

PisaMedica

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

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



in questo numero:

Endoscopia robotica: il sistema Endotics

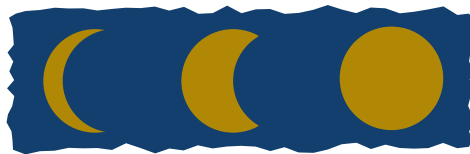
M. Bertoni - E. Tumino - G. Parisi
S. Metrangolo - M. Bertini - G. Bresci
U.O. Gastroenterologia A.O.U.P.

Odontoiatri uniti per la tutela della deontologia

G. Renzo
Presidente CAO Nazionale

Elettroencefalografia e tecniche correlate

L. Briscese - T. Bocci - E. Giorli - M. Santin
C. Pecori - S. Tognazzi - F. Sartucci
Sez. Dipartimentale Neurologia A.O.U.P.



ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

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

Segreteria Organizzativa:

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

Segreteria Scientifica:

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

www.progettoluceonline.org

Una "rete" per la salute

Precursori nel 1970, quando vennero create le Regioni, innovativi oggi. Le ragioni d'una gestione di qualità nel settore sanitario hanno radici lontane in Toscana, ma l'albero della salute appare ancora ben saldo al cittadino ed alla sua domanda di salute. Qualcuno ha cioè visto molto avanti nel tempo i mutamenti sociali e ne ha gettato le basi organizzative. Ora si raccolgono i frutti di quelle scelte coraggiose e si propongono al contempo continui mutamenti, capaci di adattare la risposta istituzionale alle diversificate esigenze dell'utenza. Una "rete" dunque funzionale e pragmatica, dove pubblico e privato s'intrecciano appunto "a rete", consapevoli che soltanto da un razionale amalgama possano scaturire le soluzioni più positive.

Ed in questo lungo, non certo facile, cammino di oltre quarant'anni, le varie componenti hanno avuto un proprio ruolo capace di portare acqua al grande mare della salute. Ciascuno con un singolo percorso che si è mosso, giorno dopo giorno, fra le infinite asperità del terreno, ma continuo e costante nell'ingrossarsi dalla sorgente, al ruscello, al torrente ed al fiume.

Parte importante in tutto ciò, l'ha

svolta senz'altro la classe medica, nel suo sistema gerarchico ed operativo, con la partecipazione fattiva degli Ordini professionali. Pisa, alla pari di altri, ha fatto la propria parte, costruendo mattone dopo mattone, la casa della salute, certa che la stabilità individuale e collettiva della società avrebbe potuto crescere e svilupparsi, unicamente se ciascuno avesse svolto i compiti assegnatigli. E così è stato. Non siamo noi a dirlo, ce ne guarderemo bene perché non è nel nostro stile lodarci, ma in tal modo parlano chiaramente le testimonianze di chi ha condiviso il lavoro di gruppo.

Non vogliamo però fermarci e sdraiarsi sugli allori. Non avrebbe alcun senso. Ci attendono invece altre sfide, ancor più delicate ma non per questo meno stimolanti. Confermiamo dunque il nostro impegno, consci delle forze disponibili, ma soprattutto della chiara e trasparente volontà di lavorare insieme per il benessere del cittadino. La stessa Riforma Sanitaria, che oggi compie trentaquattro anni, ebbe a definire la tutela della salute, come un diritto del cittadino ed allo stesso tempo un dovere dello Stato. E noi, medici, a garanzia, ne rappresentiamo nello specifico un asse portante.

Ecco perché ieri, come oggi ed alla pari domani, saremo sempre in prima linea per mantenere quanto stabilito quel giorno dal nostro Parlamento, massima espressione della libera volontà popolare.



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.*

La relazione medico-paziente: l'esperienza dei gruppi Balint

Con il trascorrere degli anni e l'avanzare nel cammino della nostra vita professionale, ci siamo interrogati su quale testimonianza sia determinante consegnare a coloro che si trovano sul nostro stesso percorso.

Nei trent'anni di esercizio della medicina generale abbiamo scoperto che questa testimonianza riguarda proprio la passione per l'incontro con il paziente, incontro che ha le caratteristiche di ripetersi giorno dopo giorno nel rapporto col malato, di interrogare costantemente il medico e di essere imprescindibile dall'esercizio dell'arte medica.

Nel corso di laurea in medicina e nell'offerta didattica successiva sono davvero rari, se non del tutto mancanti, momenti formativi alla relazione medico paziente, anche se, poi, ogni professionista si ritiene capace di farsi sul campo la propria sofferta esperienza, quando invece utilizza soltanto il proprio insufficiente buon senso.

Si tratta di una formazione ancor più indispensabile, oggi, in cui l'ampliarsi delle frontiere della medicina e della tecnologia hanno reso il sapere medico più esigente anche se carente da un punto di vista relazionale.

Siamo tornati a frequentare e a sviluppare i gruppi proposti da Michael ed Enid Balint fin dagli anni 50 e diffusi in

ambito internazionale. Dal 1969 si è costituita la Balint Society (balint.co.uk).

La metodologia mira a provocare nel medico una maggiore consapevolezza proprio su quegli aspetti emotivi-affettivi che egli stesso vive all'interno del rapporto con il "suo" paziente.

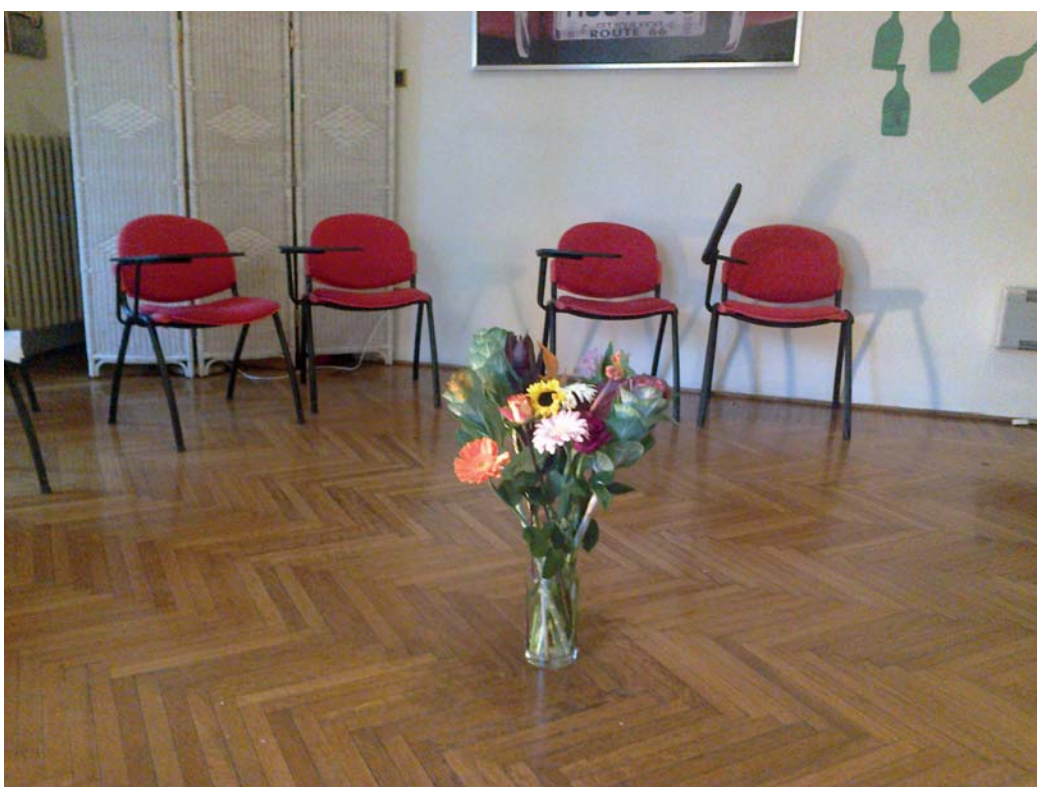
Questi aspetti sono spesso misconosciuti da noi medici ed esaminati quasi sempre in solitudine; eppure caratterizzano la nostra attività clinica, tanto da spingere Balint a parlare del medico stesso come farmaco, non solo in quanto rimedio per il malato, ma in quanto capace di provocare "indesiderabili effetti secondari" sui pazienti.

Scrive, infatti, M.Balint in "Medico, paziente e malattia" (1961): "La di-



Balint Enid e Michael

scussione rivelò ben presto che il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso, e cioè che non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui il medico offre al suo paziente, in verità tutta l'atmosfera in cui la medicina viene data e presa".



Oltre all'esperienza vissuta negli anni attraverso la partecipazione ai gruppi Balint, tra i quali quelli da tempo organizzati per i MMG dall'Agenzia di Formazione dell'USL 11 Empoli in collaborazione con la sezione toscana della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, stiamo frequentando ormai il terzo anno del corso triennale di formazione avanzata per conduttori di gruppi Balint promosso dall'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze e dal Laboratorio di Formazione Sanitaria della Regione Toscana. Inoltre in collaborazione con l'U.O. di Formazione dell'USL5

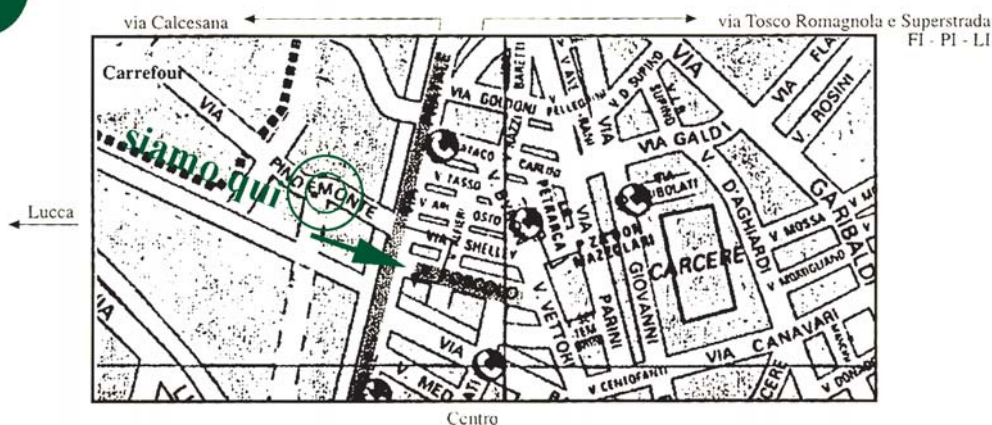
Il metodo balintiano prevede incontri di formazione alla pari tra colleghi, coordinato da un conduttore esperto, e centrato su quella relazione con un paziente che ha lasciato una traccia nel vissuto del medico che presenta il caso al gruppo. Ogni partecipante può così rivivere le dinamiche che il caso risveglia in lui, e dare il proprio contributo all'elaborazione del caso stesso. Immancabilmente il medico relatore scopre aspetti di cui prima non si era accorto, e questa novità costituisce un momento di crescita per se stesso e per il gruppo.

Klaus Rohr, già Presidente della Società Svizzera di Medicina Psicosomatica e allievo di M. Balint, da noi incontrato in un seminario a Parma,

dice che i gruppi Balint sono un'esperienza per "medici curiosi" e, potremmo aggiungere, anche per medici sull'orlo della crisi, ovvero della sindrome del "burn out", esaurimento psicofisico provocato da eventi stressogeni cronici. Ciò si verifica quando i medici, che non capiscono perché i pazienti sempre di più si rivolgono a loro con pretese crescenti se non proprio con aggressività, arrivano a sentirsi insufficienti e svalutati nonostante il tempo e la dedizione impiegati. A questo si aggiunge il pesante impegno informatico, la burocrazia imposta per via gerarchica e i limiti della spesa sanitaria. Mettersi in gioco nel gruppo Balint non è fare una psicoterapia di gruppo, ma riflettere sulla relazione e sviluppare un serio strumento di prevenzione per la sindrome del burn out e di miglioramento delle capacità di prendersi cura, strumento che diviene, nel tempo, una forma mentis senza pretesa di dare linee guida di comportamento.



Centro Ortopedico Sanitario



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

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

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

L'alternativa all'elettroshock

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) è una metodica in uso nelle neuroscienze da diversi anni, che rappresenta, in psichiatria, una possibile alternativa terapeutica "meno invasiva" rispetto alla terapia elettroconvulsivante. Nata nel 1985 come strumento diagnostico, la sua possibile valenza terapeutica comincia ad essere discussa a partire dagli anni 90. La TMS, a differenza della terapia elettroconvulsivante, consente la stimolazione di specifiche aree della corteccia cerebrale. Viene praticata appoggiando uno strumento piatto che contiene una bobina del diametro di alcuni centimetri sulla superficie del cranio del paziente. La corrente elettrica che attraversa le spire della bobina crea, nella corteccia cerebrale sottostante, una stimolazione elettrica per induzione elettromagnetica. Ciò consente una notevole precisione in termini di area corticale selettivamente stimolata. La procedura non richiede la somministrazione di anestesia e presenta ottimi profili di tollerabilità da parte dei pazienti. Le uniche misure precauzionali messe in atto sono il raffreddamento con acqua della regione del cranio su cui è applicata la bobina e l'utilizzo di cuffie auricolari per prevenire danni acustici dovuti al rumore della bobina. I protocolli correntemente in uso prevedono 4 o 5 sedute settimanali.

La TMS può essere effettuata con tre pattern diversi: a impulso singolo, a impulso accoppiato o a impulso ripetuto.

- Nella TMS ad impulso singolo (single pulse TMS) gli impulsi vengono somministrati uno alla volta e la distanza temporale minima tra la somministrazione di un impulso e la successiva è di almeno 3 secondi. Gli effetti della TMS a impulso singolo sull'attività neuronale sono di breve durata.

- La TMS a impulso accoppiato (paired pulse o ppTMS) prevede la presentazione accoppiata di uno stimolo condizionante sotto-soglia seguito (con un certo intervallo di tempo) da uno stimolo sopra-soglia. La risposta a questa coppia di stimoli può essere aumentata (facilitazione), o diminuita (inibizione), a seconda dell'intervallo temporale tra gli stimoli (Inter Stimulus Interval, ISI). Se gli intervalli tra i due impulsi sono molto brevi, o molto lunghi, si ottiene un effetto inibitorio, mentre la facilitazione delle risposte viene ottenuta impiegando intervalli intermedi. La ppTMS viene soprattutto applicata allo studio delle funzioni inibitorie ed eccitatorie di circuiti cerebrali.

- La TMS a impulso ripetuto (rTMS) consiste in una stimolazione ripetuta ad intervallo regolare nello stesso punto dello scalpo con una frequenza che va da 1 a 20 o più Hz. I parametri da definire in questo caso sono l'intensità, la frequenza, la lunghezza dei treni di impulsi inviati (il loro numero) e l'intervallo temporale tra la somministrazione di treni di impulsi successivi.

- Gli effetti della rTMS permangono più a lungo rispetto alla TMS ad impulso singolo, nell'ordine di qualche minuto. Maggiore è la frequenza e l'intensità, maggiore è l'interferenza corticale prodotta durante la stimolazione. E' stato dimostrato che la rTMS a varie frequenze per periodi relativamente lunghi può indurre delle variazioni dopo la stimolazione stessa. Queste variazioni a lungo termine del funzionamento della corteccia producono effetti che variano a seconda della frequenza di stimolazione usata, producendo inibizione o facilitazione.

Una delle limitazioni tecniche della TMS risiede nel suo scarso raggio d'azione: se, da un lato, questo con-

sente di selezionare con precisione l'area corticale su cui procedere con le applicazioni, dall'altro ne limita gli effetti a pochi centimetri di profondità rispetto alla superficie cranica, rendendo inaccessibili regioni come il lobo limbico, che, per quanto riguarda, ad esempio, i disturbi dello spettro affettivo, sarebbe invece un bersaglio di prima linea. Tuttavia, le connessioni tra le diverse porzioni delle aree cerebrali consentono effettivamente di ottenere alcuni effetti biologici anche a distanza dal sito primario di applicazione della stimolazione. La sede principale di applicazione della TMS è la porzione dorsolaterale della corteccia prefrontale. Applicazioni in questa sede (già di per sé implicata nella patogenesi dei disturbi dell'umore) hanno dimostrato effetti biologici che si ripercuotono in altre sedi dell'encefalo, quali un aumento della dopamina nelle vie mesolimbica e mesostriatale, un aumento del BDNF-mRNA ippocampale e una regolazione delle disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, alterazioni di frequente riscontro nei disturbi dello spettro affettivo.

In termini clinici i risultati più promettenti, in psichiatria, sono stati ottenuti con la patologia depressiva, sia di tipo unipolare che di tipo bipolare. L'efficacia della TMS nei confronti della mania, invece, è ancora controversa, mentre, per quanto riguarda la schizofrenia, ci sono evidenze promettenti soprattutto per quanto riguarda i sintomi positivi. Dubbi sono ancora i risultati per quanto riguarda i disturbi dello spettro panico-agorafobico.

Sono attualmente in corso di preparazione presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa protocolli di studio per la valutazione dell'efficacia clinica di questa promettente metodica su sottopopolazioni di pazienti affetti da disturbo bipolare.

Trigemino e decompressione: è la cura più economica

La nevralgia del trigemino è nota sin dalla notte dei tempi tanto che fu descritta da Areteo da Cappadocia nel II secolo d.c.

Bisognerà aspettare però i primi decenni del secolo scorso per vedere comparire i primi rudimenti di terapia chirurgica e ben più tempo per quella farmacologica. Al giorno d'oggi disponiamo di un'ampio arsenale terapeutico, sia chirurgico che farmacologico, con cui trattare questo tipo di patologia anche se le indicazioni verso l'uno o l'altro approccio terapeutico sono alquanto discusse.

L'atteggiamento attuale prevede di trattare un paziente affetto da trigeminalgia tipica (dolore lancinante scatenato da evento trigger dalla durata di alcuni secondi fino ad alcuni minuti con intervallo libero tra gli accessi) in prima battuta con antiepilettici quali la carbamazepina in associazione o meno con oppioidi o iniezioni locali di ropivacaina. I pazienti vengono inviati al neurichirurgo solo quando il trattamento farmacologico non risulta più efficace. Tale atteggiamento risulta in una popolazione di pazienti da sottoporre a decompressione microvascolare che ha alle spalle una lunga storia di trigeminalgia, spesso con caratteri di atipia.

fatti dimostrato che una condizione di dolore trigeminale protratta nel tempo porta alla creazione di un circuito centrale di facilitazione del dolore con conseguente sviluppo di dolore cronico. Questa eventualità è caratterizzata da un pattern doloroso differente, il paziente infatti non sperimenta più accessi dolorosi intervallati da periodi liberi ma bensì un dolore più sordo e continuo cui possono sovrapporsi o meno episodi più acuti scatenati da un evento trigger. Tale condizione, una volta considerata indipendente dalla trigeminalgia classica, viene ora valutata per lo più come un'evoluzione di quest'ultima alla luce del fatto che diversi autori ne hanno evidenziato l'insorgenza da una forma classica pregressa e non direttamente da uno stato di benessere.

Queste osservazioni hanno posto un interrogativo circa il

piano terapeutico ideale per un paziente con trigeminalgia classica.

Qualora infatti il passaggio dalla forma classica a quella atipica sia dovuto esclusivamente alla continua stimolazione dolorosa nel tempo, sarebbe assolutamente indicato un iniziale trattamento farmacologico seguito dalla chirurgia solo quando il primo risulti inefficace nel controllare in maniera continua e completa la sintomatologia dolorosa.

Esiste tuttavia l'eventualità, paventata recentemente da alcuni autori, che la forma atipica sia l'adattamento centrale al danno meccanico esercitato dalla compressione neurovascolare sulla root entry zone del trigemino con conseguente danno delle fibre nocicettive e sensitive. Il danno assonale, una volta instauratosi, comporterebbe un adattamento



Studi recenti hanno in-



pressione percutanea del ganglio di Gasser) quale trattamento iniziale. La chirurgia verrebbe utilizzata solo in ultima ratio e nei soggetti in cui lo stato di salute generale la consenta.

In conclusione si può asserire che la decompressione microvascolare nei pazienti con nevralgia trigeminale tipica è forse l'unico presidio terapeutico capace di risolvere la sintomatologia dolorosa e prevenire la comparsa di atipie.

Tale procedura, proposta a pazienti selezionati in prima battuta, consentirebbe non solo di evitare l'insorgenza di atipie nel pattern sintomatologico ma anche di realizzare un contenimento della spesa sanitaria.

Un follow up di pazienti con nevralgia trigeminale trattati mediante varie metodiche ha infatti confermato che la chirurgia risulta il trattamento più economico dopo cinque anni con una forbice nei confronti dei farmaci che si allarga nel tempo.

sovrasspinale anche in assenza di stimoli dolorosi ripetuti.

Quest'ultima interpretazione giustifica tutti quei casi in cui il paziente, dopo anni di benessere in trattamento farmacologico, manifesta l'insorgenza di dolore atipico non più controllabile.

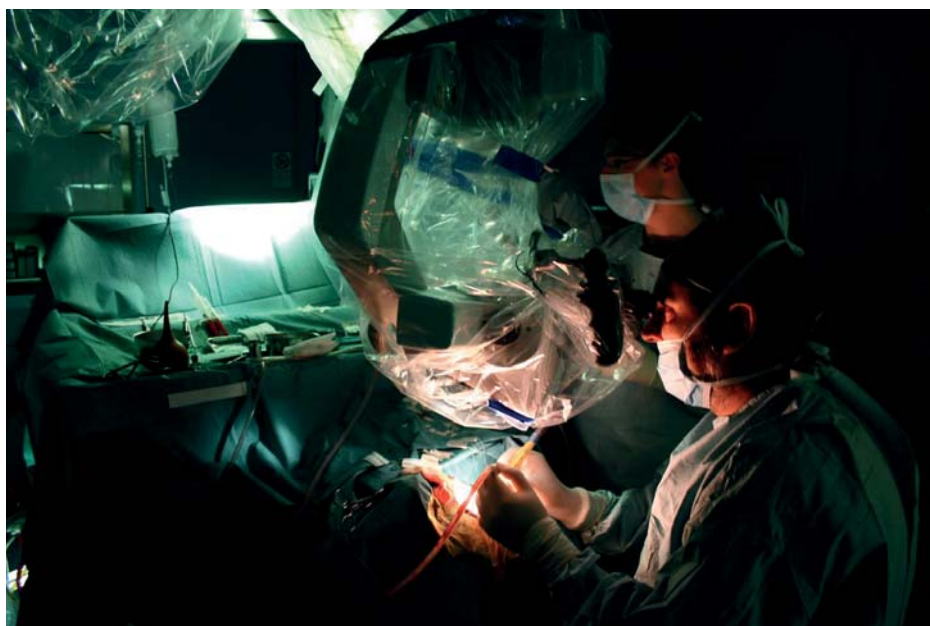
Jannetta ha pubblicato i risultati ottenuti in maniera retrospettiva su duecento pazienti trattati per nevralgia trigeminale, il 50% con forma atipica, mediante decompressione microvascolare. Guardando l'outcome dei due gruppi si osserva una riduzione delle remissioni totali di sintomatologia per il gruppo con nevralgia atipica, si passa infatti ad un 48,6% dall'81,4% del gruppo con sintomatologia tipica.

Questo dato, peraltro confermato da altri autori, ci permette di inquadrare diversamente i soggetti con nevralgia trigeminale atipica dal punto di vista del neurochirurgo: tali pazienti non sarebbero più quelli maggiormente indicati alla chirurgia ma quelli la cui indicazione è stata

posta troppo tardi.

Probabilmente, nei pazienti con insorgenza della sintomatologia in età compresa tra i 35 ed i 65 anni, bisognerebbe tener conto che la lunga aspettativa di vita li espone al rischio di sviluppare una forma atipica anche dopo anni di buon controllo farmacologico e prospettare loro ab inizio un trattamento chirurgico tra le opzioni terapeutiche iniziali.

Per i soggetti di età superiore rimarrebbe invece l'indicazione ad un trattamento farmacologico o mini invasivo (com-



Innovazioni in chirurgia: la protesi del ginocchio

Nella sostituzione protesica del ginocchio abbiamo assistito negli ultimi anni ad una serie di innovazioni per quanto riguarda i materiali e il design delle componenti con la finalità di avvicinarsi sempre di più alla sostituzione protesica più anatomica possibile. Infatti se da una parte l'artrosi del ginocchio, come patologia degenerativa, ha mantenuto le proprie caratteristiche nel corso dei decenni sono decisamente cambiate le richieste funzionali dei pazienti che aspirano ad ottenere dopo l'intervento una qualità di vita che sia il più possibile vicina alla normalità ed una idoneità fisica che gli permetta di svolgere le attività lavorative e ricreative a cui erano abituati. In questa ottica assume decisamente importanza la tecnica chirurgica al fine di ridurre al minimo la possibilità di errore nell'impianto delle componenti protesiche che sta poi alla base della funzionalità e della longevità della protesi. La

corretta esecuzione dell'osteotomia tibiale e del taglio distale del femore condiziona in primo luogo il ripristino del giusto allineamento dell'asse meccanico dell'arto inferiore che viene valutato nella norma intorno ai 5-6° di valgo e secondariamente il corretto bilanciamento capsulo-ligamentoso in estensione, con la finalità di evitare una residua lassità, oltre al mantenimento della giusta linea articolare che può determinare una rotula alta o bassa post-chirurgica con importante limitazione funzionale in flessione.

Altrettanto importante è l'esecuzione dell'osteotomia anteriore e posteriore del femore che, oltre ad un corretto bilanciamento capsulo legamentoso in flessione, condiziona la giusta rotazione esterna della componente femorale che sta alla base dei fisiologici rapporti con l'apparato estensore e di conseguenza con le migliori performance dell'impianto. Non meno importante nel raggiungere il miglior risultato funzionale in termini di prestazioni è la scelta della corretta taglia delle componenti. In

conclusione quelli descritti sono i punti cardine della tecnica chirurgica i cui minimi errori vengono pagati in termini di riduzione della funzionalità, riduzione della prestazione e con alcune volte un risultato finale caratterizzato da una protesi dolente. Proprio per ottimizzare la tecnica e cercare di rendere sempre più anatomica possibile la protesi negli anni 90' è stato fatto un notevole passo in avanti con la navigazione, cioè con l'utilizzo all'interno della sala operatoria di un computer che grazie al suo software consente una ricostruzione geometrica tridimensionale del ginocchio da operare così da guidare il chirurgo nell'eseguire l'impianto protesico riducendo l'errore umano. Questa chirurgia computer assistita (CAS), tra l'altro molto complessa dal punto di vista organizzativo e altrettanto dispendiosa dal punto di vista economico è stata secondo noi superata negli ultimi anni dalla pre-navigazione. Per pre-navigazione si intende la possibilità di poter utilizzare mascherine di resezione ossea preconfezionate e studiate appositamente per quel tipo di ginocchio (paziente specifiche)

in maniera da avere una protesi "personalizzata" che tiene conto delle caratteristiche anatomiche individuali. Il procedimento per attuare la pre-navigazione è molto semplice; infatti nel pre-operatorio viene eseguita una TC o una RMN del ginocchio che permette una ricostruzione tridimensionale, attraverso l'elaborazione del computer, e grazie a que-

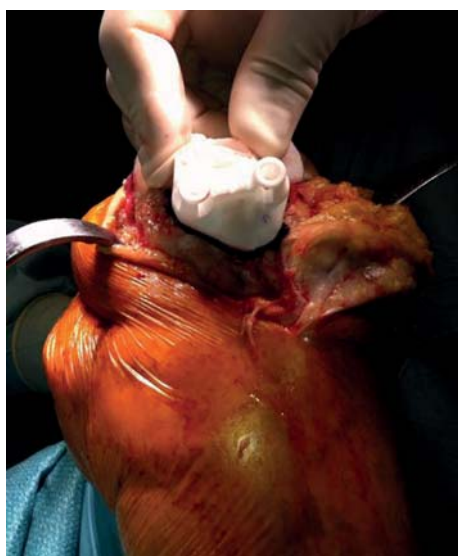


Fig. 1



Fig. 2

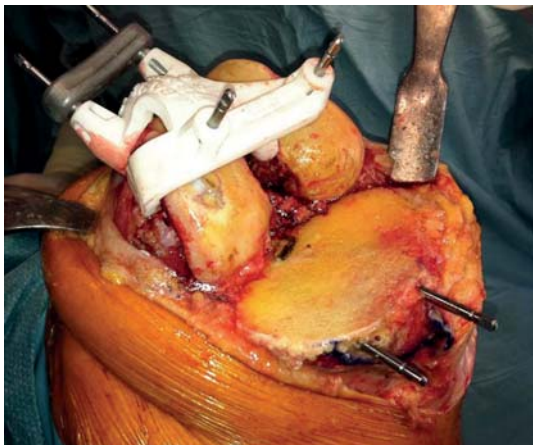


Fig. 3

ste immagini viene eseguita una programmazione dell'impianto protesico. Questo modello computerizzato viene visionato ed eventualmente modificato dal chirurgo che alla fine lo convalida e così dopo circa 3 settimane vengono prodotte le mascherine di taglio che pertanto sono da considerare a giusta ragione "personalizzate" e che saranno valide solo per quel paziente e per nessun altro (FIG 1, 2). Queste mascherine aiuteranno il chi-

urgo nelle prime resezioni ossee e guideranno poi l'impianto definitivo delle componenti protesiche, nel rispetto massimo dell'anatomia di quel ginocchio. I vantaggi di questa innovativa tecnica sono indubbi ma non si limitano all'esecuzione dell'impianto, infatti questa tecnica è da considerarsi molto meno invasiva e meno dispendiosa in termini economici sia rispetto



Fig. 4

alla metodica convenzionale che alla tecnica computer assistita. Infatti durante l'intervento si fa a meno di guide endomidollari (FIG 3) che incidono nelle perdite ematiche post operatorie riducendo così la possibilità di emotrasfusioni per i pazienti con indubbi vantaggi economici e "biologici" e vengono sacrificati molto meno i tessuti molli. Inoltre lo strumentario per l'esecuzione dell'impianto protesico è decisamente ridotto, non si utilizzano componenti di prova ed i tempi chirurgici sono ridotti. Questa tecnica chirurgica, che tra l'altro vede la mia U.O. come centro di riferimento per questo nuovo tipo di approccio alla chirurgia protesica del ginocchio offre pertanto notevoli vantaggi per il paziente, per il chirurgo e per la spesa sanitaria. Naturalmente, ci tengo a precisare, che questa metodica innovativa e con un enorme potenziale deve essere utilizzata da chirurghi esperti nel settore al fine di poter ottenere i risultati migliori (FIG 4).



Endoscopia robotica: il sistema Endotics®

Il sistema Endotics® (ES) è una procedura innovativa con la quale sottoporre i pazienti alla colonscopia, alternativa all'endoscopia tradizionale, rispetto alla quale possiede numerosi vantaggi.

Questa tecnologia "made in Pisa" nasce dalla Scuola Superiore S. Anna ed è stata messa a punto da un'impresa *spin-off* dell'Università degli Studi in collaborazione con il Polo Scientifico e Tecnologico di Peccioli. E proprio a Pisa, presso la U.O. Gastroenterologia e Malattie del Ricambio è stata raccolta la più ampia casistica per la pubblicazione del primo lavoro di validazione della metodica, vs la colonscopia tradizionale, in termini di sensibilità e specificità per la diagnosi dei polipi del colon.

Nella pubblicazione ("Endotics system vs colonoscopy for the detection of polyps", *World J Gastroenterol* 2010 November 21; 16(43): 5452-5456) sono stati ar-

ruolati un totale di 71 pazienti (di cui 40 uomini) di età compresa fra 39 e 65 anni, tutti sottoposti in successione ad ES e colonscopia tradizionale da parte dello stesso operatore "esperto" (*endoscopic rate* di non meno di 500 esami tradizionali eseguiti al momento della partecipazione allo studio). Nel confronto fra le due metodiche si osserva un più frequente e più rapido raggiungimento del ceco con la colonscopia tradizionale ($P = 0.03$ e $P < 0.0001$ vs ES per i due obiettivi, rispettivamente) ma con richiesta di assistenza anestesio-logica (midazolam e meperidina) in 14 casi di pancolonscopia tradizionale contro nessuno dei casi di ES. Per quanto riguarda l'accuratezza diagnostica delle due metodiche entrambe hanno permesso di rilevare un sostanziale egual numero di polipi del colon (ES 14, colonscopia tradizionale 15) di diametro sovrapponibile (7.64 ± 3.82 mm durante ES, 7.50 ± 3.18 mm

nella colonscopia) confermando l'alta specificità e sensibilità della nuova metodica vs il gold standard.

Quali sono i principi di Endotics®? E' noto a tutti come la Robotica tragga spesso ispirazione dalla dinamica e dalla cinematica delle piante e degli animali: la sonda "e-worm" (il cosiddetto "bruco elettronico") utilizzata da questo rivoluzionario sistema è stato ideato e sviluppato osservando il movimento dei bruchi geometridi. La sonda robotica si muove quindi a trazione anteriore: lo specialista la guida a distanza con un semplice joystick ma non viene spinta dal medico, si allunga e si accorcia autonomamente, aderendo alla parete intestinale (la fase di allungamento è controllata

dall'operatore, mentre la fase di accorciamento è automatica, e inizia premendo l'apposito pulsante sulla consolle di comando). Questo particolare tipo di locomozione le permette di adattare dinamicamente la sua forma alle curve del colon minimizzando le deformazioni innaturali del colon intrinseche nella colonscopia convenzionale. La parte distale della sonda può essere orientata in ogni direzione (180° lungo ogni asse) per facilitarne l'approccio delle curve del colon. Il sistema di orientamento unito alla telecamera CMOS integrata ad alta risoluzione e al sistema a luce fredda permette un'ottima visione frontale e posteriore. Dalla console di comando l'endoscopista può, inoltre, pulire la lente irrigando acqua, scattare foto della mucosa intestinale, insufflare o risucchiare aria; allungare o accorciare, all'occorrenza, la parte centrale della



sonda, attivare la fase di estrazione.

Ma perché ideare e realizzare uno strumento simile ad un bruco da utilizzare al posto del tradizionale colonscopio? Per diversi buoni motivi.

ES utilizza una sonda sterile monouso che elimina i rischi di contaminazione incrociata e non necessita di sterilizzazione. L'innovativa sonda semiautonoma prodotta in morbidissimo silicone flessibile si adatta alle curve del colon, riducendo a zero i rischi di perforazione strettamente correlati alle azioni di spinta tipiche dell'avanzamento dei colonscopi convenzionali, che possono ferire e deformare le pareti intestinali durante la procedura, provocando dolore per stiramento dei mesenterici. Per questo motivo non tutti i pazienti tollerano

la colonscopia tradizionale e molti di loro necessitano di assistenza anestesiológica o di barrage addominale da parte di altri operatori, il

che equivale a maggiore dispendio di risorse, maggiori costi, ma soprattutto maggiori rischi per il paziente e permanenza più lunga in ospedale. Da non sottovalutare infine anche la sicurezza del sistema di guida, basato su tecnologia joystick, che permette all'operatore di assumere una postura corretta durante l'ispezione endoscopica.

La diagnosi con ES è effettuata durante la fase di avanzamento della sonda, ma durante la fase di estrazione l'operatore può eseguire un

secondo controllo di verifica. Il dispositivo progredisce ciclicamente per mezzo di delicate azioni di presa: la parte prossimale si aggrappa alle pareti intestinali e il corpo del dispositivo si allunga; quando è completamente allungato, o prima se richiesto, la parte distale si aggrappa al colon; la parte posteriore rilascia la presa ed il corpo si contrae. Il dispositivo è quindi pronto per un nuovo ciclo.

La preparazione per l'esame endoscopico con il nuovo sistema ES è simile a quella per un esame endoscopico tradizionale, in quanto l'intestino deve essere pulito ma, poiché la colonscopia robotica non necessita della somministrazione di anestetici, il paziente è impegnato per il solo tempo fisico dell'esame (al massimo un'ora), e non subisce le limitazioni conseguenti alla sedazione (risveglio di 2-4 ore e divieto di guida per 24 ore).

Al momento la colonscopia robotica non rimpiazza la colonscopia tradizionale, in quanto il sistema Endotics® ha solo proprietà diagnostiche (non consente, contestualmente all'esame endoscopico, di effettuare biopsie, asportazioni di polipi o altro) ma questo ulteriore passo avanti verrà presto realizzato dai bioingegneri e rappresenterà presto uno strumento in più per la prevenzione del tumore del colon.



Latte materno come indicatore di esposizione ad inquinanti

Il biomonitoraggio, come metodo di misura dell'esposizione umana ad inquinanti chimici, risulta particolarmente adatto a caratterizzare la popolazione sia generale che quella che vive in siti industrializzati sottoposta a contaminazioni a basso livello ma continuative. Il biomonitoraggio, non fornisce una stima di esposizione esterna, come quella che si ricava col monitoraggio ambientale, ma misura una "dose interna", risultante dalle diverse vie e fonti espositive (valutazione integrata per livello, frequenza e durata di esposizione) ed è quindi il miglior approccio per valutazioni da utilizzare ai fini di un adeguato "risk assessment". L'applicazione maggiore si ha per il settore degli inquinanti persistenti tra cui POPs, pesticidi, prodotti industriali come policlorobifenili (PBC) e sottoprodotti di combustione come le diossine (PCDD e PCDF). Queste sostanze per caratteristiche proprie (persistenza, biomagnificazione, lipofilia) si accumulano in alimenti

quali carne, pesce, uova e latte e raggiungono la massima concentrazione nell'uomo che è all'apice della catena alimentare, soprattutto nel tessuto adiposo ed in particolare nel sesso femminile che ne ha una percentuale maggiore. Tali sostanze successivamente, unitamente ad altri inquinanti, sono trasferite dalla madre al feto sia durante la gestazione, sia durante l'allattamento. Mentre gli agenti meno liposolubili come i metalli pesanti si distribuiscono omogeneamente nei vari fluidi - sangue materno, cordonale, placentare, latte - le molecole lipofile (diossine, PCB...) si misurano più agevolmente nella componente grassa del latte.

Per tale motivo il latte umano è una matrice unica per il monitoraggio biologico in considerazione anche della bassa invasività del metodo di raccolta. L'OMS stessa, che raccomanda il biomonitoraggio del latte materno, ha già coordinato quattro studi internazionali sull'argomento.

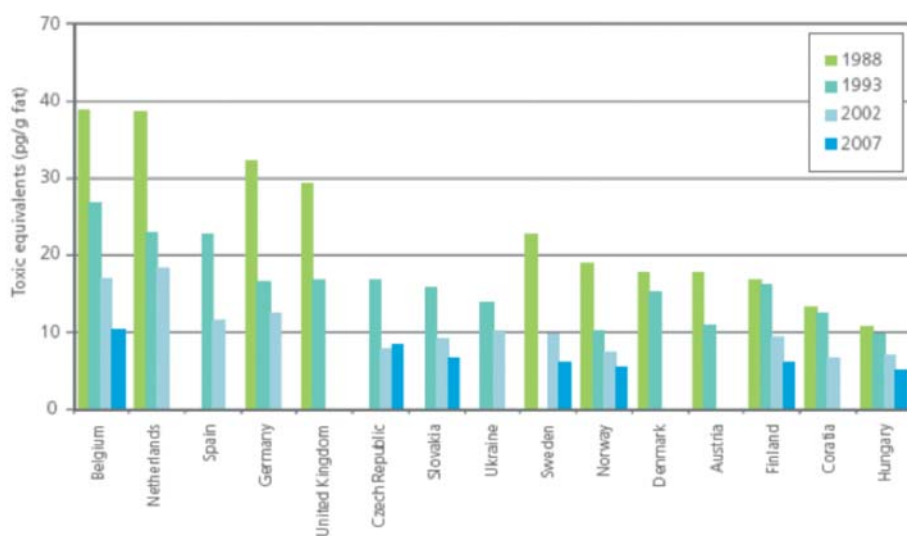
Studi a cui, purtroppo, il nostro paese non ha partecipato e di conseguenza scarse o pressoché nulle sono le conoscenze disponibili in Italia al riguardo. Il poco che sappiamo deriva da ricerche sporadiche condotte spesso in modo spontaneo; analisi che peraltro mostrano livelli considerevoli di inquinanti nel latte materno in aree circostanti impianti industriali come acciaierie, cementifici e inceneritori (ad es. Taranto, Brescia, Montale, Ravenna).

Da una ricerca recente dell'OMS, grazie a misure messe in atto dopo l'entrata in vigore nel 2004 della Convenzione di Stoccolma, risulta che in molti paesi Europei i livelli di contaminazione per le diossine sono fortunatamente diminuiti. Cosicché ad oggi nel latte materno si riscontrano mediamente 5 pg TEQ di PCDD/F-PCB per g di grasso (in Belgio nell'88 i riscontri erano di 40 pg/g). Già con i suddetti valori si può stimare che un neonato di 5 kg che assuma un litro/die di latte materno

introduce giornalmente 200 pg invece della quota massima di 10 pg TEQ indicata dall'UE come massima per gli adulti. Dagli studi più recenti condotti in Italia (Sebiorec e Ulaszeweska) risultano valori variabili fra 8.65 e 14.2 pg/g e da studi pregressi i risultati si aggirano sui 20 pg/g ed un caso di Brescia addirittura 147 pg/g. (Tabella 1).

Va ricordato che l'esposizione ad agenti tossici durante la vita fetale, di cui la presenza nel latte materno è indicatore indiretto, è in assoluto la più

Fig. 47. Dioxin levels in human milk in selected countries, 1988-2007



Persistent organic pollutants in human milk. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 2009 (ENHIS Fact Sheet 4.3)

N° CAMPIONI (pool)	RISULTATI pgWHO-TEQ/g di grasso range (media aritmetica)	RIFERIMENTO
Giugliano (Campania) Milano Piacenza	8.65 11 9.94	Ulaszeweska MM et al. <i>Chemosphere</i> (2011)
Caserta, Napoli Roma	10 - 14.2 (10.1) 14.2	Studio Sebiolec 2010 (http://speciali.espresso.repubblica.it/pdf/sebiolec2010.pdf)
1 (singolo caso) Brescia	147	Baldassarri L. T. et al. <i>Chemosphere</i> (2008)
Roma Venezia <i>campioni raccolti 1998-2001</i>	20.4 25 - 33 - 34.2	Abballe A et al. <i>Chemosphere</i> (2008)
Milano	16.4 - 21.3 (18.6)	Weiss et al. <i>Acta Paediatrica</i> (2003)

Tabella 1

pericolosa, stante la complessità e rapidità con cui avviene lo sviluppo di organi e tessuti in questa fase. Ed è proprio l'esposizione in utero o addirittura attraverso le cellule germinali che può condizionare lo stato di salute non solo nell'infanzia ma anche nella vita adulta, con possibilità di trasmissione transgenerazionale dei danni. Come evidenziato in letteratura, a parità di esposizione in utero, hanno miglior esito i bambini allattati al seno rispetto a quelli nutriti con latte artificiale.

Il punto quindi è prevenire la contaminazione in utero prima ancora di quella associata all'allattamento al seno, riducendo l'introduzione di POPs nell'ambiente e limitandone la presenza nella catena alimentare. Per tale motivo è stata presentata, col patrocinio della Commissione Europea, il 19 marzo del 2012 alla Camera dei Deputati, la CAMPAGNA IN DIFESA DEL LATTE MATERNO DAI CONTAMINANTI AMBIENTALI (www.difesalattematerno.wordpress.com) le cui concrete proposte operative si identificano in:

- Biomonitoraggio a campione del latte materno e di altre matrici organiche secondo le indicazioni OMS
- Ratifica della Convenzione di Stoc-

colma, che vincola l'immissione dei Pops nell'ambiente da parte degli Stati firmatari (l'Italia è l'unico paese in Europa ad averla sottoscritta ma ancora non ratificata).

- Messa al bando di pratiche inquinanti inutili fonti di diossine (incenerimento dei rifiuti) e sostituzione con pratiche più virtuose, controllo più stringente delle emissioni di impianti non immediatamente dismissibili (acciaierie e cementifici) e biomonitoraggio degli alimenti coltivati o allevati in prossimità di quest'ultimi.

- Istituzione di un marchio DIOXIN FREE che certifichi che la diossina rimanga negli alimenti sotto una soglia minima.

La Campagna è stata stimolata anche da dati oggettivi, ad esempio: i bambini italiani presentano, secondo i dati OMS, la maggior incidenza di tumori (175 casi per mi-

lione di abitante fra 0-14 anni, 158 in USA, 141 in Germania e 138 in Francia) e il più elevato incremento annuo di rischio di cancro in Europa (Tabella 2).

I promotori della Campagna nell'intento di salvaguardare la salute e la vita delle generazioni future indicano la necessità inderogabile di attuare un piano unitario in cui l'ecologia, la sicurezza alimentare e la difesa del latte materno come bene comune di inestimabile valore richiedono un approccio integrato.

TIPO TUMORE	ITALIA	EUROPA
Leucemie	+1.6 %	+0.6 %
Linfomi	+4.6 %	+0.9 %
Sistema Nervoso Centrale	+2 %	+1.7 %
TUTTI I TUMORI	+2 %	+1.1 %
0-12 mesi	+3.2 %	



Tabella 2: Incidenza del cancro nell'infanzia: Incremento annuo Italia vs Europa

Le novità 2012 della dichiarazione dei redditi

Crisi economica o no, la dichiarazione dei redditi è in dirittura d'arrivo anche se a causa della "difficoltosa" applicazione dell'IMU, il termine di consegna dei Modelli 730 ha già goduto di una proroga, ed anche per il Modello Unico si prospetta un rinvio dei termini di pagamento delle imposte (anche se probabilmente il differimento riguarderà i contribuenti che devono compilare il Modello allegato ad Unico "Studi di Settore", in generale ritardo ed il cui programma applicativo "Gerico" non è ancora stato reso disponibile dall'Agenzia delle Entrate).

Una delle novità più significative della dichiarazione riguarda i contribuenti che nel 2011 hanno optato per l'applicazione della "cedolare secca" sulle locazioni abitative, ovvero hanno scelto di pagare le imposte sul reddito da affitto dei

fabbricati mediante l'applicazione di un'imposta sostitutiva del 21% (o del 19% in casi particolari). Per permettere all'Agenzia delle Entrate l'incrocio dei dati dichiarati si dovranno riportare sul modello Unico (o sul mod. 730) gli estremi della registrazione del contratto di locazione.

Anche per fruire della detrazione del 36% (ristrutturazione edilizia) essendo stato abolito dal 14 maggio 2011 l'obbligo di Comunicazione di inizio lavori al Centro Operativo di Pescara, accanto all'importo da detrarre si dovranno indicare sul modello Unico gli estremi catastali dell'immobile sul quale sono stati eseguiti gli interventi. Una conferma arriva per la proroga della detrazione del 55% per quanto riguarda le spese finalizzate al risparmio energetico sostenute nel 2011.

Novità "costosa" che troveranno i

contribuenti che hanno un reddito lordo superiore a euro 300.000,00 è la presenza di un cosiddetto "contributo di solidarietà" che consiste in un ulteriore prelievo sull'eccedenza di reddito oltre i 300.000,00 euro sulla quale è dovuta un'imposta aggiuntiva pari al 3%.

Novità gradita per tutti è quella che prevede da quest'anno la diminuzione della percentuale di acconto delle imposte per l'anno 2012 da versare a giugno-luglio e novembre 2012 che passa dal 99% all'82%.

I proprietari di immobili situati all'estero dovranno versare una nuova imposta da applicare sul valore dell'immobile, e così pure dovrà pagare chi possiede attività finanziarie poste all'estero.

Infine nel quadro dei fabbricati, per gli immobili di interesse storico artistico locati è stato introdotto uno specifico codice.

Vale la pena di ricordare che da alcuni anni, i crediti che emergono dalla liquidazione della dichiarazione dei redditi possono sia essere chiesti a rimborso che utilizzati per pagare altre e diverse imposte (istituto della compensazione), ovvero è consentito compensare in parte ed in parte chiedere il rimborso, e se il credito non viene utilizzato per intero è possibile riportarlo a nuovo di anno in anno.



La medicina araba

La medicina del mondo islamico rappresenta un capitolo di notevole importanza nella storia della nostra scienza. Dal 622, data dell'Egira, Maometto (571-632) iniziò la trasformazione della penisola arabica popolata da genti diverse, idolatre e non organizzate, in un popolo disciplinato socialmente e militarmente, seguace di una nuova religione monoteista. Pur esistendo indubbiamente una precedente tradizione medica, che risentiva della vecchia sapienza mediterranea, influenzata da correnti di netto carattere orientale, con numerose nozioni riguardanti l'igiene, la salute, le malattie e il loro trattamento, comunemente si fa iniziare la medicina araba dal periodo successivo alle prime conquiste territoriali dell'Islam, avvenute fra l'VIII ed il IX secolo; la sua lunga storia viene in genere suddivisa in tre periodi: uno di formazione, tra il 750 ed il 900; uno di massimo splendore, dal X al XI secolo; ed infine uno, successivo, di declino.

Personaggio da ricordare degli inizi, fu anzitutto Mesuè il vecchio, detto anche Giovanni Damasceno (onde fu confuso col santo omonimo), cristiano di origine, vissuto nel IX secolo, che esercitò la professione a Bagdad ed autore di importanti versioni per incarico del locale califfo, di cui era medico. Delle sue numerose opere concernenti la dietetica, la ginecologia, le febbri, la più nota giunta a noi è quella intitolata *Aforismi*, che furono pubblicati per la prima volta a Bologna nel 1489, una raccolta di consigli morali, di considerazioni filosofiche ed indicazioni terapeutiche pratiche.

Altra persona da citare di questi



Il medico arabo Abū Zakariyā Yahyā ibn Māsawaih (Mesuè il vecchio, detto anche Johannes Damascenus)

tempi fu Hunain Ibn Ishàq, conosciuto poi in Occidente come Giovannizio, nativo in Mesopotamia, che fu allievo del precedente. La sua fama si basò in specie sulla terminologia tecnica che egli

completò, nel linguaggio arabo, di parole greche e persiane. Fu inoltre un traduttore assai attivo, specie dei testi di Ippocrate, Galeno e Dioscoride. Fu autore anche di scritti originali di medicina, tra cui



Al-Razi, *Continens*, Parisiis, 1529

le *Isagoge*, un compendio basato sulla dottrina galenica. Altra figura da ricordare in questo IX secolo, è il siriano Serapione il vecchio, che scrisse varie opere in arabo, fra le quali ricordiamo il famoso libro intitolato *Aggregator*, ricco di osservazioni originali, tradotto poi in latino e pubblicato nel 1469. Degno di menzione è pure Al-Kindi: fu filosofo, matematico, medico, astrologo, vissuto anch'esso in questo periodo storico; scrisse un libro assai importante sui vari gradi dei medicamenti, classificati con concetti di proporzione geometrica e di armonia musicale, assai però complessi. Pure da ricordare è anche il famoso Geber, il più grande alchimista dei suoi tempi. Nel secondo periodo si assiste all'apogeo della cultura medica araba, che ebbe in Avicenna (che verrà trattato a parte, data la sua grande importanza), Razes ed Albucasis, i suoi più grandi rappre-

sentanti. Ricordiamoli brevemente. Razes nacque nel 864 a Raj, importante centro commerciale presso Teheran, il che gli valse poi il soprannome di Al-Razi, come è comunemente ricordato; morì fra il 923 e il 930. Oltre che ottimo medico, fu anche musicista, filosofo e poeta; scrittore assai fecondo, avendo composto oltre cento trattati vari. Si narra che, avendo fallito alcuni esperimenti di alchimia promessi al principe arabo regnante, fu da questo percorso alla



Piante medicinali, da un manoscritto arabo



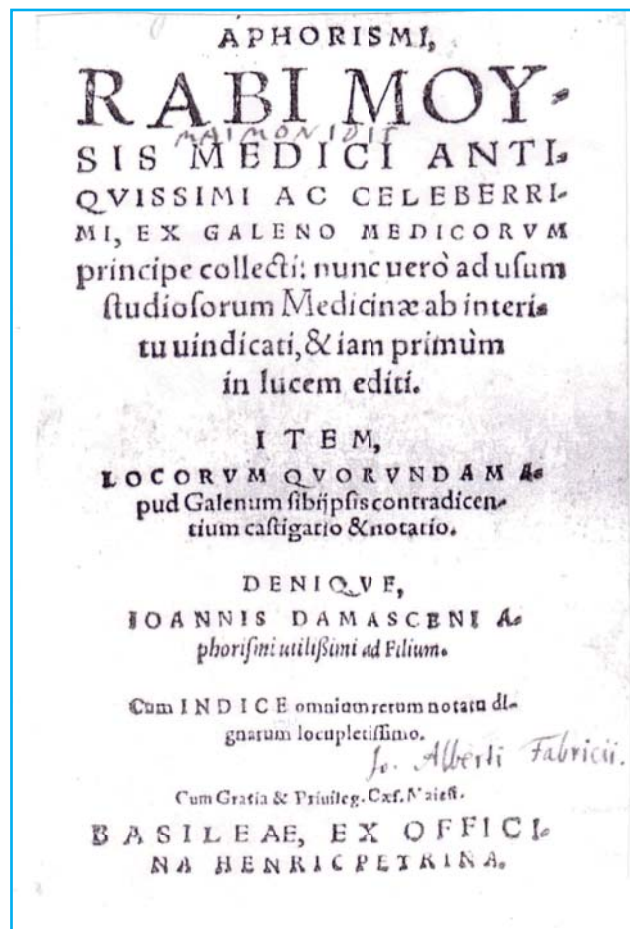
Pagina da una farmacopea araba del XIV secolo



Averroè, *Colliget*, Venetiis, 1553

lo proteggeva ed imprigionato per lungo tempo; tornò infine nella sua città natale e qui morì nel 1162. Egli scrisse varie opere di medicina, la più nota delle quali è *At-Taysir* o *L'assistenza*, tradotta e poi stampata a Venezia nel 1490. A lui si deve la descrizione di alcune malattie come quelle dell'utero, il cancro dello stomaco e la pericardite; studiò anche le forme morbose che si contraggono nelle zone paludose. Si dedicò inoltre allo studio della farmacologia e alla preparazione di vari medicamenti, preferendo quelli più semplici. Sua caratteristica fu quella di aver diviso la medicina dalla chirurgia nell'esercizio della pratica, poiché reputava indegno per un medico effettuare tali interventi. Altra figura da ricordare di allora fu Averroè, uno dei personaggi più illustri della medicina e della filosofia araba in Occidente. Nato nel 1126 a Cordova, fu scolaro di Avenzoar e raggiunse presto una notevole

fama per la sua grande cultura che possedeva. Il suo nome da noi resta più noto come filosofo, per il "gran commento" che egli fece delle opere di Aristotele, da cui derivò il principio della sua dottrina chiamata appunto "averroismo", che fu molto discussa in tema di ortodossia religiosa ed esercitò una profonda influenza sul pensiero filosofico di allora. La sua opera medica basilare fu il *Colliget*, una specie di enciclopedia in sette libri, contenente anatomia, patologia, fisiologia, semeiotica e farmacologia. Egli ritenne che la medicina doveva essere intesa come scienza per quanto riguarda la parte teorica, che può essere insegnata, mentre è da considerarsi un'arte nella parte pratica, che invece può essere appresa solo dopo una lunga esperienza. Morì a Marrakesh, dove era stato esiliato, nel 1198. Ancora in ambiente spagnolo è da collocare Maimonide. Nato a Cordova nel 1135 da una famiglia



Maimonide, *Aphorismi*, Basileae, 1645

di ebrei, in seguito ad una persecuzione si trasferì nella Spagna cristiana e di qui poi in Marocco, dove fu costretto a professarsi musulmano. Studiò matematica, filosofia, astronomia e medicina. Spostatosi successivamente in Egitto, per poter vivere si dedicò alla professione medica, divenendo ben presto famoso e medico del Sultano. Morì dopo varie malattie nel 1204. Delle opere che scrisse, ricordiamo il *Libro sui veleni e sugli antidoti*, che rimase in uso per molti secoli, un *Discorso sull'asma* ed un *Regimen sanitatis*, in cui si occupa della malinconia del figlio del Saladino, mostrando una grande attenzione al rapporto fra mente e corpo. La sua opera più famosa resta il *Fusul Musa* o *Aforismi*, in cui vengono riportate, commentate, le sentenze mediche di Ippocrate. Maimonide rappresenta l'ultima figura di rilievo della medicina araba del Califfato d'Occidente.

Approvata la Riforma Enpam: i commenti della libera professione

La riforma dell'Enpam è stata approvata dal Consiglio Nazionale della Fondazione, che in data 24 marzo ha dato il via alle linee guida del riordino dirette a garantire la sostenibilità a 50 anni come richiesto dal decreto "salva Italia" di fine anno. Alla questione è stato dato ampio risalto dalla stampa e si rimanda per un dettagliato resoconto al numero di marzo del "Giornale della Previdenza" dei Medici e degli Odontoiatri.

Qui ci soffermiamo su alcuni aspetti salienti della riforma.

- a) innalzamento graduale dell'età per la pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni fino a 68 anni dal 2018 in poi.
- b) resta possibile andare in pensione anticipata, con li-

mitazioni: come richiesto dal ministro Fornero, l'età minima aumenterà fino a 62 anni dal 2018.

c) Per i liberi professionisti gli iscritti alla Quota "B" l'aliquota contributiva resta il 12,5% fino al 2014.

Dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 19,5% (nel 2021). **I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o rendimento) dell'1,25%.** È previsto anche un aumento del tetto di reddito entro il quale si pagano i contributi ordinari: nel 2013 sarà di 70.000 euro, nel 2014 sarà di 85.000 euro, fino ad agganciarsi, dal 2015 in poi, al massimale stabilito dalla legge

per l'Inps. Il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam.

La riforma entrerà in vigore solo dopo il nulla osta da parte dei ministeri vigilanti.

Si tratta di una riforma pesante per la libera professione che ci colpisce in un momento di crisi economica. Destinare ulteriori risorse alla previdenza aggraverà la situazione economica di molti colleghi e sicuramente creerà minor reddito disponibile nell'immediato. L'inchiesta della Procura di Roma che indaga il dottor Parodi per truffa aggravata rende ancora più incandescente la situazione. Viste le indagini in corso, qualsiasi interpretazione dei fatti appare inopportuna.



Pisa Odontoiatrica lascia invece spazio agli "addetti ai lavori" perché esprimano il loro parere sulla riforma iniziando di seguito col Dottor Renato Mele, pistoiese con trascorsi universitari nella nostra città, rappresentante toscano nella Consulta ENPAM della libera professione che ci rilascia un commento autorevole e critico sulla riforma.

Sarà vera gloria?

Con squilli di tromba e rulli di tamburi l'ENPAM ha annunciato di aver approvato la sua riforma previdenziale. Ha ringraziato la categoria dei camici bianchi per il senso di responsabilità ed assicurato che la riforma ha privilegiato l'equità tra le generazioni. Ma il risultato sarà quello sperato ed annunciato? Personalmente ne dubito fortemente, perché le correzioni peccano di una visione del futuro decisamente troppo ottimistica e l'autorevolezza degli studi attuariali non mi è di conforto, anzi. Già in passato ho dimostrato che più e meglio degli attuari ci dovremmo far guidare dal buonsenso.

Il fattore decisivo per il quale l'ENPAM ha provveduto alle correzioni dei suoi meccanismi previdenziali è

stata certamente la manovra Monti del dicembre 2011, laddove imponeva agli Enti previdenziali privatizzati un equilibrio a 50 anni. E di tutto questo il nostro Ente previdenziale si è ampiamente lamentato, anche con qualche buon motivo. Ma una riforma del sistema previdenziale andava fatta in ogni caso ben prima e senza alcun bisogno di leggi dello stato che ce la imponesse (altrimenti a che servirebbe l'autonomia di cui non vogliamo privarci?).

I segnali inequivocabili di questa necessità c'erano da anni e non andavano trascurati solo perché le logiche correzioni (più versamenti e meno pensione) sarebbero state accolte malvolentieri dalla categoria, di cui oggi si loda il senso di responsabilità. Non è giusto oggi addebi-

tare questo passaggio alla voracità ed alla insensibilità dello Stato, ritenendo in questo modo di scaricarsi dalla responsabilità di "aver dovuto fare" quello che andava fatto.

Ma poi, in sostanza, cosa ha fatto l'ENPAM per risolvere la propria crisi strutturale e, nel contempo, rispettare la legge sull'equilibrio a 50 anni degli Enti previdenziali privatizzati? In sintesi:

- Per la Quota A del Fondo generale, che comprende tutti gli iscritti agli Ordini, non è bastata una benevola visione del futuro (previsti circa 80.000 iscritti attivi in più del reale) per dare stabilità al Fondo e così si è passati (per chi non lo sapesse) al tanto vituperato "contributivo" statale.





zione non ha uguali nel panorama dei liberi professionisti italiani, che godono tutti del “contributo integrativo” sulla parcella, cosa che consente loro di non andare oltre il 13/15% di versamenti obbligatori. I Colleghi degli altri Fondi ENPAM, per i quali lo Stato funge da terzo pagante, calcolano invece di vedersi pagare da questo una buona parte dell'aumento programmato. Tanto è vero che per i prossimi due anni non

- Per il Fondo dei Convenzionati esterni idem come sopra, ma lo stato delle sue casse è tale che nemmeno il passaggio al “contributivo” sanerà la situazione e pertanto le pensioni dei prossimi 50 di questi Colleghi saranno pagate anche con i soldi degli altri Fondi. Da tenere presente che sono più di 15 anni che questo Fondo veniva definito moribondo dai Sindaci revisori e dalla Corte dei Conti.

- Per il Fondo dei MMG si è provveduto ad una diminuzione immediata dell'aliquota di pensione e ad un aumento progressivo dell'aliquota di versamento, aumento che partirà però soltanto dal 2015 (quando si presume che parte dell'aumento verrà imputato al SSN attraverso il nuovo Accordo). E' rimasta la possibilità di trasformare parte della pensione in liquidazione in capitale.

- Idem per il Fondo degli Ambulatoriali, ma l'aliquota di pensione non è stata ridotta, bensì è rimasta invariata. Frutto di studi attuariali troppo benevoli?

- Per il Fondo della libera professione è stata stabilita una drastica riduzione dell'aliquota di pensione con innalzamento graduale dell'aliquota di versamento. In aggiunta è stato elevato il tetto di versamento a partire dal 2013, e si arriverà a 93.000 euro in tre anni.

- Per tutti l'età di pensione ordinaria arriverà a 68 anni (in sei anni), con 6 mesi di ulteriore permanenza in attività ogni anno.

Per arrivare a questo risultato l'ENPAM ha dovuto confrontarsi con i rappresentanti delle Consulte e, seppure informalmente ma con effetti determinanti, con i vari Sindacati di categoria. Ognuno, ovviamente, ha tirato dalla propria parte, cercando di ridurre al minimo indispensabile le correzioni peggiorative, sicuramente aiutato da prospettive attuariali fin troppo ottimistiche. Il risultato finale non è stato particolarmente equo perché ha risentito della “capacità contrattuale” delle varie parti in causa. Nel caso dei liberi professionisti (rappresentati in verità da tutti dentisti) ci siamo trovati ad essere un “vaso di coccio tra vasi di ferro”, in questo aiutati (si fa per dire) dalla solita divisione al nostro interno e dalla scarsa o punta sinergia con il nostro rappresentante in Consiglio di Amministrazione. Non si spiega altrimenti che per il nostro Fondo siano passate correzioni che hanno due difetti sostanziali: la difficile sostenibilità economica e l'incertezza sul fatto che i nostri sacrifici serviranno veramente solo e soltanto per noi.

Il passaggio al 19,5% di contribu-

hanno voluto pagare altro, mentre i liberi professionisti hanno accettato l'eventuale innalzamento del tetto di contribuzione per il 2013 se la riforma presentata sarà approvata.

La nostra Consulta ha accettato che per Ambulatoriali ed Ospedalieri che versano nel Fondo della libera professione rimanesse un contributo obbligatorio minimo al 2%, mentre per i pensionati che esercitano la libera professione il contributo alla Quota b è passato a metà del contributo intero, quindi molto di più. Non è difficile individuare in questa scelta il peso “politico” di alcune categorie, peso che è stato evidentemente superiore alla convinzione che si tratta di un “privilegio” non giustificato dalla necessità di uno sforzo comune.

Salvo cercare uno sforzo comune allorché si tenti di inserire tutti in un unico calderone in cui ogni Fondo partecipa alla salute degli altri. E questa sarà la prossima mossa della dirigenza ENPAM. Non è difficile individuare quali saranno i Colleghi che più rischiano di vedere le proprie risorse indirizzate verso chi in questi anni ha sperperato. Forse i liberi professionisti?

Ah, dimenticavo: non cercate me per queste belle pensate che la Consulta della libera professione ha votato.

Odontoiatri uniti per la tutela della deontologia

La professione odontoiatrica in Italia pare sia in continuo combattimento. Sempre per affermare, per ribadire quando occorre, che è una professione saldamente ancorata a principi della **Deontologia medica**, che negli anni ha compiuto notevoli progressi sul piano dell'avanzamento scientifico e tecnologico, che è proiettata verso nuovi traguardi formativi e di operatività, basata sicuramente sulla medicina dell'evidenza, ma anche con la spinta verso la ricerca.

Insomma, una professione che in questo momento non teme nulla nel confronto con altre esperienze di altri Paesi. Quello che invece teme, ma con la ferma intenzione di contrastare, è il ripetuto tentativo di inquinamento proveniente da svariati (e avariati) settori che con la Sanità hanno poco a che spartire e che invece hanno come ultimo fine quello di fare business alle spalle degli odontoiatri onesti che si riconoscono negli Ordini e che esercitano la professione nel rispetto delle regole e dei principi deontologici.

Giuseppe Renzo, Presidente della CAO nazionale non si fa pregare per rispondere a domande che tendono a delineare i prossimi impegni

della professione odontoiatrica. Come sempre, Renzo è abituato a parlare chiaro e con chiarezza attacca chi tenta di minare la credibilità dei professionisti seri. Anni e anni in lotta contro l'abusivismo e il prestanomismo, altri anni a combattere contro le cosiddette "lauree facili", contro tutti i tentativi di infiltrazione del malaffare in seno al circuito della professione odontoiatrica. E si va avanti così, in questa continua lotta tra il bene e il male anche nella professione odontoiatrica. Risultati ci sono stati, altri dovranno essere conseguiti. E qui Giuseppe Renzo traccia il quadro reale della situazione in Italia, senza dimenticare di parlare degli appuntamenti del **1-22-23 giugno**, tre date importanti per i dentisti italiani.

Presidente Renzo, dopo la sentenza del TAR Lazio sul caso

dell'università portoghese Fernando Pessoa, che ha segnato una vittoria sua personale e della CAO nazionale, quali sono le prossime tappe del cammino della professione odontoiatrica in Italia?

La sentenza del TAR, avversa alle pretese di una università che intende stravolgere la programmazione di cui si è dotato un paese autonomamente determinatosi nel rispetto delle regole comunitarie, ha rimesso a posto un meccanismo basato sul rispetto delle regole e debitamente democratico (con tutte le negatività che si trascina dietro il meccanismo di selezione), in quanto non condizionato dal potere economico, falsamente rappresentato come "diritto allo studio".

Troppo complesso definire i diversi risvolti, ma esprimo la certezza che la questione non è giunta alla fine



Dott. Giuseppe Renzo, Presidente Nazionale CAO

del percorso: troppi interessi, e non per forza corretti, sono in gioco. Troppi personaggi, più o meno qualificati, hanno posto gli occhi sul business. Sì, perché, per parlare chiaro, solo di affari si tratta. Non si tratta, come si vuole fare apparire di difesa dei diritti dei giovani; ma di mero sfruttamento di un'idea ancestrale di mero interesse economico.

E, proprio per quest'ultimo aspetto, proprio perché il compito dell'Ordine, Ente ausiliario

dell'Amministrazione pubblica e sotto il controllo del Ministero di riferimento, il Ministero della Salute, è quello di tutelare la salute del cittadino, garantendo la verifica dei percorsi formativi e la qualità del prodotto finito (I laureati da iscrivere agli albi provinciali per l'esercizio della professione), ci siamo opposti e ci opporremo ad ogni forma di mercificazione esercitata nei corsi pre e post laurea da chiunque organizzati.

Le prossime tappe sono sostanzialmente quelle già più volte annunciate:

- 1) una seria verifica del raggiungimento dell'obiettivo formativo.
- 2) esami di abilitazione seri e coerenti all'impegno profuso per tutti, soprattutto per gli italiani che conseguono in altri Paesi titoli di studio.
- 3) gli esami di abilitazione devono rappresentare un modello di verifica e di certificazione sulla qualità della preparazione raggiunta nel corso di laurea.

Si vuole consentire a tutti di frequentare l'Università per diventare Dentisti? Bene, si svolgano delle prove stringenti e si abilitino i veri meritevoli (anche se fossero solo due su 20.000 per anno). E' una soluzione che disdegna, perché costituisce una barriera a valle e



contrasta con i principi etici che mi onoro ed ho il dovere di trasmettere.

Le date degli eventi di giugno perché sono importanti per la professione odontoiatrica? Che tipo di riunioni saranno a Roma, con quali linee programmatiche e con quali obiettivi?

Sono importanti perché procede speditamente il vero progetto delle CAO. In data 1° Giugno tutti i soggetti rappresentativi del mondo odontoiatrico (Università; Società Scientifiche; Associazioni di Categoria) con la CAO nazionale porteranno a completamento la stesura delle **Raccomandazioni Cliniche**, strumento indispensabile che fornirà ai professionisti e a chi con la professione si interfaccia per motivi di collaborazione (USL - Convenzioni-Strutture di Assistenza- Fondi Integrativi, ecc) elementi di certezza e regole per la qualità delle cure odontoiatriche. Nel contempo, serviranno a fornire in momenti di contenzioso parametri non più lasciati alla libera e soggettiva interpretazione di consulenti e/o periti.

A questo si aggiunge l'aggiornamento del nomenclatore, già in funzione da tempo e che sarà ammodernato secondo le vigenti

norme e regole e, soprattutto, la pratica quotidiana.

Ci stiamo dotando di quelle regole di cui abbiamo da sempre lamentato l'assenza. Stiamo ponendo, noi professione, le basi del cambiamento per consentire alla parte sana e virtuosa della professione, che ne compone la maggioranza, di prevalere su chi esercita il "commercio della salute".

In questo solco, si colloca anche l'altro impegnativo appuntamento del 22 e 23 Giugno: Stiamo portando il nostro sforzo a compimento, nel rispetto del mandato conferito al Presidente e ai componenti la CAO Nazionale in occasione dell'assemblea degli stati generali dell'odontoiatria di Dicembre 2011: formare ed aggiornare al nuovo sistema disciplinare i membri delle commissioni, nel superiore interesse dei pazienti e dei professionisti.

In termini numerici, la professione Odontoiatrica non è mai venuta meno al proprio dovere, in termini di principio l'accusa mossa, spesso a discapito della correttezza dei processi di governo della professione, di non esercitare quel controllo necessario sui nostri iscritti agli albi, perché interessati a perpetuare il consenso e per questo permeabili al voto di scambio.

Ma questo non è un nostro modo di operare. Le cose non stanno come dicono i nostri detrattori.

Fatte eccezioni di marginali, e tutti da provare, percentuali fisiologiche, ho la presunzione di affermare, sulla base dei dati già ufficializzati, che la nostra rappresentanza è tra le più attente e virtuose.

Ecco. Quanto è contenuto nelle nostre linee programmatiche si può sintetizzare in poche parole: siamo una categoria matura, che sa e vuole autogovernarsi e auto determinarsi, mentre garantisce qualità e correttezza nell'esercizio della professione.

In questa fase particolare del Governo "tecnico" guidato da Mario Monti, come vanno i rapporti con le istituzioni e in particolare con il Ministero della Salute? Il dialogo è più fluido rispetto a qualche mese fa oppure niente è cambiato?

Il Governo tecnico rappresenta per noi un riferimento, così come

lo è stato il governo dei politici: ci si ritrova a parlare con i rappresentanti di questa compagine governativa per gli aspetti previdenziali che coinvolgono Medici e Odontoiatri, lamentando anche l'inusitata durezza nell'imposizione di regole alle quali mai avremmo immaginato dover sottostare (equilibrio a 50 anni e copertura di tale equilibrio con l'impedimento di utilizzo del patrimonio consolidato!!!!). E poi, trasferimento da un sistema all'altro, di cui dovremo discutere ampiamente, atteso che si vuole portare all'interno delle casse privatizzate (e non solo l'ENPAM, quindi) un sistema previsto per il pubblico.

La predicibilità di quanto potrà avvenire nel nostro Paese, stante la congiuntura economica internazionale, è un esercizio da non praticare. Certo, mi sento di affermare che la cassa è nostra e, non avendo mai richiesto o ricevuto nulla da chi che sia, non ci faremo scippare senza reagire.

Con la struttura del Ministero della Salute la collaborazione è straordinaria, nulla è cambiato, se non in positivo. Al Ministro Balduzzi, attento e preparato osservatore delle questioni odontoiatriche, a parte l'invito formulato a portare il suo personale contributo all'assemblea dei Presidenti CAO di giugno, ho avanzato una precisa e circostanziata richiesta, ci dovremmo incontrare a breve per focalizzare la nostra comune attenzione su alcuni aspetti, tra questi quelli già sopra trattate e qualche altro di grande e urgente interesse generale. Penso al Regime autorizzativo per gli studi; ai Progetti di prevenzione ed assistenza per cittadini non ambienti; alla Definizione di compiti e competenze per le professioni che interagiscono con il sistema di cure assicurato dagli Odontoiatri; alla riforma dell'Ordinamento Professionale ed autonomia; all'Assicurazione RC-Professionale. Abbiamo tanto e tanto altro da portare in discussione.

Renzo: "Stop all'aggiramento delle regole"

Lauree conseguite all'estero, anche in paesi non comunitari e con percorsi di formazione non del tutto regolari, che permettono di **eludere la nostra normativa** e di esercitare la professione di dentista in Italia.

Oppure, corsi di laurea "fantasma" proprio nel nostro Paese, come i presunti **"Corsi universitari per odontotecnici"**, per i quali si ipotizza una cerimonia per il **29 giugno**, con relativa consegna di attestati privi di qualunque valore legale.

Sono solo due dei numerosi tentativi di **aggirare le regole** sulla programmazione del fabbisogno in campo odontoiatrico "denunciati" dal presidente della **Cao**

nazionale, attraverso la tribuna di **Focus Cao** – lo spazio realizzato da **MedI@** in collaborazione con **Corriere medico Odontoiatria**.

"Mi vengono segnalati corsi di laurea e corsi di specializzazione in odontoiatria per Italiani presso una università di Tirana (l'Albania è un paese non comunitario) e successivamente abilitati e riconosciuti in università italiane" spiega Renzo a Mauro Miserendino.

"Siamo a conoscenza – continua – che esistono rapporti di collaborazione tra Università albanesi e Università italiane ma si tratta di capire se effettivamente siamo in ambiti di legittimità".

E conclude: *"Tropo spesso*

abbiamo visto speculazioni e formazione rispetto a normative travisate e interpretate in modo "furbesco".

Ma molti altri sono gli argomenti "caldi" toccati da **Renzo**. Al centro dell'articolo, il meccanismo dei **procedimenti disciplinari**, "che, in un campo ultra-specialistico come quello della Tutela della Salute devono essere mantenuti nell'alveo ordinistico". A questo tema sarà dedicato il **Convegno del 22-23 giugno alla Camera dei Deputati**. E poi, l'istituzione delle nuove professioni sanitarie, le competenze da affidarsi alle varie figure, l'autonomia della professione odontoiatrica e la **"deriva economicistica"** dei servizi sanitari.

L'oblio e la necessità di dimenticare

Il desiderio di dimenticare per alleggerire la mente, allo scopo di rigenerarsi dagli orrori e dalle delusioni della vita ha, da tempo immemorato, un nome: oblio. La ricerca di una dimensione dove sia possibile sospendere il fardello delle proprie esperienze dolorose e possibilmente non ritrovarlo più all'uscita da questo stato di abbandono indotto chimicamente è sempre stata un'esigenza ricordata sia da personaggi storici che da grandi scrittori. In questo senso l'oblio assume un significato completamente diverso dall'amnesia, condizione nella quale i ricordi possono essere recuperati secondo varie modalità, senza che la persona sperimenti alcuna esperienza di distacco dalla realtà e di abbandono.

Nel corso dei secoli diverse sostanze sono divenute di comune impiego in quanto in grado di provocare questa "sospensione della coscienza" e, di conseguenza, in grado di attenuare il male di vivere. Oppio e suoi derivati morfiniti, gas anestetici in uso nel XIX secolo come etere, vapori di cloroformio, protossido d'azoto; hashish e farmaci psicoattivi di tipo sedativo in epoca moderna, hanno tutti in comune la proprietà di ridurre il carico di responsabilità e mitigare la consapevolezza della propria condizione (di disagio), temporaneamente o, in alcuni casi, in modo definitivo.

La storia più recente, in particolar modo ci riferiamo a tutto l'ottocento e ai primi decenni del novecento, è dominata dall'utilizzo per lo scopo menzionato, dell'oppio e dei suoi derivati in forma grezza. L'Inghilterra dei grandi romanzi storici e di avventura, degli scan-

dali di Oscar Wilde e della penna fortunata di sir Artur Conan Doyle (in realtà scozzese), sembra essere stata la Patria della cultura dell'oppio, tanto che si parla di "periodo nero" dell'epoca Vittoriana.

L'oppio ha una storia che si perde nella notte dei tempi, ma è pervenuto in Europa solo dopo la colonizzazione britannica delle Indie.

La coltivazione del *Papaverum Somniferum*, il fiore dal quale si estraggono morfina ed altri alcaloidi (nel complesso chiamati oppiacei), risale al Neolitico e già all'epoca veniva utilizzato a scopo medico, come anestetico e antidolorifico, e a scopo "ricreativo", si pensa per compiere rituali magici. Utilizzato in seguito da Sumeri, Assiri, Egiziani, Greci e Romani oltre che nel mondo musulmano, divenne un farmaco base per provocare analgesia e sedazione.

La tintura di oppio, l'estratto per utilizzo a scopo medico, era ottenuto per macerazione con alcool a varie gradazioni, anche in combinazione con altre spezie come chiodi di garofano e zafferano; in questo caso veniva chiamato Laudano. Gli utilizzi più comuni, oltre alla terapia analgesica e anestetica, includevano la cura dell'insonnia e della diarrea ribelle. Per tutto il XVIII secolo fu considerato una vera e propria panacea per ogni disturbo nervoso: un sonno indotto dalla tintura di Laudano era consigliato dalla maggior parte dei medici per dimenticare giornate sgradevoli e faticose o tristi eventi. Questo consiglio valeva, ovviamente, per le

classi sociali più abbienti che già cominciavano a vedere nel medico "generico", oggi diremmo di base, una sorta di psichiatra-confidente. L'uso comune degli oppiacei è descritto nelle narrazioni di personaggi di fantasia usciti dalla penna di scrittori esponenti del romanticismo inglese (Sherlock Holmes di A.C. Doyle e molti altri).

Le fumerie d'oppio a Londra, a proposito delle quali Wilde disse "sono posti in cui si può comprare l'(adorato) oblio a buon mercato", hanno poco a che vedere con i salotti voluttuosamente eleganti e lascivi che popolano certa letteratura, ma, come ci informa la *Pall Mall Gazette* del 1886: "sono luoghi umidi e fatiscenti... dal soffitto così basso da non poter stare in piedi... per terra, sdraiati su sordidi materassi sparsi alla rinfusa, ci sono cinesi e pochi altri inglesi contagiati dal gusto per l'oppio". Il resoconto è stato redatto da un giornalista che fu inviato ad infiltrarsi in una fumeria e a provare ad aspirare dalle lunghe pipe che venivano passate di mano in mano



e di bocca in bocca gli effetti del “piacere orientale”, per poi raccontarle dettagliatamente ai suoi lettori.

Un famoso personaggio del passato che conosceva oltremodo approfonditamente le proprietà dell'oppio e dei suoi derivati è rappresentato da Caterina Sforza.

Questa donna a dir poco unica nella storia italiana, coltivò fin da giovane lo studio della medicina, dell'erboristeria e dell'alchimia, oltre a quello della cosmetica. La sua eredità di ricche scoperte anche in campo medico ci è pervenuta attraverso un libro: *Esperimenti della eccellentissima signora Caterina da Forlì*, composto da quattrocentosettantuno ricette, minuziose descrizioni dei procedimenti per combattere le malattie e per conservare la bellezza del viso e del corpo. La grande competenza in questo settore, considerati i tempi, era in gran parte merito dei numerosi “esperimenti” chimici a cui Caterina si appassionò e che praticò per tutta la vita. Ricette ricche di dettagli, talora criptiche ed intrise di contaminazioni da parte della medicina orientale, il ricettario rivela, oltre che usi e costumi del tempo, anche lo stato delle conoscenze scientifiche del secolo: in alcuni procedimenti sono intuizioni delle scoperte importanti, tra le quali preparazioni per indurre nel paziente un sonno profondo. Del resto già tre secoli prima che venissero scoperte le proprietà anestetiche del cloroformio, Caterina Sforza aveva messo a punto misture di composti sedativi che come ingrediente principale aveva tintura d'oppio o laudano, e di cui si servivano per le anestesie i medici dell'epoca. Caterina si dedicò ai suoi “esperimenti” con costanza per tutta la vita. Molte delle sue preparazioni prevedevano l'utilizzo di tinte madri d'oppio o di suoi estratti lattiginosi.

Oggi le varie preparazioni a base di oppio come la tintura (il laudano è già scomparso ormai da più di un secolo) sono state soppianta-

te da molecole che mantengono il nucleo morfinico originario, ma che per il resto sono sintetiche, allo scopo di aumentarne l'efficacia come analgesici (il loro impiego principale è per lo più limitato al trattamento di dolori intensi e cronici, come quelli di natura oncologica e in questi pazienti si può osservare il classico effetto di “allentamento della memoria e dello stato di apprensione” sul dolore già passato e sull'inevitabile peggioramento del quadro clinico fino all'exitus). In questo senso lo scopo per cui originariamente era stato utilizzato nell'antichità mantiene tutta la sua validità.

*L'oblio desidero
unica consolazione*

*di eterne pene
perdermi tra prati verdi*

*e dolci declivi
tra laghi miti e monti
innervati sarebbe per me
l'unica grazia*

Nell'esposizione della lista dei farmaci in grado di indurre amnesie e allentare i ricordi hanno un posto di “tutto rispetto” gli ansiolitici benzodiazepinici, oggi divenuti veri farmaci di utilizzo di massa, non solo negli anziani, ma anche nelle fasce di popolazione più giovani.

Un'altra categoria di sostanze in grado di dare amnesia sia anterograda che retrograda è rappresentata dai derivati dell'hashish. Non è chiaro se quella retrograda sia effettiva, o sia piuttosto uno stato confusionale e di disorientamento indotto da un uso frequente/cronico. Questo effetto è sovrapponibile per intensità all'oblio indotto da oppio (specialmente se fumato) per questo, di fatto, l'hashish è diventato l'oppio dell'epoca contemporanea.

Ma il primato di diffusione di consumo di sostanze psicoattive nel mondo spetta ancora all'alcool,

che sopravvive sia nell'uso che nell'abuso da almeno cinque millenni. E' ormai assimilabile ad un detto popolare la frase “bevo per dimenticare”. Come la cannabis, l'abuso cronico di alcool porta il soggetto dipendente a vivere in uno stato confusionale continuo, dove la concezione del tempo e di qualunque tipo di ritmo circadiano scompare per lasciare spazio ad una forma di vissuto onirico. Questo, col passare degli anni, diventa inevitabilmente un delirio con le più svariate tematiche di richiamo e si aggrava con l'astinenza (*Delirium tremens*).

Altrettanto noti, specialmente negli anni '60 e '70 i barbiturici, utilizzati allo scopo medico di indurre il sonno (o l'anestesia in caso di interventi chirurgici) e noti alla cronaca nera per le morti da overdose, generalmente di personaggi famosi. E' il caso di Marilyn Monroe per la quale anche la biografia ufficiale parla di ingestione volontaria di barbiturici a scopo suicidario. I barbiturici, se usati continuativamente, producono un “allentamento” della memoria con perdita sia di eventi in toto (amnesia) sia di alcuni dettagli relativi ad azioni commesse o fatti accaduti ai quali si è stati presenti. Ecco che, in quest'effetto, sono da considerarsi Farmaci dell'Oblio di tutto rispetto. Per l'alta incidenza di episodi di avvelenamento accidentale o volontario, tutti i barbiturici, eccetto il fenobarbital, sono stati ritirati dal commercio in Europa e negli USA. Il fenobarbital rimane un farmaco di riferimento per il trattamento delle epilessie, accanto a più moderne molecole, specialmente nelle epilessie post-operatorie (craniotomie), ma anche nelle forme idiopatiche dell'adulto e del bambino. Se usato con criteri medici ben definiti dal protocollo, i rischi di avvelenamento ed amnesia sono estremamente ridotti.

L'altro barbiturico, molto più potente perché provoca il sonno così detto incoercibile, è il tiopental.

Quest'ultimo viene utilizzato esclu-

sivamente in ambito ospedaliero, e costituisce un farmaco di molti schemi di induzione di anestesia generale; iniettato endovena produce un sonno rapido (pochi secondi) e anche in questo caso, può indurre un certo grado di amnesia retrograda, che nella fase di preparazione ad interventi chirurgici, ricca di stress per il paziente, è del tutto desiderabile. Una volta indotto il sonno l'effetto scompare in pochi minuti, per cui l'anestesia viene proseguita con agenti inalanti o tramite varie combinazioni di farmaci, sia gassosi che endovena.

Parlando del mondo contemporaneo sicuramente le benzodiazepine rappresentano la categoria di farmaci psicoattivi più utilizzati e, senza dubbio, abusati. Sono molecole (più di una decina) caratterizzate da efficace attività ansiolitica e a seconda della dose o della specifica indicazione dei singoli

principi attivi, anche ipnoinducenze. Hanno tutte quante in comune il rischio di tolleranza, dipendenza sia psicologica che fisica (con veri e propri sintomi da sospensione talora tali da richiedere l'ospedalizzazione) e la facilità di induzione di amnesia anterograda anche tale da generare veri e propri blackout. Durante questi episodi non solo non si ricorda quello che si fa, ma si può perdere la capacità di giudizio e il controllo delle proprie azioni.

Un caso drammatico passato alla cronaca nera con grande scalpore è stato l'omicidio del proprio figlio da parte della contessa Bresciani-Torri, che peraltro è stata valutata psichiatricamente affetta da temporanea incapacità mentale. L'episodio è stato provocato dall'assunzione di alte dosi di un ipnotico, probabilmente insieme ad alcool.

Le benzodiazepine (Valium, Tavlor, Roipnol, Xanax, Transene,

Halcion, Mogadon e molte altre) spesso sono assunte insieme ad alcolici dalle persone che ricercano proprio l'effetto "obliante", con grave rischio per la propria vita. Infatti, sebbene l'overdose da benzodiazepine da sole raramente è fatale, l'assunzione con alcolici spesso determina la morte del paziente.

La necessità di ricorrere a questi presidi medici (con indicazioni terapeutiche ben precise e per periodi di tempo limitati) di fatto in maniera continuativa nella vita di tutti i giorni, anche da parte di adolescenti e giovani adulti, è la spia di un disagio sociale non più unicamente riconducibile alla frenesia intrinseca al mondo contemporaneo. È, a tutti gli effetti, la richiesta da parte di un "pubblico" sempre più ampio di lasciare per la strada qualche pezzetto della propria memoria, sia essa un ricordo di vecchia data o un evento recente.



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

Elettroencefalografia e tecniche correlate

Si è svolta a Tirrenia, al Grand Hotel Continental, l'undicesima edizione del Corso Residenziale in "Elettroencefalografia e Tecniche Correlate", promossa dalla SINC (Società Italiana di Neurofisiologia Clinica) in collaborazione con l'AITN (Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia). L'organizzazione come sempre affidata alla Sezione di Neurologia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Pisa ha visto come coordinatori locali e responsabili il Prof. Ubaldo Bonuccelli, direttore dell'Unità Operativa di Neurologia ed ordinario di neurologia dell'Ateneo Pisano, e il Prof. Ferdinando Sartucci, presidente del corso di laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia all'Università di Pisa e responsabile della Sezione Dipartimentale Neurologia di Cisanello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Il corso, di tipo residenziale, a numero chiuso, ha riscosso un grosso successo a testimonianza della validità dell'iniziativa, appuntamento tradizionale della neurologia pisana. Esso si è avvalso del contributo dei più insigni esperti a livello nazionale ed internazionale nel settore dell'elettroencefalografia e delle tecniche ad essa correlate, e ha visto la partecipazione non soltanto degli specialisti in neurofisiopatologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, neurochirurgia, anestesia e rianimazione, ma anche di tanti professionisti con conoscenze di base di neurofisiopatologia e che utilizzano,

nella pratica quotidiana, tali metodiche strumentali nella diagnosi, nel trattamento e nel recupero dei pazienti con patologie neurologiche sia in condizioni critiche che non, oltre che dei tecnici di neurofisiopatologia.

I temi dell'edizione sono stati: le applicazioni cliniche dell'elettroencefalografia, dei potenziali evocati, dell'elettromiografia, degli ultrasuoni e della magnetoencefalografia, in tutta la diagnostica neurologica ed in particolare in alcune condizioni, quali le urgenze neurologiche, il monitoraggio intra-operatorio, le applicazioni in terapia intensiva, nelle alterazioni degli stati di coscienza, nel dolore neuropatico, nei processi cognitivi ed i rapporti tra neuroimmagini e metodiche elettrofisiologiche, e infine la neuromodulazione.

L'evento si è aperto, dopo i rituali saluti delle autorità e la presentazione del Corso, con una carrellata di interventi

di personalità leader quali i professori: Alessandro Rossi, Mario Giovanni Terzano, Giovanni Cioni, e le dott. sse Enrica Bonanni, Ermelinda Bortone, che hanno posto l'accento sull'utilità attuale dell'esame elettroencefalografico quale insostituibile complemento in un'epoca in cui le tecniche di neuroimaging (TC e RMI) si sono imposte nella pratica medica. Si è iniziato con l'origine fisiologica dei segnali elettroencefalografici fino alla loro analisi ed interpretazione con le nuove metodiche, e si è passati poi alla discussione circa il valore diagnostico e prognostico dell'EEG del neonato, all'utilità dello stesso nelle emergenze neurologiche e al ruolo che esso occupa nella valutazione, associato alla Video-EEG, delle patologie epilettiche e dei disturbi del sonno, oggi giorno sempre più frequenti, anche per le sempre più numerose diagnosi effettuabili rispetto al recente passato. Il corso ha proseguito il suo percorso intensivo con sessioni multiple sugli aspetti tecnico-strumentali della

registrazione dei potenziali evocati, acustici, vestibolari, somatosensoriali, visivi e motori, nonché sul ruolo sempre più significativo che tali metodiche vanno acquisendo in condizioni cliniche specifiche, quali il monitoraggio intraoperatorio, gli stati di coma, le urgenze neurologiche. Fra i punti salienti anche le novità e gli avanzamenti nel campo della Elettromiografia, dell'Elettroencefalografia e sulle metodiche ultrasonografiche, sia nell'urgenza neurologica che nel-



Fig. 1: Immagine di apparecchio per stimolazione transcranica con correnti dirette (o transcranial Direct Current Stimulation, tDCS). Si tratta di una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva che consiste nell'applicazione sullo scalpo di elettrodi eroganti una corrente continua di bassa intensità non percepibile dal soggetto stimolato.

la routine.

Di particolare rilievo scientifico, nonché di estremo interesse vista la sempre crescente proposta tecnologica di strumenti e software innovativi, sono stati gli interventi circa le metodiche di neurostimolazione e neuromodulazione, quali la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) e la Stimolazione Elettrica a Correnti Dirette (tDCS, secondo l'acronimo inglese), di cui hanno fornito ampie argomentazioni rispettivamente Simone Rossi, del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Siena, e Alberto Priori, direttore dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano. Tali tecniche sono usate ampiamente già in diversi paesi esteri e validate nell'uso routinario per il trattamento della depressione, del dolore neuropatico, nella terapia dell'emicrania e nella riabilitazione dei postumi neurologici degli eventi ischemici cerebrali. A differenza della TMS, di cui rappresenta un utilissimo complemento, la tDCS ha un costo dieci volte inferiore, minori, limitati e rarissimi effetti collaterali (transitori episodi di cefalea o fenomeni di ar-

rossamento nelle zone cutanee sedi di applicazione degli elettrodi), un potenziale epilettogeno nullo ed una superiore e più sicura maneggevolezza. Infine, la minore focalità d'azione della tDCS rispetto alla TMS consente di trattare contemporaneamente molteplici aree cerebrali, rivelandosi particolarmente vantaggiosa nella terapia dei pazienti colpiti per esempio da ictus.

Un altro tema di estrema attualità è stato quello relativo alla rivisitazione delle norme introdotte dal Decreto Ministeriale dell' 11 aprile 2008 circa le modalità tecniche di accertamento della morte cerebrale, alle quali i diversi relatori hanno cercato di rispondere, nei limiti delle conoscenze attuali, in parte - ma non del tutto - superati grazie alle recenti indagini elettrofisiologiche che stanno cercando di definire sempre più nello specifico concetti alquanto ancora incerti, quali la definizione delle diverse alterazioni degli stati di coscienza, spesso soggetti a discusse interpretazioni da parte di tutta l'opinione pubblica, medica e non medica.

Lo scopo del corso è stato quello di fornire una preparazione di base

teorico-pratica ed altamente professionalizzante nell'ambito della Neurofisiopatologia, disciplina in perenne evoluzione ed in cui gli aggiornamenti tecnologici si susseguono vorticosamente, e che, nonostante l'avvento di innovative tecniche di esplorazione del sistema nervoso centrale, quali la tomografia computerizzata, la risonanza magnetica nucleare, la SPECT e la PET, continua a mantenere un ruolo diagnostico insostituibile ed irrinunciabile nell'attività neurologica routinaria.

L'affidamento di questa iniziativa formativa alla scuola pisana, da ormai 11 anni, da parte delle assisi scientifiche neurologiche nazionali, prova la validità e le competenze professionali locali raggiunte nelle diverse branche della neurofisiopatologia clinica da parte degli operatori sanitari, medici e tecnici, del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. Il Comitato scientifico e i massimi rappresentanti della SINC hanno garantito il livello scientifico, culturale ed organizzativo dell'evento fortemente voluto dal prof. Sartucci quale testimonianza indelebile dell'eredità lasciata alle

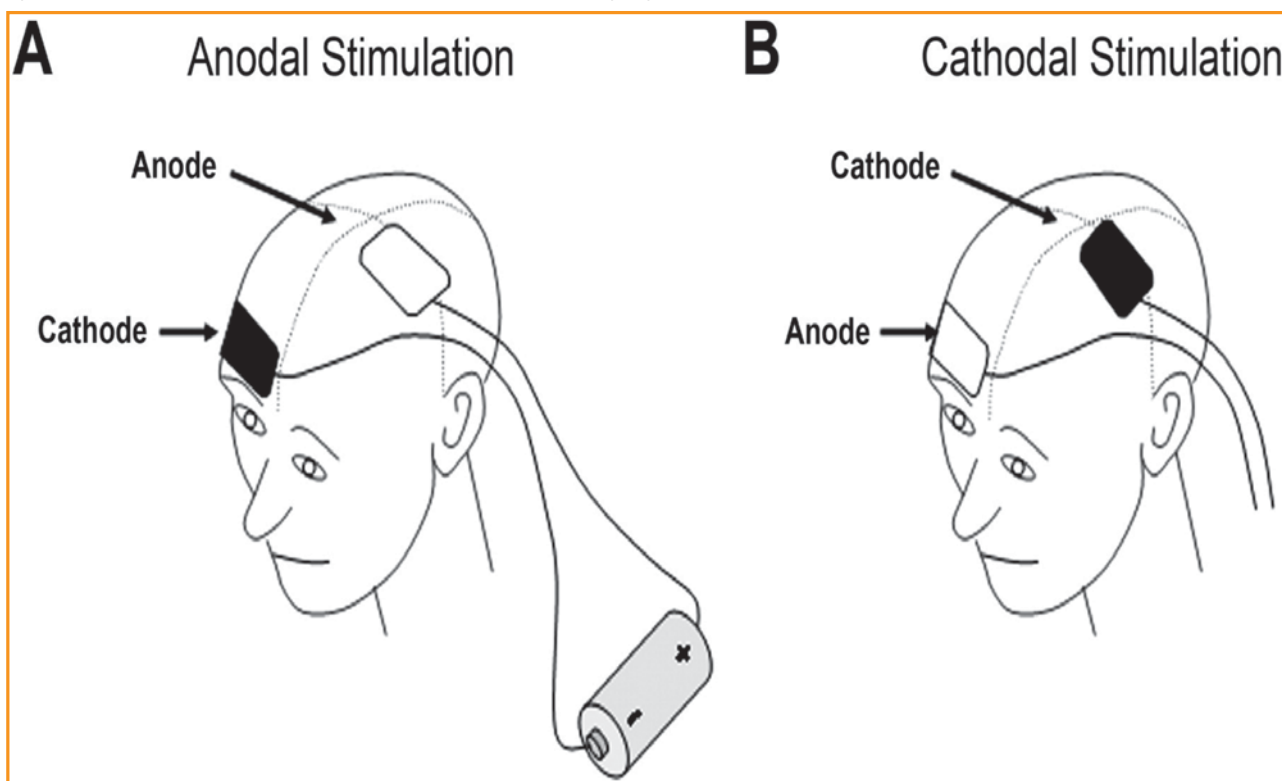


Fig. 2. Schema di posizionamento degli elettrodi sullo scalpo per effettuazione della tDCS di tipo anodica (A) e catodica (B).

neuroscienze Pisane da Giuseppe Moruzzi, personalità eminente e di riferimento della neurofisiologia internazionale, che proprio a Pisa ha costruito a partire dal 1949, uno degli istituti di ricerca neurofisiologica più importanti al mondo e ha portato a termine, studi pionieristici fondamentali sui meccanismi della vigilanza e del sonno. Alla nostra Scuola si sono formati (oltre agli organizzatori di tale corso), i più grandi maestri nel campo delle neuroscienze pisane, da Pietro Sarteschi a Givanbattista Cassano, a Ottavio Pompeiano, Giovanni Berlucchi e Lamberto Maffei, attuale presidente dell' Accademia Nazionale dei Lincei e tanti altri illustri nomi sia nazionali che internazionali, la cui omissione è impensabile ma la cui menzione è impossibile negli spazi contenuti di questo articolo. Caratteristica dell'evento, oltre alla

didattica pratica ed alle esercitazioni interattive sotto la supervisione di tutors, sono state le lezioni frontali tenute da illustri ricercatori e da eminenti personalità, leader indiscussi delle neuroscienze, in modo da consentire ai partecipanti una "full immersion" e, al tempo stesso, un rilevante "update" in una disciplina quale la Neurofisiopatologia in perenne evoluzione e di cui gli aggiornamenti tecnologici si susseguono vorticosamente e parallelamente ai progressi informatici.

Dalle considerazioni precedentemente espresse appare evidente che, ad oggi, non esiste una metodica di analisi che, presa singolarmente, sia in grado di fornire informazioni complete ed esaurienti sull'organizzazione funzionale (o sulla disorganizzazione in caso di patologia) del sistema nervoso centrale e periferi-

co. L'unica possibilità di analisi pressoché completa deriverebbe dall'integrazione delle differenti metodiche, le quali, ognuna con i propri vantaggi e i limiti, contribuirebbe a costruire quel difficile ma intrigante puzzle che è la diagnosi delle patologie neurologiche che alterano le reti neuronali encefaliche.

Per le prossime edizioni, la speranza è veder crescere ancora la qualità dell'iniziativa e l'implementarsi vicendevole di tali innovative metodiche con quelle tradizionali, imprescindibili guida e riferimento, e le neuroimmagini, con conseguenti avanzamenti sulle strategie diagnostiche e terapeutiche attualmente in uso. Ciò sarà possibile solo favorendo ulteriormente l'integrazione multidisciplinare e mantenendo adeguate disponibilità finanziarie.



Una biblioteca intitolata alla memoria del Prof. Bonadio

Poco più di un anno fa, la prematura scomparsa del Prof. Mario Bonadio lasciava un profondo dolore nella città di Pisa e, in particolare, nella classe medica. Valente infettivologo della Clinica Medica universitaria, il Prof. Bonadio si era dedicato alla politica, dimostrando anche il suo grande valore umano. Per ricordarne la figura, la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa ha recentemente deciso di intitolargli un importante fondo bibliotecario costituito da una rara e preziosa raccolta di testi medici del Prof. Alberto Zampieri. L'intera collezione, comprendente più di 1400 volumi fra libri di storia della medicina e di anatomia che vanno dal XVI se-

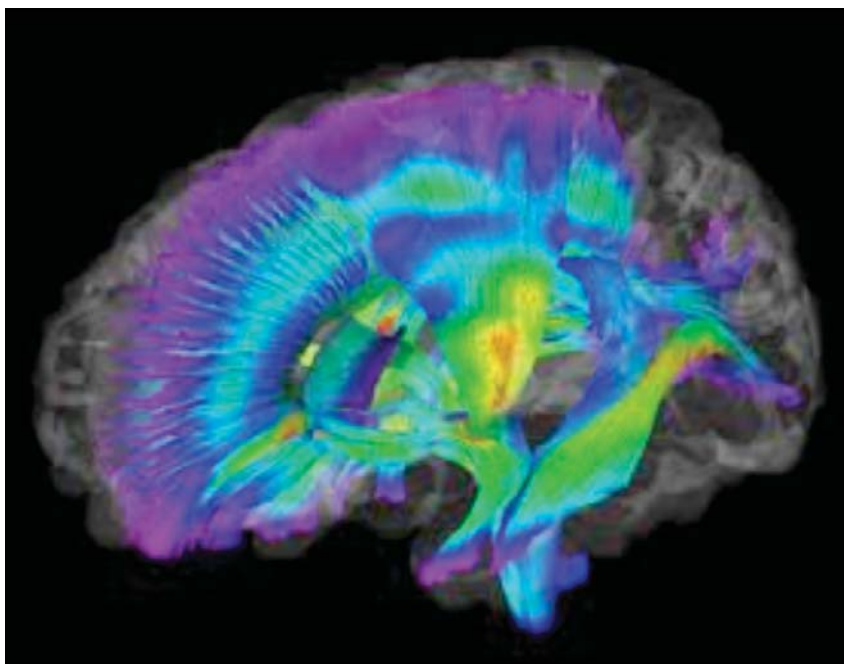


colo ai giorni nostri, è stata acquistata grazie ai contributi della Fondazione Arpa, presieduta dal Prof. Franco Mosca, della Biblioteca di Medicina, della Facoltà di Medicina e Chirurgia e del Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata. Nei prossimi mesi sarà accuratamente catalogata e collocata nella attuale biblioteca storica di anatomia umana, presso il Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata della Scuola Medica, dove esiste già un importante fondo di antichi libri di anatomia. Nel prossimo autunno è prevista la sua inaugurazione con una cerimonia che offrirà ancora una volta l'occasione di ricordare il valore professionale e umano del Prof. Bonadio.

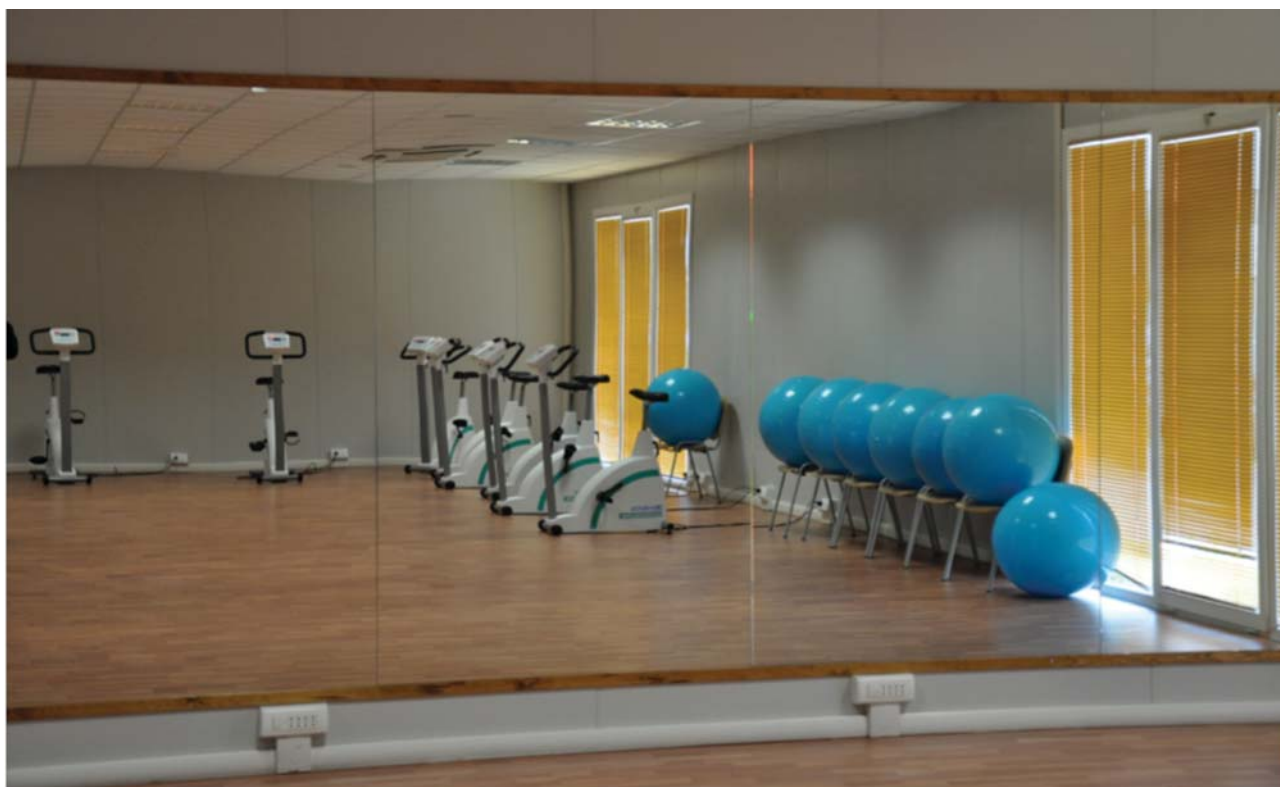
Terapia non farmacologica: lo studio Train the Brain

Si è svolto presso l'Area della Ricerca del CNR la prima riunione degli investigatori dello studio Train the Brain, ufficialmente partito il 19 marzo 2012 con l'arruolamento del primo gruppo di pazienti. Train the Brain è uno studio clinico che ha lo scopo di dimostrare l'efficacia di un intervento di training sia di attivazione cognitiva che fisico nelle forme iniziali di deterioramento cognitivo.

Il declino dell'attività cognitiva legato all'invecchiamento ha un enorme impatto dal punto di vista sociale, sanitario ed economico. Al momento attuale si stima che in Italia ci siano circa 700.000 pazienti affetti da demenza e circa 100.000 nuovi casi ogni anno con un impatto rilevante sulle famiglie, la società e le strutture sanitarie.



Esempio di esame di risonanza magnetica funzionale dell'encefalo



La Palestra di Train the Brain

Studi sperimentali su modelli di Alzheimer hanno dimostrato come l'esposizione ad un ambiente arricchito rallenti l'insorgenza della malattia conclamata, eserciti azioni neuroprotettive e aumenti la plasticità sinaptica corticale. In studi clinici pilota su piccole popolazioni di pazienti, questo modello di ambiente arricchito, che si traduce in training fisico e cognitivo, rallenta o addirittura previene l'insorgenza della demenza in soggetti con forme di iniziale deterioramento cognitivo - mild cognitive impairment (MCI).

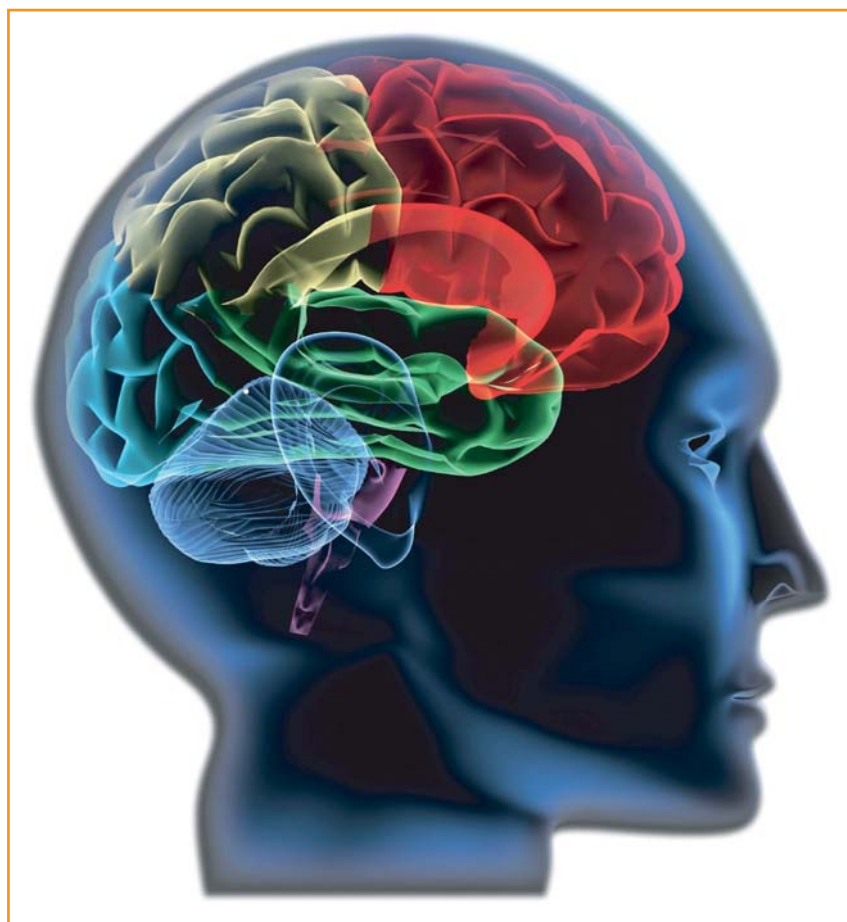
Il progetto – coordinato dall'Istituto di Neuroscienze e dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa si propone di dimostrare in uno studio randomizzato come un piano di intervento non farmacologico con sessioni di training fisico e cognitivo possa impedire, rallentare o far regredire il deterioramento.

I ricercatori dello studio, che afferiscono all'Università di Pisa, all'Azienda Ospedaliera, al CNR, all'Istituto Stella Maris, si propongono di valutare, in maniera integrata, gli aspetti neuropsicologici, cardiovascolari, biochimici, dei pazienti con uno stadio iniziale di demenza secondo criteri neuropsicologici già definiti

Dopo una prima selezione eseguita dal Medico referente attraverso un della memoria autosomministrato della memoria, già applicato nella pratica clinica i pazienti eleggibili vengono indirizzati al Dipartimento di Neurologia per la valutazione con test neuropsicologici, e se adatti, inviati all'Istituto Stella Maris per uno studio di risonanza magnetica morfofunzionale. Sulla base dell'imaging morfologico i pazienti vengono selezionati casualmente al gruppo di intervento o al gruppo di osservazione.

Il training dura 7 mesi e si svolge su tre giorni la settimana in sedute di 3 ore (una di training fisico e due di training cognitivo) presso una struttura prefabbricata appositamente costruita all'interno dell'Area della Ricerca di Pisa.

I criteri di esclusione allo studio sono rappresentati dalle forme avanza-



te di demenza, da neoplasie, dalla valvulopatia aortica e cardiomiopatia ipertrofica severa, dal diabete mellito scompenso, da insufficienza renale severa, dalle problematiche ortopediche che controindichino l'attività fisica aerobica e, ovviamente, dalle controindicazioni alla RM.

Ad oggi sono partite due classi di pazienti, una di 10 ed una di 5 soggetti, che ha iniziato il training presso la palestra con personale dedicato e con protocolli di esercizio fisico e cognitivo appositamente disegnati per lo studio.

Nell'incontro del 2 maggio i ricercatori coinvolti nel progetto hanno, da una parte, sottolineato il più che soddisfacente funzionamento fino ad oggi della complessa macchina scientifica, amministrativa, logistica e gestionale che contraddistingue lo studio, dall'altra messo in evidenza la criticità maggiore al momento attuale che è l'arruolamento dei pazienti.

E' necessario uno sforzo comune, possibile soltanto con la collabora-

zione attiva dei medici di medicina generale che hanno la possibilità di recepire, per primi, il disagio manifestato dai pazienti e dalle loro famiglie quando inizia il deficit di memoria.

Lo studio è sponsorizzato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa, co-finanziato dal CNR e non ci sono oneri a carico dei pazienti o del sistema sanitario nazionale. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della AOUP.

Una segreteria è attiva dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 19 (di seguito i numeri di telefono).

Segreteria Progetto

Train the Brain

telefono: 050 3158115 - 3152246

349 5205439

e-mail trainthebrain@ifc.cnr.it

Chi fosse interessato a visitare la struttura e "toccare con mano" il progetto nell'aspetto di training fisico e cognitivo, può contattare, tramite i numeri di telefono e la e-mail soprascritte, sia la Dr.ssa Rosa Sicari che la Dr. ssa Maria-Aurora Morales.

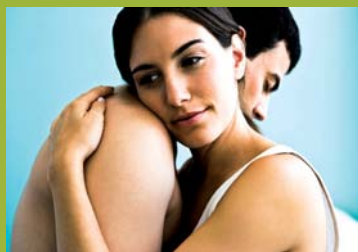


La conoscenza migliora la vita!



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

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



ULIVETO®
Aiuta la Digestione



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

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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

