

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:

Ambliopia e bambini: prevenzione e cure

M. Nardi
Unità Operativa Oculistica Universitaria A.O.U.P.

Confprofessioni: servizi per le libere professioni

M. Ridi
Vice presidente
Delegazione Toscana Confprofessioni

Allergopatie respiratorie: l'esperienza pisana

P. Paggiaro U.O. Psichiatria
DCAP - AOUP

Oltre... il conto on line

Tu hai 1000 impegni, e allora...

Banca di Cascina esce dall'ufficio e viene da te

Come?

Sempre:

con RELAX BANKING
che porta **il tuo conto corrente
direttamente sul tuo PC**

Quando vuoi:

ti veniamo a trovare noi

Non ci credi? Prova

**condizioni esclusive riservate
agli iscritti all'Ordine dei Medici**

**Trova qui la filiale
di Banca di Cascina
più vicina.**

Cascina

viale C. Comaschi, 4 Cascina (PI)
tel. 050 717211 • fax 050 717227

Casciavola

viale 2 Giugno, 37 Casciavola (PI)
tel. 050 760540 • fax 050 776843

Ghezzano

via Metastasio, 20/22 Ghezzano (PI)
tel. 050 878601 • fax 050 878635

Marina di Pisa

via Maiorca, 91/a Marina di Pisa (PI)
tel. e fax 050 311048

Perignano

via Toscana, 4 Perignano (PI)
tel. 0587 618261 • fax 0587 617723

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24



Banca di Cascina

La forza della semplicità



La salute non ha colore

La medicina - e quindi il nostro impegno alla tutela della salute, espresso con il Giuramento d'Ippocrate - l'abbiamo imparata all'università, sui libri, nelle aule di lezione, accanto ai malati. E' un dato di fatto, incancellabile: chi non ammettesse questo principio basilare si squalificherebbe da solo. E' una premessa indispensabile soprattutto ora che, con la nuova legislatura, il Parlamento ha il compito istituzionale di lavorare per il bene dei cittadini anche in tale settore. In sostanza l'appello che, come Ordine, rivolgiamo con fermezza a Senato e Camera all'inizio del loro mandato, si muove in parallelo a quanto da sempre rappresenta l'essenza della nostra missione. Sono percorsi certo diversificati nella loro essenza, ma l'obiettivo rimane comune e ciò deve stimolarci a dare il meglio dell'esperienza e della partecipazione propositiva. Siamo convinti che, da parte di tutti noi medici, ciò avverrà giorno dopo giorno con trasparenza e determinazione. Da qui, la richiesta chiara alle massime Istituzioni dello Stato, ad ascol-

tare anche la nostra voce, proprio nella comunanza d'intenti. L'invito è dunque a parlare, fin da ora, un linguaggio comune al di là di legittime ideologie e colori.

Per noi, la salute è una ed una soltanto, un diritto dei cittadini ed assieme un preciso dovere dello Stato. Non ci sono vie di mezzo o scorciatoie che finiscono unicamente per umiliare chi, fin dalla nascita, si affida alla nostra fiducia.

Il livello di civiltà d'un Paese si misura anche attraverso quanto lo Stato è capace di offrire alle esigenze di salute dei cittadini. Lo può fare attraverso l'attività del Parlamento, un compito importante, ma non meno di quello che noi viviamo in ogni momento a contatto con la gente, come singoli e come categoria.

Guardiamoci allora in faccia, lealmente e confrontiamo le idee. Insieme potremo senz'altro contribuire a migliorare il Paese. Le difficoltà - e non saranno poche - si affronteranno e si supereranno meglio se sapremo agire in sintonia. Noi siamo pronti, la parola spetta ora al Parlamento.



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, Filippo
Graziani, Teresa Galoppi,
Alberto Calderani, 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
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

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

Disturbi delle defecazione: il nemico è il bagno sporco

I disturbi della defecazione sono secondari a dissinergia del pavimento pelvico, a prolasso o invaginazione del retto, a difetto della peristalsi del colon che non permette il progredire delle feci.

Ma perché la muscolatura del pavimento pelvico può perdere la capacità di agire in modo sinergico per una buona espulsione delle feci?

Cosa succede normalmente? Le feci arrivano nel retto, il retto dice al cervello che avrebbe bisogno di svuotarsi e cervello gli risponde sì o no in base alla disponibilità del luogo adeguato. Se la risposta è sì, viene generato un aumento di pressione sul retto e del retto che, in associazione con il rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico e dell'apparato sfinterico, provoca la rettileizzazione e l'apertura del canale rettoanale attraverso cui passano le feci.

Ma perché il retto diventa più lungo e più largo non permettendo di generare una pressione sufficiente a espellere le feci e provocando un'auto-ostruzione all'espulsione dovuta all'invaginazione dentro a se stesso? Perché l'intestino perde la capacità di far progredire le feci coi movimenti peristaltici?

Il retto ed il pavimento pelvico hanno una sensibilità ed una capacità di regolazione finissima. A livello di sensibilità, hanno la capacità di discriminare tra feci solide, liquide o aria, e che, anche in presenza di tutte, ti permette di fare solo aria selezionandola dal resto. In più c'è la capacità di riprogrammazione del retto e pavimento pelvico: in presenza di una situazione anatomica com-

promessa (pluripare o donne anziane) o alterata per necessità chirurgiche (resezioni anteriori del retto), riesce a mantenere una buona funzionalità con meccanismi di adattamento.

Ma chi è il vero nemico? Il bagno sporco.

Lo stimolo negato perché non si può andare in un bagno al di fuori di quello in casa propria, lo stimolo forzato perché così quando si esce da casa si è già a posto e non si rischia di doverci andare sul lavoro o in un locale pubblico, lo stimolo programmato con abitudini programmate per evacuare nel momento in cui avrò condizioni igieniche adeguate.

E prendiamoci le nostre colpe come medici!

Quelli che dicono alle pazienti d'andare di corpo tutti i giorni per cui vivono nell'incubo di saltarne uno.

Quelli che dicono alla mamma di far leggere un libro al bambino quando va in bagno per cui andranno meglio a scuola, ma rovineranno la defecazione.

Quelli che consigliano alle pazienti di prendere tisane alle erbe tanto sono solo erbe, sono naturali e non fanno male.

Quelli che giustificano la stitichezza col fatto che anche la madre era stitica e quindi mettersi il cuore in pace come se fosse malattia genetica.

Quelli che fanno fare il clisma opaco e che poi per fortuna trovano il radiologo che referta dolico colon,



come se si sapesse quanto deve essere lungo un colon per funzionare bene.

Sono riuscito a selezionare, sulla base del rapporto con la defecazione, alcune categorie di donne. La donna manager: pianifica il pre, il durante e il post defecazione in maniera maniacale. Sul lavoro non può perdere tempo ad andare in bagno; non ha tempo di pensare che durante la giornata bisogna bere perché l'acqua è la benzina del nostro intestino; deve uscire al mattino pronta per un'importante convocazione.

La donna salutista e schizzinosa: qualsiasi bagno che non è il suo è sporco! Durante la giornata non mangia e non beve per la paura di generare un qualsiasi stimolo che possa portarla ad avere necessità di un bagno.

La donna equilibrata/spericolata: è salutista e non guarda in faccia

a nessuno... quando scappa... scappa! Ma quando arriva in bagno è un problema per le posizioni che riesce ad assumere e non generare un contatto diretto con il vater.

La donna finta tonta: viene per problemi vaghi di disturbi all'addome, all'ano o alla regione perineale e alla domanda "ma lei come va di corpo?" risponde ... bene. "Quando mi alzo la mattina (2 ore prima di uscire) mi faccio un clistere da 2 litri, dopo che l'ho scaricato mi infilo un guanto e ripulisco l'ampolla rettale da eventuali residui, eventualmente rimetto dentro il prollasso e fino al giorno dopo sono a posto."

La donna dalla pancia piatta: è sempre stato un orgoglio e un qualcosa da esibire. Non ammette che un po' d'aria possa alterarne la perfezione; la difesa è andare in bagno e fare non solo aria con qualsiasi mezzo ed a

ogni costo!

La donna autolesionista: lo so che dovrei mangiare più fibre, che non bevo quasi niente, che non faccio movimento, che nego sempre lo stimolo... e allora?

Ed infine c'è la donna generale. Si presenta con il marito. Appena chiedo se ha fatto qualche esame si gira verso il marito che tira fuori la cartellina dove ha archiviato in ordine cronologico, alfabetico e per importanza gli esami eseguiti. E' in guerra con l'intestino che non fa quello che lei vorrebbe e quando lei lo vorrebbe o prende delle iniziative senza autorizzazioni specifiche. Con tali pazienti bisogna prenderla alla lontana, metterle a proprio agio, farle capire che condividi il problema per poi metterle davanti alla realtà; l'intestino è come il marito: se non lo ascolti, se lo critichi sempre, se gli dai solo ordini, se non gli dai qualche gratificazione

e soprattutto se non gli concedi qualche libertà... si arrabbia o si ribella o le fa credere di fare quello che vuole lei facendo invece gli affari propri.

E' un disturbo serio che può alterare la qualità di vita. La prima causa è sicuramente igienica (bagni spesso in condizioni indecenti) o alimentare (soprattutto nella scarsa assunzione di acqua che rappresenta la benzina dell'intestino), per cui, prima delle terapie mediche o della chirurgia, bisogna correggere problemi comportamentali. Sarebbe auspicabile che le società medico scientifiche suggerissero di potersi impegnare nell'obbligo per i bar, i ristoranti, gli uffici e in generale per tutti i servizi pubblici di garantire bagni igienizzati e differenziati tra uomini e donne. Considerando la spesa per lassativi, se ne potrebbe avere un vantaggio economico e di qualità di vita.



Per gli adenomi ipofisari nuova tecnica endoscopica

Nella ricerca della minore invasività possibile in neurochirurgia è stato introdotto il trattamento trans-nasale endoscopico assistito, come evoluzione dell'approccio trans-sfenoidale, già considerato microchirurgico. L'esperienza della U.O. Neurochirurgia 2 SSN, diretta dal Dott. R. Vannozzi, si allinea alla letteratura internazionale nell'indicarlo come prima scelta operativa.

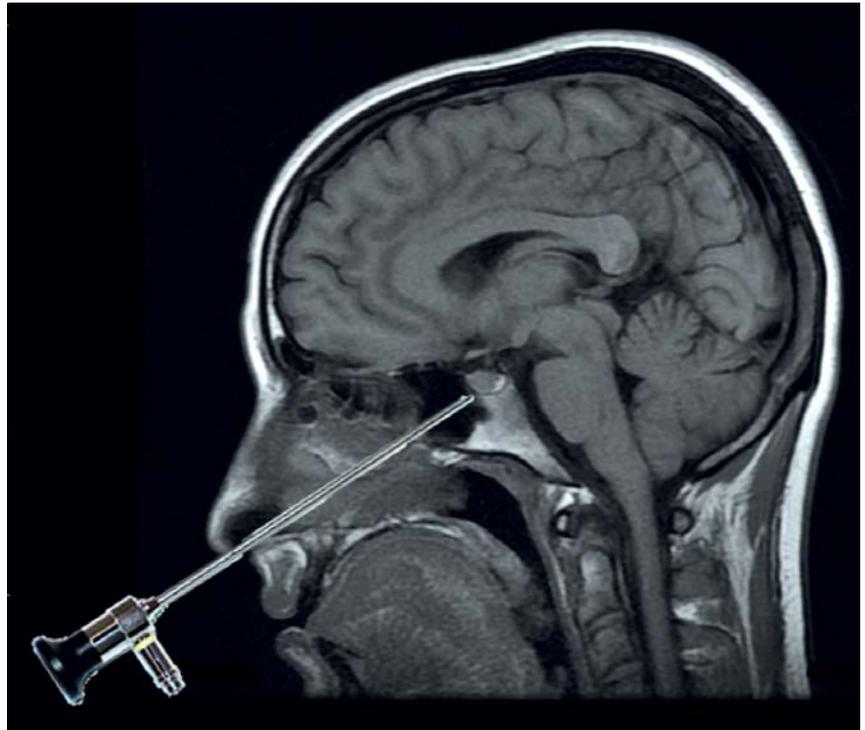
Epidemiologia

L'adenoiipofisi può essere sede di tumori primitivi (con una prevalenza di circa 200/milione di persone) che rappresentano oltre il 90% delle lesioni pituitarie (il restante è rappresentato essenzialmente da craniofaringiomi e rare lesioni metastatiche). Si valuta inoltre che circa il 16,7% della popolazione sia portatore di un adenoma clinicamente silente (sia dal punto di vista dell'effetto massa che endorinologico) o di cisti liquorali endosellari.

L'età media dei pazienti diagnosticati è nel 70% dei casi compresa tra 35 e 50 anni.

Classificazione

Esistono vari criteri (funzionali, anatomoradiologici, anatomopatologici, clinicopatologici). Nella pratica clinica viene utilizzata per immediatezza la classificazione basata sulla sindrome endocrina determinata o sulle conseguenze degli effetti compressivi. Per la valutazione neuroradiologica e chirurgica si prendono in considerazione la localizzazio-



ne anatomica, la dimensione e l'invasività della lesione. Le caratteristiche strutturali, di colorazione ed immunohistochemiche permettono la diagnosi istopatologica.

Clinica

Più frequentemente il sospetto di massa ipofisaria viene formulato a seguito di deficit campimetrici (è caratteristica l'emianopsia bitemporale) o per disfunzioni endocrinologiche ipotalamico-ipofisarie (sia in senso di ipersecrezione che di deficit ormonale). Si possono manifestare paresi dei nervi oculomotori o idrocefalo.

Iter diagnostico

Comprende di norma l'esame clinico-anamnestico, endocrinologico, neuroradiologico,

oculistico (acuità visiva e campimetria).

Terapia

Prevede sia l'approccio farmacologico (con farmaci inibitori della secrezione o della funzione ormonale in caso di adenomi secernenti, o terapia sostitutiva nei casi di deficit endocrini), che quello chirurgico (transcranico, trans-sfenoidale) o radioterapico (generalmente dopo la chirurgia, nei casi di asportazione parziale della neoplasia; nelle recidive tumorali o quando il tumore infiltrava il seno cavernoso o l'ipotalamo; se le condizioni cliniche del paziente controindicano l'intervento chirurgico). Da quando è stata proposta, la tecnica transfenoidale endonasale endoscopio-assisti-

ta è divenuta la procedura di prima scelta per gli adenomi clinicamente manifesti (non responsivi farmacologicamente, non secernenti con effetto compressivo sulle strutture circostanti (vie ottiche, nervi oculomotori). I vantaggi principali sono la minore invasività rispetto al precedente approccio transfenoidale (non sono necessari l'incisione e lo scollamento mucoso, né la lussazione del setto) ed il più rapido recupero del paziente (non vi sono punti di sutura mucosi né tamponamento endonasale) con riduzione della permanenza ospedaliera e del disagio perioperatorio. Naturalmente in casi selezionati con lesioni particolarmente voluminose ad espressione intra- e sovra-sellare è possibile pianificare un doppio tempo chirurgico, mini-invasivo transnasale e transcranico.

Tecnicamente i tempi operatori consistono nella preparazione della via endoscopica con disinfezione e decongestione della mucosa nasale. A seconda dei casi e della necessità chirurgica si valuta se utilizzare la tecnica monoportale (ovvero introducendo endoscopia e strumenti attraverso una sola narice) o quella biportale, attraverso entrambe, con maggiore controllo del campo operatorio. In tal caso è possibile la collaborazione di due

operatori con 4 strumenti contemporaneamente. Attraverso i reperi anatomici dei turbinati si identifica l'ostio sfenoidale. Con appositi strumenti si amplia l'apertura fisiologica fino a penetrare in modo chirurgicamente efficace all'interno del seno sfenoidale.

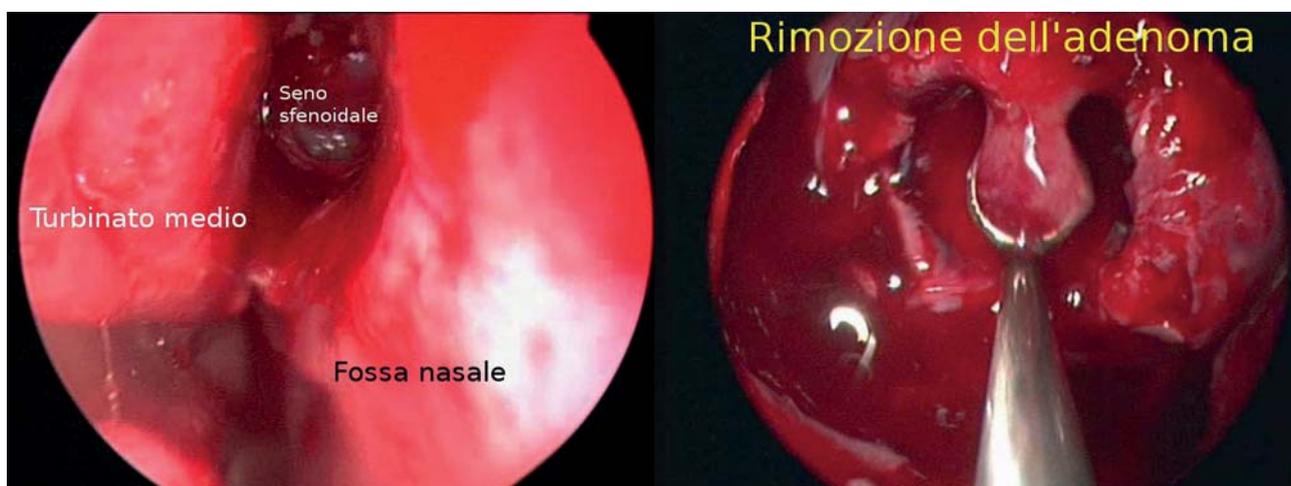
Si riconoscono le strutture anatomiche che lo delimitano (con particolare attenzione alle docce carotiche ed al recesso ottico-carotideo) identificando il pavimento sellare, che viene fresato. Si apre la dura e si accede alla ghiandola pineale, di cui si asporta la lesione. Al termine, con ottiche angolate (30°, 45°, 70°) e procedure ad immersione si controlla la sella turcica e le strutture che la delimitano, a verificare l'avvenuta exeresi totale della lesione o a identificare l'eventuale residuo ad esempio indovato nei seni cavernosi, e comunque il completamento dell'obiettivo chirurgico pianificato. Dopo sigillatura del seno sfenoidale l'intervento è concluso.

A fianco di tali fasi tecniche si deve considerare l'affinamento cui vengono sottoposte per l'evoluzione tecnologica e di materiali, che permette di introdurre strumenti e variazioni tecniche sempre più mirate ad affrontare le peculiarità anatomiche e patologiche del singolo paziente (neuronavigazione, microcoagulazione bipolare, fi-

bre laser) ed a centrare sempre più l'obiettivo della mini-invasività come rispetto delle strutture anatomiche circostanti e del minor discomfort del paziente.

Nel decorso post-operatorio il paziente viene monitorizzato clinicamente e con esami ematochimici seriatim a verificare la residua funzionalità ipofisaria al fine di determinare l'eventuale necessità di terapia medica. E' possibile sostituire funzionalmente ogni ormone carente, sia ipofisario come anche la vasopressina (nei casi di diabete insipido). Il follow-up clinico-laboratoristico endocrinologico, indispensabile, ottimizzerà nel tempo la terapia necessaria fino anche a sospenderla quando possibile. I controlli clinici e neuroradiologici permettono di monitorare la situazione nei casi di residui per definire eventuali strategie complementari (es. terapia radiante).

La nostra esperienza (23 casi in tre anni), in considerazione della sicurezza ed ottima tollerabilità da parte del paziente suggerisce che, previa valutazione diagnostica specialistica, la tecnica mini-invasiva, ormai ben collaudata, sia da proporre come prima scelta chirurgica.



Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa, anche quest'anno organizza la "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" presso il B&B Hotel in Via Scornigiana, 1 a Ospedaletto - Pisa il giorno Sabato 1 Giugno 2013.

Programma

08:30

Saluto del Presidente

08:45

Assemblea Ordinaria degli iscritti

09:30

Intervento del dott. Franco Pagano (Vice Presidente "Fondo Sanità") sul tema "La previdenza complementare per il Medico e l'Odontoiatra"

10:30

Consegna medaglie d'oro per i 50 anni di laurea.
Consegna medaglie d'argento per i 25 anni di laurea.
Consegna dei Riconoscimenti alla carriera.
Lettura del Giuramento di Ippocrate.
Saluti finali

Al termine della cerimonia sarà servito un rinfresco ai presenti

L'ORDINE DEI MEDICI DI PISA SCEGLIE CONSULCESI PER L'ASSISTENZA LEGALE E LA FORMAZIONE ECM

Stipulato un accordo tra l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Pisa e una delle maggiori Associazioni a livello europeo di tutela dei diritti dei professionisti sanitari. La convenzione permetterà anche a tutti gli iscritti di aderire alle azioni legali collettive per il recupero dei rimborsi dovuti agli specialisti, la prossima delle quali è in partenza il 4 maggio.

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Pisa ha firmato un accordo con Consulcesi, una delle maggiori realtà a livello europeo di tutela e difesa dei diritti dei professionisti sanitari, per garantire a tutti i suoi iscritti l'accesso ai servizi di assistenza

legale, la possibilità di aderire alle cause collettive per far valere i propri diritti e la formazione ECM.

Il Presidente dell'Ordine, Dott. Giuseppe Figlini, annuncia la stipula dell'accordo: *«abbiamo scelto Consulcesi per sostenere ancora di più i nostri associati, garantendo loro un servizio di tutela legale e di formazione continua con la garanzia dei grandi risultati ottenuti dall'Associazione. Tutto va nella direzione sia di una maggiore serenità del medico nell'esercizio della sua professione, sia di un costante aggiornamento del professionista sanitario, l'unica via per migliorare contemporaneamente anche il nostro servizio ai pazienti».*

La convenzione prevede la possibilità per gli iscritti di usufruire di tutti i servizi legali offerti da Consulcesi. In particolare, permetterà di accedere al Pronto Soccorso Legale specializzato dell'Associazione, di richiedere il parere gratuito degli avvocati e di garantirsi assistenza in sede di giudizio, civile e penale, in caso di accuse di malpractice, rivendicazioni di diritti e richieste di rimborso.

Consentirà quindi anche di aderire alle cause collettive, la prossima in partenza il 4 maggio, che riguardano i professionisti che non hanno ricevuto il giusto compenso durante gli anni della scuola di specializzazione universitaria, nonostante lo prevedessero le norme europee. Si tratta sia di coloro che hanno frequentato i corsi tra il 1982 e il 1991, cui lo Stato italiano non ha corrisposto le borse di studio dovute, sia di chi si è iscritto tra il 1994 e il 2006. In quest'ultimo caso le borse di studio sono state erogate, ma non comprendevano il pagamento degli oneri previdenziali e la copertura assicurativa dei rischi professionali e degli infortuni. Ogni medico potrà recuperare fino a 180 mila euro nel caso del mancato versamento anche degli oneri contributivi.

In più, rende possibile la consultazione di uno degli archivi più completi di sentenze relative al mondo sanitario e garantisce l'accesso ai corsi di formazione tramite FAD, la formazione a distanza nata per rispondere all'obbligo di acquisire 50 crediti ECM all'anno, rendendo più semplice e immediato il continuo aggiornamento medico.

Conclude Massimo Tortorella, Presidente dell'Associazione Consulcesi: *«dopo la convenzione stipulata a inizio anno con l'Ordine dei Medici della provincia di Roma, oggi firmiamo quello con uno dei più importanti Ordini della Toscana, a conferma del percorso di avvicinamento e sostegno alle organizzazioni di categoria che abbiamo intrapreso. Il nostro impegno si rivolge a tutti i professionisti sanitari iscritti, con l'obiettivo non solo di offrire i nostri migliori servizi a livello legale e formativo ad un costo inferiore rispetto a quello di mercato, ma anche di permettere la partecipazione alle azioni collettive di rimborso di quanto spetta loro. In questi anni abbiamo infatti garantito il recupero di 268 milioni di euro per 4.800 camici bianchi in tutta Italia, di cui oltre 100 milioni solo negli ultimi 12 mesi, per le borse di studio non erogate o i contributi dovuti da parte dello Stato italiano durante gli anni della scuola di specializzazione universitaria. Colgo l'occasione per ricordare che già il 4 maggio è fissata la prossima Azione Collettiva per il rimborso. Tutti i medici sono quindi invitati a chiamare il numero verde 800.122.777 dove riceveranno gratuitamente ogni informazione dai nostri consulenti legali».*

Il supporto al paziente oncologico

Negli ultimi anni il concetto di cura del paziente oncologico ha subito una importante evoluzione. Da un modello di cure "sequenziale", caratterizzato all'inizio dalla sola chemioterapia e successivamente dalle cure palliative, si è passati ad un modello multidimensionale che prevede diverse figure professionali che svolgono la loro attività parallelamente, intorno al paziente, per tutto il periodo di trattamento. Inoltre, il progresso della ricerca oncologica degli ultimi anni ha permesso un notevole incremento delle possibilità terapeutiche. I pazienti possono attualmente beneficiare di molteplici approcci

terapeutici con conseguenti maggiori benefici. L'evolversi delle terapie specifiche ha però prodotto tossicità con profili diversi da quelli "storicamente" associati alla chemioterapia che vanno prontamente riconosciute e gestite. Da questo crescente bisogno assistenziale è emersa la necessità di ampliare gli spazi dedicati alla gestione delle tossicità acute e subacute correlata ai trattamenti e di riconoscere una attività dedicata alle terapie di supporto fin dall'inizio delle cure oncologiche.

Percorsi

I pazienti del Polo Oncologico di

Pisa hanno accesso alla struttura con prima visita effettuata presso gli ambulatori dedicati del CORD (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale) senza lista di attesa ed in conformità con le disposizioni regionali. In tale occasione viene programmato il percorso di cura specifico con i necessari approfondimenti strumentali e clinici (tali prime visite sono suddivise per gruppi di patologia d'organo con medici dedicati). Successivamente, qualora si renda necessario un iter terapeutico medico, il paziente affrisce al Day Hospital o alla Degenza Ordinaria per i trattamenti, dove viene istruito, sia dai medici che dagli



Prof. Alfredo Falcone (Direttore Polo Oncologico), Dr. Andrea Antonuzzo (Responsabile Terapie di Supporto), Dr.ssa Isa Maura Brunetti (Collaboratore), Dr. Enrico Vasile (Collaboratore), Dr.ssa Laura Ginocchi (Medico Specializzando), Dr. Maurizio Lucchesi (Medico Specializzando), Dr.ssa Francesca Bonci (Psiconcologa), Don Ireneo (Assistente Spirituale)



infermieri, sulle adeguate condotte da seguire a domicilio in caso di necessità più o meno urgenti. Oltre a questi percorsi istituzionali, da circa un anno è stato attivato un servizio di terapie di supporto che tenta di rispondere alle numerose esigenze fisiche e non del paziente oncologico. Tale servizio si articola su tre livelli.

Assistenza medica

E' attivo un ambulatorio all'interno del Day Hospital, dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 14, dedicato a pazienti che presentano tossicità dovute ai trattamenti oncologici (chemioterapia, nuovi farmaci biologici) o esigenze cliniche legate alla malattia di base. L'accesso al servizio ambulatoriale è diretto, previa accettazione infermieristica al piano terra, ma senza necessità di appuntamento. Il paziente verrà valutato in base alla severità del quadro clinico e potrà ricevere nella stessa mattina prescrizioni di terapia domiciliare, terapia infusione in letti dedicati nel Day Hospital o programmare eventuali trattamenti e/o controlli per i giorni successivi fino a risoluzione/

miglioramento delle problematiche. I pazienti possono inoltre utilizzare un servizio di consultazione telefonica tramite un numero di cellulare attivo nelle stesse fasce orarie del servizio ambulatoriale suddetto (il numero da poter contattare è fornito ad ogni paziente al momento dell'inizio del trattamento); questo servizio aggiuntivo può essere offerto per la risoluzione diretta di problematiche cliniche minori o come supporto specialistico al medico di famiglia nella gestione domiciliare del paziente. Negli ultimi 7 mesi del 2012 sono state effettuate presso questo servizio 761 visite ambulatoriali non programmate ed è stata data risposta a 1138 telefonate.

Assistenza psicologica

Il supporto di psiconcologia è garantito al paziente mediante servizio ambulatoriale su appuntamento. Possono usufruire del servizio anche i pazienti che non hanno in corso trattamenti oncologici. Viceversa, per i pazienti in terapia, il colloquio può avvenire anche durante la permanenza in Day Hospital.

Assistenza spirituale

Il supporto spirituale è garantito al paziente mediante colloquio personale con il Cappellano o attraverso la partecipazione volontaria ad un Centro di Ascolto settimanale, previsto tutti i mercoledì alle ore 11:00 nella sala riunioni al piano terra del Polo Oncologico. L'incontro è aperto a pazienti, familiari, volontari e operatori sanitari. La Cappellania ospedaliera si impegna inoltre a svolgere un ruolo di mediazione culturale per pazienti non cattolici che esprimono la necessità di assistenza spirituale per religioni diverse.

Il nostro nuovo modello organizzativo cerca di rispondere all'esigenza di mantenere il paziente per quanto possibile all'interno del percorso di cura oncologico, cercando di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri (non solo tramite Pronto Soccorso) per le complicanze della propria malattia o dei trattamenti. L'obiettivo preposto è quello di sviluppare una reale continuità di cura per migliorare il controllo dei sintomi e soprattutto la qualità di vita dei pazienti.

Ambliopia e bambini: prevenzione e cure

La funzione visiva nel bambino è rudimentale alla nascita e si sviluppa nei primi anni di vita: affinché ciò avvenga e necessario vi sia una adeguata stimolazione visiva per ciascuno dei 2 occhi, durante il periodo di plasticità delle strutture nervose, che sovraintendono alla visione. Tale periodo di plasticità coinvolge oltre allo sviluppo della acuità visiva anche lo sviluppo di normali relazioni sensoriali tra i 2 occhi, come la corrispondenza retinica, che è alla base della fusione, e la stereopsi.

Ogni causa che impedisca una normale stimolazione visiva può indurre un mancato sviluppo di relazioni sensoriali normali tra i 2 occhi e di una normale acuità visiva. Dalla letteratura si rileva che dal 3 al 5% della popolazione "normale" è affetto da ambliopia (ovvero un deficit visivo dovuto ad inadeguata stimolazione durante il periodo critico dello sviluppo della funzione visiva in assenza di alterazioni anatomiche che lo giustificano). La ambliopia è la causa più frequente di riduzione visiva al di sotto dei 40 anni di età e supera come frequenza tutte le altre cause sommate assieme, compresi i traumi. L'importanza di riconoscere precocemente questo difetto deriva dal fatto che esso è trattabile solo durante il periodo di plasticità (ovvero fino verso i 6-8 anni di età) e che i risultati del trattamento stesso sono tanto più efficaci quanto più precocemente esso viene intrapreso. Poiché il piccolo paziente è inconsapevole del difetto (infatti vede bene

con l'occhio non ambliope e si comporta normalmente) l'unico modo per evidenziarlo, e quindi trattarlo adeguatamente) è una visita oculistica precoce.

Cause della ambliopia

La causa più frequente è lo strabismo (anche lo strabismo a piccolo angolo che non si nota ad un esame superficiale del piccolo paziente). Nel bambino, contrariamente all'adulto, se un occhio è costantemente deviato, compare rapidamente un adattamento sensoriale detto soppressione volto ad evitare la diplopia. La soppressione è un fenomeno tipicamente binoculare in quanto induce una marcata riduzione della visione nell'occhio deviato, quando entrambi gli occhi sono aperti; chiudendo l'occhio fissante, l'occhio deviato riprende la sua piena funzionalità. Per il perdurare di questa situazione si passa allo step successivo in cui la riduzione della acuità visiva si mantiene anche in visione monoculare e questa è la ambliopia. Un'altra causa importante è la anisometropia (differenza di refrazione tra i 2 occhi); per esempio se un'occhio è ipermetrope e l'altro miope, entrambi non potranno andare a fuoco insieme ed il bambino ne utilizzerà uno mantenendo una immagine sfocata (quindi una insufficiente stimolazione visiva sull'altro). Un terzo motivo può

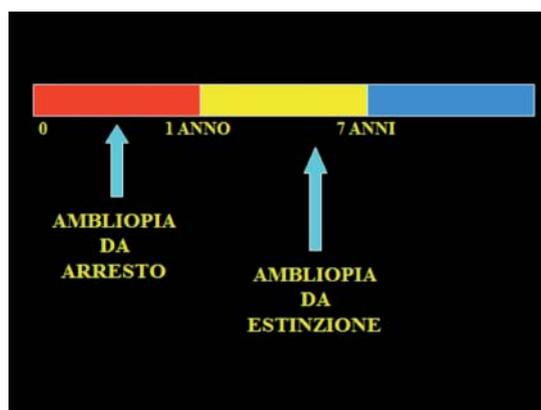


Fig. 1. Ambliopia da arresto ed ambliopia da estinzione

essere un ostacolo anatomico (p.e. una cataratta congenita) che impedisce la visione in un occhio. Infine più raramente la ambliopia può essere bilaterale: la causa più frequente sono i gravi difetti visivi (miopia ed ipermetropia) non corretti.

Tipi di Ambliopia

Nello sviluppo della funzione visiva vi sono 2 periodi: il primo che grossolanamente va dalla nascita ad un anno di età, in cui la funzione visiva migliora fino a raggiungere i 10/10 ed il secondo che dura fino ai 6-7 anni in cui il sistema visivo è ancora plastico e la mancata stimolazione di un occhio porta alla riduzione del visus che era stato raggiunto. Un fattore che incide nel primo periodo porta ad una ambliopia da arresto dello sviluppo che è ben più grave e difficile da trattare da una ambliopia da estinzione, dovuta a fattori che intervengono nel secondo periodo ed inducono una regressione del visus raggiunto.

La diagnosi

L'importanza della diagnosi precoce è fondamentale in quanto la terapia è tanto più efficace quanto più precocemente intrapresa e praticamente inutile dopo gli 8 anni di età. È pertanto essenziale che tutti i bambini vengano sottoposti ad adeguati periodici controlli: normalmente i bambini vengono visitati prima della dimissione, dopo il parto; successivamente in assenza di sintomi si rivalutano verso i 3 anni quando è possibile misurare il visus con ottotipi figurati e poi verso i 5-6 anni, prima che termini il periodo di plasticità del sistema visivo e quindi la possibilità di una terapia utile. Ovviamente la visita va condotta in rapporto all'età e alla collaborazione del bambino. Il cardine della diagnosi è la misurazione della acuità visiva che deve essere uguale nei 2 occhi; quando ciò non è possibile, altri aspetti possono essere utili ad esempio, in presenza di uno strabismo in un bambino in fase preverbale, il rilievo di una deviazione è monoculare (non alternante, ovvero sempre a carico dello stesso occhio) è sufficiente ad instaurare una terapia antiambliopica: una volta raggiunta la alternanza (che indica una equivalenza della funzione visiva nei 2 occhi) si passerà ad una terapia di mantenimento.



Fig. 2. Presupposti per una terapia antiambliopica efficace

La valutazione della necessità di una prescrizione di occhiali è comunque possibile, con metodi oggettivi, anche prima di 1 anno di età. Utile è anche la determinazione del senso stereoscopico: una stereopsi piena si ha solo in presenza di una normale visione binoculare e di una normale acuità visiva; tale test è utile negli screening ma non può sostituire una visita oculistica.

La terapia

La terapia si basa su 2 presupposti: 1) creare una immagine retinica nitida (ad es. correggere il difetto refrattivo se c'è), 2) favorire la attività dell'occhio ambliopico (normalmente si fa ostacolando la visione nell'occhio sano). Il sistema più pratico e l'occlusione dell'occhio sano (fig. 2), che deve essere graduata in base alla età del bambino, in quanto più piccolo è il bambino più facile è la insorgenza di una ambliopia da occlusione nell'occhio occluso, se la occlusione stessa è protratta per troppo tempo: normalmente per evitare questa complicanza si usano ritmi di occlusione alternata (p.e. 5

giorni l'occhio buono 1 giorno l'occhio ambliopico) che variano a seconda dell'età del piccolo paziente. Sempre in rapporto all'età vengono programmati i successivi controlli. Una volta



Fig. 3. I settori sono comodi per le terapie di mantenimento: possono avere varie forme ed estensione; in questo caso quando il bambino guarda di lato è costretto ad impiegare l'occhio corrispondente

raggiunta una equivalenza visiva tra i 2 occhi si passa ad una terapia di mantenimento che può essere condotta con varie metodiche: tra queste la più pratica è probabilmente la applicazione di settori occlusivi sugli occhiali (fig. 3).

È comunque fondamentale ricordare che una diagnosi di ambliopia non può essere effettuata fino a che non sono state escluse cause organiche di riduzione visiva e che nei bambini piccoli lo strabismo può essere secondario e costituisce il secondo segno in ordine di frequenza con cui si manifesta il retinoblastoma (fig. 4).



Fig. 4. Strabismo convergente secondario a retinoblastoma (si osserva il riflesso biancastro della pupilla, leucocoria)

Malnutrizione nella SLA: da non sottovalutare!

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva che colpisce il primo e il secondo neurone di moto. Si manifesta clinicamente con una progressiva amiotrofia e paralisi coinvolgente sia la muscolatura degli arti, del tronco e respiratoria, sia il distretto bulbare, con disartria, disfonia, disfagia e conseguente calo ponderale e malnutrizione. Se da un lato la difficoltà a nutrirsi, in parte espressione dei problemi legati al pasto quali necessità di tempi lunghi, affaticamento, timore di soffocamento, in parte conseguenza delle alterazioni nella palatabilità e caratteristiche degli alimenti, rappresenta la causa principale dell'alterazione dello "stato nutrizionale" dei pazienti SLA, si ritiene tuttavia che sia inoltre presente una condizione di "ipermetabolismo" cellulare determinato da un'augmentata pro-

duzione di citochine, un'alterazione della funzione mitocondriale e un aumentato dispendio per la funzione respiratoria e la motricità residua.

Un'attenta valutazione dello stato nutrizionale del paziente è una tappa fondamentale della presa in carico multidisciplinare e vede come attori l'otorinolaringoiatra per la valutazione della disfagia, il nutrizionista per l'impostazione di una terapia dietetica ad personam per "quantità", "qualità" e sicurezza delle vie aeree, per l'istruzione del care giver e per il follow up clinico e infine lo pneumologo per lo stretto monitoraggio dell'efficacia della tosse e della funzionalità respiratoria residua. Il peso corporeo e il suo stretto monitoraggio nel tempo rappresentano un rilevante fattore indicativo dello stato nutrizionale. Un adeguato apporto idrico, spesso ridotto per le difficoltà deglutorie

ma anche per il timore di inalazione, deve essere garantito anche al fine di mantenere la peristalsi intestinale, già minacciata dall'immobilità e dalle modificazioni della dieta e può essere sostenuto sostituendo le bevande più difficili da deglutire, come l'acqua, con bevande a maggiore consistenza o gassate, più facili da deglutire o con l'utilizzo di addensanti. Con il progredire della disfagia, può essere necessaria l'assunzione di cibi semisolidi o frullati. Mangiare cibi omogenei piuttosto che cibi misti può aiutare a evitare la tosse. Il paziente SLA spesso manifesta inappetenza, accettando con difficoltà cambiamenti così drastici del proprio stile di vita e quindi anche nell'alimentazione. La presentazione di cibi modificati non stimola l'appetito; può coesistere uno stato di dipendenza avvertito come umiliante, specie in pubblico, e ciò gravare non poco sulla propria autostima.

Il primo ostacolo può essere aggirato preparando cibi in modo tale che, pur modificati, si mantengano gradevoli alla vista e al palato rispettando il più possibile i gusti personali. Istruire il care giver sull'importanza di rispettare i tempi di deglutizione senza mostrare fretta e senza spazientirsi per eventuali incidenti riduce il disagio psicologico. Qualora la sola alimentazione orale

La Sla | Sclerosi laterale amiotrofica

IN CONDIZIONI NORMALI



I motoneuroni sono **cellule** che dal **midollo spinale** conducono ai **muscoli i comandi**, ricevuti dal cervello, **per il movimento**



Il muscolo **si contrae** permettendo i **movimenti volontari** del corpo

CON LA MALATTIA IN ATTO

La Sla è una malattia che porta alla **degenerazione dei motoneuroni**

La scomparsa dei motoneuroni causa una **progressiva atrofia muscolare**



I muscoli volontari **non ricevono** più i comandi del cervello e **si atrofizzano**

La conseguenza è una **paralisi progressiva** dei **quattro arti** e dei **muscoli deputati alla deglutizione e alla parola**

ANSA-CENTIMETRI



perioperatorie. La PEG permette di alimentarsi bypassando la fase orale, evitando così il rischio di inalazione. Tuttavia, in casi selezionati, il paziente può continuare ad usufruire della via orale, anche solo con piccole quantità di cibo per apprezzarne i sapori, integrando l'apporto calorico e idrico attraverso la PEG. Tramite PEG il paziente può essere nutrito con miscele nutrizionali adatte, oppure con cibi preparati ad personam da un care giver addestrato.

In conclusione, nella gestione multidisciplinare del paziente SLA il precoce riconoscimento di disturbi della deglutizione e uno stretto monitoraggio del peso corporeo sono importanti nel prevenire quanto prima carenze nutrizionali. I forti cambiamenti nelle proprie abitudini alimentari e l'insicurezza durante il pasto possono portare ad una inadeguatezza dell'apporto calorico con conseguente riduzione dei substrati energetici necessari ad un sistema motorio già compromesso.

non sia sufficiente a coprire le richieste energetiche del paziente, si possono utilizzare integratori alimentari o, quando si associ un alto rischio di inalazione, ricorrere alla nutrizione artificiale enterale. Accanto all'uso del sondino nasogastrico, difficilmente tollerato dal paziente, è possibile confezionare una gastrostomia endoscopica

percutanea (PEG). Essa consiste in un tubicino posizionato direttamente all'interno dello stomaco attraverso la parete addominale. La tecnica di confezionamento è rapida e di semplice esecuzione, ma deve essere effettuata fin tanto che il paziente presenti una buona capacità ventilatoria, per evitare complicanze respiratorie

La messa in atto di accorgimenti dietetici adatti alle necessità del paziente e, qualora l'alimentazione orale non sia sufficiente o risulti pericolosa, la possibilità di disporre di un supporto nutrizionale artificiale hanno cambiato in modo sostanziale non solo la prognosi di malattia ma la qualità di vita del paziente.

L'ottimismo che ci vorrebbe

Parlare di questioni legate al fisco di questi tempi provoca perlopiù disagio e malcontento, malumore e talvolta malesseri fisici, il giornale "Il Sole 24 Ore" del 29 marzo titolava in prima pagina "BASTA GIOCHI": l'economia languisce, le famiglie stentano ad arrivare a fine mese ma le tasse mantengono in pieno il loro vigore, anzi si rafforzano: l'IMU del 2012 ha dimostrato tutta la sua potenza, adesso ci attende la TARES (la sostituta della tassa di smaltimento dei rifiuti) che sarà ben più onerosa della vecchia cara tassa (si parla di un rincaro di almeno un miliardo di euro a livello nazionale), poi potrebbe darsi che le Regioni si trovino a dover raddoppiare da subito l'addizionale regionale (che i contribuenti pagano insieme alle altre imposte a giugno) in virtù del fatto che hanno "anticipato" alle imprese fornitrici della pubblica amministrazione quello che la pubblica amministrazione doveva alle imprese fornitrici per un importo che si aggira sui 40 miliardi di euro, nella dichiarazione dei redditi dei prossimi mesi ci saranno minori sconti forfetari per gli immobili dati in affitto (e quindi maggiori imposte) e anche quella deduzione tanto familiare agli automobilisti relativa al pagamento del contributo versato al servizio Sanitario Nazionale tramite la polizza auto si ridurrà... infatti la deduzione dal reddito spetterà solo per la parte di contributi che supera complessivamente l'importo di 40 euro,... poi dovremo dare un occhio al saldo inizia-



le del nostro conto corrente ed al saldo di fine anno per vedere se ci sono stati scostamenti rilevanti (che da quest'anno verranno rilevati anche dall'Agenzia delle Entrate) e ci chiederemo con sgomento come è potuto succedere... poi dovremo ricordarci di verificare con il "Redditest" se le nostre spese sono in linea con i nostri redditi e infine augurarci che le novità degli Studi di settore ci vedano ancora congrui e coerenti. Mai e poi mai ci sogneremo di acquistare una nuova auto e tanto meno una barchetta per andare a pescare per il terrore che il redditometro ci

trovi "in difetto", e anche i viaggi diventano sinonimo di reddito, l'equilibrio pare assai difficile: si dovrebbe spendere per far "girare" l'economia ma facendo ben attenzione a quanto si spende. Proprio di oggi è la notizia che forse sarà necessaria una nuova manovra economica (che solitamente significa anche tasse) perché la comunità Europea non è disposta a tollerare un superamento del deficit superiore al 3% del PIL.... Insomma tutti lo pensano e tutti lo dicono: le aziende (ma anche i professionisti) devono guardare al futuro, poter recuperare i loro credi-



ti, poi assumere e investire, ma con questi presupposti come è possibile? L'economia reale, quella vera è fatta soprattutto di speranza, di progetti, di ottimismo e di libertà ma necessita in primo luogo di provvedimenti che portino novità, minore burocrazia, semplificazioni e un carico fiscale più sostenibile.

(Fonte "Il Sole 24Ore")

La medicina dell'800 seconda parte

Continuiamo il nostro viaggio nelle principali tappe della Medicina dell'Ottocento.

3 – Anatomia Patologica e Patologia

La Patologia ha il suo essenziale fondamento, in questo secolo, nell'Anatomia patologica: è in questo periodo che si fondano le solide basi del nuovo indirizzo degli studi medici.

Fra i primi assertori di queste ricerche, ricordiamo Jean Baptiste Cruveilhier (1791-1874) che descrisse accuratamente la sclerosi disseminata e l'atrofia muscolare progressiva; il suo atlante di patologia, pubblicato negli anni 1829-42, è uno dei più bei testi illustrati usciti nell'Ottocento.

Alla scuola francese appartengono anche Gabriel Andral (1797-1876), professore a Parigi, che si dedicò in particolare alle ricerche interessanti le modificazioni del sangue nelle varie malattie; Guillaume Dupuytren (1777-1835),



Guillaume Dupuytren.

professore di chirurgia ma anche appassionato ricercatore di anatomia patologica; Pierre Alexandre Louis (1787-1872), noto particolarmente per i suoi studi sulla tisi, e Pierre Bretonneau (1778-1862), per le memorabili osservazioni sulla difterite.

Fra i più illustri italiani, ricordiamo anzitutto il bolognese Floriano Caldani (1776-1836), nipote del grande anatomico Leopoldo Caldani, che pubblicò nel 1813 le tavole illustrate dallo zio; Michele Vincenzo Malacarne (1744-1816), insegnante prima a Pavia e poi a Padova, che si dedicò agli studi di anatomia topografica e Giovanni Battista Paletta (1747-1832), autore di un trattato in due volumi su questa materia.

Fra i precursori della batteriologia moderna, si deve per primo ricordare Agostino Bassi (1773-1857): nato a Lodi, si dedicò per tutta la vita con grande entusiasmo ad una lunga serie di studi ed esperimenti, specie rivolti ad individuare le origini del mal del calcino, che allora arrecava gravi danni alla produzione dei bachi da seta. Egli dimostrò che questa malattia era provocata da un parassita vege-

tale, portandolo poi ad affermare che le malattie contagiose erano causate da sostanze vive, animali o vegetali, affermazione questa prioritaria e di grande portata, fondata su esperimenti e lunghe ricerche al microscopio, che precorre di alcuni anni le scoperte di Pasteur.

Fra gli studiosi inglesi di questa materia, citiamo Richard Farre (1774-1862), che si occupò specie della patologia del fegato, William Stokes (1804-78), che indagò le malattie del cuore e dell'aorta, e James Hope (1801-41), autore di un importante atlante molto ben illustrato.



F. Caldani, *Icones anatomicae*, Venetiis, 1801

Alla scuola medica di Vienna appartengono dei personaggi di eccezionale valore. Per primo, Carl Rokitansky (1804-78), professore a Vienna per circa trenta anni; durante la sua lunga attività si dedicò con grande impegno alla pratica settoria, effettuando molte migliaia di autopsie, che gli permisero di acquisire una incredibile esperienza. Numerose e monumentali le sue opere, notevoli anche dal punto di vista storico, esemplari per chiarezza delle dimostrazioni e per il ragionamento seguito; fra queste, si deve citare anzitutto il suo *Manuale di anatomia patologica*, edito tra il 1845 ed il 1862, che rimane senza dubbio il suo capolavoro.

Altra figura fra le più rappresentative di questo secolo, fu Rudolf Virchow (1821-1902). Scienziato, patologo, antropologo e poli-

tico tedesco, docente all'Università di Berlino, fu un grande assertore della patologia cellulare nella patogenesi delle affezioni; secondo il suo pensiero, condensato nella frase *omnis cellula e cellula*, la sede delle malattie è sempre da ricercarsi nelle cellule stesse, entità biologiche indipendenti, ed i fenomeni morbosi non sono altro che le manifestazioni di una alterata reazione delle cellule componenti l'organismo umano alle cause esterne. Questa teoria rivoluzionaria rappresenta uno dei momenti più significativi nella storia della medicina. Si occu-



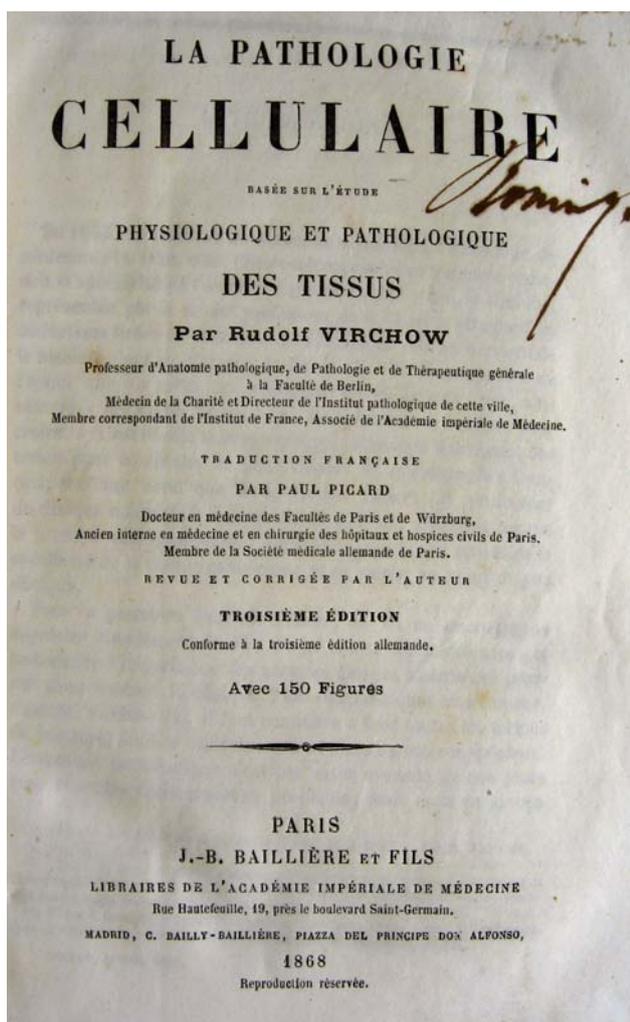
F. J. BROUSSAIS

pò inoltre di Igiene pubblica e di Medicina sociale, conducendo lunghe campagne di sensibilizzazione su questi argomenti.

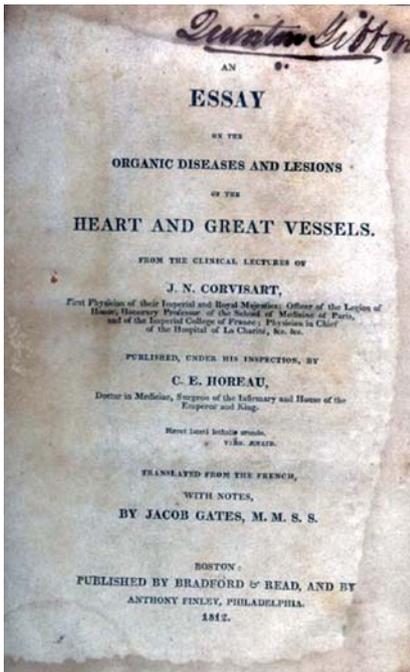
4 - Clinica Medica

La Patologia e la Clinica medica si avviano in questo secolo ad un intenso periodo di ricerche, di indagini diagnostiche, di studi di laboratorio, che portarono fra l'altro al sorgere della moderna semeiotica e ad un notevole sviluppo della microbiologia, che ebbero specie in Francia il loro maggiore successo. Vediamo quali allora furono le figure più rappresentative.

François Joseph Victor Broussais (1772-1838) fu dapprima medico militare e chirurgo nelle armate napoleoniche e dal 1820 primario del parigino Ospedale Val de Grace; uomo conservatore, legato ancora alle tradizioni del passato, ideò una dottrina, esposta nella sua opera *Médecine physiologique*, secondo la quale i fenomeni della vita sono prodotti dagli stimoli esterni e specie dal calore, che è la causa di tutti i fenomeni chimici che a loro volta determinano la vita normale o patologica dei tessuti: quando questi stimoli sono equilibrati, l'organismo è sano; quando essi sono troppo deboli o troppo forti, insorge la malattia. Tutte le affezioni sono locali e si diffondono da un organo ad un altro per simpatia o per mezzo della mucosa gastro-intestinale. La base di tutta le affezioni mediche è, secondo questo studioso, la gastroenterite. In tutte le forme morbose ricorreva a terapie antiflogistiche o debilitanti ed il suo rimedio preferito, oltre il digiuno, era l'applicazione di numerose sanguisughe sopra lo stomaco o alla testa, metodo questo secondo lui da preferirsi al salasso perché più semplice, circoscritto ed adattabile ai singoli casi.



R. Virchow, *La pathologie cellulaire*, Paris, 1868



N. Corvisart, *Essay on the organic...*, Philadelphia, 1812

Clinico di grande valore fu Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), anche lui medico di Napoleone e poi insegnante di "clinica esterna" all'Hotel Dieu, cui va il merito fra l'altro di aver divulgato nel 1808 la scoperta del metodo percussorio, *l'inventum novum*, ideato dal viennese Leopold Auenbrugger, traducendone il suo libro, notevolmente da lui ampliato. Fu un vero maestro, amato dai suoi allievi e le



Ritratto di Richard Bright

sue lezioni, spesso improvvisate, erano da tutti apprezzate per l'eleganza dell'esposizione e per la precisione del ragionamento. Fondamentale resta la sua opera, *Essay sur les maladies et les lésions du coeur et des gros vaisseaux*, edita a Parigi nel 1806.

Il più geniale fra questi clinici francesi fu indubbiamente René Thèophile Laennec (1781-1826). Primario direttore del parigino Ospedale Necker, inventore dello stetoscopio, lo strumento rivoluzionario con cui si poteva "guardare dentro il petto" e del metodo dell'ascoltazione mediata mediante questo cilindro cavo di legno, attraverso il quale i suoni venivano trasmessi, ampliati. Egli osservò tutta una gamma di suoni e rumori polmonari e cardiaci creando così un quadro diagnostico differenziale delle malattie polmonari e cardiache, che descrisse in forma classica e chiara. A lui va anche il merito dell'illustrazione della cirrosi epatica; la sua opera più famosa, edita a Parigi nel 1819, è *De l'auscultation médiate*; morì di tubercolosi a soli 45 anni.

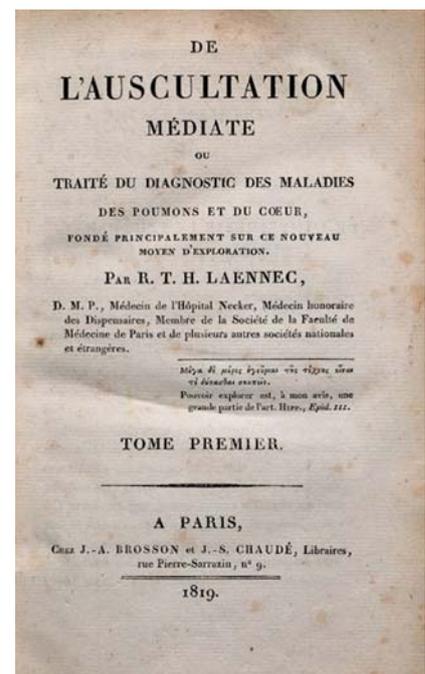
All'inizio questa nuova metodica incontrò critiche e sospetti e molti medici videro in questo stetoscopio uno strumento ridicolo, disdicevole e compromettente la loro reputazione.

Altro insigne clinico francese da ricordare è Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872) clinico alla Charité, che dedicò lunghi anni della sua vita agli studi sulla tubercolosi e fu uno dei più accesi avversari del sistema di Broussais. Dimostrò infatti, su precisi dati statistici nel suo libro *Recherches sur les effets de la saignée*, che le sottrazioni di sangue non risultavano di alcuna utilità per curare, come allora si credeva, le polmoniti.

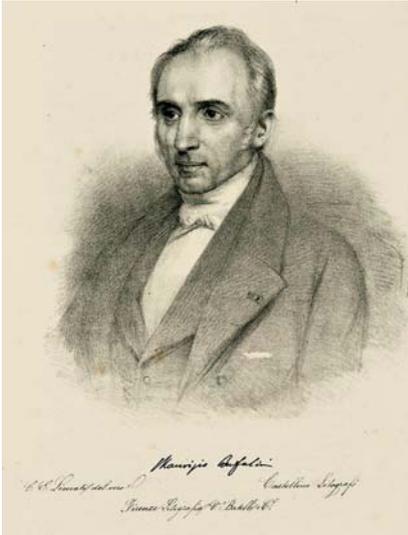
In questo periodo storico anche Vienna divenne un importante centro di studi clinici. Fra i maestri più

famosi da ricordare citiamo Joseph Skoda (1805-81), autore di un trattato sulla percussione e l'ascoltazione, che diffondeva la metodologia e la tecnica così ben illustrate da Laennec. Uomo geniale per l'acutezza delle sue osservazioni e la precisione delle sue critiche, fu il primo ad insegnare come i fenomeni percettibili sul malato rivestano la più alta importanza nella diagnosi. Il suo trattato su questo argomento rappresenta il primo tentativo sistematico basato su leggi fisiche, di classificare per categorie i vari suoni che si possono percepire all'esame del torace. Fu uno dei medici più ricercati del suo tempo; la sicurezza con la quale poneva le diagnosi lo portò talvolta a giudizi troppo rapidi e frettolosi; nella terapia si affidava solamente alle difese naturali del paziente, senza unire metodi di cura: fatta la diagnosi, egli riteneva esaurito il compito del medico.

In Inghilterra è da citare Richard Bright (1789-1858), primario dal 1824 al Guy's Hospital di Londra, che sottolineò l'importanza di collegare l'osservazione diligente e minuziosa all'atto dell'autopsia con i sintomi riscontrati durante la vita del malato; a lui si deve



R.T. Laennec, *De l'auscultation médiate*, A Paris, 1819



Ritratto di Maurizio Bufalini

inoltre una magistrale descrizione delle malattie dei reni, ed in particolare dei vari quadri delle nefriti. Suo collega fu Thomas Addison (1793-1860), primario qualche anno dopo nello stesso ospedale londinese, profondo studioso fra l'altro della tisi, dell'anemia perniciosa ed in particolare degli effetti provocati dalle malattie delle ghiandole surrenali, che posero le basi al sorgere della moderna endocrinologia.

Meritano inoltre da ricordare James Parkinson (1755-1824), il cui nome è legato alla sua classica descrizione della paralisi agitante, che da lui prese poi il nome, e Thomas Hodgkin (1798-1866) che dedicò i suoi studi specie al linfogranuloma.

La clinica medica in Italia in questa prima metà del secolo riporta i nomi di alcuni medici insigni. Ricordiamo per primo Maurizio Bufalini (1787-1875); nato a Cesena, dopo aver studiato all'Università di Bologna, divenne qui nel 1813 assistente alla cattedra di clinica medica; nel 1832 tornò nella sua città ad esercitare la professione e tre anni dopo fu chiamato ad insegnare a Firenze, nella scuola di Santa Maria Nuova. Patologo attento ed instancabile, fu una figura certamente geniale di quell'epoca. Nei suoi scritti giovanili, enunciò un metodo di indagine che si articolava in quattro punti: classifica-

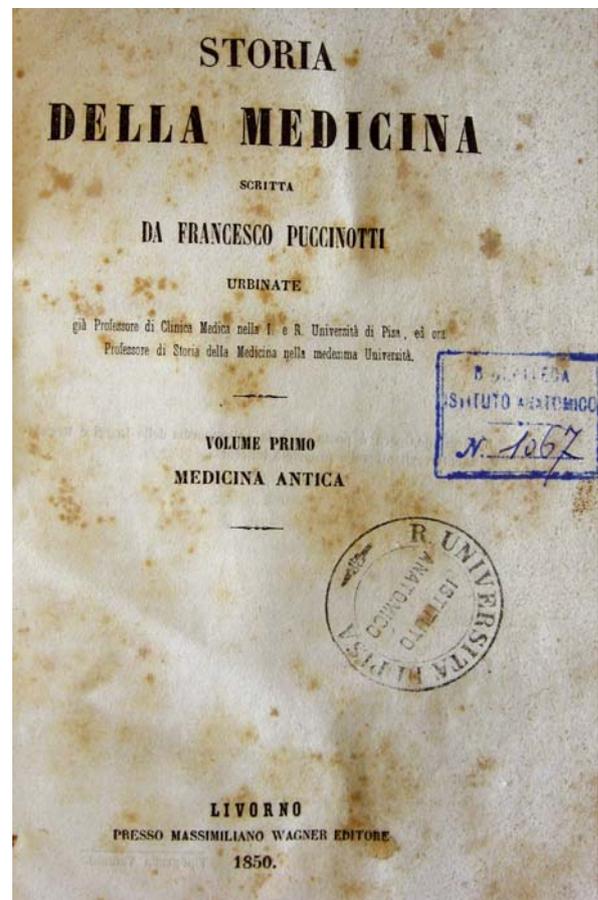
zione delle malattie, analisi dei sintomi, indagine delle cause ed effetto terapeutico dei farmaci. Nella sua opera più nota, *Fondamenti della patologia analitica*, sostenne la necessità che alla base della scienza medica si ponesse l'esame dei fatti obiettivi, e non basarsi invece sulle sterili discussioni teoriche; per questo, fu uno dei più coraggiosi avversari del Rasori.

Ancora da ricordare la figura di Francesco Puccinotti (1794-1872): nato ad Urbino, studiò a Roma e dopo la laurea praticò la professione nelle campagne laziali, studiando le febbri che imperversavano in quella zona. Dopo aver insegnato a Macerata, ottenne la cattedra di Igiene a Pisa e qui approfondì le sue ricerche specie nel campo della medicina civile. Fu anche fisiologo, clinico, medico legale, sociologo, politico e letterato; nota la sua grande amicizia con Giacomo Leopardi. Negli ultimi anni della sua vita passò alla cattedra di Storia della medicina, che mantenne poi anche dopo il suo trasferimento a Firenze. Per i suoi meriti, fu sepolto nella Basilica di Santa Croce.

Citiamo ancora Giacomo Tommasini, fondatore della "nuova dottrina medica italiana" e Giovanni Semmola



(1793-1865) che fu uno dei maestri più noti della scuola clinica napoletana.



F. Puccinotti, *Storia della medicina*, Livorno, 1850

Confprofessioni: servizi per le libere professioni

Confprofessioni è la principale organizzazione di rappresentanza dei liberi professionisti in Italia. Fondata nel 1966 rappresenta e tutela gli interessi generali della categoria nel rapporto con le controparti negoziali e con le istituzioni politiche comunitarie nazionali e territoriali a tutti i livelli.

Riconosciuta parte sociale nel 2001, l'azione della Confederazione mira alla qualificazione e alla promozione delle attività intellettuali nel contesto economico e sociale, proponendosi come fattore strategico per lo sviluppo e il benessere del paese e contribuendo, assieme alle istituzioni politiche e alle altre forze sociali, alla crescita culturale ed economica della società.

Firmataria del CCNL dei dipendenti degli Studi Professionali, è stata chiamata a far parte del Cnel nel 2010.

Oggi Confprofessioni raggruppa un sistema produttivo composto da oltre 1 milione e mezzo di liberi professionisti per un comparto di 4 milioni di operatori che formano il 12,5 % del Pil nazionale.

Sul principio della libera adesione, riunisce 17 sigle associative di settore suddivise in quattro comparti d'area:

- Economia e Lavoro (Dottori commercialisti ed Esperti conta-

bili, Consulenti del lavoro, Revisori contabili)

- Diritto e Giustizia (Avvocati, Notai)

- Ambiente e Territorio (Ingegneri, Architetti, Dottori Agronomi, Geologi, Tecnici)

- Sanità e Salute (Medici di medicina generale, Dentisti, Veterinari, Psicologi, Pediatri)

Il settore delle professioni in Italia rappresenta il terzo polo economico-sociale e ha dimostrato un potenziale di crescita rilevante, proprio in un periodo in cui la presente congiuntura richiede idee e progettualità per rilanciare economia e sviluppo sociale. Confprofessioni rappresenta anche un sistema di opportunità volte a rafforzare il settore degli studi professionali e delle aziende ad essi collegati, dando garanzie e strumenti per il suo sviluppo. Confprofessioni in particolare agisce anche tramite i propri istituti di bilateralità: nella formazione con **FONDO-PROFESSIONI**, per l'assistenza sanitaria integrativa con **CADIPROF**, per la bilateralità con l'Ente Bilaterale **E.BI.PRO**.

Confprofessioni Toscana è la Delegazione Regionale di Confprofessioni: il 29.12.1999 con atto rep. n° 22441 raccolta 3148 a Livorno si è costituita CONSILP (Confedera-

zione Sindacale Italiana Libere Professioni)-CONFPROFESSIONI Toscana con firmataria anche ANDI nella persona del Dott. Giuseppe Ferretti di Prato, oltre ad altre rappresentanze di Libere Professioni .

Confprofessioni Toscana rappresenta gli interessi generali dei liberi professionisti nel rapporto con le istituzioni e con le controparti sindacali sul territorio regionale.

Confprofessioni Toscana è attualmente costituita da:

ADC, Associazione Dottori Commercialisti

ALA-Assoarchitetti Associazione Liberi Architetti

ANC Associazione Nazionale Commercialisti

ANCL Associazione Nazionale Consulenti del Lavoro

ANDI Associazione Nazionale Dentisti Italiani

ANF Associazione Nazionale Forense

ANMVI Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani

ANREV Associazione Nazionale Revisori Contabili

ASSOINGEGNERI Associazione Ingegneri Liberi Professionisti

FEDERNOTAI Federazione Nazionale Associazioni Sindacali Notarili

FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri

PLP Associazione Psicologi Liberi Professionisti

SINGEOP Sindacato Nazionale dei Geologi Professionisti

SINDAGROF Sindacato Nazionale, Agronomi e Forestali Liberi



**CONF
PROFESSIONI**
confederazione italiana libere professioni

Professionisti UNGDCEC Unione Nazionale Giovani Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili.

**1. REGIONE TOSCANA:
COMMISSIONE REGIONALE
DEI SOGGETTI PROFESSIONALI
E CONSORZIO
MULTIDISCIPLINARE
PER LE PROFESSIONI**

La Legge Regionale toscana 73/08 e succ. mod. ha definito le modalità di raccordo tra la Regione e i soggetti professionali operanti sul territorio toscano.

Tale Legge:

- ha istituito e disciplina la Commissione Regionale dei soggetti professionali;
- ha sostenuto e finanziato la costituzione di un soggetto consortile multidisciplinare al servizio dei professionisti e degli utenti;
- ha istituito un fondo di rotazione per il sostegno all'accesso e all'esercizio delle attività professionali

Appare pertanto necessario incrementare il nostro contributo sia alla Commissione Regionale che nel Consorzio multidisciplinare istituito.

Confprofessioni è stata riconosciuta quale Parte Sociale dal Governo nel 2001, per cui, sotto questo profilo, Confprofessioni Toscana è l'unica che ha pieno titolo per poter partecipare al tavolo della concertazione della Regione Toscana in rappresentanza del mondo professionale.

**2. FORMAZIONE:
FONDOPROFESSIONI**

Fondoprofessioni, il Fondo Paritetico Interprofessionale Nazionale per la formazione continua negli studi professionali e nelle aziende collegate, riconosciuto dal Ministero del Lavoro con decreto 408/03 del 29 dicembre 2003, è frutto dell'accordo in-

terconfederale del 7 novembre 2003, tra Consilp-Confprofessioni, Confedertecnica, Cipa e Cgil, Cisl, Uil.

Fondoprofessioni promuove e finanzia piani/progetti formativi aziendali, territoriali, settoriali ed individuali, finalizzati al consolidamento e allo sviluppo delle competenze delle/dei lavoratrici/lavoratori, per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di occupabilità e per accrescere la capacità competitiva degli studi professionali e delle aziende collegate. L'impegno assunto da Confprofessioni, Confedertecnica, Cipa e Filcams CGIL, Fisascat Cisl, UILTuCS UIL ha permesso di dotare il mondo delle professioni di un importante strumento diretto e consapevole per la crescita degli studi professionali e dell'intero comparto. Con l'adesione al Fondo ogni professionista potrà finanziare la formazione dei propri dipendenti



sulla base delle effettive esigenze e senza alcun costo aggiuntivo, scegliendo di destinare a **Fondoprofessioni** il contributo obbligatorio mensile dello 0,30% e indicando il codice FPRO nella denuncia mensile di flusso UNIMENS.

3. FIDIPROF CENTRO-SUD

Breve cronistoria

Nell'attuale panorama di difficoltà per l'ottenimento del credito, tutte le associazioni di categorie (dall'artigianato al commercio, dal turismo all'industria) hanno il loro confidi, che consente di superare la difficoltà delle banche a concedere prestiti e di facilitare il credito agevolato ai propri iscritti.

Dal 1956, quando vennero costituite le prime cooperative di garanzia, si contano oggi circa 400 organismi attivi, anche se quelli iscritti nell'apposito elenco della Banca d'Italia sono 620 espressioni di oltre 1,2 milioni di imprese, con un volume di finanziamenti garantiti per quasi 50 miliardi di euro.

Solo il settore dei professionisti non poteva, fino a ora, costituire consorzi per svolgere un'attività di garanzia collettiva dei fidi e quindi utilizzare le risorse dei consorziati a garanzia dei finanziamenti concessi dalle banche, nonostante i tentativi fatti nel tempo per comprendere anche il mondo dei professionisti in questo sistema di tutele e di agevolazioni.

Una palese ingiustizia che discriminava, ancora una volta, i professionisti

Confprofessioni ha rappresentato alla classe politica la necessità di rimuovere un ostacolo legislativo anacronistico che creava un grave pregiudizio verso i liberi professionisti, colpiti, al pari degli altri settori economici, dalla crisi ed ha illustrato al sistema creditizio la necessità di superare la parcellizzazione dell'intero settore e le difficoltà tecniche per elaborare forme di finanzia-

mento ad hoc per tutti i liberi professionisti

Un *tour de force* che Confprofessioni ha portato avanti in nome e per conto di tutti i professionisti italiani e che ha dato i risultati sperati.

Dal 13 luglio 2011 è entrata in vigore la legge 12 luglio 2011, n. 106 "Decreto Sviluppo" che contiene all'articolo 8 comma 12 bis la possibilità per i professionisti di costituire Confidi.

Il 20 Luglio – in soli sette giorni - Confprofessioni è stata in grado di costituire con atto notarile due Confidi dei professionisti, denominati "Fidiprof", uno per il Nord con sede legale a Milano ed uno per il Centro-Sud con sede legale a Napoli

Come noto un Confidi supporta il socio nel ricercare ed un finanziamento e, offrendo garanzie in favore del socio, permette di ottenere dalla Banca (o altra fonte di finanziamento) condizioni nettamente migliorative rispetto al mercato.

In pratica è un contratto a tre dove Fidiprof fa da garante del professionista nei confronti della banca.

I punti di forza di Fidiprof quindi sono:

- Fornire garanzie collettive anche in sostituzione delle garanzie personali per facilitare l'accesso al credito del professionista
- Ridurre il costo del credito sia grazie alle convenzioni dei Fidiprof con gli istituti di credito, sia grazie all'intervento di garanzia
- Affiancare il professionista con la consulenza relativa al bisogno di credito ed alle migliori modalità per soddisfarlo

I vantaggi per i singoli liberi professionisti e le loro società associate sono intuitivi: con una quota di adesione a Fidiprof centro sud – la cui entità minima stabilita per legge è di soli 250 Euro il singolo professionista potrà chiedere ed ottenere un mutuo o un finanziamento agevolato per l'acquisto o la creazione di uno studio. per l'ammodernamento

tecnologico delle proprie infrastrutture, per l'adeguamento strumentale di cui ha bisogno, ma anche per finanziare il mancato incasso di parcelle etc. .

E in un momento in cui l'evolversi del mondo del lavoro impone a molte professioni di adeguarsi o svilupparsi, poter contare su un credito agevolato fa la differenza tra il riuscire o non riuscire a progredire e rimanere competitivi.

In questo quadro Confprofessioni Toscana dovrà portare avanti la promozione di FIDIPROF CENTRO-SUD, al fine di trovare sempre maggiori adesioni e dare al Confidi delle professioni lo spessore necessario per garantirne la stabilità.

Tale azione dovrà essere portata avanti, oltre che mediante eventi/convegni e simili, anche attraverso un'attività capillare sul territorio nelle singole province della Regione mediante incontri che coinvolgano tutti i sindacati aderenti a Confprofessioni Toscana.

4. E.BI.PRO

E' l'Ente bilaterale che si occupa di attività di formazione ed informazione ad alto contenuto tecnico e professionale, in collaborazione con gli altri Enti bilaterali di settore (FONDOPROFESSIONI E CADIPROF) e con i Sindacati di categoria del dipendenti, intende offrire agli studi professionali un concreto ed attivo supporto per la comprensione, adeguamento ed aggiornamento alle disposizioni in materia di apprendistato, CCNL ed adeguamenti alla L. 81/08 sulla sicurezza degli ambienti di lavoro .

La sua attività si estende peraltro in tre direzioni:

- a) Formazione del Lavoratore e del Datore di Lavoro ;
- b) Sostegno al reddito in caso di crisi dello studio professionale per sostenere il reddito del lavoratore ;
- c) Analisi del mercato del lavoro degli studi professionali e delle loro specificità.

Malattie peri-implantari: terapia non chirurgica

Negli ultimi vent'anni l'utilizzo di protesi dentarie supportate da impianti endo-ossei ha avuto una vasta eco, poiché l'implantologia si è dimostrata efficace e prevedibile nel ripristino della funzionalità masticatoria, dell'estetica e per il comfort del paziente (Berglundh et al. 2002). E', tuttavia, innegabile che un certo numero di impianti vada incontro a complicanze di tipo infettivo-infiammatorio a distanza di anni dall'avvenuto posizionamento della parte protesica. La perdita degli impianti spesso è legata alle malattie peri-implantari, lesioni infiammatorie dei tessuti peri-implantari causate dall'accumulo di placca batterica intorno alle superfici implantari.

Le malattie peri-implantari possono essere clinicamente suddivise in mucosite peri-implantare e perimplantite. Mentre la mucosite peri-implantare è una lesione infiammatoria limitata esclusivamente alla mucosa adiacente all'impianto, la peri-implantite è caratterizzata anche da una progressiva perdita di supporto osseo implantare, con conseguente perdita di osteointegrazione implantare (Lindhe & Meyle 2008).

Una recente revisione della letteratura scientifica ha evidenziato che la flora batterica associata alle malattie peri-implantari presenta una composizione molto simile alla flora batterica sub-gengivale associata ai casi di malattia parodontale, che coinvolge gli elementi dentali naturali. La malattia peri-implantare, è sostenuta in una prima fase dai batteri della placca dentale, ma la sua eziologia è multifattoriale come nel caso della malattia parodontale.

I principali fattori di rischio della malattia peri-implantare sono: la scarsa igiene orale, la storia di pregressa parodontite ed il fumo di sigaretta. Fattori secondari sembrano essere il consumo di alcol ed il diabete; mentre il ruolo di altri fattori, quali predisposizione genetica, la superficie dell'impianto o presenza/assenza di tessuto cheratinizzato, deve essere ancora chiarito.

I parametri fondamentali per porre diagnosi di malattia peri-implantare sono l'aumento della profondità di sondaggio delle tasche gengivali, la presenza di sanguinamento al sondaggio e la suppurazione di quest'ultime. La radiografia endorale permette invece di visualizzare la perdita di tessuto osseo peri-implantare (Heitz-Mayfield 2008). La presenza esclusiva di sanguinamento a carico della mucosa peri-implantare consente la diagnosi di mucosite peri-implantare. Mentre per la diagnosi di peri-implantite è necessario riscontrare la presenza di sanguinamento, di tasca gengivale superiore a 4 mm di profondità e la perdita di supporto osseo implantare oltre determinati valori soglia, definiti in modo variabile dagli Autori.

Terapia della mucosite peri-implantare

È molto importante eseguire una diagnosi corretta e precoce di mucosite peri-implantare per la sua possibile evoluzione in peri-implantite. La mucosite peri-implantare è il risultato dell'azione di batteri presenti nel biofilm della zona peri-implantare (Mombelli & Decaillet 2011). Il trattamento prevede, pertanto, la rimozione meccanica del biofilm dentale e del

tartaro presenti, tramite due approcci: a) igiene orale domiciliare; b) intervento professionale.

Igiene orale domiciliare

L'igiene orale domiciliare prevede il controllo meccanico della placca batterica tramite l'uso dello spazzolino manuale o elettrico e dei presidi interdentali. In questa fase è di fondamentale importanza la continua motivazione e le istruzioni di igiene orale domiciliare del paziente da parte del sanitario odontoiatra. In letteratura sono stati proposti differenti protocolli che comprendono l'utilizzo sia di spazzolini manuali che elettrici. Comunque sia è possibile affermare che indifferentemente dal tipo di spazzolamento, il fornire un protocollo di detersione domiciliare al paziente si traduce con un deciso miglioramento degli indici clinici parodontali.

Sono stati, inoltre, proposti molteplici prodotti chimici, da utilizzare in combinazione con le manovre di igiene orale come paste dentifriche o collutori. I principi attivi di questi presidi hanno mostrato effetti diversi: sciacqui con clorexidina o olii essenziali determinano una riduzione in termini di presenza di sanguinamento al sondaggio e placca; mentre paste dentifriche contenenti copolimero e triclosan determinano risultati migliori in termini di riduzione di sanguinamento rispetto a paste dentifriche contenenti sodio fluoruro (Felo et al. 1997, Ramberg et al. 2009).

È tuttavia importante sottolineare che i protocolli di igiene orale non determinano nessuna differenza in termini di profondità della tasca o attacco clinico peri-implantare, e che esse sono sì fondamentali

per il mantenimento della salute peri-implantare ma non risolutive delle malattie peri-implantari per le quali è necessario l'intervento professionale del clinico specialista.

Interventi Professionali della Mucosite Peri-implantare

La decontaminazione della superficie dell'impianto nel solco peri-implantare rappresenta l'intervento professionale elettivo per il trattamento della mucosite peri-implantare poiché determina riduzione dei parametri di infiammazione locale.

Sono stati proposti differenti sistemi di decontaminazione della superficie implantare attuati normalmente in combinazione con una fase di lucidatura mediante coppette in gomma e pasta abrasiva o con un sistema abrasivo ad aria compressa a base di polvere di sodio-carbonato. È possibile ricorrere anche a dispositivi ad ultrasuoni con rivestimento in polietere. Questi dispositivi consentono la decontaminazione della superficie implantare in modo molto confortevole per il paziente e permettono di detergere il collo dell'impianto e la componente protesica coronale, lasciando la superficie implantare liscia (Tho-



Fig. 2 Radiografia periapicale di impianto in sede 4.3 affetto da peri-implantite

ne-Muhling et al. 2010). L'utilizzo degli antisettici nella terapia della mucosite peri-implantare, come aggiunta alla terapia meccanica, ha lo scopo di mantenere dosi antimicrobiche efficaci che impediscano una ricolonizzazione batterica dopo il trattamento meccanico, stabilizzando il miglioramento dei parametri clinici ed aumentando la motivazione del paziente. Sono state suggerite differenti formulazioni di clorexidina (CHX), per le sue proprietà antisettiche. Uno dei protocolli più utilizzati consiste in 20 ml di collutorio a base di CHX 0,12%, eseguendo uno sciacquo una volta al giorno per 3 mesi dopo la profilassi professionale (Felo et al. 1997).

Terapia non-chirurgica della Peri-implantite

Impianti ed elementi dentari presentano differenze sostanziali, come il disegno della componentistica e della superficie implantare, che facilitano l'accumularsi del biofilm batterico ed impediscono al paziente di effettuare una efficace igiene domiciliare e all'operatore di eseguire un'efficace detersione.

La terapia della peri-implantite si basa sulla decontaminazione della superficie implantare, che si ottiene con la disgregazione del biofilm e con la riduzione della carica batterica al di sotto dei livelli soglia. La maggior parte degli studi clinici controllati ha evidenziato che la strumentazione non-chirurgica di siti affetti da peri-implantite risulta scarsamente efficace e non predicibile (Tomasi &



Fig. 1 Sondaggio dell'impianto mediante sonda millimetrata University of North Carolina

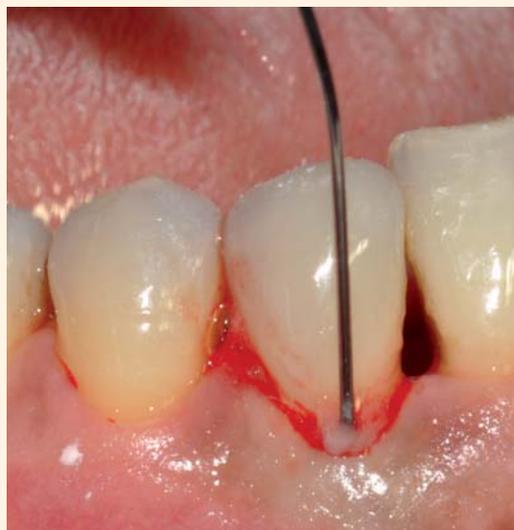


Fig. 3 Irrigazione della lesione peri-implantare con CHX gel



Fig. 4 Sondaggio peri-implantare a 3 mesi dal trattamento non chirurgico con risoluzione completa della peri-implantite

Wennstrom 2009).

Questi risultati possono essere spiegati principalmente dal fatto che nessuno dei dispositivi attualmente disponibili consente una rimozione completa del biofilm batterico dalle spire dell'impianto, e pertanto, non consente la formazione di un nuovo contatto osso-impianto (Schwarz et al. 2006).

La decontaminazione delle peri-implantiti è essenzialmente meccanica e riconosce le seguenti tecniche:

- Decontaminazione meccanica eseguita esclusivamente con curette, appositi strumenti manuali in titanio, carbonio e plastica. Alcuni Autori sconsigliano l'utilizzo delle curette in titanio e di quelle rivestite in acciaio, che risultano dure e possono graffiare la superficie dell'impianto. Si consiglia in sostituzione di quest'ultime le curettes in fibra di carbonio o di plastica che hanno una superficie più morbida rispetto all'impianto e sono in grado di rimuovere i depositi batterici senza danneggiarlo (Hallstrom et al. 2012).

- Decontaminazione meccanica eseguita con dispositivi ultrasonici: utilizzando delle punte opportunamente modificate in poliestere, che consentono di strumentare

la superficie implantare in titanio senza alterarne la conformazione.

- Decontaminazione mediante trattamento laser: il laser ad Erbio (Er:YAG, erbio:yttrium-aluminium-garnet) è il più utilizzato perché risulta efficace nella decontaminazione e nella rimozione di calcoli di tartaro e perché la sua lunghezza d'onda viene scarsamente assorbita dal titanio, evitando il surriscaldamento della superficie implantare durante l'applicazione.

- Decontaminazione mediante dispositivi ad aria compressa con polvere abrasive a base di bicarbonato di sodio o di amino-acido glicina. Questa metodica è utilizzata comunemente come rifinitura dopo igiene professionale ed anche per togliere le pigmentazioni sulla corona clinica del dente.

La decontaminazione meccanica può essere coadiuvata dall'utilizzo di prodotti antimicrobici, quali clorexidina (CHX) sotto forma di gel, sciacqui o irrigazione o dall'aggiunta di antibiotici a livello locale, quali minociclina somministrata singolarmente o a dosi ripetute e doxiciclina sotto forma di irrigazioni (Salvi et al. 2007) (Figure 1-5).

Tuttavia la maggior parte degli studi clinici non evidenzia la ri-

soluzione completa della peri-implantite in seguito al trattamento non-chirurgico.

Conclusioni

La prevenzione ed il trattamento delle malattie peri-implantari giocano un ruolo di primaria importanza nella pratica clinica odontoiatrica. Gli studi attualmente disponibili dimostrano che la terapia non chirurgica sia un trattamento efficace nei casi di mucosite peri-implantare (Renvert et al. 2008b), essendo questa una lesione di tipo reversibile ma non sembra avere effetti rilevanti nei casi di peri-implantite (Renvert et al. 2008a, Lindhe & Meyle 2008). Questo è probabilmente dovuto ad una decontaminazione della superficie implantare non sufficiente. Infatti la geometria delle spire implantari e la ruvidità delle superfici rende molto difficile una completa detersione dal biofilm batterico (Renvert et al. 2007). Complessivamente, se la letteratura non evidenzia la superiorità e l'efficacia di nessun protocollo non chirurgico nella decontaminazione delle superfici implantari, la scelta terapeutica chirurgica può rappresentare un'alternativa per il trattamento della peri-implantite.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa organizza, per i Medici e gli Odontoiatri, per Lunedì 13 maggio un evento gratuito dal titolo:

“I bifosfonati: stato dell'arte”

Relatori: Prof. Di Munno (Reumatologa) - Prof. Mario Gabriele (Odontostomatologo) - Dott. Antonuzzo (Oncologo)

L'evento, che assegna **6 crediti ECM**, si terrà presso la sala dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri in via Battelli n. 5, Pisa ed inizierà alle ore 17.30 per proseguire fino a dopo cena. Durante l'evento sarà servito un rinfresco.

Si invitano gli interessati ad iscriversi attraverso il sito internet dell'ordine

http://www.omceopi.org/index.php?option=com_chronoforms&chronoform=bifosfonati

Commissione Albo degli Odontoiatri della Provincia di Pisa

Elettroencefalografia e tecniche correlate

Dall'11 al 16 Marzo u.s., si è svolta a Tirrenia, al Grand Hotel Continental, la XII Edizione del Corso Residenziale in "Elettroencefalografia e Tecniche Correlate", promosso dalla SINC (Società Italiana di Neurofisiologia Clinica) in collaborazione con l'AITN (Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia). L'organizzazione, è stata curata dal Prof. Ferdinando Sartucci, del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Pisa, 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, a numero chiuso, di tipo residenziale, appuntamento tradizionale della neurologia pisana, ha riscosso, come sempre, un grosso successo a testimonianza della validità dell'iniziativa. 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 di specialisti in neurologia, neurofisiopatologia, neuropsichiatria infantile, neurochirurgia, anestesia e rianimazione, e professionisti, come i tecnici di neurofisiopatologia, che utilizzano, nella pratica quotidiana, tali metodiche strumentali nella diagnosi, nel

trattamento e nel recupero dei pazienti con patologie neurologiche, sia acute che croniche.

La finalità del corso è quella di fornire una preparazione di base teorico-pratica ed altamente professionalizzante, oltre ad un "update" 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 TC, la RM, la SPECT e la PET, continua a mantenere un ruolo insostituibile nell'attività clinico-diagnostica e di ricerca neurologica.

L'affidamento alle neuroscienze pisane, da ormai 12 anni, dell'iniziativa da parte delle assisi scientifiche neurologiche nazionali, prova la validità e le competenze professionali locali raggiunte nelle diverse bran-

che della neurofisiopatologia clinica da parte degli operatori sanitari, medici e tecnici del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Pisana.

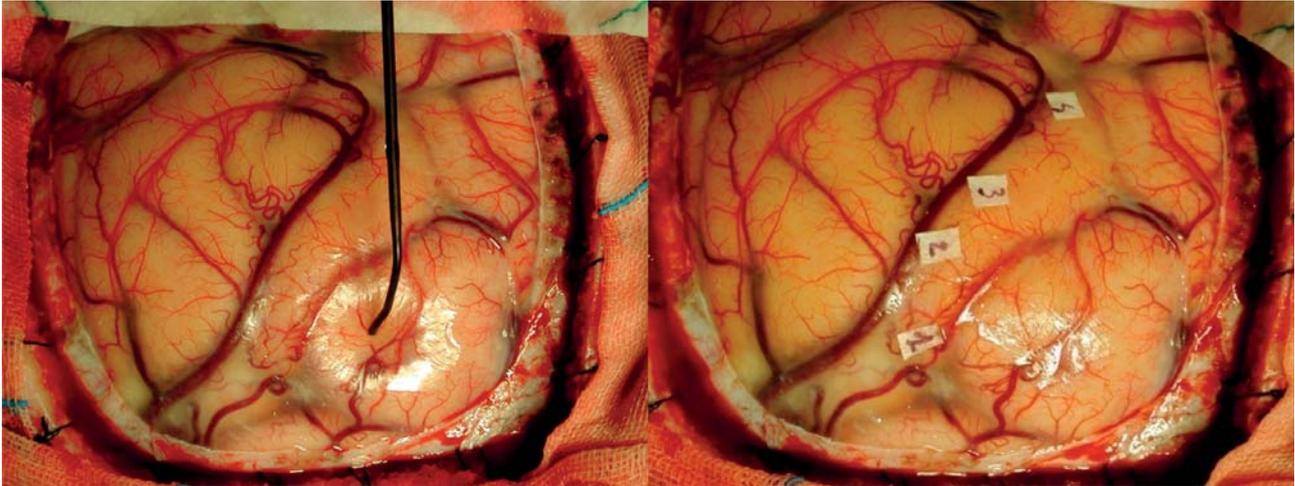
Caratteristiche dell'evento, la didattica teorica, tramite lezioni frontali tenute da illustri ricercatori ed eminenti personalità, e la pratica con esercitazioni interattive tramite tutor, che garantiscono ai partecipanti una "full immersion" nella disciplina.

I temi affrontati in questa edizione, sono stati le applicazioni clinico-diagnostiche dei classici strumenti appartenenti alla disciplina neurofisiologica in tutta la diagnostica neurologica ed in particolare nelle urgenze-emergenze neurologiche, nel monitoraggio intra-operatorio, in terapia intensiva, nella valutazione degli stati di coscienza, nel dolore neuropatico, nei processi cognitivi, nella neuro modulazione e nell'integrazione tra neuroimmagini e metodiche elettrofisiologiche.

L'evento ha visto, dopo il saluto delle autorità e la presentazione del Corso, l'avvicinarsi di personalità leader; elencarle tutte sarebbe un difficile esercizio con il rischio di dimenticare qualcuno; è preferibile menzionare i temi sviluppati: il sonno, le basi dei segnali elettroencefalografici, i quadri nel neonato e nell'adulto. Particolare attenzione hanno ricevuto il valore attuale dell'esame



Valutazione neurofisiopatologica degli stati di coma in unità di terapia intensiva



Modalità di esecuzione

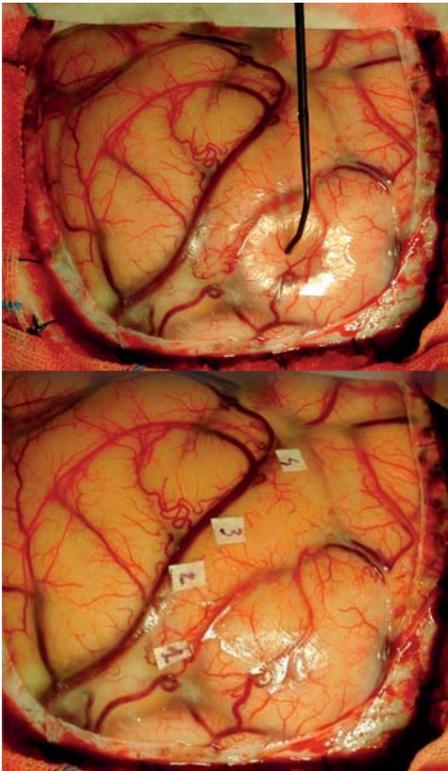
elettroencefalografico quale insostituibile strumento in un'epoca in cui le tecniche di neuroimaging (TC e RM) si sono imposte nella pratica medica, sottolineandone il valore diagnostico e prognostico soprattutto nel neonato, nelle emergenze neurologiche e nella valutazione, associato alla Video-EEG, delle patologie epilettiche e dei disturbi del sonno. Si sono, poi, susseguite sessioni sugli aspetti tecnico-strumentali della registrazione dei potenziali evocati, acustici, vesti-

bolari, somatosensoriali, visivi e motori, e sul loro ruolo sempre più indispensabile nel monitoraggio intraoperatorio, negli stati di coma e nelle urgenze neurologiche.

Tra gli altri argomenti hanno avuto un ruolo di spicco l'utilizzo, sia nella routine che nell'urgenza, dell'Elettromiografia, dell'Elettroencefalografia e delle metodiche ultrasonografiche, sia in campo neurovascolare che in quello neuromuscolare, sia per le lesioni traumatiche dei tronchi nervosi che da intrappola-

mento. Ruolo di rilievo ha avuto, in particolare, l'eco dei tronchi nervosi, strumento d'indagine neurofisiologica emerso negli ultimissimi anni e ed entrato prepotentemente nella pratica clinica come indagine essenziale nello studio delle patologie neuromuscolari; da segnalare che tale attività è decollata presso la Sezione Dipartimentale di Cisanello.

Di particolare significato scientifico, le lezioni didattiche sulle metodiche di neurostimolazione e neuro-



Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio

modulazione, quali la Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) e la stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS), nuovi strumenti di ricerca e, in alcuni casi, terapeutico con tutte le loro applicazioni, destinate in un prossimo futuro a sostituire gran parte delle indicazioni delle tecniche invasive, secondo l'opinione dei maggiori esperti a livello internazionale.

Altro aspetto trattato, di estrema attualità, quello relativo alle problematiche ed alle norme circa le modalità tecniche di accertamento della morte cerebrale, tramite l' utilizzo delle più recenti indagini elettrofisiologiche, discusso dal Prof. Ferdinando Sartucci, insieme ai coma ed agli altri disturbi di

coscienza, un fardello sanitario in continua crescita nella società moderna.

Ampio spazio è stato concesso al monitoraggio intra-operatorio in corso di interventi neurochirurgici a carico sia delle strutture encefaliche che rachidee, oltre che delle metodiche di stimolazione cerebrale profonda, nei disordini del movimento, nel dolore, nella chirurgia dell'epilessia. Anche gli avanzamenti tecnologici-strumentali di più recente introduzione sono stati illustrati e discussi, con particolare polarizzazione sulle neuroimmagini a campo magnetico elevato.

Il Comitato scientifico e i massimi rappresentanti della SINC hanno garantito il livello scientifico,

culturale ed organizzativo dell'evento fortemente sostenuto dal Prof. Sartucci. Dal corso è emersa dunque l'imprescindibilità dell'utilizzo delle metodiche neurofisiopatologiche come strumento clinico-diagnostico, che si affianca alle nuove indagini nella diagnosi e nel follow-up delle patologie neurologiche sia acute che croniche. Per le prossime edizioni, la speranza è quella di veder crescere ulteriormente la qualità dell'iniziativa e l'implementarsi vicendevole di tali metodiche con quelle tradizionali, imprescindibili guida e riferimento, e le neuroimmagini, con conseguenti avanzamenti sulle strategie diagnostiche e terapeutiche attualmente in uso.

Rinnovo cariche sociali sez. AMMI - Pisa

A seguito delle votazioni del 12/03/2013 per il rinnovo delle cariche sociali della Sezione AMMI di Pisa, per il triennio 2013/2015, si comunicano i nominativi delle socie elette nei vari organi.

Giunta di Sezione

Presidente

Calderazzi Longo Maria Antonietta

Vicepresidente

Lupetti Del Nista Fiorella

Segretaria

Latella Fanti Isabella

Tesoriera

Ceccherini Nelli Scardina Maria

Consigliere

Basile Fasolo Rosa Caterina, Caramella Zazo Marina, Ghelarducci Firpo Armanda, Giaretta Munari Fernanda, Spisni Richieri Enrica, Tinagli Carrabs Nadia.

Collegio dei Revisori dei Conti

Bellina Cunzolo Marzia, Gennai Terreni Gabriella, Pardi Fancellu Maria Giuseppina

Supplenti

Pancani Fantozzi Maria Patrizia, Giannessi Piola Federica

Collegio dei Probiviri

Malvaldi Ruschena Giovanna, Speroni Meozzi Peroni Silvia, Tongiani De Marco Delia

Allergopatie respiratorie: l'esperienza pisana

Con il termine "allergia" s'intendono starnuti, naso chiuso, secrezione nasale fastidiosa (specie quando scola dietro al naso e va in gola causando una tosse secca e stizzosa), occhi rossi e lacrimazione... E' la rinite allergica, (ne soffre oltre il 10% della popolazione). Condizione non pericolosa, ma fastidiosa disturbando la qualità di vita: si dorme male, difficoltà a concentrarsi e parlare, confusi e storditi nel corso della giornata, con perdita di attenzione, minor rendimento nello studio e nel lavoro (Figura 1).

La frequenza sia nella forma stagionale (nei nostri climi, tipicamente primaverile) che elevata. La prevalenza è cresciuta negli ultimi anni in relazione all'incremento della condizione di "atopia", la capacità geneticamente determinata

di produrre una reazione allergica mediata da specifici anticorpi (le IgE) verso sostanze estranee al nostro organismo, presenti nell'ambiente esterno. Specie tra i giovani è presente in oltre un terzo della popolazione. I motivi: stile di vita che favorisce la permanenza in ambienti chiusi dove alcuni allergeni (come l'acaro domestico, la cosiddetta "polvere di casa") crescono grazie alle buone condizioni climatiche che si realizzano nelle abitazioni o all'esposizione agli inquinanti ambientali che favoriscono la penetrazione degli allergeni nell'organismo, ma anche il minor "contatto" con i batteri che colpiscono l'uomo o gli animali ha contribuito a sviluppare i meccanismi allergici che portano alla sensibilizzazione verso gli allergeni presenti nella vita. La rinite allergica è una condizione dei bambini e

dei giovani, mentre con il passare degli anni si attenua, per cui è noto che l'allergia gioca un ruolo marginale nei disturbi delle vie aeree (inclusa l'asma) nei soggetti oltre i 55 anni.

Gli allergeni che più frequentemente causano rinite allergica sono in numero abbastanza limitato (Tabella 1). Le forme primaverili sono sostenute quasi sempre dall'allergica alle graminacee (le erbacce dei campi) o, specie se compaiono precocemente alla fine dell'inverno, ad alcune piante, come l'olivo, la betulla o il cipresso. Le forme che si prolungano dalla primavera fino all'inizio dell'autunno sono spesso dovute alla parietaria (l'erba vetriola che cresce sui muri), che specie nelle regioni italiane del sud fiorisce in maniera quasi perenne. Le forme non stagionali sono dovute maggiormente agli acari domestici che sono "coincquilini" abituali dell'uomo (non sopravvivono solo ad altitudini superiori ai 1500 m) e per i quali nessun intervento di bonifica riesce mai a eradicarli completamente. La rinite allergica da acari è meno "esplosiva" della rinite primaverile da pollini, ma i sintomi sono più continuativi, "perenni" e più fastidiosi nel lungo termine: i bambini hanno sempre la gocciolina sotto il naso, starnutiscono e tossiscono nella notte o al mattino, hanno il naso tappato e respirano con la bocca, sono spesso "frastornati" e confusi, con ovvie conseguenze sul rendimento scolastico. Un'altra sorgente è rappresentata dagli animali domestici: il cane, ma specialmente il gatto e il coniglio o altri animali affini (cavia, criceto, etc) che sono inquilini di case dove ci sono bambini o giovani. Gli



Figura 1. Classificazione della rinite allergica in base alla presenza o no di stagionalità, e in base alla gravità delle manifestazioni cliniche (da www.progettilibra.it)

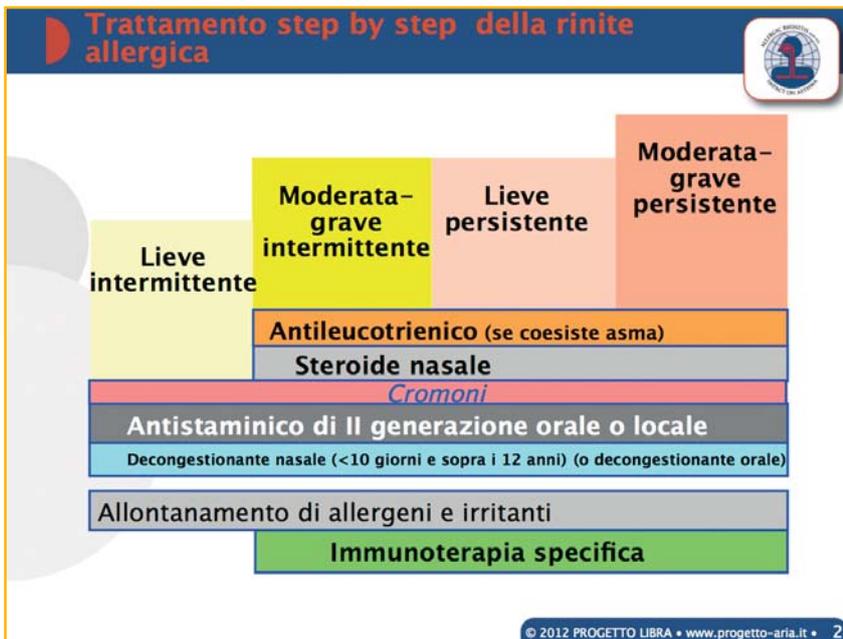


Figura 2. Opzioni terapeutiche per la rinite allergica, sulla base della stagionalità e della gravità (da www.progettilibra.it)

allergeni sono estremamente potenti, permangono a lungo negli ambienti dove questi animali han-

no soggiornato e sono trasportabili con i vestiti dei padroni anche fuori dalle abitazioni, spiegando

quindi come mai spesso i sintomi possono rimanere per mesi anche quando l'animale responsabile è stato allontanato dalla abitazione. Infine alcune muffe, sia quelle che possono crescere all'interno delle abitazioni in condizioni particolari di umidità che quelle che liberano spore disperse dal vento e che possono essere respirate negli ambienti esterni, sono anch'esse responsabili di allergie respiratorie. La rinite allergica si associa spesso all'asma, condizione sicuramente più pericolosa in quanto potenzialmente responsabile di crisi accessionali di difficoltà respiratoria talora gravi da richiedere trattamento di emergenza. E' forse il più importante fattore di rischio per la comparsa dell'asma, anche se questa malattia non è sempre sostenuta dall'allergia, specie quando compare in età adulta. E' importante quindi che sia il paziente che il medico siano in grado di distinguere quando i sintomi sono



APPROCCIO PROGRESSIVO ALLA TERAPIA DELL'ASMA NELL'ADULTO

| | STEP 1 | STEP 2 | STEP 3 | STEP 4 | STEP 5 |
|---|--|------------------------------------|---|--|---|
| Opzione principale | β_2 -agonisti a breve azione al bisogno | Scegliere uno: CSI a bassa dose | Scegliere uno: CSI a bassa dose + LABA | Aggiungere 1 o più: CSI a media dose + LABA | Aggiungere in progressione: CSI a alta dose + LABA |
| Altre opzioni (in ordine decrescente di efficacia) | | Anti-leucotrieni* Cromoni | CSI a bassa dose + anti-leucotrieni* CSI a dose medio-alta | Anti-leucotrieni Teofilina-LR | Anti-leucotrieni Anti-IgE (omalizumab)** Teofilina-LR CS orali |
| | β_2 -agonisti a rapida azione al bisogno *** | | | | |
| | Programma personalizzato di educazione | | | | |
| | Controllo ambientale, Immunoterapia specifica, Trattamento delle comorbidità | | | | |

CSI = corticosteroidi inalatori; LABA = long-acting β_2 -agonisti; LR = a lento rilascio
* i pazienti con asma e rinite rispondono bene agli anti-leucotrieni
** nei pazienti allergici ad allergeni perenni e con livelli di IgE totali sieriche compresi tra 30 e 1500 U/ml
*** la combinazione Budesonide/Formoterolo al bisogno può essere usata nell'ambito della strategia SMART

© 2011 PROGETTO LIBRA • www.ginasma.it

Figura 3. Opzioni terapeutiche per l'asma, in relazione alla gravità della malattia e del livello di controllo (da www.progettilibra.it)

dovuti esclusivamente alla rinite e quando invece la componente asmatica è presente (e talora è decisamente preponderante), poiché comporta un approccio terapeutico differente. In un soggetto allergico con rinite ed asma, una intensa esposizione acuta all'allergene può determinare crisi asmatiche serie, che possono portare il soggetto al Pronto Soccorso e, anche se per fortuna molto raramente, può risultare fatale o quasi-fatale. Questi soggetti devono essere identificati dal medico e devono avere un piano di comportamento e di trattamenti sia regolare che di emergenza del tutto personalizzato. Talora invece i sintomi asmatici sono molto lievi rispetto a quelli della rinite ed in questo caso è possibile che il solo trattamento della rinite possa determinare una attenuazione o scomparsa dei sintomi asmatici.

Il messaggio è che in ogni soggetto che lamenta sintomi di rinite, sia occasionale che perenne, il medico dovrebbe sempre indagare per la possibile presenza di

asma, attraverso una attenta valutazione dei sintomi e ricorrendo all'esecuzione dei test spirometrici. La diagnostica strumentale dell'asma si è arricchita negli ultimi anni di nuovi ed approfonditi test che permettono non solo di confermare il sospetto diagnostico ma anche di caratterizzare meglio tipo ed entità del processo infiammatorio. Una mancata diagnosi di asma può esporre il paziente con

rinite allergica a crisi improvvise e gravi che invece possono essere prevenute da una accurata valutazione clinica e strumentale.

La prevenzione primaria sarebbe la preferita, ma i tentativi di limitare l'esposizione ad allergeni nei primi anni di vita nei bambini che nascono con una forte familiarità allergica sono stati sostanzialmente negativi, ed hanno al massimo solo ritardato la comparsa delle manifestazioni cliniche dell'allergia. Anche i grandi studi pediatrici che hanno valutato l'effetto prolungato di antistaminici in bambini allergici sullo sviluppo dei sintomi, non hanno portato ad una riduzione della incidenza delle allergopatie respiratorie. L'uso dei vaccini desensibilizzanti ha ridotto il rischio di comparsa di asma in soggetti con rinite allergica, ma non sono indicati per la prevenzione della rinite. Rimangono quindi le indicazioni relative allo stile di vita e all'uso dei farmaci. Tutte le strategie di allontanamento dall'allergene responsabile, quando effettuabili, sono da perseguire: mentre l'eradicazione dell'acaro domestico dalle nostre abitazioni non è realisticamente ottenibile, l'allontanamento degli animali domestici delle abitazioni, anche se doloroso talora, è spesso risoluti-

TABELLA 1. PRINCIPALI ALLERGENI RESPONSABILI DI RINITE ALLERGICA E ASMA

| <i>Allergeni stagionali</i> | <i>Famiglia</i> | <i>Periodo</i> |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| | Graminacee | Aprile-Giugno |
| | Composite | Aprile-Luglio |
| | Parietaria | Marzo-Settembre |
| | Olivo | Febbraio-Marzo |
| | Betulla | Febbraio-Marzo |
| | Cipresso | Febbraio-Aprile |
| <i>Allergeni perenni</i> | | |
| | Acari domestici | Tutto l'anno (specie autunno) |
| | Animali domestici (cane, gatto, cavie, etc.) | Tutto l'anno |
| | Animali esterni (cavallo) | Tutto l'anno |
| | Muffe (alternaria, aspergillo) | Tutto l'anno (specie estate) |

vo. In primavera, il soggetto allergico ai pollini dovrebbe evitare lunghe permanenze con attività fisica intensa all'esterno delle abitazioni, specie in campagna e nelle belle giornate, e dovrebbe conoscere quali ambienti da frequentare con cautela.

Abbiamo oggi farmaci efficaci per il sollievo dei sintomi ed il controllo della rinite e dell'asma (Figura 2). I nuovi antistaminici di ultima generazione sono efficaci e ben tollerati, in particolare solo occasionalmente determinano sonnolenza o riducono la performance mentale; possono essere usati con tranquillità anche per lunghi periodi senza effetti collaterali. Quando gli antistaminici non sono sufficienti, si raccomanda di usare i cortisonici inalatori per uso topico intranasale, di cui oggi abbiamo numerose varietà, dai più vecchi composti (come il beclometasone, la flunisolide e la budesonide) ai più recenti ed efficaci anche in monosomministrazione giornaliera (come il fluticasone furoato o il mometasone). Sono efficaci anche a dosi piuttosto basse, sono ben tollerati per uso prolungato, anche se talora possono causare irritazione alla mucosa nasale che può richiedere una sospensione del trattamento per alcuni giorni. Quando la componente asmatica è rilevante, occorre che venga trattata a parte, poiché la terapia della rinite ha in

questi casi poco o nessun effetto sulla patologia respiratoria bronchiale. In questo campo abbiamo a disposizione farmaci molto efficaci anche a dosi basse e che, essendo somministrati per via inalatoria, hanno un assorbimento sistemico praticamente nullo, senza quindi rischio di effetti collaterali generali anche per uso prolungato (Figura 3). Qui la ricerca farmacologica ha prodotto e sta producendo farmaci e combinazioni sempre più efficaci e pratiche da essere utilizzate (da composti utilizzabili una volta al giorno a composti che si prestano ad un uso regolare ed anche al bisogno per risolvere eventuali sintomi acuti), ed è importante che il paziente concordi con il medico la strategia che meglio si adatta alla specifica condizione, sia in termini di numero e tipologia di farmaci da usare che in termini di comportamento (se regolare o basato sull'andamento dei sintomi). La capacità del medico di capire bene il tipo e la gravità dell'asma e della rinite e di concordare con il paziente un piano terapeutico che sia efficace ma anche fattibile ed accettato dal paziente è essenziale.

Le forme di asma allergico grave esistono, per fortuna sono limitate ad un numero esiguo di pazienti, ma questi soggetti hanno purtroppo una pessima qualità della vita, presentano sintomi quotidiani e

gravi limitazioni nella vita di tutti i giorni, nonostante l'adeguamento terapeutico. Esistono da alcuni anni i "farmaci biologici", che si somministrano per via iniettiva ogni 2 o 4 settimane ed hanno dimostrato in questa popolazione molto particolare una elevata efficacia. In Italia solo l'anticorpo umanizzato diretto contro le IgE (l'omalizumab o Xolair) è disponibile in commercio e per il costo elevato la prescrizione è limitata ai centri pneumologici e per i pazienti con asma allergico grave. Si calcola che in Italia circa 1300 pazienti siano oggi in terapia con questo farmaco. Il nostro gruppo ha recentemente curato la raccolta dati da un campione elevato di questa popolazione (circa 300 soggetti trattati con omalizumab in tutta Italia), dimostrando che oltre il 70% di questi pazienti che avevano un'asma grave, sono ora giudicabili "sotto controllo", con netta riduzione delle crisi asmatiche, degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri. Attualmente sono in sperimentazione (ed il nostro centro partecipa attivamente a questi nuovi studi) nuovi prodotti biologici indicati per le forme di asma di difficile controllo, che si applicano a pazienti in cui sia stato definito il meccanismo biologico che è alla base della particolare complessità della loro asma.

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné
Fotografo Professionista

Servizi fotografici per matrimoni, lauree, battesimi, reportages,
still life, book fotografici

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078 - e-mail: vincenzopenne@email.it - 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.*



Un futuro di
qualità per i
nostri figli e un
mondo senza
distrofia muscolare di
Duchenne e Becker

Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

Siamo un'associazione di genitori con figli affetti da distrofia muscolare di Duchenne e Becker.

Dal 1996 lavoriamo per migliorare il trattamento, la qualità della vita dei nostri ragazzi e delle famiglie attraverso la ricerca, l'educazione, la formazione e la sensibilizzazione. Condividiamo la nostra battaglia con famiglie di tutto il mondo, riunite nella Federazione United Parent Projects Muscular Dystrophy (UPPMD).

La distrofia muscolare di Duchenne e Becker è una grave malattia rara per la quale non c'è ancora una cura.

La Duchenne è la forma più grave delle distrofie muscolari perché si manifesta già in età pediatrica e causa una progressiva degenerazione dei muscoli. Crescendo i ragazzi perdono la capacità di muoversi, nutrirsi e respirare autonomamente. La Becker è una variante più lieve, il cui decorso varia però da paziente a paziente.

Quando al proprio figlio viene diagnosticata questa grave malattia rara, la famiglia deve imparare a confrontarsi con una patologia che investe ogni aspetto della quotidianità.

In questi anni, abbiamo imparato che l'informazione fa la differenza tra la vita e la morte. Per questo, nel 2002, abbiamo aperto il Centro Ascolto Duchenne che segue oltre 600 famiglie con programmi personalizzati. Il servizio, completamente gratuito, fornisce assistenza, consulenza psicologica, educativa, legale, informazioni e formazione per i genitori. Il Centro Ascolto Duchenne collabora attivamente con medici di base, pediatri, specialisti e affianca insegnanti, operatori sanitari e sociali per costruire percorsi di integrazione e servizi dedicati.



Grazie ad un protocollo con Assofly Onlus, Parent Project Onlus ha aperto una sede regionale anche a Pisa.



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

firma nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ecc." C.F. 05203531008

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

BCC Ag. 19

*IBAN IT 38 V 08327 03219 000000005775
intestati a Parent Project Onlus*



Abitare il Futuro Guardando la Storia

Palazzo Solferino

L'edificio è realizzato dalla **Panchetti Costruzioni Generali** secondo il Progetto Architettonico e Direzione Lavori dell'*Arch. Luca Nencini* e dell'*Arch. Marco Bottai*.

La maggior parte degli appartamenti hanno esposizione e viste impareggiabili (l'edificio è libero sui quattro lati) e l'intero edificio gode di caratteristiche di posizione, esposizione, sicurezza strutturale e qualità costruttiva e delle rifiniture che lo rendono "unico tra gli unici" del lungarno e del centro storico.

Le tipologie di appartamenti sono in grado di soddisfare le più svariate esigenze, da sobri bilocali, agli eleganti 3 e 4 vani sino ai grandi 5 vani o agli attici, che in queste soluzioni, risultano particolarmente unici.

Le consegne dei primi appartamenti assegnati avverranno a partire da Maggio 2013.

Contattateci, senza impegno saremo lieti di darvi le informazioni necessarie a conoscere questa nuovissima realizzazione di cui andiamo orgogliosi.



Per informazioni sulla nostra società potete visitare il sito www.panchetti.it o usare il QR code

Lungarno Pacinotti
P.zza Carrara, 10 - 56126 Pisa

Per informazioni contattate lo 050 878217 o info@panchetti.it