

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, DOB PO - €2,00

in questo numero:

**Una Biblioteca per ricordare
il Prof. Bonadio**

D. Giugliano
Giornalista

**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

**Alzheimer: i progressi
delle neuroscienze**

L. Domenici
Istituto Neuroscienze CNR - Pisa



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

Ambulatori e Pronto Soccorso: falso problema

Anche se gli ambulatori dei medici di base rimanesse-
ro aperti 24 ore al giorno,
le fila nei Pronto Soccorso ci sa-
rebbero comunque. Vogliamo dir-
lo chiaramente come Ordine pro-
fessionale al Ministro della Salute,
che vediamo purtroppo indirizzato
su una via sbagliata. Si tratterebbe
soltanto d'un dispendio d'energie
e fondi: null'altro. Non riusciremo
invece mai a cambiare (né noi, né
lui o chi per lui) la mentalità degli
italiani. Il vero ostacolo è la buro-
crazia da un lato e l'aspetto eco-
nomico dall'altro, ampliato da una
crisi che assottiglia i portafogli.

Il bisogno aguzza l'ingegno. Così
non è disdicevole pensare che un
cittadino davanti ad un problema
di salute, presunto o reale, evitan-
do di fare la trafila dal medico di
base, alle prenotazioni chilome-
triche in farmacia, ai ticket ed al
tempo perduto, scelga la faticosa
scorciatoia più breve e semplice.
Si presenta al Pronto Soccorso,
magari con espressione di circo-
stanza, preoccupata e sofferente,
certo però come d'andare ad un
conveniente supermercato dove
pagherà due per acquistare tre. In
pratica, si farà assegnare un bel
codice bianco, metterà in bilancio
qualche ora d'attesa programma-

ta, ma alla fine uscirà soddisfatto
con visite ed analisi a tempo di
record e soprattutto con il faticoso
portafoglio praticamente intatto.
Questo sì che si chiama tutelare la
salute, alla faccia di chi scelga in-
vece il tradizionale, sempre meno
seguito, colloquio con il medico di
famiglia.

E' dunque l'Italia dei furbi. Una re-
altà che esisterà sempre. Noi però
suggeriamo al Ministro di guardare
con attenzione al nostro program-
ma di H.F.T., cioè il coordinamento
di più medici di base, ma anche
specialisti e personale infermieri-
stico che, in sedi opportunamente
dislocate, dodici ore al giorno è a
disposizione dell'utenza. E' un pro-
gramma concordato con la Regio-
ne Toscana che, a nostro avviso,
darà i propri frutti, considerando
però la necessità di adeguati finan-
ziamenti. Il numero degli infermieri
in Italia rispetto alla Gran Bretagna
è dieci volte inferiore, solo per cita-
re un esempio. Però è un percorso
globale e completo in grado di for-
nire sostanzialmente quanto po-
trebbe offrire un consulto al Pronto
Soccorso. E' una risposta indiretta
alle fila attuali, però c'è la certezza
di gestirlo nella giusta maniera. A
noi, diciamoci la verità, i furbetti,
non sono mai piaciuti.

PisaOdontoiatrica 53

Nel precedente numero di PisaMedica n° 53 gennaio-febbraio 2012, le pagine dedicate ai colleghi odontoiatri su Pisa Odontoiatrica, hanno subito una serie di errori in fase di stampa, che hanno compromesso la corretta fruizione degli articoli.

Pertanto la redazione, scusandosi con gli autori ed i lettori per l'accaduto, a nome e per conto della tipografia, ha ritenuto di concerto con il Presidente dell'Ordine e gli estensori degli articoli, di ripubblicare integralmente gli stessi in questo numero.

PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da 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.*

Neuroscienze e dolore: il ruolo del neurologo

Il dolore viene definito dalla IASP (*International Association for the Study of Pain*) quale "esperienza sensoriale ed emozionale sgradevole, associata a danno tissutale, reale o potenziale, o comunque descritta in tal senso". Il dolore di tipo "nocicettivo" deriva dall'attivazione di terminazioni libere di fibre nervose (nocicettori), per danno dei tessuti profondi o superficiali. Se la sintomatologia algica deriva invece da un'attività anormale del sistema nervoso, in assenza di uno stimolo delle terminazioni sensoriali periferiche, si ha il quadro del dolore neuropatico, definito come un "dolore che insorge quale diretta conseguenza di una lesione o processo patologico a carico del sistema somatosensoriale". Il dolore neuropatico si configura pertanto quale sindrome, con molteplici potenziali eziologie: neuropatie periferiche (ad es. nevralgia trigeminale, nevralgie post-traumatiche), polineuropatie (ad es. in corso di Diabete Mellito, neuropatie da farmaci, Sindrome di Guillain-Barré, etc.), lesioni del sistema nervoso centrale (ad es. post ictus, Sclero-

si Multipla), lesioni dei tessuti e dei tronchi nervosi (sindromi dolorose regionali complesse fra cui la causalgia), esistono anche sindromi dolorose miste neuropatiche e nocicettive (ad es. dolore neoplastico con invasione dei tronchi nervosi). Le tecniche neurofisiopatologiche per lo studio del sistema somatosensoriale periferico e centrale assumono un ruolo fondamentale nell'inquadramento del dolore neuropatico (vedi Tabella I) fornendo informazione patogenetica quantitative. Il sistema somatosensoriale ha la peculiarità di essere suddiviso in due componenti: una (sistema lemniscale) responsabile dei processi di elaborazione sottocorticale delle sensibilità tattile epicritica e propriocettiva, mentre l'altra (sistema spinotalamico) convoglia le sensibilità termica e dolorifica, tattile superficiale non discriminativa e parte della sensibilità dolorifica viscerale. Differenti tipi di indagini neurofisiologiche permettono di studiare le componenti specifiche del sistema somatosensoriale. Le fibre afferenti mieliniche di grosso calibro



del sistema lemniscale vengono attivate da stimoli elettrici portati a livello cutaneo, come nello studio delle velocità di conduzione dei nervi periferici e dei potenziali evocati somatosensoriali. Per studiare le vie dolorifiche, l'attivazione selettiva dei nocicettori degli strati superficiali dell'epidermide può essere ottenuta con impulsi di calore radiante a livello cutaneo, emessi da uno stimolatore laser. I Potenziali Evocati Laser (LEP: laser-

Sommario delle comuni tecniche di indagine impiegate nella valutazione del dolore neuropatico

Elettroencefalografia/elettromiografia	Studi di conduzione nervosa Elettromiografia Microneurografia
Riflessi nocicettivi	Riflesso corneale Riflesso RIII Riflessi trigeminali
Potenziali evocati	Potenziali evocati somatosensoriali Potenziali evocati laser Potenziali evocati motori
Neuroimaging funzionale	Risonanza magnetica funzionale Tomografia ad emissione di positroni

Tabella 1

evoked potentials) costituiscono infatti l'indagine neurofisiologica "gold standard" nello studio delle vie dolorifiche. Sulla pelle normale la sensazione evocata da uno stimolo laser può essere paragonata ad una lieve puntura di spillo o allo spostamento di un singolo follicolo pilifero. Gli stimoli laser vengono somministrati in modo "random", per ridurre il fenomeno dell'abitudine e quindi una riduzione di ampiezza delle risposte, ad intervalli di tempo variabili di alcuni secondi l'uno dall'altro ed evitando di insistere sempre sullo stesso punto,

con minimi spostamenti tra uno e l'altro. Nella pratica clinica quello che viene valutato sono le risposte corticali allo stimolo, registrate mediante elettrodi applicati sullo scalpo.

In alcuni quadri patologici la selettiva alterazione dei LEP fornisce insostituibili indicazioni, anche in caso di normalità di altre indagini, quelle tradizionali, per lo studio del sistema somatosensoriale. Ad esempio nelle polineuropatie, il coinvolgimento delle fibre di piccolo calibro scarsamente mielinizzate o prive di guaina mielinica,

espresso sul piano clinico da deficit della sensibilità termo-dolorifica e da un coinvolgimento del sistema autonomico, può determinare alterazioni tipiche dei LEP, ovvero assenza di risposta, oppure riduzione in ampiezza o incremento nella latenza di comparsa. Oppure, in determinate tipologie di lesioni midollari o del tronco encefalico, che si presentano clinicamente con deficit dissociato delle sensibilità, i LEP sono in grado di fornire un correlato neurofisiologico specifico, come in caso di siringomielia, malformazioni arterovenose, mie-

lopatie infiammatorie o lesioni tronco encefaliche, come la sindrome di Wallenberg.

I LEP non costituiscono tuttavia una misura diretta del dolore spontaneo, sebbene possano fornire indicazioni sulle caratteristiche fisiopatologiche sottostanti, ad esempio dolore spontaneo e riduzione della risposta dei LEP può essere causato da deafferentazione, mentre un dolore spontaneo con LEP normali potrebbe essere secondario a sensibilizzazione centrale.

La registrazione dei LEP è effettuabile, insieme a tutte le altre tecniche elettrodiagnostiche routinarie, presso la Sezione Dipartimentale Neurologia Cisa-nello, diretta dal Prof. Ferdinando Sartucci; la struttura è infatti dotata di uno stimolatore YAG laser di ultima generazione. Tale metodica permette, nella pratica clinica, una valutazione funzionale del sistema nocicettivo, all'interno del sistema somatosensoriale, al fine di obiettivare o individuare una lesione o un coin-



I traumi vertebro-midollari

Dall'agosto 2008 la Neurochirurgia dell'AOUP funge da polo di riferimento per il trattamento dei traumi vertebrali nell'area vasta. Ciò ha comportato una riorganizzazione del reparto e l'acquisizione o il consolidamento di conoscenze scientifiche e tecniche chirurgiche. In primo luogo sono state create delle linee guida. Il protocollo prevede lo studio completo del traumatizzato spinale, per escludere lesioni associate che mettono a rischio la vita del paziente e che vanno trattate primariamente. I pazienti con lesione spinale clinicamente stabili vengono studiati per un'eventuale decisione chirurgica, che scaturisce dalla valutazione neurologica e della instabilità vertebrale. Si definisce instabile una colonna che, sotto un carico fisiologico, non è in grado di mantenere adeguato rapporto tra i suoi elementi, per cui è elevato il rischio di danni midollari e/o radicolari, di deformità e dolore. Ne deriva che una frattura instabile deve essere operata. Lo studio radiologico adeguato è il primo step nella valutazione della

stabilità delle fratture. Abbiamo sollecitato le radiologie del territorio ad eseguire in tali casi TAC a strato sottile dei livelli lesionati e dei due contigui, con ricostruzione sui tre piani; la RMN è riservata ai casi di sospetto ematoma, frammento discale espulso o danno neurologico senza evidenza di fratture. La classificazione della frattura è il secondo step nel processo decisionale: è fondamentale perché permette di comprendere il meccanismo di danno, valutare l'instabilità e scegliere il miglior trattamento. A parte il tratto C0-C2, che ha delle caratteristiche peculiari, i restanti vengono valutati in modo omogeneo con la classificazione di Aebi e Magerl. Le fratture sono divise in tre tipi principali, A-B-C, in base ai meccanismi di danno (compressione, distrazione e rotazione) e alle strutture interessate: le anteriori (corpi, dischi e legamenti) e/o le posteriori (arco, articolari e legamenti). Ogni tipo è diviso in gruppi e sottogruppi sulla base delle caratteristiche morfologiche. Ne scaturisce una classificazione in cui la severità del trauma in

termini di instabilità, possibili danni neurologici e necessità di trattamento chirurgico è progressiva dal Tipo A al Tipo C e all'interno di ogni gruppo e sottogruppo. Dal tipo A3 in poi tutte le fratture devono essere operate perché instabili. Questo approccio, comune ai maggiori centri di chirurgia spinale, ha rivoluzionato il trattamento dei traumi vertebrali: vanno operate non solo le fratture mieliche, per decomprimere le strutture nervose, ma anche le fratture amieliche ed instabili, poiché nel tempo svilupperanno danni neurologici da compressione, dolore o deformità. La decompressione e la stabilizzazione devono essere ottenute rapidamente, in modo definitivo e con interventi poco invasivi. Tutto ciò per consegnare il paziente alla riabilitazione il più presto possibile. Per fare questo le tecniche chirurgiche sono state completamente rivoluzionate. E' stato abbandonato l'uso delle barre di Harrington, dei fili e degli uncini sublaminari perché non assicurano stabilità e costringono a fissazioni lunghe destinate a rompersi nel tempo. Usiamo esclu-

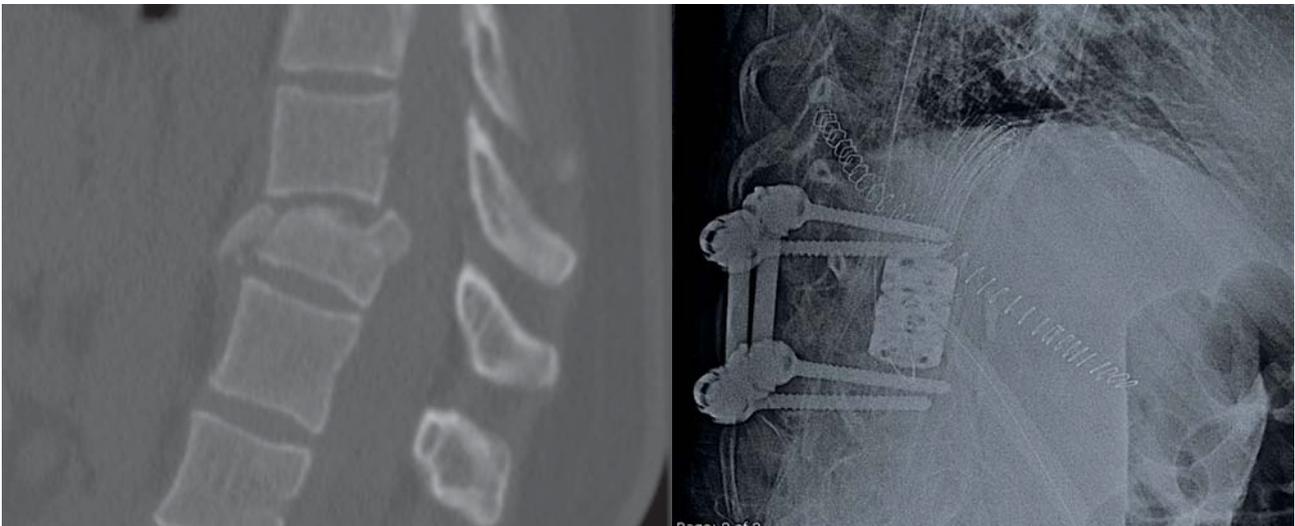


Fig. 1 Frattura Tipo A3 di D11. Intervento di artrodesi anteriore e posteriore



sivamente viti peduncolari in titanio che assicurano una notevole tenuta e permettono di realizzare fissazioni brevi, uno o due livelli, ed estremamente stabili. Il resto della colonna mantiene la sua integrità anatomica e funzionale. Se la colonna anteriore è distrutta e la fissazione posteriore non assicura stabilità, si procede dopo pochi giorni ad un approccio transtoracico o transaddominale per sostituire il corpo vertebrale re-

siduo con una protesi in titanio (fig. 1). A livello cervicale decompressione e stabilità si ottengono con la sostituzione dei corpi vertebrali fratturati con protesi in titanio e l'uso di viti posteriori sulle masse laterali. Nelle fratture del dente dell'epistrotrofeo abbiamo abbandonato l'Halo Vest che comporta enorme sacrificio per il paziente. Con la tecnica di avvitemento dei monconi di frattura si ottiene un risultato migliore e più

rapido con un intervento relativamente semplice e veloce (fig. 2). Tenendo fermi tali criteri abbiamo operato in questi anni 183 pazienti (età media 54,22 range 16-88): 95 fratture cervicali (51,9%), di cui 34 del tratto C0-C2 (18,9%) e 61 del tratto C3-C7 (32,9%); 36 dorsali (20,1%); 52 lombari (27,9%); 11 pazienti con doppio approccio posteriore ed anteriore. All'ingresso 80 pazienti presentavano danni neurologici, dalla tetraplegia al danno monoradicolare, e sono stati operati in urgenza; quelli con fratture amieliche ma instabili entro 48 ore dal trauma. Nei pazienti mielici l'intervento in urgenza ha permesso un sostanzioso recupero delle funzioni neurologiche e l'invio entro 7-10 giorni dal trauma in centri di neuroriabilitazione. Nei pazienti amielici ma instabili l'intervento ha permesso l'immediata mobilizzazione, evitando i lunghi allettamenti e le frequenti complicanze ad essi correlate, il rapido trasferimento in centri di riabilitazione e la restituzione alla vita sociale e lavorativa in tempi prima impensabili.

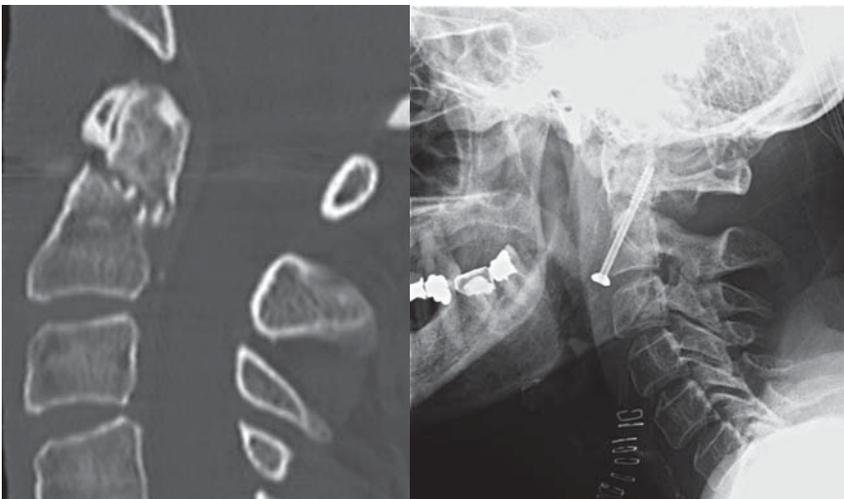


Fig. 2 Frattura del dente dell'epistrotrofeo. Intervento di avvitemento anteriore

Alzheimer: i progressi delle neuroscienze

Alois Alzheimer, un neurologo tedesco, descrisse nel 1906 il primo caso con riscontro autoptico della malattia che da lui prese il nome. La malattia di Alzheimer (AD) consiste in un'alterazione progressiva delle funzioni cognitive fino alla demenza. Sul piano istopatologico sono presenti in alcune aree cerebrali (corteccia entorinale, ippocampo, lobo temporale) depositi di sostanza beta amiloide (Abeta) in forma di agglomerato (placche senili), e grovigli intracellulari ("neurofibrillary tangles") causati dalla proteina tau iperfosforilata.

La forma sporadica di AD (95% dei casi) si manifesta in età senile (4-6% della popolazione italiana con età superiore ai 65 anni) e ha un decorso progressivo. Le cause di AD sporadica sono ancora sconosciute; alcuni fattori di rischio sono rappresentati da patologie cardiovascolari, ripetuti traumi cranici, positività per il genotipo dell'Apolipoproteina E (ApoE). Oltre alla

forma sporadica, è presente una variante genetica (Alzheimer familiare, trasmissione di tipo autosomico dominante; 5% dei casi con demenza di tipo AD) che si manifesta in epoca tardo-giovanile (35-40 anni). Alla base di questa forma sono state individuate mutazioni a carico di tre geni: il gene della proteina APP (proteina precursore della Abeta) sul cromosoma 21, il gene per la presenilina 1 sul cromosoma 14 e quello per la presenilina 2 sul cromosoma 1.

Abeta deriva da una alterata funzione degli enzimi che regolano il metabolismo della APP (le secretasi). Infatti, in condizioni fisiologiche il regolare processamento della APP non produce metaboliti dannosi ed il livello di Abeta resta basso. Un aumento della Abeta comporta un suo progressivo accumulo prima sotto forma di oligomeri solubili poi come precipitati fibrillari da cui originano le placche senili. Recentemente, il nostro gruppo, in particolare il Dr. N. Origlia (Istituto di

Neuroscienze del CNR), ha dimostrato che oligomeri Abeta legandosi ad un recettore di membrana chiamato RAGE inibiscono una forma di plasticità sinaptica, il potenziamento a lungo termine (LTP), nella corteccia entorinale; questo fenomeno si associa a deficit di apprendimento e memoria. La fase precoce della AD si caratterizza, quindi, come un aumento del livello di Abeta in grado di determinare alterazioni sinaptiche e deficit cognitivi. E' interessante rilevare che un certo numero di anziani va incontro ad un leggero deterioramento delle funzioni cognitive (MCI), ad es. lievi deficit di memoria, che possono restare tali, oppure progredire verso forme di demenza franca di vario tipo tra cui la AD.

Alla base della progressione della malattia sembra esserci un accumulo sempre maggiore di Abeta come pure un aumento della proteina tau, soprattutto nella sua forma fosforilata, fino alla formazione di fibrille, placche senili e grovigli neurofibrillari; questi fenomeni scatenano lo sviluppo di processi infiammatori, ossidativi fino ad arrivare alla fase conclamata di demenza che si associa alla morte dei neuroni in numerose aree cerebrali. A livello teorico per contrastare la AD sarebbe sufficiente impedire l'accumulo di Abeta od inibire i recettori a cui si lega (ad es. RAGE). In pratica, per una terapia efficace è necessario disporre di marcatori biologici (biomarcatori) di AD in fase precoce. Purtroppo, quando un paziente si presenta dal medico per l'insorgenza di deficit cognitivi conclamati il quadro istopatologico, biochimico e neurobiologico è già compromesso e qualsiasi intervento terapeutico rischia di rivelarsi

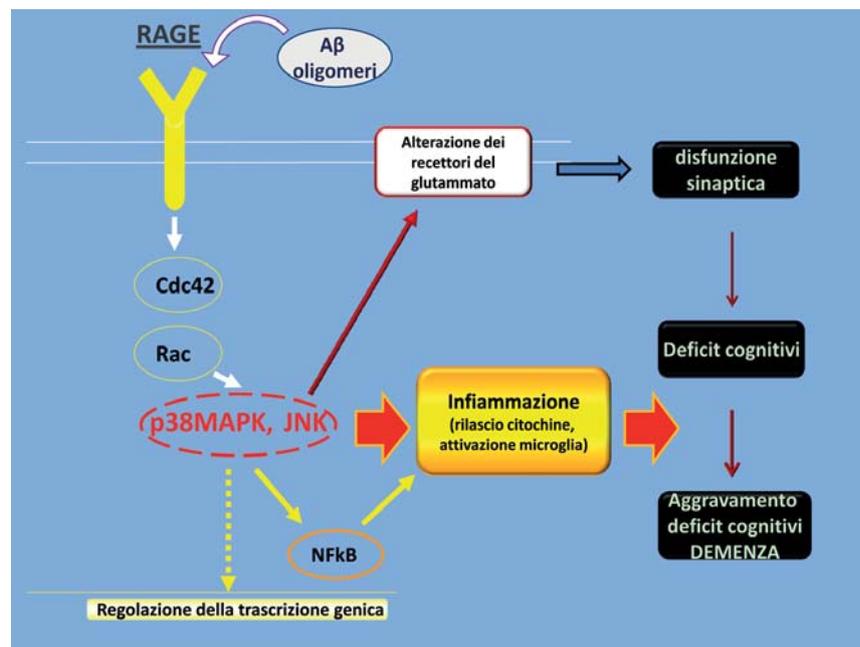




su alcuni neurotrasmettitori come l'acetilcolina (questo gruppo di farmaci è rappresentato dagli inibitori della colinesterasi e dai colino-mimetici) oppure agendo su recettori dell'acido glutammico (es. antagonisti del recettore NMDA). Questi farmaci sono sintomatici e riescono solo in alcuni pazienti ad essere efficaci nel rallentare transitoriamente il decorso della malattia. Sono in fase di sperimentazione clinica, alcuni approcci farmacologici alternativi: vaccinazione attiva o passiva per ridurre l'accumulo di Abeta, farmaci che agiscono sugli enzimi responsabili della formazione di Abeta (inibitori di beta e gamma secretasi), farmaci anti-aggreganti per Abeta, farmaci che inibiscono il legame di Abeta a recettori quali RAGE, farmaci anti-ossidanti ed anti-infiammatori. Altri approcci terapeutici di tipo biologico tra cui la riabilitazione specifica e personalizzata del paziente associata ad arricchimento sensoriale e motorio (una vita ricca di stimoli ed un'attività motoria adeguata) sono altresì necessari ed un valido strumento preventivo della AD nel paziente anziano. Tuttavia bisogna sottolineare come qualsiasi terapia debba associarsi ad una diagnosi precoce per riuscire ad arrestare/rallentare il deterioramento cognitivo in questa devastante malattia.

poco efficace. Negli ultimi anni si è suggerito di integrare l'insorgenza di deficit cognitivi lievi con l'analisi di biomarcatori (es. Abeta e tau) e indagini con Risonanza Magnetica in modo da poter predire lo sviluppo della AD. Questo darà la possibilità di scomporre la AD in varie fasi: pre-AD (asintomatica con biomarcatore/i positivi), MCI (lieve deficit cognitivo+eventuale biomarcatore positivo), AD- prodromica (deficit di memoria+un marcatore biologico positivo), AD-conclamata. Gli sforzi per una diagnosi precoce dovranno ovviamente indirizzarsi all'identificazione delle fasi pre-AD asintomatica e MCI; a tale proposito, un programma della Regione Toscana (UVAR) sostiene la nostra attività di ricerca su possibili biomarcatori precoci della AD. A livello terapeutico, alcuni farma-

ci attualmente in uso sono mirati a ridurre i deficit cognitivi agendo



La degenerazione maculare legata all'età

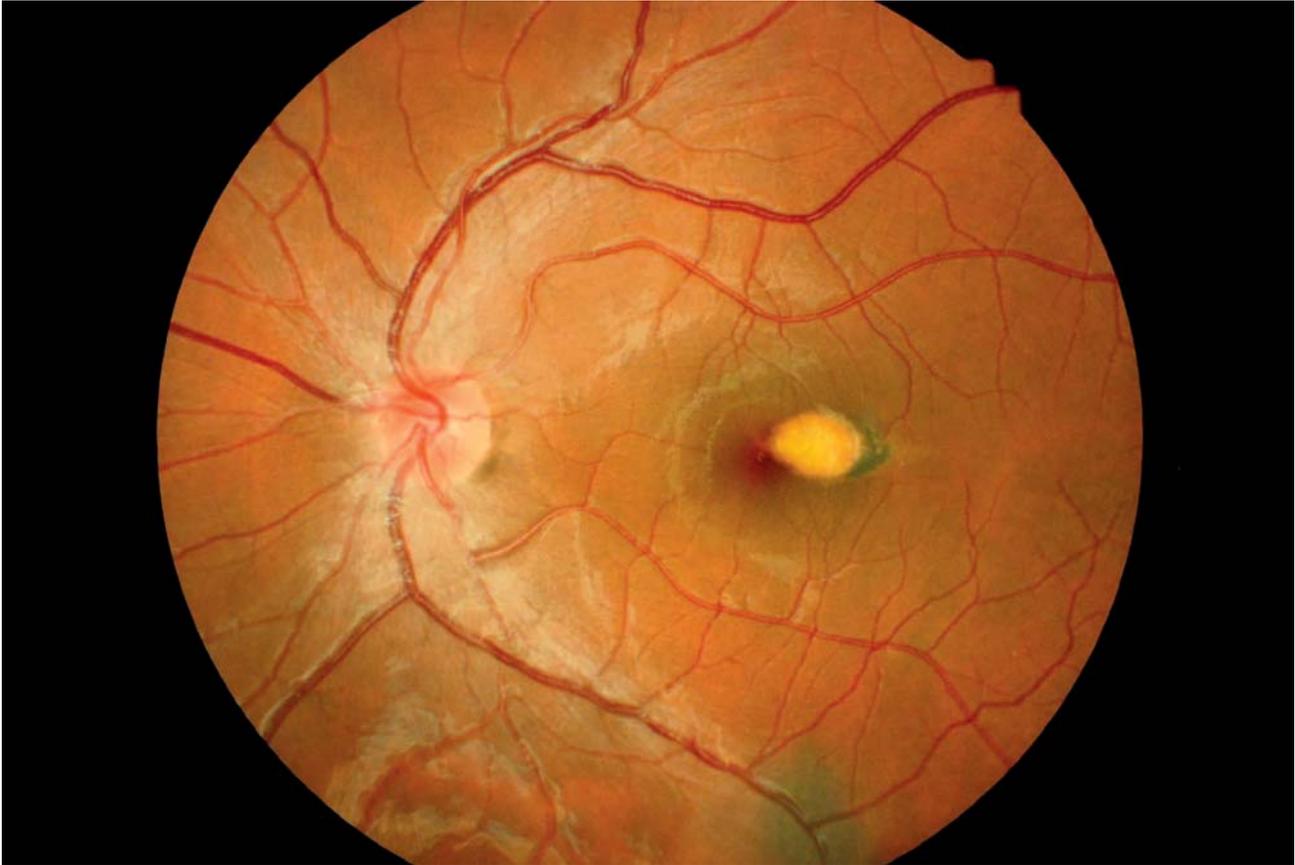
La degenerazione maculare senile è una malattia, legata all'invecchiamento, che colpisce la macula, la porzione centrale della retina predisposta alla visione nitida degli oggetti. E' la principale causa di perdita grave della visione centrale (cecità legale) dopo i 55 anni. Con l'avanzare dell'età il rischio di degenerazione maculare e di aggravamento della malattia aumentano progressivamente. Il sesso femminile sembra maggiormente interessato, come pure la popolazione bianca rispetto alle razze pigmentate. E' riconosciuta una certa familiarità della degenerazione maculare senile. Test genetici sono stati predisposti per individuare, nei familiari di persone affette da dege-

nerazione maculare la percentuale di rischio di sviluppare la stessa malattia. Anche i fattori ambientali contribuiscono ad aumentare il rischio; i fumatori sviluppano la malattia 5 - 10 anni prima dei non fumatori ed hanno un rischio doppio di andare incontro alla forma neovascolare. Anche l'ipertensione favorisce la forma umida di degenerazione maculare. L'eccessiva esposizione alla luce durante la vita sembra essere un fattore di rischio mentre l'uso di occhiali da sole sembra essere protettivo verso l'insorgenza della malattia. Una dieta ricca di grassi e colesterolo è associata ad un maggior rischio di degenerazione maculare. Il consumo di pesce e di acidi grassi w-3 è invece associato ad un minor

rischio di malattia. La forma più diffusa è la **degenerazione maculare atrofica o secca e riguarda il 90% di tutte le maculopatie**. Con l'invecchiamento si riduce l'apporto di sangue e di elementi nutritivi; i tessuti della retina si deteriorano e si assottigliano: al di sotto della macula si accumulano dei depositi di colore giallo (drusen) che alterano la funzionalità delle cellule deputate alla visione centrale. Tali cellule, scarsamente nutrite dai capillari della retina centrale, si atrofizzano. Nella **degenerazione maculare essudativa o umida**, più rara, si formano al di sotto della macula vasi sanguigni anomali inglobati in sottili membrane neovascolari dalla parete molto fragile. Questi neovasi possono lasciar



Degenerazione maculare atrofica



Degenerazione maculare essudativa

facilmente fuoriuscire del liquido essudativo (plasma, la parte liquida del sangue) che danneggia le cellule fotosensibili della macula o possono addirittura rompersi causando emorragie nella retina. Gli episodi emorragici sono seguiti da tentativi di riparazione tissutale che portano alla formazione di una cicatrice centrale.

Nelle fasi iniziali, soprattutto se solo un occhio è interessato, la malattia può non dare sintomi apprezzabili. Si può notare una riduzione della visione centrale, uno sfuocamento delle parole nella lettura, un'area scura o vuota al centro del campo visivo, distorsione delle linee dritte. La distorsione delle immagini è un sintomo frequente all'insorgere della forma umida neovascolare e deve indurre ad una visita oculistica urgente. Gli esami diagnostici fondamentali comprendono la misurazione dell'acutezza visiva e un esame accurato del fondo oculare. Negli anni recenti è stato introdotto e si è grandemente diffuso un esame tomografico della macula che prende

il nome di OCT (Optical Coherence Tomography). È una tecnica diagnostica non invasiva che permette di ottenere sezioni trasversali della retina che sono praticamente immagini istologiche della retina ad elevata risoluzione. Questo esame è particolarmente utile nella degenerazione maculare perché permette di rilevare in modo semplice ed obiettivo la presenza di distacco sieroso e di edema maculare, che sono segni di neovascolarizzazioni. La retinografia in autofluorescenza è un altro esame di recente introduzione, non invasivo e di semplice esecuzione, molto utile per evidenziare i processi degenerativi maculari. È un esame fotografico del fondo oculare che utilizza filtri speciali e non ha bisogno dell'iniezione di sostanze come invece avviene per la fluorangiografia e l'angiografia con verde di indocianina.

Non sono disponibili al momento soluzioni valide per la degenerazione maculare secca che peraltro ha un'evoluzione lenta ma va tenuta costantemente controllata per la

possibile evoluzione in forma essudativa. Al contrario, la forma umida trova significativo beneficio dai farmaci antiangiogenetici. La loro somministrazione per via intravitreale consente l'impiego efficace di concentrazioni minime di farmaco con significativa riduzione dei gravi effetti collaterali sistemici. La somministrazione intravitreale, se condotta correttamente e nel rigoroso rispetto delle norme di asepsi, non rappresenta un fattore di rischio rilevante. Il limite della terapia risiede nel fatto che dalla comparsa dei sintomi, spesso sfumati e aspecifici alla diagnosi intercorre spesso tempo prezioso così che, in poche settimane o entro qualche mese, una gran parte delle cellule nervose della macula perisce o viene gravemente danneggiata. Si tratta di un **processo irreversibile** perché le cellule nervose della retina, una volta distrutte, non si ricostituiscono più. Al contrario, una diagnosi precoce seguita da un'appropriata e tempestiva terapia consente il mantenimento ed in taluni casi, il recupero del visus.

Pisa, centro di riferimento per i problemi della crescita

Il Centro di Endocrinologia Pediatrica della Clinica Pediatrica di Pisa, diretto dal Prof. Giuseppe Saggese, è operativo dagli anni '70. È riferimento Regionale per l'endocrinologia pediatrica e, per alcune patologie endocrinologiche pediatriche, è un riferimento a livello nazionale ed internazionale. Le patologie che vengono seguite presso il Centro riguardano la crescita, lo sviluppo puberale, il metabolismo osseo e l'adolescenza. Tra queste, i disturbi della crescita hanno sempre rappresentato una tematica di elevato interesse, sia sul piano scientifico che assistenziale.

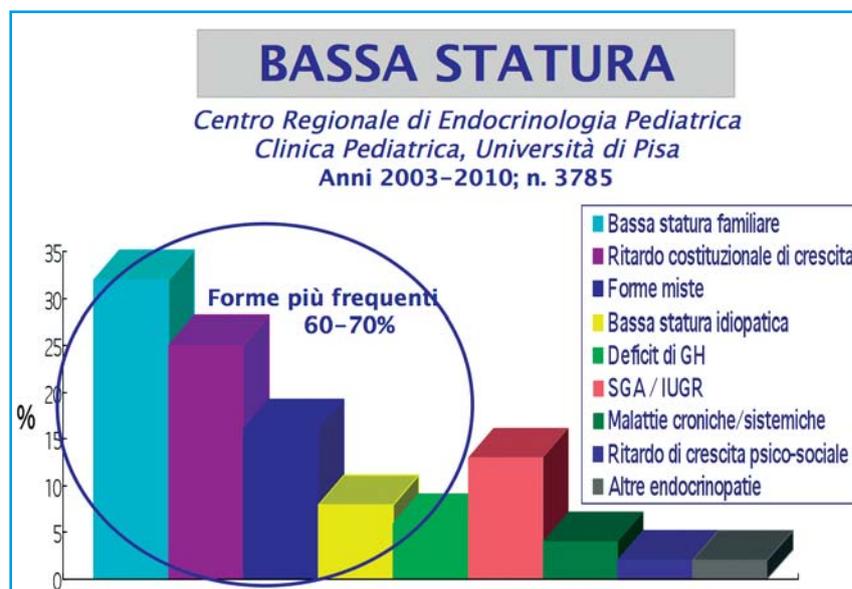
La bassa statura è motivo di frequente consultazione del pediatra. Il problema della statura è diventato sempre più importante negli ultimi anni a causa di diversi fattori. Innanzitutto per il fenomeno del "secular trend" della statura che si è verificato nel XX secolo, soprattutto nella seconda parte (1-1,5 cm/decennio), che ha portato al fatto che, oggi, i bambini e gli adolescenti sono più alti rispetto a prima. Altro fattore riguarda l'effetto dei "media" che associano ad una maggiore statura maggiori benefici sociali, già nell'infanzia e nell'adolescenza. Negli Stati Uniti il termine "heightism" (staturismo) è stato coniato per sottolineare la tendenza della società di oggi ad etichettare positivamente un soggetto di statura elevata. Infine, altro motivo di attenzione al problema della statura da parte di genitori e bambini, specie se adolescenti, riguarda l'attuale disponibilità di efficaci terapie che stimolano la crescita, come l'ormone della crescita (GH) e l'IGF-1 (Insuline-like Growth Factor 1).

La crescita è un fenomeno complesso influenzato dall'interazione di diversi fattori: ambientali, come la nutrizione e l'attività fisica, ma soprattutto genetici, ormonali e psico-sociali.

Le cause di bassa statura sono molteplici e si differenziano per eziologia e patogenesi. Un primo gruppo è rappresentato da **condizioni non patologiche**, che comprendono la *bassa statura familiare*, il *ritardo costituzionale di crescita* e le *forme miste*. Oggi molta attenzione è data alla bassa statura idiopatica che include, in aggiunta alle varianti normali di bassa statura, altre forme, in cui possono essere presenti problemi nei meccanismi della crescita, anche se non sempre identificabili. Un secondo gruppo è rappresentato da **condizioni patologiche** che possono essere sia di tipo endocrinologico, come il *deficit di ormone della crescita*, l'*ipotiroidismo* e l'*eccesso di cortisolo*, che non-endocrinologico, come le *malattie genetiche*, le *malattie dello schele-*

tro, i *disturbi gastrointestinali* e la *bassa statura da carenza affettiva*. In una posizione intermedia si collocano la *bassa statura idiopatica* (ISS) ed i *bambini nati piccoli per l'età gestazionale* (SGA).

Dall'analisi dell'ampia casistica - circa 700-800 casi all'anno - seguita presso il Centro di Auxo-Endocrinologia della Clinica Pediatrica di Pisa, risulta che circa il 60-70% dei bambini con bassa statura appartiene al gruppo delle forme non-patologiche. L'approccio alla diagnosi deve essere graduale, partendo dalla valutazione clinica e dagli esami di laboratorio di screening che, nella maggior parte dei casi, sono sufficienti per la diagnosi. Molto importante in questo contesto i dati forniti dalla valutazione periodica della crescita mediante i grafici delle curve di crescita rilevati dal pediatra di famiglia. In alcuni casi, questa valutazione iniziale suggerisce un'approccio diagnostico più approfondito da eseguire attraverso l'esecuzione di esami di laborato-





rio di secondo livello ed, eventualmente, esami radiologici, genetici e di neuroimaging. Nella formulazione di una diagnosi il giudizio clinico è fondamentale, ed il pediatra endocrinologo ha il compito di integrare tutti i dati disponibili: clinici, auxologici, biochimici e radiologici.

Nel Centro di Auxo-Endocrinologia della Clinica Pediatrica di Pisa è possibile effettuare un'approfondita diagnostica dell'asse endocrino della crescita. Infatti, oggi, oltre alle condizioni caratterizzate da un'alterata secrezione dell'ormone della crescita è possibile identificare forme in cui l'alterazione è a livello dell'azione periferica del GH, cioè a livello del suo recettore oppure, ancora più a valle, a livello della sintesi dell'IGF-1, fattore di crescita la cui sintesi è stimolata dal GH. Queste condizioni sono di più difficile diagnosi in quanto caratterizzate da una normale risposta ai

test di stimolo per il GH e da bassi livelli di IGF-1. Questa cascata di azioni è regolata, ai vari livelli, dall'attività di specifici geni che oggi sono stati individuati e che possono essere studiati presso il Centro di Pisa. Questi esami genetici permettono di ottenere una diagnosi di certezza e, conseguentemente, impostare una specifica terapia. Particolare attenzione deve inoltre essere posta a quelle forme di displasia scheletrica, come l'*ipocondroplasia*, che può presentarsi con alterazioni cliniche anche molto lievi. Si ritiene infatti che alcuni casi erroneamente etichettati come bassa statura familiare, potrebbero essere in realtà forme di ipocondroplasia. Stessa considerazione deve essere fatta per il *deficit del gene SHOX*, localizzato nella regione pseudoautosomica 1 (PAR1) dei cromosomi sessuali, che oggi sappiamo essere coinvolto nel processo di crescita. L'alterazione di questo gene si associa infatti ad uno ampio spettro di disturbi, che vanno dalla grave forma di displasia mesomelica di Langer a forme apparentemente normali spesso, anche queste, interpretate come bassa statura idiopatica. Infine, parlando di disturbi dell'accrescimento, non possiamo non sottolineare, vista l'elevata incidenza della malattia (1:100), che una delle più comuni manifesta-

zioni extra-intestinali della malattia celiaca (MC) è proprio la bassa statura. In alcuni pazienti, la bassa statura può essere la presentazione e l'unico sintomo della malattia, rendendo la diagnosi di malattia celiaca impegnativa. In questi pazienti la prevalenza di celiachia varia dal 2,9% al 8,3%, e il rischio aumenta al 19-59% se sono escluse altre cause di bassa statura. Per quanto riguarda il trattamento, la maggioranza dei casi non richiede alcuna terapia. Nelle forme patologiche devono essere prese in considerazione le cause sottostanti. In questi casi, un'appropriata terapia può infatti permettere il raggiungimento di una statura adulta nel range della normalità. Anche per quanto riguarda il trattamento, il Centro di Pisa presenta una vasta esperienza in merito al trattamento con ormone della crescita, che, se condotto in modo adeguato, determina una normalizzazione della statura durante l'infanzia e permettere il raggiungimento di una normale statura adulta.

I pazienti affetti da deficit di ormone della crescita dovrebbero essere trattati precocemente con ormone della crescita biosintetico, in modo da raggiungere una statura finale nell'ambito del target genetico. Come precedentemente osservato, in alcuni casi l'alterazione dell'asse GH-IGF1 non è a livello della produzione dell'ormone della crescita, ma a valle, a livello della produzione di IGF1. In questi pazienti la terapia di scelta è quindi non il GH, ma l'IGF1, che oggi è finalmente a disposizione. Riassumendo, possiamo sottolineare che oggi conosciamo abbastanza bene i meccanismi patogenetici alla base delle varie forme di bassa statura. Il Centro di Auxo-Endocrinologia della Clinica Pediatrica di Pisa è in grado di programmare un corretto ed adeguato percorso diagnostico-terapeutico con lo scopo di ottenere una diagnosi precoce e, se necessario, intraprendere un'appropriata terapia.

La delega fiscale

eri finalmente il Ministro del lavoro Elsa Fornero ha terminato la predisposizione del pacchetto di riforme sul tema “lavoro”, nello sforzo di garantire un miglior futuro per tutti i lavoratori. E proprio per dar spazio a questa riforma, così importante per il mercato del lavoro, la legge delega fiscale ha segnato il passo ed è stata rimandata a nuova data. Scorrendo velocemente le proposte della nuova legge sul lavoro, oltre che il famoso articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori, si intuisce la spinta verso le assunzioni a tempo indeterminato, infatti vengono aumentati i contributi a carico del datore di lavoro che assume a tempo determinato e di fatto abolite le collaborazioni coordinate e continuative a meno che il soggetto al quale venga conferito l’incarico non evidenzii proprie peculiarità. Per quanto concerne ciò che già è

stato fatto uno sguardo (dolente) va all’IMU che sarà un’imposta molto pesante per tutti ma soprattutto per i proprietari delle seconde case, doppia nell’importo rispetto all’ICI (il quotidiano “Milano Finanza” ha pubblicato in data 23 marzo uno studio elaborato dalla Confedilizia sull’impatto dell’IMU in quei Comuni che hanno già deliberato le aliquote definitive). La “Riforma del Catasto” progetto contenuto nella Legge Delega di Riforma Fiscale ha come obiettivo di portare i valori degli immobili a valori reali, vicini a quelli di mercato, il nodo però resta quello della tassazione che se attuata con i criteri attuali di valutazione (distanti da quelli di mercato) porta la tassazione immobiliare a livelli decisamente alti, tanto da far temere che l’effetto possa essere quello di portare ad una stagnazione del settore immobiliare, volano per eccellenza

dell’economia nazionale. A questo proposito l’Esecutivo rassicura che verranno rimodulate le aliquote, soprattutto per quanto riguarda i trasferimenti immobiliari. Tutto da valutare anche l’impatto che potrà avere la norma che prevede l’applicazione dell’IMU ai beni immobili strumentali in agricoltura che vedrà tassate la stalla e il fienile. Nell’attesa che prenda forma la riforma del fisco, nella quale pare siano previsti provvedimenti più incisivi per colpire l’evasione e l’elusione fiscale, che dovrebbe eliminare alcune delle detrazioni fiscali ora previste, che dovrebbe sancire che il reddito dell’imprenditore venga assoggettato all’Irpef, uno spazio riservato alla cosiddetta “green economy” con l’introduzione di una “carbon Tax” con la quale finanziare lo sviluppo delle fonti energetiche rinnovabili, nell’attesa di tutto ciò si auspica che questa

maggiore raccolta di imposte (delle quali alcune già in vigore) contribuisca al risanamento degli equilibri finanziari ma nel contempo è assolutamente indispensabile muoversi nella direzione del contenimento della spesa pubblica, e del reale rilancio dell’economia, infatti avrebbe poco senso inasprire la pressione fiscale senza prevedere economie di spesa ed incentivi alla produzione.

(Fonte: “Il Sole 24 Ore” “Milano Finanza”)



La terapia nel Rinascimento

La Terapia del Rinascimento presenta, in confronto con l'epoca precedente, alcune nuove caratteristiche dovute principalmente alla conoscenza di nuove droghe e nuovi alimenti importati dal nuovo mondo, ignorati prima di allora, e all'introduzione nella farmacologia di medicinali ottenuti per via chimica.

Fra i principali scrittori che si occuparono di far conoscere le nuove sostanze, ricordiamo il portoghese Garcia dell'Horto, autore di una descrizione delle piante dell'India; Cristoforo Acosta, che nel 1588 pubblicò un *Trattato delle droghe e piante medicinali delle Indie orientali*; il farmacologo e botanico di grande valore Charles de l'Escluse, noto col nome di Clusius, direttore a Vienna del locale orto botanico; Nicolò Monardes di Siviglia ed infine Prospero Alpino, osservatore e scrittore attento della medicina e delle piante dell'Egitto.

Fra i nuovi semplici importati in quest'epoca, dall'America e dalle Indie orientali, ricordiamo il balsamo del Tulù, il legno guaiaco, di grande utilità per la cura della sifilide, la salsapariglia, la scialappa, la cascarilla e l'ipocacuana.

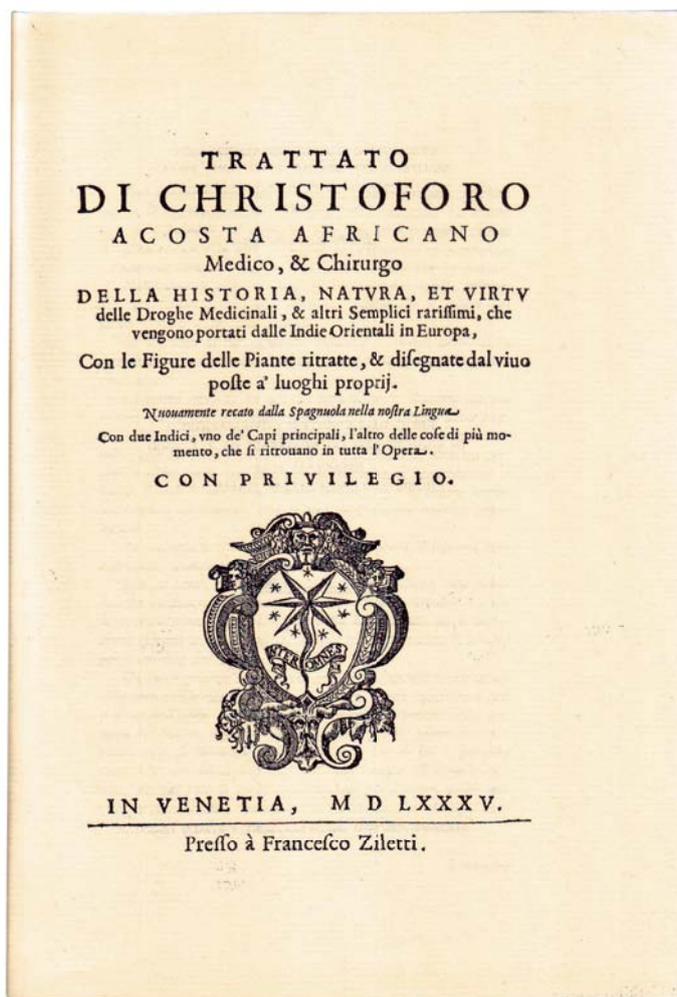
Accanto a questi e tanti altri prodotti dell'epoca precedente, trovarono allora un vasto impiego e una grande notorietà anche altre sostanze particolarmente curiose, ben presenti nelle farmacopee di allora. Ricordiamo anzitutto la "mummia", che sarebbe stata composta di tessuto muscolare umano proveniente da mummie rinvenute in sepolcri egiziani; preparata con uno speciale procedimento, ne risultava una sostanza nera, di sapore acre amaro,

dall'odore aromatico, indicata specie per calmare la tosse o i dolori. Altro farmaco portento era il "bezoar", una pietra di proprietà magiche, descritta per la prima volta dagli Arabi, antidoto universale sia per le ferite che gli avvelenamenti. Date le sue decantate virtù, si pagava a prezzi altissimi ed era custodita

in contenitori finemente cesellati, come un oggetto prezioso. Si usava anche incastonarla in anelli, che il medico recava con sé, come una specie di pronto soccorso, per applicarlo direttamente sul malato; in realtà, non era altro che una concrezione calcarea che si poteva ritrovare nello stomaco di alcuni ruminanti e che veniva poi opportunamente lisciviata e lucidata.

Altro medicamento misterioso, fu il celebre "corno di unicorno",

che altro non era se non il dente di narvalo, ma che era venduto a prezzi altissimi come l'unico corno esistente sulla fronte di un favoloso animale. Su questo argomento furono scritti numerosi volumi e fra questi ricordiamo come il più noto quello di Andrea Bacci, intitolato appunto *Discorso su le mirabili virtù del corno di unicorno*; era un antidoto universale che veniva raschiato e la polvere così ottenuta somministrata per via interna con una bevanda.



C. Acosta, *Trattato historia, natura et virtù delle Droghe Medicinali...*, In Venetia, 1585

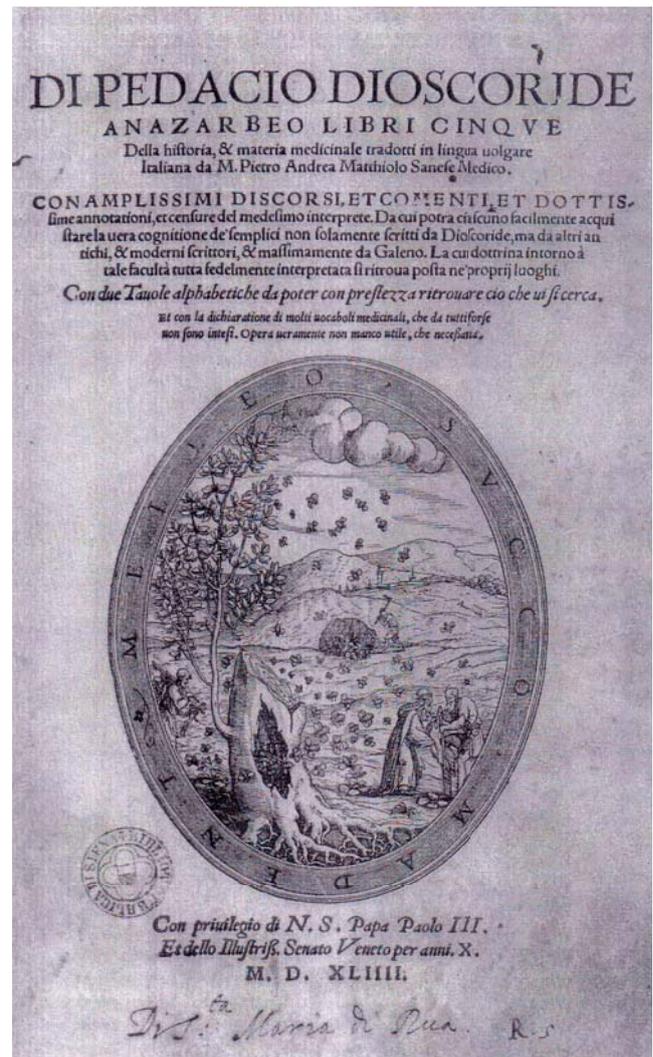


Ricettario Fiorentino, Firenze, 1567



Piero Andrea Mattioli

Cominciano ad essere stampate le prime farmacopee ufficiali, come il celebre *Ricettario fiorentino*, con riportate numerose sostanze medicinali presentate in tante forme come acque distillate, sciroppi, decotti, infusi, elettuari, emulsioni, tinture, pillole, polveri animali e così via. Accanto a queste, cominciano ad apparire anche le formulazioni chimiche, che avranno in Paracelso il suo più famoso assertore. Un altro importante argomento da ricordare in quest'epoca, è la nascita dei così detti "orti dei semplici" nei quali con grande cura venivano coltivate le piante ed in particolare quelle medicinali. Il primo ad essere costituito nel 1543 sarebbe stato quello di Pisa, fondato da Luca Ghini, seguito subito dopo da quello di Padova e poi di Bologna. A questi successivamente fecero seguito quelli stranieri. Oltre alla terapia con i più vari medicinali, presi principalmente dal mondo vegetale, ma anche animale e minerale, i medici disponevano di altri mezzi di cura, alcuni dei quali noti dall'antichità.



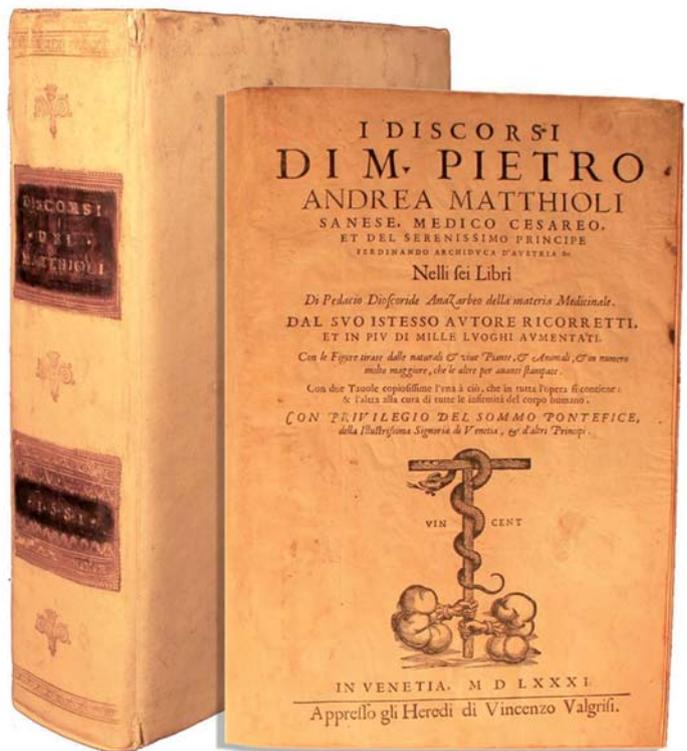
P.A. Mattioli, *Discorsi sopra i libri di materia medicinale di Pedacio Dioscoride*, In Venetia, 1544

Il salasso era fra questi il più noto e tante le discussioni e le polemiche per dove effettuarlo, con quale frequenza e quantità. I cauteri si applicavano ancora con appositi ferri roventi, di varie forme; frequente pure il ricorso ai clisteri, con vesciche munite di cannula ricurva e terminanti in alto con un allargamento ad imbuto, nel quale si versava direttamente il liquido; altri mezzi impiegati erano quelli delle coppette e, in generale, dei rivulsivi cutanei.

Molti furono, in questo secolo XVI, i medici, i botanici ed anche i chimici, che si occuparono e scrissero di questi argomenti. Ricordiamo i principali.

Ulisse Aldrovandi (1522-1605) fu un medico ed un naturalista molto famoso; era nato a Bologna, ove studiò ed insegnò per vari decenni; diresse l'orto botanico di

quella città, arricchendolo notevolmente e fu autore di una vasta *Storia naturale* in 12 volumi. Ancora più celebre fu il senese Piero Andrea Mattioli (1500-1577), medico e botanico, consultato dai principali personaggi del suo tempo; fu autore



P.A. Mattioli, *Discorsi sopra i libri di materia medicinale di Pedacio Dioscoride*, In Venetia, 1581



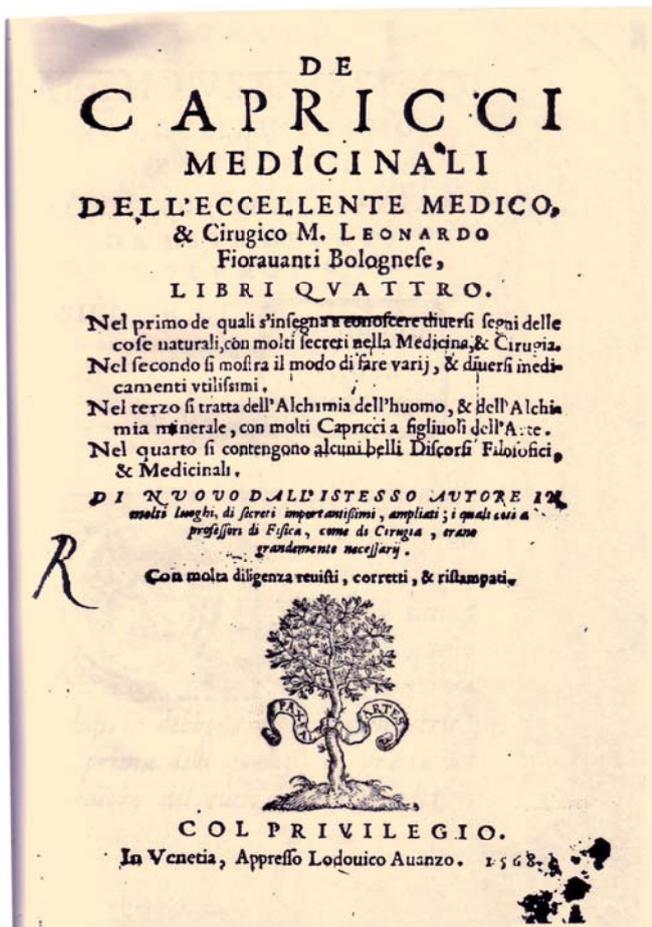
P.A. Mattioli, *Discorsi sopra i libri di materia medicinale di Pedacio Dioscoride*, In Venetia, 1544

delle *Epistolae medicales* a tutto, di una *poderosa* opera, *Discorsi sopra i libri di materia medicinale di Pedacio Dioscoride*, pubblicati a Brescia nel 1544 e poi tante volte ristampati, importanti perchè corredati delle tantissime immagini delle piante trattate. Pure assai stimato

al suo tempo fu Castore Durante (1505-1590), nato a Gualdo in Umbria, insegnò a lungo a Roma e scrisse un trattato dal titolo *Erbario novo*, stampato a Venezia nel 1584, che ebbe un larghissimo successo e molte edizioni, in cui vengono riportate le proprietà dei semplici che nascono in tutta l'Europa. Le figure che lo ornano sono però di minor pregio di quelle che illustrano l'opera del Mattioli.

Tra coloro che maggiormente dettero incremento alla conoscenza della botanica di allora, si devono ancora ricordare Bartolomeo Maranta (1500 ca.-1571), medico e semplicista; Luigi Anguillara (1512-1570) e sopra a tutti Andrea Cesalpino (1519-1603), medico insigne, autore nel 1583 di un libro, *De plantis*, nel quale si ritrovano anche importanti considerazioni sulla circolazione del sangue.

Molti medici si occuparono allora anche di terapia in generale, come Giovanni Manardi di Ferrara (1462-1536), Antonio Musa Bravola (1500-1555), che alla fine



L. Fioravanti, *De capricci medicinali*, In Venetia, 1568

della sua vita scrisse un'opera dal titolo *De medicamentis tam simplicibus quam compositis*, ed in specie G. Battista Della Porta (1535-1615), interessante figura di studioso, autore di un trattato, *De Phytognomonica*, opera in cui espone molte sue particolari idee terapeutiche.

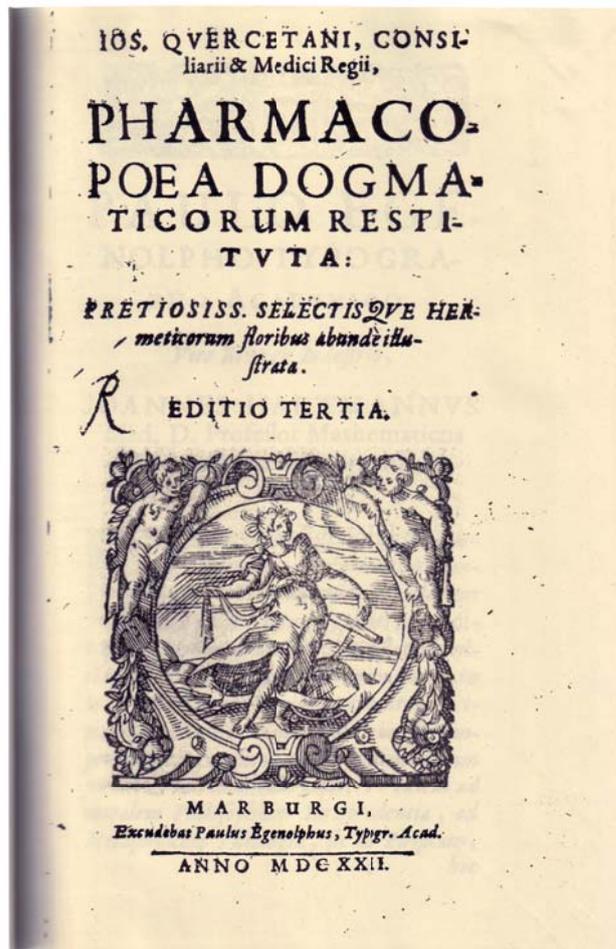
Fra coloro che si occuparono di farmaci su base chimica, sono da ricordare Tommaso Zeferiele Bovio (1521-1609), che pubblicò nel 1584 il suo *Flagello de' medici rationali*, in cui esalta le virtù del suo "Ercole", medicamento misterioso con quale egli si vanta di aver guarito oltre settemila persone, e Leonardo Fioravanti (1517-1588), autore dei famosi *Capricci medicinali* in cui sono riportate numerose ricette, spesso su base chimica, capaci di produrre effetti "terribili e grandi" fino a fare risuscitare anche i morti!

Tra gli autori stranieri, vanno ricordate alcune figure di studiosi

Pantagruel. Altri appassionati studiosi di materia medica furono Valerio Cordo (1515-1554), Leonard Fuchs (1501-1566), insegnante a Ingolstadt e poi Tubinga, autore dell'opera *De historia stirpium*, ricca di indicazioni terapeutiche; Corrado Gesner, svizzero (1516-1565), definito il primo farmacologo sperimentale, che provò su se stesso l'azione delle piante medicamentose che egli andava studiando,

per l'apporto alla storia della farmacologia. Citiamo per primo Guglielmo Rondelet (1507-1566), che fu uno dei maestri più noti della scuola di Montpellier, autore di apprezzate opere, tra cui una *Farmacopea*; fu insegnante anche di Rabelais, che poi lo ricordò con il nome di Rondibilis nel suo celebre libro *Gargantua e*

anche se erano a volte pericolose. In possesso di un materiale vastissimo, scrisse fra l'altro nel 1541 una *Historia plantarum*, che ebbe molto successo. Altri famosi studiosi di questa epoca furono il belga Rembert Dodoens (1517-1585), il francese Mattia de Lobel (1538-1616), Osvald Croll (1580-1609), medico e alchimista, che ricercò principalmente un medicinale che potesse prolungare la vita ed autore di un'opera intitolata *Basilica chimica*, stampata poi nel 1608 ed infine Giuseppe du Chesne, meglio conosciuto col nome di Quercetanus (1544-1609), convinto seguace di Paracelso, che fu medico di re Enrico IV, e scrittore tra l'altro di una *Pharmacopea dogmatica restituta* in cui espone in dettaglio numerosi procedimenti alchimistici e tutti i medicinali allora noti, nelle loro varie forme.



Quercetanus, *Pharmacopea Dogmaticorum Restituta*, Marburgi, 1622

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).

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

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

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 giunzionale 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

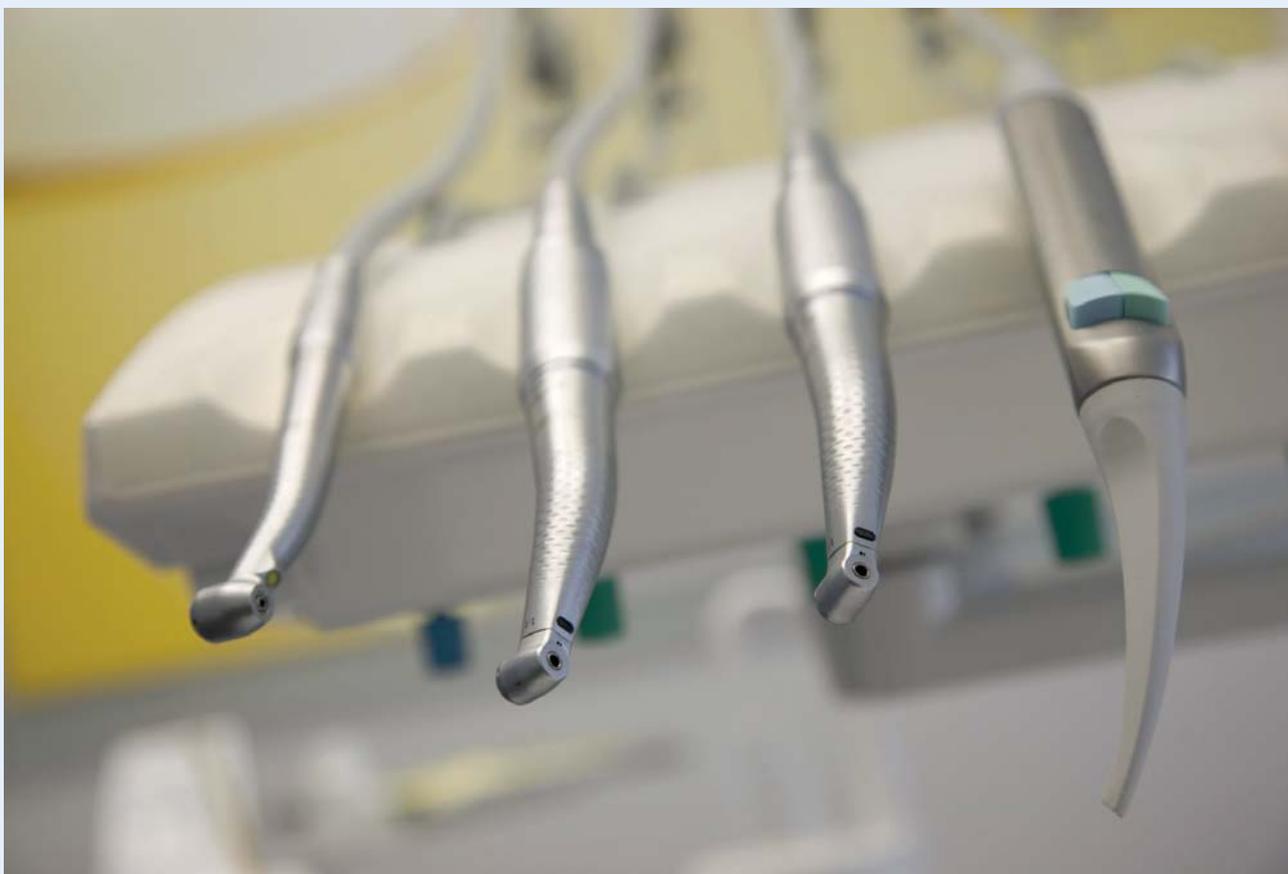
Qui di seguito sono elencate le procedure per l'esecuzione dell'intervento chirurgico parodontale con tecnica di riposizionamento del lembo coronale con innesto di tessuto connettivale palatale o sintetico.

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.



Iperidrosi: terapia chirurgica mini invasiva

L'iperidrosi definita "essenziale" è una sudorazione eccessiva, colpisce l'1% della popolazione mondiale, priva di cause specifiche, non riconducibile a fattori ambientali, è dovuta a un'abnorme attività del sistema nervoso simpatico, spesso ereditata, che in genere compare nell'infanzia o nell'adolescenza e si manifesta più frequentemente nella zona palmare e in quella ascellare, causando, in chi ne soffre, notevole disagio e difficoltà di tipo relazionale.

Esiste anche l'iperidrosi definita "secondaria", ossia associata ai sintomi di una patologia nota (ipertiroidismo o altre alterazioni del sistema endocrino, terapie ormonali per neoplasie, malattie psichiatriche, obesità, menopausa).

La sudorazione patologica delle mani è generalmente la condizione più fastidiosa, a causa della continua esposizione e dell'importante ruolo che esse svolgono nelle attività professionali, nei rapporti interpersonali e nella vita sociale. Il grado del disturbo della sudorazione può variare, da una semplice umidità del palmo della mano fino ad un vero e proprio "gocciolare", l'iperattività dei nervi che regolano la sudorazione crea anche disturbi a carico della microcircolazione, i vasi si contraggono e le mani risultano fredde mentre sudano.

I pazienti affetti da iperidrosi troppo spesso ed in maniera superficiale vengono definiti emotivi, ma in genere è il fenomeno della sudorazione eccessiva che genera imbarazzo ed ansia non viceversa. Tra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del Novecento le indicazioni alla simpaticectomia furono le più disparate. Nel 1920 venne eseguita la prima simpaticectomia per iperidrosi da

Kotzareff, nel 1927 Kunz descrisse il nervo omonimo, presente nel 10% dei casi e responsabile se non riconosciuto di una denervazione incompleta.

Successivamente si svilupparono molte tecniche di approccio alla catena del simpatico, transtoracica, sopraclavicolare, paravertebrale, tutte estremamente invasive, ma soltanto con l'avvento della chirurgia video-toracoscopica negli anni '90 si è avuto un nuovo impulso ed interesse per il trattamento chirurgico, definitivo, dell'iperidrosi.

Negli ultimi anni è stata messa a punto a Pisa (e in pochi altri centri in Italia) presso la Unità Operativa di Chirurgia Toracica, diretta dal Prof Alfredo Mussi, della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, una tecnica mini-invasiva per accedere ai gangli simpatici toracici responsabili dell'innervazione della ghiandola sudoripare del volto, dell'ascella e della mano.

L'intervento è chiamato simpaticec-

tomia bilaterale videotoroscopica e, grazie alla sua minima invasività, è considerato la terapia di prima scelta per la cura definitiva dell'iperidrosi essenziale, sostituendo l'approccio open o "a cielo aperto" ormai non più accettato sia dal paziente che dal chirurgo e poco eseguito anche in passato.

L'intervento chirurgico di simpaticectomia comporta la resezione del nervo simpatico con asportazione completa del II e/o III e/o IV ganglio toracico a seconda del livello del distretto colpito dalla ipersudorazione. Viene sezionato soltanto il tratto di nervo e di ganglio deputato al controllo della singola sede di sudorazione e più specificatamente limitiamo la sezione del ganglio T3 per la forma palmare, T4 per la ascellare lasciando quindi indenne il ganglio T2 che viene sezionato solamente per la forma più rara facciale.

L'intervento è eseguito in anestesia generale, essendo necessario collassare temporaneamente il polmo-

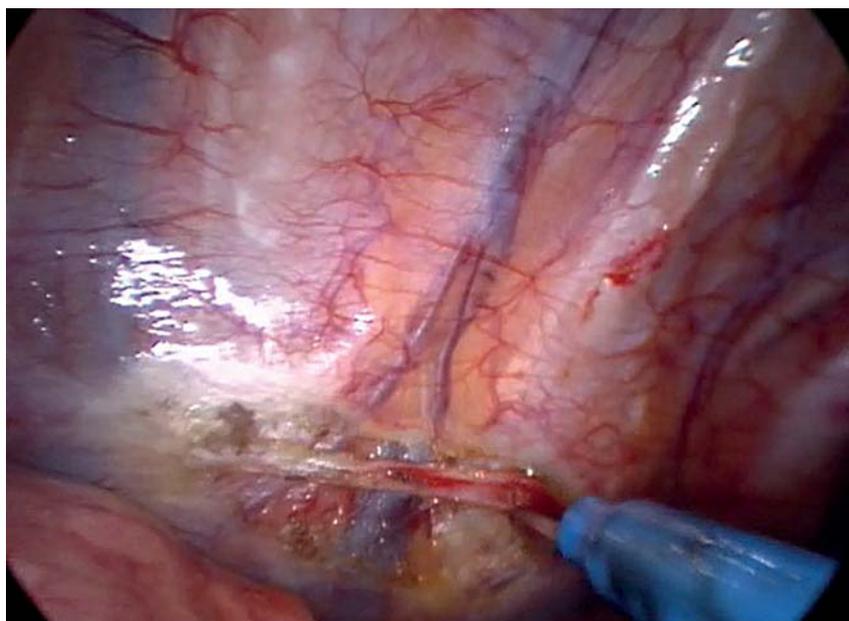


Figura 1: Asportazione nervo simpatico

ne per permettere di realizzare due mini-accessi toracoscopici di pochi millimetri nel cavo ascellare. E' possibile eseguire l'intervento nella stessa seduta operatoria, in modo sequenziale, su entrambi i lati. Il decorso post-operatorio è in genere rapido, con un recupero immediato nelle prime 24 ore e una degenza media di un paio di giorni.

La tecnica Toracoscopica è molto sicura e, in mani esperte, può portare alla risoluzione completa dei sintomi in oltre il 98% dei casi, l'effetto è immediato e il paziente si sveglia dall'anestesia con la zona trattata calda ed asciutta. In molti casi si riscontra anche la riduzione della sudorazione, se presente, ai piedi, ma il meccanismo che porta a questo risultato

è ancora in parte sconosciuto.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, occorre segnalare la sudorazione compensatoria in altre parti del corpo, di solito al tronco ed alle gambe, ma questo aumento di sudorazione presente solamente nel 2% dei pazienti grazie anche alla resezione del nervo limitata, è in genere leggero e tende ad attenuarsi gradualmente.

Recentemente oltre alla tecnica Toracoscopia abbiamo utilizzato per il trattamento chirurgico della iperidrosi anche la Chirurgia Robotica, grazie alla ultima generazione del Robot Da Vinci, ottenendo ottimi risultati, garantiti da una migliore precisione chirurgica, per la visione tridimensionale del Robot associati ad una

minor durata della anestesia, per la possibilità di lasciare il paziente in un'unica posizione operatoria differentemente alla tecnica Toracoscopia che richiede il posizionamento in decubito laterale per ciascun lato trattato.

Sulla base della nostra esperienza possiamo affermare che la simpaticectomia toracica bilaterale è una metodica efficace, esente da complicanze con ottimi risultati e minimi effetti collaterali.

Una limitata simpaticectomia standardizzata in base alla sede della iperidrosi riduce l'incidenza di sudorazione compensatoria con una percentuale elevata di successo indipendentemente dalla tecnica utilizzata.

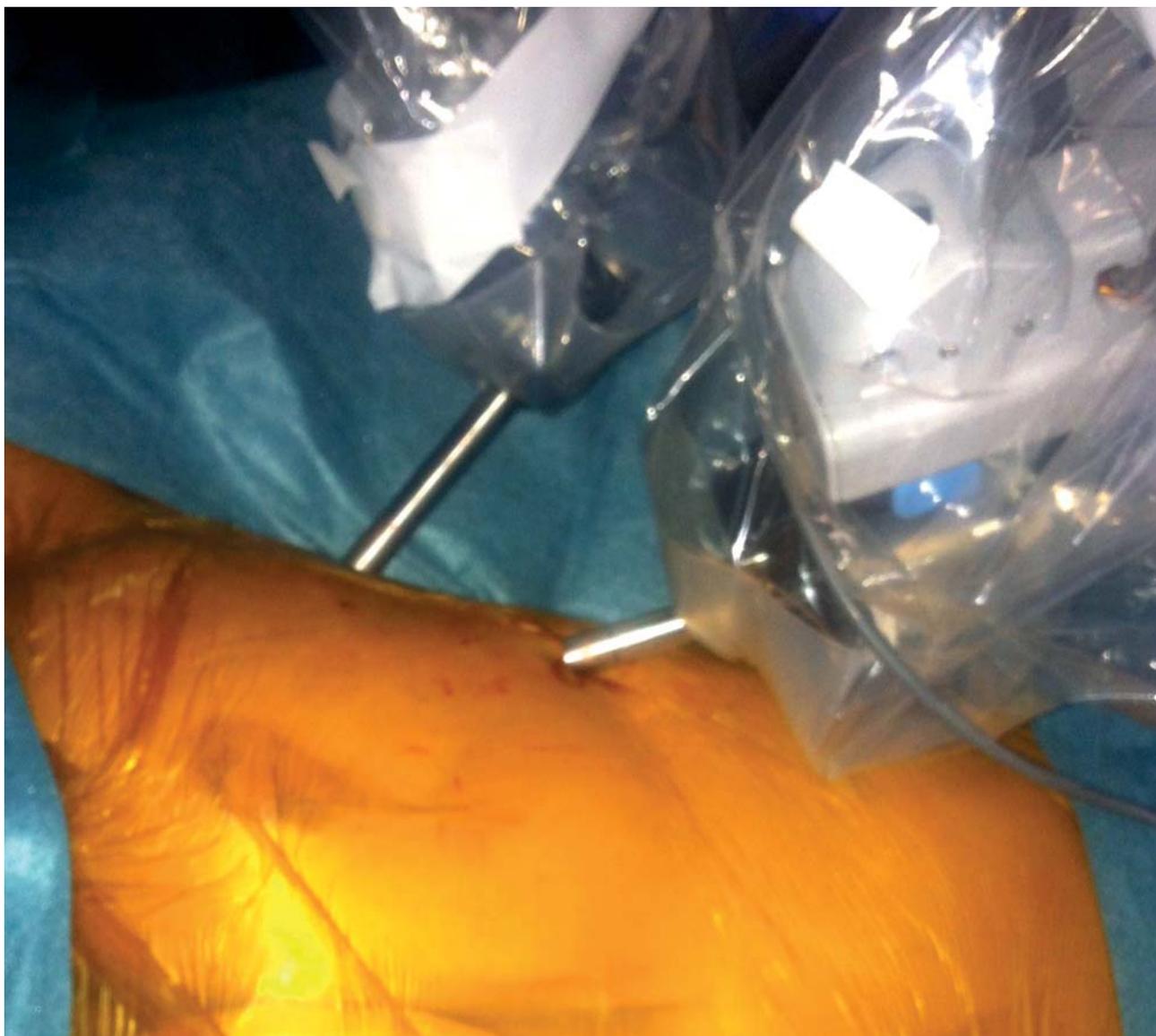


Figura 2: Bracci robot da Vinci

Pisa sede di un importante corso sulle "malattie rare in reumatologia"

Le *malattie rare* costituiscono un gruppo eterogeneo di affezioni che si caratterizzano per la gravità, la cronicità e l'onere sociale. In base alla definizione europea, una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000. La bassa prevalenza nella popolazione non significa però che le persone con malattia rara siano poche. Si parla infatti di un fenomeno che colpisce milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa. Del resto, il numero di Malattie Rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7000 e le 8000.

Il Corso teorico-pratico, indirizzato a medici iscritti all'ultimo anno delle Scuole di Specializzazione in Reumatologia di tutta Italia, ha lo scopo di fornire le cognizioni di base necessarie per un corretto inquadramento clinico delle *malattie rare* di interesse reumatologico, delle quali, durante il corso, saranno trattati gli aspetti eziopatogenetici, diagnostici e clinimetrici più rilevanti. Verranno inoltre affrontati anche alcuni degli argomenti più controversi, non solo riguardanti la clinica ma anche la farmacologia. Al fine di fornire le basi razionali del trattamento verranno discussi pro e contro dei vari schemi terapeutici.

Il Corso si articola in 4 giornate: la prima sarà dedicata ad una parte introduttiva sulle *malattie rare*, in particolare gli aspetti etici e normativi relativi all'uso dei farmaci off-label nelle malattie reumatiche. Nelle successive giornate, per i singoli gruppi di patologie verranno trattati i seguenti aspetti: patogenesi, manifestazioni cliniche, clinimetrica e terapia. La parte teorica sarà affiancata da una parte pratica con presentazione e discussione di casi clinici.

Sabato 26 maggio gli Allievi del Corso potranno spostarsi a Buti

dove verranno iscritti al VIII Incontro della Associazione Alessandro Lupoli dal titolo "*La terapia delle malattie autoimmuni sistemiche: ruolo del reumatologo e del medico di medicina generale*". L'incontro è aperto

anche a tutti gli specializzandi che vorranno iscriversi, ma è in particolare indirizzato ai medici di medicina generale e ai medici che operano nelle strutture ospedaliere e universitarie nell'ambito della medicina interna.

VII Corso teorico-pratico

La settimana delle "malattie rare" in Reumatologia

Alessandro Lupoli

Pisa/ Buti 22-26 maggio 2012

Comitato organizzativo
Stefano Bombardieri

Segreteria Scientifica
Rossella Neri UO Reumatologia A.O.U.P.
e-mail: r.neri@int.med.unipi.it

Antonio Tavoni UO Immunoallergologia A.O.U.P.
e-mail: a.tavoni@int.med.unipi.it

Segreteria organizzativa
Clinical and Experimental Rheumatology
via S. Maria, 31-56126 Pisa
<http://ecm.clinexprheumatol.org>
e-mail: meetings@clinexprheumatol.org

Malattie lisosomiali e diagnosi precoce

L'interesse sviluppatosi negli ultimi anni intorno alle malattie lisosomiali, malattie genetiche, frequentemente ad esordio infantile, dovute ad un difetto genetico a carico di una delle proteine enzimatiche contenute nell'apparato lisosomiale, deriva dal fatto che, a fronte della loro bassa incidenza, circa 1 su 5000 nati vivi per 45 forme oggi note, esse rappresentano modelli clinico-sperimentali nei confronti dei quali i recenti progressi di ricerca clinica hanno potuto individuare nuove possibilità di trattamento. Le manifestazioni cliniche sono spesso multisistemiche, tuttavia con sintomi e segni per lo più non specifici e talora tardivi. L'interesse del neurologo, ma anche del medico di famiglia, è quello di, in assenza di una tipica presentazione sindromica, captare segni precoci di malattia ed evitare un ritardo nella diagnosi.

La malattia di Pompe, la prima malattia da accumulo lisosomiale riconosciuta negli anni sessanta, è causata da un deficit genetico autosomico recessivo, dell'alfa-glucosidasi acida (GAA) o maltasi acida, responsabile della glicogenolisi intralisosomiale. Circa un terzo dei pazienti presenta una forma di malattia molto grave ad insorgenza in età infantile (entro i 12 mesi di vita), per il deposito massivo di glicogeno nel cuore, diaframma e nei muscoli scheletrici, cui si può associare macroglossia ed epatomegalia, mentre la maggior parte dei pazienti è affetto da una forma ad insorgenza in età giovane-adulta e a progressione più lenta.

La forma ad insorgenza tardiva ha ampia variabilità fenotipica con un *continuum* da forme gravi e disabilitanti a forme lievi paucisintomatiche. E' frequente una miopatia del tronco e arti, specie inferiori, con possibile perdita della deambulazione, e della muscolatura respiratoria con necessità di ventilazione assistita. Proprio per questa variabilità clinica, tutti i pazienti che manifestano crampi muscolari, mialgie, iperCKemia persistente o debolezza muscolare prossimale degli arti dovrebbero essere valutati anche per la presenza di una possibile malattia di Pompe.

La diagnosi della malattia di Pompe, specie della forma tardiva, può essere particolarmente impegnativa e necessita di esami specifici tra cui la biopsia muscolare (presenza di vacuoli PAS positivi e incremento della attività della fosfatasi acida, Fig. 2), studio biochimico della attività enzimatica della maltasi acida e test genetico-molecolare che evidenzia la mutazione nel gene sul braccio lungo del cromosoma 17.

Recentemente è stata sviluppata una metodica per misurare la maltasi acida su sangue essiccato (DBS, *dried blood spot*), rapida e di buona specificità e sensibilità, utilizzata come test di screening in ambito pediatrico e, di recente, presso il nostro Centro per le Malattie Neuromuscolari nell'ambito di uno studio multicentrico italiano su adulti con iperCKemia asintomatica.

I pazienti affetti da malattia di Pompe necessitano, accanto al neurologo, di una gestione

multidisciplinare. Una diagnosi precoce di malattia di Pompe è inoltre fondamentale perché permette un trattamento precoce, essendo dal 2000 disponibile la terapia enzimatica sostitutiva. Il farmaco viene somministrato per infusione endovenosa ogni 14 giorni in ambiente ospedaliero (posologia: 20 mg/kg), dimostrando di modificare il decorso naturale di malattia, soprattutto nella forma infantile, ma anche in quella adulto-giovanile (dati del Gruppo Italiano della Glicogenosi II, Angelini et al, 2011).

Descritta per la prima volta nel 1989, la **malattia di Anderson-Fabry** è una sfingolipidosi del bambino e dell'adulto, per deficit di α -galattosidasi A da mutazione del gene GALA sul braccio lungo del cromosoma X (Xq22). Nei casi tipici, l'esordio avviene durante l'infanzia o l'adolescenza. L'insufficienza renale, la cardiomiopatia e l'ictus rappresentano le principali cause di morbilità correlata alla malattia nell'età adulta, mentre il dolore neuropatico è la principale causa di morbilità nei primi due decenni di vita in questi pazienti. Nei casi più severi, la morte sopraggiunge durante la quinta o sesta decade di vita ed è secondaria all'interessamento del sistema nervoso o del rene.

Il coinvolgimento di vasi mesenterici e gangli autonomi gastrointestinali si manifesta nell'infanzia con sintomi quali diarrea, dolore addominale, nausea, vomito e anoressia. Segno patognomonico se pur raro è rappresentato da opacità corneali a raggiera. L'ipoidrosi, causa di intolleranza al caldo e all'eser-

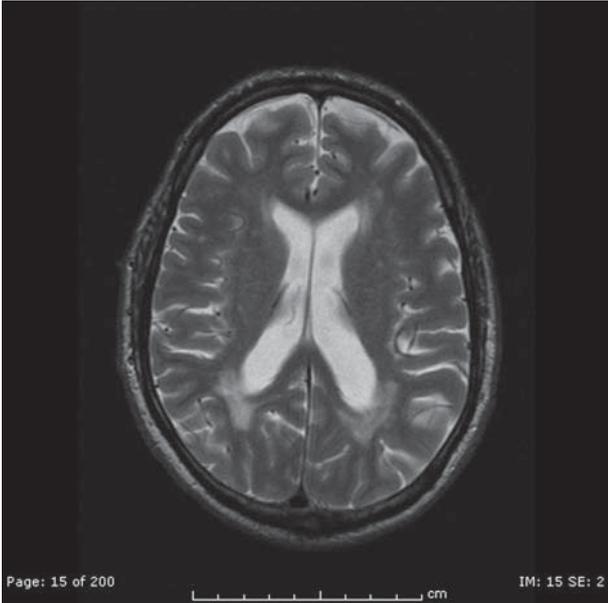


Fig. 1 - RMN encefalo (T2) nella malattia di Fabry: iperintensità di segnale nella sostanza bianca degli emisferi cerebrali

cizio, da riferire a interessamento del sistema nervoso periferico o dei piccoli vasi perighiandolari, è un sintomo comune. Gli angio-

cheratomi (piccoli angiomi del derma) si presentano come lesioni rosso-violacee, che non scompaiono alla digito-pressione, solitari o confluenti, a livello di natiche, inguine, ombelico e cosce con tipico aspetto a "costume da bagno".

I sintomi cardiaci, ipertrofia del ventricolo sinistro, aritmie, angina e dispnea, sono riportati in circa il 40-60% dei

e, quindi, verso la quinta-sesta decade di vita, in uremia. I segni e i sintomi del coinvolgimento cerebrovascolare, risultato del coinvolgimento multifocale dei piccoli vasi sanguigni (Fig. 1) e comuni nell'età adulta, sono molteplici ed includono mal di testa, vertigini, attacchi ischemici transitori, ictus ischemico e, più raramente, demenza vascolare.

La diagnosi di malattia di Fabry è complessa e richiede un approccio multidisciplinare. E' stato calcolato che il ritardo medio di diagnosi è 13 anni per i maschi e 16 per le femmine. Per confermare la diagnosi, è necessario valutare l'attività enzimatica dell' α -galattosidasi nel plasma e nel siero, nei leucociti, nelle secrezioni lacrimali, nelle biopsie tissutali o nella coltura dei fibroblasti cutanei e ricercare la mutazione genetica.



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

Una Biblioteca per ricordare il Prof. Bonadio

Una biblioteca per ricordare il Prof. Mario Bonadio, a poco più di un anno dalla sua scomparsa. E' quanto deciso dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia per tributare un doveroso e riconoscente omaggio ad un collega che nel corso della sua carriera, si era adoperato anche per rendere più sicuri i vari reparti, conducendo una lotta serrata contro le infezioni ospedaliere. La biblioteca, all'interno del nuovo Ospedale di Cisanello, sarà costituita da parte del materiale proveniente dal Museo di Anatomia Umana e da una preziosa collezione di volumi storici di medicina editi dal '500 ai giorni nostri, già di proprietà del Prof. Alberto Zampieri che ha deciso di cederli ad un prezzo decisamente



di favore. Acquisto che come

ha ricordato il Preside di Medicina, Prof. Mario Petrini, è stato realizzato grazie al concorso di fondi provenienti dalla Biblioteca di Medicina, dal Dipartimento di Anatomia, dalla stessa Facoltà e da alcune fondazioni, tra le quali "Arpa" presieduta dal Prof. Franco Mosca che ha contribuito ad un terzo della somma necessaria.

Proprio il Prof. Mosca, quando l'amico Bonadio venne a mancare, prese l'impegno davanti alla Facoltà di onorarne la memoria istituendo una borsa di studio poi tramutata in fondo per la realizzazione della biblioteca, ritenendola a suo dire "una scelta utile, perché andava a creare un qualcosa che nel tempo avrebbe permesso di ricordare Bonadio in modo stabile".



nella Giunta Cortopassi. Una Mario Bonadio, ci ha regalato e per la quale, l'attribuzione di un luogo destinato alla formazione delle menti, qual'è, la nuova biblioteca medico-scientifica, ci sembra un omaggio più che doveroso.

Ex Allievo del Sant'Anna, Mario Bonadio che era originario della Calabria, fin dalle sue prime frequentazioni presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, si era distinto quale studente modello, tanto da vincere, nel 1963 il concorso per l'allora Collegio Medico-Giuridico. Laureatosi nel 1970 divenne Professore Associato nel 1985. Allievo del Prof. Monasterio, fu il fondatore e Direttore della Scuola di Specializzazione di Malattie Infettive. Per decenni ha svolto la sua attività nella Clinica Medica del S. Chiara, dove ha promosso numerose iniziative soprattutto volte a debellare le infezioni ospedaliere. Persona di grande umanità e grande senso civico, Mario Bonadio si è contraddistinto anche quale personaggio politico, di quella POLITICA di cui oggi si sente una grande mancanza. Militante del Partito Liberale Italiano, da moderato qual'era, ha ricoperto con grande competenza anche ruoli nella pubblica amministrazione. Come non ricordare i suoi interventi pacati e corretti nei tanti Consigli Comunali, negli anni '90, quando era assessore Comunale

"silenziosa lezione di vita", non solo professionale, quella che

Pisa capitale dell'AMMI fra arte e solidarietà

Da venerdì 27 a domenica 29 gennaio 2012 si è tenuto a Pisa il Convegno Interregionale del Centro come già programmato in sede nazionale.

Sabato 28 gennaio nell'Aula Magna della Scuola Superiore Sant'Anna si è aperta la giornata di lavori con il saluto della Presidente della Sezione di Pisa Maria Antonietta Calderazzi che ha fatto gli onori di casa rivolti in prima persona alla Presidente Nazionale Lilia Tatò Fortunato e a tutta la Giunta e ai Membri dell'Esecutivo Nazionale intervenuti, così come alle Presidenti convenute e alle socie delle varie Sezioni che hanno voluto partecipare all'incontro. L'Assemblea è stata aperta e condotta dalla Presidente Nazio-

nale che ha indicato gli argomenti all'ordine del giorno approfondendo il tema dell'attività associativa in collaborazione con le socie presenti.

Non è mancato il caloroso saluto inviato dal Presidente dell'ONAO-SI Dott. Serafino Zucchelli con cui l'AMMI collabora solidalmente a favore di un proficuo lavoro produttivo di contenuti e di intenti.

A seguire è intervenuto il Sindaco di Pisa Marco Filippeschi che ha profuso parole di compiacimento per gli obiettivi e gli scopi della nostra Associazione, per la scelta della sede del Convegno e per la tradizione culturale della città di Pisa che ha ospitato l'evento.

Successivamente è intervenuto il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Prof. Mario Petrini,

che ha ricordato le attuali difficoltà di gestione dei corsi di Laurea e i problemi di inserimento nel mondo del lavoro dei nuovi laureati. Infine il Dott. Giuseppe Figlini, Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa ha ulteriormente ribadito la difficoltà oggettiva di inserimento nel mondo del lavoro dei nuovi medici e ha ringraziato la nostra Associazione per gli aiuti materiali e morali che profonde verso le famiglie bisognose di aiuto.

La mattinata è proseguita con le varie relazioni, interventi delle Sezioni presenti, votazione del Tema Nazionale e varie proposte. I lavori si sono conclusi con l'esposizione del programma del prossimo Congresso Nazionale che si svolgerà a Napoli nel mese di maggio du-





rante il quale verrà assegnato il premio di ricerca per giovani laureati sulla Medicina di Genere.

Il programma sociale prevedeva la visita guidata della Piazza dei Miracoli e in particolare la visita del Duomo, del Battistero e delle Sinopie del Camposanto Monumentale.

La Mostra su Picasso a Palazzo Blu ha dato la possibilità a chi ha scelto la visita guidata di poter ammirare anche la collezione permanente di Palazzo Giuli Rosselmini detto Palazzo Blu che si affaccia sui meravigliosi Lungarni Pisani. Dopo il concerto d'organo nella bellissima Chiesa dei Cavalieri di Santo Stefano, la serata si è conclusa con una cena tipica toscana



nel famoso ristorante "Da Bruno".

La Cena di Gala si è svolta a Villa Rita, un'antica dimora immersa nella campagna toscana, con una piacevole proposta di piatti della tradizione toscana alternati a proposte di raffinata cucina italiana. La serata è stata allietata da un piacevole accompagnamento musicale e si è conclusa in allegria.

La domenica è stata dedicata a una visita del Parco di San Rossore percorrendo la selva fino al mare su una carrozza trainata da cavalli proprio nel giorno della benedizione degli animali. Il Pranzo al ristorante dell'Ippodromo ha concluso la giornata e il nostro programma.

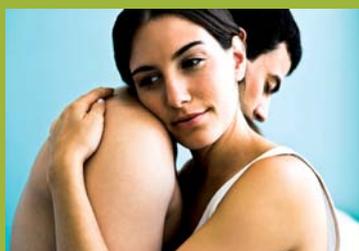
PerLA
PERSONE PER L'ANDROLOGIA

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

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA

di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



Acqua Minerale Naturale

ULIVETO

Aiuta la Digestione

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

