

PisaMedica

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



in questo numero:

Ipoacusia e demenza: una connessione c'è

S. Berrettini
Direttore Audiologia e Fonitaria
Dip. Neuroscienze - AOUP

IX Memorial Michele Cagidiaco

Commissione CAO Pisa

Malattie respiratorie e bambini: infezioni soprattutto ambientali

M.L. Di Cicco - M. Pifferi
M. Piras - G. Saggese
Sez. Pneumologia e Allergologia Pediatrica - AOUP

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 CO₂ (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

Ne mancano 25 mila: silenzio

La matematica non è un'opinione. I numeri contano, eccetto in politica dove due e due può fare anche quattro. Così, cari colleghi, ricordare ancora una volta al Ministro della Salute la cifra di 25 mila, lascia il tempo che trova. Ma spiegare ai cittadini, preoccupati ed increduli, che la cifra indica l'attuale mancanza di medici negli organici del Servizio Sanitario Nazionale, colpisce e suscita rabbia, indignazione e, al contempo, solidarietà.

Nessuna invenzione, statene certi: è una cifra, pur indicativa, che stime sindacali indicano in 12 mila precari da regolarizzare e 13 mila posti in organico ancora vacanti. Una situazione quantomeno critica, resa poi ancor più grave con il silenzio cronico dello Stato che, da dieci anni, non si decide - lo ricordiamo - al rinnovo del contratto nazionale.

Lungi da noi considerare tutto

ciò un alibi - si fa per dire - con il nostro sciopero nazionale, cui abbiamo partecipato compatti e dignitosi come sempre, vogliamo confermare che manteniamo fede - e continueremo a farlo con forza - al nostro Giuramento contro la colpevole inerzia delle Istituzioni. Sia comunque ben chiaro: non chiediamo altro che avere i mezzi per espletare il servizio in condizioni di legittima sicurezza e doveroso rispetto della tutela della salute dei cittadini.

Sbaglia, invece, chi ci considera inerti e rassegnati. Sono parole che non esistono nel nostro vocabolario. Al contrario, se ne possono leggere altre, ben diverse ed a chiare lettere: coraggio, sacrificio, coerenza e volontà. Le scriviamo ogni giorno, accanto ai nostri pazienti, con il valore più grande, del quale andiamo fieri, generazione dopo generazione, l'umiltà. Lo tenga a mente, per cortesia, Signor Ministro.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, 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

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da G.M. Pileri

Pisa Medica Online

Caro 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

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 30/07/2015 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 del _____

☐ 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 acconto al trattamento dei dati unicamente per la richiesta in oggetto. Consenso esplicito secondo il D.Lgs 196/2003.

Inserisci il codice di verifica _____

Pisa Medica

Pisa Medica

Ipoacusia e demenza: una connessione c'è

Per presbiacusia si intende la ridotta sensibilità uditiva dell'età avanzata. Il termine tuttavia non si riferisce solamente al processo d'invecchiamento dell'apparato uditivo. L'indebolimento uditivo che caratterizza la presbiacusia è un fenomeno silente, infatti, è caratterizzato da qualcosa che si perde e non da qualcosa che si percepisce. I pazienti ne sono spesso inconsapevoli, sono conviventi o conoscenti che portano alla luce il problema. E' una patologia ingravescente; difficilmente da un anno all'altro i reperti audiometrici si mantengono stabili. La perdita uditiva coinvolge inizialmente le alte frequenze, con conseguenti difficoltà a percepire il parlato in ambienti rumorosi o riverberanti. Essa si estende quindi alle frequenze medio-alte, rendendo difficoltosa la percezione delle consonanti (t, p, f, s, k, c) e di conseguenza quella del parlato, anche in ambienti comuni. I pazienti dichiarano di 'sentire' ma di 'non capire' le parole. Questo problema si verifica, in particolare, in condizioni di ascolto difficili come nei casi in cui sia presente rumore di sottofondo, in locali molto riverberanti o quando più persone parlano contemporaneamente. Inoltre, frequentemente, i pazienti sono disturbati dalla percezione di un suono costante all'interno della testa o dell'orecchio, il cosiddetto acufene.

Secondo stime dell'Associazione Italiana per la

Ricerca sulla Sordità, 1 individuo su 3 con più di 60 anni e circa il 60% sopra gli 85 anni è affetto da ipoacusia. Nel nostro Paese oltre 7 milioni di individui presentano ipoacusia e tale diffusione si traduce in una spesa annua di 3,6 miliardi di euro, pari al 5% del Fondo Sanitario Nazionale. L'ipoacusia è quindi una delle problematiche croniche più frequenti e disabilitanti dell'età geriatrica, è età correlata e sembra essere maggiore tra gli individui di sesso maschile. La riabilitazione basata sulla protesizzazione è, nella maggioranza dei casi di ipoacusia dell'anziano, l'unica opzione terapeutica mentre il trattamento medico è da riservare ad una porzione ristretta di casi secondari, a malattie dell'orecchio o malattie sistemiche. Nonostante la provata efficacia

dell'utilizzo di apparecchi acustici su risultati importanti quali l'autonomia funzionale e la qualità della vita, esiste un marcato sottoutilizzo degli apparecchi. La protesizzazione avviene in media 10 anni dopo che l'individuo prende coscienza della propria condizione di ipoacusia. L'età media dei "portatori" di apparecchi acustici in Italia è di 74 anni contro i 60.5 della media dei Paesi Europei. Infine si stima che circa un terzo delle persone che possiedono un apparecchio acustico lo utilizzino poco, ognuno di noi infatti ha l'esperienza personale di un parente anziano che ha comprato gli apparecchi ma li tiene chiusi in un cassetto. Vi sono barriere all'utilizzo di apparecchi acustici come la ritardata diagnosi della ipoacusia per inadeguata attenzione al problema da



parte dell'individuo e dei familiari; i costi elevati, la difficoltà di gestione che necessita di un periodo di adattamento e i non trascurabili problemi estetici. Nessuno infatti riesce a considerare le protesi acustiche come un paio di occhiali.

L'anziano ipoacusico trova difficile conversare con familiari e amici. È evidente anche una diminuzione dell'interesse nell'ascolto di radio e televisione. Tale condizione conduce di frequente ad isolamento sociale e perdita di interessi e attività. L'anziano che vive tale condizione va incontro ad una progressiva perdita di autostima, genera una condizione di apatia e può frequentemente sviluppare un disturbo

dell'umore di tipo depressivo. In uno studio prospettico condotto su 1.328 individui di età pari o superiore a 60 anni, la presenza di sintomi depressivi è risultata associata ad ipoacusia bilaterale di grado lieve. Tale associazione risultava particolarmente marcata nelle donne al di sotto di 70 anni. L'utilizzo frequente e regolare di apparecchi acustici risultava invece associato ad un rischio ridotto di sintomi depressivi. È evidente che, tra i sensi, l'udito è il prerequisito per una buona interazione sociale che, se precaria, condiziona negativamente il tono dell'umore. Quella che è però la condizione più grave e più sottostimata, è nell'anziano l'incapacità di

comprendere determinata dall'ipoacusia con apparenti disturbi cognitivi, che includono il disturbo di memoria, il disturbo di attenzione, il disturbo di comprensione verbale fino ad un quadro di apparente stato confusionale. E' stato suggerito che l'ipoacusia possa essere associata ad un aumentato rischio di reale decadimento cognitivo. Lin e colleghi hanno condotto uno studio osservazionale prospettico su un campione di 639 individui senza demenza negli anni tra il 1990 e 1994, sottoposti ad esame audiometrico per identificare la presenza di ipoacusia. Secondo i risultati dello studio, rispetto ai soggetti con udito normale, coloro con ipoacusia

avevano un rischio di 2 volte aumentato di sviluppare demenza se l'ipoacusia era di grado lieve, di 3 volte aumentato se l'ipoacusia era di grado moderato e di circa 5 volte aumentato se l'ipoacusia era di grado severo. Numerose evidenze scientifiche indicano un'altra situazione misconosciuta e potenzialmente grave: l'ipoacusia si associa ad un aumentato rischio di caduta a terra. Nella popolazione anziana la caduta a terra e la frequente conseguente frattura di femore rappresentano una delle principali cause di disabilità. L'udito contribuisce al mantenimento di una postura e andatura stabili attraverso la percezione e l'identificazione degli stimoli uditivi che aiutano a localizzarsi e orientarsi nello spazio. Inoltre, la presenza di ipoacusia può a sua volta essere associata ad una disfunzione del sistema vestibolare, coinvolto nel mantenimento dell'equilibrio e della stabilità. La perdita di udito è una condizione invalidante per gli anziani che ne soffrono ed impatta marcatamente sulla qualità della vita dell'individuo. Interventi atti a prevenire l'ipoacusia degli anziani



e ad identificarla precocemente necessitano di essere promossi in campo di sanità pubblica, al fine di ridurre i costi sociali ed economici

associati a tale condizione. Interventi poi che convincano della necessità di utilizzare la protesi ad evitare le conseguenze dell'ipoacusia

non possono più essere rimandati a fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento vertiginoso degli ipoacusici.



Malattie respiratorie e bambini: infezioni soprattutto ambientali

La fine dell'estate rappresenta per i pediatri l'inizio della vera *"stagione calda"*. A causa delle mutate condizioni climatiche e della riapertura di asili e scuole i bambini hanno, infatti, ripreso ad ammalarsi, manifestando prevalentemente infezioni a carico dell'apparato respiratorio. Le infezioni respiratorie sono eventi molto comuni nei bambini, soprattutto in età prescolare, a causa della fisiologica immaturità del sistema immunitario e delle peculiarità anatomiche e funzionali delle vie aeree in questa epoca della vita. Questi bambini possono andare incontro, nel corso di un anno, fino a 6 infezioni respiratorie, di cui il 75% a carico delle vie aeree superiori e l'80% sostenute da virus.

I fattori favorevoli le infezioni respiratorie sono soprattutto ambientali e ciò è vero soprattutto in età pediatrica: i bambini inalano, infatti, un volume d'aria doppia per Kg di peso corporeo rispetto ad un adulto. Nell'ambito scolastico, quindi, le patologie infettive si trasmettono rapidamente proprio perché i bambini, sog-



giornando per lunghi periodi in spazi ristretti, vengono esposti a veri e propri aerosol di virus e batteri, con elevata probabilità di contrarre infezioni. Il ricorrere delle infezioni respiratorie è facilitato anche dall'esposizione al fumo passivo, che interferisce con le difese dell'apparato respiratorio incrementando del 50% la frequenza delle infezioni respiratorie acute in età pediatrica. Effetti analoghi hanno anche l'inquinamento da traffico veicolare e quello industriale. Come se ciò non bastasse, uno stile di vita sedentario porta i bambini a trascorrere la maggior parte del proprio tempo in casa, ed è quindi di fondamentale importanza garantire nelle case condizioni ottimali di qualità dell'aria e di umidità e temperatura, dal momento che anche gli effetti negativi dell'inquinamento indoor sulla salute respiratoria sono noti da tempo. Tutti questi fattori non incidono solo sull'insorgenza di manifestazioni respiratorie acute, ma anche

su quella delle malattie respiratorie croniche quali l'asma bronchiale: la prevalenza di questa condizione è, infatti, in continuo aumento e attualmente si stima che in Italia il 10% della popolazione pediatrica ne sia affetta. In questi bambini le infezioni e la scarsa qualità dell'aria facilitano, inoltre, la comparsa di crisi d'asma, talora di grado severo. L'impatto sociale dell'elevata morbidità respiratoria pediatrica è divenuto quindi sempre più importante in termini di giorni di scuola persi dai bambini e di altrettanti giorni lavorativi persi dai genitori. Si comprende, quindi, come la Pneumologia Pediatrica rappresenti una branca fondamentale della Pediatria, tanto che la U.O. Pediatria dispone di una Sezione interamente dedicata a questo tipo di patologia. La Sezione di Pneumologia e Allergologia Pediatrica conta circa 1000 visite ambulatoriali all'anno con l'attività di diagnosi e trattamento di tutta la patologia respiratoria

ed in particolare dell'asma bronchiale, oltre che la presa in carico di pazienti ospedalizzati affetti da patologia respiratoria severa di natura allergica e/o infettiva. Il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria permette inoltre di valutare la funzione respiratoria nel bambino, con la possibilità di eseguire la **spirometria** e la **pletismografia**, il **test di broncodilatazione farmacologica**, il **test da sforzo**, la **misurazione della diffusione del monossido di carbonio** (DLCO) e la **misurazione dell'ossido nitrico nell'aria espirata** (eNO). Sono inoltre disponibili il **test del sudore** secondo la metodica di Gibson e Cooke e l'**induzione e la raccolta dell'espettorato** per valutazione citologica, batteriologica, virologica e dei mediatori della flogosi. Per quanto riguarda l'ambito allergologico, presso la Sezione è possibile eseguire i **prick test** per allergeni inalanti e alimentari, il dosaggio delle **IgE specifiche** (compresa la diagnostica molecolare) e il **test di scatenamento** con la somministrazione orale degli alimenti. Infine, presso la Sezione è possibile eseguire i test utili alla diagnosi della **Discinesia Ciliare Primaria**, condizione rara in cui il meccanismo di difesa rappresentato dall'attività delle ciglia dell'epitelio respiratorio è compromesso, con conseguente comparsa di infezioni respiratorie ricorrenti: in particolare, è possibile eseguire la misurazione dell'ossido nitrico nasale, l'analisi del movimento delle ciglia dell'epitelio respiratorio al microscopio ottico a contrasto di fase, il campionamento per l'esame morfometrico ultrastrutturale al microscopio elettronico mediante brushing nasale e le colture delle cellule ciliate per la valutazione della ciliogenesi in un ambiente privo di noxae patologiche. È inoltre disponibile, grazie alla collaborazione con l'U.O. di Genetica dell'AOUP, anche l'analisi mutazionale dei geni in causa in questa condizione (all'ottobre 2015 sono ben 33).



Servizio Sanitario Regionale: rivoluzione con luci ed ombre

Queste considerazioni poco scientifiche in apparenza riguardano il punto di vista di un dipendente ospedaliero sul processo riorganizzativo in atto nella nostra Regione che dovrebbe completarsi con l'inizio del prossimo anno. Le motivazioni dei nostri amministratori che hanno "pensato" questa riforma sono indiscutibilmente condivisibili e si riassumono nel principio di:

mantenere la stessa qualità di assistenza ai cittadini che si rivolgono al nostro sistema sanitario a fronte della riduzione delle risorse economiche.

Non entro nel merito della opportunità di tagliare le risorse all'assistenza sanitaria in Italia. Vorrei solo ricordare che fino ad oggi l'Italia vantava a detta degli esperti di settore uno dei migliori sistemi sanitari del pianeta seguendo il principio, non sempre realizzabile, riconducibile all'affermazione "tutto a tutti". Nemmeno voglio entrare nel merito della qualità del sistema sanitario toscano confrontato con altri modelli organizzativi regionali. Secondo il parere di chi scrive, che ha lavorato in Piemonte, Lombardia e Lazio il SST certamente non sfigura pur non essendo come

spesso sentiamo dire il miglior sistema sanitario italiano.

A fronte dell'ennesimo taglio dei finanziamenti destinati alla sanità è inevitabile affrontare il problema di come raggiungere l'obiettivo che si sono posti i nostri amministratori regionali.

Riordinare il territorio "sanitario" passando da 12 USL a 3 USL a cui si affiancano le AOU di Firenze, Siena, Pisa oltre all'Azienda Meyer e la Fondazione Monasterio non è impresa facile.

Certo si potrà risparmiare personale con compiti dirigenziali e amministrativi – un solo Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, delle Risorse Umane e via dicendo per USL – quando però la riforma sarà a regime e quando le attuali figure che occupano i suddetti posti nelle attuali

12 USL saranno messe a riposo. Ma la partita più importante si gioca su un altro fronte che coinvolge direttamente i medici.

Andiamo con ordine.

Per progettare e rendere più soffice il cambiamento tutti i direttori di UU.OO. sono stati invitati a partecipare propositivamente alla riforma. Sono stati costituiti Gruppi di Lavoro – GdL – coordinati dal Super Commissario di Area Vasta – il traghettatore della riforma – che ha compito di coordinamento tra il Commissario di Area Vasta e il Direttore della Azienda Ospedaliero Universitaria corrispondente: per quanto riguarda la nostra area territoriale il Commissario di Area Vasta Nord Ovest e il Direttore Generale della AOU Pisana. Sono stati individuati diversi temi che i GdL devono affrontare. Il più





assisterlo per quella determinata patologia?

Si potrà obiettare che esiste sempre la Libera Professione. Se il cittadino vuole farsi operare dal Dott. Caio Sempronio può optare per la solvenza. Già me se il Dott. Caio Sempronio è direttore di U.O. in Toscana può eseguire solo LP in regime di intramoenia e nel suo ospedale certi interventi non li può più fare. Verrà prevista per il Dott. in questione la possibilità di optare per l'extra moenia?

Ovvero potrà farsi ospitare nel centro ad alto volume di attività per operare il proprio paziente con il support orga-

nizzativo e le risorse adeguate?

E' realistico pensare che siano i nostri amministratori ad imporre il nuovo modello organizzativo. Non sarebbe per altro una novità in Toscana che ha un sistema sanitario impositivo.

Rimarrebbero comunque i quesiti esposti.

I professionisti ne trarranno le conseguenze. Potrebbe ipotizzarsi una fuga extraregionale da parte di chi non accetterà di essere "declassato" a chirurgo di serie minore.

scottante, quello su cui si giocherà il successo o meno della riforma è la **Mappatura del territorio: contestualizzazione livelli per specialità**.

In pratica il GdL dovrebbe definire i criteri secondo i quali distribuire tra i vari centri ospedalieri della grande ASL le attività assistenziali. Per fare un esempio relativo alle specialità chirurgiche, in particolare alla Urologia, il GdL dovrà proporre i criteri per concentrare l'alta complessità chirurgica – interventi oncologici demolitivi e conservativi, utilizzo delle alte tecnologie – nei centri dotati delle necessarie risorse strumentali, organizzative e professionali. Si dovrà trovare il sistema di far accettare al Dott. Caio Sempronio, che si reputa più o meno legittimamente un valido chirurgo, di non eseguire più interventi complessi che andranno al contrario concentrati in centri di riferimento per quella patologia. La letteratura conferma che il volume di attività correla con una riduzione del numero di complicanze. Sembra pertanto legittimo concentrare nei centri a maggior volume di attività gli interventi più complessi che richiedono non solo competenza professionale specifica ma anche un insieme di risorse strumentali ed organizzative che altri centri non hanno. Va da sé che ridurre il numero delle complicanze, così come concentrare l'uti-

lizzo di strumenti costosi ottempera ad entrambi gli obiettivi: mantenere alta la qualità dell'assistenza e ridurre i costi di gestione.

Ma qual è quel professionista che raggiunto il traguardo dell'autonomia professionale su interventi chirurgici di alta complessità sarebbe disposto a rinunciare "volontariamente" a tale attività per il "bene" della Sanità Regionale?

E come si concilia il principio della libera scelta del medico da parte del paziente se il professionista non può



Il servizio di elisoccorso a Cisanello

Per chi come me ha ormai passato da tempo gli “...anta”, forse non sarà impossibile ricordare anche solo qualche immagine di una serie televisiva americana andata in onda in Italia nei primi anni sessanta con il titolo di avventure in elicottero. La trama dei vari episodi era molto semplice: una piccola compagnia di lavoro aereo offriva i propri servizi alla comunità rurale di una cittadina del West con uno spartano “bell 47”, un elicottero fatto con tubi saldati, una cabina in plastica trasparente e pale in legno azionate da un motore a pistoni dal caratteristico rumore. Negli oltre cento episodi realizzati la bravura dei piloti e le capacità di questa macchina volante ancora poco nota all'epoca, riuscivano a risolvere un sacco di situazioni di emergenza in zone impraticabili tenendo incollati alla televisione noi ragazzini e de-

cretando il successo di questa serie di emozionanti avventure televisive. Vi era però anche un altro risultato forse meno accattivante ma sicuramente con importanti ricadute nella nostra quotidiana attività e cioè aver fatto intuire anche ai non addetti ai lavori che, nei decenni a seguire con il progredire della tecnica, quella macchina, l'elicottero, avrebbe assicurato una vasta serie di servizi in campo civile a cui oggi appare quasi impossibile rinunciare.

Tra questi spicca certamente l'attività HEMS, acronimo inglese che sta per “Helicopter Emergency Medical Service” cioè il servizio medico di emergenza effettuato con elicotteri appositamente attrezzati. Questo servizio è assicurato nell'ambito dell'emergenza sanitaria nazionale e può essere visto come l'estrema evoluzione del trasporto di emergenza-urgenza per garantire

il tempestivo ricovero presso strutture ospedaliere in grado di fornire le cure necessarie ad infortunati e pazienti cosiddetti “tempo dipendenti”.

In Toscana l'attività di elisoccorso, attiva fin dal 1999, è assicurata attraverso una centrale operativa, “Toscana soccorso” che coordina tutte le richieste di intervento e l'attività operativa dei tre elicotteri (nominativo Pegaso) che operano dalle basi di Firenze, Grosseto e Massa Cinquale ventiquattro ore al giorno tutto l'anno.

La necessità di contenere al minimo i tempi intercorrenti tra l'emergenza sanitaria e la fornitura delle specifiche professionalità mediche ha comportato che le strutture ospedaliere si dotassero di proprie aree destinate alle operazioni con elicotteri o aggiornassero le proprie infrastrutture in modo da accoglie-





re direttamente al proprio interno le missioni di elisoccorso. Il P.O. di Pisa, nell'ambito del piano di ammodernamento, vista anche la sua missione di struttura di riferimento regionale per alcune specifiche patologie, ha ritenuto necessario dotarsi di una elisuperficie in grado di garantire il servizio HEMS "H24" cioè sempre, di giorno e di notte, anche in condizioni meteo non favorevoli. Nel momento perciò in cui fu progettato il primo lotto del nuovo ospedale di Cisanello si inserì nel blocco 31, al cui interno è collocato il Dipartimento di Emergenza e Accettazione, una elisuperficie in elevazione in grado di accogliere elicotteri tipo AW 139. Questa macchina in dotazione all'elisoccorso in Toscana ed in altre regioni, è in grado di assicurare di giorno e di notte il trasporto di due pazienti o della apposita culla per le emergenze di neonatologia e del relativo personale sanitario di supporto. L'elicottero è inoltre in grado di effettuare operazioni al verricello nell'ambito dell'attività SAR (search and rescue) cioè di ricerca e soccorso particolarmente utile in caso di incidenti in montagna o zone impervie.

Parallelamente allo sviluppo tecnologico delle macchine e quindi all'accresciuta capacità del servizio HEMS per tipologia e numero di interventi, si è reso necessario, a partire dagli anni duemila, rivedere e aggiornare la normativa che riguarda tali missioni sia per quanto riguarda le modalità operative, sia per quanto concerne le strutture destinate ad accoglierle con lo scopo di garantire i più elevati standard

di sicurezza. Le disposizioni vigenti infatti prevedono che le elisuperfici a servizio di ospedali adottino procedure, sistemi di illuminazione e attrezzature antincendio di fatto analoghe a quelle adottate per il trasporto pubblico negli eliporti proprio per garantire agli equipaggi di volo il grado di sicurezza necessario a portare a termine la missione senza condizionamenti per la più ampia tutela dei pazienti trasportati e dello speciale servizio pubblico svolto da questi operatori aerei.

L'elisuperficie di Cisanello ha iniziato la sua attività operativa il 21 gennaio 2014 con un trasporto primario proveniente da Cecina dopo che gli equipaggi di Pegaso nelle settimane precedenti avevano effettuato una serie di atterraggi di addestramento sulla nuova elisuperficie in elevazione per prendere dimestichezza con le manovre di avvicinamento e per valutare le caratteristiche precise di tutta l'area ospedaliera come per altro previsto dalla normativa vigente per questo tipo di elisuperfici.

L'attività si è subito rivelata di una significativa consistenza giungendo a totalizzare a fine anno oltre 670 movimenti e prestando assistenza a più di 310 pazienti sia in attività primaria cioè dal luogo dell'incidente al P.O. di Cisanello, sia in attività secondaria per trasferimenti d'urgenza tra ospedali. Anche nel 2015 il trend si è mantenuto sui livelli del precedente anno e stando all'attività registrata nei primi nove mesi dell'anno si è in presenza di un leggero trend in crescita rispetto allo stesso periodo del 2014, con punte a luglio di ben 92 movimenti. Tale intensa

attività ha inoltre permesso di individuare aree di migliorabilità tanto nel campo delle infrastrutture e degli impianti tecnici connessi, quanto nella conoscenza delle procedure di comportamento in elisuperficie da parte di tutto il personale sanitario e tecnico che si trovi ad operare in ambiente "HEMS". Ciò ovviamente ha richiesto uno sforzo aggiuntivo nell'area del dipartimento tecnico dell'ospedale e per il personale sanitario del DEA, sforzo che subito compreso e condiviso ha tuttavia permesso di assicurare un servizio di ricezione delle missioni di volo ai più alti livelli di sicurezza di fatto praticamente senza soluzione di continuità essendo limitate a solo poche ore su base annua le interruzioni per manutenzione della piazzola.

I parametri per giudicare la qualità del servizio offerto da una struttura sanitaria sono sicuramente molti e complessi e certo non tra le corde di un tecnico di formazione aeronautica, più modestamente da normale cittadino utente del servizio sanitario nazionale mi conforta il fatto di poter contare sul fatto che, in caso di necessità, un sistema articolato cui tutti concorrono con impegno e professionalità dai piloti agli operatori del 118 garantisce ogni ora dell'anno, il rapido ricovero di un paziente o un infortunato presso la struttura sanitaria più adatta. E oggi questo sistema può contare su di una struttura, l'elisuperficie di Cisanello, formata da personale ed impianti di primo ordine, che ne accresce la flessibilità e la possibilità di assistenza con elevati livelli di affidabilità.

Breast Cancer Thermography: passato, presente e futuro

Nei confronti degli “*screening*” per la diagnosi precoce dei tumori del seno esistono pareri controversi. L’approccio più comune è quello della mammografia biennale in età compresa fra 49 e 69 anni. Essa è proposta a tutte le donne in vari Paesi occidentali mentre in altri è solo facoltativa (ed es. USA, Canada, Balcani, Cecoslovacchia, Slovenia) o poco eseguita (ad es., Africa, Sud-America). Con il passaggio dall’ “*era analogica*” a quella “*digitale*” molti AA. ritengono, adducendo motivazioni teoriche convincenti, che agli attuali “*screening*” possano sostituirsi esami termografici annuali e/o biennali. In particolare, la Dr. C. Northrup del “*Maine Medical Center (MDC)*” Portland USA, afferma che la diagnosi termografica di un cancro del seno sia possibile anche allo stato cellulare e consenta di predirne la comparsa con largo anticipo (8-10 anni) rispetto alla mammografia (2-4 anni).

Termografia o IRT (InfraRed Thermography)

Notoriamente tutti i tessuti tumorali sono più attivi rispetto a quelli normali e necessitano di più ossigeno e glucosio. Ciò comporta una richiesta nutrizionale maggiore e, pertanto, un aumentato afflusso di sangue ((**RBF**) **R**egional **B**lood **F**low). Per sostenerne la crescita, si formano nuovi vasi (neo-angiogenesi) e questo è il motivo principale per cui le neoplasie emettono più calore rispetto alle zone sane. Ma il riscaldamento av-

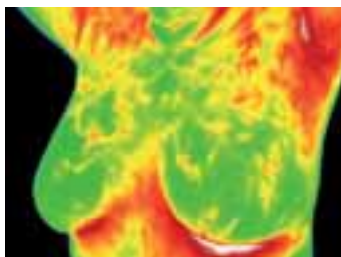
viene in molte altre patologie della mammella (flogosi, displasie proliferative, traumi etc.) ed anche se in certi casi la diagnosi è facile, in altri si hanno problemi interpretativi ed è intuibile perché l’analisi di molte immagini anomale richieda notevole esperienza e competenza.

In Italia la termografia è poco usata, mentre negli Stati Uniti è accettata anche per risolvere problemi medico-legali ed in altri stati è assai popolare (Norvegia, Germania, Austria, Polonia, Portogallo, Giappone, Australia, Brasile). Nel 1977 uno studio di S. Feig ed Al. eseguito su 16.000 donne, concluse che la mammografia individuava il 78% dei cancri e la termografia solo il 39%. Dopo tale ricerca la mammografia è stata indicata come il “*gold standard*” nella diagnosi dei tumori del seno e la termografia declassata a “*pseudoscienza*”. Oggi è inserita nella cosiddetta “*Medicina Complementare Alternativa o CAM (Complementary and Alternative Medicine)*” ma non è più considerata una “*pseudoscienza*”. In questi ultimi 20 anni le sorgenti ad infrarosso sono state oggetto di approfondite ricerche soprattutto dalla NASA con non poche ricadute sia sul piano pratico generale che su quello militare. Gli attuali termografi digitali raggiungono

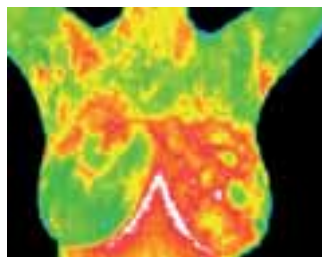
una sensibilità di 8/100 di grado, riproducono immagini nel “*range*” dello spettro elettro-magnetico compreso fra 9-14 μm e sono dotati di “*software*” che migliorano la qualità dei termogrammi. In medicina si usa la cosiddetta “*tele-termografia passiva*” dove non è necessaria alcuna fonte esterna di calore. La termografia è un “*test*” innocuo, a basso costo, della durata di circa 15’ e senza contatti fisici.

In USA viene definito “*thermologist*” un medico che legge ed interpreta un termogramma ed è esperto nell’identificare due simmetrici modelli calorici. Infatti ogni minima differente distribuzione del calore come fra i due seni è sospetto per patologie cancerose o potenzialmente tali. Diverse di queste varianti termiche sono facilmente spiegabili e non necessitano di ulteriori accertamenti.

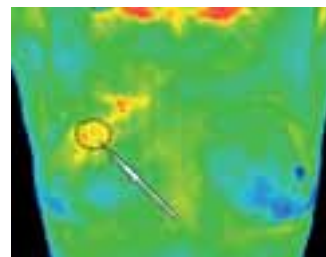
Il Dr. S. Wright, responsabile di uno “*Staff*” di ricercatori presso “*Tahoma Clinic*” (North Seattle college, Washington) interessati alla termografia del seno, sostiene che è un ottimo strumento per identificare patologie di tutte le dimensioni e che sono avvantaggiate le donne giovani, quelle sottoposte a trapianti od affette da patologie reversibili come le mastiti e le mastopatie fibrocistiche. Conferma che nel cancro la termografia può



Normale



Malattia fibrocistica



Cancro iniziale

individuare i primi segni indiretti prima di altre procedure e che, con trattamenti medici adeguati (od anche spontaneamente), essi possono regredire (monitoraggio non invasivo dei seni). Fra le metodiche invasive include anche la mammografia perché comporta la compressione (circa 50 libbre) su ciascuna mammella (con potenziale diffusione di cellule tumorali) e l'impiego dei raggi X. Fa notare infine che né la termografia né la mammografia consentono diagnosi certe di cancro (solo la biopsia è dirimente) e che, se da sola, la mammografia porta (secondo i dati ufficiali) ad una riduzione del 30-40% della mortalità con entrambe le metodiche essa si attesterebbe sul 20-30% (10% in meno).

Fra i contributi autorevoli più critici della Dr. C. Northrup c'è quello pubblicato su *"Science-Based Medicine"* da D. Gorski con la collaborazione di Alltri (S.P. Novella, D.H. Gorsky, K.C. Atwood IV, J.

Bellarmy, S. Gavura, H. Hall, M. A. Crislip) nel quale si definisce il testo della Northrup (Best Breast Test: The Promise of Thermography) una *"opportunistica promozione di ciarlataneria"* e si osserva che le diagnosi troppo precoci sono spesso dannose (*"overdiagnosi ed overtrattamento"*).

Commento

La prima osservazione da fare è che qualsiasi metodica di *"diagnostica per immagini"* (per sua stessa definizione) non dà informazioni al *"livello cellulare"* ma evidenzia solo aggregati di bilioni di cellulare. La termografia ha già oggi una sensibilità sufficiente a rilavare i generici processi biochimici che avvengono al livello micro-nodulare e/o cellulare anche se (in via del tutto teorica) potrebbe in futuro arrivare a decifrarli; dimostrando però l'equivalenza: *"Termogramma normale = Seno sano"*, allora essa potrebbe sostituire la mammografia in tutte le donne in età compresa fra 49 e

69 anni (od anche in fasce più ampie) fino alla comparsa di eventuali generiche anomalie termografiche per poi passare (qualora dovesse verificarsi) alle abituali procedure di *"screening"*. Tale soluzione intermedia migliorerebbe la qualità di vita a molte donne, ridurrebbe sensibilmente i possibili rischi degli esami mammografici e sarebbe vantaggiosa anche in termini economici.

Le critiche ad oggi più convincenti riguardano il cosiddetto *"range di riferimento o normalità"*: infatti se esso dovesse essere (contrariamente a quanto sostengono la Dr Northrup ed Altri) troppo ristretto, il numero delle donne con termogrammi negativi sarebbe molto esiguo e, pertanto, gli *"screening termo-mammografici"* poco utili sul piano pratico.

Una ricerca approfondita con eventuali *"software"* di aiuto alla diagnosi (cosiddetti *"CAD systems"* (Computer-Aided Detection)) potrebbe essere vantaggiosa e chiarificatrice.

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.d. valore Ig. F. 1/Whinc. n. 24/01



Lefim

Promotion Real Estate Development

Info: Pettenon S.

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

Contro la sclerosi multipla: ecco le nuove terapie orali

Nel corso dell'ultimo anno sono stati approvati due nuovi farmaci per la terapia della Sclerosi Multipla, ambedue a somministrazione orale.

Ciò ha rappresentato una vera e propria innovazione rispetto agli anni precedenti, dato che dal 1996 ad oggi le uniche terapie approvate per il trattamento di fondo della sclerosi multipla erano unicamente terapie iniettive sottocutanee o intramuscolari (interferoni e copolimero). L'unica terapia orale disponibile era il fingolimod, auto-

rizzato però come seconda linea per il trattamento delle forme particolarmente attive di malattia, nelle quali i farmaci iniettivi di prima linea abbiano fallito.

I due nuovi farmaci autorizzati per il trattamento di tale patologia anche in fase iniziale, come alternativa alle terapie iniettive, sono la teriflunomide (Aubagio di Genzyme) e il dimetilfumarato (Tecfidera di Biogen Idec).

Teriflunomide è stata approvata da AIFA nella Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto 2014: dal punto

di vista farmacodinamico è un immunomodulante ad azione antiinfiammatoria, che inibisce in modo selettivo e reversibile l'enzima mitocondriale diidrorotato deidrogenasi (DHO-DH), necessario per la sintesi della pirimidina, con conseguente riduzione della proliferazione delle cellule che necessitano della pirimidina per espandersi; sembra che l'effetto terapeutico nella sclerosi multipla dipenda dal conseguente ridotto numero di linfociti.

Il dosaggio raccomandato è di 14

Nome commerciale	Principio attivo	Anno approvazione AIFA	Modalità di somministrazione
Betaferon	Interferone beta 1b	1996	Sottocute a giorni alterni
Rebif	Interferone beta 1a	2000	Sottocute tre volte a settimana
Copaxone	Copolimero (glatiramer acetato)	2002	Sottocute tutti i giorni
Avonex	Interferone beta 1a	2003	Intramuscolo una volta a settimana
Extavia	Interferone beta 1b	2009	Sottocute a giorni alterni
Aubagio	Teriflunomide	2014	Una compressa al giorno
Tecfidera	Dimetilfumarato	2015	Due capsule al giorno

Tab 1: Terapie approvate in prima linea per il trattamento della sclerosi multipla recidivante remittente (nota AIFA 65)



120 mg due volte al giorno che viene utilizzato generalmente la prima settimana di terapia al fine di ridurre l'insorgenza di effetti indesiderati. Anche per dime-tilfumarato non sono disponibili dati in età pediatrica.

Gli effetti indesiderati più comuni sono rappresentati da flushing (arrossamento cutaneo), generalmente transitorio, effetti gastroenterici (nausea, diarrea, dolore addomi-

mg una volta al giorno, assunto indifferentemente prima o dopo i pasti; non vi sono indicazioni in età pediatrica.

Le controindicazioni maggiori riguardano donne in gravidanza, pazienti con severa compromissione epatica, immunodeficienze, insufficienza renale grave.

Gli eventi indesiderati più comuni di teriflunomide sono rappresentati da effetti gastroenterologici (nausea, diarrea), cutanei (alopecia), facilità a infezioni respiratorie/urinarie, aumento della alanina amino transferasi (ALT) agli esami ematici.

Il secondo nuovo farmaco orale, il dime-tilfumarato, è stato approvato dalla Commissione Europea nel febbraio 2014 e approvato da

AIFA il 24 gennaio 2015; prima dell'Europa era già in commercio in Stati Uniti, Canada e Australia.

Il farmaco ha dimostrato proprietà antiinfiammatorie e immunomodulatorie, agendo con meccanismo ad oggi non pienamente compreso: gli studi preclinici indicano che l'effetto terapeutico nella sclerosi multipla sia mediato dalla attivazione della trascrizione del fattore nucleare Nrf2 con conseguente *up regulation* dei geni antiossidanti Nrf2 dipendenti. Ciò sembra ridurre significativamente l'attivazione delle cellule del sistema immunitario ed il conseguente rilascio di citochine pro infiammatorie.

Il dosaggio raccomandato di dime-tilfumarato è di 240 mg due volte al giorno; è disponibile il dosaggio da

nale), presenza di chetonuria.

Ambedue questi farmaci hanno dimostrato evidenza nel ridurre il tasso di ricadute di malattia, con conseguente riduzione del rischio di progressione di disabilità; dime-tilfumarato ha dimostrato inoltre di ridurre a due anni del 90% il numero di lesioni captanti gadolinio alla risonanza magnetica e dell'85% il numero di nuove lesioni in T2.

I due farmaci, da molti anni attesi tra le terapie utilizzabili, rappresentano pertanto una valida alternativa ai già noti farmaci iniettivi; è auspicabile che vengano in futuro confermati anche per i nuovi farmaci i dati di sicurezza a lungo termine già ampiamente validati per gli interferoni ed il copolimero.

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

Diritti e doveri nella professione

Si è svolta, lo scorso 28 ottobre, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Pisa una serata dedicata ai giovani medici, organizzata dalla Commissione Giovani Medici e con la collaborazione del Dott. Paolo Monicelli.

Lo scopo della serata è stato informare i colleghi che si affacciano al mondo del lavoro su questioni di ordine quotidiano utili nella pratica della professione.

Abbiamo parlato di partita IVA, di assicurazione professionale, dei certificati medici (che fin dai primi mesi dopo l'abilitazione ci vengono spesso richiesti) con i loro risvolti giuridici, di come affacciarsi alle sostituzioni di Medicina Generale ed alla Continuità Assistenziale nella nostra provincia.

Sono ancora molti i temi che dovremo approfondire e, visto anche l'interesse dimostrato dagli stessi partecipanti alla serata (o da chi ci ha scritto esplicitamente di non poter essere venuto), riproporremo nei prossimi mesi altri incontri di questo tipo, con gli stessi e con nuovi contenuti.

Nel dibattito che ha accompagnato le presentazioni dei diversi argomenti è emerso come, per molti, capita spesso di trovarsi inseriti in un ambulatorio di medicina generale (come di continuità assistenziale) senza conoscere con esattezza i diritti e doveri del ruolo che il medico si trova a ricoprire.

In questa sezione della rivista Pisa Medica ci proponiamo di esporre e magari approfondire, di volta in volta, vari aspetti della professione che possano essere utili ai giovani colleghi, così come di "ripasso" per i colleghi meno

giovani.

L'argomento di oggi sarà: Vademecum del sostituto di Medicina Generale - Capitolo I.

Qualunque medico abilitato può fare una sostituzione. Ecco, quindi, che le sostituzioni di Medicina Generale sono uno dei primi incarichi che un abilitato alle prime esperienze può ritrovarsi a svolgere.

Il primo requisito necessario è aver ottenuto il **Codice Regionale** (provvisorio) dalla propria ASL: a Pisa si può richiedere presso gli uffici di via Cocchi a Ospedale, previa richiesta scritta da parte del medico titolare che ha bisogno della sostituzione, anche in carta bianca, il tutto accompagnato da una marca da bollo da 16€. Il Codice Regionale dovrà poi essere indicato, assieme al nome ed alla qualifica professionale (Medico Chirurgo), nel **timbro** che il sostituto utilizzerà per firmare le ricette e le impegnative. E' utile, per ricoprire al meglio le mansioni che sono generalmente richieste, aver ottenuto anche le

credenziali di accesso al sito "sistemaTS" per rilasciare i certificati INPS di malattia; tali credenziali possono essere richieste al proprio Ordine dei Medici.

Trovare un sostituto: ricordiamo che anche l'Ordine di Pisa ha aderito alla piattaforma web MedBox (www.medbox.it), che consente di trovare un collega disponibile per una sostituzione nel periodo di interesse.

Ricordiamo che tutti gli obblighi e i diritti in ambito di medicina del territorio sono contenuti nell'**Accordo Collettivo Nazionale** (ACN), (http://www.sisac.info/downloadFILE.do?doc_id=www.sisac.info/resources/news/news_201012212148298322&nomefile=ACN_Medicina_Generale_consolidato.pdf&serv=nws) che consigliamo caldamente di sfogliare per essere più preparati, in ogni caso è buona norma consultarlo in caso di dubbi.

Visite e reperibilità: il medico di medicina generale è obbligato ad essere reperibile telefonicamente dalle ore 8:00 alle ore 10:00, dal lunedì al sabato, ed effettuare le





visite domiciliari richieste in questa fascia oraria entro la giornata stessa; le richieste di visita domiciliare ricevute al di fuori di questa fascia oraria possono essere soddisfatte entro le ore 12:00 del giorno seguente. Le visite domiciliari dovrebbero essere eseguite in caso di intrasportabilità del paziente che, altrimenti, può essere invitato a recarsi in ambulatorio.

Il software di gestione pazienti: esistono molti software che i medici di medicina generale possono utilizzare nel loro lavoro in ambulatorio, è consigliabile che il sostituto, prima dell'incarico, si assicuri di padroneggiare le funzioni di base in modo da semplificare il lavoro. E' bene richiedere che il medico titolare crei un account per il sostituto, in ogni caso, le impegnative e le ricette che il sostituto stamperà dovranno contenere il suo timbro e firma, in quanto medico che le ha materialmente emesse. Un sopralluogo presso l'ambulatorio del medico può essere utile anche per chiarire dove poter tro-

vare materiale di consumo (carta, ricettari nuovi, materiale per medicazioni).

Il compenso al sostituto: come regolato dall'ACN (art.59 comma A della convenzione ACN 2005/2009) il compenso si calcola a partire dalla quota capitaria: 40.05€ per paziente all'anno.

Al sostituto, da questa cifra, spetta una percentuale che in Toscana, è pari all'83% (DRT 785/10). La cifra ottenuta (33,24) va divisa per il numero di giorni dell'anno: $33,24/365 = 0,091$.

Quindi, per calcolare il compenso per un periodo di sostituzione di "tot." giorni è necessario applicare la seguente formula: **$0,091 \times \text{numero di pazienti} \times \text{numero di giorni}$** .

Questa cifra subisce variazioni nel corso dell'anno, in quanto è prevedibile un diverso carico assistenziale: va maggiorata del 20% nei mesi di dicembre/gennaio/ febbraio e marzo e va ridotta del 20% nei mesi di giugno/luglio/agosto e settembre. Il sabato, la domenica ed i festivi

compresi nel periodo di sostituzione dovrebbero essere pagati per intero.

Al Medico sostituto competono, inoltre, i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione: prestazioni aggiuntive (come vaccini, medicazioni, cateterismi, fleboclisi, rimozione/applicazione punti di sutura, ecc...), prestazioni di assistenza domiciliare programmata, prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Con questo articolo abbiamo voluto illuminare alcune questioni che spesso, agli inizi, un giovane medico non sa bene a chi rivolgere, ben consapevoli che il mare dei dubbi è ben più ampio di così. Preghiamo di scrivere ancora all'indirizzo email omeceopi.young@gmail.com per quanto concerne le problematiche inerenti la professione o per collaborare con le prossime iniziative formative che stiamo organizzando.

“Sistema tessera sanitaria” per medici e odontoiatri

Come è noto, dallo scorso anno, l'Amministrazione Finanziaria si è impegnata ad inoltrare ai contribuenti italiani il Modello 730 precompilato. Alcuni dati, come ad esempio le consistenze immobiliari ed i redditi di lavoro dipendente ed assimilati sono elementi dei quali l'Agenzia delle Entrate già dispone, ma lo sforzo del momento è volto ad includere nella dichiarazione precompilata anche le spese detraibili sostenute dai contribuenti quali ad esempio i premi pagati per le polizze vita ed infortuni, gli interessi passivi relativi ai mutui immobiliari, le spese universitarie, le spese sostenute per gli interventi di recupero del patrimonio edilizio, ma soprattutto le spese mediche (ivi inclusi gli scontrini delle farmacie e tutte le prestazioni sanitarie). Per raggiungere l'obiettivo è stato creato dall'Amministrazione il “Sistema Tessera Sanitaria” i cui dati “sono quelli relativi alle ricevute di pagamento, alle fat-

ture e agli scontrini fiscali relativi alle spese sanitarie e alle spese dei farmaci veterinari sostenute dal contribuente e dai familiari a carico nell'anno di imposta e ai rimborsi a questi erogati”. Insomma i medici e gli odontoiatri saranno in prima linea in quanto dovranno essere loro stessi ad inviare i dati richiesti all'Amministrazione attraverso il “Sistema Tessera Sanitaria” che prevede in prima battuta l'accreditamento al sistema. Le criticità applicative ed operative al momento sono diverse: dall'obbligo di dotarsi di pec, al percorso di accreditamento al Sistema dei singoli operatori, alla informatizzazione degli studi ovvero alla dotazione di strumenti adeguati (PC e linea internet), all'obbligo dell'invio dei dati relativi all'intero 2015 previsto entro la data del 31 gennaio 2016, alle sanzioni previste per ogni omessa comunicazione pari a euro 100,00 fino ad un massimo di 50.000,00 euro....

Volendosi “addentrare nei me-

andri” dell'accreditamento ed abilitazione, il percorso dovrebbe essere il seguente: il soggetto interessato potrà recarsi personalmente presso le sedi provinciali degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri oppure accedendo al sito web www.sistemats-it tramite la propria TS-CNS (tessera sanitaria-Carta nazionale dei servizi) oppure registrandosi al sito con specifiche modalità di riconoscimento. A seguito dell'esito positivo il soggetto sarà in possesso delle credenziali di accesso al sistema. Quanto alla trasmissione dei dati l'Amministrazione Finanziaria renderà disponibile gratuitamente un'applicazione web per l'inserimento di ogni singolo documento fiscale (nel caso si utilizzi già un programma per la gestione della fatturazione la propria software house provvederà a integrare le funzionalità necessarie), e quindi i dati verranno trasformati in appositi file ed inviati al Sistema TS.

Infine: è consentito al medico e all'odontoiatra la possibilità di delegare un soggetto terzo all'invio dei dati (commercialista o Caf). E' prevista da parte di coloro che hanno ricevuto le prestazioni sanitarie la possibilità di “Opporsi all'utilizzo dei dati delle spese sanitarie per la dichiarazione dei redditi precompilata” per le fatture 2015 rivolgendosi direttamente all'agenzia delle Entrate, e dal 2016 comunicando al medico o all'odontoiatra la propria “opposizione”.

(Fonte “Il Sole 24 Ore 26/11/15, SEAC”)



Con il patrocinio di:

Informazioni

Modalità di iscrizione:
**Inviare l'adesione unitamente
alla copia dell'avvenuto pagamento via fax o
posta elettronica alla segreteria organizzativa:**

PiErre Service Srl,
Via della Chiesa 244N, 477
55100 San Pietro a Vico (LU)
Tel - 0583 952923 Fax - 0583 999624
email: info@pierrereservice.it

Modalità di partecipazione:

Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo fino ad esaurimento posti disponibili. In caso di rinuncia al corso non verrà effettuato alcun rimborso.

[illegible]

Novembre - Dicembre 2015 - 21

L'igienista dentale come counselor per i giovani

Il presupposto di ogni progetto di prevenzione parte dal punto fondamentale che ad ognuno deve esser garantito il diritto alla salute.

La promozione del benessere rappresenta il primo livello di un intervento globale con un'alta valenza preventiva: promuovere benessere non significa promuovere un generico "star bene" ma fornire adeguati strumenti per essere in grado di affrontare situazioni di difficoltà e di rischio.

In particolar modo, di recente, si è focalizzata l'attenzione sul mondo adolescenziale e soprattutto sulle nuove esposizioni che questo ha nei confronti di fattori di rischio comunemente conosciuti.

In essi sono state riconosciute quelle problematicità che, se non modificate, resteranno permanenti nella vita adulta e che quindi necessitano di maggiori attenzioni e utilizzo di risorse da parte di tutte le organizzazioni sanitarie.

Ci sono molte ragioni per le quali l'attenzione è stata concentrata sugli adolescenti. Innanzitutto è importante considerare che i giovani rappresentano circa il 20% di una popolazione e la loro crescita in termini di salute ed educazione ha una profonda implicazione sugli sviluppi socio-economici di un paese. Gli adolescenti rappresentano una risorsa e un grande potenziale contributivo per le famiglie, le comunità e i paesi.

Durante l'adolescenza si manifestano una grande quantità di problemi che si ricollegano non solo a meri aspetti di salute ma anche a difficoltà di socializzazione e di rapporto con se stessi. E' importante considerare che lo sviluppo cerebrale dei giovani è in evoluzione e maggiormente soggetto a modifiche ambientali.

Determinati fattori di rischio per la salute possono incidere in maniera determinante sullo sviluppo cerebrale del giovane talvolta creando problematiche permanenti. Bisogna quindi sfruttare la loro duttilità e apertura di mente rafforzando i determinanti positivi per la salute, in questo modo si potrà ottenere una risposta in termini di benessere per le generazioni che verranno.

Il progetto realizzato in questo studio è stato studiato ad hoc per i giovani, ritenendo tale fascia d'età maggiormente esposta a fattori di rischio sempre più legati alla socializzazione. L'obiettivo è stato quello di creare un collegamento tra la figura professionale dell'igienista dentale ed i ragazzi frequentanti una scuola secondaria superiore del territorio toscano. Nell'igienista dentale si riconoscono quelle competenze e caratteristiche in grado di rapportarsi alla realtà dei giovani comprendendone le criticità e promuovendo stili di vita sani e condivisibili. L'intervento realizzato ha voluto considerare non solo gli aspetti legati alla salute orale dei ragazzi ma anche tutti quei determinanti che influiscono sulla salute sistemica. Per fare questo, sono stati presi in esame molti degli aspetti che durante l'adolescenza emergono quali: il rapporto con i coetanei e con la famiglia, come punto di partenza per creare un livello di comunicazione efficace, il tabagismo e l'alcolismo, come fattori di rischio per la salute sistemica, e le problematiche orali riscontrabili in questa fascia d'età.

1. Caratteristiche dell'adolescenza

L'adolescenza rappresenta una delle fasi più rapide dello sviluppo umano e in questo periodo la maturità bio-

logica precede quella psicologica. I giovani sono una categoria più vulnerabile, in quanto allo sviluppo delle capacità personali si affianca l'allontanamento dal nucleo familiare.

Negli anni dell'adolescenza prendono luogo numerosi cambiamenti biologici. I più significativi si manifestano nel fisico: l'incremento della statura, l'aumento della massa corporea, la distribuzione del grasso dell'individuo e lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari. A livello endocrino i giovani sono soggetti allo sviluppo delle gonadi e all'inizio della produzione di ormoni estrogeni ed androgeni. E' importante considerare che le modificazioni ormonali sono accompagnate da variazioni psicosociali e dai fattori personali a cui ogni ragazzo è soggetto.

A livello psicosociale l'adolescenza rappresenta il ponte tra l'infanzia e l'età adulta. Si assiste al prepotente esplodere dei bisogni fondamentali di accettazione e partecipazione, di comprensione e autonomia. Tutte le modificazioni che prendono luogo condurranno l'individuo alla maturazione.

L'adolescente riceve continuamente messaggi dai contesti culturali che lo circondano e tale bombardamento di informazioni, porta talvolta all'assunzione di comportamenti a rischio per la salute individuale. La guida familiare rappresenta uno dei fattori determinanti l'evoluzione del giovane e possiamo considerare l'adolescenza come una sorta di impresa evolutiva congiunta di genitori e figli. Ma durante questa fase possono crearsi delle condotte comportamentali di opposizione al mondo adulto che talvolta, si manifestano con mitizzazioni di modelli culturali nei quali il giovane prova a riconoscersi.

Nell'adolescenza il rapporto con i coetanei prende posto massivamente su tutti gli altri rapporti. L'amicizia è vista come segno di comunanza tra due o più individui e rappresenta un valore per il giovane. Nei propri coetanei ci si riconosce, si condividono ideali e preoccupazioni. Gli amici diventano gli appartenenti ad un branco e spesso i comportamenti all'interno del gruppo si unificano senza che l'individuo li metta in discussione.

Spesso le abitudini comportamentali intraprese dai ragazzi sono universalmente riconosciute come dannose per la salute individuale. In analisi recenti (dati ISTAT) è emerso che circa il 44% dei giovani beve vino, il 47% birra, il 27% assuma superalcolici, il 20% fumi e il 6,5% ha avuto l'esperienza singola o ripetuta di una canna.

In questo panorama una figura professionale che si occupi di salute e che conosca quali sono gli effetti dell'utilizzo di determinate sostanze, ha il dovere di inserirsi per realizzare interventi di promozione di stili di vita sani che riescano ad essere compresi ed attuati dai giovani. Intervenire sui ragazzi, sui loro vizi e comportamenti è un impegno che deve esser intrapreso da una società che ha come obiettivo il miglioramento della salute pubblica.

2. Parlare ai giovani

Realizzare un intervento di promozione della salute e prevenzione delle abitudini dannose rivolto agli adolescenti non rappresenta un'impresa facile.

I giovani tendono sempre più ad avere conoscenze in merito agli argomenti che li interessano e spesso particolarmente approfondite, ma non sempre corrette. Risulta quindi fondamentale creare un buon livello di comunicazione che garantisca la realizzazione di un feedback positivo.

Per parlare ai giovani è innanzitutto fondamentale creare un clima di confidenza e libertà d'espressione senza che ci sia una rigidità tipicamente didattica. Ciò sta alla base di un qualunque intervento preventivo

che si basa sul sistema dell'empatia ovvero: seguire la linea del paziente non opponendo resistenza alla sua personalità.

In adolescenza non si ha percezione dei limiti fisici e soprattutto degli effetti dannosi che determinate condotte di dipendenza possono avere sul proprio organismo. Principalmente i giovani pensano di poter fare qualsiasi cosa e soprattutto di essere immuni agli effetti. Intervenire su questa caratteristica, insita del periodo adolescenziale, risulta controproducente, è utile realizzare interventi che abbiano la loro efficacia senza che si creino conflitti.

In questa visione l'igienista dentale si può considerare come una figura capace di illustrare le criticità di alcuni comportamenti focalizzando l'attenzione sugli effetti immediati che questi provocano nell'individuo. Con i giovani è importante e proficuo parlare di realtà immediate e comunemente riconoscibili da tutti, risulta invece controproducente e di minor interesse la trattazione di argomenti intangibili i quali effetti sono visibili a lungo termine.

3. L'igienista e i giovani

Durante il periodo adolescenziale le modifiche ormonali comportano una serie di ripercussioni anche sul cavo orale.

Le ipertrofie gengivali, gli incrementi di essudato e l'aumento del sanguinamento rappresentano comuni caratteristiche che si riscontrano in questa fascia d'età. Alle problematiche fisiologiche si associa l'insediamento di abitudini alimentari e igieniche diverse rispetto a quelle del nucleo familiare, realtà questa che permetteva un maggior controllo della vita del giovane.

Diventa quindi fondamentale ricevere una buona educazione per quanto riguarda le manovre di igiene orale domiciliare in modo da rendere più consapevoli i ragazzi di quelle che sono le problematiche orali di questo periodo e di quali sono le modalità per prevenirle.

Nella fase adolescenziale i rischi igienici per la bocca sono particolarmente critici (protesi ortodontiche,

pearcing orali, grill dentali, sessualità, ecc.). Il panorama che si sta creando necessita sempre più di un intervento professionale volto a fornire le conoscenze utili ai ragazzi per dargli la possibilità di scegliere.

Un altro degli argomenti che devono essere inclusi nella trattazione delle problematiche orali giovanili è il rapporto ragazzi e tabagismo. E' infatti proprio durante l'età giovanile che si insedia questa abitudine. I dati ISTAT stimano che nella popolazione di 14 anni circa il 22,3% fumi. La spinta che ricevono i giovani per iniziare a fumare è data principalmente dai compagni e dall'idea che si ha di sé con una sigaretta in bocca.

I ragazzi consciamente riconoscono che la sigaretta li rende più interessanti e gli garantisce una sorta di elevazione sociale. L'intervento di dismissione al fumo che opera sui giovani deve necessariamente considerare che essi sono i dipendenti più difficili da motivare per una serie di ragioni: la dipendenza non è ancora fortemente insediata, quindi si pensa di poter smettere quando si vuole, la sigaretta è associata ad un arricchimento della propria immagine e gli effetti avversi non sono fisicamente rilevabili.

Un altro fattore di rischio per la salute orale e sistemica, che i ragazzi consumano in modo sconsiderato, è l'alcol. Circa il 7% dei ragazzi dichiara di ubriacarsi 3 volte a settimana e, al di sotto dei 17 anni, il consumo di alcol è in crescita.

Negli ultimi anni si sono consolidati i modelli nordeuropei nei quali il consumo di alcol non è associato ai pasti. Si è affermata la modalità di consumo definita *Binge Drinking* che prevede l'assunzione di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche nell'arco di due ore. L'utilizzo non controllato di tale sostanza sta sempre più portando a dei rischi immediati per la salute, come l'intossicazione acuta (incidenti stradali, stupri, ecc.).

L'alcool rappresenta uno dei consumi preferiti dai ragazzi. E' utilizzato per sentirsi più disinibiti e per aumentare il divertimento. E' importante far capire quale sia il limite che separa il consumo dall'abuso ed

infondere la percezione del rischio a cui è soggetto l'organismo all'aumentare delle unità alcoliche. In questo panorama diventa fondamentale istruire i giovani sul consumo di alcol sia per garantire la formazione di atteggiamenti più consapevoli sia per permetterne la consumazione coscienziosa.

4. Studio pilota

Nello studio, proposto come tesi di laurea in igiene dentale, le basi dell'intervento formativo hanno voluto tenere fortemente in considerazione le caratteristiche dei ragazzi di oggi.

Per fare questo il percorso formativo per i ragazzi è stato realizzato all'interno di una scuola secondaria superiore ed ha previsto la selezione di una popolazione costituita da 174 studenti.

I materiali utilizzati nello studio sono stati realizzati al fine di ottenere informazioni importanti sulle abitudini dei giovani. E' stato realizzato un questionario costituito da 23 items dove gli argomenti trattati comprendevano: le abitudini di igiene orale, l'abitudine al tabagismo e il consumo di alcol e zuccheri.

Sono stati raccolti anche dati clinici utili a valutare lo stato di infiammazione gengivale della popolazione (Indice Carter e Barnes sui settori anteriori).

La popolazione in esame è stata suddivisa in due gruppi di studio: il gruppo Test ed il gruppo Controllo. A tempo zero, baseline, la popolazione ha compilato il questionario proposto ed è stato raccolto l'indice

infiammatorio.

Nei mesi successivi il gruppo Test ha partecipato ad un corso di formazione ispirato alle problematiche dell'adolescenza e alle sue correlazioni con il cavo orale. I giovani sono stati informati delle metodiche di igiene orale più efficaci per la loro fascia d'età e delle problematiche connesse ad un inefficace controllo del biofilm orale. Sono stati trattati gli argomenti tabagismo e utilizzo di alcol in adolescenza e particolare attenzione è stata data agli effetti che determinate abitudini hanno sulla bocca.

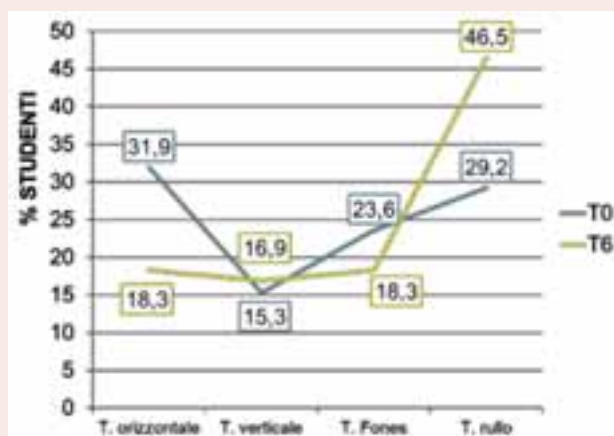
A seguire, dopo sei mesi (T6), sono stati compilati nuovamente i questionari e raccolti i parametri clinici per tutta la popolazione. Questa impostazione di studio ci ha permesso di valutare le differenze, sia in termini clinici sia di risposte alle items del questionario, dopo il percorso formativo realizzato esclusivamente sul gruppo Test.

I dati raccolti ed analizzati hanno evidenziato una significativa differenza negli outcome del gruppo Test rispetto al gruppo Controllo.

5. Risultati

La rilevazione del parametro infiammatorio mediante l'indice di sanguinamento di Carter e Barnes, ha riportato al baseline una media di 10,2 siti sanguinanti nel gruppo con-

trollo che si è ridotta solo a una media di 9 siti dopo sei mesi. Di contro, il gruppo test, presentava una media di 8,4 siti sanguinanti, tale media, si è ridotta dopo sei mesi ad un valore di 5,1 siti sanguinanti. Possiamo quindi dare una certa validità all'intervento formativo circa le corrette abitudini di igiene orale domiciliare e alla motivazione ai corretti stili di vita in quanto l'elaborazione statistica dei dati ha mostrato un livello di significatività pari a $p=0.030$ ($p<0.05$). Nel grafico seguente si mostra come la modalità di spazzolamento nel gruppo Test sia cambiata nella seconda rilevazione dei dati.



Nei grafici seguenti invece riportiamo come le risposte del gruppo Test siano cambiate dopo il percorso formativo realizzato. In entrambe le Items il gruppo Test risponde in maniera più positiva rispetto al gruppo Controllo alle domande:

- a) Conosci gli effetti del fumo sulla tua bocca?
- a) Conosci gli effetti dell'alcol sulla tua bocca?

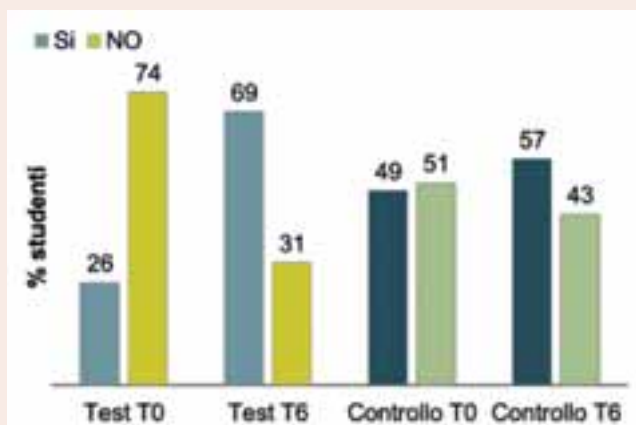


Grafico a)

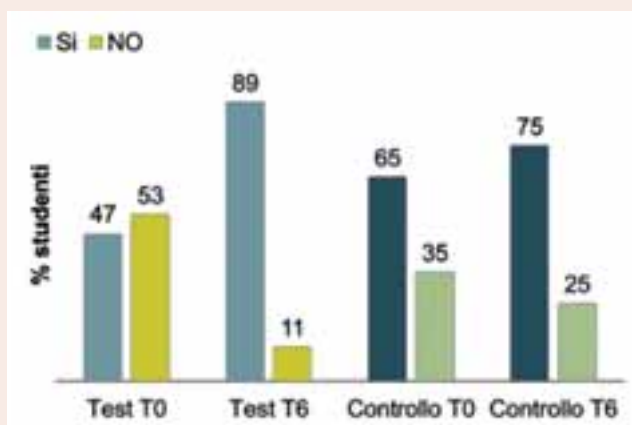


Grafico b)

I TMD e il Bite

In questo articolo cercherò di esprimere la mia opinione sui bite, su queste placche in resina, con caratteristiche strutturali simili ma diverse, su quando e perchè utilizzarlo. Ho seguito vari corsi e congressi dove ognuno dava indicazioni ben precise, "uniche", "cum grano salis", la chiave di svolta per trattare dolori e disturbi vari dell'ATM con il bite e ogni volta tornavo in studio senza una linea guida compatibile con il mio *modus operandi* quotidiano. Ultimamente seguo le indicazioni del Dott. Daniele Manfredini, uno dei maggiori esperti a livello internazionale, sul perché e come utilizzare queste placche e da allora le mie idee ed il mio lavoro si sono semplificati.

Negli ultimi anni arrivano in studio pazienti inviati da colleghi di altre branche: otorino (dolori all'orecchio), ortopedico (dolori retronucali, trapezio, mal di schiena), neurologo (cefalee), che dopo varie terapie a cui non rispondono in maniera soddisfacente, chiedono un consulto ulteriore, per valutare se eventuali disordini temporomandibolari possono esserne causa o concausa. Anche la kinesiologia, l'osteopatia ed altre branche affini, hanno divulgato il nesso tra disturbi algici in varie sedi dell'organismo e disfunzioni ATM. Da qui si evince che le problematiche da affrontare sono molteplici.

Facciamo un passo indietro. Anatomicamente sappiamo bene come è strutturata un'articolazione temporo-mandibolare, con il condilo, il disco articolare, la fossa glenoidea, i ligamenti e la fossa retro discale composta da tessuto connettivo, ben innervato e responsabile del dolore. Il dolore oro facciale però riconosce varie cause:

1) Cause infiammatorie (ad esempio sinusiti)

2) Cause vascolari (esempio emicranie)

3) Cause muscolo scheletriche (TMD)

4) Cause neuropatiche (es. nevralgia del trigemino)

5) Motivi idiopatici (dolore idiopatico persistente)

Si rende quindi indispensabile riuscire a fare una diagnosi differenziale tra le varie cause di dolore oro facciale per poter poi curare solo ciò che è di nostra competenza.

La American Association of Dental Research (AADR) riconosce che i disordini temporomandibolari comprendono un gruppo di condizioni muscolo-scheletriche e neuromuscolari che coinvolgono le articolazioni temporo-mandibolari (ATM), i muscoli masticatori e relativi tessuti. La diagnosi di tali patologie si basa su una accurata anamnesi (con particolare riferimento all'aspetto psicologico del paziente) e su un attento esame obiettivo. Possiamo affermare che per il 60% ci basiamo sull'anamnesi del paziente, un 30% sull'esame clinico e un 10% sulla imaging delle ATM. I segni e i sintomi dei DTM (disordini temporo mandibolari) sono: 1) rumore articolare (i classici click), però non sempre presente, 2) limitazioni funzionali, 3) il DOLORE!!!. L'elemento principale è il dolore acuto o persistente in pazienti che spesso soffrono di dolori anche in altre sedi. "Se un paziente non ha questo sintomo non si tratta!". Un sintomo che interessa i muscoli masticatori, l'ATM, che può essere spontaneo o scatenato con manovre di sovraccarico e che deve essere gestito.

Nell'anamnesi bisogna quindi valutare:

- Dettagli sulla storia del dolore
- Esordio e localizzazione
- Segni fisici associati

- Intensità
- Durata esordi e intervalli liberi
- Frequenza
- Caratteristiche del dolore
- Fattori scatenanti o aggravanti
- Fattori allevianti (se migliora con il ghiaccio è di origine muscolare)
- Dolore ad altre aree
- Esame del cavo orale e anamnesi odontoiatrica
- Terapie attuali e pregresse

Dopo l'anamnesi facciamo la palpazione dei muscoli masticatori, dei muscoli cervicali, dell'ATM ricercando il dolore "tipico", ovvero il dolore che il paziente è abituato a sentire e che riconosce. Se palpando riesco ad evocare quel sintomo chiave, allora l'esame clinico è completo, ho intercettato l'origine vera del problema. La sofferenza prodotta dal dolore viene accentuata o diminuita dalle esperienze di vita del paziente. Nel decorso dei TMD c'è sempre un substrato psicologico.

A ciò seguirà l'auscultazione dell'Atm, l'osservazione del tragitto della mandibola nei suoi movimenti e test clinici statici e dinamici per sovraccaricare l'articolazione. Infine le Imaging come



OPT, RX endorali, RM (per valutare posizione del disco articolare e liquidi infiammatori intrarticolari) e TAC. La letteratura scientifica concorda sul fatto che le altre metodiche strumentali (elettromiografia, chinesigrafia, pedana stabilometrica,...) non hanno la sensibilità e la specificità tali da poter essere in grado di discriminare tra pazienti sani e quelli con TMD. Talvolta possono essere necessari esami di laboratorio per valutare situazioni reumatologiche o neurologiche o test psicometrici per valutare lo stato psicosociale.

Sempre dalla letteratura si evince che i TMD non dipendono dall'occlusione ma le mal occlusioni predispongono a tali patologie, per cui si riduce l'importanza della relazione centrica, arco gotico e conseguente riposizionamento della mandibola.

Qual è l'elemento in comune di questi pazienti con dolore "tipico"? Che cosa lo scatena e perchè ha un andamento fluttuante con periodi di piena remissione? I pazienti con dolore tipico sono "serratori", da distinguere nettamente dai pazienti digrignatori. Nel serramento i muscoli non hanno mai riposo, sono sovraccaricati e si arriva velocemente (e in maniera individuale) a quel valore soglia oltre il quale si scatena il sintomo chiave. I digrignatori si usurano i denti ma non c'è dolore perchè l'ATM è libera di muoversi. Nei serratori invece c'è invece forte contrazione muscolare accompagnata di norma da una chiusura della mandibola: tensione in posizione fissa. Tutti i pazienti TMD sono serratori, difficile che non lo siano. E la causa? Nella stragrande maggioranza dei casi la causa è lo stress, l'ansia (legata al lavoro, allo studio, a fattori personali,...) la depressione, la qualità della vita; da qui una diagnosi che si incentra soprattutto sul colloquio con il paziente per cercare di capire l'elemento scatenante. Un colloquio che non è solo per fare una diagnosi medica da scrivere in cartella ma ha un secondo fine, molto importante, che è già terapia: rendere conscio il paziente del suo stato di ansia, di tensione, rassicurarlo che spesso non ci sono patologie organiche gravi a monte, che

il tutto lo potrà gestire da solo e soprattutto che noi lo capiamo e lo aiuteremo. Il trattamento dovrà essere il più conservativo e reversibile possibile e si deve tener presente che i TMD possono migliorare spontaneamente nel tempo. Siccome nessuna terapia specifica si è rilevata universalmente efficace, molti trattamenti conservativi hanno dimostrato di essere almeno altrettanto efficaci nel fornire un sollievo sintomatico quanto modalità terapeutiche invasive come trattamenti ortodontici o chirurgici. I TMD non si curano: si gestiscono!

Il nostro scopo sarà duplice:

- 1) Tranquillizzare il paziente e allungare gli intervalli tra le fasi dolorose acute. Inoltre seguirlo nel tempo, istruendolo e motivandolo sulla gestione domiciliare dei sintomi.
- 2) Costruzione di un BITE, una placca occlusale che semplicemente permetta alla mandibola di muoversi anche sotto tensione, alleviando il dolore.

Le placche occlusali possono avere varie forme e disegni però devono rispondere a dei requisiti chiave:

- Copertura totale (riduce la possibilità di movimenti dentali)
- Meglio mascellare (più facilmente gestibile, però nei pazienti che necessitano di placche non stop 24 ore quella inferiore è meno ingombrante)
- Resina dura (facilita le modifiche, lo scivolamento ma soprattutto la placca morbida aumenta il serramento (Okeson)
- Rialzo posteriore di 1-1.5 mm
- Distribuzione simmetrica dei contatti
- Bite liscio, senza guide
- Da modificare ogni 6 mesi
- Va rimosso appena passa la fase acuta.

In definitiva le placche occlusali aumentano il free-way space articolare, reclutano nuove fibre muscolari diverse da quelle con cui il paziente serra, cambiano le aree di carico ma soprattutto permettono alla mandibola di muoversi sui vari piani, in definitiva il blocco della mandibola in chiusura dettato dall'ingranaggio dei denti accompagnato da contrattura muscolare scatena il dolore.

Ci sono sempre più evidenze cliniche che la parola magica per spiegare l'efficacia clinica delle placche occlusali sia "SHIFT" (= cambiamento) e non "REPOSITIONING" (= riposizionamento).

Passiamo adesso a vedere due casi clinici completamente diversi:

Anna. Signora di 40 aa, agente immobiliare con una vita ricca di tensioni, di stress legati al lavoro. Arriva in studio per cefalee sempre più ingravescenti e costanti che la limitano nel lavoro, grosse tensioni muscolari al collo, spalle e otalgia dx. All'esame obiettivo si osserva una malocclusione con un morso incrociato mentre alla palpazione sia dei muscoli masticatori che dell'ATM si scatena forte dolore. Non ci sono rumori articolari, né deviazioni importanti nel tragitto di apertura e chiusura della mandibola. Le imaging non ci dicono niente di particolare anzi la risposta della RM ci dice che il disco articolare è ben posizionato sia a riposo che nei movimenti e che non ci sono versamenti articolari. Ho fatto costruire un bite rigido liscio e nell'arco di pochi giorni la sintomatologia è migliorata decisamente. Dopo un uso nelle 24 ore per due mesi adesso è passata ad un uso notturno e saltuario: lo gestisce in modo autonomo.

1) Chiara. Un ragazza di 19 aa che da mesi era seguita dal centro cefalee (con tanto di farmaci) per cefalee frequenti (due volte a settimana) e di lunga durata (anche 24 ore) accompagnate da forte tensione muscolare retronasale e trapezio. Vive in continua ansia per il rendimento scolastico che comunque è eccellente: media dei voti 9.5. Ha una chiusura in I classe, lieve usura delle cuspidi, no rumori articolari né deviazioni della mandibola durante l'apertura e chiusura. La palpazione mette in evidenza una particolare sensibilità di tutti i muscoli masticatori. Da qui la progettazione di un bite liscio che ha iniziato ad utilizzare per 24 ore e dopo pochi giorni gli episodi di cefalee si sono ridotti dell'80% come intensità e durata. Ormai non fa più uso di farmaci, gestisce il suo bite in base alla tensione che avverte. Ha imparato a conoscersi e gestirsi!

Curare le ossa con il sangue L'esperienza dell'ortopedia

I Platelet-Rich Plasma (PrP), plasma arricchito in piastrine, è un prodotto di derivazione ematica. Le piastrine rilasciano numerose sostanze che promuovono la riparazione tissutale ed influenzano il comportamento di altre cellule, modulando l'infiammazione e la neoangiogenesi. Durante la degranolazione delle piastrine, vengono rilasciati numerosi fattori di crescita (PDGF, TGF-beta, VEGF, IGF-1 e EGF). I granuli, contenuti nelle piastrine, sono anche fonte di citochine, chemochine e molte altre proteine coinvolte nello stimolare la proliferazione e maturazione cellulare, nel modulare l'infiammazione e attivare altre cellule, regolando l'omeostasi tissutale ed i processi rigenerativi. La preparazione del PrP consiste nel prelievo di sangue venoso autologo, che viene successivamente sottoposto a duplice centrifugazione e concentrato. Al termine di tale procedura si ottiene un concentrato piastrinico liquido o, previa aggiunta di calcio carbonato, di consistenza gelatinosa e quindi pronto per essere applicato nella regione anatomica in questione. **Indicazioni terapeutiche in ortopedia:** lesioni osteocondrali (soprattutto ginocchio e caviglia), tendinopatie e pseudoartrosi. **Lesioni osteocondrali:** Possono essere distinte in: **lesioni condrali** (coinvolgono esclusivamente la cartilagine articolare) e **lesioni condrali miste** (associate ad alterazioni dell'osso subcondrale, sede di impianto della cartilagine articolare)

Trattamento:

Le lesioni osteocondrali, a lungo

termine, possono portare ad un peggioramento della qualità della vita del paziente. Queste lesioni non guariscono spontaneamente, a causa delle caratteristiche intrinseche della cartilagine articolare, che è priva di vasi e nervi. Difetti osteocondrali gravi rendono necessario un intervento chirurgico al fine di rallentare la progressione in artrosi. I difetti cartilaginei sintomatici sono stati trattati con diverse tecniche tipo microfratture, impianto di condrociti autologhi e mosaicoplastica. Nessun metodo di trattamento ha dimostrato di essere superiore ad altri. L'uso del PrP è risultato efficace nello stimolare la riparazione e la rigenerazione della cartilagine. Diversi studi dimostrano che l'uso del PrP, sia da solo che in aggiunta ad altri trattamenti chirurgici (come la mosaicoplastica), è efficace nella rigenerazione del tessuto osseo e cartilagineo.

Trattamento conservativo:

Terapia infiltrativa con PrP: La terapia infiltrativa con PrP, ad esempio del ginocchio, è una pratica ambulatoriale. Diversi studi sconsigliano l'uso di anestetico locale a livello del sito di iniezione del PrP in quanto sembra che gli anestetici locali possano avere effetto tossico sui condrociti ed inoltre sembrano influenzare l'attivazione

delle piastrine, alterando il pH. Ai pazienti viene somministrata una dose di paracetamolo/codeina 2 ore prima dell'iniezione. Il PrP viene somministrato attraverso una tradizionale iniezione intra-articolare. Dopo 15-20 minuti di riposo, si chiede al paziente di eseguire movimenti di flessione-estensione del ginocchio in modo che il PrP si possa diffondere in maniera uniforme in tutto lo spazio articolare. La seconda iniezione viene effettuata circa 4 settimane dopo la prima.

Tecnica chirurgica:

il PrP può essere associato a varie tecniche chirurgiche artroscopiche ed introdotto nel ginocchio su supporti rigidi (scaffold) o sotto forma di membrana di fibrina, fino al contatto della lesione osteocondrale opportunamente trattata. In seguito all'intervento, il paziente dovrà astenersi dal carico per 4 settimane. Successivamente, viene concesso un carico parziale progressivamente crescente fino a raggiungere un carico totale entro ulteriori 4 setti-





di anestetico locale nel sito di lesione. Dopo qualche minuto, ottenuta una buona anestesia, si procede alla iniezione del PRP. Si inserisce un ago nel tendine affetto con direzione perpendicolare, il PRP viene quindi iniettato in piccole dosi riposizionando l'ago 5-7 volte nel tessuto patologico. Si lascia il paziente a riposo assoluto per 15 minuti affinché il preparato piastrinico rimanga localiz-

zato nella sede dell'inoculo. Impiego clinico del PRP nelle tendinosi consiste in 3 infiltrazioni ad intervalli di 2-3 settimane. **PROTOCOLLO POST-INFILTRATIVO** Il paziente, nel periodo immediatamente successivo all'infiltrazione, può svolgere le normali attività quotidiane astenendosi però da attività fisiche e sportive pesanti. Il programma riabilitativo si distingue essenzialmente in due fasi; la prima in cui, a partire dal 3° giorno dall'infiltrazione, sono indicati esercizi di stretching muscolare, esercizi isometrici e isotonici sulla resistenza, che favoriscono la diffusione locale dei fattori piastrinici; la seconda in cui, all'incirca alla terza settimana, si integra il protocollo riabilitativo con esercizi di potenziamento muscolare.

zato nella sede dell'inoculo. Impiego clinico del PRP nelle tendinosi consiste in 3 infiltrazioni ad intervalli di 2-3 settimane.

zato nella sede dell'inoculo. Impiego clinico del PRP nelle tendinosi consiste in 3 infiltrazioni ad intervalli di 2-3 settimane.

Trattamento chirurgico:

Il trattamento chirurgico delle tendinopatie consiste nella scarificazione del tendine soffre-

mane. Nelle prime 4 settimane di completo scarico, il paziente può eseguire fisioterapia in modo da mantenere una buona articolari-
tà del ginocchio. Successivamente, si introducono esercizi di rinforzo muscolare sia in scarico che sotto carico. Il ritorno al gesto atletico avverrà, generalmente, entro 4 mesi dall'intervento.

Lesioni tendinee:

Il sovraccarico tendineo è una condizione si verifica in seguito a sollecitazioni meccaniche ripetute. I microtraumi agiscono indebolendo le fibre collagene, alterando l'architettura globale del tendine ed il supporto vascolare (tendinosi). Inoltre, l'affaticamento muscolare o qualsiasi altra condizione di debolezza muscolare minano l'efficienza della struttura muscolo-tendinea nell'assorbire l'energia meccanica, portando ad una minore protezione nei confronti degli infortuni. Il persistere del sovraccarico porta a comparsa prima di tendinosi poi di lacerazioni parcellari fino alla rottura completa del fascio tendineo. I tendini più colpiti sono il tendine rotuleo ed il tendine achilleo.

Trattamento incruento:

Si inizia eseguendo l'infiltrazione

Pseudoartrosi: per pseudoartrosi si intende la mancata guarigione di una frattura dopo sei mesi dalla frattura stessa. Il PRP può essere impiegato nelle pseudoartrosi da solo o (più spesso) in associazione ad intervento chirurgico di debridement del focolo pseudoart. e sintesi dello stesso con o senza innesto osseo. Il PRP favorisce la guarigione della Pseudoart. mediante l'attivazione della proliferazione e della chemiotassi delle cellule mesenchimali, osteoblasti e condrociti.



REPLICA AD ARTICOLO SU RIVISTA PISA MEDICA N° 69

In riferimento ad un articolo apparso sulla Rivista Pisa Medica n. 69 del bimestre Marzo-Aprile 2015 dal titolo a pagina 8 *“Politraumi in area vasta: centralizzazione del paziente”* leggo quanto dichiarato dal redattore dell’articolo che *“..i malati con trauma cranico che afferiscono in prima battuta all’Ospedale Versilia..vengono inviati a Livorno con evidente perdita di tempo..”* e ho l’obbligo di rispondere per rispettoso dovere professionale ed etico nei confronti dei pazienti stessi e di coloro che eventualmente leggano l’articolo della Rivista.

Senza entrare nelle motivazioni di carattere clinico e a suo tempo anche tecniche-informatiche e nella storia dei pazienti con trauma cranico giunti negli anni prima al vecchio Ospedale Tabarracci di Viareggio e dal 2002 al nuovo Ospedale Versilia, ma con dati verificabili dai tabulati registrati dal nostro 118 si dimostra in modo inequivocabile che i tempi di partenza dal nostro Ospedale e di arrivo a Cisanello o Livorno risultano del tutto identici, pur essendo Livorno più distante da Viareggio di appena 8 km rispetto a Cisanello.

Sottolineo come questo dato temporale coincidente e dovuto ad una viabilità di fatto più scorrevole verso Livorno, seppur leggermente più distante rispetto a Cisanello, non è stato verificato adesso a seguito dell’articolo in discussione (che probabilmente mira ad altri obiettivi), ma al momento stesso in cui anni fa fu stipulata la convenzione con la Neurochirurgia di Livorno proprio per certificarne la fattibilità in termini di velocità di trasporto.

E’ ovvio che il redattore dell’articolo della rivista Pisa Medica non ha mai preso visione dei suddetti tabulati e comunque queste gravi affermazioni non documentate possono indurre altre persone ugualmente non informate ad ipotizzare ritardi o inadeguatezza di trattamento remote o future dei pazienti con trauma cranico giunti all’Ospedale Versilia, generando così anche ipotesi di contraddittori medico-legali e risarcimenti con addebito.

Colgo infine l’occasione per continuare a ringraziare lo Staff Medico di Livorno nella figura dei Neuro-rianimatori e Neurochirurghi con i quali abbiamo sempre avuto il privilegio di lavorare senza mai alcuna difficoltà o criticità, consolidando un rapporto stretto di reciproca collaborazione e grazie al quale ogni paziente giunto al nostro Pronto Soccorso sempre e da sempre è stato subito accolto a Livorno.

Dott. Stefano Buzzigoli *Direttore Dip. Emergenza Urgenza e Terapie Intensive Ospedale Versilia*

CONTROREPLICA DELL'AUTORE

Le osservazioni del Dr. Buzzigoli a giustificazione della mancata centralizzazione a Pisa dei pazienti politraumatizzati ricoverati in prima battuta all’Ospedale Versilia cogliendo solo l’aspetto “temporale” del problema non entrano nell’aspetto centrale della “mancata motivazione clinica” del trasferimento all’Ospedale di Livorno:

1) la Delibera 446/2010, identificando Pisa come Centro HUB di riferimento per la Area Vasta Nord Ovest, esplicita chiaramente quali sono le caratteristiche del Centro HUB, (“...sede di attività radiologiche ed interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica”) caratteristiche che, a tutt’oggi, l’Ospedale di Livorno non possiede, mancando infatti di una Radiologia Interventistica, di una Chirurgia Maxillo Facciale, di una Microchirurgia Ricostruttiva, di una Cardiochirurgia.

2) Il riferimento esplicito contenuto nella Delibera (Allegato D) alla presenza della Neurochirurgia in un Centro Spoke (Livorno) non rende Livorno centro HUB per un altro Centro Spoke, ma semplicemente consente a Livorno, Centro Spoke, di non centralizzare a Pisa pazienti con trauma cranico, mentre nel contempo riafferma la necessità per Livorno di fare capo al Centro HUB, cioè Pisa, nel caso di pazienti politraumatizzati.

Nella realtà quotidiana sappiamo bene che molto spesso il paziente traumatizzato cranico grave è anche politraumatizzato, e in questi casi la centralizzazione da parte del Centro Spoke verso il Centro HUB e non in un altro Centro Spoke dovrebbe essere la regola, proprio perché solo nel Centro HUB sono presenti tutte quelle competenze e professionalità che garantiscono, almeno in linea teorica, il trattamento più adeguato per il politraumatizzato.

Dott. Paolo Malacarne *Dip. Emergenza Urgenza, U.O. Anestesia, Rianimazione e Pronto Soccorso - AOUP*

Diabete: ieri, oggi e domani

La ricerca in ambito diabetologico continua a essere attiva come dimostra la produzione scientifica della comunità italiana che, nell'arco degli ultimi 10 anni, ha pubblicato oltre 3000 articoli scientifici continuando a mantenere viva un tradizione che pone la diabetologia italiana tra le prime al mondo. Nel corso di quest'anno, numerose sono state le novità e le rinnovate speranze sia per le tante persone con diabete, sia per quelle affette da diabete tipo 1, il diabete che più spesso insorge in età pediatrica e che richiede la somministrazione di insulina più volte al giorno. Le novità riguardano la possibilità, nel prossimo futuro, di vedere la realizzazione del pancreas artificiale anche con il contributo fondamentale di gruppi di ricerca italiani. Si tratta di un sistema tecnologico che prevede l'integrazione di un microinfusore di insulina, di sensore che misuri in continuo la glicemia e un 'cellulare', privo delle funzioni

di telefono, nel quale viene inserito l'algoritmo matematico che funge da controllore esterno. Sulla base della glicemia che viene monitorata in continuo dal sensore, l'algoritmo – il cervello pensante del sistema – determina la quantità di insulina da erogare tramite il microinfusore e mantenere la glicemia normale. In questo modo il pancreas artificiale si sostituisce alle decisioni che quotidianamente la persona con diabete (o nel caso dei più piccoli, i genitori) deve prendere per mantenere la glicemia sotto controllo. La novità è che i sistemi sono stati miniaturizzati al punto tale da renderli facilmente "indossabili", come dimostrato dalle prime esperienze condotte sotto stretto controllo dei ricercatori sia in soggetti adulti che in bambini. La ricerca italiana sta fornendo anche contributi sostanziali al miglioramento e sicurezza dei trapianti di isole pancreatiche. Infatti, per quanto queste procedure siano già accettate a livello

internazionale (ma non necessariamente riconosciute e rimborsate dal nostro Sistema Sanitario), esiste ancora la necessità di garantire sopravvivenze maggiori delle isole trapiantate. Queste possono essere oggi perseguite grazie a farmaci anti-infiammatori innovativi. Mai abbandonata dalla ricerca è la strada delle cellule staminali, la cui applicazione sembra ora un poco più vicina. Recenti studi hanno dimostrato come sia possibile ottenere, da cellule staminali, cellule produttrici di insulina in modi qualitativamente e quantitativamente sufficienti per poter essere impiantate in un soggetto con diabete. Inoltre è stato possibile farlo senza immunosoppressione, ponendo le cellule all'interno di un **device** che le protegge dall'attacco del sistema immunitario e che ne consente la rapida rimozione in caso di necessità. Se pancreas artificiale e cellule staminali mantengono vive la speranza di una cura più agevole e

sicura, la prospettiva d' un vaccino che protegga dalla comparsa del diabete tipo 1 è ancora più allettante e un nuovo studio verificherà se questo obiettivo possa essere perseguito mediante la somministrazione per via orale d' insulina. Novità riguardano anche la cura delle persone con diabete tipo 2, quelle nelle quali il diabete tende a comparire in età matura. Negli ultimi anni sono state introdotte nuove terapie che evitano la perdita di un ormone comunemente prodotto dal





nostro organismo (GLP-1) o sulla sua somministrazione. Quest'ultima avviene, ora, con un'iniezione giornaliera ma, nel prossimo futuro, sarà possibile diradare questa somministrazione a una volta alla settimana, se non addirittura una volta al mese. Ancor di più, sistemi di infusione di dimensioni inferiori a quelle di un cerino potranno essere collocate sottopelle per una somministrazione continuativa di GLP-1 per almeno 6 mesi. Il GLP1, già prodotto dall'organismo, può essere protetto da un eccesso di degradazione inibendo il sistema responsabile di questa degradazione mediante inibitori dell'enzima DPP somministrati per bocca. Anche in questo caso, l'assunzione della compressa potrà presto passare da una frequenza giornaliera ad una settimanale. Tutti questi nuovi farmaci sono stati, inoltre, valutati per quanto riguarda la loro sicurezza in un ampio numero di soggetti con diabete tipo 2 e con alto rischio cardiovascolare. I dati raccolti confermano un uso sicuro, anche in soggetti così fragili. La principale novità nella terapia

del diabete tipo 2 riguarda farmaci che, sostanzialmente, abbassano la glicemia facendo eliminare più zucchero attraverso le urine (inibitori SGLT2). La cosa interessante è che l'eliminazione dello zucchero comporta anche perdita di calorie e quindi una riduzione del peso e di liquidi con conseguente effetto positivo sulla pressione. Ancor più importanti sono i risultati di uno studio recentemente presentato, nel quale uno di questi inibitori (empagliflozin) ha dimostrato un sicuro vantaggio sul rischio cardiovascolare che rimane il principale rischio per le persone con diabete tipo 2. Forse le persone con diabete, più che la cura sia essa per bocca o per iniezione, sono afflitte dalla necessità di controllare la propria glicemia anche più volte nel corso della giornata tramite la puntura del dito. Tale procedura potrebbe essere presto abbandonata. Infatti, sono già disponibili sistemi che permettono di monitorare la glicemia mediante sistemi applicati una volta ogni una o due settimane. Ma il futuro appare ancora più avveniristico, come suggerito da ricerche che sfruttano

lenti a contatto capaci di leggere la glicemia nel liquido che protegge l'occhio o da "tatuaggi" di carta capaci di leggere la glicemia una volta applicati sulla cute. Tante novità, quindi, ma che comunque devono sempre essere viste come integranti la necessaria adesione ad un adeguato stile di vita. Anche in questo caso vale la pena ricordare un paio di risultati della ricerca, perché il tema di questo anno della Giornata mondiale del Diabete è proprio l'alimentazione. Proprio negli ultimi mesi è stato dimostrato come un eccessivo consumo di bevande zuccherate effervescenti possano contribuire, anche nelle persone senza diabete, ad aumentare il rischio di malattia cardiovascolare, mentre un bicchiere (uno solo!) di vino al giorno associato può, nelle persone con diabete tipo 2, ridurre il rischio. Questo avverrebbe, però, solo se assunto nell'ambito di una dieta salubre. Quale? Quella mediterranea ovviamente che, proprio recentemente, è stata associata ad un miglior grado di salute cerebrale. ***Mens sana, in corpore sano*** come dicevano i vecchi "mediterranei".

Ictus nel nuovo millennio: una sfida che si può vincere

L'ictus cerebrale rappresenta oggi la seconda causa di morte a livello mondiale e la terza causa di morte nei Paesi industrializzati, dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori. Nei prossimi anni è previsto, parallelamente alla costante elevazione della speranza di vita media, un aumento del numero di nuovi ictus: l'incidenza risulta pari ad 600-800 per 100.000 abitanti per anno nei soggetti di età compresa tra 65 e 84 anni, aumentando oltre gli 85 anni.

L'emergenza epidemiologica Ictus esita spesso in gravi deficit neurologici che possono essere evitati o ridotti con una gestione tempestiva e coordinata tra 118, Pronto Soccorso e figure mediche specialistiche intra-ospedaliere dedicate (Neurologo, Medico di Urgenza, Neuroradiologo Interventista, Anestesista e Neurochirurgo). Infatti è ormai un dato certo che nell'ictus ischemico "Time is brain": ogni minuto di ritardo nel trattamento corrisponderebbe a circa 2 milioni di neuroni, 14 miliardi di sinapsi e 12 km di fibre mieliniche irrimediabilmente perduti, con un invecchiamento cerebrale pari a circa 3.6 anni per ogni ora di riduzione del flusso cerebrale. In questo evento in cui il tempo ha un ruolo critico il neu-

rologo ha una serie di competenze fondamentali: formulare una rapida ed accurata diagnosi, valutare senza indugi la candidabilità del paziente alla trombolisi sistemica o, se controindicata ed in presenza di occlusione di un grosso vaso arterioso cerebro-afferente, indirizzare il paziente al trattamento endovascolare, impostare la corretta gestione della fase iper-acuta e la prevenzione secondaria precoce delle recidive. Anche nel caso in cui il paziente si presenti con TIA o *minor stroke* di 'allarme', impostare una corretta strategia terapeutica è cruciale per evitare un *major stroke* che potreb-

be essere devastante. I benefici di una gestione della patologia cerebrovascolare con un approccio dedicato con Stroke Unit (attualmente 170 in Italia) e Stroke Team diretto dal Neurologo, sono noti da molti anni: Goldstein nel 2003 documentava differenze significative sia in termini di mortalità che come esiti confrontando 614 pazienti con ictus gestiti in ambito neurologico (5.6% e 46.1% rispettivamente) con 161 pazienti gestiti in ambito non neurologico (13.5% e 57.1% rispettivamente).

Il trattamento di prima scelta, approvato dall'EMA nel 2002 solo in contesto di trials clinici e dall'AIFA per uso routinario a partire dal 2007, è la trombolisi sistemica con Alteplase e.v. alla dose di 0.9 mg/kg, da somministrare entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi. La storia era iniziata nel 1996 negli USA dove la procedura veniva approvata dall'FDA sulla base di uno studio NIH. Lo studio SITS-MOST, condotto in Europa tra il 2002 e il 2006, ha monitorato oltre 6400 pazienti trattati con trombolisi sistemica entro 3 ore dall'esordio, confermando gli effetti positivi. Studi più recenti hanno definitivamente dato il via all'ampliamento della finestra terapeutica fino a 4.5 ore





ed hanno ampliato l'indicazione agli ultraottantenni.

Tuttavia, è stato stimato che questa terapia è praticata, sia in Europa che negli USA, in numero nettamente inferiore rispetto al totale dei pazienti con ictus potenzialmente candidabili; in un mondo 'ideale' si potrebbe arrivare a trattare il 24% circa delle ischemie cerebrali, a fronte del 2% stimato! Uno dei motivi principali sta nel frequente arrivo dei pazienti in Ospedale oltre il tempo limite per il trattamento; il pronto ricovero e la riduzione dell'OTT (onset to treatment) deve essere il filo conduttore della buona pratica clinica anche con una promozione attiva sulle comunità.

Le possibilità terapeutiche nell'ictus ischemico iperacuto non si arrestano qui: se il trattamento con Actilyse è controindicato, oppure ineffica-

ce ed in presenza di documentata occlusione di un grosso vaso arterioso, occorre considerare l'opportunità del trattamento endovascolare, rispettivamente primario (non preceduto da trombolisi sistemica endovenosa) oppure di *rescue* ('salvataggio' post-trombolisi sistemica) perché l'occlusione dei grossi vasi cerebrali risponde poco alla trombolisi venosa.

La procedura endoarteriosa (iniziata sperimentalmente nel 1999) può comportare oltre la trombolisi intraarteriosa anche la tromboaspirazione del coagulo e la trombectomia meccanica. Si pratica in Centri dotati di personale neuroradiologico interventista con elevata esperienza ed è al momento ancora da considerarsi *off-label* cioè richiede il consenso informato. I risultati scendenti pubblicati nel 2013 di alcuni

trials sembravano ridimensionare le aspettative riposte in questa metodica; tuttavia l'uso di nuovi dispositivi per la trombectomia ha ridato grande impulso alla ricerca e nei primi mesi del 2015 sono stati pubblicati ben 5 trials con risultati molto positivi.

La terapia endoarteriosa è un'arma in più nella lotta all'ictus ischemico da praticare entro 6 ore dall'inizio dei sintomi, sempre da inquadrare nell'ottica del rischio-beneficio per il paziente e con un'accurata selezione caso per caso; tale selezione è giocoforza il frutto della stretta sinergia tra lo specialista Neurologo e il Neuroradiologo Interventista.

A Pisa il paziente con Ictus ischemico può contare dal mese di dicembre 2015 su una moderna Stroke Unit dotata di 8 letti presso la Neurologia, di un Pronto Soccorso dove si realizza pienamente la collaborazione fra Medico dell'Emergenza e Neurologo, Neuroradiologo, Anestesista e Neurochirurgo: si sono create le condizioni ideali per ottenere i migliori risultati per il paziente quando si possa effettuare la trombolisi sistemica ed in casi selezionati quella intrarteriosa. La sfida attuale è abbattere ulteriormente le barriere che ritardano l'arrivo del paziente con ictus al PS nello span temporale più breve per poter estendere ai casi possibili i benefici di queste nuove procedure "salva cervello". Le più recenti attualità, sull'argomento, saranno discusse l'11-12 gennaio 2016 all'International Symposium "Pisa Stroke Challenges"

In Memoriam



Elisabetta Bernacchi è nata a Pontedera il 22/09/1957, si è laureata in Medicina e Chirurgia e si è specializzata in dermatologia all'Università degli studi di Firenze. Dermatologa "curiosa" si è sempre interessata e appassionata all'aspetto dermatologico delle malattie autoimmuni; sempre disponibile con i colleghi e con i Pazienti, per più di 20 anni ha collaborato costantemente e con grande entusiasmo con la UO di Reumatologia dell'Università di Pisa.

Ha fatto scelte coraggiose nella vita privata e in quella lavorativa che ha sempre portato avanti con tenacia e coerenza; lavoratrice instancabile ha continuato fino all'ultimo a preoccuparsi del suo lavoro e dei suoi pazienti.

A un anno dalla sua scomparsa, Rossella Neri e tutti i colleghi della Reumatologia e della Immunoallergologia di Pisa la ricordano con affetto.

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
- 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.



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

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

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

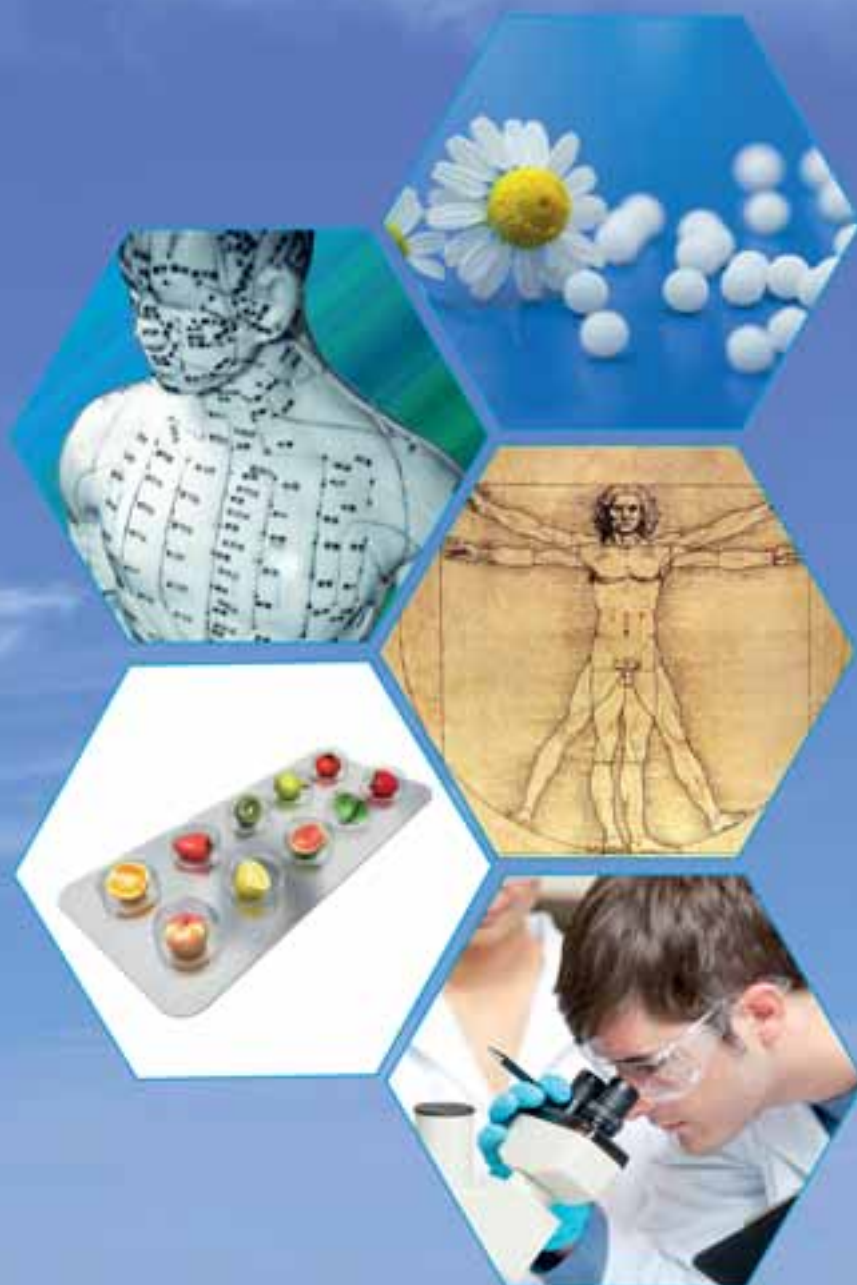
BCC Ag. 19

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



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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