale cerebrale	No idoneità
Prima o unica crisi NON provocata	Idoneità dopo 10 anni senza crisi e senza terapia
Epilessia	Idoneità dopo 10 anni senza crisi, senza terapia e senza attività epilettiforme all'ECG

Tabella 2

Come affrontare l'insonnia

L'insonnia è definita come l'esperienza di un sonno insufficiente o di scarsa qualità per la presenza di uno o più dei seguenti sintomi: difficoltà ad iniziare e/o mantenere il sonno, risveglio precoce al mattino e sensazione di sonno non ristoratore. Ai fini di una corretta diagnosi, la sintomatologia notturna deve essere accompagnata da conseguenze diurne come fatica, mancanza di concentrazione e sintomi somatici ed affettivi quali irritabilità, abbassamento del tono dell'umore ed ansia. È importante, inoltre, considerare il bisogno individuale di ore di sonno (ipnotipi) e la preferenza di fase (cronotipi), che dipendono da caratteristiche individuali.

Si stima che il 25-35% della popolazione adulta soffra di insonnia

transitoria ed occasionale mentre il 10-15% sarebbe affetto da una forma cronicizzata, maggiormente rappresentata nel sesso femminile e nell'età avanzata. Ciononostante, l'insonnia resta una patologia sottovalutata e poco diagnosticata: gli studi Morfeo hanno rivelato che circa la metà dei pazienti insonni non riferisce il problema al proprio medico ed il 52% degli affetti non adotta alcun rimedio.

L'insonnia tende ad avere un'aggregazione familiare e mostra una significativa associazione con patologie psichiatriche, in particolare ansia e depressione, e mediche, tra cui malattie neurologiche (malattia di Parkinson) e malattie interistiche (patologie cardiovascolari, renali, pneumologiche, ma anche reflusso gastro-esofageo, disturbi

endocrini, ipertrofia prostatica, malattie reumatologiche, dolore cronico). Evidenze crescenti indicano come l'insonnia favorisca l'insorgere o l'aggravarsi di queste patologie, che a loro volta determinano un peggioramento della stessa. Un pronto riconoscimento dei disturbi del sonno rappresenta, pertanto, un momento di prevenzione e conferisce una maggiore probabilità di successo al trattamento delle patologie associate.

Criteri classificativi sono rappresentati da durata (acuta o cronica se maggiore di 4 settimane), gravità (in termini di frequenza), modalità di presentazione nel corso della notte (iniziale, centrale o terminale) e presenza di possibili cause (primaria o secondaria, cioè associata a disturbo mentale, assunzione o



Consigli per una corretta igiene del sonno

- Coricarsi ad ore regolari la sera ed alzarsi sempre alla stessa ora al mattino
- Dormire solo il tempo sufficiente per un'adeguata efficienza nel giorno successivo
- Non recuperare il sonno con sonnellini pomeridiani (al massimo 20 minuti)
- Svolgere un moderato esercizio fisico giornaliero ma non nelle ore precedenti il sonno
- Mantenere una temperatura ideale, un'oscurità ottimale ed un'atmosfera silenziosa nella stanza da letto
- Non assumere cronicamente farmaci per dormire
- Non assumere sostanze stimolanti (caffè, tè) e non bere alcolici soprattutto nelle ore serali e in quelle antecedenti il riposo notturno
- Andare a letto solo se si ha sonno
- Non svolgere attività stimolanti prima di coricarsi
- Utilizzare il letto solo per dormire

sospensione di farmaci, condizioni mediche generali, altri disturbi del sonno).

Un diario del sonno e numerosi questionari possono aiutare a specificare i tipi e la severità dell'insonnia, mentre la polisonnografia permette di escludere altri disturbi del sonno e può suggerire alterazioni di parametri ipnici, come durata del sonno, intensità (quantità di sonno profondo), continuità e stabilità (risvegli notturni, parametri neurofisiologici come arousal o cyclic alternating pattern), che correlano con la sintomatologia soggettiva dei pazienti. Per la terapia dell'insonnia esistono approcci di tipo farmacologico e non. In primo luogo, è opportuno discutere con il paziente i comportamenti potenzialmente in grado di favorire o ostacolare il sonno: igiene del sonno e psicoterapie si propongono di ristabilire un corretto rapporto del paziente con il proprio sonno, in particolare nel contesto di una insonnia cronica, allo scopo di evitare i problemi di dipendenza connessi ad un utilizzo prolungato di farmaci.

Gli ipnoinducenti benzodiazepinici e non benzodiazepinici, per efficacia e maneggevolezza, rappresentano la classe di farmaci più utilizzata nel trattamento a breve termine dell'insonnia. Essi agiscono sul recettore GABA-A, uno dei siti d'azione

dell'acido gammaamminobutirrico, il più importante neurotrasmettitore inibitore del SNC. È opportuno iniziare la terapia con basse dosi, alla dose minima efficace, impiegando composti ad emivita breve nel caso di insonnia iniziale o ad emivita più lunga nell'insonnia terminale; se l'insonnia è insorta da poco tempo può essere utile un uso intermittente (non più di 4 volte/settimana, con sospensioni programmate). Altre opzioni terapeutiche sono rappresentate da melatonina, trazodone,

mirtazapina, antidepressivi triciclici con effetto sedativo quali amitriptilina e trimipramina, antistaminici e dal più recente antidepressivo agomelatina che agisce come un antagonista dei recettori serotoninergici 5-HT_{2C} e agonista melatoninergico (recettori MT1 e MT2).

L'efficacia del farmaco e la compliance del paziente al trattamento non farmacologico devono essere valutate nel corso del follow-up, prendendo in considerazione, in caso di mancata risposta al trattamento farmacologico proposto, l'adozione di un differente principio attivo. Constatata l'inefficacia dei tentativi terapeutici, un paziente insonne cronico dovrebbe infine essere valutato presso un Centro di Medicina del Sonno per una revisione della diagnosi eziologica dell'insonnia.

La gestione terapeutica dell'insonnia non deve pertanto essere considerata un problema di difficile o impossibile soluzione: ferma restando l'importanza di un approccio non farmacologico, la disponibilità di nuovi farmaci, ipnotici e non, consente di confezionare l'abito più adatto per ogni paziente, in considerazione del suo tipo di insonnia, delle sue comorbidità e delle sue esigenze.

Situazioni cliniche di attenzione

- Terapia cronica con un farmaco potenzialmente ipnotico
- Uso di farmaci o sostanze con effetti sul ritmo-veglia
- Patologie psichiatriche concomitanti o pregresse
- Sindromi dolorose anche pregresse
- Patologie internistiche che interferiscono con il ritmo sonno-veglia
- Obesità, russamento e apnee notturne
- Cambiamenti delle abitudini di vita
- Eventi emozionali rilevanti

Insonnia persistente gestita dal MMG: quando inviare allo specialista

- Farmaco-resistenza
- Sospetto di apnee notturne
- Sospetto di mioclono notturno
- Disturbi psichiatrici di particolare gravità
- Disturbo del ritmo circadiano

Modificata da Consensus Italiana dei Medici di Medicina Generale, 2005

Il “Polo Oncologico”: percorsi, multidisciplinarietà, ricerca

Il 27 settembre 2009 fu istituito il Polo Oncologico dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, riferimento per l’Area Vasta Nord Ovest, coordinato dal Prof. Alfredo Falcone.

Il Polo Oncologico riunisce le due UU.OO. di Oncologia Medica (Universitaria ed Ospedaliera), dirette rispettivamente dal Prof. Alfredo Falcone e dal Dott. Sergio Ricci, la SOD di Ginecologia Oncologica, diretta dal Prof. Angiolo Gadducci ed il Centro Oncologico di Riferimento

Dipartimentale (CORD) coordinato dal Dr. Gianluca Masi. Grazie anche a questa riorganizzazione logistica queste 4 realtà cliniche operano oggi come un’unica unità funzionale con spazi ambulatoriali, di ricovero e personale in comune.

L’attività svolta al Polo Oncologico è incentrata sulla cura, assistenza e presa in carico del paziente, ma anche sulla ricerca scientifica e sulla formazione in ambito oncologico e si sviluppa su 3 direttive principali:

1) Organizzazione di percorsi dia-

gnostico-terapeutici per i pazienti oncologici che siano improntati sull’appropriatezza clinica e su una tempistica adeguata;

2) Implementazione della multidisciplinarietà nell’approccio al paziente oncologico promuovendo ed organizzando le attività dei *Gruppi Oncologici Multidisciplinari* (GOM);

3) Sviluppo di protocolli di ricerca scientifica sia clinici che traslazionali col fine di poter offrire ai pazienti trattamenti all’avanguardia, il più possibile personalizzati e di svilup-



Ingresso Polo Oncologico, Ospedale S. Chiara, Azienda Ospedaliero Pisana.

In primo piano da sinistra a destra Prof. Angiolo Gadducci col il giaccone, Dr. Sergio Ricci con giaccone e sciarpa, Prof. Alfredo Falcone con cravatta e Dr. Gianluca Masi con camicia azzurra.

pare collaborazioni scientifiche a livello nazionale ed internazionale.

Il Polo Oncologico è situato all'Edificio 22 dell'Ospedale S. Chiara (ex Clinica Nefrologica Monasterio Gentili) ed è dislocato su tre piani.

Al **piano terra** si trovano il servizio di Accoglienza (che comprende un *Front Office* ed il *Focal Point* dell'Istituto Toscano Tumori) e il **Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale** (CORD). Presso il CORD viene svolta l'attività ambulatoriale del Polo Oncologico utilizzando 6 ambulatori, una sala riunioni dedicata anche all'attività dei GOM ed una accettazione per i pazienti dove operano gli infermieri CORD.

Nell'accettazione sono attive postazioni CUP-WEB che consentono agli infermieri di organizzare i percorsi diagnostici utilizzando non solo le agende CUP di primo livello, ma anche e soprattutto le agende CUP di secondo livello riservate ai

pazienti afferenti al CORD. Gli ambulatori sono divisi per tipo di patologia oncologica e vengono eseguite prime visite e visite di follow up. Inoltre sono attivi vari ambulatori multidisciplinari, un ambulatorio di psico-oncologia, un ambulatorio multidisciplinare di genetica medica dove operano il genetista, l'oncologo e la psicologa e dove vengono identificati e seguiti i soggetti con predisposizione genetica allo sviluppo di neoplasie, un ambulatorio dermatologico per la gestione delle complicanze cutanee dei trattamenti oncologici, un ambulatorio di terapia antalgica per la gestione dei pazienti con sindromi algiche complesse e un ambulatorio di terapie di supporto. Una priorità per il CORD è quella di promuovere l'attività dei GOM che si riuniscono settimanalmente ed a cui partecipano i vari specialisti impegnati nella gestione del paziente affetto da neoplasia solida. E' al CORD, dunque, che viene

pianificato il percorso diagnostico ed assistenziale del paziente oncologico, avendo come riferimento le raccomandazioni cliniche adottate per ciascuna patologia.

Al **primo piano** si trovano gli ambulatori e 22 letti del Day-Hospital dove ogni giorno vengono eseguite numerose terapie, ed un ambulatorio riservato alla gestione di problematiche urgenti non programmabili quali la gestione degli effetti collaterali e per le quali è attivo anche un numero di cellulare gestito direttamente dal personale medico.

Al **secondo piano** è collocata la degenza con un totale di 13 posti letto.

Al Polo Oncologico convergono oltre alle attività cliniche sopra elencate anche attività didattiche (il Prof. Falcone è direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica) e di ricerca.

Quest'ultima è sviluppata nel campo sia della sperimentazione clinica che della ricerca di tipo traslazionale. In particolare sono attivi numerosi protocolli clinici che offrono al paziente l'opportunità di poter accedere a terapie innovative e/o personalizzate ed ai clinici di sviluppare collaborazioni sia nell'ambito dell'Istituto Toscano Tumori che in ambito nazionale ed internazionale. In particolare il Polo Oncologico è promotore e coordinatore di numerosi studi clinici di fase II e III in ambito nazionale e sede dell'articolazione per l'Area Vasta Nord Ovest del **Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche** dell'Istituto Toscano Tumori. Riguardo la ricerca traslazionale, sono attive varie linee di ricerca tese ad ottimizzare il trattamento dei pazienti grazie alla individuazione di fattori prognostici e predittivi che consentano una migliore "personalizzazione" della terapia. La ricerca traslazionale viene sviluppata grazie ad una indispensabile e proficua collaborazione con le divisioni di Anatomia Patologica e di Farmacologia dell'AOUP, ma si è arricchita anche di collaborazioni internazionali, la più recente con la University of Southern California.



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 DI 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.*

