

# 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:

### **L'elettromiografia compie 100 anni**

*T. Bocci - A. Torzini - M. Bartolotta  
D. Barloscio - M. Santin - F. Sartucci*  
S.D. Neurologia Cisanello AOUP

### **Odontoiatria: la crisi ed il futuro**

*F. Pancani*  
Presidente CAO Pisa

### **Alzheimer Cafè: l'esperienza di Pisa**

*S. Cintoli - C. Radicchi  
C. Pagni - G. Tognoni*  
Clinica Neurologica, AOUP Pisa

# Oltre il conto on line

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

## Banca di Cascina

esce dalla filiale  
per venire da te...

### - con Relax Banking

il tuo Conto corrente sarà  
sempre disponibile  
su PC o Tablet,  
a casa, o dove vuoi tu.

- **Concordando un appuntamento**  
verremo a trovarti personalmente

**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, 104 Marina di Pisa (PI)  
tel. e fax 050 311048

#### Perignano

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

#### Livorno - Prossima Apertura

via Cairolì, 1  
tel 0586 885041 • fax 0586 890302

#### SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94  
Corso Italia, 24

[www.bancadicascina.it](http://www.bancadicascina.it)



**Banca di Cascina**

La forza della semplicità



# L'Europa della salute parte da Pisa

**D**opo cinque elezioni, l'Europa della Salute non appare ancora avviata su un unico binario. Un elemento di non difficile riscontro. Ma se dal punto di vista politico, il percorso appare comprensibilmente più complesso, preoccupante si dimostra essere il livello della tutela della salute sul piano pratico ed organizzativo. Certo, passi in avanti ne sono stati fatti, anche grazie al nostro spirito ideativo e di partecipazione. Rimane però una prima critica di base, già a livello nazionale: un Paese con venti modi diversi d'impostare la sanità. E, se a ciò, aggiungiamo situazioni non dissimili nelle altre nazioni, ci rendiamo conto di come lungo sarà ancora in cammino.

Salute non significa soltanto medicina, ma anche organizzazione e programmazione sanitaria. Se oggi paradossalmente i differenti livelli di qualità portano il cittadino ad ipotizzare indispensabili trasferimenti in Italia, il "domani europeo" allargherà non solo geograficamente questa forbice. S'andrà alla ricerca, là dove possibile, del sistema sanitario nazionale più vantaggioso, creando di fatto un'assistenza quanto mai differenziata ed ingiustamente punitiva. Da Pisa, parte dunque una proposta

di programma: confrontarsi tutti e 27 i Paesi della Ue alla ricerca di un linguaggio comune sulla salvaguardia della salute del singolo e della comunità. E per far questo, occorre vestirsi di umiltà e non guardare biblicamente solo la pagliuzza che è nell'occhio del vicino. Dopo decenni di servizio sanitario, ci accorgiamo che concentrare in un unico sito l'acquisto di materiale sanitario può portare al risparmio. Meglio tardi che mai. Acceleriamo dunque i tempi. Portiamo avanti le nostre idee per uniformare quanto più possibile le singole realtà regionali ed al contempo muoviamo i passi, a livello di Ordini Professionali, per fare lo stesso in sede continentale. Là dove la politica arranca, i medici nel loro insieme istituzionale possono invece compiere qualcosa di vero e costruttivo. Parte dunque dalla base, il rinnovamento della salute in Europa. Noi, da Pisa, vogliamo fare sapere che ci crediamo e che ci adopereremo in tal senso. Saremo in prima fila a parlare un linguaggio unico ed uguale per tutti. Giudichiamo in una parola inutili i campanilismi della salute. E' giunto al contrario il momento di cambiare, altrimenti anche fra cento anni saremo sempre qui a discutere sul sesso degli angeli.



## 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](mailto:segreteria@omceopi.org)

Segreteria di redazione  
Francesca Spirito, Sabina  
Beoncini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione  
ALFA&CO Comunicazione  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Foto di copertina  
concessa da G. Michele Pileri

## Prevenzione andrologica: cominciare già dal bambino

**L**e patologie andrologiche interessano una rilevante fascia di popolazione maschile. In particolare, nell'ultimo secolo, si è assistito ad un progressivo declino della fertilità maschile e, attualmente, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'infertilità è una problematica che interessa fino al 15% delle coppie italiane (80 milioni di persone nel mondo) e, in circa il 50% dei casi, è il maschio ad avere qualche alterazione. Inoltre, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), questa problematica tenderà ad aumentare sempre di più per cui si stima che circa il 19% delle future coppie avrà problemi di infertilità e fino al 4% sarà sterile.

L'aspetto importante è che mol-

te delle condizioni che possono causare infertilità originano proprio in età pediatrica, e che circa il 27% dei bambini e dei giovani fino a 18 anni hanno problemi di salute che potranno influire sulla loro futura capacità riproduttiva. **Dunque l'età pediatrica appare come un periodo importante per mettere in atto strategie preventive, ed il pediatra, per la sua specifica formazione e per le competenze che gli sono proprie, è la figura sicuramente più idonea ad identificare precocemente, nel bambino e nell'adolescente, o condizioni che possono determinare problematiche andrologiche.** Infatti, relativamente comuni nei bambini, sono le **anomalie congenite del pene** e, soprattutto,

il **criptorchidismo**, condizione che necessita di una diagnosi tempestiva nei primi anni di vita per le potenziali conseguenze negative che può avere sulla futura fertilità del bambino.

Un altro importante fattore di rischio per l'infertilità maschile è rappresentato dal **sovrappeso e dall'obesità**, condizioni che interessano oggi 1 bambino su 3 e che tendono a cronicizzare e a persistere nella vita adulta. Nelle persone obese, infatti, si verificano alterazioni ormonali che possono causare infertilità e proprio per questo motivo si capisce perché sia importante intervenire precocemente nella prevenzione del sovrappeso fin dalle prime epoche di vita. Esistono inoltre numerose sostanze chimiche ambientali co-



nosciute come **endocrine disruptors**, cioè molecole che, interferendo con il sistema endocrino della riproduzione, possono causare infertilità. Tra queste sostanze, attualmente oggetto di studi, vi sono molti composti chimici presenti in prodotti d'uso comune a cui bambini e ragazzi sono quotidianamente esposti. Un esempio è quello degli ftalati, sostanze presenti anche nei giocattoli e nei prodotti di importazione asiatica che non rispettano le norme di produzione della CE.

**L'adolescenza** rappresenta un altro momento importante per quanto riguarda l'identificazione precoce di patologie e stili di vita a rischio di infertilità. In questo ambito, **è stato condotto uno studio presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Pisa diretta dal Prof. Giuseppe Saggese in cui è stato esaminato un campione di 2.159 giovani di età compresa tra 18 e 30 anni e sono state indagate in maniera retrospettiva eventuali problematiche, le abitudini e gli stili di vita durante l'adolescenza.**

È noto che alcuni comportamenti piuttosto frequenti fra i giovani possono, in misura variabile, andare ad incidere sul futuro potenziale riproduttivo dell'adolescente. **L'abitudine al fumo di sigaretta, l'uso di marijuana, l'abuso di bevande alcoliche e il consumo di sostanze stupefacenti** come

amfetamine, cocaina ed ecstasy sono state infatti associate ad alterazioni genetiche a livello del DNA degli spermatozoi e ad alterazioni della loro mobilità e quindi ad una riduzione della fertilità maschile.

Dal nostro studio è emerso che fra i giovani maschi è molto comune l'abitudine al fumo di sigaretta (46%) e di marijuana (34%) in maniera non occasionale, inoltre l'11% ha dichiarato di aver fatto uso di *droghe*, fra cui cocaina (4%), ecstasy, amfetamine e LSD (2%). Fino all'86% degli adolescenti ha fatto uso di *bevande alcoliche* ed in particolare fra i più giovani è risultato maggiore l'uso di bevande superalcoliche, il cui consumo è raddoppiato negli ultimi 20 anni (dal 23% al 47%).

È evidente da questi dati che questi fattori di rischio hanno un'alta prevalenza fra i giovani, e, un dato da sottolineare, è che l'aver ricevuto una qualche forma di campagna preventiva verso tutti questi comportamenti a rischio (ad esempio contro il fumo, contro l'uso di droghe o contro l'uso di alcolici...) non ha comunque portato ad una riduzione statisticamente significativa di tali comportamenti fra i giovani, evidenziando quindi problemi importanti nella qualità o nella tempistica di tali interventi.

Anche le **malattie sessualmente trasmesse**, possono avere effetti negativi sulla fertilità maschile. Si comprende

quindi come la promiscuità sessuale, il non utilizzare il profilattico ed altri comportamenti sessuali a rischio possano essere considerati veri e propri fattori di rischio per l'infertilità.

Nella nostra indagine, circa il 2% degli intervistati ha contratto una malattia venerea durante l'adolescenza, ma il dato è sicuramente sottostimato in quanto, in molti casi, le malattie sessualmente trasmesse possono essere asintomatiche nel maschio.

Preoccupante è risultata comunque la scarsa conoscenza degli adolescenti circa i principali patogeni responsabili delle malattie veneree più comuni; mentre il 96% degli intervistati conosceva il virus HIV, solo il 65% conosceva i virus dell'herpes genitale, dell'epatite e la sifilide. Sorprendentemente gli agenti infettivi responsabili delle malattie veneree più comuni sono risultati anche i meno noti, come il virus del papilloma umano (22%), la Chlamydia (12,5%) e l'infezione da Trichomonas (3%). (Figura 1).

Dallo studio è emersa inoltre una significativa associazione tra il rischio di contrarre una malattia sessualmente trasmessa e aver avuto comportamenti sessuali a rischio come il non utilizzare il profilattico (fino al 36% degli adolescenti), avere rapporti sessuali con più partner contemporaneamente (fino all'8,7%) e aver avuto molti partner sessuali (fino al 13,5%).

È preoccupante il fatto che, anche in questo caso, l'aver ricevuto forme di educazione sessuale, come l'incentivare i rapporti protetti o promuovere la conoscenza delle MST, non ha dimostrato

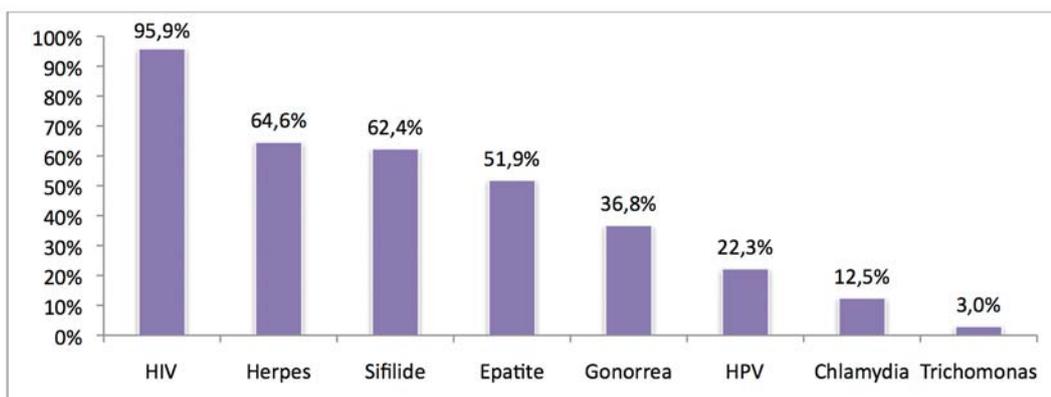


Figura 1 - Malattie veneree più conosciute dagli adolescenti



alcun effetto significativo nel ridurre tali comportamenti a rischio.

Il *varicocele* è una delle condizioni di più frequente riscontro fra gli adolescenti e i giovani adulti (circa il 20% ne sono affetti) e, allo stesso tempo, è sicuramente uno dei fattori di rischio più importanti per l'infertilità. Nonostante ciò, soltanto il 52,2% degli adolescenti era a conoscenza della sua esistenza, ed in particolare, la conoscenza è risultata minore soprattutto nei più giovani (solo il 34,5% dei giovani fra 18 e 22 anni). (Figura 2).

Ancora peggio, solo il 27,5% degli adolescenti era a conoscenza del fatto che il varicocele rappresenta un importante fattore di rischio per l'infertilità, e anche in questo caso, la conoscenza è risultata minore da parte dei più giovani.

È un dato preoccupante anche che circa il 55% delle diagnosi di varicocele poste durante l'adolescenza siano state del tutto occasionali, nel contesto di valutazioni cliniche per altre motivazioni, a sottolineare come troppo spesso tale problematica sia trascurata e non venga adeguatamente indagata nei più giovani. In particolare, **in seguito all'abolizione della visita di leva obbligatoria, abbiamo osservato una riduzione importante delle diagnosi di varicocele poste prima dei 20**

**anni.**

L'**autopalpazione del testicolo** rappresenta una importante forma di prevenzione andrologica che deve essere raccomandata e promossa fra i giovani; tuttavia è risultato che solo l'11,2% dei ragazzi è stato sensibilizzato a riguardo, mentre solo il 18,3% ha dichiarato di praticare abitualmente questa importante forma di prevenzione.

Alla luce dei dati raccolti risulta piuttosto chiaro come fra gli adolescenti siano molto frequenti la maggior parte dei fattori di rischio che possono influire negativamente sulla fertilità maschile. Soprattutto è *importante sottolineare la possibilità di prevenire la maggior parte di questi fattori di rischio, sia con una diagnosi e un trattamento precoce delle condizioni mediche* (come nel caso del criptorchidismo e del varicocele), *sia attraverso la sensibilizzazione dei giovani all'adozione di comportamenti più responsabili* (ad esempio l'uso del profilattico).

**Risulta quindi fondamentale l'opera del pediatra nell'ottica di una prevenzione androlo-**

**gica rivolta ai bambini e agli adolescenti. In particolare la sensibilizzazione a tale opera di prevenzione acquista un significato ancora maggiore se consideriamo che in seguito all'abolizione del servizio di leva obbligatoria, è venuta meno l'unica forma di screening andrologico universale per i giovani adulti esistente fino a qualche anno fa nel nostro paese.**

**Estesa all'età infantile e adolescenziale, la prevenzione andrologica rappresenterebbe un importante progresso sociale e culturale, sia in termini di futura riduzione della spesa sanitaria, sia, soprattutto, al fine di tutelare la salute degli adolescenti e il potenziale riproduttivo dei futuri giovani italiani. Proprio in questa ottica, è in corso la strutturazione di un percorso assistenziale di prevenzione andrologica fra la Pediatria e l'Andrologia pisana, diretta dalla Prof.ssa Bertozzi.**

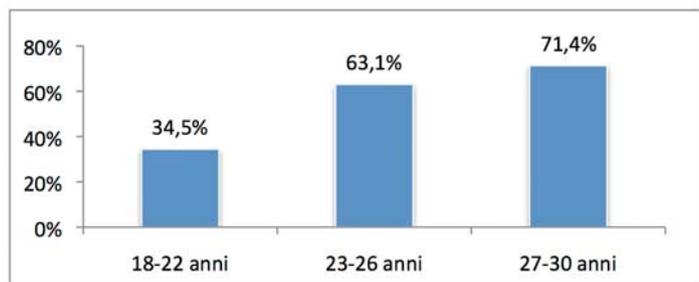


Figura 2 - Conoscenza del varicocele nelle diverse fasce d'età

# Il sonno e l'invecchiamento: l'esperienza del centro di Pisa

**E'** noto a tutti che l'età rappresenta il fattore fisiologico che influenza di più il sonno. Dormiamo infatti in maniera molto diversa nelle varie età della vita. E' normale che il bambini fino a 3 anni di vita presenti un sonno cosiddetto polifasico cioè suddiviso in diverse fasi e non concentrato solo nelle ore notturne. Progressivamente nell'età giovane-adulta si dorme invece prevalentemente di notte, mentre nell'anziano si torna a dormire nuovamente in maniera più polifasica, cioè a ridurre le ore notturne di sonno ma a presentare più frequentemente sonnellini pomeridiani. Globalmente l'anziano sano dorme nelle 24 ore comunque meno del giovane adulto e presenta un sonno più frammentato ed instabile, con frequenti risvegli. Va detto d'altro canto che il soggetto anziano sopporta meglio la riduzione delle ore di sonno che non determina marcata sonnolenza o riduzione delle performance. Un'altro fenomeno fisiologico che si verifica con l'invecchiamento è un anticipo dei ritmi, vale a dire che l'orario di addormentamento e quello di risveglio sono anticipati rispetto agli orari delle persone più giovani. Inoltre alcune fasi del sonno, come il sonno REM ed il sonno NREM più profondo si riducono lievemente con l'età.

Queste modificazioni fisiologiche sono accompagnate però spesso dalle modificazioni legate alle altre patologie (o comunque disturbi) ed alla politerapia che l'anziano assume frequentemente ed è quindi difficile distinguere le modificazioni fisiologiche legate all'età da quelle patologiche. Numerose osservazioni evidenziano che numerose patologie somatiche e psichiche si accompagnano nell'anziano a disturbi del sonno che possono modulare in senso

peggiorativo le malattie croniche ed alterare la qualità della vita.

E' difficile dire quanti anziani soffrono di vera e propria insonnia perché questo varia a seconda della definizione che consideriamo, ma almeno 8-10% dei soggetti sopra i 65 anni di età presenta un sonno notturno di cattiva qualità accompagnato da sintomi diurni (scarsa concentrazione, irritabilità, ecc). In questi casi, deve essere ricercato se c'è un motivo scatenante e deve essere ben valutato una modificazione se possibile dello stile di vita. L'attività fisica (anche dolce), l'esposizione alla luce (ambientale o mediante appositi apparecchi) e la riduzione dei sonnellini pomeridiani e del tempo che si passa a letto migliorano il sonno notturno. Altre norme per l'igiene del sonno sono elencate nella tabella. Inoltre alcuni farmaci, prescritti anche per malattie non neuro-psichiatriche, possono determinare insonnia, quindi bisogna rivolgere l'attenzione non solo verso un loro corretto uso, ma anche gli orari di somministrazione e le interazioni tra farmaci. L'insonnia può essere trattata con una terapia farmacologica, considerando sia le alterazioni della qualità della vita che le conseguenze dell'insonnia, con attenzione all' utilizzo di dosaggi ridotti di ipnotici e per i tempi necessari ed evidentemente preferendo farmaci con scarsa interazione con le altre terapie. Un'alternativa estremamente importante è rappresentata dalla terapia cognitivo-comportamentale. Nella terza età, anche la frequenza di altri disturbi del sonno quali la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e la sindrome delle gambe senza riposo, aumentano e inoltre compaiono alcuni problemi specifici di questa età. Una patologia molto particolare è il disturbo comportamentale in

sonno REM. I pazienti affetti da questa malattia presentano un disturbo del sonno in cui vivono e agiscono il proprio sonno compiendo movimenti elaborati e talora violenti. Quando vengono risvegliati o al mattino riferiscono un'attività mentale tipo sogno compatibile con i movimenti effettuati; l'esempio più classico è quello di doversi difendere da una aggressione e quindi compiere movimenti tipo tirare pugni o calci durante il sonno. Questo quadro molto caratteristico viene spesso confuso con altre patologie oppure non diagnosticato e non trattato e deve essere valutato presso un Centro del Sonno. I pazienti possono essere trattati favorevolmente ma è necessario seguire questi pazienti nel tempo per valutare l'eventuale comparsa di sintomi diurni.

Globalmente i disturbi del sonno appaiono quindi estremamente frequenti nella terza età, ma non sono da ritenere una conseguenza ineluttabile dell'invecchiamento. Sono invece spesso in rapporto alle modificazioni legate ad altre malattie o farmaci o a abitudini di vita errate e possono essere migliorate se non risolte da un approccio terapeutico ottimale, che deve essere individualizzato tra medico e paziente per garantire una migliore qualità di vita ed una diminuzione del disagio soggettivo.

Presso il Centro del Sonno di Pisa numerosi progetti di ricerca coinvolgono il ruolo dei disturbi del sonno nell'anziano e nelle malattie neurodegenerative sia come impatto sulla qualità di vita sia come fattore di aggravamento dei deficit cognitivi e comportamentali di tali patologie e la possibilità influenzando il ritmo sonno-veglia di modificare tali aspetti con le importanti ricadute sociali che si possono immaginare.

## Il DEU da S. Chiara a Cisanello: come cambia la rianimazione

**D**al punto di vista strutturale, sono 5 le novità sostanziali:

- il numero dei posti-letto della Rianimazione è passato da 10 a 12, pur rimanendo invariato il numero degli infermieri (5 per turno): questo ha permesso una maggior appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, a parità di qualità di assistenza erogata, potendo gestire sia malati intensivi che sub-intensivi: infatti il numero dei ricoveri è passato da circa 300/anno del periodo 2006-2009 a circa 360/anno del periodo 2011-2013.
- il blocco operatorio di 4 sale poste al 1° piano del D.E.U., destinate principalmente alla "Chirurgia Gene-

rale e d'Urgenza" e alla "Traumatologia Ortopedica", fisicamente adiacente alla Rianimazione (con minori rischi nel trasferimento del malato critico dalla sala operatoria alla Rianimazione e viceversa) e dotato di una "recovery room" per il monitoraggio dei malati nell'immediato periodo post-operatorio: questo avrebbe potuto permettere sia una ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse anestesologiche dell'intero blocco operatorio, sia un ancora più appropriato utilizzo dei letti intensivi e sub-intensivi della Rianimazione e della Chirurgia d'Urgenza: purtroppo ancora oggi nessuno di questi 2 obiettivi è stato

raggiunto.

- il reparto di Medicina d'Urgenza è adiacente alla Rianimazione, separato solo da una porta: questo rende più rapide e più efficaci le consulenze e gli interventi in emergenza fatti dal rianimatore in quel reparto.
- la Traumatologia Ortopedica, sia come Pronto Soccorso che come reparto di degenza, è situato nel blocco del D.E.U. (a S. Chiara era situato in un edificio molto distante dal D.E.U.), ottimizzando tempi e modi delle consulenze e delle prestazioni del rianimatore.
- la presenza nel blocco del D.E.U. della Neurochirurgia e della Neuroradiologia, poste in 2 diversi e distanti padiglioni al S. Chiara, permette un più sicuro trasporto dei malati critici dalla Rianimazione a questi 2 reparti per esami o interventi chirurgici e rende più semplici e rapide le consulenze tra specialisti.

La nuova struttura della Rianimazione (uno spazio aperto di 7 letti, 1 box isolabile di 1 letto e un maxi-box di 4 letti) ha permesso molti cambiamenti rispetto alla vecchia struttura di S. Chiara:

- una gestione flessibile dei malati colonizzati o infetti da germi multi-resistenti che necessitano di isolamento come mezzo per il controllo della diffusione delle multiresistenze.
- il controllo, tramite una centrale di monitoraggio posta in mezzo allo spazio principale, dei parametri vitali di tutti i malati ricoverati.
- la apertura all'ingresso dei familiari per 10 ore consecutive al giorno (dalle 12,30 alle 23,00), con possibilità di cambio tra i familiari stessi, nella logica della trasparenza e della umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva.
- una migliore operatività del perso-





Macchinari per l'assistenza rianimatoria

nale medico e infermieristico attorno al letto del malato, visti gli spazi ottimali tra letto e letto di degenza.

La nuova struttura del D.E.U. vista con l'occhio del Rianimatore offre ancora numerose potenzialità e possibilità di espansione e miglioramento sia in termini di qualità che di appropriatezza su aspetti non ancora sistematizzati: ne cito solo 2:

- la possibilità di attivare un vero "Trauma Center" facendo di Pisa centro di riferimento per tutta la grossa traumatologia della Area Vasta (fatta salva la specificità dell'Ospedale di Livorno).

- la possibilità di attivare un "percorso pediatrico" sia medico che chi-

rurgico che intensivologica di Area Vasta per tutta quella patologia in emergenza e urgenza che non può o non necessita di un immediato ricovero all'Ospedale Mayer, ma che deve poter trovare medici e infermieri competenti e preparati in campo pediatrico.

Infine un aspetto di non poco conto nel passaggio al nuovo D.E.U., visto sempre dal punto di vista del Rianimatore chiamato in consulenza al Pronto Soccorso, è il costante aumento di consulenze fatte per pazienti affetti da patologie cronicodegenerative anche non neoplastiche che, giunti alle fasi finali (la cosiddetta fase "end stage") della

malattia arrivano al Pronto Soccorso pur non avendo più ormai prospettive ragionevoli di recupero né possibilità di invertire la traiettoria della malattia: malati che spesso potrebbero essere curati e assistiti meglio al proprio domicilio o in strutture non per acuti come dovrebbe essere l'Ospedale e, nell'ospedale, il D.E.U.: è possibile che avere a disposizione una struttura così all'avanguardia come il nuovo D.E.U. induca a un suo utilizzo inappropriato, e su questo aspetto che stà al confine tra etica e clinica occorrerebbe un serio confronto tra chi opera in Ospedale e chi opera sul territorio, siano essi amministratori, medici o infermieri.

# Sclerosi multipla e spasticità: dai miorilassanti ai cannabinoidi

La spasticità è uno dei sintomi più frequenti e invalidanti della sclerosi multipla (SM), in quanto influenza negativamente l'autonomia del paziente, in tutte le espressioni del movimento, la sua vita sociale, familiare e lavorativa. Viene tecnicamente definita come un disordine del controllo sensomotorio secondario a lesione dei motoneuroni superiori, che si manifesta come attivazione involontaria intermittente o persistente

della muscolatura. L'ipertono spastico nella SM è determinato dalle placche di demielinizzazione che impediscono il controllo inibitorio sovraspinale del tono muscolare, determinando contrazioni muscolari inappropriate, sostenute e talvolta dolorose, presenti durante la giornata ma anche nella notte. La persona percepisce una rigidità specie nelle gambe, con irrequietezza, movimenti ripetitivi del piede, crampi muscolari e resistenza

dei segmenti interessati ad ogni movimento passivo o attivo.

La gestione della spasticità prevede un approccio multidisciplinare, che integri terapie riabilitative e farmacologiche. Queste ultime prevedono l'utilizzo di farmaci miorilassanti, un gruppo eterogeneo di molecole che riducono le contratture muscolari attraverso meccanismi diversi. Il farmaco più utilizzato è il baclofene, un GABA-mimetico che inibisce la trasmissione sinaptica a livello

## TABELLA: PRINCIPALI FARMACI UTILIZZATI PER LA SPASTICITA' NELLA SCLEROSI MULTIPLA

FARMACO	MECCANISMO D'AZIONE
BACLOFENE	GABA-mimetico ad azione centrale con sito d'attacco spinale. Inibisce la trasmissione sinaptica
TIZANIDINA	Agonista $\alpha 2$ -adrenergico ad azione centrale con sito d'attacco spinale. Riduce il rilascio degli aminoacidi eccitatori da parte degli interneuroni
DANTROLENE	Inibitore del rilascio intramuscolare di calcio
BENZODIAZEPINE	GABA-agonista
TIOCOLCHICOSIDE	Agonista selettivo dei recettori GABA- e glicinergerici
EPERISONE	Inibizione della scarica spontanea dei motoneuroni spinali; aumento del flusso ematico nelle aree con ipertono muscolare; antagonista della sostanza P a livello spinale (attività analgesica)
GABAPENTIN	GABA-agonista
CANNABINOIDI SINTETICI	Endocannabinoidi-mimetici ad azione modulatoria sul rilascio di neurotrasmettitori e citochine



centrale, assunto sia per os che per infusione intratecale, mediante applicazione di una sonda spinale, in base alla severità della spasticità. Altri farmaci per uso orale includono: la tizanidina, agonista  $\alpha 2$ -adrenergico che inibisce il rilascio di aminoacidi eccitatori negli interneuroni; il dantrolene, inibitore del rilascio intramuscolare di calcio; le benzodiazepine, che incrementano la trasmissione GABAergica inibitoria centrale; il tiocolchicoside, agonista dei recettori GABAergici e glicinerici; l'eperisone cloridrato, che ha un'attività miorilassante polivalente, poichè inibisce la scarica spontanea dei motoneuroni spinali, aumenta il flusso ematico nelle aree con ipertono muscolare ed ha attività analgesica, antagonizzando la sostanza P a livello spinale; ed il gabapentin, un GABA-agonista. La risposta terapeutica a questi farmaci è variabile in base alla posologia ed alle caratteristiche del

paziente, specie per la tollerabilità – estremamente individuale. Gli effetti collaterali più comuni sono debolezza, sonnolenza, sedazione, capogiri ed affaticamento. Nei casi in cui la spasticità è più circoscritta si ricorre ad iniezioni locali di tossina botulinica, un potente farmaco miorilassante, la cui posologia e sito di iniezione è attentamente valutata sulla necessità individuale del paziente, anche attraverso un esame elettromiografico. Di recente è stato autorizzato l'uso terapeutico dei cannabinoidi sintetici, che mimano l'azione di quelli endogeni, modulando così il rilascio dei neurotrasmettitori che controllano la spasticità muscolare. I principi attivi includono il 9- $\delta$ -tetraidrocannabinolo ed il cannabidiolo, entrambi associati nella formulazione disponibile in commercio, con l'indicazione terapeutica nella spasticità medio-grave dovuta alla SM, in associa-

zione ad almeno un miorilassante già precedentemente utilizzato e al quale il paziente non ha adeguatamente risposto. Si tratta di uno spray oromucosale, la cui posologia ottimale deve essere raggiunta mediante una titolazione di 2 settimane personalizzata sulla risposta del paziente. I benefici terapeutici eventuali vanno rivalutati dopo 4 settimane, mediante apposite scale neurologiche per la spasticità. L'uso del farmaco è sottoposto ad un registro AIFA, sia per la prima dispensazione che per la prosecuzione del trattamento.

Dagli studi clinici del farmaco emerge che oltre il 40% dei pazienti trattati ha una buona risposta, con un miglioramento della spasticità  $\geq 30\%$  in circa il 70% dei casi. Gli effetti collaterali sono modesti e più comunemente riferibili a capogiri ed affaticamento, senza effetti psicotropi. L'esperienza nei Centri per la Sclerosi Multipla in Italia è ancora limitata. Tra i pazienti seguiti nel nostro centro è stata osservata un'ampia variabilità di risposte: in alcuni casi un significativo e persistente miglioramento della spasticità, in altri una risposta limitata, ed in altri ancora un aumento paradossale del grado di spasticità. Pur con la limitatezza dell'esperienza finora acquisita, la variabilità di risposta può far pensare che in ogni persona il sistema endocannabinoidale si integri in modo differente con la trasmissione nervosa e con le modificazioni patologiche indotte dalla SM, lasciando margini d'azione ad ulteriori meccanismi regolatori del tono muscolare nella malattia.

## **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](http://www.fucinafotografica.it)**

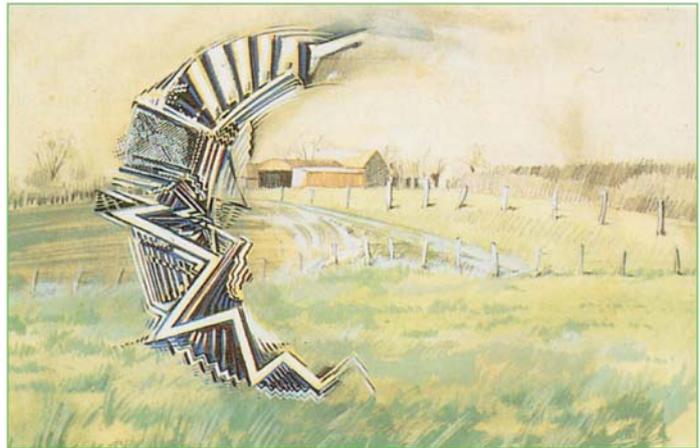
# Focus sull'emicrania: l'esperienza dell'USL5

Il corretto inquadramento nosografico delle cefalee si basa sulla classificazione della *International Headache Society* che dal 1988 ha subito diverse revisioni fino a giungere oggi alla terza edizione, seppur ancora provvisoria: III edizione della *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-versione III beta) nella quale le cefalee sono distinte al primo livello diagnostico in 14 differenti gruppi (Tab.1), di cui i primi 4 comprendono le cefalee primarie, non riconducibili cioè ad alcuna causa identificabile.

L'emicrania è tra le cefalee primarie quella a maggior impatto sociale ed economico per la gravità degli attacchi, con conseguente eccessivo consumo di farmaci, disabilità e ridotta qualità di vita dei pazienti. Insorge di norma nella II-III decade di vita, ha una prevalenza nel sesso femminile e si caratterizza per la qualità pulsante della cefalea, di intensità moderato-severa, di durata dalle 4 alle 72 ore, a localizzazione frequentemente unilaterale e associata a sintomi quali foto/fonofobia,

nausea, vomito. La presenza o meno di segni e/o sintomi neurologici transitori, di durata compresa tra 5 e 60 minuti, che precedono o, più raramente, ac-

compagnano la fase dolorosa e riferibili a disfunzione focale emisferica o troncoencefalica, distingue le due forme principali: *emicrania senza aura* ed *emicrania con aura*. L'aura è rappresentata prevalentemente da disturbi visivi che si possono presentare come "spettri di fortificazione" oppure come una scomposizione o distorsione dell'immagine corporea (*Sindrome di Alice nel paese delle meraviglie*) ma può anche presentarsi con turbe della sensibilità o disturbi del linguaggio



che possono o meno associarsi al disturbo visivo o seguirlo.

La frequenza degli attacchi tende ad attenuarsi con il procedere degli anni, tuttavia la comparsa di condizioni quali abuso di analgesici, ipertensione arteriosa, comorbidità psichiatrica, può condurre alla sua cronicizzazione.

La teoria eziopatogenetica più accreditata fa riferimento alla "ipotesi integrata" secondo la quale l'emicrania sarebbe generata a livello centrale (generatore troncoencefalo-

lico) con successive alterazioni nei sistemi di controllo delle vie sensitive, nocicettive e di regolazione del calibro vasale attraverso una infiammazione neurogena delle pareti dei vasi cerebrali.

La terapia sintomatica dell'emicrania si avvale dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), degli analgesici non-FANS (es. paracetamolo) e degli agonisti dei recettori della

## CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CEFALEE (ICHD-III beta)

1. EMICRANIA
2. CEFALEA DI TIPO TENSIVO
3. CEFALEE AUTONOMO-TRIGEMINALI (TACs)
4. ALTRE CEFALEE PRIMARIE
5. CEFALEA ATTRIBUITA A TRAUMA CRANICO E/O CERVICALE
6. CEFALEA ATTRIBUITA A MALATTIE VASCOLARI INTRACRANICHE O CERVICALI
7. CEFALEA ATTRIBUITA A MALATTIE INTRACRANICHE NON VASCOLARI
8. CEFALEA ATTRIBUITA ALL'UTILIZZO DI SOSTANZE O ALLA LORO SOSPENSIONE
9. CEFALEA ATTRIBUITA AD INFEZIONI
10. CEFALEA ATTRIBUITA AD ALTERAZIONI DELL'OMEOSTASI
11. CEFALEA O DOLORE FACCIALE ATTRIBUITO A PATOLOGIE DEL CRANIO, COLLO, OCCHI, ORECCHI, NASO, SENI PARANASALI, DENTI, BOCCA O ALTRE STRUTTURE CRANICHE O FACCIALI
12. CEFALEA ATTRIBUITA A PATOLOGIE PSICHIATRICHE
13. NEVRALGIE CRANICHE ED ALTRI DOLORI FACCIALI
14. ALTRE CEFALEE

Tab. 1

---

serotonina 5HT<sub>1B</sub> e 1D (triptani e derivati dell'ergot) i quali agiscono sia con azione antinocicettiva sul nucleo caudale del trigemino sia inibendo l'infiammazione neurogena a carico delle pareti dei vasi meningei, essendo tali recettori espressi tanto sul primo quanto sulle seconde. Le Linee Guida della EFNS (Federazione Europea delle Società di Neurologia) e quelle italiane raccomandano l'uso dei triptani come farmaci di prima scelta per il trattamento degli attacchi di intensità moderato-severa, riservando l'uso degli analgesici e dei FANS per gli attacchi di intensità lieve o moderata.

Presso l'Ambulatorio Cefalee della U.O.C. Neurofisiopatologia dell'Ospedale "Lotti" di Pontedera sono attualmente seguiti circa 180 pazienti di cui l'80% emicranici, con predominanza della forma senz'aura, sebbene non pochi risultano essere i pazienti con cefalea cronica quotidiana diagnosticati come emicrania cronica oppure come cefalea da uso eccessivo di farmaci, nella quale è presente da almeno 3 mesi un'assunzione regolare quotidiana o quasi di uno o più farmaci per la terapia acuta.

In presenza di pazienti con cefalea

meritevole di ulteriore approfondimento diagnostico è prevista la possibilità di effettuare un ricovero ospedaliero programmato oppure utilizzare il Day Service diagnostico attraverso l'attivazione di un "Percorso Ambulatoriale Complesso e Coordinato" (PACC) al momento della prima visita, al fine di eseguire rapidamente tutte le prestazioni diagnostiche di cui il paziente ha bisogno. La diagnosi del tipo di cefalea viene effettuata seguendo la classificazione internazionale sopra citata, mentre le strategie terapeutiche vengono scelte seguendo le raccomandazioni delle Linee Guida, sia per quanto riguarda la terapia dell'attacco acuto sia per la terapia di prevenzione, raccomandata quest'ultima se presenti 4 o più attacchi di emicrania/mese disabilitanti o se inferiori a 4 in caso di durata almeno di 48-72 ore e siano resistenti alla terapia sintomatica, così come in presenza di cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Le Linee Guida raccomandano come farmaci di prima scelta per la profilassi emicranica i beta-bloccanti (es. propranololo, atenololo), gli antidepressivi triciclici (es. amitriptilina), i calcio-antagonisti (es. fluna-

rizina), alcuni farmaci antiepilettici (es. topiramato e ac. valproico) e gli antagonisti serotoninergici come il pizotifene, mentre alcune classi di farmaci come SNRI/SSRI, inibitori dell'angiotensina sono raccomandati come seconda scelta o soltanto in alcuni tipi di cefalea. La scelta del farmaco di profilassi si basa sulle caratteristiche degli attacchi emicranici, dei fattori individuali o comorbidi del singolo paziente e nondimeno sulle interazioni farmacologiche con altre terapie assunte dallo stesso.

Prima di impostare una terapia di profilassi farmacologica vengono indagati e rimossi, ove possibile, eventuali fattori scatenanti l'attacco (quali digiuno, alterazione del ritmo sonno-veglia, cibi e bevande contenenti nitrati, glutammato o tiramina, etc.), monitorando per almeno 3 mesi l'andamento degli attacchi per definirne con esattezza frequenza, intensità e durata. A tal fine i pazienti vengono informati delle norme comportamentali da tenere per evitare i fattori predisponenti, talora consigliate terapie non farmacologiche ad oggi disponibili e forniti di diario della cefalea utile per valutare l'efficacia sia della terapia sintomatica che di quella di profilassi.

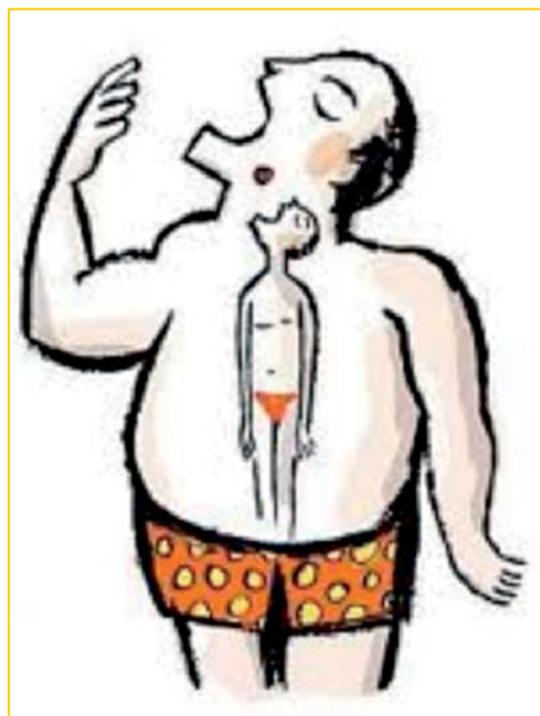


## Nasce a Pisa la "lithium clinic": cos'è la consulenza nutrizionale

L'incremento ponderale (o anche semplicemente il dubbio o timore di poter ingrassare seguendo una determinata farmacoterapia) rappresenta il primo motivo di abbandono dei farmaci psichiatrici. Viste le potenziali conseguenze negative sulla stabilizzazione del tono dell'umore e sul benessere, è nata l'idea di offrire a tutti i pazienti che lo desiderano e ne sentono la necessità un servizio di consulenza nutrizionale. Questa iniziativa ha ricevuto un'ottima accoglienza da parte sia dei pazienti sia dei loro familiari, tanto che, su un totale di 110 pazienti seguiti presso l'ambulatorio ben 48 (pari al 43,6%) hanno richiesto di usufruire del servizio. La consulenza nutrizionale è articolata in un primo incontro in cui viene compilata un'accurata anamnesi alimentare, inerente le abitudini di consumo, gli orari in base al lavoro, allo studio e agli impegni familiari, i ritmi di vita, l'attività fisica e tutto ciò che, a vario titolo, influisce sulla sfera metabolica e serve a compilare un piano alimentare personalizzato. Non vengono infatti impiegati software predefiniti, ma, sulla base dei dati raccolti, si stilano dei programmi che rispondano il più possibile fedelmente alle reali esigenze, nutrizionali ed anche lavorative, sociali e familiari, del soggetto. Il problema sicuramente più sentito dai pazienti in trattamento con farmaci psichiatrici è il tanto temuto aumento ponderale, ma non è l'unico. Gli antipsicotici atipici possono infatti determinare, oltre all'effetto obesizzante, anche variazioni

dei parametri metabolici, come aumento della trigliceridemia, colesterolemia totale con diminuzione del colesterolo HDL, riduzione della tolleranza al glucosio, tutti fattori di rischio che rientrano nella cosiddetta "sindrome metabolica". Alcuni pazienti, sperimentano, in concomitanza con l'inizio della terapia con tali farmaci, sia un'inibizione della spinta motivazionale a muoversi sia vere e proprie crisi di alimentazione compulsiva ed incontrollata analoghi al binge eating disease (BED) catalogato dal DSMIV tr. Riferiscono di non aver voglia nemmeno di salire un piano di scale a piedi, o di fare attività quotidiane comunemente considerate poco faticose. In casi simili, il nostro lavoro è particolarmente difficile, e necessita di pazienza e finezza psicologica per far leva sulle motivazioni residue e sugli interessi del paziente. In linea di massima, non vengono proposte attività fisiche organizzate a meno che il soggetto stesso già non ne pratichi o non mostri per primo l'idea di iniziarne una, ma si tenta di valorizzare il movimento inconsapevole connesso alle attività abituali, invitando a scendere dall'autobus una fermata prima, a scegliere le scale anziché l'ascensore, a portare a spasso il cane se se ne possiede uno.... Siamo consapevoli dell'utilità

dell'attività motoria praticata con regolarità per almeno 40-60 minuti consecutivi 2-3 volte alla settimana per la prevenzione e il trattamento della sindrome metabolica, ma fissare parametri temporali in persone con scarsa motivazione e basso livello di energie psicofisiche può scoraggiarli ulteriormente e indurli a desistere e lasciarsi andare completamente. Abbiamo preferito, di conseguenza, proporre degli obiettivi più modesti e raggiungibili, in modo da non generare sentimenti di frustrazione, ma, al contrario, incentivare la motivazione attraverso la gratificazione ed il miglioramento dell'autostima. Queste sono indicazioni di massima; poi ci si orienta soprattutto sugli interessi e sui ritmi di vita del soggetto,



Il cibo e la Distorsione cognitiva dell'immagine corporea

suggerendo, ad esempio a chi ha il cane di portarlo il più frequentemente possibile al parco o in campagna a correre e giocare, oppure a chi ama il mare a camminare sulla spiaggia; in questo modo facciamo leva sul senso del piacere e non sulla necessità di compiere uno sforzo, almeno inizialmente, per intraprendere una nuova attività. In caso di abbuffate cerchiamo di rieducare gradualmente il paziente a recuperare un rapporto equilibrato con il cibo, suggerendo alcuni trucchi utili a evitare le crisi o a minimizzarne le conseguenze. Le strategie che proponiamo vanno dal momento della spesa, a quello della pre-

parazione del pasto, consumo e del dopo-pasto, e sono mirate al controllo della frequenza e intensità delle crisi stesse; consigliamo inoltre di tenere a portata di mano alimenti a basso impatto calorico ma al tempo stesso appaganti per il palato. Un'altra caratteristica che devono avere tali alimenti di "scorta" è il non essere immediatamente pronti al consumo e allo stesso tempo non richiedere una lunga preparazione; vanno benissimo ad esempio salutari pop corn casalinghi, che si preparano facilmente e, magari, con soddisfazione. In questo modo il soggetto si educa progressivamente a tempi di attesa ragio-

nevoli che attenuano il senso di vuoto e l'ansia che ne deriva e che spinge a riempire lo stomaco in modo sconsiderato e vorace.

Per quanto riguarda il piano alimentare dettagliato, come già specificato, viene cucito su misura del singolo, pur seguendo delle linee guida generali, volte a privilegiare il consumo di vegetali di stagione, legumi, riducendo l'introito di carni, senza mai rinunciare al piacere della tavola e della compagnia, elementi importanti nella vita di tutti e particolarmente utili al recupero sociale dei soggetti affetti da disturbi psichiatrici.



L'alimentazione come contributo all'equilibrio psico-fisico

## Il fisco di allora

In tempo di dichiarazioni dei redditi (complice anche lo scorrere del tempo), e nel leggere il titolo di un articolo de "Il Sole 24Ore" pubblicato in questi giorni intitolato "Scadenze fiscali/ per i contribuenti italiani uno stress test" mi tornano in mente gli antichi riti del periodo delle dichiarazioni dei redditi: presso gli Uffici dell'Agenzia delle Entrate venivano distribuiti i modelli cartacei e relative istruzioni (non si scaricavano dal sito) di quello che un tempo si chiamava Modello 740 (e non Modello Unico). Da quel momento iniziava la corsa verso la scadenza: il 31 maggio. I contribuenti conoscevano i documenti da conservare per il commercialista (gli interessi sul mutuo, le spese sanitarie, il consorzio di bonifica), gli stampati si compilavano con la matita, le operazioni si facevano con la calcolatrice, poi si ricontrollava il lavoro, si ricopiavano (con la carta carbone) due copie da depositare, si facevano le fotocopie degli allegati e si depositava il tutto. Operazione conclusa, fino al maggio dell'anno successivo non ci si pensava più. Adesso parte tutto da molto lontano e sempre in prossimità della scadenza (ad oggi fine maggio 2014 è ancora ignota la modalità di pagamento e la scadenza della nuova TASI), quando finalmente la norma è confezionata le software house (perché le dichiarazioni si fanno con il computer) procede a tradurre in programma, e intanto trascorrono i gior-

ni. Finalmente a ridosso della scadenza si può iniziare a lavorare, ma non più alla sola dichiarazione dei redditi perché nel tempo si è aggiunta l'Ici e poi l'Imu e ora la Tasi, e anche i CAF (Centri di assistenza fiscale introdotti nel 1993) chiedono la proroga. Un tempo alcuni contribuenti si cimentavano con la loro dichiarazione dei redditi, magari telefonavano all'amico commercialista per un piccolo chiarimento ma ce la facevano, adesso non esistono contribuenti che pensino di cimentarsi in quest'impresa diventata impossibile. Ma tornando al modello Unico (così si chiama ora la dichiarazione dei redditi) una volta faticosamente compilato (perché ogni anno cambiano regole, detrazioni, deduzioni) si prepara il file, si controlla e si invia all'Agenzia delle Entrate. Ma non finisce qui: infatti non invian-

do più la documentazione giustificativa degli oneri dedotti e detratti ecco che gli oneri in formato cartaceo vengono spesso richiesti dall'Ufficio al contribuente (ma intendiamoci due-tre anni più tardi quando il fascicolo è già stato archiviato). Anche il ricordo della vecchia ICIAP (imposta comunale Imprese Arti e Professioni) è quasi tenero: si compilava uno stampato facile facile, si depositava in Comune si pagava un'imposta e poi finito. Adesso non esistono imposte che si versano una volta all'anno: le imposte sui redditi che scadono a giugno si rateizzano anche in sei rate mensili, poi si versa di nuovo a novembre e in ogni caso anche l'Imu e la Tasi si versano due volte l'anno e se c'è da pagare anche la Mini Imu i versamenti diventano tre.

Forse era meglio prima?....  
(Fonte "Il Sole 24 Ore")



# L'elettromiografia compie 100 anni

**L'**elettromiografia (EMG) è una metodica strumentale dedicata allo studio delle malattie del Sistema Nervoso periferico e dei muscoli, per localizzare la sede della lesione e per stabilire la gravità ed il decorso della malattia; fornisce, inoltre, informazioni indirette sul sistema nervoso centrale e sul midollo. Da sempre rappresenta un indispensabile complemento all'indagine clinico-anamnestica e recentemente è stata doverosamente oggetto di attenzione nelle pagine di questo giornale nella sua forma tradizionale. Si avvale di due metodiche fondamentali: l'E-

lettromiografia propriamente detta (EMG) e l'Elettro-neurografia (ENG). Oggigiorno tuttavia sono disponibili nuove ed innovative tecniche che consentono una sempre più accurata ed obiettiva valutazione del sistema neuromuscolare. Di seguito vengono illustrate brevemente alcune di queste metodiche, tra cui l'Elettromiografia di Singola Fibra (SFEMG), le tecniche di analisi automatica o quantitativa, l'ecografia dei tronchi nervosi, e i Potenziali Evocati Laser, che sono entrate a far parte della attività di routine presso la Sezione Dipartimentale di Neurologia a Cisanello, del D.A.I. di Neuroscienze dell'A.O.U.P.

## **Elettromiografia di Singola Fibra ("Single Fiber Electromyography", SFEMG)**

È la metodica più sofisticata, ma anche la più difficile; per questo eseguita in pochi centri in Italia contrariamente a quanto avviene all'estero. Risulta fondamentale nella diagnosi delle malattie della giunzione neuromuscolare, quali la Miastenia

Gravis e le sindromi miasteniformi (ad esempio la S. di Lambert-Eaton che si accompagna a certi tumori del polmone), pur essendo spesso dirimente in tutte le patologie del sistema neuromuscolare, quali le poliradicoloneuropatie e le miopatie primitive. Si tratta di un'elettromiografia "modificata" che, grazie all'impiego di un particolare ago-elettrodo, registra l'attività di singole fibre muscolari e la loro modalità di attivazione. Comunemente, si valutano due parametri: il *jitter*, ovvero la variabilità dell'intervallo di tempo fra la depolarizzazione di due fibre, e la presenza di blocchi, ovvero la mancata attivazione di alcune fibre all'interno di una unità motoria (Fig. 1). La SFEMG può essere eseguita per contrazione volontaria, chiedendo al paziente di contrarre il muscolo in esame, o per stimolazione elettrica nei pazienti non collaboranti o sottoposti a misure rianimatorie o nei rarissimi casi di miastenia neonatale. La metodica ha una sensibilità pari al 100%, soprattutto nella miastenia sieronegativa, e nella forme oculari isolate. Fornisce inoltre con la valutazione della densità di fibra, il numero di fibre muscolari della stessa unità motoria contenute in un determinato volume di muscolo (circa 300 micron), che si modifica in tutte le patologie muscolari.

## **Elettromiografia Quantitativa (Analisi automatica)**

L'EMG standard, pur rappresentando ancora il "gold standard" nella diagnosi della maggior parte delle malattie neuromuscolari, è molto operatore dipendente, e quindi possono verificarsi difformità fra le indagini eseguite in strutture diverse, causa spesso di

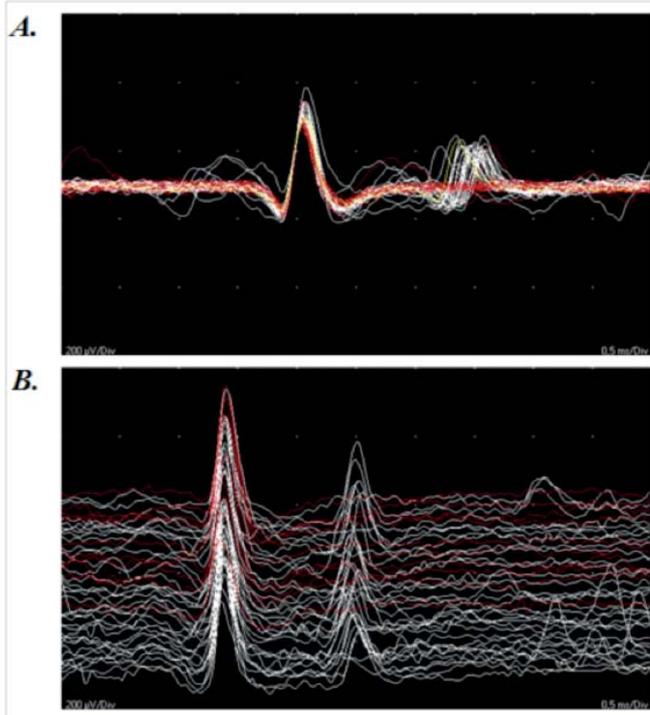


Figura 1: Elettromiografia da singola fibra in un paziente con Miastenia Gravis oculare. A. Si noti in modalità di presentazione sovrapposta delle tracce, l'aumentata dispersione in latenza del secondo potenziale; B. stesso soggetto, in modalità non sovrapposta si evidenzia la presenza di sporadici blocchi di conduzione, per cui al primo potenziale non sempre corrisponde la presenza di un secondo.

sconcerto nei pazienti. Attualmente sono disponibili, e trovano sempre maggiori consensi, software avanzati che non solo consentono la tipizzazione del danno (neurogeno o miogeno), ma anche la quantificazione numerica a partire dai dati grezzi usualmente interpretati mediante analisi visiva dei tracciati su monitor e carta. Sinteticamente, per quanto riguarda l'elettromiografia, fondamentali sono l'analisi automatica dei parametri dei singoli potenziali di unità motoria e la metodica di Willison (dal nome dell'autore inglese che l'ha proposta, Fig. 2) per i tracciati di interferenza, insostituibili nelle forme di iperCKemia espressione di modesto coinvolgimento muscolare; per l'elettro-neurografia la quantificazione dei blocchi nervosi. A ciò si aggiunga la possibilità di digitalizzazione dei segnali e la loro archiviazione su supporti magnetici, che consente lo scambio dei dati e la loro successiva ri-analisi anche in altre sedi in tutto il mondo.

### Stima del numero di unità motorie ("Motor Unit Number Estimation", MUNE) e Macro-elettromiografia

Rappresenta un'ulteriore metodica quantitativa, che permette di de-

terminare e monitorare nel tempo il numero di unità motorie presenti in un muscolo, definite come l'insieme del motoneurone spinale e delle fibre muscolari da esso innervate, e quindi del grado esatto di denervazione-innervazione. Risulta insostituibile nelle malattie del motoneurone, quali la Sclerosi Laterale Amiotrofica, ma anche in tutte le altre patologie neuromuscolari, sia per fornire una valutazione oggettiva della velocità di progressione di malattia, che nella valutazione delle potenziali terapie farmacologiche e non. La metodica si è dimostrata più precisa nel predire l'andamento della patologia di altri strumenti di valutazione oggettiva, quali l'esame clinico e lo studio della funzione respiratoria, tanto più se si considera che al momento non esistono marcatori biologici predittivi del decorso delle malattie del motoneurone; pertanto, il MUNE rappresenta l'unico indicatore esatto della prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem* del paziente con malattie del motoneurone.

### Poli-elettromiografia di superficie

Permette di tipizzare e quantificare i movimenti involontari, la loro estensione ed i gruppi muscolari

coinvolti per indirizzare il trattamento con tossina botulinica o al fine di un miglior inquadramento diagnostico di alcune forme di disordini del movimento di incerto inquadramento (qualsiasi forma di tremore, mioclonie ed altri movimenti involontari); fondamentale anche nell'analisi del movimento e del recupero motorio.

### Ecografia neuromuscolare

L'ecografia neuromuscolare è recentemente entrata a far parte della routine diagnostica in elettro-neurografia grazie alla disponibilità di sonde ad alta frequenza (15-18 MHz). L'ecografia di nervo è stata portata all'attenzione dal gruppo romano del policlinico Gemelli di Roma e consente la visualizzazione dei fascicoli nervosi e delle loro guaine connettivali. Se da un lato l'esame clinico e quello elettromiografico offrono una diagnosi di sede di un'eventuale lesione del sistema nervoso periferico, dall'altro l'ecografia permette di evidenziarne la causa (ad esempio, un neuroma o altre lesioni espansivo-tumorali del nervo periferico; lesioni dei tessuti circostanti, anomalie di decorso, etc.; Figura 3), consentendo al tempo stesso di studiare i tratti più prossimali dei nervi e le radici

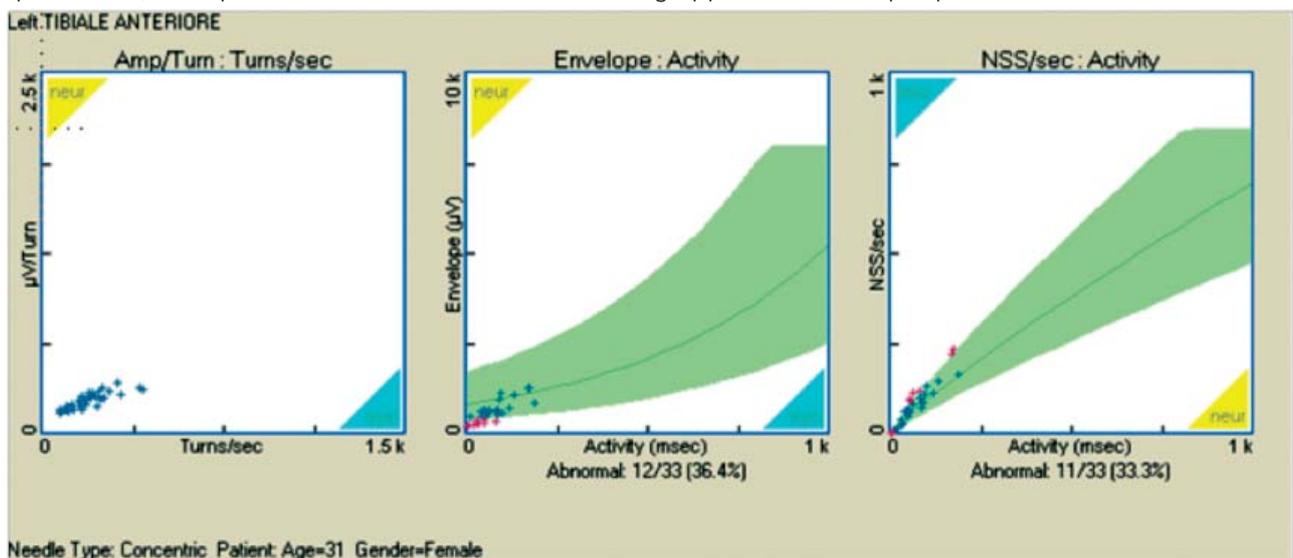


Figura 2: Elettromiografia semiquantitativa (analisi automatica dei tracciati di interferenza sec. Willison) in soggetto con miopatia: i potenziali motori sono analizzati on-line in termini di ampiezza, durata, polifasia e plottati in grafico a seconda che i criteri corrispondano a valori di normalità (al centro, in verde) o devianti (punti rossi) in senso di danno miogeno (*myo*, in azzurro) o neurogeno (*neur*, in giallo). Si noti come nel presente caso vi siano valori che indicano anormalità miogene.

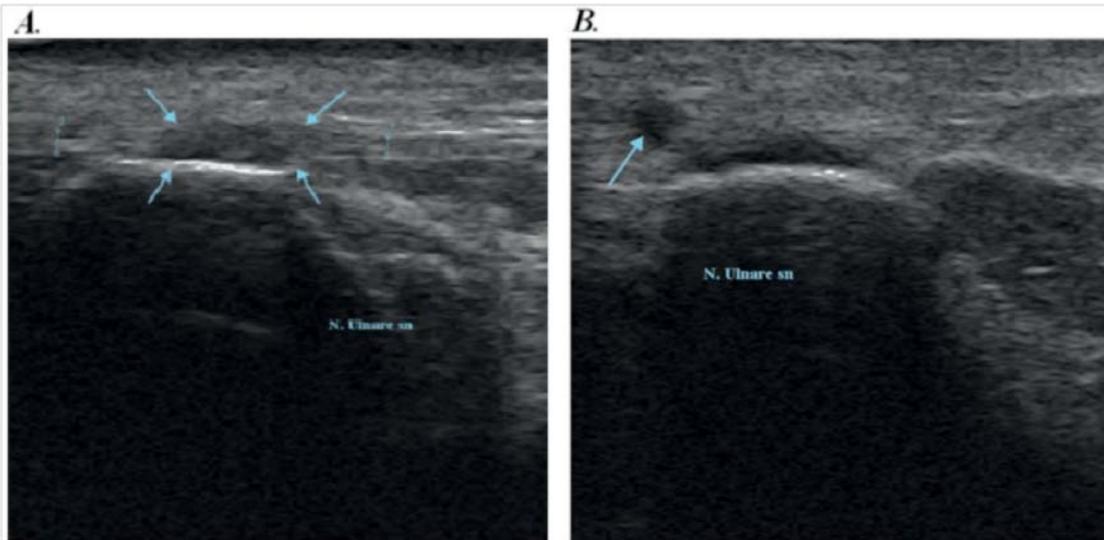


Figura 3: Paziente con pregressa frattura prossimale dell'ulna a sinistra. A. sezione longitudinale; si noti la presenza di un massivo rigonfiamento del nervo, di aspetto ipo-anecogeno (indicativo di scarsa vascolarizzazione), suggestivo di neuroma del nervo ulnare immediatamente a monte della doccia olecrano-epicondylare; B. sezione trasversale: si noti, nello stesso soggetto, l'evidente sub-lussazione del nervo ulnare al gomito durante la manovra di flessione dell'avambraccio sul braccio.

nervose, che sfuggono all'indagine elettromiografica tradizionale, e programmare eventuali interventi chirurgici e valutarli a posteriori. La combinazione di elettro-neuromiografia ed ecografia neuromuscolare è importante completamente in quanto consente una valutazione rapida, a basso costo e dinamica dei tronchi nervosi (ad esempio la lussazione del nervo ulnare al gomito e delle masse muscolari al progredire dei fenomeni di denervazione, ad esempio in caso di sostituzione fibro-adiposo della massa muscolare). Inoltre è essenziale nel distinguere alterazioni funzionali transitorie dei tronchi nervosi, quali la neuro aprassia, da lesioni complete quali le sezioni o neurotmesi.

#### **Potenziali Evocati Laser (LEP)**

Lo studio della conduzione nervosa od elettro-neurografia permette la valutazione della funzionalità delle fibre sensitive e motorie di maggior calibro dei tronchi nervosi, ma non di quelle più piccole od amieliniche, per cui le neuropatie cd delle "piccole fibre" sfuggono alla diagnosi (ad es. quella diabetica nelle fasi iniziali). I Potenziali Evocati Laser ("Laser Evoked Potentials, LEPs; Figura 4) esplorano le piccole fi-

bre responsabili della trasmissione delle informazioni nocicettive, che sfuggono all'elettromiografia standard. Grazie all'impiego dei LEPs, si riescono così a diagnosticare neuropatie dolorose delle piccole fibre, destinate a rimanere misconosciute e quindi sottostimate, al fine di una corretta diagnosi e di una più efficace precoce strategia terapeutica. Inoltre, rappresentano un utile strumento per la comprensione dei meccanismi fisiopatogenetici del dolore neuropatico e la sua cronicizzazione, e consentono di differenziare senza alcuna ombra di dubbio il dolore neurogeno da quello "psicogeno". Sono impiegati stimolatori laser ad anidride carbonica o "solid state", a base di tallio o neodimio. I secondi, di cui peraltro è dotata la S.D. Neurologia Cisanello, utilizzano lunghezze d'onda più corte ed assicurano incrementi termici gradualmente, permettendo così di somministrare impulsi più brevi e creare minori disagi ai pazienti.

In conclusione la classica elettromiografia standard, ormai quasi centenaria, con l'avvento prepotente dell'informatica e con la sempre più massiccia disponibilità di

ri informazioni: [f.sartucci@neuro.med.unipi.it](mailto:f.sartucci@neuro.med.unipi.it).

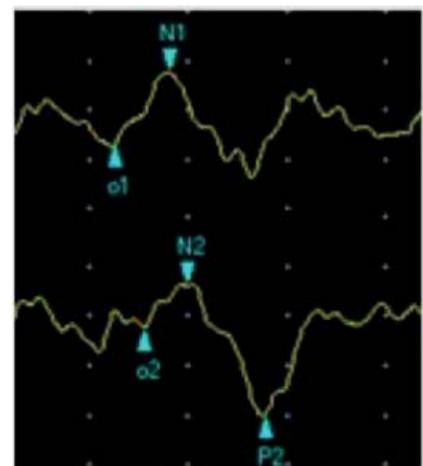


Figura 4: Esempi di Potenziali Evocati nocicettivi da stimolo laser in un soggetto sano. La risposta identificata come N1 (in alto nella figura) si genera nella corteccia somatosensoriale primaria, mentre il complesso N2/P2 (in basso) è verosimilmente originato dalla corteccia cingolata anteriore e temporo-insulare. Nelle patologie con interessamento delle fibre dolorifiche (es. neuropatia diabetica) si assiste ad una progressiva riduzione di ampiezza ed aumento di latenza di tali risposte, fino alla loro completa scomparsa.

processori e software, di dimensioni e costi sempre più contenuti, a partire dall'ultimo decennio del secolo scorso ha subito modificazioni rivoluzionarie ancora non terminate che ne hanno profondamente consolidato il contributo diagnostico nelle patologie neuromuscolari (per ulterio-

# Un network per la medicina integrata

**C**on il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Pisa e dell'Amministrazione Comunale, promossa dall'Istituto Auxologico di Milano e dall'Accademia Olistica Europea, si è tenuta a Pisa la prima iniziativa pubblica del "Progetto IGEA". Sono sempre più i pazienti che si rivolgono ad "altre medicine", scegliendo percorsi complementari alle terapie convenzionali. La

convincione di molti è che non esista un'unica "medicina", accanto a quella accademica e sperimentale si affermano o sopravvivono conoscenze, esperienze, teorie, e pratiche terapeutiche spesso definite "alternative". In Italia, più che in altri paesi europei, il tutto accade spesso con improvvisazione, senza una normativa chiara capace di disciplinare questo variegato mondo.

Un settore che presenta per altro delle potenzialità, soprattutto nell'attuazione di strategie di prevenzione sanitaria, e che può indirizzare i cittadini a stili di vita salubri. A fianco di medici che hanno fatto una scelta professionale e un per-

corso individuale di ricerca verso "altre" pratiche mediche si aggiungono "professionalità", o esperienze, non sempre certificabili attraverso percorsi formativi rigorosi, costituendo talvolta un rischio per la salute dei cittadini. In questo contesto, il conflitto tra medicina convenzionale e medicine complementari non ha più senso, non è utile e non limita la legittima libertà del paziente di rivolgersi verso altre

medicine, non garantisce un controllo adeguato sulle affermazioni e le pratiche delle stesse.

Si rende, oggi più che mai, necessario salvaguardare il diritto di chi vuole rivolgersi a forme di cura più affini al proprio orientamento filosofico e culturale, valorizzando l'esperienza di quei medici che hanno orientato i propri studi verso le medicine "non convenzionali".

Da Pisa nasce un'iniziativa, una proposta, che mette insieme medici, studiosi, pazienti, che stanno rispondendo da più parti d'Italia.

L'obiettivo è costituire un punto d'incontro fra medicina convenzionale e medicine, non più alternative ma complementari, per un approccio integrato.

Con il "Progetto IGEA" s'intende organizzare e favorire "opportunità" d'incontro fra le diverse discipline e scienze che hanno quale finalità la promozione del benessere e della salute, garantendo un libero ed informato accesso dei cittadini a tutte quelle conoscenze, quelle opportunità e quei servizi utili a contribuire al raggiungimento di una condizione di benessere psico-fisico.

The graphic features the 'Igea Network' logo at the top left, with the website 'www.igeanetwork.eu' to its right. Below the logo is a collage of five hexagonal images: a human anatomical diagram, a daisy flower, a tray of colorful pills, the Vitruvian Man drawing, and a scientist in a lab coat using a microscope. At the bottom of the graphic, a text box reads: 'Il punto d'incontro fra medicina convenzionale, ricerca e medicine complementari, per un approccio integrato'.

# Odontoiatria: la crisi ed il futuro

**N**elle passate settimane si sono verificati due eventi di notevole importanza per la categoria degli odontoiatri:

- L'approvazione del Nuovo Codice di Deontologia a Torino nei giorni 16-17 e 18 maggio u.s.
- Il Workshop di Cernobbio (CO) il 10 maggio.

Per quanto riguarda il Codice Deontologico l'Assemblea dei Presidenti CAO lo ha discusso ed approvato, trattando con particolare attenzione le tematiche sensibili alla nostra professione. Separatamente dal presente articolo sono annotate alcune considerazioni del Presidente Nazionale CAO Dr. Giuseppe Renzo.

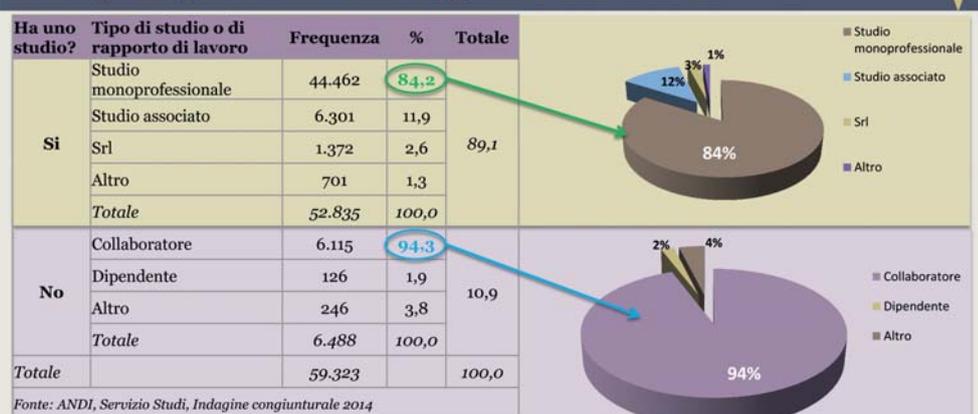
Ma il tema prevalente di questo numero di Pisa Odontoiatrica è dettato dal Workshop di Cernobbio. Le relazioni, esposte da eminenti studiosi del settore, hanno cercato di chiarire i vari aspetti della crisi sociale ed economica in cui si trovano ad operare gli odontoiatri. Per meglio comprendere quanto ottimamente esposto dal Dr. Sandro Forte nel suc-

cessivo articolo, ritengo sia utile fornire alcuni dati oggettivi ottenuti dal Centro Studi ANDI. Tutti noi ci rendiamo conto come ci sia stato un calo dei pazienti che frequentano i nostri studi, ma ancor maggior – anche a giudizio del Dr. Nicola Perrini – è stato il calo della qualità, e di conseguenza anche del valore economico delle nostre prestazioni. Usando certamente una iperbole si può dire che siamo pervenuti quasi ad una odontoiatria da Pronto Soccorso. Si va dal dentista se costretti non più per programmazione. La salute della bocca non è più posta fra le esigenze primarie della famiglia. Di contro la pleora odontoiatrica, l'immane numero di abusivi, complicano ancor più la situazione, perché il Paese non può assorbire, trovandosi in mezzo ad una crisi con un forte calo di richieste professionali, un così alto numero di odontoiatri. I giovani hanno difficoltà ad inserirsi nel lavoro e si crea disoccupazione, sottooccupazione e...prestanomismo. Ed anche gli studi

avviati risentono della crisi. Continuano a lavorare, ma in minore quantità, con prestazioni di valore economico ridotto e con margini di profitto minori. Con tutto l'ottimismo possibile non è pensabile che la situazione torni ad esser quella precedente la crisi.

I dati del Centro Studi ANDI sono stati illustrati dal prof. Aldo Piperno. Nonostante l'evoluzione socio-economica determinata dalla crisi in molti settori, i dentisti in Italia lavorano ancora prevalentemente da soli o con qualche collaboratore. Le forme di aggregazione come società e studi associati sono ancora viste con diffidenza. L'84,2% degli esercenti è titolare del proprio studio, solo l'11,9% è in società con un altro collega in uno studio associato, e solo il 2,6% lavora in forma di società di capitale. I collaboratori o dipendenti sono stabili: erano l'11% nel 2012, sono il 10,9% nel 2013. Di questi lavorano in un unico studio il 28,4%, in due studi il 26,3%, in tre il 21%, in quattro l'8,5%, ed in oltre il 15,8%. I titolari di studio rispetto al passato tendono a gestire solo uno studio (57,8%) od al massimo due (33,6%). In merito ai collaboratori il 58% degli studi ha almeno un collaboratore odontoiatra, il 31% un collaboratore igienista. Il 17,7% degli studi non ha una ASO, il 41,7% ne ha una, il 27,2% due, il 13,5% tre o più. Ben il 68,6% non ha segretaria. Negli ultimi 5 anni la forza lavoro

## Tipologia studio o rapporto di lavoro

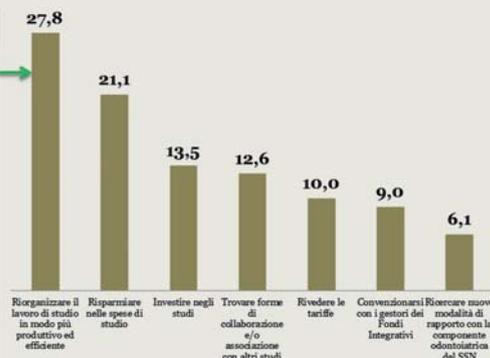


## Sfide della professione

Quali sono le sfide più importanti che la professione odontoiatrica dovrà affrontare nel corso del prossimo anno:

Le sfide più importanti da affrontare sono:	%
Riorganizzare il lavoro di studio in modo più produttivo ed efficiente	27,8
Risparmiare nelle spese di studio	21,1
Investire negli studi	13,5
Trovare forme di collaborazione e/o associazione con altri studi	12,6
Rivedere le tariffe	10,0
Convenzionarsi con i gestori dei Fondi Integrativi	9,0
Ricerca nuove modalità di rapporto con la componente odontoiatrica del SSN	6,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ANDI, Servizio Studi, Indagine congiunturale 2014



Cernobbio - Gran Hotel Villa d'Este, 10 maggio 2014



negli studi odontoiatrici è rimasta invariata per il 63%, nel 20,1% c'è stato un aumento, mentre la riduzione ha colpito il 16,9% degli studi, che hanno fatto prevalentemente a meno delle ASO. Considerando che il totale dei dipendenti degli studi supera le 100 mila unità, la perdita verificatasi non è poca cosa. Ben il 44,2% degli studi ha dichiarato di non essere impegnato per le proprie potenzialità effettive, perché nel 94,9% dei casi mancano i pazienti, e di conseguenza ne risentono i ricavi. Infatti il 71,1% degli studi ha avuto nel 2013 ricavi inferiori al 2012. I ricavi sono stati influenzati oltre che dal numero dei pazienti anche dalle tariffe praticate: il 33% ha tariffe più basse di quelle del tariffario indicativo ANDI, ed il 55% non ha aumentato i prezzi.

Inoltre il tipo di prestazioni eseguite nel 2013 sui pazienti degli studi contribuiscono a spiegare il calo del valore economico delle stesse. Sono state richieste prestazioni di conservativa nel 71,1%, di sole visite di controllo nel 47%, di protesi nel 20,9%, per estrazioni nel 19,6%, per cure ortodontiche nel 7%, per cure paro-

dontali nel 5,3%.

Le soluzioni che i dentisti ritengono corrette per superare la crisi sono varie:

- il 27,8% vuole riorganizzare il lavoro dello studio in maniera più efficiente;
- il 21,1% intende risparmiare sulle spese;
- il 13,5% ritiene giusto investire nello studio;
- il 12,6% vorrebbe trovare forme di aggregazione con altri colleghi;
- il 10% rivedrà le tariffe;
- il 9% si convenzionerà con fondi integrativi;
- il 6,1% cercherà nuove modalità di rapporto con la componente odontoiatrica del SSN.

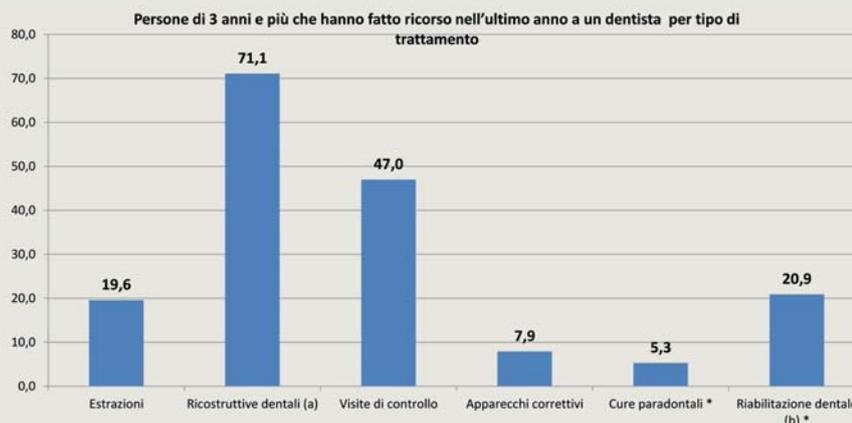
A questo proposito ritengo opportuno richiamare la massima attenzione dei Collegi sulla re-

all'Ordine per quanto di competenza.

A conclusione del presente articolo sottolineo che l'ISTAT nel suo rapporto annuale 2014 indica tra i motivi più frequenti per la rinuncia all'accesso delle cure la causa economica (50,4%). Nel 2012 la quota dei cittadini che ha rinunciato alla cure non odontoiatriche è stata l'11,1%, ma ancor più elevata è la quota di persone che ha dovuto rinunciare a quelle odontoiatriche, che è il 14,3%, e di questi bel l'85,4% ha indicato nei motivi economici la causa della rinuncia.

Non rimane ad ognuno di noi che valutare questa mole di dati rapportandola alla propria attività cercando di trarne un utile insegnamento.

## Ricorso al dentista nell'ultimo anno



Cernobbio - Gran Hotel Villa d'Este, 10 maggio 2014



# Codice Deontologico: il commento del Presidente CAO

“...È una grande vittoria per la professione medica ed odontoiatrica, soprattutto se il Codice Deontologico diverrà uno strumento immediatamente applicato e costantemente difeso. Mi preme sottolineare il ruolo delle Commissioni Odontoiatriche, che hanno contribuito in modo decisivo ad approvare un Codice Deontologico aggiornato ed in linea con le tematiche etiche che il continuo progresso della scienza e della tecnologia propone all'attenzione dei professionisti della pubblica opinione.

Alcuni articoli sono particolarmente importanti per gli Odontoiatri e poco importa se, in termini comunicativi, quasi mai si fa riferimento alla nostra professione. È importante che aspetti pregnanti siano stati attentamente ripresi e focalizzati i problemi ad esso connessi. Tra questi l'articolo che sanziona il **prestanomismo e l'abusivismo della professione** oltre che ai comportamenti di omessa vigilanza. A dimostrazione di un'attenzione particolarmente diretta ad eliminare un fenomeno che ancora esiste in Italia. Nello specifico non potrà esser addotta a scusante credibile neanche la non consapevolezza, ovvero **l'assenza fisica dalla struttura sanitaria**, se ciò favorisce/permette/consente l'esercizio abusivo della professione.

Nel Codice viene, inoltre, definito in modo chiaro e non più opinabile che la visita medica è il presupposto essenziale per una corretta diagnosi ai fini preventivi, diagnostici e riabilitativi. Si ribadisce che la visita è una

diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico.

Il Medico è un professionista attento ai bisogni delle persone meno abili e conosce bene il valore delle cure, della propria missione e del proprio ruolo sociale, ma se la visita (atto medico ed essenzialmente prodromico alla determinazione della diagnosi) viene derubricata ad atto di mero esercizio di accaparramento mediante la sua "gratuità" è un atto censurabile.

Di grande importanza è anche l'articolo, che nell'ambito della responsabilità del **direttore sanitario** nelle strutture pubbliche e private, prevede che il medico deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed esser adeguatamente supportato per le competenze relative ad entrambe le professioni (medica ed odontoiatrica) in relazione alla presenza della stessa nella struttura.

I temi delle **società commerciali e della pubblicità dell'informazio-**

**ne sanitaria** hanno trovato regolamentazione adeguata alle nuove regole anche giuridiche che riguardano aspetti particolarmente delicati per gli odontoiatri che operano principalmente in ambito libero professionale. Anche in questo campo nessun arroccamento su posizioni conservatrici e storicamente superate ma capacità di coniugare principi tradizionali dell'esercizio professionale con le nuove istanze anche sociali che vengono dal progredire dei tempi.

In Nuovo Codice Deontologico, che sarà completato con alcune specifiche linee di indirizzo comportamentale e con il giuramento professionale è, quindi, pronto per confrontarsi con le immani problematiche relative alla tutela della salute e potrà costituire un punto di riferimento fondamentale per orientarsi in modo corretto su questioni che coinvolgono la coscienza e l'etica medica nel rapporto antichissimo e sempre nuovo con i cittadini pazienti..."



# Workshop Cernobbio: spendere per l'iPhone o per le cure dentarie?

**“**In quale evoluzione socio-economica troverà risorse la professione odontoiatrica del futuro” è il tema del quinto workshop di Economia in Odontoiatria che ANDI ha organizzato al Grand Hotel Villa d'Este a Cernobbio (Como) sabato 10 maggio 2014. Ai lavori, moderati dal giornalista Franco Di Mare, sono intervenuti il sociologo Domenico De Masi (con un'intervista video), i docenti universitari Maura Franchi e Stefano Micelli, il dottor Dario Righetti, partner Deloitte e responsabile Consumer Business per l'Italia, il professor Aldo Piperno per il Servizio studi ANDI e il dottor Francesco Maietta, responsabile delle Politiche sociali del Censis. “In questo workshop abbiamo valutato come sia importante focalizzare l'attenzione sull'analisi della situazione economica e sociale e sulla trasformazione dei consumi in relazione ai necessari cambiamenti della nostra professione”, ha spiegato il dottor Gianfranco Prada, presidente di

ANDI. Uno degli aspetti discussi è stato quello della mutazione delle spese e dei consumi che influisce, oltre ovviamente alla crisi economica, sulla riduzione degli accessi alle cure odontoiatriche: insomma, spesso e volentieri si spende per l'iPhone piuttosto che per le cure dentali.

“Le potenzialità della professione odontoiatrica un modello proiettato nel futuro” è stato il tema della relazione del professor Stefano Micelli, docente di Economia aziendale all'università Ca' Foscari di Venezia, il quale si è soffermato sulle nuove tecnologie che possono essere applicate all'odontoiatria. Secondo Francesco Maietta, responsabile delle Politiche sociali del Censis (“Il ruolo della sanità integrativa per un'odontoiatria di qualità, sostenibile da tutti”), “i numeri della crisi mostrano una riduzione dei redditi reali delle famiglie e l'assenza di aspettative di incremento sostanziale dei redditi per il futuro prossimo; un mutamento degli stili di vita e dei

modelli di consumo, con tagli a sprechi ed eccessi e una nuova sobrietà che però non rinuncia alla qualità per alcuni dei beni e servizi; una forte pressione sui redditi da alcune tipologie di spesa (bollette, tasse locali e anche ticket sanitari e altre voci di spesa sanitaria privata) che obbliga a ridefinire la matrice dei consumi. Come affrontare questa situazione? Per l'odontoiatria ciò significa: come finanziare la tutela odontoiatrica tenuto conto che ci sono oltre un milione di visite odontoiatriche a pagamento intero in meno in un anno rispetto al precrisi e sei milioni e trecentomila italiani che rinunciano a prestazioni odontoiatriche per ragioni economiche? Bisogna cercare soluzioni adeguate e praticabili, altrimenti è alto il rischio di lasciare il campo al low cost, ad un'offerta di prestazioni a costi bassi non sempre e comunque garanzia di qualità... C'è un'altra soluzione per finanziare la qualità? La sanità integrativa che cresce – secondo Maietta – un'opportunità per fare odontoiatria di qualità. I numeri: ad oggi 6 milioni di iscritti, 11 milioni di assistiti, circa 300 mutue iscritte all'anagrafe presso il ministero della Salute. Le potenzialità: 8,9 milioni di cittadini si dichiarano favorevoli a destinare parte del proprio reddito a forme di sanità integrativa; 9,8 milioni di cittadini si dichiarano favorevoli all'introduzione di assicurazioni obbligatorie con opportune deduzioni. Cosa si aspettano i cittadini dalla sanità integrativa? Il rimborso di prestazioni effettuate in strutture private (49,4%),





*un indennizzo per i ticket e gli investimenti effettuati nel servizio sanitario (37,1%), l'accesso a interventi e assistenza diretta in un network di strutture convenzionate e verificate dai Fondi sanitari integrativi (13,5%); le principali prestazioni che si aspettano dalla sanità integrativa sono per il 52,3% visite specialistiche e diagnostica ordinaria, per il 42,7% cure dentarie, 22,8% farmaci, 21,5% interventi chirurgici odontoiatrici".* In conclusione "riposizionarsi nella crisi, per l'odontoiatria vuol dire anche misurarsi con le opportunità della sanità integrativa... E' una opportunità per affrontare la crisi di sostenibilità, per continuare a finanziare la qualità e sostenere la logica da premium economy per l'odontoiatria (e la sanità in generale) senza lasciare campo libero al low cost sanitario".

*"Consumi: tra crisi e nuovi valori"* è stato il tema della relazione della sociologa Maura Franchi, docente di Sociologia dei consumi presso il Dipartimento di Economia all'università di Parma. "Le scelte di consumo tendono ad interpretare nuovi valori, perdono il carattere di status, diventano modi per esercitare un diritto di scelta e di cittadinanza smarrito nei contesti dell'azione pubblica; sono una via di espressione di un'identità non più giocata, come in passato, su appartenenze so-

ciali e lavorative. Il consumo – ha osservato – diviene, soprattutto, uno strumento di inclusione, quasi un modo per ridurre le distanze sociali: così spieghiamo la straordinaria importanza delle tecnologie che sono ormai parte della nostra vita, entrano nella rete di affetti e di relazioni, consentono di esprimere creatività e di marcare la nostra presenza nel contesto delle relazioni sociali, come testimonia la diffusa ed emblematica pratica del "selfie", l'autoscatto condiviso. Lo scenario del web esercita oggi uno straordinario ruolo, sul piano simbolico e su quello pratico, nel diffondere nuovi modelli e pratiche di consumo. Ad esempio, sul piano pratico, tutto è sottoposto alla verifica della rete, si diffonde l'os-

sessione del ranking, vale a dire la comparazione delle offerte per ricercare la migliore. Sul piano simbolico, va segnalato l'inedito e crescente ruolo delle tecnologie della comunicazione in mobilità. In un contesto in cui i media compongono le nostre abitudini quotidiane e i messaggi virali muovono le nostre emozioni, alle tecnologie è attribuita la capacità di favorire relazioni e contatti tra individui. Questo spiega perché, in una fase di diffusa incertezza, i consumi tecnologici divengono beni irrinunciabili. I consumi per il benessere non perdono peso, ma si orientano in parte verso altre accezioni del benessere, associato ad una dimensione esperienziale che comprende buone relazioni, condizioni emozionali e non solo materiali. L'emergere di questa idea di benessere spiega perché possa essere privilegiata la "cura delle relazioni" persino rispetto alla cura del corpo, anche a costo di rinviare interventi per la salute considerati, talvolta impropriamente, non urgenti".

Il ruolo della middle class nel futuro della professione odontoiatrica e nella sua evoluzione economico-sociale è stato al centro della relazione del dottor Dario Righetti, partner Deloitte e responsabile Consumer Business per l'Italia, il quale ha analizzato gli effetti della crisi su domanda e spesa per le cure odontoiatriche. *"Tra il 2007*





e il 2012 – ha detto – il numero di famiglie di cui almeno 1 componente ha effettuato un consumo odontoiatrico è calato del 2,8%; dunque mezzo milione circa in meno di famiglie consumatrici”. Ancora: nello stesso periodo “le famiglie che hanno effettuato una spesa odontoiatrica sono calate del 3,31%” e “la spesa media mensile riferibile alle sole famiglie che hanno effettuato la spesa odontoiatrica è calata del 28,1%”. Infine “il fatturato dei dentisti proveniente dalle famiglie è calato passando da 6,7 miliardi circa di euro ai 4,9

del 2012”. Da questi dati – ha osservato Righetti – emerge che la spesa odontoiatrica è considerata come un consumo di cui “si può fare a meno” tranne che per le urgenze: in pratica le famiglie non hanno avuto in questi ultimi anni e non hanno oggi sufficienti risorse per pagarsi il dentista; inoltre gli italiani tendono (in maggior percentuale che in altri Paesi) a non stimare mediamente gravi le loro condizioni dentali e non sono soliti andare dal dentista per controlli e per prevenzione. Tutto all’interno della professione odontoiatrica il focus del profes-

sor Aldo Piperno dell’università “Federico II” di Napoli. Dalla sua indagine congiunturale 2014 per il Servizio studi ANDI emerge che l’84,2% dei dentisti esercita in uno studio monoprofessionale, il 58% di coloro che hanno uno studio esercita in un solo studio e la maggioranza degli odontoiatri che non ha un proprio studio collabora in uno o due studi (54,7%). Ancora: il 58% ha almeno un collaboratore odontoiatra, il 31% ha almeno un collaboratore igienista dentale. Per quanto riguarda il tempo di lavoro effettivo e potenziale, il 44% dei dentisti lavora meno del tempo lavoro disponibile e di questi il 95% registra come motivo il calo di pazienti o comunque una clientela insufficiente. Piperno ha poi spiegato che più della metà dei dentisti prevede nel 2014 un ricavato inferiore al 2013. Infine, alla domanda “Quali sono le sfide più importanti che la professione odontoiatrica dovrà affrontare nel corso del prossimo anno”, nell’indagine congiunturale 2014 il 27,8% ha risposto: “Riorganizzare il lavoro di studio in modo più produttivo ed efficiente” e il 21,1% “Risparmiare nelle spese di studio”.

## Professione odontoiatrica

### SWOT Analysis

<p><b>S</b> <b>Punti di forza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serietà, onestà, competenza, economicità sono caratteristiche fondamentali per i professionisti odontoiatri</li> <li>• instaurazione e <b>mantenimento</b> di un corretto rapporto tra medico e paziente</li> <li>• Tecnologia all'avanguardia</li> <li>• O «made in Italy», conosciuto come bravo «esteta»</li> </ul>	<p><b>W</b> <b>Punti di debolezza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scenario normativo in costante evoluzione</li> <li>• Elevata concorrenza: (1 dentista ogni 1000 abitanti)</li> <li>• Mancanza della cultura della salute orale degli italiani</li> </ul>
<p><b>O</b> <b>Opportunità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare l'efficacia della professione e l'immagine professionale</li> <li>• Fascia di popolazione più anziana (in crescita sia numerica che per capacità di spesa)</li> <li>• Orientamento al Paziente</li> <li>• Il Paziente sarà sempre più attento al rapporto qualità-prezzo che non necessariamente significa low-cost e alla cura della propria persona</li> <li>• Convenzioni con assicurazioni e piani per la sostenibilità economica delle cure odontoiatriche</li> </ul>	<p><b>T</b> <b>Minacce</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turismo dentale nei "Paesi low-cost"</li> <li>• Capacità di spesa consumatori sempre più compressa dalla crisi</li> <li>• Continua fluttuazione dei prezzi (materie prime, energia, ecc.)</li> <li>• Aumento IVA e accise</li> </ul>

# Alzheimer Cafè: l'esperienza di Pisa

La malattia di Alzheimer rappresenta uno dei maggiori settori di interesse sociale soprattutto perché, a causa dell'aumentata aspettativa di vita, è stato possibile osservare, negli ultimi decenni, un deciso aumento della malattia all'interno della popolazione. Ad oggi essa rappresenta la causa più frequente di demenza e colpisce dal 2 al 5,8% della popolazione con età superiore ai 65 anni, per raggiungere il 15-20% negli ultra-ottantenni. E' processo neurodegenerativo che provoca un progressivo e globale declino delle funzioni cognitive e delle abilità sociali e relazionali; il malato perde progressivamente l'autonomia nell'esecuzione delle attività personali e strumentali della vita quotidiana fino a diventare completamente dipendente dagli altri.

Le caratteristiche cliniche possono variare da un soggetto all'altro, ma generalmente l'esordio è subdolo, insidioso e il decorso progressivo e cronico, con una durata variabile tra dieci e venti anni. Durante la progressione della malattia, oltre ai disturbi cognitivi, che ne caratterizzano le prime fasi, insorgono gravi disordini comportamentali e psichici, quali allucinazioni, deliri, agitazione psicomotoria e iritabilità che vanno a colpire duramente la sfera delle relazioni, diventando la principale causa di stress percepito da coloro che si prendono cura della persona.

Non esiste una terapia farmacologica in grado di contrastare le cause della malattia; i farmaci hanno una funzione "sintomati-

ca", migliorando alcuni sintomi cognitivi (es. memoria e attenzione) o comportamentali, sebbene diminuisca durante il decorso.

Negli ultimi anni hanno assunto importanza le non farmacologiche, intese come strumenti di "attivazione cognitiva", con lo scopo di preservare e sostenere abilità non deteriorate, intervenendo sulle potenzialità residue fruibili. Tali interventi si sono dimostrati utili nel migliorare lo stato funzionale e comportamentale del paziente, alleggerendo il carico gestionale. La malattia si configura come una malattia familiare. La famiglia è il luogo naturale della cura, sia intesa negli aspetti pratici e materiali, che in quelli affettivi e supportivi; si rendono, necessari interventi volti a dare supporto e sostegno alla famiglia nel suo compito di "caregiving".

L'esperienza della Linea Verde, messa a disposizione dall'AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer - dimostra che c'è necessità di informazione: nel 2013 il 73% delle chiamate hanno riguardato argomenti quali informazione sulla malattia, gestione del malato e richieste di supporto psicologico, domande alle quali i servizi sul territorio faticano a

dare pronte e utili risposte.

In quest'ottica si colloca l'Alzheimer Cafè, spazio multifunzionale in cui i malati e i caregiver vengono accolti in un contesto sicuro, stimolante e informale dove trascorrere qualche ora dedicata alla messa in atto di attività ludiche, ma stimolanti per la persona malata, e in cui ricevere informazioni sulla malattia, sulla gestione e assistenza del malato.

Il primo Alzheimer Cafè è nato il 15 settembre 1997 a Leida in Olanda, da un progetto dello psicogeriatra olandese Bere Miesen, il quale ha scoperto come chi soffre di questa malattia, inserito in un ambiente piacevole e stimolante a livello sociale, recuperasse alcune forme di relazione che sembravano perdute. Questa esperienza si è poi diffusa in molti Paesi.

Alla base si situa l'esigenza di fornire al nucleo familiare un punto di riferimento sul territorio che permetta di entrare in contatto con persone competenti



Il gruppo dilettante teatrale "Le nonne della Valdiserchio"

e affidabili in grado di capire il suo problema, sia per sopperire alla mancata rete informativa sia per eliminare quel senso di inadeguatezza e di imbarazzo che spesso circonda tale malattia e che tende a favorire l'isolamento; importante è anche la creazione di reti di solidarietà tra le famiglie che condividono la stessa problematica sanitaria, promuovere l'accettazione della condizione clinica, migliorando, di conseguenza, la relazione e la comunicazione con la persona malata, ma anche l'equilibrio psicologico del caregiver. L'esperienza dell'Alzheimer Cafè è rivolta a quelle famiglie che affrontano la realtà senza appoggiarsi a centri di aggregazione e di cura come centri diurni o RSA.

Dal punto di vista del malato, si configura come un momento ludico, in cui la persona è impegnata nelle attività di mantenimento delle abilità cognitive, delle funzioni senso-motorie e delle autonomie residue tramite interventi terapeutici non farmacologici.

Dal 26 gennaio 2011 l'Alzheimer Cafè è "approdato" anche a Pisa nei locali della ex Circoscrizione 4 S. Marco, sede dell'AIMA Pisa, grazie alla gentile concessione della Asl. L'affluenza agli incontri è in media di 10 persone, affette da decadimento cognitivo variabile, con i rispettivi accompagnatori, spesso familiari, residenti nel comune di Pisa e in zone limitrofe.

Il progetto prevede incontri a cadenza quindicinale, della durata

di circa due ore ciascuno, con ingresso libero per chiunque voglia partecipare.

L'équipe, proveniente per la maggior parte dall'UO Neurologia dell'AOUP, è composta da psicologi e neurologi, punti di riferimento stabili durante l'intero percorso, che organizzano le attività e consentono di dare continuità alla conoscenza tra il personale e i frequentatori del Cafè. Inoltre, si alternano figure professionali e volontari familiari, durante le attività. Altri professionisti, quali musicoterapisti, fisioterapisti, legali, operatori socio-sanitari intervengono e si alternano nel corso degli incontri, in modo da assicurare variabilità nelle attività proposte ed arricchire questo percorso. All'iniziativa prendono parte anche gli studenti dell'Istituto Superiore Santoni i quali, grazie ad una convenzione stipulata con l'AIMA possono svolgere attività di tirocinio, che permette loro di maturare crediti formativi, ma soprattutto di fare esperienza educativa sul campo. Sotto il controllo dei responsabili, i ragazzi contribuiscono alla creazione delle attività o

contribuiscono con la semplice vicinanza, offrendo sostegno e calore umano agli anziani. Nel corso dell'ultimo anno ha partecipato alle attività anche un gruppo dilettante teatrale, "Le Nonne della Valdiserchio", che ha portato in scena divertenti operette o canti popolari per allietare e intrattenere i nostri ospiti.

Nel corso dei primi incontri sono state somministrate ai caregiver questionari e interviste semi-strutturate dalle quali è emerso che solo il 9% risulta soddisfatto

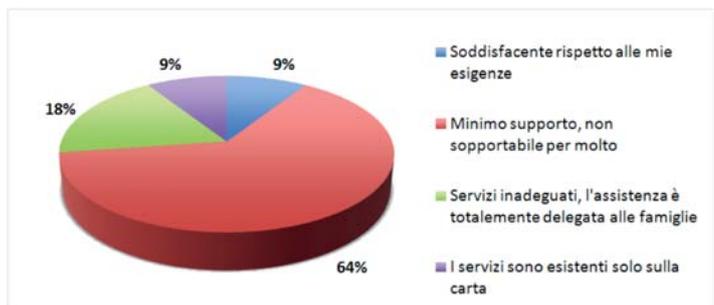


Grafico 1: Percezione soggettiva del supporto offerto dai servizi alle famiglie dei pazienti con demenza.

contribuiscono con la semplice vicinanza, offrendo sostegno e calore umano agli anziani. Nel corso dell'ultimo anno ha partecipato alle attività anche un gruppo dilettante teatrale, "Le Nonne della Valdiserchio", che ha portato in scena divertenti operette o canti popolari per allietare e intrattenere i nostri ospiti.

Nel corso dei primi incontri sono state somministrate ai caregiver questionari e interviste semi-strutturate dalle quali è emerso che solo il 9% risulta soddisfatto

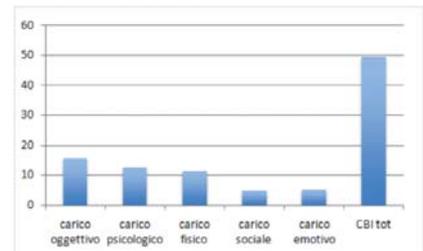
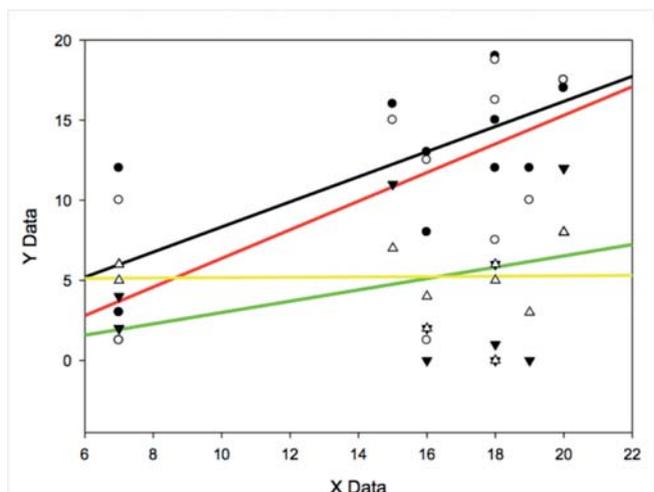


Grafico 2: Carico di stress generale percepito dal caregiver (CBI tot) e suddiviso nei vari ambiti: carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo.

Grafico 3: Carico di stress del caregiver. Correlazione statisticamente significativa tra il carico di stress oggettivo Vs il carico di stress psicologico e fisico (Spearman Rank Order Correlation, Correlation Coefficient 0,7 - 0,69 - 0,33 - 0,32 and p value 0,006 - 0,007 - 0,25 - 0,269 rispettivamente per il carico psicologico, fisico, sociale ed emotivo Vs carico oggettivo.

X Data = carico oggettivo Y Data = carico psicologico (linea in nero, cerchi nero), fisico (linea in rosso, cerchi bianco), sociale (linea in verde, triangolo nero) ed emotivo (linea in giallo, triangolo bianco)



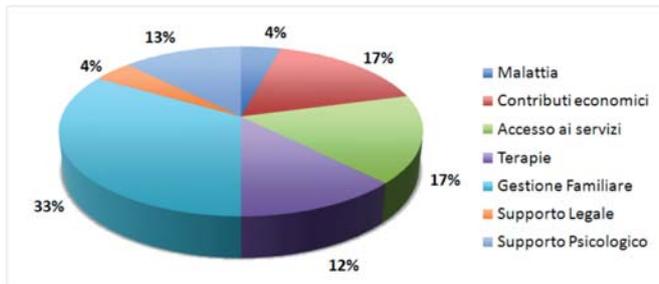


Grafico 4: Argomenti di maggiore interesse per i partecipanti all'Alzheimer Cafè di Pisa. Risposte alla domanda: "Quali sono gli argomenti sui quali vorrebbe essere informato?"

dei servizi presenti sul territorio; la maggior parte ha riportato la sensazione che l'assistenza sia totalmente delegata alla famiglia e ritiene di avere solo un minimo supporto dai servizi pubblici (grafico 1).

Il dato è in linea con gli alti livelli di stress rilevati dal questionario di autovalutazione CBI - Caregiver Burden Inventory. In particolare, i dati rilevati sottolineano quanto il carico fisico e psicologico del caregiver sia direttamente correlato con il carico oggettivo dell'assistenza effettuata dal medesimo: ne consegue la necessità di reti di supporto rivolte ai caregiver per spezzare la faticosa routine psico-fisica dell'assistenza (grafico 2 e 3).

Date le necessità esplicate dai partecipanti, l'AIMA di Pisa ha cercato di garantire un intervento multifunzionale, con l'utilizzo di

risorse per i familiari volti a fornire una sorta di "guida" all'assistenza del malato (grafico 4).

Questi momenti sono anche occasioni per esaminare e discutere i propri sentimenti di perdita, impotenza o rabbia, permettendo ai caregiver di confrontarsi e ottenere aiuto reciproco.

Nel secondo spazio multifunzionale è stato possibile organizzare le attività ricreative di stimolazione cognitiva, fisica dolce ed espressivo-creative, tutte con un coinvolgimento della sfera socio-relazionale. Vengono svolte con gli anziani, quando i caregiver sono impegnati nei suddetti incontri formativi-informativi tenuti in contemporanea da un "soggetto esperto". In altre occasioni viene creato un unico gruppo che si dedica alle medesime attività, in modo da consolidare il rapporto malato-caregiver e fa-

vorire canali di comunicazione tra la diade familiare e tra tutti i partecipanti, grazie alla condivisione di storie personali e nuove esperienze. L'ultima mezz'ora di ciascun incontro viene dedicata allo spazio conviviale della "merenda".

tenuti numerosi incontri dedicati ad affrontare argomenti di maggior interesse

L'Alzheimer Cafè si configura come una iniziativa di natura socio-assistenziale che coinvolge in maniera preponderante la famiglia, permettendo il dipanarsi della matassa di chiusura, isolamento sociale e scarsa informazione che caratterizza il contesto della demenza; date queste potenzialità è stata accolta dai partecipanti e l'entusiasmo è crescente. Ad oggi, grazie all'attività di volontariato, siamo riusciti a creare questo progetto; ma per essere messo a regime, per garantire un servizio migliore ed accogliere un maggior numero di partecipanti sarebbe necessario un supporto esterno.

La messa a regime di un Alzheimer Cafè nella nostra città costituirebbe un apporto nell'ambito delle iniziative di natura socio-assistenziale, creerebbe un pool di professionisti che rispondono ai bisogni dei pazienti, ma soprattutto dei loro familiari, in considerazione del sempre crescente numero di malati di Alzheimer.

Inoltre, speriamo di dare maggiore risonanza alle terapie non farmacologiche, le quali alla luce delle ricerche scientifiche, si ritiene possano conferire un miglioramento della qualità di vita a coloro che ne beneficiano, il che si ripercuote positivamente sui caregivers. L'Alzheimer Cafè rappresenta una nuova frontiera nella lotta contro la demenza: un'iniziativa psico-sociale come alternativa all'isolamento dell'anziano e strumento utile ad alleggerire le difficoltà della famiglia. AIMA PISA Presidente: Roberto Brognivia Fratelli Antoni, 1 - 56100 Pisa E-mail: aimapisa@libero.it www.aimapisa.it



Spazi dedicati alle attività ricreative

# Polmone e biologia molecolare. Pisa centro all'avanguardia

Il tumore del polmone rappresenta tutt'oggi la prima causa di morte per neoplasia. In Europa e negli Stati Uniti d'America l'abitudine al fumo è in progressiva riduzione grazie alle campagne anti-fumo e di conseguenza anche l'incidenza e la mortalità del tumore del polmone sono in declino. La ridotta abitudine al fumo sta determinando la modificazione delle caratteristiche cliniche ed istopatologiche dei nuovi casi di tumore del polmone. Infatti, si stanno riducendo i casi di carcinoma squamoso ed a piccole cellule con un conseguente aumento relativo degli adenocarcinomi polmonari. In Toscana, l'incidenza del tumore del polmone stimata per il 2015 è di 47 di nuovi casi l'anno ogni 100 000 persone nell'uomo e di 18 nella donna.

Sebbene la chirurgia sia il cardine del trattamento nella malattia localizzata, è scarsamente utile negli stadi avanzati. In particolare circa il 55% dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) si presenta alla diagnosi con una neoplasia avanzata in stadio IIIB/IV. La sopravvivenza mediana di questi pazienti era solamente 6-8 mesi; oggi con l'utilizzo della chemioterapia la sopravvivenza è modestamente migliorata con una mediana di circa 1 anno ed il 20-30% dei pazienti sopravvive oltre i 2 anni.

Da circa 10 anni sono stati studiati ed introdotti in clinica, anche per questa neoplasia, farmaci diretti contro specifici bersagli molecolari. Due inibitori tirosin-chinasici (erlotinib e gefitinib) diretti contro l' "Epidermal Growth Factor Receptor" (EGFR) sono stati tra i primi ad essersi dimostrati efficaci

nel trattamento di alcuni pazienti con NSCLC. Negli anni è divenuto evidente che i tumori con alcune mutazioni di EGFR sono quelli più sensibili a questi farmaci. I NSCLC con più alta probabilità di avere mutazioni di EGFR sono gli adenocarcinomi (circa il 20% dei casi) in particolare quelli insorti in individui di sesso femminile, giovani e non fumatori. La presenza di tali mutazioni è determinata sul materiale biotico o citologico, lo stesso utilizzato per porre la diagnosi di neoplasia polmonare. È di fondamentale importanza ottenere campioni con un quantitativo ottimale di cellule neoplastiche in modo che il patologo abbia sufficiente materiale sia per la diagnosi istologica che per quella molecolare. La determinazione delle mutazioni può essere ottenuta mediante sequenziamento capillare, pirosequenziamento, spettrometria di massa e tecnologie basate sulla polymerase chain reaction; tutte tecnologie disponibili presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. Nei pazienti con tumori in stadio IIIB e IV e mutazione di EGFR, studi clinici hanno dimostrato un più alto tasso di risposte ed un prolungamento del tempo a progressione per i soggetti trattati inizialmente con gefitinib o erlotinib rispetto ai quelli trattati con la chemioterapia convenzionale raggiungendo una sopravvivenza mediana di circa 18-22 mesi. Pertanto, la determinazione delle mutazioni di EGFR è oggi importante sin dal momento della diagnosi per identificare da subito quei pazienti che possono maggiormente beneficiare del trattamento mirato con farmaci anti-EGFR evitando almeno inizialmente l'utilizzo della

chemioterapia.

Anche un nuovo farmaco Afatinib, capace di bloccare i componenti della famiglia dei recettori tirosin-chinasici ErbB, tra cui EGFR, ha dato risultati sovrapponibili ed è attualmente in sperimentazione clinica presso il Polo Oncologico dell' Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

Recentemente, è stata dimostrata l'efficacia del trattamento con crizotinib in pazienti con un altro tipo di caratteristica molecolare a livello tumorale, ovvero, il riarrangiamento del gene ALK. In circa il 5% dei NSCLC si verifica l'inversione di parte del cromosoma 2 con conseguente formazione di un gene di fusione composto da EML4 ed ALK. Questo porta all'overespressione di parte della proteina ALK contenente il dominio tirosin-chinasico con conseguente stimolazione della proliferazione cellulare. Crizotinib è un potente inibitore tirosin-chinasico attivo contro ALK che ha dimostrato rilevante attività clinica. Grazie alla metodica split apart fluorescent in situ hybridization (FISH) è possibile identificare quei casi che presentano riarrangiamenti del gene ALK mediante l'analisi dei preparati raccolti per la diagnostica istologica. Anche per quanto riguarda il gene ALK i pazienti che più probabilmente sono portatori del riarrangiamento sono quelli giovani, di sesso femminile, non fumatori e con diagnosi istologica di adenocarcinoma.

Le mutazioni di EGFR ed i riarrangiamenti del gene ALK sono mutualmente esclusivi nella maggior parte dei casi. Pertanto, è necessaria la determinazione molecolare sia delle mutazioni di EGFR

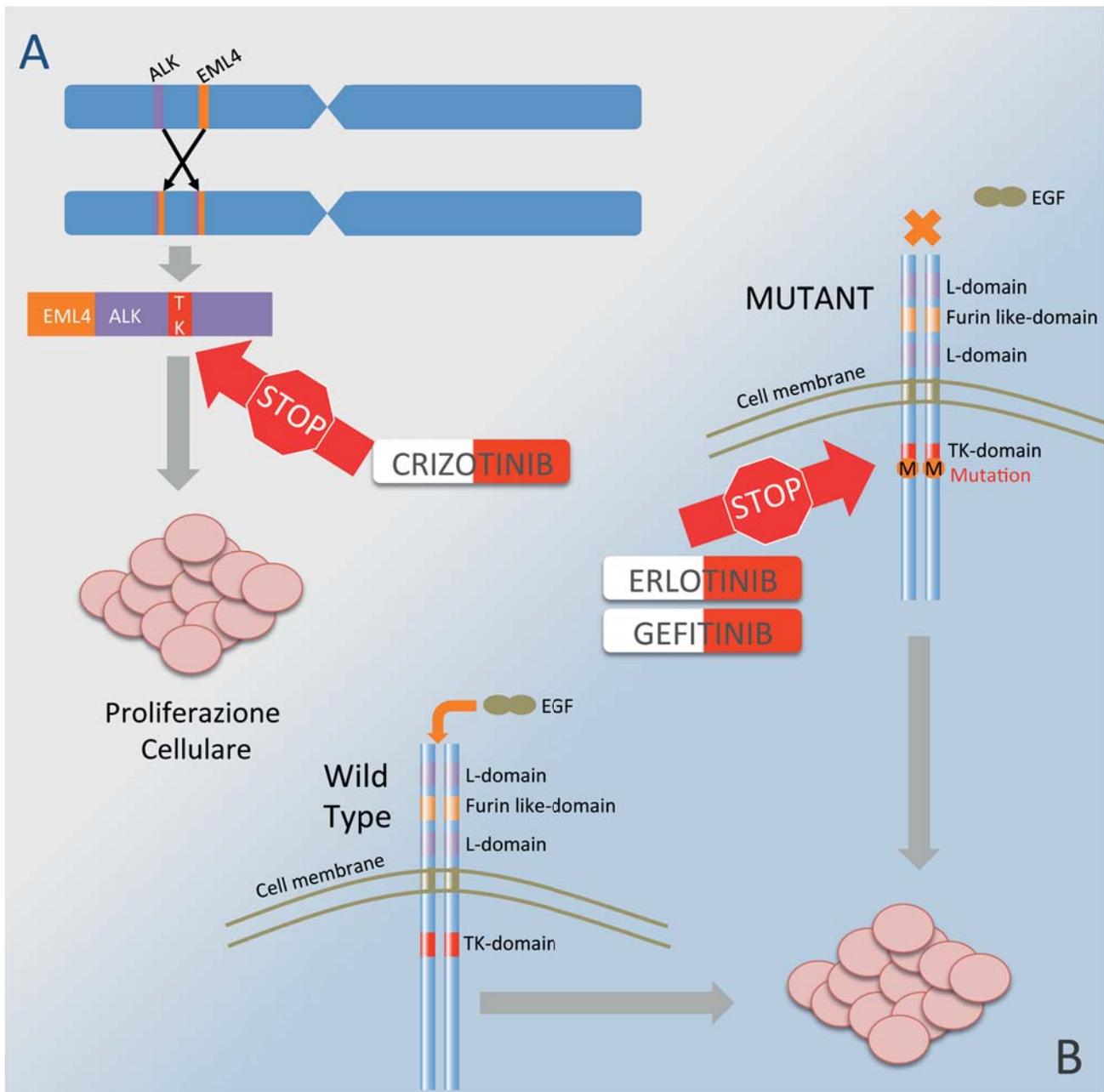


Figura 1: Alterazioni molecolari che prevedono un trattamento farmacologico mirato. A) L'inversione di parte del braccio corto del cromosoma 2 genera il gene di fusione EML4-ALK, il quale stimola la proliferazione cellulare. Crizotinib un inibitore tyrosin chinasi di ALK blocca la proliferazione del tumore. B) Quando il recettore EGFR è mutato la proliferazione cellulare è continuamente stimolata in modo indipendente dell'interazione con il ligando (EGF). Erlotinib e gefitinib inibiscono l'attività tyrosin chinasi di EGFR e bloccano la proliferazione del tumore.

che dei riarrangiamenti di ALK per somministrare ad ogni paziente il trattamento più appropriato. Tutti i pazienti con NSCLC sono potenziali candidati per essere portatori di una di queste alterazioni molecolari, anche se più frequenti negli adenocarcinomi insorti in pazienti "giovani" non fumatori. Dato il costo di queste determinazioni, l'a-

nalisi molecolare dei NSCLC viene oggi riservata ai pazienti con neoplasie in fase avanzata, non più candidati per trattamenti locoregionali.

In conclusione, la caratterizzazione molecolare del tumore polmonare avanzato ed in particolare la determinazione delle mutazioni di EGFR e dei riarrangiamenti di ALK

consente oggi di individuare i pazienti da candidare a ricevere un trattamento farmacologico mirato. Tutt'oggi, il costo di questi inibitori è rilevante e pertanto, limitare il loro utilizzo ai casi dove sono realmente efficaci è necessario per garantire il miglior trattamento del paziente e mantenere la sostenibilità del nostro sistema sanitario.



FNOMCeO

Prot. N°: \_\_\_\_\_

Rif. Nota:

Resp. Proced.: - Dr. Marcello Fontana

Resp. Istrut.: -

OGGETTO:

➤ Interrogazione parlamentare – Risposta del Governo - **Problematiche relative all'obbligo per i soggetti che esercitano attività di vendita di prodotti e di prestazioni di servizi di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito.**

# L'Ordine informa

Roma, \_\_\_\_\_

COMUNICAZIONE N. 67

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI  
PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER  
GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI  
ODONTOIATRI

Cari Presidenti,

si trasmette per opportuna conoscenza la risposta scritta del Governo ad un'interrogazione parlamentare presentata dall'On. CAUSI (All. n. 1), risultante dal bollettino della seduta del 11 giugno 2014 della Commissione Finanze della Camera dei Deputati, recante **"Problematiche relative all'obbligo per i soggetti che esercitano attività di vendita di prodotti e di prestazioni di servizi di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito"**.

Nell'interrogazione l'On. Marco CAUSI ha evidenziato che "l'introduzione dell'obbligo di accettare il pagamento attraverso i suddetti strumenti sia ormai imminente, e come il Governo debba pertanto realizzare un'adeguata campagna di comunicazione istituzionale volta a informare i consumatori, nonché istituire rapidamente un tavolo di confronto tra il Governo, le banche e i rappresentanti degli operatori economici e professionali, al fine di ridurre al minimo i costi di utilizzo delle carte di debito a carico di commercianti, artigiani e professionisti"

Nella risposta all'interrogazione il Sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze, On. Enrico ZANETTI, nel concordare con le considerazioni dell'On. Marco CAUSI, ha sostenuto essere prioritario svolgere in tempi brevi un tavolo di confronto tra il Governo, le banche e i rappresentanti degli operatori economici e professionali interessati e, successivamente, realizzare una campagna d'informazione nei confronti dei consumatori.

Il Sottosegretario Enrico ZANETTI ha in conclusione sottolineato che "con specifico riferimento all'istanza presentata dal Consiglio nazionale degli architetti per ottenere l'annullamento del citato decreto ministeriale del 24

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

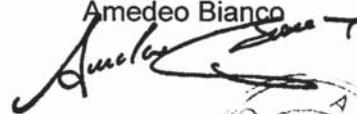
2014/6180-17-06-2014-PARTENZA

gennaio 2014, di cui è cenno nell'interrogazione, si fa presente che il TAR Lazio ha respinto l'istanza cautelare ritenendo inesistente il *fumus boni iuris*, atteso che il decreto impugnato sembra rispettare i limiti contenutistici ed i criteri direttivi fissati dalla richiamata fonte legislativa. Per quanto riguarda la circolare interpretativa del Consiglio nazionale forense, ugualmente citata nell'interrogazione, essa interpreterebbe la normativa nel senso di introdurre un onere, piuttosto che un obbligo giuridico, il cui campo di applicazione sarebbe limitato ai casi nei quali sarebbero i clienti a richiedere al professionista la forma di pagamento tramite carta di debito. **In tal senso, sembra in effetti deporre il fatto che non risulta associata alcuna sanzione a carico dei professionisti che non dovessero predisporre della necessaria strumentazione a garanzia dei pagamenti effettuabili con moneta elettronica”.**

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE

Amedeo Bianco



All. n. 1



FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

## L'Ordine Informa

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Pisa, ha chiesto a vari istituti bancari i preventivi per l'installazione del POS, a condizioni particolarmente vantaggiose per gli iscritti; qualora il medico decidesse di avvalersene, potrà consultare il sito dell'Ordine sul quale saranno visionabili tutti i preventivi arrivati e valutati, insieme ad eventuali e ulteriori chiarimenti.

# L'Ordine informa

## Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita dal 2014

L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita, in modo da consentire agli iscritti di adempiere all'obbligo di legge\* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC, ha avviato la procedura con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, per modificare la convenzione già in essere, in modo da offrire gratuitamente la casella PEC ai propri iscritti.

**L'iter dovrebbe concludersi entro la fine del 2013, pertanto tutte le nuove attivazioni, una volta ufficializzato il cambio di convenzione, saranno a carico dell'Ordine.**

**Nel frattempo, tutti coloro che hanno la casella in scadenza possono rinnovarla autonomamente attraverso la pagina <http://www.pec.it/RinnovaPec.aspx> al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni (i rinnovi successivi saranno a carico dell'Ordine).**

**Anche le nuove caselle PEC, fino al passaggio alla nuova convenzione, potranno essere attivate autonomamente al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni.**

Si prega di consultare periodicamente il sito dell'Ordine ([www.omceopi.org](http://www.omceopi.org)) in quanto eventuali aggiornamenti sulla nuova convenzione verranno tempestivamente pubblicati sulla home page del sito.

*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](http://www.omceopi.org)*

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

Procedura:

- Accedere al portale [www.arubapec.it](http://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.**



**[www.parentproject.it](http://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

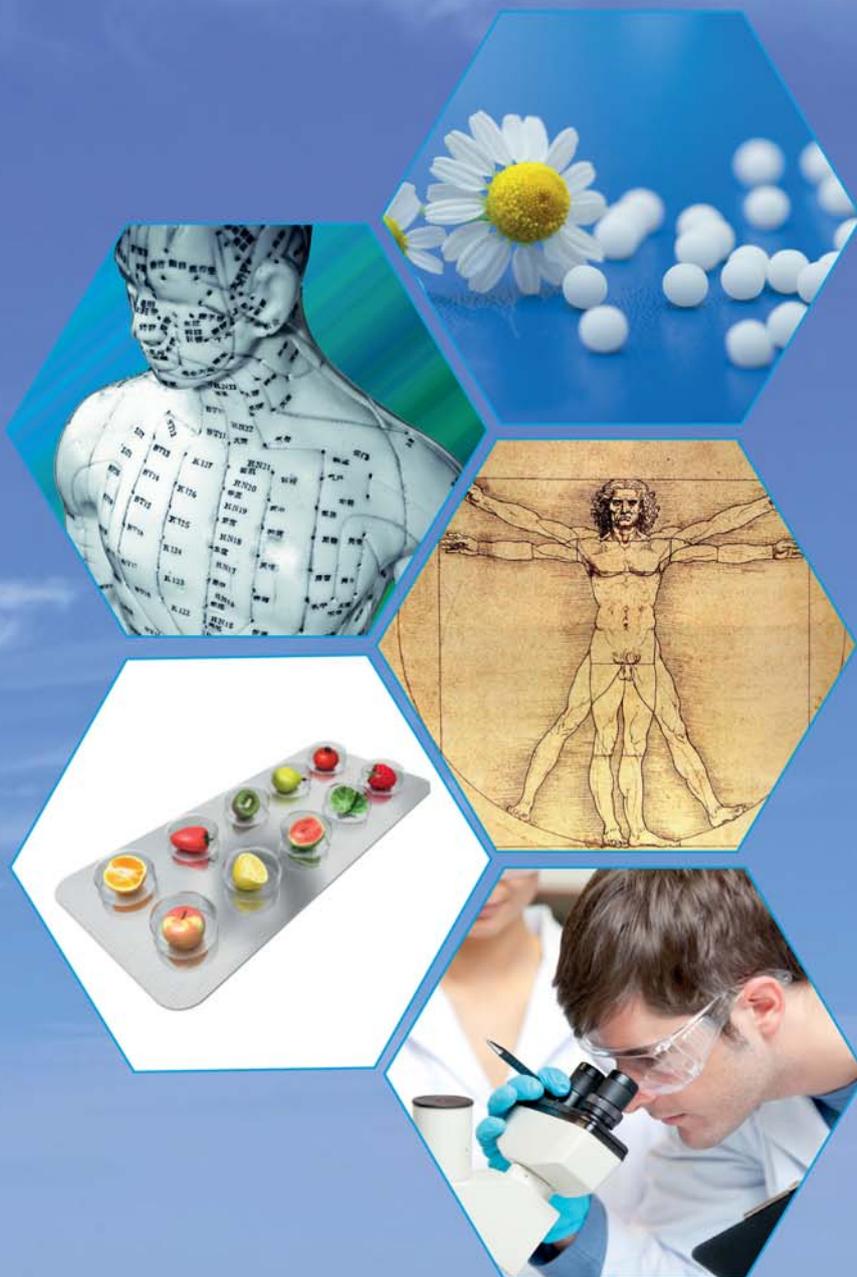
BCC Ag. 19

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



# Igea Network

[www.igeanetwork.eu](http://www.igeanetwork.eu)



**Il punto d'incontro fra medicina convenzionale, ricerca e medicine complementari, per un approccio integrato**