

# PisaMedica

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



## in questo numero:

### **Come interpretare la comunicazione non verbale**

*C. Basile Fasolo - P. Mirri  
F. Pizzi - M. Tangheroni*  
Laboratorio di Comunicazione in Medicina,  
Dip. Medicina Clinica e Sperimentale, Univ. di Pisa

### **Sindrome da Burn-Out**

*L. Dell'Osso - C. Carmassi - C. Gesi*  
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale  
Sezione di Psichiatria  
Università di Pisa

### **L'Officina Trasfusionale di Area Vasta Nord-Ovest**

*D. Franco Russo*  
Direttore Officina Trasfusionale  
*D. Focosi*  
Responsabile Assicurazione della Qualità

# GLA. La vita è un viaggio che cambia in corsa.



Tua con DrivePass, da **279** euro al mese. Da oggi con un 1 anno di RCA inclusa.

- 35 canoni leasing da 279 euro\*
- 1 anno di assicurazione RCA
- 3 anni di manutenzione ordinaria e assicurazione furto incendio
- Anticipo 5.900 euro
- Dopo 3 anni puoi restituirla
- TAN fisso 5,9% e TAEG 7,16%

Riscatto finale € 15.049 e chilometraggio totale 80.000 km. \*DrivePass Leasing esempio per GLA 180 CDI Executive. Prezzo chiavi in mano € 27.460 (IVA, Messa su strada e contributi Mercedes-Benz Italia/Concessionaria inclusi, IPT esclusa). Importo totale finanziato € 21.560, importo totale dovuto dal consumatore € 25.343 (anticipo escluso), incluse spese istruttoria e attivazione polizza € 368, imposta di bollo € 16 e spese incasso € 4,27. Valori IVA inclusa. Salvo approvazione Mercedes-Benz Financial. Con assicurazione RCA per 12 mesi, assicurazione incendio e furto feel Star base per 36 mesi e manutenzione ServicePlus Compact per 36 mesi 80.000 km. Offerta soggetta a disponibilità limitata per contratti sottoscritti entro il 28 febbraio 2015 e immatricolazioni fino al 31 marzo 2015, non cumulabile con altre iniziative in corso. Lista concessionarie aderenti all'iniziativa e maggiori info su mercedes-benz.it. Fogli informativi e condizioni della polizza disponibili presso le concessionarie Mercedes-Benz e sul sito internet della Società. L'offerta è valida su tutta la gamma, motorizzazioni AMG escluse. La vettura raffigurata è una GLA Sport con cerchi in lega da 18" opzionali. Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Consumo combinato (km/l): 13,3 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 25,6 (GLA 180 CDI). Emissioni CO<sub>2</sub> (g km): 175 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 103 (GLA 180 CDI).



**Mercedes-Benz**  
The best or nothing.

AUTO ITALIA GROUP

Auto Italia Group S.r.l. - Concessionaria Ufficiale di Vendita Mercedes-Benz

Ospedaletto (PI), Via Pontecorvo 2, tel. 050.6399111

[www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it](http://www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it)

**Giuseppe Figlini** Direttore Responsabile

## “Ricominciamo a lavorare”: d'accordo, ma insieme

“Ricominciamo a lavorare”, ha detto il Governatore della Toscana presentando la nuova Giunta. Gli crediamo sulla parola. Ma ora vogliamo i fatti. Da lui e da chi per lui avrà la responsabilità della tutela della salute, ci attendiamo risposte fattive e concrete. Le attendono soprattutto i cittadini come diritto, ma allo stesso tempo come dovere da parte delle Istituzioni.

Il nostro Ordine professionale non ha colore politico, non l'ha mai avuto e mai lo vorrà, perché ha sempre tenuto fede al suo Giuramento e continuerà a farlo. La politica non c'interessa. Ma per prima cosa, nel rispetto di chi ci affida la propria salute, ci attendiamo una convocazione per confrontarci e parlare, senza alcun pregiudizio, per il bene comune. Non è solamente un atto formale, ma è la consapevolezza di avere davanti a noi un interlocutore che ci rispetti, così come noi rispettiamo lui.

Parlare di riforme per il benessere della gente senza sentire il parere dei medici, ci sembra come una casa che s'incomincia a costruire partendo dal tetto. Non siamo depositari di niente, se non della nostra esperienza quotidiana e dei nostri ideali. Abbiamo soltanto un referente: coloro accanto ai quali viviamo ogni giorno con il nostro lavoro. Unicamente a loro dobbiamo rendere conto.

Andremo dunque a questo incontro – là dove fossimo chiamati – con un messaggio importante: quello di lavorare, ma insieme. Se le istituzioni lo comprenderanno, siamo certi potrebbe scaturire un futuro impegnativo e di comune partecipazione che non mancherà di dare i suoi frutti. Non vogliamo nemmeno pensare di procedere senza un'identità di vedute e d'intenti, ma la palla ora – dopo queste righe – è nella metà campo delle Istituzioni. Starà a loro farci avere la risposta e, da lì, giudicheremo. I cittadini aspettano.



### **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 Mamei,  
Paolo Monicelli, Paolo Baldi,  
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,  
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,  
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,  
Donella Prosperi, Paolo Stefani,  
Stefano Taddei, Elio Tramonte,  
Franco Pancani, Roberto Trivelli,  
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,  
Filippo Graziani

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  
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione  
ALFA&CO Comunicazione  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Foto di copertina  
concessa da Matteo Ghezzi

# Pisa Medica Online

**C**aro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. Pertanto, **a partire da settembre 2015**, i nuovi numeri di "Pisa Medica" verranno pubblicati in formato **PDF sfogliabile e potranno essere scaricati dal sito dell'Ordine** (selezionando dal menù la voce Pisa Medica).

**A partire da gennaio 2016** Pisa Medica diventerà **PisaMedica Online**, la trasposizione digitale della versione cartacea, disponibile per tutti i dispositivi mobili, che consentirà una ricerca celere ed efficiente di titoli, articoli, rubriche ed autori (in breve /medio periodo, verranno ovviamente inseriti tutti i numeri già pubblicati in 15 anni di vita della rivista).

Tutti gli iscritti verranno avvisati della pubblicazione dei nuovi numeri tramite e-mail: pertanto, si prega di comunicare e/o aggiornare il proprio indirizzo e-mail presso la segreteria dell'Ordine.

Per quanti ne faranno espressa richiesta, sarà comunque possibile mantenere l'invio cartaceo del bollettino in abbonamento postale, compilando il modulo disponibile sul sito dell'Ordine (vedi figura) e inviando la richiesta di "modalità di invio di Pisa Medica preferita", tramite fax al n 050. 937.463 oppure tramite e-mail a [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

*Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/07/2015, sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione di "Pisa Medica" verrà inviato esclusivamente all'indirizzo e-mail che risulta presente in anagrafica.*

GIURAMENTO DI IPPOCRATE E.N.P.A.M. FNOMCEO ORGANI ISTITUZIONALI

ALBI PROFESSIONALI CODICE DEONTOLOGICO

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

CHIUDI INFO

**Modalità di spedizione Pisa Medica**

Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/04/2015 sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione del bollettino dell'Ordine verrà inviato all'indirizzo email presente in anagrafica.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a all'albo dei  Medici  Odontoiatri

chiede, a partire dal mese di settembre 2015, di ricevere il bollettino dell'Ordine 'Pisa Medica' in modalità:  Cartacea  Telematica

in caso di ricezione telematica specificare l'indirizzo email \_\_\_\_\_

Con l'invio del presente modulo accconsento al trattamento dei dati unicamente per la richiesta in oggetto. Consenso esplicito secondo il D.Lgs 196/2003.

Inserisci il codice di verifica \_\_\_\_\_

Menu Principale

- \* Home
- \* Contatti
- \* Modulistica
- \* Convenzioni
- \* Concorsi
- \* Normativa
- \* Notizie utili
- \* Sostituzioni
- \* Corsi & Convegni
- \* Corsi & Convegni (extra Ordine)
- \* Graduatorie
- \* Trasparenza
- \* Cerca nel sito
- \* Mappa del sito

Pisa Medica

- \* Pisa Medica

# Come interpretare la comunicazione non verbale

La comunicazione non verbale (CNV) è quella parte della comunicazione che riguarda il linguaggio del corpo, ovvero i gesti, le espressioni facciali, la postura e la distanza interpersonale. Durante le nostre interazioni quotidiane diamo eccessiva importanza alle parole, lasciando da parte la CNV. In realtà, saper riconoscere e codificare il linguaggio del corpo è estremamente utile in qualsiasi relazione, sia personale che professionale. Innanzitutto, la CNV definisce le relazioni interpersonali e completa il messaggio verbale regalando all'interlocutore un insieme di segnali che aiutano a comprendere anche il senso dell'enunciato. Molti dei gesti comunemente usati durante un'interazione servono per integrare una frase nel caso in cui sia iniziata con le parole e finita con un gesto, oppure per rafforzare ciò che stiamo dicendo e talvolta sostituire la comunicazione verbale. Il linguaggio del corpo svela la nostra identità e personalità, è una sorta di presentazione di noi stessi di fronte ad un interlocutore. Attraverso la mimica facciale, la postura, l'orientamento del corpo e lo sguardo, esprimiamo emozioni o siamo in grado di riconoscerle in un interlocutore. Questo permette anche di capire quale opinione suscitiamo negli altri e di stabilire come procedere nell'interazione. Non dimentichiamo che la cornice delle nostre interazioni è costituita dal contesto culturale che carica di convenzionalità la CNV: il segno "OK" fatto con le dita ad "O", nella nostra cultura significa che va tutto bene; lo stesso gesto per i Giapponesi significa denaro e per i Greci è un insulto. Capire quello che l'altro trasmette attraverso i segnali del corpo può essere utile in qualunque tipo di interazione. Il medico, per la funzione che ricopre e per la figura che culturalmente si è

tramandata nei secoli, è una persona che si ritrova costantemente a contatto con gli altri nei loro aspetti più intimi. La malattia spesso non è unicamente un malessere fisico, ma anche una condizione di disagio esistenziale, per sé stessi e per le persone care. Comprendere il disagio, talora il dolore intimo, causato dalla malattia al paziente, anche secondo Ippocrate è parte integrante del processo curativo, come il sostegno emozionale al malato. Alcuni indicatori di stato emozionale non verbali, quando ben osservati e considerati, possono concretamente aiutare a percepire lo stato d'animo del paziente ed agire di conseguenza. Molto spesso in ambito sanitario, il paziente si trova di fronte ad un medico che tiene lo sguardo fisso sulla cartella clinica, che non mostra segni di comprensione e che non coglie le sue esigenze emotive. Il medico, oltre all'anamnesi e alla valutazione dei sintomi, dovrebbe prestare attenzione ai messaggi non verbali del paziente, e allo stesso tempo comunicare interesse nei suoi confronti inclinandosi verso di lui e mantenendo un orientamento nella sua direzione. Come facciamo per codificare la CNV? Prima di tutto dobbiamo essere dei buoni osservatori. Ogni parte del corpo invia un messaggio e il contenuto del messaggio è in funzione dello stato emotivo dell'emittente e del destinatario. L'interpretazione della CNV diventa molto importante specialmente per la codifica dei segnali di ansia/stress, e rifiuto/fastidio. La relazione medico-paziente è un buon esempio per introdurre i segnali di ansia e stress. Il più delle volte il paziente ha difficoltà ad esprimersi con le parole. Saper codificare la CNV diventa un utile strumento a vantaggio del medico. Una persona che sposta continuamente lo sguardo, o che ripetutamente sbatte le palpebre o che

mostra sopracciglia sollevate e avvicinate al centro o che preme le labbra e contrae la mascella, è sicuramente in stato di ansia o stress. Altri fenomeni osservabili in questo stato emotivo potrebbero essere uno sguardo timido, un sorriso nervoso, un arrossamento cutaneo sul petto, un tremore, un respiro affannoso e una deglutizione marcata. Uno dei segnali più comuni di fastidio è lo sfregamento del naso con tutte le sue varianti, come grattare la punta, comprimere un'ala o sfregarlo all'altezza delle narici. Se lo sfregamento avviene in prossimità delle mucose nasali, significa che il senso di fastidio è più intenso. Non esiste solo questo segnale: infatti ci sono altri microcomportamenti indicanti fastidio o disappunto, come sfregare l'angolo interno della zona lacrimale, spingere o grattare il sopracciglio o premere la lingua contro l'interno delle guance. Tra i segnali di fastidio, con significato più aggressivo, esistono atti in cui un tipo di impulso viene spostato verso oggetti invece che verso il proprio interlocutore, quelli che Desmond Morris definisce "azioni deviate". La lettura di tali messaggi e l'empatia che il medico mostra verso il paziente, diventano il motore della relazione: da una parte, il medico è orientato a formulare la domanda o la considerazione giusta; dall'altra, il paziente si sente compreso e di conseguenza, predisposto a parlare di ciò che lo preoccupa ed a seguire le direttive del medico, quindi aumentare la compliance. Quindi, l'attenzione verso i segnali che invia il nostro interlocutore può essere più vantaggiosa nell'interazione rispetto alla comunicazione verbale. L'importanza della CNV fu già espressa da Charles Darwin: *"Essa è più delle parole, che possono essere false, rivela i pensieri e le intenzioni altrui."*

# Colite ulcerosa e Chron: la granulomonocitoafesi

**G**li attuali trattamenti medici per la Colite Ulcerosa e il Morbo di Crohn, principali malattie infiammatorie croniche intestinali, presentano alcune limitazioni che vanno da un'efficacia talvolta ancora sub ottimale, sia nella fase acuta che in quella di mantenimento, sino all'insorgenza di problematiche cliniche rappresentate dai possibili effetti collaterali indotti dai farmaci utilizzati. Inoltre, molto spesso l'aderenza ai trattamenti medici, da parte dei pazienti, non è sempre soddisfacente. Per tale motivo è necessario considerare possibili opzioni terapeutiche alternative. La granulomonocitoafesi (GMA) con Adacolumn sembra essere un efficace e sicuro trattamento per numerose patologie che riconoscono, nell'alterazione del sistema immunitario, uno dei principali meccanismi d'insorgenza. Tra queste malattie rientrano

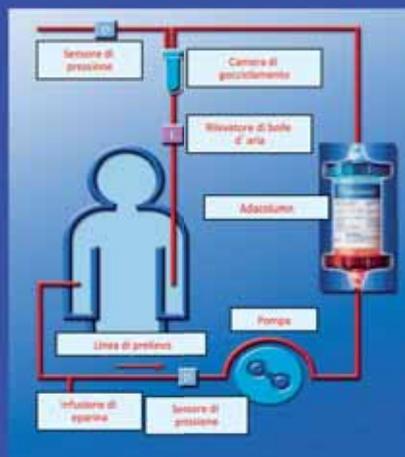
la Colite Ulcerosa e il Morbo di Crohn. Adacolumn è un dispositivo a colonna che consente l'aferesi, cioè la rimozione selettiva dal sangue, di granulociti e monociti che rappresentano tra i globuli bianchi le classi che hanno un ruolo fondamentale nella promozione e nel mantenimento dell'infiammazione a livello intestinale. La colonna per granulomonocitoafesi Adacolumn è stata prodotta in Giappone da JIMRO (Otsuka) nel 1998. Introdotta in Europa nel 2001 e in Italia nel 2003, ha ottenuto il marchio CE per il trattamento non solo delle malattie infiammatorie croniche intestinali ma anche per altre malattie a carattere autoimmune come l'Artrite Reumatoide, la Malattia di Behcet Oculare, il Lupus Eritematoso Sistemico e la Psoriasi Pustolosa. Ad oggi, oltre 250.000 pazienti sono stati trattati Adacolumn e

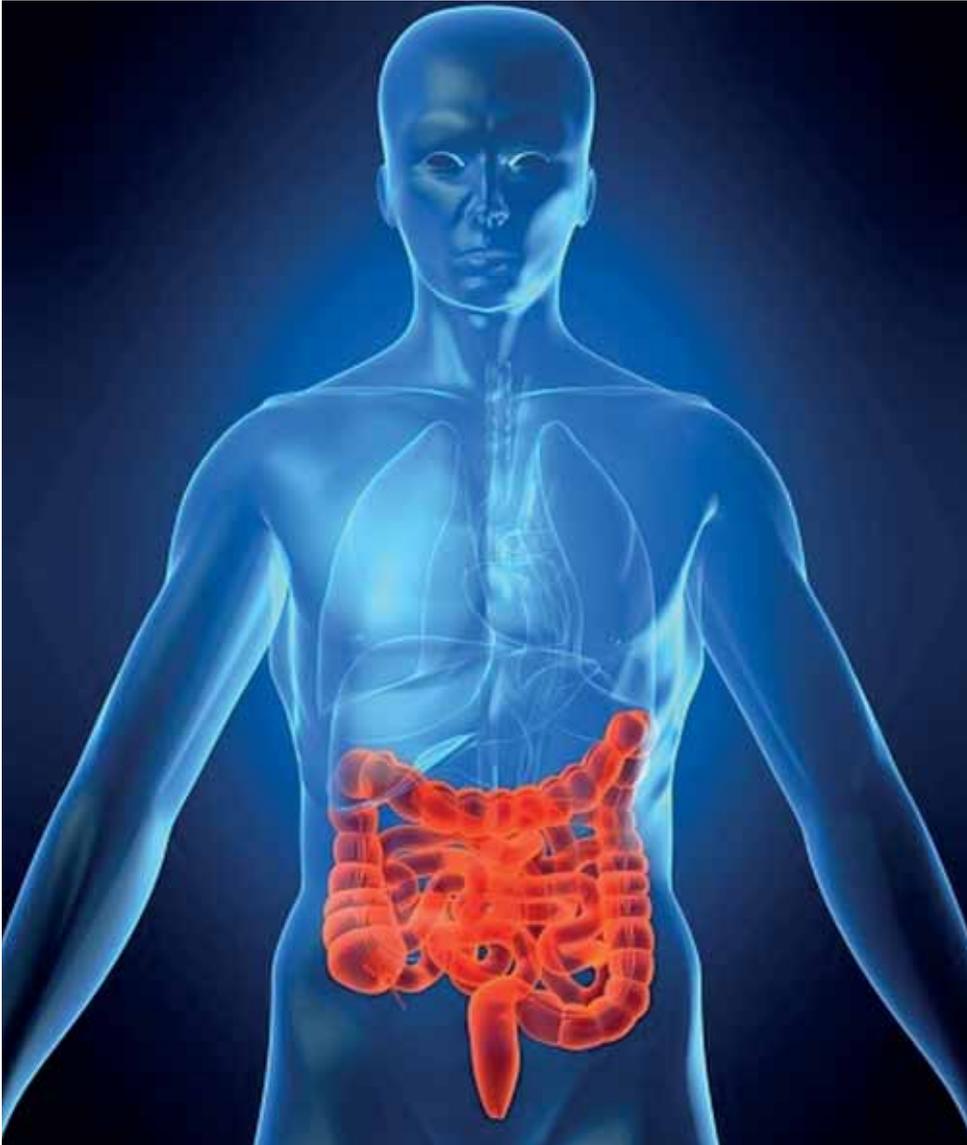
circa 2000 pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali hanno ricevuto questo trattamento in Europa nel 2013-14. Attualmente lo schema di trattamento abitualmente utilizzato prevede un ciclo di una aferesi alla settimana per cinque settimane: ogni seduta ha la durata di un'ora con un volume ematico processato di 1800 ml. Per quanto riguarda la selezione dei pazienti, la metodica trova particolare indicazione nei pazienti pediatrici, negli anziani e nei pazienti corticodipendenti o corticoresistenti. Ma la metodica appare indicata anche nei soggetti che non tollerano corticosteroidi, immunosoppressori, biologici o se l'uso di tali farmaci è controindicato. Inoltre può essere utilizzata come alternativa in quei casi che non rispondono alla terapia tradizionale e in attesa di intervento chirurgico. La GMA ha un profilo di sicurezza notevole.

La probabilità di effetti indesiderati è molto bassa ed è inferiore al 5%. Inoltre gli eventi avversi sono generalmente di grado lieve e spesso sono costituiti da problemi legati all'accesso venoso. Altri effetti segnalati sono la cefalea o la comparsa di brividi durante la procedura. Sono comunque problematiche di lieve entità che non comportano la sospensione delle sedute. L'efficacia della granulomonocitoafesi con Adacolumn è stata documentata in numerosi studi scientifici che hanno complessivamente valutato oltre 1000 pazienti. Come ulteriore evidenza di efficacia di tale terapia sono state

## Granulocitoafesi con Adacolumn®

- Aferesi venovenosa
- Durata: 60 min.
- Flusso: 30 mL/min
- Volume totale di sangue processato: 1.800 mL
- Volume extracorporeo: 210 mL
- Anticoagulante: Eparina sodica 1500/2500 UI/h
- 5 aferesi / una a settimana





remissione sostenuta della malattia, potendo anche associare farmaci immunosoppressori, nonostante la precedente insufficiente risposta, sospendendo l'assunzione di steroidi. Inoltre, non sono stati segnalati eventi avversi con l'uso della metodica aferetica.

Sempre durante la stessa sessione, Rodolfo Sacco in rappresentanza dell'U.O. Gastroenterologia e Malattie del Ricambio-AOUPisana (Direttore Giampaolo Bresci), ha presentato i dati relativi ai risultati a lungo termine di uno studio multicentrico italiano, derivante dal Registro Italiano di Aferesi Terapeutica, che ha coinvolto ben 347 pazienti con colite ulcerosa lieve-moderata di cui 288 erano steroido-resistenti o steroido-dipendenti. E' stato evidenziato come a distanza di 24 mesi dal trattamento con Adacolumn circa il 70% dei pazienti presentava risposta clinica.

condotte due metanalisi, rispettivamente nel 2010 (autori europei) e nel 2014 (autori giapponesi), che hanno dimostrato come Adacolumn riduceva i sintomi e i segni endoscopici di infiammazione in corso di colite ulcerosa in maniera statisticamente significativa. Nonostante vi siano quindi dati evidenti riguardo l'efficacia e la sicurezza di GMA con Adacolumn la ricerca su questa opzione terapeutica e' particolarmente attiva. A testimonianza di cio', al recente congresso internazionale ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) svoltosi a Barcellona dal 18 al 21 Febbraio 2015, nell'ambito di una sessione dedicata a tale terapia, con un panel di esperti intenazio-

nali, la Dr.ssa Ayesha Akbar del St. Mark's Hospital di Londra, ha presentato i risultati ad interim a 48 settimane dello studio ART (Adacolumn in Refractory ulcerative colitis patients Trial): questo studio ha particolare rilevanza poiche' valuta l'efficacia e la sicurezza di GMA in pazienti con colite ulcerosa steroido-dipendenti con insufficiente risposta o intolleranza a trattamenti con immunosoppressori o farmaci biologici: pertanto una popolazione di pazienti considerata "difficile" che va oltre il possibile inquadramento nell'ambito delle linee guida. I risultati hanno evidenziato come dopo 48 settimane dal trattamento con Adacolumn il 30% dei pazienti presentava

Occorre sottolineare che l'AOUPisana per prima in Italia ha utilizzato Adacolumn come presidio terapeutico, vantando da tempo la casistica più elevata nel nostro Paese e tra le prime in Europa. Cio' si e' reso possibile grazie alla proficua collaborazione tra la Gastroenterologia ospedaliera e la Medicina trasfusionale e biologia dei trapianti (direttore, dottor Fabrizio Scatena), con i trattamenti aferetici coordinati dal dottor Alessandro Mazzoni.

Adacolumn rappresenta dunque una valida opportunita' nello scenario terapeutico delle malattie infiammatorie croniche intestinali e appare come un'importante opzione dopo il fallimento dei trattamenti convenzionali.

## Allergie respiratorie: malattie di serie B

**S**iamo già in primavera avanzata, e molti soggetti hanno già iniziato a presentare i primi sintomi della rinite allergica: starnuti, bruciore agli occhi e alla gola, secrezione nasale e tosse. In una buona percentuale di casi, i sintomi sono tollerabili e non comportano limitazioni nella vita quotidiana; non si parla di “malattia” ma di “un fastidio”. In altri, invece, la malattia influisce sulla capacità di attenzione, sulle relazioni della vita quotidiana, può alterare il sonno, con le conseguenze immaginabili. Il paziente necessita di un inquadramento clinico appropriato e terapia adeguata.

### *Definizione, epidemiologia e fattori di rischio*

La rinite allergica è definita clinicamente come un disturbo sintomatico nasale, sostenuto da un'inflammatione IgE-mediata della mucosa nasale, solitamente conseguente all'esposizione all'allergene; i sintomi sono rinorrea, starnuti, prurito e ostruzione nasale, reversibili spontaneamente o in seguito a terapia. La classificazione si basa su parametri di qualità della vita e intensità delle manifestazioni cliniche e sulla loro durata. Per l'intensità si distinguono forme “lievi” o “moderate-severe” (sonno disturbato, limitazioni nelle attività di lavoro, scuola o divertimento, sintomi fastidiosi), mentre si dividono in “intermittenti” (< 4 giorni alla settimana o < 4 settimane) o “persistenti” per durata. La vecchia distinzione “stagionale vs perenne” non viene più applicata, anche per le variabilità temporali negli ultimi relativamente ai periodi di impollinazione delle piante ed alberi allergizzanti, a causa delle variazioni climatiche globali. Circa il 10-25% della popolazione

mondiale risulta affetto dalla patologia, dato probabilmente sottostimato, e la prevalenza sembrerebbe in continuo incremento, da qui un problema sanitario globale. Anche in Italia la prevalenza è elevata, fino al 20% in alcune fasce di popolazione (i giovani) e ci sono evidenze anche in Italia che sia in progressivo aumento, in relazione all'incremento globale della condizione di “atopia”, il substrato individuale che favorisce la comparsa delle allergie respiratorie.

Un aspetto importante è la frequente associazione con l'asma, suggerendo il concetto di “one airway, one disease”, supportato dal collegamento fra le caratteristiche epidemiologiche e fisiopatologiche e dall'approccio terapeutico condiviso tra rinite allergica ed asma. Pertanto tutti i pazienti con rinite persistente dovrebbero essere valutati per l'aspetto asmatico e viceversa.

Molteplici sono i fattori di rischio che possono avere un ruolo nell'eziopatogenesi. Tra i fattori più spesso implicati vi sono gli allergeni, gli inquinanti ambientali ed alcuni farmaci come, per esempio, l'aspirina e altri farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Gli allergeni inalatori responsabili di rinite allergica possono essere distinti in allergeni degli ambienti interni (indoor) il cui aumento si ritiene in parte responsabile dell'aumentata prevalenza di rinite, asma e allergie ed in allergeni degli ambienti esterni (outdoor). In realtà altre condizioni non strettamente legate agli allergeni sono fattori contribuenti, come l'inquinamento degli ambienti interni ed esterni, l'alimentazione e più in generale lo stile di vita dei paesi occidentali: tutto è dimostrato capace

di favorire la sensibilizzazione allergica e quindi l'inizio della malattia.

### *La diagnosi e la terapia*

I sintomi più comuni e spesso lamentati dai pazienti soprattutto in caso di rinite acuta sono rinorrea, ostruzione nasale, prurito nasale e starnutazione. Possono prevalere o gli starnuti (pazienti cosiddetti sneezers) e la rinorrea (pazienti runners) o unicamente l'ostruzione nasale (pazienti blockers). Non sono sempre necessariamente di origine allergica. La storia clinica e la relazione con periodi stagionali o altre condizioni di vita o di lavoro possono già suggerire i fattori allergici che hanno iniziato la malattia ed i fattori che la possono aggravare.

Nei pazienti con rinite lieve intermittente l'esame obiettivo del naso, da fare in genere in occasione di una visita specialistica otorinolaringoiatrica, è opzionale mentre deve essere sempre eseguito con rinite persistente, specie se i sintomi sono moderato-gravi, per escludere poliposi nasale o sinusite.

Le indagini per riconoscere gli allergeni potenzialmente responsabili sono utili per migliorare le strategie di allontanamento dall'allergene. E' possibile in alcuni casi di allergeni animali (allontanare cane o gatto o altri animali domestici dalla casa può portare alla scomparsa dei sintomi), ma è difficile per gli allergeni più frequenti (l'acaro domestico o i pollini di erbacce o di piante). Gli allergeni alimentari sono raramente causa di rinite.

La gestione della rinite ha come obiettivi la riduzione dei sintomi con la terapia farmacologica e il tentativo di interferire con la risposta immune. Comprende quattro pun-



ti fondamentali, l'allontanamento dell'allergene, la terapia farmacologica, l'immunoterapia specifica (ITS) e l'educazione del paziente, in casi selezionati può essere necessario ricorrere alla chirurgia.

Anche per questa patologia è raccomandato un approccio terapeutico "a gradini", che tenga conto del tipo e della gravità della rinite allergica

L'allontanamento dell'allergene dovrebbe essere sempre parte integrante della strategia di gestione ed è la prima misura da applicare, qualora attuabile. Tuttavia sono necessari ulteriori dati per un giudizio definitivo, dal momento che studi hanno considerato solo i sintomi di asma e soltanto pochi hanno preso in considerazione anche quelli nasali.

Il secondo "gradino" riguarda il trattamento farmacologico. L'effetto cessa rapidamente con la sospensione, pertanto nei disturbi persistenti è necessario un trattamento farmacologico prolungato. Alcuni studi hanno confrontato l'efficacia relativa dei farmaci disponibili. I corticosteroidi topici risultano i più efficaci. La scelta del trattamen-

to dipende anche da altri fattori e l'approccio è progressivo.

L'immunoterapia specifica è la somministrazione di quantità di allergene con lo scopo di ridurre i sintomi in seguito all'esposizione naturale. Può modificare il corso naturale delle malattie allergiche e prevenire l'asma. L'immunoterapia dovrebbe essere considerata nei pazienti con insufficiente risposta, effetti collaterali o rifiuto dei farmaci e dovrebbe essere iniziata precocemente per modificare il corso della malattia e prevenire il peggioramento. Attualmente si propone l'uso di vaccini standardizzati in unità biologiche o in massa degli allergeni maggiori.

L'educazione del paziente e/o di chi ne ha cura è indicata in quanto migliora la compliance e ottimizza i risultati della terapia.

***Considerazioni finali: la rinite allergica è sempre una malattia di scarsa importanza?***

Oltre alle condizioni, non frequenti, in cui la rinite allergica influenza in maniera rilevante la vita di tutti i giorni, nonostante una terapia farmacologica appropriata, occorre

ricordare che può portare allo sviluppo di rinosinusite cronica e/o di asma bronchiale.

La lunga durata della rinite allergica, stagionale o perenne, può portare a rinosinusite cronica, con sintomi persistenti e diversi da quelli classici, che possono diventare più invalidanti. Tra questi, la tosse cronica, spesso invalidante e fastidiosa, è il sintomo più frequente che porta alla ricerca infruttuosa di altre cause (malattie polmonari o cardiache); poiché l'origine rino-sinusale della tosse non viene considerata, questi pazienti possono fare lunghi periodi di terapia inappropriata (come quella antiasmatica) senza risultato. Per altro verso, la rinite allergica rende il soggetto a maggior rischio di sviluppare l'asma, che può all'inizio manifestarsi con sintomi lievi rispetto alla rinite. Cio' può portare il soggetto a non affrontare il problema, con il rischio di precipitare in improvvise crisi asmatiche. E' importante che ogni paziente con rinite sia istruito a riconoscere precocemente eventuali sintomi asmatici, anche per poter eventualmente iniziare prevenzione e terapia dell'asma qualora si manifestasse.

## Grandi ernie ventrali: tecniche di riparazione

**L**e “grandi” ernie ventrali sono costante argomento di discussione nel mondo scientifico rappresentando un parte dell’ampio capitolo della chirurgia della parete addominale

L’interesse dei chirurghi è legato alla quotidiana sfida tecnica nel riparare ampi difetti dell’apparato muscolo-aponeurotico che protegge l’addome, quello dei pazienti è determinato dalla coesistenza di problemi sociali, fisici e fisiologici che non hanno altra soluzione se non l’intervento, infine quello delle Multinazionali è alimentato dall’incredibile volume di affari

generato dai dispositivi utilizzati (protesi, mezzi di fissaggio etc) per questo tipo di chirurgia e dalla sfrenata evoluzione tecnologica.

Per avere un’idea è sufficiente leggere il programma della recente 1st World Conference on Abdominal Wall Hernia Surgery svoltasi a Milano dal 25 al 29 Aprile (<http://www.hernia2015-milan.com/48-2/final-program/>).

Le ernie ventrali con diametro superiore agli 8 cm ed associata diastasi dei muscoli retti dell’addome costringono il chirurgo ad affrontare la riparazione focalizzando su un duplice

aspetto: anatomico e fisiologico con l’obiettivo finale di ristabilire l’integrità e la funzionalità della parete, permettere la chiusura con livelli di tensione fisiologica, prevenire recidive e eviscerazione, migliorare il profilo estetico. La **“open component separation” (Open Component Separation, OCS)** descritta da Ramirez nel 1990 e da allora ampiamente utilizzata come tecnica supplementare nella riparazione dei casi complessi, permette di:

- medializzare i muscoli retti a seguito della sezione dell’aponeurosi dell’obliquo esterno
- chiudere la linea mediana



Fig 1 e 2: laparocoele mediano xifo pubico

senza tensione (“tension free repair”).

Sul piatto della bilancia pesa l'elevata incidenza di complicanze post-operatorie a carico della ferita secondarie alla ridotta perfusione dell'ampia porzione di cute sotto minata. L'originale component separation ha subito modificazioni nel corso degli anni ed oggi la procedura viene eseguita con tecnica mini-invasiva in alcuni centri di eccellenza.

In Europa Lars N. Jorgensen (Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen) ha messo a punto una tecnica di separazione laterale dei componenti endoscopica (**Mini Invasive Component Separation, MICS**) e pubblicato due interessanti articoli nell'ultimo anno (systematic review con metanalisi e casistica personale di 19 pazienti).

L'UO di Chirurgia Generale dell'AOU Pisana diretta da Piero Bucciatti, l'UO di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Pontremoli Lunigiana diretta da Liano Gia, L'UO di Chirurgia Generale e Mininvasiva dell'Ospedale di Grosseto diretta da Paolo Bian-

chi hanno creato una collaborazione finalizzata alla creazione di un percorso unico di gestione dei pazienti affetti da “grandi” ernie ventrali.

Antonio Marioni (Pisa), Francesco Di Marzo (Pontremoli) e Luca Felicioni (Grosseto) sono i responsabili di tale progetto, le cui fasi possono essere così sintetizzate:

- ottobre 2014: workshop teorico-pratico (in sala operatoria) presso l'Università di Copenhagen tenuto dal Prof. Lars N. Jorgensen
- novembre-febbraio 2015: approfondimento teorico della tecnica e dei suoi aspetti anatomico-fisiologici, selezione dei pazienti
- marzo 2015: primo caso (Mininvasive Component Separation + open repair)
- aprile 2015: partecipazione alla 1st World Conference on Abdominal Wall Hernia Surgery (condivisione delle esperienze, secondo incontro con il prof. Lars N. Jorgensen)
- maggio 2015: secondo caso (Mininvasive Component Separation + laparoscopic hernia repair)
- giugno 2015: terzo caso (Mi-

ninvasive Component Separation + open repair)

• ottobre 2015: evento annuale sulla chirurgia della parete presso AOU Pisana con sessione teorico-pratica sulla MICS

Dal punto di vista clinico le caratteristiche della nuova metodica sono le seguenti:

1 Indicazioni

- riparazione di ernia della linea mediana (diametro 10-22 cm)
- chiusura di laparostomie (da complicanze chirurgiche, pancreatiti o sindrome compartimentale)
- Prevenzione della sindrome compartimentale dopo riparazione di “grandi ernie” non della linea mediana

2 Vantaggi

- Netta riduzione delle complicanze di ferita (sieroma, infezione, deiscenza cutanea, necrosi cutanea)
- Differenza non significativa in termini di recidiva (minimo vantaggio della tecnica mini invasiva rispetto alla open)
- Differenza non significativa nella degenza post-operatoria (minimo vantaggio della tecnica mini invasiva rispetto alla open).

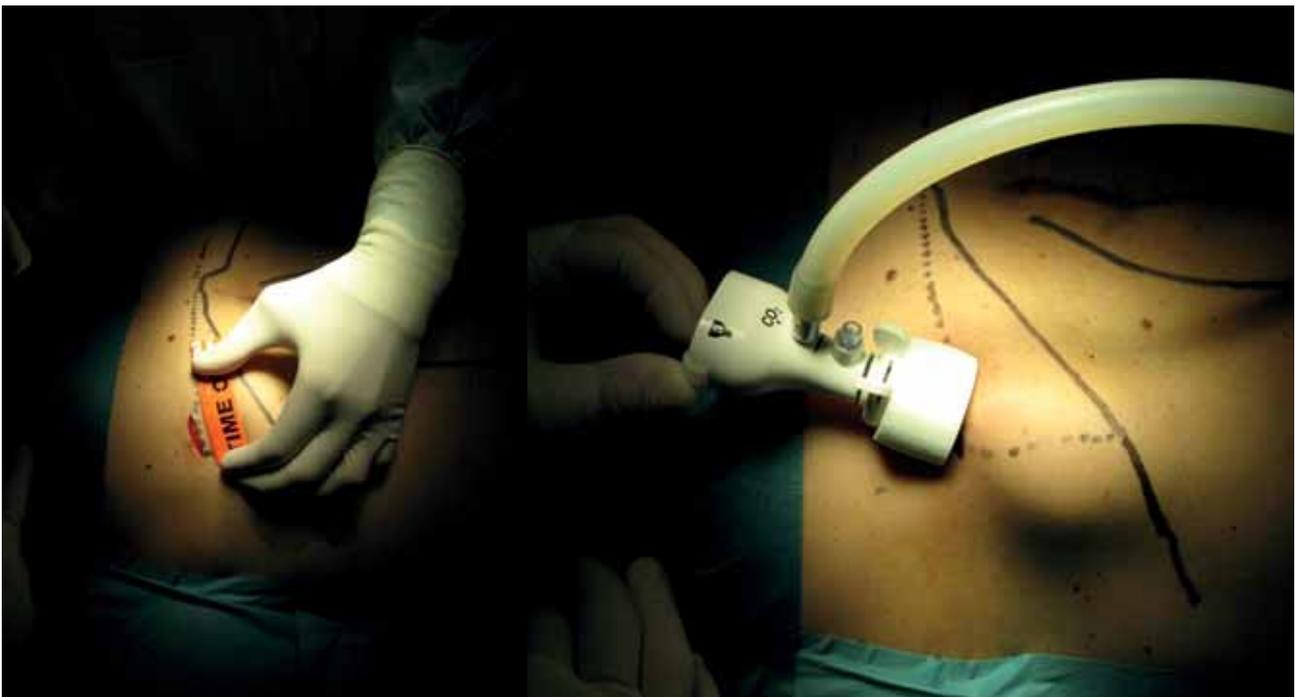


Fig. 3 e 4: Mini invasive component separation: posizionamento del trocar sovracostale

## Malattie muscolari: insieme, si può vincere

**L**e malattie muscolari o miopatie sono affezioni muscolari primitive caratterizzate da una alterazione strutturale e funzionale delle fibre muscolari striate. Si tratta di malattie rare con prevalenza singola di 1:2000 abitanti, ereditarie ed acquisite. Tra le prime, la Distrofia muscolare di Duchenne (DMD) è la più frequente, causata dall'assenza completa della proteina distrofina contenuta nella membrana della fibra muscolare, dovuta a mutazioni del gene localizzato sul cromosoma X; presenta una trasmissione recessiva legata al cromosoma X e colpisce per lo più i bambini maschi. Un'alterazione qualitativa o quantitativa della distrofina provoca varianti più lievi come la Distrofia muscolare di Becker. La distrofia miotonica di Steinert, caratterizzata dalla presenza del cosiddetto fenomeno miotonico che consiste in una contrazione muscolare protratta che persiste dopo una contrazione volontaria per ritardato rilasciamento muscolare e la Distrofia Facio-scapolo-omerale, caratterizzata da una progressiva perdita di forza e atrofia muscolare a carico dei muscoli facciali e del cingolo scapolare, rappresentano le altre due forme di miopatia ereditaria più frequenti. Importanti sono l'età e il sesso del paziente, quest'ultimo fondamentale per discriminare le miopatie a

trasmissione X-linked, la modalità di esordio e l'evoluzione nel tempo, i sintomi ovvero la presenza di intolleranza all'esercizio fisico, di fatica muscolare, di mialgie, di crampi o contratture muscolari, e i segni clinici come ipo-atrofia muscolare, pseudoipertrofia (tipica delle distrofinopatie), deficit di forza, deambulazione anserina, presenza di scapola alata, comparsa di urine scure dopo sforzo fisico (suggestiva di una mioglobulinuria caratteristica delle miopatie metaboliche) o del fenomeno miotonico e, nel bambino, la difficoltà a sollevarsi da terra, manovra che viene eseguita con una sorta di arrampicata su sé stesso. Si procede attraverso un prelievo per il dosaggio degli enzimi muscolari (CPK, LDH, aldolasi), di alcuni indici infiammatori e metabolici (acido lattico, ammonio) e all'esame elettromiografico, utile nella diagnosi differenziale di alcune miopatie. Bisogna decidere se eseguire il test genetico, esame fondamentale per la diagnosi/diagnosi differenziale nel sospetto di una miopatia ereditaria, oppure una biopsia mu-

scolare eventualmente preceduta da esami complementari come il test da sforzo ischemico e il test da sforzo incrementale per il dosaggio di ac. lattico e ammonio (mancato rialzo dell'ac. lattico nelle glicogenosi; eccessivo rialzo di ac. lattico e mancata produzione di ammonio nelle malattie mitocondriali) oppure una TC o una RM muscolare, per definire il pattern di compromissione muscolare. In molti casi è la biopsia che consente di indirizzare lo studio genetico, riconoscere il deficit della proteina responsabile di una forma di distrofia muscolare oppure la presenza di materiale di accumulo o di infiltrati infiammatori. La maggior parte presenta un andamento cronico ed un decorso progressivo che comporta il coinvolgimento di altri sistemi e apparati. Specie nelle miopatie ad insorgenza nell'infanzia, l'interessamento cardiaco rappresenta una delle complicanze più importanti, potendo evolvere verso una cardiomiopatia dilatativa ed essere la principale causa di mortalità nei pazienti; in alcuni casi le manife-



stazioni cardiologiche possono comparire prima dei sintomi/segni neurologici. E' importante un programma di follow-up periodico sia attraverso la valutazione clinica che gli esami strumentali, per poter cogliere eventuali segni precoci di interessamento cardiaco. Una progressiva compromissione dei muscoli respiratori, associata ad una ridotta attività motoria causata dalla progressiva perdita della forza muscolare, è responsabile dell'elevato rischio di complicanze respiratorie sia a carattere infettivo che disventilatorio che possono essere fatali. In presenza di un'insufficienza respiratoria cronica, è necessario ricorrere alla ventilazione non invasiva oppure, in caso di insuccesso, alla tracheotomia. Oltre alla gestione ospedaliera nelle riacutizzazioni respiratorie è importante la gestione domiciliare, attraverso un addestramento dei care-givers, per un maggior tasso di successo. I pazienti miopatici possono manifestare anche disturbi gastrointestinali secondari all'interessamento delle cellule

muscolari lisce del canale alimentare, disturbi dell'apparato foniatrico o alterazioni odontostomatologiche (macroglossia, alterazioni articolari anche a carico dell'ATM) che comporta, la disfagia, responsabile sia di possibili stati di denutrizione con perdita eccessiva di peso corporeo sia di polmoniti ab ingestis, così da rendere necessaria una nutrizione enterale o parenterale. Comuni sono i problemi ortopedici legati alla presenza di deformità ossee come la scoliosi o di retrazioni tendinee. Importanti sono i possibili disturbi cognitivi e comportamentali i quali, associati ai deficit motori, possono determinare difficoltà relazionali che ricadono sia sul vissuto personale che sugli equilibri familiari e sulle interazioni sociali del nucleo familiare. E' necessario un impegno specifico e diversificato attraverso un approccio multidisciplinare che veda coinvolte diverse figure professionali (cardiologi, pneumologi, otorinolaringoiatri, gastroenterologi, ortopedici/fisiatri, logopedisti, nutrizionisti, fisioterapisti/psicomotricisti,

neuropsicologi) le quali, riunendosi in un team di lavoro all'interno di Centri Multidisciplinari di riferimento, possano gestire le complessità della patologia. Al centro, il neurologo quale punto di riferimento programmando consulenze specialistiche, esami diagnostici nonché il timing di esecuzione degli stessi in base all'evoluzione individuale della malattia e al grado di coinvolgimento sistemico.

L'esigenza di individuare un percorso assistenziale sia intraospedaliero sia integrato ospedale-territorio specificamente dedicato è strettamente all'evidente impatto sociale di e alle difficoltà crescenti in termini di carico e di oneri assistenziali, per cui è necessario poter garantire una continuità assistenziale. Quest'ultima può attuarsi attraverso l'integrazione degli interventi. Così si offre la risposta assistenziale più idonea focalizzata sui bisogni del singolo malato, per il miglioramento delle condizioni di vita e l'autonomia del malato oltre che il supporto e il sostegno alle famiglie.

Nel parco commerciale  
di **Ospedaletto-Pisa**, proponiamo  
contesti ideali per il vostro  
**ufficio-studio Medico**

ed **Odontoiatrico\***

*...a pochi minuti  
dal centro città di Pisa*



Unità al **Piano Primo**  
completa di impianto elettrico,  
linea dati e di condizionamento,  
Consistenza: mq **245** ca.,  
servita da montascala a piattaforma.  
Parcheggi di pertinenza.  
**FINITURE DI PREGIO**

Lo spazio proposto è già  
attrezzato con spogliatoi,  
bagni e docce,  
rendendolo perfetto per:  
**Palestre riabilitative,  
e Studi fisioterapici.**

Consistenza:  
P. T. mq **800** ca.,  
Piano Soppalco mq **460** ca..

\* condizioni vantaggiose  
per trasferimenti o start-up.

c.e. «valore tipo» F kWh/mc a. 24,80



**Lefim**

Promotion Real Estate Development

Info: Pettenon S.

☎ 0422.299311 • info@lefim.it • 🌐 www.lefim.it

# La cefalea in età evolutiva: esperienza del Centro di Pisa

La cefalea è un disturbo molto frequente in quanto colpisce milioni di persone di qualsiasi età, sesso, razza e ceto sociale. È divenuta oggi un problema di sempre maggiore interesse rappresentando uno dei più frequenti motivi di consultazione medica.

La cefalea è un disturbo comune anche in età pediatrica costituendo una causa frequente di accesso al pronto soccorso e la prima causa di assenza da scuola, con circa 7-8 giorni persi in media all'anno. Studi epidemiologici recenti hanno evidenziato che circa il 25% dei bambini soffre di cefalea, e il 40% dei bambini in età prescolare e l'80% degli adolescenti presenta almeno un episodio all'anno di mal di testa, mentre il 4,2% ne soffre per più di 10 giorni al mese.

La cefalea in età pediatrica è comunque un problema spesso sottovalutato; viene stimato che circa il 36% dei genitori non sa che il proprio figlio ne soffre. Questo può essere dovuto a vari fattori: la tendenza degli adulti a non credere al bambino che lamenta cefalea, la difficoltà del bambino in epoca pre-verbale nel descrivere in modo adeguato la sintomatologia, il fatto che nei primi anni di vita l'emigrania si presenta spesso con sintomi e segni atipici. Inoltre spesso la

sintomatologia cefalgica è preceduta dalla "sindrome periodica dell'infanzia", insieme di disturbi accessuali e ricorrenti, per lo più di tipo algico e/o neurovegetativo che comprendono principalmente il vomito ciclico, i dolori addominali ricorrenti, i dolori agli arti, le vertigini parossistiche, che vengono considerati come equivalenti emicranici in età precoce.

Mentre l'incidenza di cefalea nei primi tre anni di vita è variabile, anche per le suddette difficoltà nel riconoscerla, dall'età di 4 anni in poi c'è un notevole incremento della prevalenza della cefalea con due picchi di incidenza all'età di 7 e di 12-14 anni, periodi cruciali dello sviluppo e coincidenti con l'ingresso in ambienti diversi da quello familiare (scuola, sport).

Un altro dato importante è l'ampia variabilità di fenotipi clinici con frequente sovrapposizione tra le varie forme di cefalea, cosa che rende fondamentale il ruolo del clinico nell'atto diagnostico, che si basa a tutt'oggi fondamentalmente sulla conoscenza delle caratteristiche della cefalea secondo i criteri stabiliti della International Headache Society (IHS) e sull'esame obiettivo neurologico.

Significativi progressi sono stati realizzati infatti negli anni recenti nello studio sulla genetica della emigrania, ma non esistono ad oggi markers biologici che consentano di confermare la diagnosi che rimane essenzialmente clinica.

## Un problema in crescita...

È stato stimato che negli ultimi 20-30 anni l'incidenza della cefalea sia cresciuta in maniera esponenziale anche a causa del netto cambiamento nello stile di vita. È ben noto infatti che la cefalea è un disturbo multifattoriale in cui la predisposizione genetica gioca un ruolo fondamentale, su cui però agiscono fattori fisici e psichici, come disturbi del sonno, irregolarità alimentari, problemi scolastici, tensioni familiari, eccesso di attività extrascolastiche ed in particolare oggi l'uso eccessivo di videogiochi, tv, tablet e smartphone.

## Un approccio specialistico...

L'importanza di un corretto inquadramento diagnostico sta essenzialmente nel differenziare *le forme primarie* (emicrania con e senza aura, cefalea tensiva, forme miste) (fig.1 e 2), che anche in età evolutiva hanno una netta prevalenza costituendo l'85% dei casi, dalle forme secondarie che rappresentano circa il 15% dei casi.

*Le forme secondarie* possono essere causate da comuni infezioni delle alte vie aeree, difetti della vista, cause dentali, traumi mentre solo una piccola percentuale, variabile dallo 0,4 al 4 %, è attribuibile a patologie intracraniche (malformazioni vascolari, trombosi venosa cerebrale, emorragia intracranica, tumore cerebrale, idrocefalo, infezioni intracraniche).

**Ma quali sono i segni e i sintomi che devono far sospettare una natura organica del disturbo e richiedere quindi un approccio diagnostico adeguato per permettere una diagnosi tempestiva.**

### Cefalea Essenziale

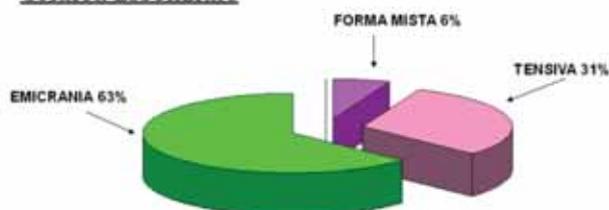


Figura 1

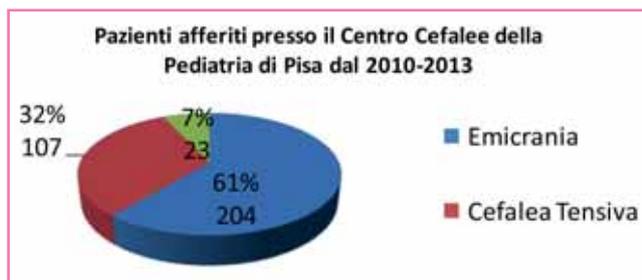


Figura 2

### va?

In un recente articolo (Roser et al, *Neuropediatrics*, 2013) vengono ribaditi 13 *red flags* clinici associati ad un alto rischio di patologia intracranica. I più importanti: alterazione della coscienza e/o del comportamento, aumento della circonferenza cranica, paralisi dei nervi cranici, movimenti oculari abnormi, difetti del campo visivo, sintomi neurologici focali, deficit della deambulazione e/o di crescita, pubertà precoce.

### Attenzione anche...

A attacchi dolorosi intensi, di improvvisa e recente insorgenza specie se notturni o al risveglio, che seguono stimoli meccanici come tosse e bruschi movimenti della testa, variazioni improvvise nella frequenza della cefalea e progressivo incremento dell'intensità del dolore, la presenza di segni suggestivi di facomatosi, una localizzazione fissa del dolore in particolare in sede occipitale, un esordio precoce prima dei 3 anni.

L'importanza strategica di questo processo diagnostico che ci impone innanzitutto di distinguere le forme primarie dalle secondarie, svolge anche una funzione terapeutica, tranquillizzando il bambino e la famiglia e fornendo la consapevolezza di una corretta presa in carico del problema.

### Dove, come e a chi rivolgersi...

Presso la Clinica Pediatrica di Pisa diretta dal Prof. Giuseppe Sagge, è attivo il Centro Cefalee della Neurologia Pediatrica, di cui è responsabile la dott.ssa Alice Bonuccelli, che ha iniziato la propria attività da circa 30 anni. È possi-

bile prenotare le prime visite e i controlli presso il CUP pediatrico (tel. 050/992544).

Per ogni paziente che accede presso il nostro centro viene innanzi-

tutto effettuata una valutazione anamnestica, un esame obiettivo generale e neurologico completo ed una valutazione del grado di disabilità e intensità del dolore, basata sull'entità di compromissione delle attività scolastiche, ludiche, del ritmo sonno-veglia, dell'appetito, etc.

Sulla base di questi dati verrà impostato un iter diagnostico-terapeutico individualizzato al singolo paziente nei tempi opportuni; ciò è possibile grazie anche alla stretta collaborazione con le altre branche specialistiche della pediatria (amb. endocrinologia, adolescenza, dell'obesità, ecc) oltre che con le altre branche della medicina, in particolare il servizio di Neuroradiologia della AOUP e il servizio di NPI della Asl 5.

In assenza di segni e/o sintomi d'allarme che richiedono un rapido accesso alle indagini strumentali e se la frequenza del disturbo lo consente, il paziente viene monitorizzato tramite un diario della cefalea, formulato sulle specifiche caratteristiche e competenze del bambino. Tale diario, che deve essere compilato direttamente dal soggetto, eventualmente con l'aiuto dei genitori, è di fondamentale importanza per la diagnosi, in quanto consente di avere elementi concreti sulla cefalea (frequenza, intensità, durata), sulla presenza di sintomi associati ed eventuali fattori scatenanti, e inoltre di monitorarne l'andamento e valutare gli effetti della terapia.

Il primo passo terapeutico, è sempre quello di consigliare un corretto stile di vita, evitare eventuali fattori scatenanti e di somministrare precocemente la terapia antidolorifica in caso di episodi di elevata intensità.

La decisione di iniziare una profilassi antiemigranica verrà presa in base al grado di disabilità prodotto, valutato in base alla frequenza, durata e intensità del disturbo stesso. Chiaramente il trattamento dovrà essere adeguato al singolo paziente, tenendo ben presente che il bambino è un paziente peculiare: occorrerà quindi scegliere il farmaco più appropriato, in base anche alle indicazioni ministeriali riguardo la sicurezza ed efficacia del medicinale in queste fasce di età e ai dati della letteratura, al minimo dosaggio, informando adeguatamente il paziente e i genitori sulla scelta del farmaco e sui possibili effetti indesiderati.

Tutto ciò costituisce una premessa fondamentale per instaurare la cosiddetta "alleanza terapeutica" medico-paziente ed ottenere una buona compliance e quindi un'adeguata risposta terapeutica.

### Alleanza ospedale-territorio-famiglia...

Va infine sottolineato il ruolo centrale del pediatra di famiglia che spesso per primo si trova a valutare un bambino con cefalea e che nella consapevolezza della complessità del dolore cefalalgico nel paziente pediatrico, deve tener presente i segni clinici e i sintomi di allarme che necessitano di una valutazione diagnostica tempestiva, e che un esordio precoce, soprattutto nelle forme familiari, può rappresentare un importante fattore di rischio per la cronicità in età adulta tale da richiedere una presa in carico specialistica da parte del neurologo pediatra.

Oggi l'attenzione verso questo problema è sicuramente cresciuta sia nelle famiglie sia in ambito medico, ma occorre andare avanti nel campo della ricerca e quindi implementare le linee guida per la diagnosi e la terapia della cefalea in età pediatrica al fine di ottimizzare al massimo la gestione di questo importante disturbo che molto influisce sulla qualità di vita del bambino e sulle sue competenze sociali.

# Epilessia: ecco le nuove linee guida

L'epilessia è stata definita come un disturbo cerebrale caratterizzato da una persistente predisposizione a sviluppare crisi epilettiche (ILAE-International League Against Epilepsy, 2005). Questa definizione, nella pratica clinica, comporta l'occorrenza di almeno due crisi epilettiche *non provocate* insorte ad almeno 24h di distanza. La connotazione di crisi 'non provocate' richiede l'assenza di condizioni patologiche temporanee e reversibili di scatenamento di crisi epilettiche (ad es. ipertermia, intossicazioni acute, sospensione di alcool, ecc.). Il termine non si riferisce ai fattori scatenanti una crisi in una persona con epilessia (ad es. mancata assunzione della terapia, rilevante deprivazione di sonno, ecc.)

Di recente l'ILAE ha rivisto questa definizione, poiché, in alcune condizioni, essa appare inadeguata, sia dal punto di vista concettuale (definizione della malattia alla luce delle attuali conoscenze scientifiche) che operativo (riflessi pratici della concettualizzazione di malattia) (Fisher et al. A practical clinical definition of epilepsy. ILAE Official Report, *Epilepsia* 2014; 55:475-482).

Ad esempio, un paziente può presentare un'unica crisi non provocata, ma con un rischio di recidiva paragonabile a quello presente dopo due crisi non provocate. Un paziente potrebbe avere una epilessia fotosensibile, ma non essere considerato affetto da epilessia, perché le sue crisi sono provocate (riflesse). Un altro paziente potrebbe essere libero da crisi e da farmaci antiepilettici da anni, ma essere considerato ancora affetto da epilessia. Nella Tabella 1 è riportata la nuova definizione clinico-pratica di epilessia, ad uso dei pazienti, dei ricercatori, dei medici e degli enti regolatori/legislativi.

La prima novità è che l'epilessia va considerata come una malattia, e non più come un disturbo, perché questo termine è scarsamente compreso dai più, minimizza la gravità dell'epilessia ed implica una condizione non sempre duratura. L'epilessia, altra novità, si può diagnosticare quando un paziente ha avuto una unica crisi epilettica ma presenta una patologia cerebrale (ad es. esiti di trauma cranico, di ictus, di infezioni, o una neoplasia endocranica, ecc.) che è noto essere associata ad un elevato rischio di ricorrenza di crisi, per un

abbassamento patologico della soglia di eccitabilità neuronale. Ancora, viene introdotta la categoria diagnostica di epilessia probabile, aggettivo utilizzato per altre patologie neurologiche, quando ad una singola crisi si associa l'evidenza di una lesione cerebrale potenzialmente epilettogena, ovvero un tracciato EEG epilettiforme, che aumenta il rischio di ricorrenza delle crisi entro un tempo massimo di 10 anni. Oltre tale finestra temporale la ricorrenza di una crisi può teoricamente essere in relazione ad una diversa patologia cerebrale sopravvenuta nel frattempo.

Un altro aspetto nella nuova definizione pratica di epilessia sottolinea che se esiste una diagnosi di sindrome epilettica, si presume che l'epilessia sia presente, anche in caso di un basso rischio di crisi successive (ad es. l'epilessia benigna con punte centro-temporali). Quindi se il paziente presenta anche solo una crisi epilettica nel contesto però di una sindrome epilettica (ad es. Sindrome di Lennox-Gastaut) la diagnosi di epilessia è quanto meno probabile.

Questa nuova definizione di epilessia non vuole consegnare al medico curante l'onere di calcolare il

**Tabella 1. Definizione clinico-pratica di epilessia**

L'epilessia è una malattia cerebrale definita da una delle seguenti condizioni:

1. almeno 2 crisi non provocate (o riflesse) separate da >24h;
2. 1 crisi non provocata (o riflessa) ed una probabilità di ulteriori crisi simile al rischio generale di recidiva (almeno 60%) dopo 2 crisi non provocate, nei successivi 10 anni;
3. diagnosi di una sindrome epilettica.

L'epilessia è considerata *risolta* nei soggetti che avevano una sindrome epilettica età-dipendente, ma che hanno poi superato il limite di età applicabile o in quelli che sono rimasti liberi da crisi per almeno 10 anni, in assenza di terapia antiepilettica negli ultimi 5 anni.



dell'epilessia, la nuova definizione operativa definisce risolta (equivalente quindi a guarigione) l'epilessia in soggetti che hanno avuto una sindrome età-dipendente, ma che hanno superato l'età applicabile, o nei soggetti rimasti liberi da crisi negli ultimi 10 anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni. La risoluzione dell'epilessia implica che la persona non è più affetta da epilessia, ma non garantisce che questa non si ripresenti. Il rischio di recidiva dipende dal tipo di epilessia, dall'età, dalla sindrome, dal trattamento e da altri fattori, e diminuisce con il passare del tempo, sebbene probabilmente non raggiunga mai i livelli presenti in persone che non hanno avuto una precedente crisi.

rischio di recidiva dopo una singola crisi non provocata, dato che le informazioni a riguardo sono nella gran parte dei casi scarse o poco chiare, e l'applicazione ottimale di questa definizione richiede spesso capacità diagnostiche ed interpretative specialistiche. Tuttavia, se il medico curante si rende conto che vi è una predisposizione duratura a crisi non provocate, con un rischio paragonabile a quello di soggetti che hanno avuto due crisi non provocate (pari a circa il 60-90%), allora anche quel paziente deve essere considerato affetto da epilessia.

La nuova definizione di epilessia è finalizzata a sensibilizzare i medici sulla necessità di attribuire maggiore considerazione al rischio di recidiva dopo una singola crisi non provocata, consentendo anche una diagnosi più precoce, e quindi

interventi che possano modificare il decorso della malattia o prevenire i rischi di danni fisici e le conseguenze sociali derivanti da crisi ricorrenti. La diagnosi può inoltre facilitare la decisione del medico di iniziare un eventuale trattamento farmacologico. Tuttavia la decisione terapeutica è indipendente dalla diagnosi, e dovrebbe essere personalizzata in funzione dei desideri del paziente, del rapporto rischio-beneficio individuale e delle opzioni a disposizione. Ad esempio, il trattamento farmacologico può essere procrastinato in caso di crisi a bassa frequenza, crisi non disabilitanti, ovvero terapia per un tempo limitato come profilassi post-neurochirurgica, post-cranio-traumatica, ecc.

Mentre la definizione tradizionale non prevedeva la risoluzione

La diagnosi di epilessia in persone che non sarebbero rientrate nei precedenti criteri diagnostici può condizionare notevolmente la loro vita, poiché l'epilessia si associa ad uno stigma importante, comporta ripercussioni psicologiche, sociali, cognitive ed economiche rilevanti. Allo stesso modo, la possibilità di dichiarare risolta l'epilessia può eliminare le implicazioni relative alla patologia nei soggetti non più considerati affetti da questa malattia.

La nuova definizione diagnostica di epilessia ha importanti implicazioni economiche (trattamento precoce), psicologiche (stigma), economiche (lavoro) e legislative-sanitarie, ma d'altro canto anche conseguenze positive (criteri di risoluzione della 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)**

## Uveiti e malattie rare in oculistica: la realtà della clinica universitaria

**L**e malattie rare, insieme alle uveiti, rappresentano un'entità di non facile gestione per l'oculista ambulatoriale. Da 4 anni la U.O. Oculistica Universitaria Pisana, diretta da Marco Nardi, si occupa della gestione clinica e del follow-up di questi pazienti attraverso l'ambulatorio delle Uveiti e delle Malattie Rare. L'ambulatorio è gestito da Michele Figus e da una Assegnista di Ricerca, Chiara Posarelli.

Il primo passo per la gestione di queste patologie è rappresentato dall'inquadramento diagnostico che consiste in una visita oculistica specialistica finalizzata a classificare la patologia oculare attraverso sistemi di classificazione standardizzati. Sulla base dell'esame obiettivo effettuato è quindi posto un sospetto diagnostico da confermare con esami specialistici di secondo livello quali ecografia oculare, tomografia a coerenza ottica (OCT) e angiografia retinica; questi esami possono essere svolti presso la

stessa struttura, previo appuntamento tramite CUP. In tutti quei casi dove il problema non sia solo oculistico, al paziente sono indicati specifici esami ematochimici da svolgere e vengono programmate idonee consulenze. L'ambulatorio si avvale di una stretta collaborazione con le UU.OO. di Reumatologia, Neurologia e Malattie Infettive.

Attualmente il nostro ambulatorio conta un numero di 479 pazienti. La maggior parte di questi sono affetti da uveiti di competenza oculistica, poi da forme idiopatiche. Vi sono però anche molti pazienti con patologie di tipo autoimmune e in numero minore pazienti affetti da malattie infettive o patologie neurologiche. La nazionalità dei pazienti per il 90% è italiana con solo un 10% dei pazienti di razza straniera, con una preponderanza per il Marocco. L'età media dei nostri pazienti è 50 anni, quindi si tratta di una popolazione in età lavorativa con importanti costi sociali nel caso in cui vi sia una importante ridu-

zione della capacità visiva.

L'anamnesi sistemica di base è molto varia: il 39,45% dei pazienti non ha diagnosi di patologia sistemica, il 25,85% ha la malattia di Behçet (Fig.1), il 10,88% ha una causa infettiva, il 6,12% ha malattia di Horton, il 3,44% ha patologia HLA B27-associata (0,7% con spondilite anchilosante, 0,7% con malattia di Reiter e 2,04% con connettivite indifferenziata), il 2,72% ha uveite associata a patologia tiroidea, l'1,36% ha malattia di Sjögren e un'uguale percentuale uno pseudotumor cerebri o sarcoidosi, lo 0,7% dei pazienti ha sclerodermia, malattia di Still, artrite reumatoide, linfoma, lupus sistemico eritematoso, malattia di Churg Strauss, sindrome da Anticorpi anti-fosfolipidi, artrite idiopatica giovanile, fibromialgia, malattia di Eales e miastenia gravis (Fig.2).

Per quanto riguarda la gestione terapeutica, il trattamento prevede in prima analisi la gestione tempestiva del problema a livel-

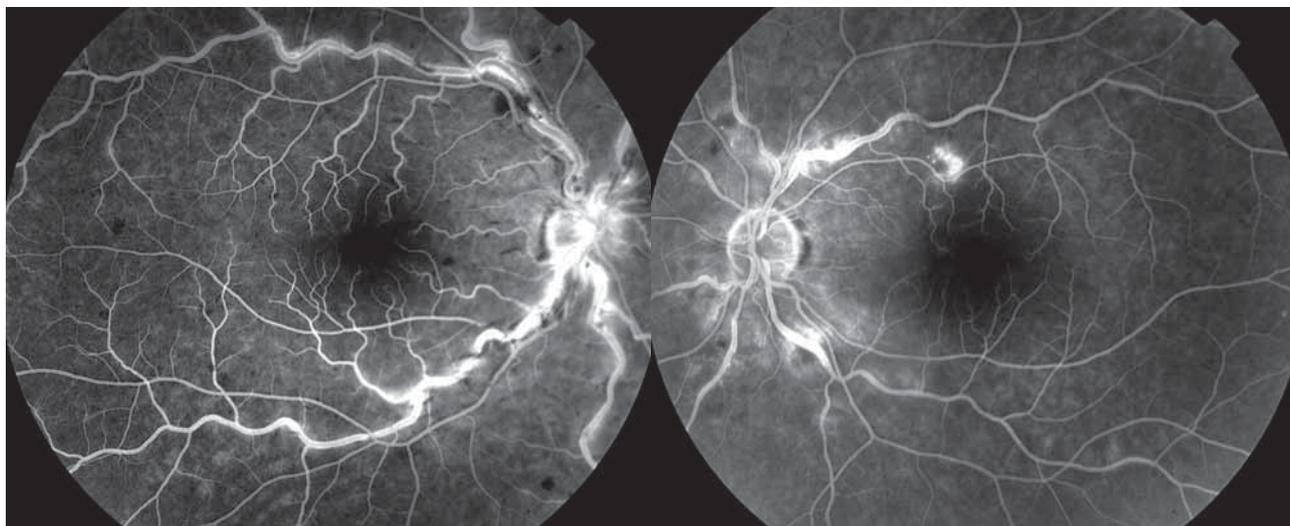


Figura 1: Vasculite retinica bilaterale in un paziente affetto da malattia di Behçet

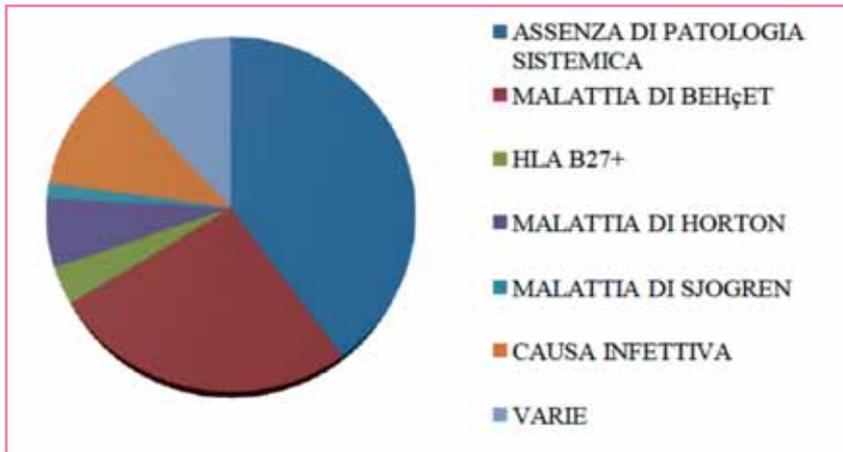


Figura 2: Diagnosi alla prima visita

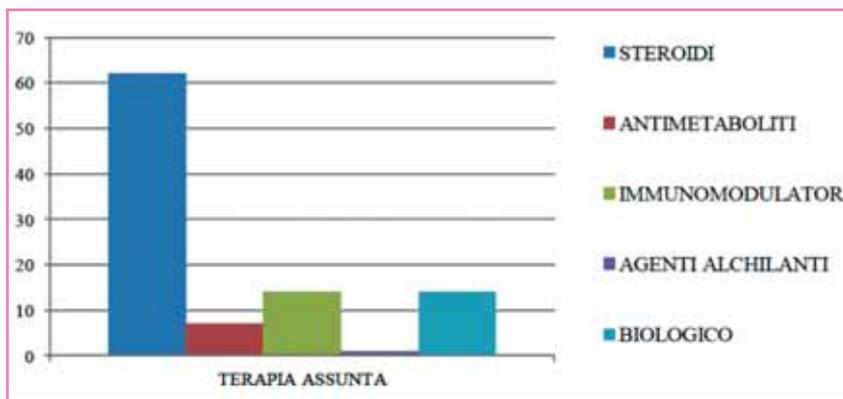


Figura 3: Terapia assunta alla prima visita

lo oculare in modo da limitare le complicanze che, se non gestite, o gestite solo parzialmente, possono diventare causa di una riduzione importante e non sempre reversibile della funzione visiva. Dall'altra parte spesso il paziente richiede un trattamento multidisciplinare che prevede

la somministrazione di farmaci immunosoppressivi allo scopo di migliorare la prognosi visiva limitando il numero di recidive e gli effetti collaterali associati alla terapia topica con steroidi. Dando uno sguardo alla nostra coorte i dati risultano i seguenti; il 71,43% dei pazienti alla prima

visita risulta già avere assunto terapia sistemica, di questi il 42,02% usa o ha usato steroidi, il 4,76% usa antimetaboliti, il 9,52% è in trattamento con immunomodulatori e una uguale percentuale risulta in trattamento con i biologici (Fig.3)

Le complicanze riscontrate con maggiore frequenza nei pazienti con uveiti sono rappresentate da cataratta, ipertono oculare, glaucoma e edema maculare cistoide (Fig.4) dopo un follow-up medio di  $12,83 \pm 9$  mesi e sono perfettamente allineate con quanto riportato in letteratura.

La gestione delle complicanze delle uveiti molto spesso prevede di ricorrere alla chirurgia con risultati soddisfacenti da un punto di vista funzionale. Da ricordare tuttavia che la chirurgia in questi occhi presenta livelli di difficoltà e una gestione post-operatoria non banale; pertanto l'esperienza del chirurgo sia nell'atto pratico che nei successivi controlli è fondamentale per una buona riuscita dell'intervento.

In conclusione appare evidente come una buona gestione del paziente affetto da malattie rare e/o da uveiti sia strettamente legata al mantenimento della funzione visiva; altrettanto importante nella gestione di questi pazienti appare un trattamento multidisciplinare volto a stabilizzare la patologia di base del paziente.

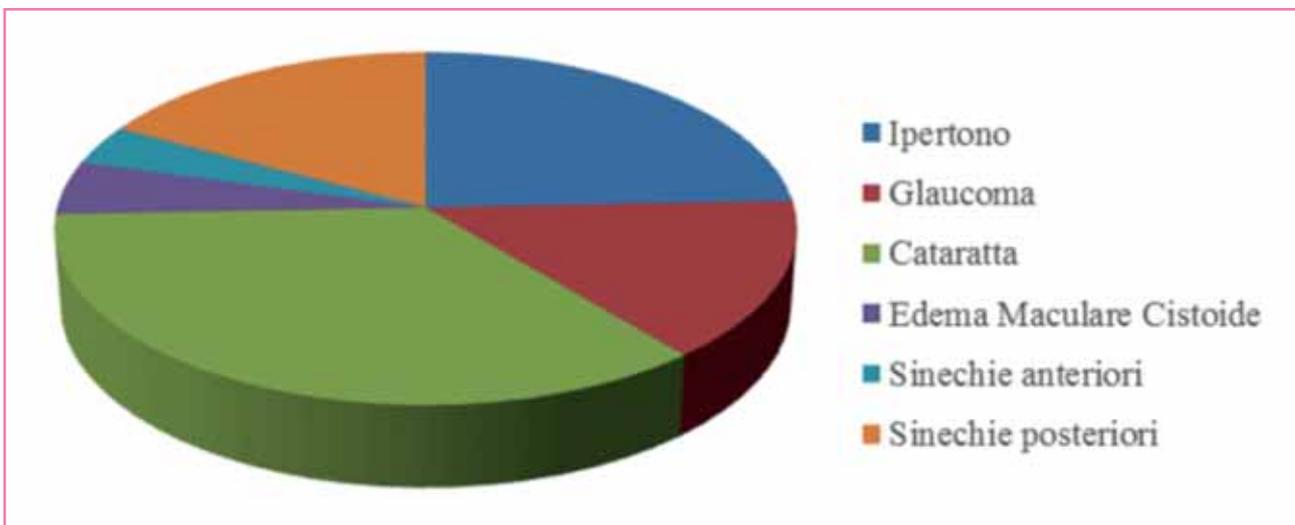


Figura 4: Complicanze nel corso del follow-up

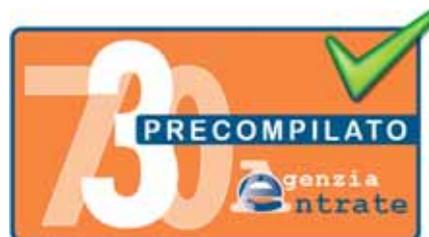
## Qualche numero

**Q**uesto è il periodo dell'anno più "caldo" per i contribuenti che sono chiamati alla predisposizione della dichiarazione dei redditi e al pagamento delle innumerevoli imposte e tasse (a saldo ed in acconto) che si versano tra giugno e luglio: Irpef, Addizionale Regionale, Addizionale Comunale, cedolare secca, altre imposte sostitutive, Ivafe, Ivies, Contributo di solidarietà (queste derivanti dalla compilazione della dichiarazione) oltre le altre imposte comunali che portano la stessa scadenza: Imu, Tasi, Tari. Ma a parte la solidarietà per lo sforzo di liquidità al quale sono chiamati i cittadini, invece che alle normative tributarie, volgiamo per una volta lo sguardo ai dati che emergono dagli studi di Istituzioni e Associazioni.

Ad esempio si scopre che nell'anno 2013 tra la popolazione Italiana composta da quasi 61 milioni di abitanti, solo 41 milioni sono stati i contribuenti, e solo 31 milioni di cittadini hanno versato alle casse dell'erario almeno un euro. Ciò in buona sostanza significa che solo la metà della popolazione Italiana ha effettuato un pagamento. Procedendo con l'approfondimento si

legge che sono circa 10 milioni coloro che dichiarano fino a 7.500,00 euro (e versano circa 55,00 euro di imposta) che sono circa 8 milioni e settecentomila i contribuenti che dichiarano importi oscillanti tra i 7.500,00 euro e 15.000,00 euro, che sono 6,2 milioni coloro che hanno un reddito tra i 15.000,00 ed i 20.000,00 euro. Ancora: solo poco più di un milione di cittadini superano i 55.000,00 euro lordi di reddito mentre sono 339 mila i contribuenti che hanno guadagnato tra i 100.000,00 euro ed i 200.000,00 euro. Infine gli italiani che hanno guadagnato più di 200.000,00 euro sono appena 106.356..... Insomma numeri che fanno pensare....

Altri studi ci raccontano che in Italia i proprietari di prima casa sono quasi 20 milioni mentre sono 25 milioni i proprietari di altri immobili. In base alla normativa sulla fiscalità locale saranno 8.047 i Regolamenti comunali (con aliquote e casistiche diverse tra loro) che stabiliranno le regole e le aliquote per l'Imu, la Tasi e la Tari. Che complessivamente i liberi professionisti sono quasi 3,4 milioni. Di questi lavoratori autonomi il 17% lavora per un unico committente, ed un terzo di



tutti i professionisti ricava l'80% del proprio reddito da un unico committente (pare incredibile).

Ancora qualche numero: 20 milioni sono stati i modelli 730 precompilati inviati dall'Agenzia delle Entrate ai contribuenti, e al momento (il dato è parziale in quanto il termine ultimo per l'invio è previsto per il mese di luglio) pare siano stati in 200.000 soggetti ad utilizzare la dichiarazione precompilata. Le istruzioni del Modello Unico 2015 (cioè le istruzioni per la compilazione della dichiarazione dei redditi) sono composte da 259 pagine, le istruzioni per la compilazione della dichiarazione Irap sono composte da 106 pagine.

Tutti e solo numeri, ma che raccontano come e altrettanto bene delle parole.

(Fonte "Italia Oggi", "Il Corriere della Sera")



## Sindrome da Burn-Out

Il personale medico e paramedico è frequentemente esposto a situazioni di grande stress sia fisico che psicologico e una particolare attenzione è stata dedicata dalla ricerca clinica, negli ultimi anni, allo sviluppo di sintomi psichici e somatici negli operatori della salute, oltre che all'individuazione di potenziali fattori di rischio o protettivi al fine di strutturare interventi mirati di prevenzione. La ricerca psichiatrica ha utilizzato frequentemente il termine *burn-out* (*Burn-out Syndrome*) per definire questo *logoramento* professionale e psicologico. Tale termine, traducibile letteralmente come *essere bruciato*, sta ad indicare una condizione di esaurimento emotivo derivante dallo stress dovuto alle condizioni di lavoro e a svariati fattori relativi alla sfera personale e ambientale, come il divario tra le richieste e/o le aspettative personali e la realtà lavorativa. Questa definizione evidenzia il *burn-out* come uno stato psicologico correlato alla prolungata esposizione a fattori di stress correlati al lavoro. I tassi di prevalenza riscontrati variano tra il 10 e il 50% in relazione alle diverse professioni, agli strumenti diagnostici adottati e alle caratteristiche delle popolazioni esaminate.

I professionisti che operano nel campo della salute spesso pagano il costo emotivo dell'aver quotidianamente a che fare con la sofferenza delle persone e con l'essere investiti del ruolo di alleviare questa sofferenza e/o di eliminarne la causa. Le attività medica e paramedica possono risultare molto stressanti per l'imprevedibilità del lavoro quotidiano, per il frequente confronto con fasi acute delle malattie, per la necessità di confrontarsi con le aspettative e con le reazioni emotive di pazienti e familiari esposti a loro volta a situazioni inattese, oltre che, infine, per l'articolazione in turni spesso troppo faticosi.

L'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, APA 2013) ha riportato, tra le principali modifiche, la ridefinizione dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, e in particolare del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), all'in-

terno di un capitolo a sé stante. Inoltre, è stato per la prima volta esplicitato come l'esposizione professionale a situazioni quali il primo soccorso possa costituire un evento traumatico tale da scatenare il PTSD.

Molte caratteristiche psicologiche del *burn-out* corrispondono proprio a reazioni di spettro PTSD con sintomi di rievocazione (come incubi e *flashback*), evitamento, ottundimento affettivo e aumentato *arousal* (come disturbi del sonno, facile irritabilità). In uno studio recentemente condotto sul personale medico e paramedico impiegato nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, per esempio, sono stati riscontrati tassi di PTSD pari al 15,7%, cioè circa 6 volte il tasso riscontrato nella popolazione generale italiana.

Come categoria di professionisti della salute, anche gli odontoiatri possono manifestare una





maggior suscettibilità a quadri derivanti dall'effetto dello stress lavorativo sul loro benessere fisico, psicologico e professionale. Nell'ultimo decennio, una letteratura crescente ha mostrato che i dentisti rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile al *burn-out* professionale, ai disturbi d'ansia e depressivi, oltre che a problematiche legate all'uso di alcol. Sebbene non siano stati ancora intrapresi studi rigorosi dal punto di vista statistico, la letteratura riporta anche tassi di suicidio più alti nei dentisti rispetto ad altre categorie occupazionali. E' verosimile che almeno una parte di questa vulnerabilità sia da ricondurre al particolare tipo di attività clinica che gli odontoiatri svolgono. Tuttavia, da alcuni studi emerge che gli elevati livelli di stress esordiscono in questa categoria di soggetti già fin dal corso di studi in odontoiatria, così come il *burn-out* profes-

sionale insorgerebbe in fasi molto precoci della carriera lavorativa. Questo ha fatto ipotizzare che la maggior suscettibilità dei dentisti alla patologia stress-correlata potrebbe per altra parte derivare anche da alcuni tratti di personalità particolarmente comuni in coloro che decidono di intraprendere questa professione.

Sebbene ancora scarsi, stanno emergendo i primi dati sul ruo-

lo dei sintomi di spettro autistico come importanti mediatori nel rischio di sviluppare PTSD, soprattutto alcune forme a decorso cronico e più grave. Altri studi, inoltre, evidenziano come alcuni tratti di spettro autistico, in particolare quelli correlati all'empatia, possano influenzare la scelta professionale e, per quanto concerne l'ambito sanitario, la branca specialistica intrapresa. Alla luce di queste interessanti ricerche preliminari, la clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa ha intrapreso uno studio sulla qualità di vita e sullo spettro PTSD negli odontoiatri di tutta Europa con l'obiettivo specifico di indagare la prevalenza di sintomi di spettro autistico dell'adulto e le loro potenziali correlazioni con i sintomi dello spettro PTSD e con le diverse dimensioni del benessere fisico, psicologico e professionale. I primi risultati ottenuti dai dati raccolti in maniera anonima da oltre duecento odontoiatri europei saranno pubblicati e condivisi con la comunità scientifica già a partire dalla fine di questo anno.



## Dentisti senza frontiere

**N**el 1995 Suor Valeria, si presentò nel mio studio dentistico di Lastra a Signa, in provincia di Firenze. Lei che è ancora oggi una grande missionaria mi parlò della Guinea Bissau e di quanto fosse importante portare in quei luoghi un sostanziale aiuto che potesse migliorare la condizione di vita dei popoli che ci vivono. Mi chiesi: "Guinea Bissau; dov'è, cos'è?". Effettivamente era la prima volta che la sentivo nominare. Mi rispose: "E' una piccola nazione che si trova in Africa, all'Equatore, sull'oceano Atlantico. E' uno dei paesi più poveri del mondo".

Un anno dopo il faticoso incontro, la curiosità e la stimolazione che indussero in me le parole pronunciate dalla suora mi spinsero a prendere un aereo per la Guinea Bissau insieme al dott. Giuseppe Castello, specialista in cardiologia. Ci presentammo alla missione di Quinhamel dov'era presente un ospedale distante circa 40 km dalla capitale. Prima della mia partenza avevo inviato sul posto del materiale denta-



Suor Caterina (infermiera)



Bicchierini Giuseppe (odontoiatra)

rio professionale, una poltrona odontoiatrica e ad un trapano portatile al fine di avviare un studio dentistico che potesse lavorare, seppur con qualche ristrettezza, in autonomia. Mi sentivo elettrizzato e pronto ad una sfida toccante dal lato umano e pro-

fessionale. Iniziarono ad arrivare i primi pazienti, molti dei quali inviati dall'ospedale, tra cui donne in stato interessante e malati con problematiche più o meno gravi. Mi si affiancò subito suor Caterina, una infermiera dell'ospedale, iniziando a fare estra-

zioni e cure. Dopo quindici giorni, e tanta fatica ma anche molto entusiasmo curammo in quello studio circa 400 persone. Pensavo di continuo alle soluzioni che potevano essere adottate al fine di migliorare le condizioni di lavoro, in quanto c'era l'esigenza di curare molte persone sofferenti. Il materiale che fu inviato in occasione del mio secondo viaggio permise, infatti, di intensificare il lavoro e migliorare le condizioni generali di lavoro grazie anche agli

insegnamenti che riuscivo a dare a suor Caterina che le permettevano di gestire le condizioni urgenti in autonomia. Poi venne un periodo oscuro, causato dalle dinamiche politiche interne che crearono le condizioni dello scoppio di una sanguinosa guer-



Valtriani Giulia (igienista)



Molesti Sara (igienista)



ra civile. Finita la rivoluzione ripresero i miei viaggi in Guinea. Nel frattempo in Italia trovai una grande collaborazione nel dott. Fabio Franceschini con il quale abbiamo realizzato molte iniziative, tra cui la costruzione di un altro studio odontoiatrico. Si formò un gruppo sempre più folto, così nacque l'idea e di formare professionalmente e didatticamente dei ragazzi che potessero praticare la professione di dentista in autonomia. Nacque una piccola scuola con otto studenti che seguivano lezioni teoriche e pratiche impartite da noi medici che ci alternavamo in questo compito di insegnanti. Dopo 3 anni lo stato della Guinea ha riconosciuto a quegli studenti i diplomi di "dentista-pratico" ovvero una figura professionale che sotto la responsabilità di un medico possano esercitare la professione. Il dott. Lazzerini e il dott. Bicchierini hanno dedicato molto tempo a questa attività insegnando sia la parte di terapie generali che quella riguardante gli interventi di implantologia endossea.

Un significativo momento è quello dell'apertura di un nuovo studio dentistico a Kelele, a circa 10 km dalla capitale, grazie al nostro contributo e a quello di un benefattore americano, Richard Altig. Lo studio che è un gioiello sia dal punto di vista professionale sia dal punto di vista funzionale è affidato a due dentisti pratici che curano circa 1000 persone al mese, tutto sotto la supervisione della responsabile Suor Caterina Ferro. Un grazie sentito va a tutti i medici che hanno collaborato.

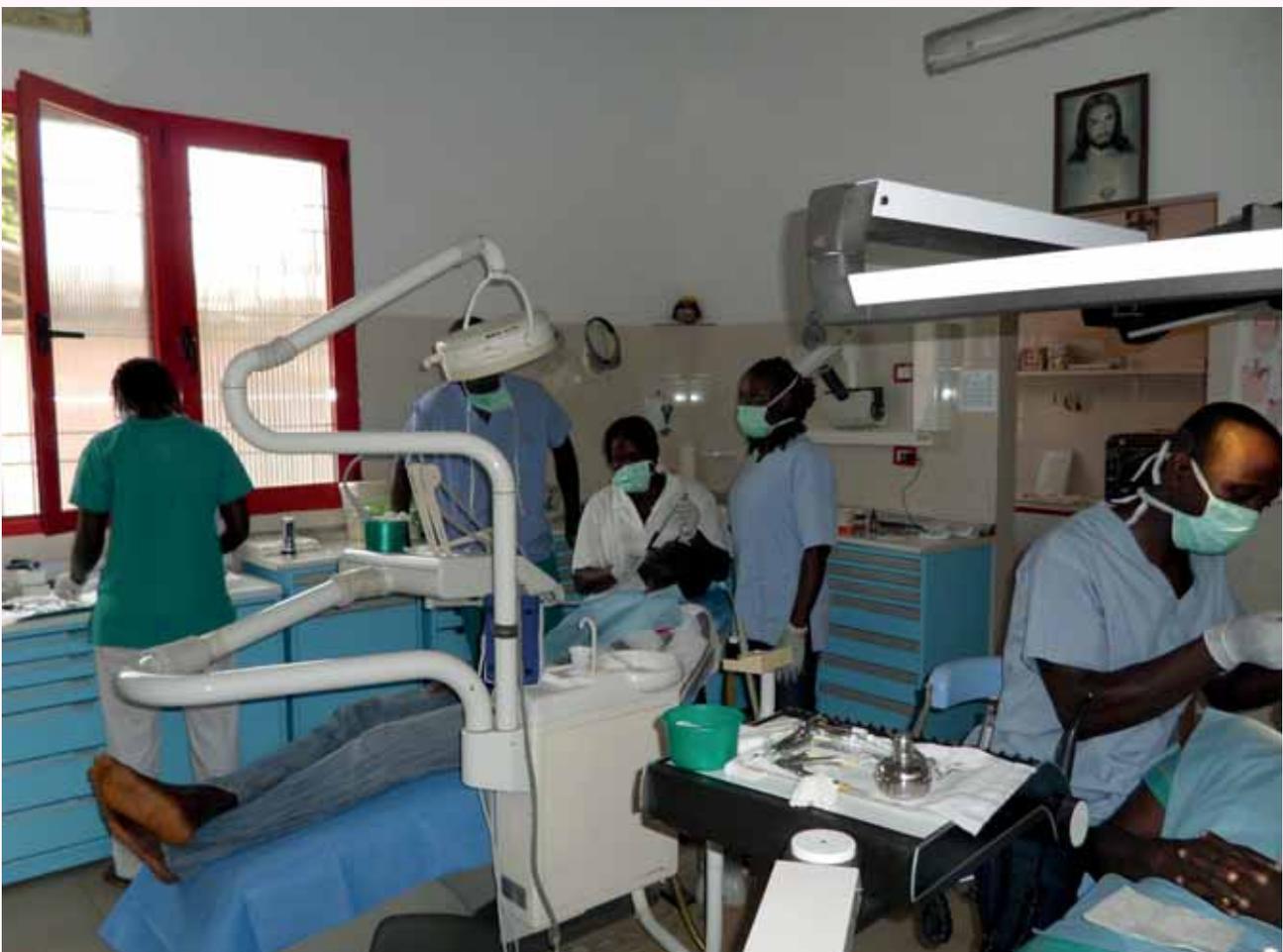
Il medico che ha fatto tutto questo, che è riuscito tra mille difficoltà e diffidenze a creare uno studio dentistico e ad insegnare in un paese povero come la Guinea, è il dottor Paolo Ugolini, libero professionista in Firenze. Lavorare in Guinea Bissau è un'esperienza suggestiva, unica, che auguro a chiunque perché ti arricchisce dentro. Lì ogni cosa



Lazzerini Stefano (odontoiatra)

che fai, che dai, è per loro preziosa e ti possono ripagare solo con un sorriso e tanta ospitalità, un gesto di gratitudine che nel nostro mondo quotidiano fatto di obblighi e divieti non esiste più.

Chiunque, colleghi e non, volesse dare un aiuto a sostegno di questa iniziativa, può mettersi in contatto con il sottoscritto o con dottor Ugolini (333.9402142 o 055.878187).



## Malattie degenerative: nasce il “percorso Pisa”

**A**ttualmente il percorso sanitario ed assistenziale del paziente con Malattie Neurodegenerative tipiche dell'anziano come Demenza e Parkinson si sviluppa in modo talora casuale soprattutto nelle strutture sanitarie in fase iniziale di malattia e poi assistenziali territoriali, nel corso delle fasi più avanzate e scompensate.

Un intervento globale capace di integrare tutti i molteplici aspetti medici della malattia sarebbe la risposta alle necessità del paziente e della famiglia in cui sia presente una Malattia Neurodegenerativa. La Demenza ed il Parkinson sono le neurodegenerazioni più frequenti nella popolazione ed i disturbi delle funzioni cognitive e motorie tendono alla fine a sovrapporsi nei pa-

zienti ,insieme a disturbi della sfera emozionale e comportamentale.

Il quadro clinico della M. di Parkinson è costituito da tremore di riposo, rigidità e bradicinesia e consente una diagnosi a vista. La MP non ha riscontro nella letteratura medica antecedente l'era industriale , da cui l'ipotesi di un legame con l'inquinamento ambientale legato



---

all'industrializzazione.

La prevalenza si attesta in Toscana su circa 18.500 pazienti in accordo con i dati nazionali. Il tasso d'incidenza varia da 6 a 20 nuovi casi/100.000 abitanti/anno. Entrambe aumentano con l'aumentare dell'età; rara prima della quinta decade di vita, incidenza/prevalenza aumentano di conserva nelle decadi successive con una prevalenza media dell'1% nella popolazione sopra i 55 anni e del 2% sopra i 65 anni. Meno frequenti della MP sono i cosiddetti Parkinsonismi come la Paralisi Soprannucleare Progressiva (PSP), la Atrofia Multisistemica (AMS) e la Degenerazione Cortico-Basale (DCB) che vengono ricompresi nelle Malattie Rare.

Fattori di rischio : l'età costituisce un fattore di rischio indipendente, dal momento che il rischio di sviluppare la malattia aumenta con l'età ; non è noto se il rischio maggiore per il sesso maschile (M=1,5;F=1) legato a una diversa suscettibilità biologica o se dipenda da fattori occupazionali, per esposizione a sostanze tossiche parkinsonogene. La familiarità costituisce un fattore di rischio e sono note alcune forme genetiche ad esordio giovanile.

C'è una relazione fra frequenza elevata ed uso di fitofarmaci e pesticidi. Attività lavorative, in particolare presso industrie cartarie e l'esposizione a idrocarburi alifatici, come l'n-esano, sembrano associarsi ad un maggiore rischio. Fumo e caffè, sembrano costituire un fattore protettivo.

La diagnosi è basata sull'osservazione clinica e su alcuni esami di imaging come la Risonanza Magnetica (RM) dell'encefalo e la Scintigrafia Cerebrale (SPET con datscan). Esami aggiuntivi come Tests Genetici sono a volte necessari, mentre i Tests Neuropsicologici sono indispensabili nelle fasi più avanzate per evidenziare eventuale disturbo cognitivo.

I pazienti mostrano una progressio-

ne dei sintomi motori che nei primi anni di malattia è compensata dalle terapie dopaminergiche; con il progredire compaiono fenomeni di fluttuazione dei sintomi nelle varie ore della giornata con passaggio da una mobilità normale ad uno stato di blocco motorio ed inoltre movimenti involontari ed instabilità posturale con cadute che limitano fortemente le capacità di autonomia. Alcuni risentono delle terapie complesse di tipo farmacologico (infusione sottocutanea di apomorfina o intraduodenale di levodopa) o chirurgico (impianto cerebrale di elettrodi stimolanti-Deep Brain Stimulation [DBS]). Dopo 10 anni di malattia oltre il 70% ha un'autonomia ridotta con un'indipendenza solo per alcune ore della giornata.

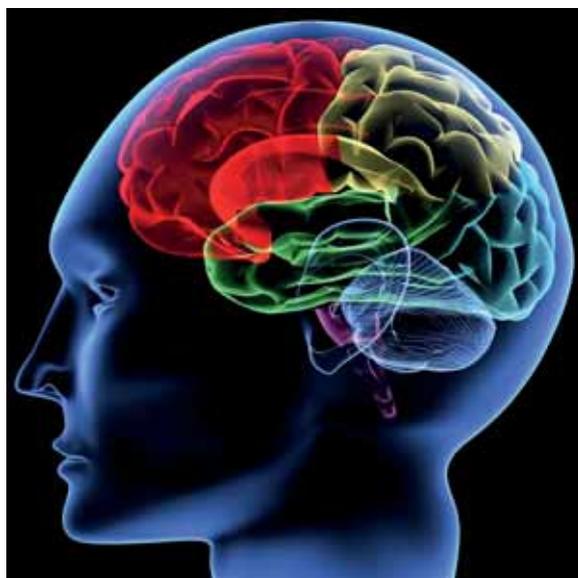
La M. di Alzheimer è a carattere progressivo e compromette intelligenza, memoria e comportamento. Prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco . E' dovuta alla degenerazione dei neuroni di alcune zone, in particolare inizialmente dell'ippocampo, una zona del lobo temporale specializzata nella gestione della memoria.

E' presente in tutte le popolazioni del mondo, anche se essendo più frequente in età avanzata, prevalente nei paesi economicamente più sviluppati dove la vita media è più lunga. Benchè vi siano forme ad esordio giovanile geneticamente determinate, le massime frequenze si osservano nella terza età: fra 60 e 70 anni colpisce circa il 2% dei soggetti, fra 70 e 80 il 6-8% , sale al 16 % fra 80 e 90 ed al 40% negli ultranovantenni. In Italia sono stimati a circa 1 milione i pazienti affetti ed in Toscana circa 80.000. I costi: oltre l'1% del PIL mondiale e molti governi hanno stanziato cifre enormi per

la ricerca su prevenzione e cure.

Benchè la causa sia ancora sconosciuta, intorno ai neuroni della corteccia ed in alcuni nuclei neuronali della base si ha la deposizione e l'accumulo di una proteina chiamata amiloide, che stimola una reazione infiammatoria locale che distrugge i neuroni e forma le placche senili. All'interno dei neuroni si accumula la proteina tau, che forma i grovigli neurofibrillari. Così i neuroni degenerano, riducono i collegamenti sinaptici reciproci e vanno a morte e la corteccia si assottiglia e diventa atrofica. La perdita di collegamenti e poi la perdita vera e propria dei neuroni determina la progressiva perdita di funzione con le modificazioni cognitive e comportamentali tipiche. L'ipotesi di una o più tossine ambientali che accumulandosi nel corso del tempo provocano l'alterazione delle proteine citate e manifestano il loro effetto prima o dopo a seconda dell'individuo e del suo assetto genetico-metabolico, è la più credibile: tossici ambientali agirebbero su individui predisposti geneticamente ed incapaci di detossificare l'organismo favorendo l'accumulo di amiloide e di proteina tau.

La diagnosi si basa sulla comparsa dei disturbi di memoria e di altri cognitivi verificabili oggettivamente con i Tests Neuropsicologici, la



---

---

riduzione delle performance cognitive rispetto al passato e l'interferenza con la vita quotidiana precedente e le capacità lavorative.

C'è un margine di errore diagnostico che dipende dall'esperienza dello specialista, dalla durata nel tempo dell'osservazione clinica e dalla complessità del quadro. Si è integrata con esami aggiuntivi come Tests Genetici nelle forme ad esordio giovanile, con esami di imaging come PET con Deossiglucosio e RM encefalo per volumetria dell'ippocampo e con l'esame del liquor che evidenzia aumento della Proteina Tau e riduzione della beta-Amiloide.

Di fatto ci sono varie malattie degenerative o di altra natura che somigliano all'Alzheimer. Fra le forme degenerative caratteristica è la Demenza Fronto-Temporale nella quale il processo patologico si concentra appunto a livello della corteccia frontale e temporale, con manifestazioni cliniche caratterizzate da apatia oppure comportamenti bizzarri e disinibizione che spesso orientano familiari e pazienti ad un consulto psichiatrico. Un'altra demenza degenerativa è la Demenza a Corpi di Lewy nella quale alla demenza si associano allucinazioni visive, parkinsonismo e fluttuazioni marcate delle capacità cognitive.

La diagnosi differenziale sarà facilitata da nuovi marcatori dell'amiloide che, mediante una semplice PET cerebrale, sarà possibile rilevare nel cervello dei pazienti con Alzheimer, ma non nelle altre forme.

Il Disturbo Cognitivo Lieve (Mild Cognitive Impairment- MCI) ha modificato le conoscenze sull'evoluzione. I pazienti anziani che presentano un disturbo di memoria isolato sono in parte destinati (5-10% per anno) ad evolvere verso la demenza tipica dell'Alzheimer conclamata, che inizierebbe anche dieci anni prima delle manifestazioni cliniche più eclatanti. La metodica PET per l'amiloide diventerà un

supporto diagnostico importante non solo per la diagnosi differenziale fra le varie demenze, ma anche per la diagnosi sempre più precoce. Si parla di Alzheimer prodromica o di MCI tipo Alzheimer per quei casi che iniziano con un disturbo di memoria isolato, ma destinati ad evolvere verso la Demenza di Alzheimer: con la PET per l'amiloide, saranno individuati rispetto ai pazienti con disturbo cognitivo lieve stabile o reversibile (smemorata senile benigna). Anche la misura dell'amiloide nel liquor rappresenta una metodica di supporto per migliorare ed anticipare la diagnosi.

La rivoluzione nella terapia potrebbe provenire dall'immunologia: nel 2000 fu tentato l'uso di vaccini contro la sostanza amiloide: l'immunizzazione attiva, cioè l'iniezione di analoghi della sostanza amiloide che provoca la produzione di anticorpi che vanno ad aggredire i depositi cerebrali di amiloide, non ha avuto successo. I pazienti miglioravano per l'Alzheimer, perché l'amiloide veniva distrutta, ma si ammalavano di encefalite post-vaccinica. Sono iniziate tre sperimentazioni internazionali di fase 3 con nuovi anticorpi monoclonali contro l'amiloide, che non provocano encefalite.

Modesti infatti sono gli effetti dei farmaci disponibili, i colinergici che agiscono bloccando le colinesterasi cerebrali. Aumentando la disponibilità del neurotrasmettitore Acetilcolina a livello corticale, riducono i sintomi per 1 anno circa, poi la degenerazione progredisce ed i disturbi cognitivi non più controbilanciati dalle cure riemergono con forza distruggendo la vita di relazione del malato e di chi se ne prende cura.

Lo stesso paradigma sembra applicabile al Parkinson: la proteina che si accumula nei neuroni si chiama alfa-sinucleina e sono iniziati due studi di fase 1 nei quali viene testata la tollerabilità di un vaccino e di un anticorpo monoclonale che dovrebbero rimuovere la proteina

dai neuroni.

Circa la prevenzione, sono 3 le strade: alimentazione, movimento ed attività sociale e cognitiva. Diete ricche di antiossidanti, vegetali, frutta e verdura, hanno effetti protettivi sullo sviluppo dell'Alzheimer. Altri elementi protettivi per i neuroni corticali ed ippocampali sono il movimento- ad esempio camminare da 2 a 3 Km al giorno- ed uno stile di vita in cui le attività intellettive siano esercitate in pieno, sia per attività sociali che per personale crescita culturale: *"cervello sano in un corpo sano nutrito con cibo sano"*.

A Pisa presso l'AOUP in Clinica Neurologica sono seguiti circa 3000 pazienti con malattie neurodegenerative: le diagnosi sono più precoci grazie alla disponibilità di esami di immagine modernissimi (Neuroradiologia e Medicina Nucleare), di laboratorio di ultima generazione, di psicologi per l'esecuzione tempestiva dei tests neuropsicologici. Ma la forza è costituita dal gruppo di specialisti come Roberto Ceravolo, Daniela Frosini, Gloria Tognoni, Filippo Giorgi, Lorenzo Kiferle e Filippo Baldacci per citarne alcuni - di provata esperienza- che seguono i problemi, partecipano a congressi internazionali come docenti, producono ricerche di qualità, gestiscono studi clinici sperimentali internazionali con i nuovi farmaci, mettendo il paziente al centro dell'attività.

Questa competenza si appresta a diventare una risorsa per tutta la Toscana Nord, grazie ad un progetto denominato "Piattaforma per le Malattie Neurodegenerative" in fase di approvazione presso la Regione Toscana: risorse umane (Medici Neurologi, Geriatri, Psichiatri ed altre figure come Psicologi e Fisioterapisti) di tutta l'Area Vasta e risorse diagnostiche e terapeutiche dovrebbero costituire una rete per l'assistenza e la ricerca con l'obiettivo di dare l'eccellenza nell'assistenza a Km 0 ed aumentare il potenziale nella ricerca.

# Rianimazione, fra scienza ed etica

L'evoluzione delle conoscenze mediche e infermieristiche e la disponibilità di farmaci e tecnologie salva-vita ha reso possibile mantenere artificialmente in vita nei reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva (R.-T.I.) anche per periodi prolungati (giorni, settimane) malati che solo qualche decennio fa sarebbero inevitabilmente deceduti; il supporto attivo delle funzioni vitali respiratoria (dalla intubazione tracheale o tracheotomia e ventilazione meccanica fino al supporto totalmente extracorporeo) cardio-circolatoria (dai farmaci inotropi e vasocostrittori fino al supporto meccanico della funzione cardiaca) metabolica (dalla nutrizione artificiale al supporto idro-elettrolitico totale) cerebrale (dal coma farmacologico al controllo della pressione intracranica e del flusso ematico cerebrale) e renale (dalla dialisi intermittente alle forme di dialisi continua), unito ad un nursing di qualità sono oggi possibili e realizzabili.

Ma dopo una prima fase di euforia degli anni che hanno visto la nascita e la crescita dei reparti di R.-T.I. (1960-1990) e che ha portato ad un senso di onnipotenza della tecnologia medica, ci si è interrogati su quali fossero i **limiti** nell'utilizzo di queste tecnologie e di questi letti di R.-T.I.: non tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche automaticamente clinicamente appropriato ed eticamente lecito, e il loro utilizzo in alcune situazioni si è troppo spesso rivelato futile, sproporzionato per eccesso con l'unica conseguenza di prolungare non la vita ma bensì il processo di morte.

La **appropriatezza clinica** del ricovero in R.-T.I. risponde a una domanda molto semplice: questo

malato ha prospettive ragionevoli di recupero oppure è purtroppo (a causa delle sue comorbidità o a causa della gravità dell'episodio acuto in corso) avviato ineluttabilmente al decesso? E' il medico rianimatore, confrontatosi con l'equipe curante, con lo specialista che ha eventualmente in cura il malato e con il "medico di famiglia" che deve dare la risposta a questo interrogativo.

La **liceità etica** risponde invece alla domanda relativa alla volontà del malato di essere o meno sottoposto a questi trattamenti che, pur potendo clinicamente portare a un beneficio (e quindi pur essendo clinicamente appropriati) possono essere causa di un peso fisico e psichico che il malato può non ritenere sopportabile o dignitoso per la sua qualità di vita. Ed è solo il malato che può dare risposta a questo quesito.

Purtroppo nella vita quotidiana delle R.-T.I. non è tutto o bianco o nero, e molte situazioni sono cariche di incertezza:

- incertezza sulla prognosi, cioè sulla reale presenza o meno di "prospettive ragionevoli di recupero", che rende difficile la risposta sulla appropriatezza clinica delle cure intensive

- incertezza sulla reale volontà del malato che nella maggioranza dei casi è "il grande assente" non essendo in grado di esprimere un consenso alle cure, e che oggi nella realtà italiana non ha quasi mai rilasciato "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" né tantomeno concordato in caso di patologia cronico-degenerativa una pianificazione delle cure.

A queste incertezze si sommano

importanti "fattori di disturbo" nelle decisioni, tra i quali:

- la medicina difensiva, che spinge i medici rianimatori a "fare e insistere" piuttosto che a "desistere" perché ritengono che questo li metta maggiormente al riparo da conseguenze medico-legali

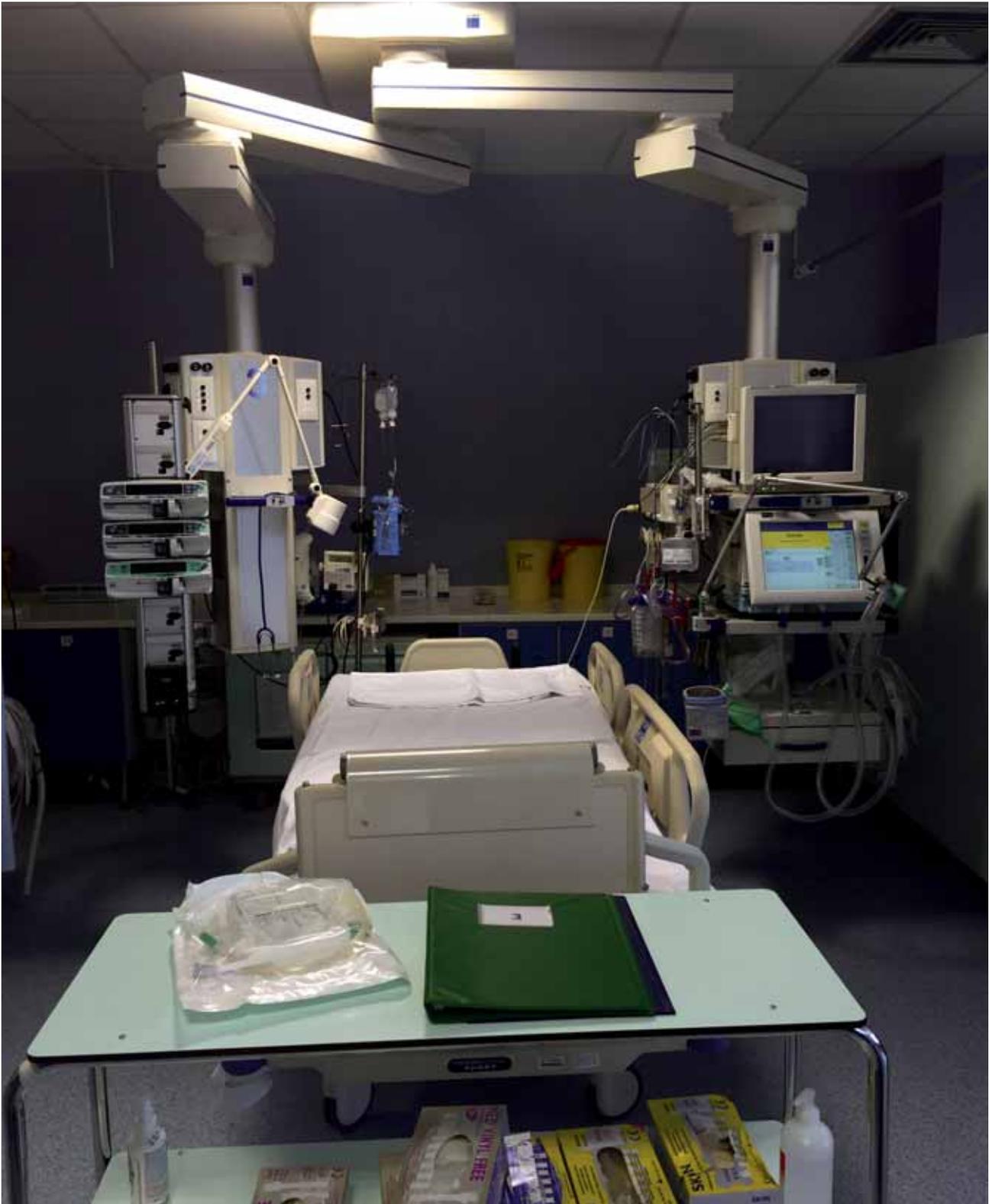
- un errato coinvolgimento dei familiari del malato, cui viene "scaricato" il peso e la responsabilità della decisione di proseguire o limitare le cure
- il ruolo di familiari che chiedono di "fare tutto il possibile fino alla fine"

- difficoltà nei rapporti tra i medici rianimatori e i colleghi di altre specialità tali da non permettere una serena valutazione multidisciplinare relativa alla prognosi del malato

- la difficoltà dei medici e degli infermieri delle R.-T.I. nel gestire il periodo del "fine vita" sia sul piano clinico-assistenziale che sul piano della relazione/comunicazione con i familiari

- una confusione, frutto di ignoranza ma spesso anche di mala-fede, da parte dei mass-media sul significato di termini quali "desistenza terapeutica", "limitazione delle cure", "sospensione delle cure", "eutanasia passiva", "eutanasia attiva" "staccare la spina".

Nonostante queste difficoltà, il mondo medico e infermieristico sta cercando di tenere alta la riflessione su questi temi: recentemente ben 9 Società Scientifiche Italiane hanno sottoscritto un corposo documento dal titolo **"Grandi insufficienze d'organo "end stage" cure intensive o cure palliative? Un documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura"** che offre un supporto clinico, etico e giuridico alle scelte di limitazione delle cure intensive.



In alcuni Ospedali italiani, tra cui la A.O.U.P., reparti di R.-T.I. hanno messo “nero su bianco” protocolli di limitazione delle cure approvati dai Comitati Etici Locali, cercando quindi in modo trasparente (e quindi documentato in cartella clinica) e condiviso di darsi delle regole di

comportamento su questi processi decisionali.

In un contesto di finitezza di risorse come quello che sempre più si prospetta all’orizzonte, affinché non sia l’economia a decidere quali malati trattare con cure intensive e quali

no, i medici e gli infermieri possono e devono con una riflessione teorica su questi temi e con una presa in carico del singolo malato e dei suoi familiari fondata sui principi della appropriatezza clinica ed etica, giocare il loro vero ruolo di professionisti della sanità.

## L'Officina Trasfusionale di Area Vasta Nord-Ovest

La Delibera della Giunta Regionale Toscana (DGRT) n.1235/2012 gettava le basi per una riorganizzazione del sistema trasfusionale toscano introducendo, oltre ai Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), le Officine Trasfusionali (OT), poli centralizzati di lavorazione delle donazioni di sangue che ricoprono anche il ruolo di Centri di Qualificazione Immunoematologica (CQI) delle donazioni stesse. Questo concetto, tipico dei grandi Paesi industrializzati, era stato allora implementato in Italia solo nella U.O. Officina Trasfusionale di Area Vasta Romagna, con sede a Pievesestina. La successiva

DGRT 635/2014, col suo allegato redatto da un Comitato Tecnico, gettava le basi per la costituzione della prima OT toscana, ovvero l'OT di Area Vasta Nord-Ovest (di seguito indicata come OT-AVNO) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

La struttura, concepita come una Sezione a Valenza Dipartimentale attualmente sotto il coordinamento funzionale della Direzione Medica di Presidio dell'AOUP, occupa una superficie di 800 m<sup>2</sup> al primo piano dell'edificio 2 nel presidio ospedaliero di Cisanello. Dotata di accessi controllati al personale autorizzato (sia in entrata alla struttura che di nuovo in entrata ai locali dove vengono

conservati gli emocomponenti), essa vanta il primo sistema gestionale informatico convalidato per Officine Trasfusionali mai realizzato in Italia, che le ha recentemente valso il premio come migliore comunicazione al congresso della Società Italiana di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

La struttura ha attualmente, oltre al Direttore, un organico composto da un dirigente medico (che svolge anche il ruolo di Responsabile Assicurazione della Qualità), un dirigente biologo, e 12 tecnici sanitari di laboratorio biomedico (TSLB). Nei giorni festivi (per maxiemergenze e raccolte domenicali) è attiva la reperibilità





di un dirigente e 2 TSLB, mentre alla notte (per le maxiemergenze) è attiva la reperibilità di 1 TSLB.

Le attività si svolgono a flusso continuo dalle 8 alle 20 di ogni giorno (domenica inclusa a causa della prassi di donazioni domenicali nei SIMT di AVNO), con l'obiettivo di lavorare (centrifugare, frazionare, congelare, conservare, qualificare, ed etichettare) tutti gli emocomponenti di primo livello (ovvero sangue intero e plasma da aferesi) raccolti nei 14 SIMT di AVNO (da Fivizzano a Portoferraio).

Per raggiungere questi obiettivi la struttura ha un inventario composto da 4 autoanalizzatori per esami immunoematologici (con metodiche sia su micropiastre che su colonna) 7 centrifughe, 12 frazionatori, 3 congelatori rapidi, 7 congelatori per conservazione, 8 frigoemoteche per conservazione, 2 agitatori piastrinici, 2 saldatori sterili, 15 postazioni computer, e 4 stampanti per etichette di validazione.

I controlli di qualità vengono effettuati a campione sull'1% di ogni tipo di emocomponente pro-

dotto, come da normativa vigente e standard di medicina trasfusionale, grazie anche alla collaborazione delle UU.OO. Microbiologia Universitaria e Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche dell'AOUP.

I trasporti da e verso i SIMT di emocomponenti e provette sono garantiti dal corriere SVS, vincitore della gara regionale per i trasporti, che in uno o più ritiri da ogni ASL, recapita ad OT-AVNO le unità da lavorare dalle ore 13:30 alle ore 16:30.

I moderni sistemi informatici consentono anche una validazione a distanza in urgenza in qualsiasi momento della giornata mediante connessione VPN. La temperatura di congelatori, frigoemoteche, frigoriferi per reattivi e locali è monitorata in remoto ed innesca chiamate di allarme mediante un combinatore telefonico

La realizzazione dell'OT-AVNO è stata possibile grazie all'impegno di varie istituzioni che hanno agito in concerto, tra cui la Direzione Sanitaria dell'AOUP (Dott. Fabrizio Gemmi), il Centro Regionale Sangue (diretto dalla Dott.ssa Valentina Molesse).

Questi i numeri delle attività svolte nei primi sei mesi del 2015 (di cui, a causa del progressivo allaccio dei SIMT di AVNO, solo gli ultimi 2 a pieno regime):

- 17497 donazioni di sangue intero frazionato, producendo così emazie concentrate (14399 prive di buffy coat e 2995 leucodeplete pre-storage), 14391 plasma fresco congelato, e 10210 buffy coat;
- 22404 unità di plasma congelato (di cui 8013 da aferesi e 14391 ottenute da frazionamento come sopra descritto), di cui 18120 inviate all'industria convenzionata (Kedrion) e 1889 girate ai SIMT per le necessità cliniche;
- 40479 esami di qualificazione immunoematologica eseguiti e validati.

Tra gli obiettivi futuri, previsti in DGRT, l'avvio della diagnostica molecolare dei gruppi sanguigni, anche per pazienti esterni, ed il trattamento di plasma e piastrine con moderni sistemi di inattivazione dei patogeni, e come previsto dalla DGRT 1235/2012, la copertura del ruolo, oltre che di OT e CQI, anche di Centro di Qualificazione Biologica (CQB).

---

# L'Ordine informa

## Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

E' disponibile la nuova convenzione per l'attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata **Gratuita**, per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa.

Tale convenzione permette agli iscritti di **uniformarsi alle disposizioni di Legge**, senza alcun costo ed in maniera semplice ed intuitiva.

**Attenzione: Tutte le caselle PEC in convenzione** (sia quelle di nuova attivazione che quelle già attive alla data del 13/06/2014) **verranno rinnovate automaticamente** - ogni 3 anni - a carico dell'Ordine.

**Gli iscritti che chiederanno il trasferimento ad altro Ordine o la cancellazione dall'albo avranno 15 giorni di tempo per scaricare e salvare i messaggi** presenti nella casella PEC. Trascorso questo periodo **la casella verrà disattivata**.

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

Procedura di attivazione:

- 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 inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

### **Per accedere alla propria casella PEC (dopo l'attivazione)**

- webmail: <https://webmail.pec.it/index.html>
- Per la configurazione con i principali client di posta elettronica (Outlook, Thunderbird, etc.) sono disponibili delle videoguide sul sito di Aruba
- Inserire il codice convenzione

### **Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica**

- telefono: 0575/0504
- web: <http://assistenza.arubapec.it/Main/Default.aspx>



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*

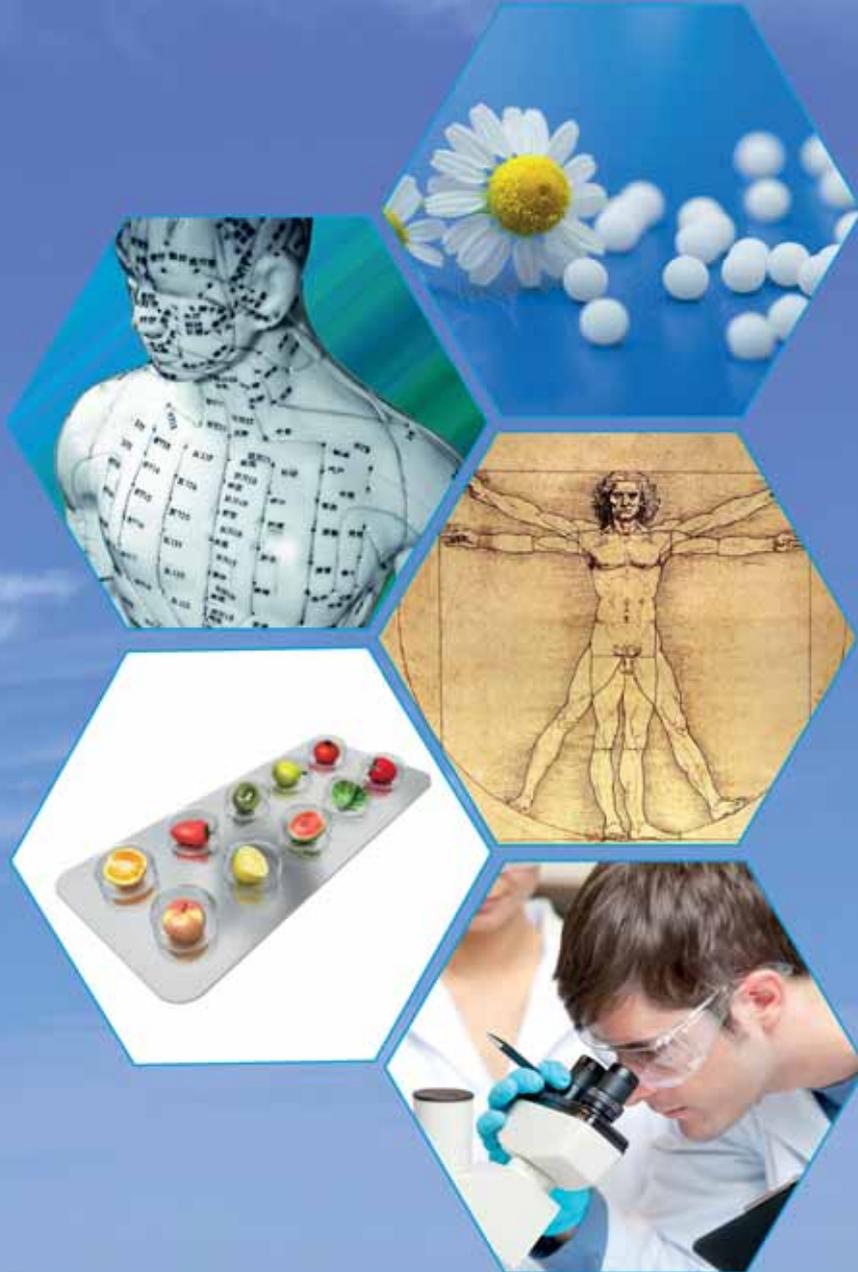
*BCC Ag. 19*

*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**