

# PisaMedica

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



## in questo numero:

### **Il Training cognitivo nella demenza**

Ist. di Neuroscienze Univ. di Pisa  
Ist. di Fisiologia Clinica CNR  
Ordine dei Medici e Odontoiatri di Pisa

### **Paradontite ed infezioni gengivali: un nuovo fattore di rischio di malattia cardio-vascolare?**

*F. Graziani* U.O. Odontost. e Chir. Or. AOUP  
*L. Ghiadoni* U.O. Med. Gen. 1 Univ. AOUP  
*S. Taddei* Dir. U.O. Med. Gen. 2 Univ. AOUP  
*M. Gabriele* Dir. U.O. Odontost. e Chir. Or. AOUP

### **Modalità d'esercizio delle Medicine Complementari**

*Giunta Regionale*  
Regione Toscana



*Il Parco delle Torri*  
Pisa - Via Bargagna



## *Benessere abitativo e qualità edilizia.*

*Una nuova filosofia di progettazione integrata e di costruzione hi-tech.*

Con l'approvazione del nuovo Regolamento Urbanistico, Pisa riprende il suo naturale percorso di espansione all'interno dell'area di Cisanello. In questo contesto si inserisce **IL PARCO DELLE TORRI**, prestigioso intervento di valorizzazione che il Gruppo Bulgarella sta realizzando a Pisa tra Via Bargagna, Via Frascani e Via Pistolesi, su un'area di oltre 60.000 mq.

Le residenze, tutte di elevato pregio, avranno finiture di lusso (parquet e marmi), ampie terrazze con vista sul parco, ambienti climatizzati (d'Inverno con riscaldamento a pavimento radiante, d'Estate raffreddamento con aria fresca da pompa di calore) e forniti delle più avanzate dotazioni tecnologiche per il comfort ed il risparmio energetico (fotovoltaico, solare termico,

soluzioni bioclimatiche per il riscaldamento e raffreddamento naturale). Tutte le utenze avranno la contabilizzazione e il controllo autonomo per ogni singola unità.

IL PARCO DELLE TORRI, sarà edificato a due passi dal Centro di Pisa.

Una destinazione unica, perfettamente collegata con i servizi e con le infrastrutture essenziali della città:

- Ospedale nuovo di Cisanello a 700 m
- Cittadella Della Ricerca (CNR) a meno di 800 m
- Centro Città a 1800 m
- Superstrada Firenze-Pisa-Livorno a meno di 2 km
- Aeroporto Galileo Galilei a meno di 3 km
- Porto di Livorno a 20 km

**BULGARELLA**  
COSTRUZIONI

Tel. 050 543608 - Fax 050 3151888 - cell. 329 6185440 - ufficio.commerciale@gruppubulgarella.it - www.parcodelletorri.it

**Consegne previste entro Giugno 2010 (Edifici A e B)**

**Giuseppe Figlini** Direttore Responsabile

## Fra moglie e marito, non mettere il dito

**S**e la proposta della Toscana di vietare la presenza di moglie e marito nello stesso posto di lavoro fosse stata valida agli inizi del '900, tutto quanto i coniugi Curie hanno scoperto gomito a gomito nel campo della salute, probabilmente, non sarebbe mai stato possibile. "Nepotismo" o "familiarismo" sono due aspetti della vita dell'umanità, come tanti. Se il principio del sospetto -e quindi della necessità di cancellare od evitare ombre- può senza dubbio avere una veridicità, ci si chiede perchè non la si applichi in tutto il settore pubblico ed invece si voglia cominciare dalla sanità. In sostanza, dobbiamo considerarla un'idea di settore oppure rappresenta un principio innovativo, generale e condiviso da tutti? Ci chiediamo: ma un presidente di una struttura pubblica che sposa la segretaria nel settore della sanità è diverso da quello che convola a nozze, in identica maniera, in un altro comparto pubblico? Più che di sostanza, forse si manca di obiettività, al di là della meritocrazia. Ma di questo parametro se ne stanno perdendo le tracce. Tra moglie e marito, meglio forse sarebbe non mettere il dito.

In attesa di vederne comunque l'iter legislativo, dichiariamo il nostro "no" più netto al "pacchetto sicurezza". Lo facciamo, ancora una volta, alla ricerca di una risposta giuridica: "Siamo o non siamo pubblici ufficiali?" "E se la Regione Toscana approvasse una legge che evita il contenzioso, varrà più questa eventuale legge oppure quella dello Stato?". Disquisizioni da Corte Costituzionale, che impiegheranno anni prima di ottenere una risposta. Intan-

to in trincea ci saremo ogni volta noi medici, con il nostro dramma umano e professionale e chi chiede soltanto aiuto e chiarezza. Ne vale proprio la pena? Non è meglio cercare un tavolo di confronto, prima di trovarci tutti sulle pagine dei giornali? Con il morto in casa, si finisce per ragionare male.

Invitiamo infine il ministro Brunetta, a sedersi accanto a noi, in ambulatorio, uno qualunque: "Dottore, stanotte non ho dormito per il mal di testa. Non ne ho mai sofferto e sono preoccupato. Faccio il muratore ed ho paura, domani, ad arrampicarmi sulle impalcature." Casi come questi, incontrollabili sul piano strumentale e clinico, pongono il medico davanti a precise e sollecite responsabilità. "Vai a lavorare, fannullone, un po' d'aria fresca te lo farà passare" oppure, con un pizzico di prudenza, "Facciamo due controlli, intanto stattenne a casa e fai questa cura. Meglio che tu non guidi nemmeno la macchina, se non te la senti". Signor Ministro, dia lei la risposta a questo paziente, che magari mantiene moglie e figli con mille e duecento euro al mese."



### *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 Mamelli,  
Paolo Monicelli, Elio Tramonte,  
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,  
Maria Aurora Morales, Maurizio Pe-  
tri, Angelo Baggiani, Cataldo Graci,  
Amalia Lucchetti, Antonio De Luca,  
Stefano Taddei, Paolo Baldi, Franco  
Pancani, Gabriele Bartolomei,  
Galoppi Teresa, Villani M. Cecilia,  
Trivelli Roberto

Redazione  
Via Battelli, 5 - 56127 Pisa  
Tel. 050.579.714 - Fax 050.973.463  
<http://www.omceopi.org>  
e-mail: [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

Segreteria di redazione  
Francesca Spirito, Sabina Becon-  
cini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione  
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa  
MYCK Press

# Il Training cognitivo nella demenza

Il declino cognitivo legato all'invecchiamento è destinato a diventare un'emergenza di grande impatto dal punto di vista clinico, economico e assistenziale. L'età è, infatti, il fattore di rischio maggiore per lo sviluppo di demenza. In Italia abbiamo circa 700.000 pazienti affetti da demenza e circa 100.000 nuovi casi ogni anno. Sono diverse le patologie che possono condurre a demenza, ma le più diffuse sono, di gran lunga, la malattia di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD) e la demenza vascolare (DV). Attualmente non esistono ancora strategie terapeutiche efficaci: AD e DV sono ancora oggi patologie orfane di trattamento. Appare quindi, sempre più evidente la necessità di sperimentare, validare ed attuare interventi di contenimento e rallentamento del deterioramento cognitivo

Numerosi studi nell'uomo hanno dimostrato che l'esposizione ad un ambiente cognitivamente e socialmente stimolante e l'esercizio fisico esercitano effetti benefici sulle funzionalità cerebrali, particolarmente nell'anziano, costituiscono un fattore protettivo contro il declino cognitivo e riducono il rischio di sviluppare patologie dementigene (vedi Laurin et al., 2001; Fratiglioni et al., 2004; Podewils et al., 2005; Marx, 2005; Kramer ed Erickson, 2007). La riduzione dell'incidenza della demenza stimata (persone/anno) varia da studio a studio ma la maggior parte stima questa riduzione tra il 20 e il 50%. Una grande quantità di studi sperimentali sull'animale ha in parallelo mostrato come l'esercizio fisico e

l'esposizione ad un ambiente cognitivamente e socialmente stimolante (combinazione nota come "ambiente arricchito", AA) migliorino le prestazioni cognitive, rallentino il declino nell'anziano, esercitino azioni neuroprotettive e aumentino la plasticità sinaptica corticale (Cotman e Berchtold, 2002; Marx, 2005; Nithianantharajah e Hannan, 2006). AA esercita anche un'azione positiva in modelli animali di AD (Adlard et al., 2005; Jankowsky et al., 2005; Lazarov et al., 2005; Berardi et al., 2006, 2007) determinando anche la remissione di deficit cognitivi già ben evidenti. Cumulativamente, questi risultati iniziano a svelare i meccanismi ed i fattori alla base delle azioni benefiche di AA e ne mostrano la potenzialità come strategia terapeutica non farmacologica non solo per prevenire l'insorgenza di deficit cognitivi ma anche per determinarne la remissione. In questo progetto di screening e intervento noi ci proponiamo di

verificare l'efficacia di un intervento combinato di esercizio fisico e training cognitivo nel rallentare o arrestare la progressione dei sintomi in soggetti a rischio di, o con, AD e DV nelle fasi iniziali della malattia.

Perché un intervento in soggetti a rischio di, o nelle fasi iniziali di AD e DV? Dati dalla letteratura sperimentale e clinica indicano che la presenza di alterazioni cognitive modeste e di alterazioni cerebrali rilevabili con tecniche strumentali quali quelle di neuroimmagine strutturali e funzionali, precedono di anni l'esordio clinico della malattia sia per AD che per DV (Jones et al., 2004; Garrett et al., 2004 a e b; Bowler e Hachinsky, 2003, Bowler, 2005; DeCarli et al., 2007; Pike et al., 2007). Si ipotizza che nella fase "preclinica" della demenza avvenga una progressiva perdita del numero, della efficacia e della modificabilità delle connessioni sinaptiche in specifiche aree cerebrali. Il progredire di tali altera-



---

zioni ed il loro manifestarsi in deficit cognitivi conclamati potrebbe essere contrastato attraverso interventi che contrastino la perdita di densità e funzionalità sinaptica e che potenzino la plasticità neurale, favorendo in tal modo sia la formazione che il recupero delle tracce di memoria.

Una identificazione precoce di soggetti MCI o nelle primissime fasi della demenza permetterebbe, in fase di intervento terapeutico/riabilitativo, di sfruttare al massimo le capacità plastiche del sistema nervoso ancora totalmente o parzialmente intatte e renderebbe marcatamente più efficaci gli interventi operati nel tentativo di prevenire o rallentare la progressione di tali soggetti verso la demenza grave. L'esposizione ad una combinazione di stimolazione cognitiva ed esercizio fisico, che agirebbe proprio contrastando la perdita di densità e funzionalità sinaptica, potenziando la plasticità neurale ed esercitando azioni neuroprotettive, si pone quindi come potenziale strategia di intervento nelle fasi precoci della malattia, per contenere il declino cognitivo e rallentare il procedere dei danni cerebrali.

Non sono però stati finora effettuati studi di intervento in cui si valutasse direttamente l'impatto di una combinazione di allenamento fisico e cognitivo in soggetti potenzialmente a rischio di sviluppare patologie dementigene o con patologie dementigene già in atto

Grazie al finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa parte a Pisa lo studio, "Train the brain: studio clinico e sperimentale dell'efficacia di un intervento di training cognitivo e fisico nella demenza" coordinato dal prof. Lamberto Maffei, che si propone di valutare l'efficacia di protocolli di esercizio fisico e di stimolazione cognitiva sulla progressione dei sintomi in soggetti particolarmente a rischio di sviluppare demenza o con demenza di Alzheimer o demenza vascolare nelle fasi iniziali della malattia.

Lo studio si articola su due obiettivi:

1) valutare l'efficacia di protocolli di esercizio fisico e di stimolazione cognitiva sulla progressione dei sintomi in soggetti a rischio di, o con, AD e DV nelle fasi iniziali della malattia, con lo scopo di mettere a punto una strategia terapeutica non farmacologica facilmente applicabile all'uomo. La presenza della componente di esercizio fisico consente anche di approfondire

le conoscenze sulle relazioni fra la funzionalità cerebrale e la funzione cardiovascolare, le cui alterazioni sembrano costituire un fattore di rischio per la malattia di Alzheimer in soggetti con danno cognitivo lieve. Negli studi recenti di van Oijen M, (2007) e di Gauthier et al (2006) infatti non solo viene chiaramente proposto che il danno vascolare e l'ipertensione sistolica in soggetti MCI costituiscono un fattore di rischio per la successiva progressione verso l'AD ma viene altrettanto chiaramente proposto che essi sono un bersaglio ideale per interventi di prevenzione secondaria.

2) studiare i meccanismi d'azione cellulare e molecolare di protocolli di AA in modelli animali di AD. Tale studio vede la convergenza dell'attività di due istituti CNR di Pisa, l'Istituto di Neuroscienze (IN) e l'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC), in collaborazione con la Fondazione G. Monasterio, del Dipartimento di Neuroscienze e della Clinica Neurologica dell'Università degli Studi di Pisa e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale della provincia di Pisa. Un simile approccio integrato e di connubio



fra ricerca clinica e ricerca di base, unito alla totale mancanza di studi di intervento nel settore rende questo studio una novità mondiale.

Lo studio, che è stato approvato dal Comitato Etico CESF di Pisa, si articolerà nelle seguenti fasi:

**Fase 1: arruolamento dei pazienti e valutazione cognitiva baseline:**

Individuazione del campione eleggibile; primo screening in base al MMSE, CDR e al TdO; seconda fase di conferma clinica sui soggetti positivi allo screening mediante una batteria standardizzata di test neuropsicologici che costituisce la valutazione cognitiva baseline; valutazione globale fisica, cognitiva e affettiva; compilazione di una breve scheda relativa alla storia medica del soggetto da parte del medico di riferimento; somministrazione della scala delle attività della vita quotidiana (ADL e IADL), della Clinical Dementia Rating (CDR) ed esame obiettivo e neurologico; diagnosi di MCI, AD lieve o DV lieve. I soggetti che riceveranno la diagnosi di MCI/demenza lieve, saranno assegnati in maniera casuale al gruppo di controllo o al gruppo di

intervento e saranno tutti sottoposti alle valutazioni strumentali baseline.

**Fase 2: valutazione baseline strumentale:** valutazione baseline della volumetria e della funzionalità cerebrale (MRI, MRI 3D e -VBM, -DTI, -PWI, fMRI, HD-EEG); valutazione cardiovascolare baseline, incluso prelievo ematico per test biumorali.

**Fase 3: intervento** (durata per ciascun soggetto 7 mesi). Verranno messi in atto i protocolli di intervento che comprenderanno attività fisiche aerobiche e attività cognitivamente stimolanti. Per la parte di esercizio fisico sono previsti protocolli di attività fisica aerobica con tre sedute settimanali di training della durata di un'ora ciascuna, realizzati, con il contributo di animatori, sotto il controllo di fisioterapisti e di un medico con valutazione del dispendio energetico.

Al terzo mese il carico di lavoro sarà aggiustato in funzione del risultato della nuova valutazione cardiovascolare (sovrapponibile a quella baseline), in modo da ottenere un effetto allenante progressivo. Per la parte di stimolazione cognitiva, verranno organizzate, sotto il controllo di operatori dedicati, le attività cognitivamente stimolanti prescelte che verranno distribuite nell'arco di tre mezza giornate settimanali. Al terzo mese verrà effettuata una valutazione intermedia cognitiva equivalente a quella baseline per tutti i soggetti dell'intervento. Il gruppo di controllo, dopo le valutazioni basali, continuerà l'usuale attività fisica e sociale.

**Fase 4: Valutazione degli effetti alla fine dell'intervento.** Entrambi i gruppi, sperimentale e di controllo, saranno sottoposti a una valutazione cognitiva e strumentale

alla fine dell'intervento (a 7 mesi dal baseline per il gruppo di controllo) sovrapponibile a quella basale.

**Fase 5: Follow up ad 1 anno dalla fine dell'intervento.** Entrambi i gruppi verranno sottoposti, dopo un anno dalla fine dell'intervento (19 mesi dalla baseline nei controlli), ad una valutazione di follow-up sovrapponibile a quella effettuata alla fine dell'intervento.

La durata del progetto è di tre anni.

L'attesa è che l'intervento possa incidere in modo significativamente positivo sul declino cognitivo in soggetti a rischio di sviluppare demenza o con demenza in fase iniziale. Questo traguardo -se raggiunto- comporterebbe un ritardo/assenza della perdita di autosufficienza e, quindi, un miglioramento della qualità di vita del paziente e dei Caregivers



## Centro Ortopedico Sanitario



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

**NOLEGGIO DI PRESIDI ORTOPEDICI  
E PER RIABILITAZIONE**  
carrucchine - Linotec - stampelle - letti ecc.

**NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMICHE**  
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

## La Giornata del Medico

**U**n momento di festa ma anche e soprattutto un momento di riflessione sullo stato dell'arte della nostra professione. È sempre questo il motivo conduttore che anima l'annuale "Giornata del Medico" degnamente celebrata all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo, dove significativamente, i nuovi colleghi si sono confrontati con quanti, hanno dedicato tutta la loro vita alla tutela della salute del cittadino. "il nostro codice deontologico - ha affermato nell'occasione il nostro presidente, Giuseppe Figlini riferendosi ad una recente normativa regionale sulle prestazioni ad ex-

tracomunitari e/o clandestini - ci impone di curare chiunque ne abbia necessità. Non è un caso che la nostra Regione sia ancora una volta in prima linea per un libero accesso ai servizi sanitari ed alle prescrizione di farmaci per gli immigrati". Particolarmente seguita la "Lezione Magistrale" sul concetto di fine vita, tenuta dal prof. Roberto Barsotti, presidente del Comitato di Bioetica dell'Aoup, preceduta dai saluti del preside di Facoltà, prof. Luigi Murri, del Vice-Sindaco, Paolo Ghezzi e quello del Prefetto, Benedetto Basile. L'emozione dei 174 nuovi iscritti, nel declamare il "Giuramento d'Ippocrate", e quella dei colleghi

### **Medaglia d'Oro (classe di Laurea 1958)**

Massimo Angelini, Pierluigi Balestri, Guido Bigliuzzi, Emanuela Collodel, Ernesto De Liperi, Mino Fierabracci, Cesare Foresi, Enzo Gambaccini, Sergio Gandini, Paolo Giannotti, Roberto Ieri, Franco Materazzi, Anna Maria Novi, Aldo Pinchera, Margherita Ristori, Contardo Salvini, Laura Titta.

più anziani che hanno ricevuto i riconoscimenti per la loro carriera, ha concluso degnamente un'altra giornata da annotare negli annali della Medicina Pisana.



I nuovi iscritti all'Ordine dei Medici e Odontoiatri

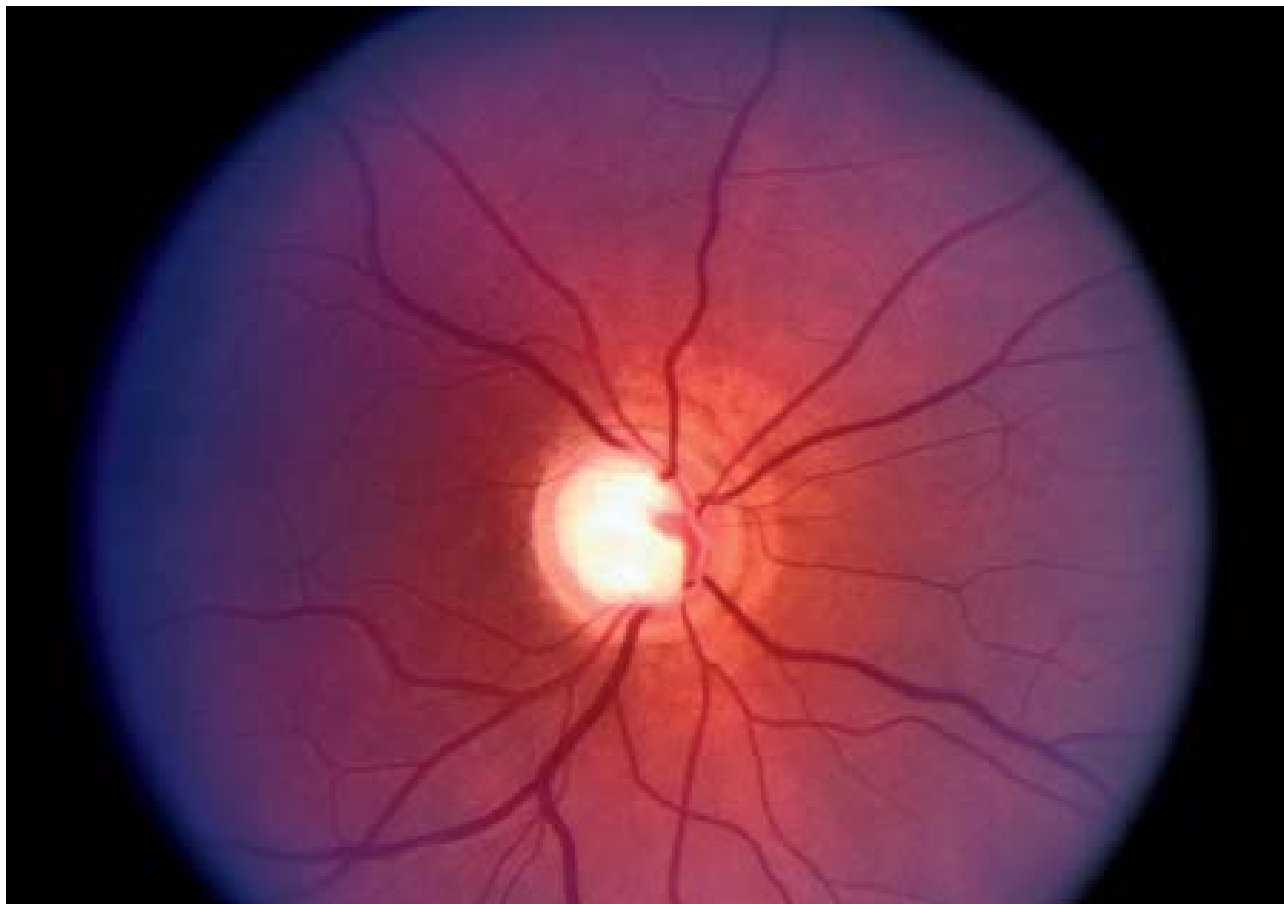
## Contro il Glaucoma, soprattutto informazione

**P**assi avanti nella diagnostica e nella cura del glaucoma (cinquemila casi a Pisa e provincia, con 40 persone che perdono ogni anno la vista). Molto, comunque, deve ancora essere fatto, proprio per le caratteristiche asintomatiche della malattia, almeno nelle sue fasi iniziali. È il parere di Marco Nardi, direttore dell' Unità Operativa di Oftalmologia Universitaria. È una patologia molto importante sotto l' aspetto sia medico che sociale, perché emerge sempre più chiaramente la componente eziologica della predisposizione familiare, anche se frequente la casistica si manifesta nei soggetti miopi, diabetici e nella ipotensione. Ne esistono di due tipi: quello ad an-

golo aperto, a maggiore frequenza, che non dà disturbi ed è solo la visita oculistica ad evidenziarlo, rilevando un' elevata tensione oculare. L'altro si presenta solitamente con un'insorgenza acuta, improvvisa, la presenza di dolore anche ad un occhio soltanto, con la comparsa di nausea, vomito, visione sfocata ed aloni attorno alle luci. Il fatto nuovo, nell' ambito conoscitivo, è che il danno vero sia rappresentato dalla lesione del nervo ottico. Da qui, il ruolo delicato dell' ipotensione con ridotto apporto d' ossigeno alle strutture nervose oculari e conseguente danno ischemico. Andando verso l'estate, il suggerimento riguarda l'eccessiva esposizione al sole ed il conseguente calo di pressio-

ne con maggior rischio di glaucoma. Importante - spiega lo stesso Nardi - è non eccedere anche con terapie antipertensive specie nei soggetti anziani (il 2% della popolazione sopra i 40 anni d'età presenta la malattia). Mentre si riduce infatti il rischio di affezioni cardiache, si aumenta al contrario quello di danno glaucomatoso. Il futuro appare, dunque, preoccupante, è il messaggio.

Si calcola che nei prossimi vent' anni, si registrerà un aumento dei casi intorno al 33%. Ma la precocità e precisione della diagnosi rimangono fondamentali nella prognosi. Asintomatico, come detto, i suoi campanelli d' allarme sono molto labili. Nessuno, ad esempio fa caso se urta un pas-





sante che gli viene incontro. Ma alla seconda, terza volta, deve riflettere e farsi visitare. Così come non si può dare la colpa ad altri, strusciando lo specchietto retrovisore della macchina nel consueto parcheggio all'interno del garage di casa.

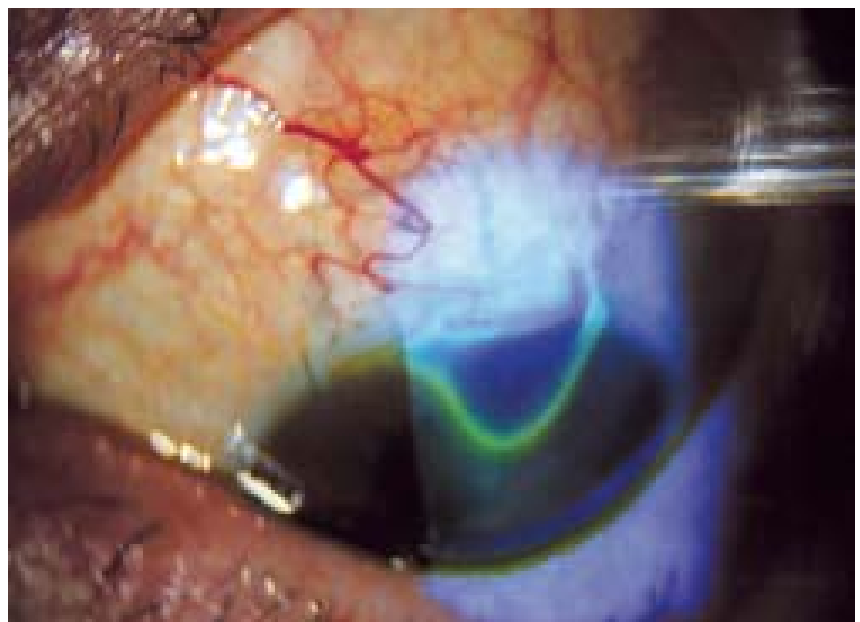
Il 40% dei pazienti non segue in media correttamente la terapia. Le motivazioni riguardano la tollerabilità ai colliri: spesso infatti danno fastidio ed il soggetto tende a sospenderli perché non vede risultati immediati.

Poi, molti sono anziani con soventi difficoltà alla manovra d'instillazione e spesso non hanno neppure chi possa aiutarli nella pratica. I più diffusi colliri sono quelli a base di beta - bloccanti, poi gli analoghi delle prostaglandine. In Italia, ci sono 600 mila persone che soffrono di glaucoma e 4500 perdono complessivamente ogni anno la vista. Fra le novità di cura, riveste un ruolo positivo un derivato della cannabis. Si chiama "pea" o palmitoil - etanolamide. Non è un farmaco vero e proprio, ma un alimento dietetico utilizzato per fini medici speciali ed è stato validamente sperimentato su persone con ipertensione oculare o glaucoma cronico. Da tempo è in sostanza noto come l'assunzione orale, inalatoria o topica di cannabinoidi naturali o di sintesi, si associ ad una riduzione della pressione intraoculare, il principale fattore di rischio per l'insorgenza e la progressione del glaucoma.

Essendo però indicati come terapia medica, l'uso si dimostra limitato proprio per evitare la possibilità dei noti e gravi effetti psicotropi che tali molecole possono indurre. Sul piano delle metodiche chirurgiche, ricordiamo il laser, valido per contenere il decorso clinico. In particolare si ricorda l'argon laser per la forma ad angolo aperto e lo yag laser per quella ad angolo chiuso. Dopo alcuni giorni di trattamento è possibile riprendere le proprie attività, con l'accortezza però d'instillare specifici colliri. Circa la chirurgia tradizionale, può essere d'aiuto quando l'uso del laser non risulti adatto. Il disturbo si può d'altra parte ripre-

sentare oppure qualora il danno sia abbastanza grave da non esporre al rischio di un ulteriore peggioramento. Buono viene considerato, in media, il livello di miglioramento. Concreti traguardi sta dimostrando, al contempo, il "gold micro shunt". In Italia ne sono stati impiantati 75 per glaucoma refrattario (la forma peggiore perché resistente a cure mediche e chirurgiche). Con il vecchio modello, impiegato fino ad un anno fa, il successo era del 70% dei pazienti, col nuovo che presenta "finestre" apribili col laser, fino all'85 - 90%. Comincia a farsi anche strada il rapporto fra emicrania e tutte le condizioni di labilità vascolare come l'acrocianosi ed il glaucoma. Si tratta di situazioni di rischio per lo sviluppo del glaucoma, spesso la forma a pressione normale. La metà di loro causa l'emicrania.

Ecco dunque che emerge l'opportunità d'incrementare il livello di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e delle istituzioni. Una maggiore conoscenza della malattia è il punto fondamentale della prevenzione, considerandone appunto le particolari caratteristiche d'andamento clinico. Essenziale è, allo stesso modo, il ruolo del medico di base ed il rapporto con il paziente. Da qui il raccordo di base fra la medicina di base ed i Centri specialistici per affinare protocolli sinergici d'intervento capillare.



# Modalità di esercizio delle Medicine Complementari

Direzione generale Diritto alla  
Salute e Politiche di solidarietà  
SETTORE ASSISTENZA SANITARIA

Oggetto: elenco dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, dei Medici Veterinari e dei Farmacisti che praticano le  
Medicine Complementari, ex L. R. 9/2007

Come è noto la L. R. 9/2007 e il successivo Protocollo d'intesa (vedi allegati 1 e 2), siglato di concerto fra gli Ordini professionali e la Regione Toscana in data 08/04/2008, prevede all'art. 3 della citata L. R., che gli Ordini professionali istituiscano elenchi di Medici Chirurghi e Odontoiatri, di Medici Veterinari e di Farmacisti che esercitano le Medicine Complementari.

La stessa L. R. all'art. 7, stabilisce le norme transitorie che definiscono i criteri sufficienti per l'ammissione all'elenco, entro i primi tre anni dall'entrata in vigore della Legge stessa. Dal combinato disposto dalla L. R. 9/2007 e del Protocollo d'intesa dell' 08/04/2008 si evince che le norme transitorie (riportate nell'allegato 2) sono in scadenza in data 07/04/2011.

## Legge regionale 19 febbraio 2007, n. 9

### Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti.

Bollettino Ufficiale n. 3, parte prima, del 22.02.2007

#### Art. 01 - Principi fondamentali

1. La Regione Toscana garantisce il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico in adesione ai principi del codice di deontologia medica, nell'ambito di un rapporto consensuale ed informato tra medico e paziente.

2. La Regione tutela l'esercizio delle medicine complementari all'interno delle norme contenute nella presente legge e nel quadro delle competenze assegnate alle regioni dal titolo V della Costituzione, e riconosce il diritto dei cittadini di avvalersi degli indirizzi diagnostici e terapeutici delle discipline, di cui all'articolo 2. L'esercizio delle stesse è affidato *secondo le competenze loro attribuite dall'ordinamento statale*<sup>(1)</sup> ai medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti.

#### Art. 02 - Medicine complementari

1. Le disposizioni normative della presente legge riguardano le seguenti medicine complementari:

- a) agopuntura;
- b) fitoterapia;
- c) omeopatia;

#### Art. 03 - Elenchi dei medici esercenti medicine complementari

1. Gli ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti istituiscono elenchi di professionisti esercenti le medicine complementari di cui all'articolo 2 della presente legge, e rilasciano specifica certificazione circa il possesso dei requisiti di cui al *comma 3*.<sup>(2)</sup>

2. Possono iscriversi agli elenchi di cui al presente articolo, i medici chirurghi, gli odontoiatri, i medici veterinari e i farmacisti in possesso dei titoli previsti dal *comma 3*.<sup>(2)</sup>

3. *Gli ordini professionali e la Regione Toscana, sulla base di un protocollo d'intesa:*

- a) *definiscono i criteri sufficienti per l'ammissione all'elenco dei medici chirurghi, odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti che praticano le medicine complementari di cui all'articolo 2;*
- b) *definiscono le norme transitorie per il riconoscimento dei titoli conseguiti precedentemente e nei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge.*<sup>(3)</sup>

#### Art. 04 - Commissione per la formazione

1. La Giunta regionale, entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, istituisce, presso la direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, la commissione per la formazione nelle medicine complementari esercitate dai medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti.

---

**2.** La commissione di cui al comma 1 è composta secondo i seguenti criteri:

- a) il direttore generale nella direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, o un suo delegato, che la presiede;
- b) il dirigente responsabile del settore Formazione, promozione della salute, comunicazione e governo clinico della direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà;
- c) un farmacista di farmacia territoriale e un farmacista esperto di omeopatia e fitoterapia, indicati dall'ordine professionale;
- d) un rappresentante per ogni centro regionale di riferimento per le medicine complementari;
- e) due membri medici per ciascuno degli indirizzi medici-scientifici di cui all'articolo 2;
- f) un rappresentante di ciascuna delle università aventi sede in Toscana *previa intesa con l'università interessata*<sup>(4)</sup>;
- g) un medico veterinario esperto in agopuntura animale;
- h) un medico veterinario esperto in omeopatia animale;
- i) otto esepri designati dal Consiglio sanitario regionale, di cui almeno: un medico di medicina generale, un medico esperto in medicina legale, un esperto in farmacologia clinica, un farmacista, un pediatra di libera scelta, un odontoiatra, un medico veterinario.

**3.** La commissione di cui al comma 1, è nominata con deliberazione della Giunta regionale e dura in carica quattro anni; la qualifica di segretario della commissione è ricoperta da un funzionario della direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà; i membri, di cui al comma 2, lettere e), g), e h), sono nominati dalla Giunta regionale in base alla comprovata esperienza nel settore;

**4.** La commissione di cui al comma 1 presenta alla Giunta regionale un rapporto annuale sul lavoro svolto.

#### **Art. 05 - Compiti della commissione**

**1.** La commissione di cui all'articolo 4 svolge i seguenti compiti:

- a) definisce, fatta salva la normativa regionale in materia, i criteri di accreditamento e verifica degli istituti di formazione extra-universitaria, nelle singole discipline di medicine complementari previste dall'articolo 2, fermo restando la validità dei titoli, diplomi, attestati o ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo);
- b) determina le modalità di istituzione e di tenuta dell'elenco aggiornato degli istituti di formazione abilitati a rilasciare attestati riconosciuti ai fini della presente legge e ne cura il relativo monitoraggio;
- c) *soppressa*<sup>(5)</sup>;
- d) determina le modalità di istituzione e di tenuta dell'elenco toscano dei docenti nelle medicine complementari di cui all'articolo 2, nonché i criteri necessari per l'iscrizione agli stessi;
- e) provvede alla verifica dei criteri su cui definire i programmi di studio dei corsi accreditati;
- f) *soppressa*<sup>(5)</sup>;
- g) fornisce indicazioni alla Regione in merito alle norme di collaborazione della Regione con le università toscane per l'eventuale istituzione di corsi formativi;

#### **Art. 06 - Formazione**

**1.** Gli istituti pubblici e privati di formazione, singolarmente o in associazione, che operano nel settore delle medicine complementari e che possono attestare, attraverso idonea documentazione, di ottemperare ai criteri indicati nell'articolo 5, comma 1, lettera a), e che adottano programmi di studio conformi ai criteri definiti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera e), possono ottenere *previo parere dell'ordine professionale competente*<sup>(6)</sup> l'iscrizione all'elenco degli istituti di formazione accreditati dalla Regione, di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b); il venire meno dei requisiti richiesti determina la revoca del riconoscimento.

#### **Art. 07 - Disposizioni transitorie**

**1.** Per i primi tre anni dalla entrata in vigore della presente legge, gli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, provvedono all'iscrizione negli elenchi, di cui all'articolo 3, dei medici che risulteranno in possesso di titoli riconosciuti ai sensi dell'*articolo 3, comma 3*.<sup>(7)</sup>

#### **Note**

- (1) Parole aggiunte con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 1
- (2) Parole così sostituite con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 2
- (3) Comma così sostituito con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 2
- (4) Parole inserite con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 3
- (5) Lettera soppressa con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 4
- (6) Parole aggiunte con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 5
- (7) Parole così sostituite con l.r. 25 maggio 2007, n. 31, art. 6

---

---

**MODALITÀ DI ESERCIZIO DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI  
DA PARTE DEI MEDICI E ODONTOIATRI,  
DEI MEDICI VETERINARI E DEI FARMACISTI**

**PROTOCOLLO D'INTESA**  
**(ex Legge Regionale n°9 del 19 febbraio 2007)**

**TRA**

**REGIONE TOSCANA**

**E**

**FEDERAZIONE REGIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DELLA TOSCANA**

**CONSULTA REGIONALE ORDINI DEI FARMACISTI DELLA TOSCANA**

**FEDERAZIONE REGIONALE TOSCANA  
DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI VETERINARI**

- Preso atto che le attività di Medicine Complementari, di cui all'art. 2 della L.R. 9/2007, sono ormai entrate nella pratica terapeutica corrente, sia in ambito privato, sia in ambito pubblico, come dimostrano le indagini effettuate dai media o dagli istituti scientifici sulla materia
- Considerato che, a fronte di una così rilevante diffusione delle Medicine Complementari, a livello di legislazione nazionale non sussiste alcuna normativa di settore e che di conseguenza innumerevoli sono le problematiche connesse sia alla tutela della sicurezza degli utenti che al riconoscimento dei diritti degli operatori
- Rilevato che la Regione Toscana ha da tempo dimostrato una particolare attenzione a tali discipline, sia in ragione della elevata richiesta da parte degli utenti, sia in ragione dei numerosi professionisti e dei molti Istituti pubblici e privati presenti sul territorio regionale
- Premesso che la Regione Toscana nel PSR 2005-2007 prevede, in continuità con i precedenti atti di programmazione, fra le azioni di Piano una specifica Azione a sostegno delle Medicine non Convenzionali (MnC) e delle Medicine Complementari (MC), nella quale sono individuati, fra gli altri, i seguenti obiettivi: approvare la legge regionale che disciplini l'esercizio delle MC, prevedendo l'istituzione di elenchi dei professionisti esercenti le MC, tenuti dai relativi ordini professionali
- Considerato che, in attuazione dei citati Piani sanitari regionali, la Regione ha adottato numerose iniziative per l'inserimento delle attività di Medicine Complementari all'interno del SSR e conseguentemente sussiste l'opportunità di censire su base formativa, i professionisti esercenti tali discipline istituendo appositi elenchi presso gli ordini competenti Tenuto conto del documento "Linee guida della FNOMCeO su Medicine e Pratiche non convenzionali" approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO a Terni il 18.05.2002
- Tenuto conto che in data 13.02.2007 è stata approvata la L.R. 9/2007, successivamente modificata con L.R. 31/2007, con la quale sono definite le modalità di esercizio delle Medicine Complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti
- Preso atto che le parti, in attuazione di quanto sancito dall'art. 1 della L.R. 9/2007, concordano sulla necessità di: garantire il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà

---

---

di cura del medico in adesione ai principi del Codice di Deontologia Medica, nell'ambito del rapporto consensuale informato tra medico e paziente; di tutelare l'esercizio delle medicine complementari all'interno delle norme della citata legge e nel quadro delle competenze assegnate alle Regioni dal titolo V° della Costituzione, riconoscendo il diritto dei cittadini di avvalersi degli indirizzi diagnostici e terapeutici delle discipline di cui all'art. 2 della stessa legge

- Rilevato che le parti riconoscono e riaffermano l'assunto (più volte sancito dalla giurisprudenza della Corte Suprema di Cassazione, Sez. VI - sentenza n. 2652 del 25.2.1999, recentemente ribadito dalla sentenza Sez. VI, n. 964 del 20.6.07) in forza del quale l'esercizio delle MC è affidato ai medici chirurghi e odontoiatri, ai medici veterinari e ai farmacisti nel rispetto e secondo le competenze loro attribuite nell'ordinamento statale
- Rilevato che le parti non intendono in alcun modo individuare, predefinire o incidere sui profili professionali delle discipline di cui sopra il cui ambito di attività è soltanto attribuibile all'ordinamento statale
- Visto l'art. 2, comma 1, lett. b del D.L. 223 del 4.7.2006 convertito con la legge n. 248 del 4.8.2006 che, pur abrogando il divieto di svolgere pubblicità informativa in materia sanitaria, ha confermato il compito dell'Ordine di verificare il rispetto dei "criteri di trasparenza e veridicità del messaggio"
- Ribadito che i criteri e le norme concordate nel presente Protocollo, in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 9/2007, sono tese esclusivamente ad assicurare ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica mediante il più elevato livello di sicurezza nell'attuazione delle attività di agopuntura, fitoterapia e omeopatia e non sono da considerare conditio sine qua non per l'esercizio della professione nelle suddette medicine complementari
- Considerata la necessità di concertare tra le parti ogni iniziativa atta a garantire e migliorare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti suddetti nelle discipline oggetto della succitata legge quale interesse comune a favore dell'assistenza alla cittadinanza
- Valutata la necessità, in attuazione della L.R. 9/2007, di definire i criteri sufficienti per l'ammissione all'elenco, di cui all'art. 3, comma 2 e comma 3 lett. a) dei medici chirurghi, odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti che praticano le medicine complementari, e le norme transitorie, di cui all'art.3 comma 3 lett. b), per il riconoscimento dei titoli conseguiti precedentemente e nei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, ai fini e per gli effetti dell'art. 3 comma 1
- Preso atto che i criteri, di cui all'art. 3 comma 3 lett. a) costituiscono fondamento per la individuazione dei requisiti cui debbono conformarsi gli Istituti pubblici e privati di formazione, con sede in Toscana, ai fini del rilascio dei titoli idonei all'iscrizione dei professionisti negli elenchi di cui al medesimo articolo 3
- Preso atto che, ai fini dell'inserimento del professionista negli elenchi di cui all'art.3, tali criteri debbono essere riscontrabili anche negli attestati rilasciati dagli Istituti pubblici e privati di formazione non inseriti nell'elenco di cui all'art. 6
- Preso atto che il parere necessario ai fini dell'iscrizione degli Istituti pubblici e privati di formazione, nell'elenco di cui all'art. 6, è rilasciato dagli Ordini Provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, in accordo con i contenuti del presente protocollo
- Preso atto della previsione della durata triennale delle norme transitorie  
Ritenuto che a partire del 4° anno di valenza della presente legge, la iscrizione dei professionisti negli elenchi di cui all'art. 3 è subordinata unicamente al possesso dell'attesto rilasciato dagli Istituti pubblici e privati di formazione inseriti nell'elenco di cui all'art. 6, o se non inseriti, conformi ai requisiti richiesti

---

tanto premesso

## LE PARTI

### CONCORDANO

#### PARTE PRIMA: LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA E ODONTOIATRIA

##### 1.

#### **CRITERI PER L'AMMISSIONE ALL'ELENCO DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI CHE PRATICANO LE MC**

- -Presso gli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri provinciali sono istituiti gli elenchi dei professionisti esercenti le medicine complementari (MC)
  - agopuntura
  - fitoterapia
  - omeopatia
- Possono essere inseriti nell'elenco delle singole discipline di MC gli iscritti all'Albo dell'Ordine in possesso di attestato rilasciato dagli Istituti pubblici e privati di formazione inseriti nell'elenco di cui all'art. 6 della citata L.R. 9/07
- Possono altresì essere inseriti nell'elenco delle singole discipline di MC i professionisti che abbiano effettuato il percorso formativo in Istituti pubblici e privati di formazione diversi da quelli di cui all'art. 6, e che presentino attestato che dimostri la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 3 comma 3 lettera a) della legge regionale suddetta
- Ai fini della definizione dei criteri sufficienti, di cui all'art.3 comma 3 lettera a), gli Istituti pubblici e privati di formazione devono attenersi ai seguenti criteri:
  - i corsi di formazione dovranno prevedere un monte ore complessivo non inferiore a 450 ore, delle quali non meno di 100 ore di pratica clinica
  - la durata di detti corsi non può essere inferiore ai tre anni
  - l'attestato sarà rilasciato ai candidati che abbiano soddisfatto le seguenti condizioni:
    1. Obbligo di frequenza dell'80% dell'insegnamento teorico e pratico
    2. Superamento di una prova teorico-pratica annuale e discussione finale di una tesi.
    3. Conoscenza della legislazione vigente e delle norme che regolano il diritto all'informazione e il consenso informato.
  - 4. Conoscenza della medicina basata sulle evidenze e capacità di svolgere ricerca clinica nelle MC.
  - Dovranno inoltre valutare i crediti formativi da attribuire ai discenti sulla base del programma didattico articolato in
    - lezioni frontali
    - seminari/lavori di gruppo
    - pratica clinica
    - studio individuale
  - Ai fini delle definizione dei criteri sufficienti, di cui all'art.3 comma 3 lettera a), gli Istituti pubblici e privati di formazione devono inoltre rispondere ai seguenti requisiti:
    1. Il responsabile didattico dell'Istituto pubblico e privato di formazione deve essere un laureato in medicina e chirurgia e odontoiatria con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e almeno 5 anni di docenza specifica della medicina complementare in oggetto
    2. I docenti titolari/ordinari della formazione devono essere prevalentemente laureati in medicina e chirurgia e odontoiatria, salvo nei casi di insegnamenti specifici di tipo complementare
    3. I docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti dell'Istituto pubblico e privato di formazio-

---

---

ne, devono essere in possesso di un adeguato curriculum, del quale sia garante la Scuola che lo propone come docente, e laddove sia possibile, sia garante, con la stessa qualifica, anche una società medico-scientifica del settore

4. Ogni docente titolare/ordinario deve avere frequentato una scuola triennale o poter documentare titoli di formazione equivalenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina specifica
5. Ogni Istituto pubblico e privato di formazione deve avere un minimo di 3 docenti titolari
6. I docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori"
7. Gli Istituti pubblici e privati operanti in Toscana devono assicurare la presenza all'esame finale di un Commissario designato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, competente per territorio
8. Il monte ore complessivo deve essere suddiviso in modo tale da garantire la formazione di base e un adeguato periodo di preparazione clinica che potrà anche essere differenziato secondo le diverse discipline, come descritto qui di seguito:

### **Agopuntura**

Esistenza di programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali dell'agopuntura
- Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
- Comprensione della relazione tra il metodo clinico dell'Agopuntura e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con Agopuntura
- Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo
- Apprendimento della semiologia propria dell'Agopuntura, che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari di questo metodo clinico terapeutico
- Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici dell'Agopuntura

La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica dell'agopuntura e dovrà prevedere l'acquisizione delle varie tecniche. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

### **Fitoterapia**

Esistenza di una programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali della fitoterapia, con nozioni delle materie di base (biologia vegetale, botanica farmaceutica, tecniche estrattive, controllo di qualità, galenica clinica, farmacologia dei fitoterapici, tossicologia, e farmacoeconomia)
- Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
- Comprensione della relazione tra la Fitoterapia e la Farmacoterapia convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con la conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici della Fitoterapia
- Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo
- La conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici della fitoterapia

La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica della Fitoterapia. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

### **Omeopatia**

Esistenza di programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali dell'omeopatia
- Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
- Comprensione della relazione tra il metodo clinico dell'Omeopatia e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con Omeopatia
- Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo

---

- Apprendimento della semeiotica propria dell'Omeopatia, che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari di questo metodo clinico terapeutico

- La conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici dell'Omeopatia

La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica dell'Omeopatia. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

## **NORME TRANSITORIE**

Criteri sufficienti (almeno 1) per l'ammissione all'elenco di cui all'art. 3 comma 3 a) dei professionisti esercenti le medicine complementari (MC): agopuntura, fitoterapia, omeopatia

a) attestato rilasciato al termine di un corso, nella disciplina specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e esame di merito finale

b) attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto a)

c) formazione certificata attraverso la supervisione di un laureato in medicina veterinaria, esperto riconosciuto nella materia, documentata per almeno cinque anni

d) documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina complementare specifica in una scuola che, a giudizio della Commissione, possieda requisiti didattici idonei

e) certificazione di pratica clinica nella medicina complementare specifica, in struttura pubblica da almeno due anni, rilasciata dal responsabile della struttura

f) autocertificazione, comprovata da documentazione verificabile, che attesti una pratica clinica provata da almeno due anni.

## **Nuovi iscritti all'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Pisa**

**Medici donne** Avagliano Ester, Balestri Monica, Bardelli Irene, Bartolommei Natalia, Berti Benedetta, Bracci Giulia, Caòtran Elena, Calvaruso Silvia, Caponi Sara, Carli Linda, Ceccarelli Cristina, Cellamaro Tea, Chinello Martina, Coppola Marianna, Corsano Elena, Costa Francesca, Cremonini Sara, Crisci Isabella, Cubeddu Alessandra, De Serio Alessandra, De Tata Roberta, Del Carlo Alessandra, Del Ghianda Scilla, Di Coscio Elisa, Di Curzio Elisa, Donati Francesca, Donati Daniela, Falossi Francesca, Fauci Francesca, Federighi Sara, Ferrarelli Stefania, Fiaschi Valentina, Flammini Sarah, Fornaro Stefania, Forte Letizia, Fosso Alessandra, Fulceri Francesca, Gabellieri Cristina, Gagliardi Giuseppina, Garigliani Laura, Ghione Silvia, Giampietro Celeste, Goldszajn Wioletta Barbara, Guidi Elisa, Guidoccio Federica, Hadzhiska Bankova Irena Stefanova, Huqi Alda, Iuzzolini Marta, Lami Valentina, Landi Paola, Latini Giovanna, Latorre Manuela, Lelli Chiara, Locantore Luisa, Lomonaco Ilaria, Longoni Biancamaria, Lu Fei, Luchini Federica, Luciani Mirene Anna, Maccari Giulia, Macchia Giulia, Malacarne Serena, Manoli Maria Eleni, Mantellassi Ilaria, Mariancini Elena, Mariani Chiara, Martino Federica, Massri Katrin, Mastria Vincenza, Mazzotti Valentina, Merlini Sara, Micheletti Lucia, Molesti Elisabetta, Muller Ilaria, Occhipinti Margherita, Orsini Federica, Pagni Francesca, Paradossi Martina, Perini Daria, Picano Eugenia, Pisaneschi Silvia, Politi Konstantina Savvina, Pouli Elise Saudepelo, Profilo Maria Antonietta, Rizzelli Grazia Maria Luisa, Rocco Melania, Russo Eleonora, Salotti Alice, Saviozzi Irene, Simoncini Chiara, Sisti Eleonora, Sollini Martina, Srebot Vera, Stefanini Elena, Telleschi Martina, Tosi Francesca, Valdes Rucabado Karelia, Varanni Valentina, Vegnuti Lara, Volterrani Elisa

**Medici uomini** Airò Leonardo, Amore Roberto, Arbeid Erik, Barbalace Sandro, Bassi Andrea, Benedetti Giovanni, Bertini Pietro, Bevilacqua Luca, Bevilacqua Raffaele, Bocci Tommaso, Brondino Igor, Cadri Gabriel, Carmignani Gabriele, Catania Ferdinando, Cengeli Ismail, Cini Lorenzo, Coluccia Giovanni, Costa Giovanni Emiliano, Cuccocuo, Dell'Unto Federico, Di Paolo Luca, Dolfi Lorenzo, Fasano Dario, Fessheatsion Tekleberhanrezene, Fulceri Giorgio Enzo, Gennai Andrea, Giordani Luca, Goglia Lorenzo, Gori Giovanni, Isolani Simone Mario, Longobardi Antonio, Marconi Michele, Martini Luca, Meola Antonio, Modesti Matteo, Muratori Lorenzo, Niedermeyer Hans Peter, Palmeri Luca, Panduri Salvatore, Parlanti Michele, Pistolesi Filippo, Poggetti Andrea, Ricchiuti Guido, Rubino Antonio, Tani Umberto, Tognarini Antonio, Urbani Claudio, Valleggi Alessandro, Vergaro Giuseppe, Vetrano Umberto

**Odontoiatri donne** Andriuolo Irene, Barsotti Samuela, Caputo Eleonora, Carusi Alessia, Cei Giulia, Coli Chiara, Lorenzini Elisabetta, Lumbroso Paola, Mannella Enza, Marsili Letizia, Rignanese Monica, Rolla Martina, Stefanelli Laura, Vescera Mattia

**Odontoiatri uomini** Balestra Cosimo Andrea, Bianchi Riccardo, Calderani Lorenzo, Calistri Sergio, Ghionzoli Luca, Giorgi Matteo, Marianelli Stefano, Santoro Fabio, Toti Paolo

## Medicina romana: Asclepiade, Celso e Plinio

**L**a medicina a Roma nei primi secoli della sua storia fu in gran parte di derivazione etrusca, quasi esclusivamente magica e sacerdotale, basata su pratiche superstiziose: solo gli dèi avevano la facoltà di operare guarigioni e quindi il malato ricorreva solo ad implorare il loro aiuto.

Grande era il numero delle divinità salutari venerate in

tanti templi, come *Salus*, *Angina*, *Giunone*, *Valetudo*, *Lucina* (la dea protettrice dei parti), *Febris*, *Mefitis* e tante altre; quasi per ogni affezione esisteva un particolare nume protettore. Molto venerato pure *Asclepio*, denominato latinamente *Esculapio*, dio salutare del popolo romano.

Le prime notizie della presenza di medici in questa città risalgono al IV secolo

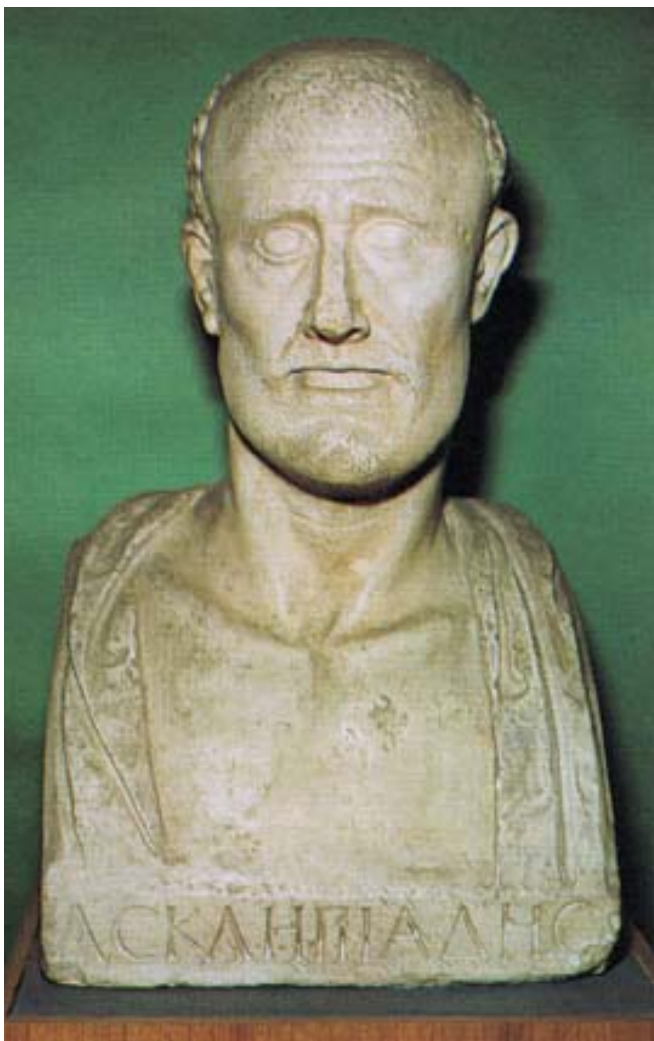
a.C., però non si trattava ancora di un vero e proprio esercizio professionale, essendo in realtà delle persone dilettanti ed empiriche che impiegavano rimedi popolari, pratiche di ogni genere ed incantesimi. Progredite invece ed importanti già a quei tempi le norme igieniche e di sanità pubblica, con la costruzione di acquedotti, bagni pub-

blici e grandi fognature.

La medicina pratica, limitata ai concetti ed interventi essenziali, era ritenuta essere compito del *pater familias*.

Figura tipica da ricordare a questo proposito è quella di Marco Porcio Catone (234-149 a.C.), convinto sostenitore delle antiche tradizioni; si occupò sempre in prima persona di curare con piante salutari le malattie e le lesioni dei suoi familiari, dipendenti e schiavi; fu nemico intransigente dei medici greci che cominciavano a trasferirsi a Roma, che accusò di essere coloro che tentavano di avvelenare ed uccidere i romani, perché da loro ritenuti barbari: nulla era peggiore di loro.

Nel suo manuale pratico di agricoltura, *De re rustica*, sono presenti numerose nozioni di medicinali tipo domestico ed empirico, nonché ricette basate specialmente sulle pratiche magiche e sulle virtù del cavolo dolce, che ritenne una cura universale e di grande efficacia per tante affezioni. Verso il 200 a.C. si ha notizia della presenza di un certo Arcagato, proveniente dal Peloponneso; fu all'inizio ben accolto in città, ebbe propri locali ove praticare la professione, fu un famoso chirurgo esperto in flebotomie, incisioni e cauterizzazioni, ma poi fu appellato come *vulnerarius* e poi *carnifex* per la violenza delle cure che faceva.



Busto di Asclepiade.

Successivamente altri divennero anche famosi, acquistarono grandi ricchezze e fama, entrando ben presto nelle case patrizie; sul finire della Repubblica alcuni divenuti esperti ebbero l'incarico di curare i gladiatori, le vestali, furono anche addetti alle terme e al servizio dello Stato e fu loro concessa spesso anche la cittadinanza: questa professione però era ancora ritenuta indegna ed umiliante per un cittadino romano. Furono inoltre costruiti appositi luoghi di cura di tipo ospedaliero, detti *valetudinaria*.

Fra i medici più famosi di questo periodo ricordiamo anzitutto Asclepiade. Visuto fra il 130 ed il 40 a.C., nacque a Prusa, in Bitinia; dopo aver studiato in alcune delle più celebri scuole del suo tempo, come Alessandria ed Atene, nell'anno 91 venne a Roma ove ben presto acquistò una grande notorietà; fu detto "principe dei medici" ed amico di Cesare, Cicerone, Crasso e Marco Antonio.



Medico romano nel suo studio. Tiene in mano un rotolo, tolto da un mobile, raffigurato alla sua sinistra e che ne contiene altri. Un astuccio da chirurgo è posato sul mobile.

Ebbe subito una vasta clientela e ricercato per le sue cure anche dalle famiglie più importanti. Di aspetto imponente e do-

tato di una vasta cultura, fu filosofo epicureo e fondò una Scuola assai frequentata a quei tempi.

Insegnò una sua teoria materialistica, in parte ripresa da Epicuro e Democrito, mentre respinse criticandola la teoria umorale. Affermava che il corpo umano era composto di atomi separati da piccoli canali o pori, attraverso i quali passavano gli atomi più piccoli, in un continuo movimento; le malattie, affermava, erano dovute per lo più a chiusura di questi pori. La guarigione del malato si doveva raggiungere sempre senza arrecare danni, presto ed in modo piacevole: famoso a questo proposito il suo precetto che si deve curare *cito, tute et jucunde*.

Le sue prescrizioni si basavano specialmente sulla dieta, i massaggi, la som-



Il consultorio, o *medicatrina*, di un medico romano.



Ritratto di C. Celso.



C. Celso, *De medicina*, Padova, 1722.

ministrato di vino, su rimedi gradevoli, sui bagni e gli esercizi fisici. Altre figure di medici allora in auge furono Antonio Musa, grande fautore dei bagni freddi e medico dell'imperatore Augusto, Rufo d'Efeso, scrittore di un'opera anatomica, Aretio di Cappadocia, che si occupò delle cause, dei segni e della cura delle malattie acute e croniche, e Dioscoride, vissuto alla fine del primo secolo della nostra era, insigne studioso che raccolse tutte le nozioni farmacologiche del suo tempo in un'opera in 5 libri in cui illustrò circa 600 medicinali allora noti, presi dai tre regni della natura. Fra le figure indubbiamente

più rappresentative della storia del pensiero di questi secoli e che cercarono nelle loro opere di trattare tutti i vari aspetti della medicina di allora, si devono ricordare *Celso* e *Plinio*.

**Aulo Cornelio Celso** fu un nobile romano, appartenente alla famiglia patrizia *Cornelia*, vissuto all'inizio dell'era volgare. Scrisse con eleganza e notevole conoscenza un'enciclopedia che doveva illustrare tutto il sapere umano di quei tempi, dal titolo *De Artibus*, in cui in sei libri trattava di politica, filosofia, arte militare, agricoltura e medicina. Quest'opera andò poi smarrita e rimase sconosciuta per molto tem-

po; in pieno umanesimo fu ritrovato il manoscritto del VI libro, quello attinente alla parte medica, in cui sono riportate in un quadro molto preciso le malattie allora conosciute, con i loro sintomi e cure. Dopo una magistrale introduzione, in cui vengono descritti i progressi di questa arte dai tempi di Omero fino ad Asclepiade, inizia l'esposizione degli otto capitoli in cui il testo è suddiviso. I primi due parlano di igiene, delle stagioni, dei climi, dei segni delle malattie e di dietetica; il terzo delle febbri e della loro cura; il quarto contiene brevi descrizioni anatomiche ed alcuni quadri morbosi; il quinto è dedicato ai medicamenti e alle ferite,



Codice miniato quattrocentesco dell'*Historia naturalis* di Plinio.

con una citazione piuttosto estesa di rimedi, suddivisi in vari gruppi; il sesto tratta delle malattie della testa e gli ultimi due - e forse questa è la parte migliore dell'opera - sono dedicati alla chirurgia, alle fratture e alle lussazioni, con la descrizione di un gran numero di operazioni.

In campo terapeutico fu un eclettico, preferendo in ogni occasione medicinali semplici, consigliando spesso anche il salasso, le purghe, le ventose ed il giusto equilibrio nel cibo. La prima edizione del *De re medica* uscì nel 1478 ed innumerevoli furono poi le ristampe successive. La chiarezza delle sue esposizioni e la praticità delle opinioni espresse, unite all'elegante latino in cui è scritta, hanno reso quest'opera uno dei

più grandi classici della storia della medicina.

**Caio Plinio Secondo (23-79 d.C.)**, chiamato Plinio il Vecchio per distinguerlo dal nipote, fu un grande naturalista, soldato, viaggiatore e scrittore; morì a Pompei, ove si era recato per osservare da vicino l'eruzione del Vesuvio. Numerose le opere da lui composte, di oratoria, grammatica, di storia; la più famosa resta senza dubbio l'*Historia naturalis*, divisa in 37 libri, un

grande trattato enciclopedico con la descrizione di quanto esistente sulla terra. Per dare un'idea della vastità delle notizie riportate, egli tratta di circa 20.000 argomenti, citando oltre 470 autori. Anche se piena di errori, superstizioni ed assurdità, questa opera per oltre 14 secoli è stata sempre ritenuta un canone di scienza. Vasta è la parte dedicata alla medicina, ricca di osservazioni anche personali; in particolare i libri XII-XIX riguardano la botanica; quelli che vanno dal XX al XXVII sono i più interessanti e trattano delle virtù medicinali delle piante, con oltre seicento rimedi descritti. Seguono cinque libri (dal XXVIII al XXXII) sulla materia medica animale, mentre i libri conclusivi (dal XXXIII al XXXVII) illustrano la natura dei metalli e delle pietre, compresa la loro utilizzazione nell'arte e nell'architettura.



Plinio, *Historia naturalis*, iniziale miniata di un codice

**F. Graziani** Ricercatore Universitario, U.O. di Odontostomatologia e Chirurgia Orale AOUP

**L. Ghiadoni** Ricercatore Universitario U.O. Medicina Generale 1 Universitaria AOUP

**S. Taddei** Professore Ordinario Direttore U.O. Medicina Generale 2 Universitaria AOUP

**M. Gabriele** Professore Ordinario Direttore U.O. Odontostomatologia e Chirurgia Orale AOUP

## Parodontite ed infezioni gengivali: un nuovo fattore di rischio di malattia cardio-vascolare?

### **Introduzione: le infezioni del cavo orale ed altri apparati sistemici**

Il concetto che le infezioni orali possano aver influenza sulle patologie sistemiche è stato da anni oggetto di numerosi studi. Già agli inizi del secolo scorso fu avanzata l'ipotesi che le "sepsi orali" o "infezioni focali" (complicanze di lesioni cariose, parodontiti avanzate, ecc.), potessero essere dannose per altri organi e apparati.

Pertanto, al fine di curare patologie di altri distretti quali artrite reumatoide, ulcera peptica e sindromi appendicolari, si ricorreva spesso all'eliminazione del "foce" infettivo. Questo approccio terapeutico è stato responsabile di trattamenti aggressivi, quali le bonifiche complete del cavo orale (D'Aiuto 2005).

Fortunatamente con il tempo l'impianto teorico di questa teoria collassò, ma si stima che i danni prodotti all'epoca, mediante le bonifiche complete del cavo orale, contribuirono non poco allo scarso livello medio della funzionalità masticatoria generale.

Alla fine degli anni '80, pur senza i presupposti della malattia focale, si tornò a discutere sulle possibili associazioni fra salute del cavo orale e salute sistemica. Infatti, uno studio finlandese pubblicato sul British Medical Journal mise in luce un'associazione positiva fra gli indicatori d'infezione del cavo orale ed infarto acuto miocardio (Mattila 1989). Da allora un corpo letterario costante e di impatto rilevante sulla letteratura medica si è sviluppato

esponenzialmente.

In particolare, i possibili legami fra patologia cardio-vascolare, patologie dismetaboliche e patologie ginecologiche sono stati ampiamente sviluppati negli ultimi 10 anni.

### **Parodontite: etio-patogenesi**

La malattia parodontale o parodontite è una malattia infettiva cronica multi fattoriale caratterizzata dalla perdita dei tessuti connettivi di sostegno del dente e dal riassorbimento dell'osso alveolare (Williams 1990) (Foto 1). Rappresenta una patologia con un'elevata prevalenza: da studi epidemiologici emerge che la forma moderata colpisce il 40-50% della popolazione adulta, mentre la parodontite severa colpisce il 10% (Papanou 1996).

L'eziologia e la patogenesi del-



Foto 1. Paziente affetto da Parodontite

---

la parodontite non sono ancora completamente comprese seppur la placca microbica del cavo orale sia considerata un fattore cruciale nell'iniziazione dell'infiammazione gengivale. Il processo comincia dall'accumulo di placca batterica sulla superficie dentale a contatto col margine gengivale (Page & Kornman 1997).

La placca sub e supra-gingivale, una volta colonizzate da alcune specie batteriche gram negative (quali *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Campylobacter rectus*, *Prevotella intermedia*) ed alcune spirochete possono potenzialmente iniziare e perpetuare la malattia gengivale.

I microrganismi tuttavia da soli sono necessari, ma non sufficienti perché si sviluppi la malattia parodontale. Altro fondamentale ruolo, infatti, è quello sostenuto dalla risposta infiammatoria dell'ospite. (Page & Kornman 1997).

I batteri patogeni parodontali e le loro tossine possono raggiungere i tessuti gengivali e dar luogo ad una risposta infiammatoria locale che porta al reclutamento delle cellule del sistema immunitario dell'ospite: neutrofilii, macrofagi e linfociti.

Tali cellule producono a livello locale le citochine infiammatorie, quali IL 1 e, IL 6, TNF, che oltre a regolare la risposta flogistica sono associate all'attivazione delle metallo proteinasi della matrice e alla conseguente distruzione dei tessuti connettivali (Birkedal 1993). Ciò si traduce nella migrazione patologica dell'attacco epiteliale lungo la superficie del dente in direzione apicale, con perdita dell'elemento dentario qualora l'attacco abbia raggiunto l'apice radicolare (D'Aiuto 2005).

A livello locale l'aumentata produ-

zione di IL1 è coinvolta nel riassorbimento osseo e nell'amplificazione e regolazione dell'infiltrato infiammatorio. (Offenbacher 1996)

### **Infiammazione sistemica e malattie cardio-vascolari**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità a livello mondiale soprattutto per l'aumentata di fattori di rischio cardiovascolare come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e la dislipidemia (Ezzati 2002) e la conseguente progressione della malattia aterosclerotica. Molte evidenze cliniche e sperimentali fanno sì che oggi l'aterosclerosi venga considerata una malattia infiammatoria in cui i fattori di rischio cardiovascolare sia di tipo genetico che ambientale agiscono sulla parete vascolare attivando specifici processi flogistici (Ross 1999). Questa teoria spiegherebbe anche l'aumentata incidenza di aterosclerosi e malattie cardiovascolari in patologia infiammatorie croniche a parità di fattori di rischio cardiovascolare (Scannapieco 2008).

In corso di infiammazione viene stimolata la sintesi epatica di proteina C reattiva (PCR). La PCR e le altre citochine infiammatorie prodotte localmente, quali l'IL-1, IL-6 e TNF, che intervengono direttamente nei processi iniziali dell'aterosclerosi, all'iniziale disfunzione ed attivazione endoteliale con reclutamento dei monociti e dei macrofagi, ma partecipano anche ai meccanismi di rottura delle placche ateromasiche attraverso l'attivazione delle metallo proteinasi, favoriscono la coagulazione, la trombogenesi e ritardano la fibrinolisi (Ross 1999).

Per queste ragioni i marcatori di infiammazione sistemica ed in

particolare la PCR sono stati studiati come marcatori di rischio cardiovascolare. Molti studi clinici hanno infatti dimostrato che i livelli di PCR siano predittori indipendenti di infarto del miocardio, di ictus e di vasculopatia periferica in pazienti ad elevato rischio cardiovascolare ed in popolazioni generali, a sostegno della relazione tra infiammazione cronica e malattie cardiovascolari (Ridker 1997; Viridis 2007).

### **Parodontite e malattia cardio-vascolare: Un link possibile**

Sono stati proposti 3 meccanismi riguardo alla correlazione tra infezione orale e patologie sistemiche: (1) la batteriemia transitoria che si ha a partire da un focolaio infettivo localizzato, (2) la diffusione in circolo delle tossine batteriche e (3) il passaggio in circolo dei mediatori chimici dell'infiammazione e degli antigeni solubili.

1) Una transitoria batteriemia, dovuta alla disseminazione in circolo dei microrganismi del cavo orale, è estremamente comune nel corso di infezioni orali e in seguito a procedure odontoiatriche. Da evidenze sperimentali (Herzberg, Meyer 1996) risulta che batteri, quali lo *Streptococcus Sanguis* e *Porphyromonas Gingivalis*, siano in grado d'indurre l'aggregazione piastrinica e la trombogenesi.

2) Tra i meccanismi di correlazione indiretti c'è la relazione tra prodotti batterici quali le tossine e le malattie cardiovascolari.

Il biofilm sottogengivale costituisce un notevole serbatoio di tossine batteriche e di lipopolisaccaride, l'endotossina di cui è composta la parete dei gram negativi, che vengono continuamente rilasciati in circolo. Il LPS rilasciato in circolo induce importanti risposte vascolari che comprendono la forma-

zione di un infiltrato infiammatorio nella parete vascolare, la proliferazione delle cellule muscolari lisce vasali, la degenerazione adiposa e la coagulazione intravascolare promuovendo pertanto l'aterogenesi (Mattila 1989).

3) Infine la malattia parodontale, essendo una patologia infiammatoria, stimola la produzione epatica di PCR che non solo partecipa alla patogenesi dell'aterosclerosi (Ross 1999) ma è anche considerata un predittore indipendente di eventi cardiovascolari (Ridker 1997, Viridis 2007).

In uno studio del 1998 (Genco 1998) sono stati confrontati i livelli ematici di PCR tra pazienti sani e pazienti cardiopatici affetti da malattia parodontale, risultando più elevati in questi ultimi. Questo aumento significativo non riguarda solo la PCR, ma altri indicatori sistemici d'infiammazione quali IL-6, IL-1, TNF.

La plausibilità biologica ha un corrispettivo clinico ben solido. Infatti l'Evidence Based Medicine ha indicato chiaramente, in una meta-

analisi pubblicato sul America Heart Journal (Bahekar et al. 2007), che il paziente affetto da parodontite ha un rischio relativo di 1.14 (ossia del 14% in più rispetto ad un soggetto non affetto da parodontite, ma a parità di tutti gli altri fattori) di sviluppare un evento di malattia cardio-vascolare.

Grazie a questa meta-analisi la plausibilità biologica diviene una realtà clinica palpabile, pertanto la maggior tendenza all'aterogenesi che si ha nei pazienti parodontopatici si traduce in un'aumentata incidenza di aterosclerosi, coronaropatia, ictus e infarto miocardico.

#### **La terapia può ridurre il rischio di malattia cardio-vascolare?**

La parodontite appare pertanto legata alla patogenesi della malattia cardio-vascolare sia per quanto concerne la plausibilità biologica, sia per quanto concerne il risvolto clinico dal momento che il più alto livello di evidenza scientifica indica un rischio relativo d'insorgenza di malattia cardio-vascolare aumentato per

i soggetti affetti da parodontite. Pertanto è necessario chiedersi se la terapia parodontale possa abbattere il rischio d'insorgenza di malattia cardio-vascolare. Questa evenienza negli ultimi anni si è rivelata possibile tramite la capacità della decontaminazione parodontale (Foto 2) sia di ridurre i parametri d'infiammazione sistemica sia la disfunzione endoteliale e pertanto l'elasticità vascolare.

I livelli sierici dei marcatori dell'infiammazione sistemica e pertanto del rischio cardiovascolare nel corso di un trattamento parodontale completo sono stati studiati (D'Aiuto 2004). I marcatori studiati sono: PCR, IL-1 e TNF, D-dimero, indicatore dell'attivazione dell'emostasi, E-selectina e fattore di von Willebrand, indicatori di danno endoteliale. Dalla cinetica dei marcatori è emerso che la terapia parodontale provoca un aumento dell'attività emostatica dopo 1 e 7 giorni, mentre nel lungo termine si assiste a una riduzione di tutti i marcatori di infiammazione sistemica e pertanto del rischio



Foto 2. Paziente dopo terapia di disinfezione parodontale e risoluzione dell'infezione

cardiovascolare. Tali risultati vanno a sostegno della teoria secondo cui la malattia parodontale, costituendo uno stimolo infiammatorio cronico, provoca un cronico e moderato incremento del rischio cardiovascolare.

Recentemente, in un trial pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, è stata evidenziata la stretta correlazione tra terapia parodontale e la funzionalità endoteliale.

Un campione di 120 pazienti affetti da parodontite sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo test sottoposto a terapia parodontale ed un gruppo controllo a cui sono state effettuate solo delle rimozioni di tartaro supragingivale. Tre mesi dopo terapia, appariva chiara una

differenza statisticamente significativa fra i due gruppi. Il gruppo sottoposto a terapia parodontale mostrava un aumento dell'elasticità vascolare al contrario il gruppo controllo non riportava variazioni significative.

Questo miglioramento dell'elasticità vascolare era correlato al miglioramento delle condizioni parodontali.

Sulla base di questi dati, gli autori concludono che il trattamento della malattia può determinare benefici che vanno ben più oltre i vantaggi locali (Tonetti et al. 2007).

Ad ulteriore riprova è necessario citare che in letteratura è riportato un effetto benefico sui valori pressori della terapia parodontale.

## Conclusioni

La parodontite quale infezione cronica di grado moderato è capace di determinare un innalzamento dei livelli sistemici d'infiammazione ed una costante batterio-tossinemia sistemica. Questo si traduce in un maggior rischio di sviluppare eventi di malattia cardio-vascolare legati all'aterogenesi. Clinicamente infatti le ultime meta-analisi indicano un livello di associazione significativo tra parodontite e cardiopatie. Fortunatamente la terapia parodontale è capace di ridurre l'infiammazione sistemica e di ridurre la disfunzione endoteliale. È pertanto auspicabile che gli specialisti possano interagire sinergicamente nel trattare o nel diagnosticare questa patologia. Infine, una diagnosi precoce potrebbe associarsi a benefici sistemici cardio-vascolari di non poco conto.

## Biografia

Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R.

**The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis.**  
*Am Heart J.* 2007 Nov;154(5):830-7

Birkedal-Hansen H. 1993.

**Role of cytokines and inflammatory mediators in tissue destruction.** *J: Periodontal Res.* 28:500

D'Aiuto F., Graziani F., Tetè S., Gabriele M. 2005

**Periodontitis: from local infection to systemic diseases**  
*Int J Immunopathology and Pharmacology* 18:1-11

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk

**Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease.** 2002  
*Lancet.*;360:1347-60.

Genco, R. J., Glurich I., Haraszthy V., Zambon J., & DeNardin E. 1998.

**Overview of risk factors for periodontal disease and implications for diabetes and cardiovascular disease.**  
*Compendium* 19:40-45

Herzberg, M. C., & Meyer M.W. 1996.

**Effects of oral flora on platelets: possible consequences in cardiovascular disease.**  
*J. Periodontol.* 67:1138-

Mattila, K. 1989.

**Viral and bacterial infections in patients with acute myocardial infarction.**  
*J. Intern. Med.* 225:293-296.

Offenbacher, S. 1996.

**Periodontal diseases: pathogenesis.**  
*Ann. Periodontol.* 1:821-878.

Page R.C., Kornman K.S. 1997

**The pathogenesis of human periodontitis: an introduction.**  
*Periodontal* 2000 14:9

Papapanou PN.

**Periodontal diseases: epidemiology.**  
*Ann Periodontol*:1(1):1-36 .

Ridker, P. M., Cushman M., Stampfer M. J., Tracy R. P. & Hennekens C. H.. 1997.

**Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men.**  
*N. Engl. J. Med.* 336:973-979.

Ross R. 1999

**Atherosclerosis: an inflammatory disease.**  
*N Engl J Med.*;340:115-26.

Scannapieco, F. A. 1998.

**Position paper: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases.**  
*J. Periodontol.* 69:841-850.

Tonetti M.S., D'Aiuto F., Nibali L., Donald A., Storry C., Parkar M., Suvan J., Hingorani A.D., Vallance P., Deanfield J. 2007

**Treatment of periodontitis and endothelial function.**  
*N Eng J Med*;356:911-920

Virdis A, Ghiadoni L, Plantinga Y, Taddei S, Salvetti A. 2007

**C-reactive protein and hypertension: is there a causal relationship?**  
*Curr Pharm Des.*;13:1693-8

Williams R.C. 1990.

**Periodontal disease.**  
*N. Engl. J. Med.* 322:372

# Accessi al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Il 7 Luglio u.s. è pervenuto tramite la FNOMCeO il DM 3 Luglio 2009 firmato dal Ministro Mariastella Gelmini sulla definizione dei posti disponibili per l'ammissione al corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Allego la tabella per l'anno accademico 2009-2010 da cui si nota un ulteriore calo degli accessi a livello nazionale: a Pisa di un posto, a Firenze e Siena di due. La riduzione

dei posti è in sintonia con le richieste dei sindacati di categoria e degli operatori del settore, che per ora prevalgono sulle pressioni dell'Antitrust, favorevole ad una liberalizzazione incontrollata. Ritornando a quanto espresso nell'articolo "Odontoiatria a Pisa: quale futuro?" uscito sul numero 36 di Pisa Medica nell'autunno scorso si può notare una sostanziale tenuta nel numero degli accessi in

Toscana ed a Pisa in particolare: diminuzione di 5 posti contro i 58 su base nazionale. Si osservi la tabella allegata dell'anno accademico precedente. Questo è certo un aspetto positivo per Pisa. A questo punto c'è da sperare che nei prossimi anni nella odontoiatria pisana prevalga una inversione di tendenza quantitativa e qualitativa grazie al costruttivo impegno di tutte le autorità interessate.

**Posti disponibili per l'accesso al corso di laurea specialistica/ magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria anno accademico 2009-2010**

<b>Università</b>	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26.</i>
Bari	32
Bologna	25
Brescia	15
Cagliari	17
Catania	20
Catanzaro	9
Chieti	33
Ferrara	12
Firenze	20
Foggia	12
Genova	25
L'Aquila	12
Messina	22
Milano	47
Milano "Bicocca"	17
Milano Cattolica "S.Cuore"	18
Modena e Reggio Emilia	14
Napoli "Federico II"	16
Napoli Seconda Università	21
Padova	25
Palermo	14
Parma	16
Pavia	17
Perugia	7
Pisa	7
Politecnica delle Marche	20
Roma "La Sapienza" I Facoltà	52
Roma - "Tor Vergata"	28
Sassari	17
Siena	19
Torino	35
Trieste	14
Varese Insubria	17
Verona	15
<b>Totale</b>	<b>690</b>

fto Il Ministro  
Mariastella Gelmini

**Posti disponibili per l'accesso al corso di laurea  
specialistica/ magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria  
anno accademico 2008-2009**

<b>Università</b>	<i>Comunitari e non comunitari residenti in Italia di cui alla legge 30 luglio 2002 n. 189, art. 26.</i>
Bari	35
Bologna	28
Brescia	17
Cagliari	19
Catania	22
Chieti	36
Ferrara	13
Firenze	22
Foggia	13
Genova	28
L'Aquila	13
Messina	24
Milano	52
Milano "Bicocca"	19
Milano Cattolica "S.Cuore"	20
Modena e Reggio Emilia	15
Napoli "Federico II"	18
Napoli Seconda Università	23
Padova	28
Palermo	15
Parma	18
Pavia	19
Perugia	4
Pisa	8
Politecnica delle Marche	22
Roma "La Sapienza" I Facoltà	57
Roma - "Tor Vergata"	31
Sassari	19
Siena	21
Torino	38
Trieste	15
Varese Insubria	19
Verona	17
<b>Totale</b>	<b>748</b>

f.to Il Ministro  
Mariastella Gelmini

# Le detrazioni e la privacy

**C**ome ormai tutti i contribuenti sanno le spese mediche sostenute, ivi comprese le spese per l'acquisto dei medicinali, sono oneri detraibili dal reddito prodotto e dichiarato ai fini fiscali. I contribuenti sanno anche che la detrazione è ammessa oltre una soglia di franchigia di euro 129,11, e che sulla somma eccedente la detrazione è del 19%. Quindi se l'importo sostenuto nell'anno è ad esempio di 500,00 euro la detrazione sarà quantificata in 70,00 euro. Insomma, tanta è la fatica per raccogliere la documentazione ma modesta la gratificazione fiscale. Nel 2008 la fantasia e la pignoleria della Agenzia delle Entrate hanno fatto venire alla luce lo "SCONTRINO PARLANTE" scontrino rilasciato dalle farmacie nel quale vengono indicate in chiaro la denominazione commerciale, la natura e la qualità del farmaco acquistato oltre ovviamente al codice fiscale del contribuente, dettagli a parere dell'Agenzia delle Entrate indispensabili in sede di controllo per la verifica della legittima detraibilità della spesa sostenuta. In effetti è andata proprio secondo i desideri dell'Ammini-

strazione finanziaria: i professionisti chiamati alla compilazione della dichiarazione dei redditi sono stati tassativi: o scontrino parlante o niente detrazione, ma c'è stato di più: insieme alla verifica dei dati è emersa una palese violazione della privacy dei contribuenti, dal momento che l'indicazione in chiaro della denominazione del farmaco è in grado di rivelare informazioni sullo stato di salute e sulle patologie di chi acquista il farmaco. In concreto si è venuto a creare un trattamento sistematico di dati personali sulla salute idonei a rivelarne anche le patologie, dati che secondo le norme sulla privacy in vigore possono essere trattati solo laddove indispensabili per lo svolgimento di attività istituzionali che non possano essere effettuate mediante il trattamento di dati anonimi. Logico e naturale è stato perciò il ricorso al Garante per la protezione dei dati personali al quale sono pervenute "numerose segnalazioni volte ad evidenziare la lesione della riservatezza e della dignità degli interessati in conseguenza dell'indicazione in chiaro della denominazione commerciale del farmaco acquistato all'atto della presentazione



della documentazione fiscale per la denuncia dei redditi".

Da qui la Prescrizione del Garante del 29 Aprile 2009 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 107 del 11 Maggio 2009, secondo la quale: "... l' Agenzia delle Entrate, entro il termine di tre mesi dalla data di ricezione del presente provvedimento, fornisca indicazioni immediatamente operative affinché ai fini della detrazione delle spese sanitarie, lo scontrino fiscale rilasciato per l'acquisto di farmaci riporti, in luogo della menzione in chiaro della denominazione commerciale degli stessi, il numero di autorizzazione all'immissione in commercio ( AIC ) oltre al codice fiscale del destinatario, alla natura e alla quantità dei medicinali acquistati... comunque non oltre la data del 1° Gennaio 2010 i titolari del trattamento dei dati personali che emettono scontrini fiscali per l'acquisto dei farmaci... devono adeguarsi alle suddette indicazioni dell' Agenzia...". (Fonte: Prescrizione del Garante per la protezione dei dati personali - 29.04.2009 ).



## Cura personalizzata della salute nel Parco Termale di Uliveto

La parte prevalente della medicina moderna non è più l'“acuzie”, ma la “cronicità”. Ciò consegue al prolungamento della vita che espone alle disabilità croniche dell'anziano e ai nuovi bisogni di salute, generati dalle nuove tecniche diagnostiche che permettono di evidenziare alterazioni prima dei sintomi di malattia. Tali alterazioni anatomiche, genetiche o funzionali rappresentano fattori di rischio che non si traducono in malattia se si segue un opportuno stile di vita. Le “nuove cronicità” impongono nuove attenzioni, canoni e paradigmi per la personalizzazione della cura che è tra gli obiettivi primari dell'organizzazione mon-

diale della sanità per il 3° millennio (1-3). Per il progetto di cura o “project management” del singolo individuo è indispensabile coordinare il lavoro di squadra di più specialisti. Ciò richiede un'organizzazione diversa dalla “catena di montaggio” adatta alla cura della malattia acuta. Un esempio concreto è l'innovativo modello gestionale della cura dei pazienti epatopatici pre-sintomatici in regime esclusivamente ambulatoriale o di day hospital presso l'Unità di Epatologia dell'AOUP di Cisanello. Ci siamo ispirati agli stessi principi organizzativi per la personalizzazione della cura della salute nel modello denominato “DNA della Salute”, che significa accerta-

mento della salute diurna e notturna (daily and nightly assessments of health). Il DNA, custode dell'identità genetica e sinonimo di personalizzazione significa nel nuovo marchio l'analisi attenta e scientifica dei comportamenti biologici e modi di essere personali durante sia la veglia che il sonno. Riteniamo che una presa di coscienza scientifica a 360° della salute sia indispensabile per decifrare lo stile di vita personale. Una personalizzazione autosostenibile dello stile di vita permette infatti di ottenere risultati migliori delle prescrizioni generiche dei salutismi di massa. Nel libro omonimo (4) assieme al Prof. Luigi Murri e suoi collaboratori abbiamo proposto al-





cuni esempi di ricerche e progetti concreti per la personalizzazione della cura delle malattie e della salute. Si tratta di una visione innovativa che intende promuovere una piattaforma culturale multi-disciplinare per aiutare la persona a raggiungere la consapevolezza più autentica del proprio vivere in salute. Su questa base è stato attivato il master di I e II livello dell'Università di Pisa, "Benessere, Alimentazione, Sonno e Medicina Termale" per laureati di ogni disciplina interessati a lavorare nel settore del benessere. Il master fornisce gli strumenti culturali per produrre ricerche e protocolli operativi direttamente sul posto di lavoro realizzando progetti concreti, elaborati secondo la più moderna cultura scientifica. La frequenza del master prevede un'attività presso centri termali e benessere che ogni allievo concorda nell'ambito di uno specifico progetto di ricerca. Ciò costituisce una sorta di "apprendistato" guidato dall'Università, volto a favorire l'inserimento (o il miglioramento della posizione) nel mondo del lavoro, attraverso l'acquisizione di una concreta specifica profes-

sionalità e metodologia di ricerca. Dalla collaborazione tra il Master e il Parco Termale di Uliveto (<http://www.termidiuliveto.it>) è nato un concreto esempio di personalizzazione della cura della salute, il Percorso Benessere, coordinato dalla psicologa Ilaria Genovesi che ha conseguito il master di I livello nel 2008. Il percorso inizia con un colloquio e la proposta di un questionario predisposto da specialisti in diverse discipline mediche. Attraverso il colloquio e le risposte viene individuato il percorso benessere personalizzato (5). La psicologa svolge il ruolo di tutor e l'ospite quello di attore-autore dello stile di vita più consona alle sue potenzialità e necessità. L'intervento coordinato degli specialisti (istruttore di nuoto, ginnastica o altro sport, posturologo, dietista, etc..) promuove il graduale cambiamento dello stile di vita favorendo l'autodeterminazione della persona. Il *tutor* svolge il ruolo di coordinamento solo per il periodo necessario ad indirizzare l'ospite a trovare le migliori risposte alle domande personali di salute e benessere. Nell'ambito delle iniziative coordi-

nate dal Master in collaborazione con il Parco Termale di Uliveto è iniziato anche un progetto per la promozione della salute alimentare attraverso i prodotti della filiera corta, "Paniere del Benessere". Nel mese di Maggio si sono svolti due "Laboratori della Salute" coordinati da Elena Moretti e destinati a bambini e ragazzi delle scuole. I temi sono stati: "La Pasta al germoglio di grano e l'Olio" a cura dell'Antico Pastificio Morelli e del Frantorio di Vicopisano e "Fare il Formaggio" a cura dell'Azienda Agricola Strido Fattoria Lydia Riparbella. Durante i laboratori, esperti della comunicazione, agronomi e alimentaristi assieme agli insegnanti e responsabili delle aziende promotrici hanno istruito e coinvolto i ragazzi nella conoscenza e preparazione degli alimenti. I laboratori della salute riprenderanno con il prossimo anno scolastico. In conclusione lo scopo del percorso personalizzato della salute è aiutare l'ospite del centro termale o benessere a scegliere coscientemente e raggiungere consapevolmente la condotta di vita più adeguata alla propria unicità.

## Sclerosi multipla e SLA: è bene fare chiarezza

La sclerosi multipla (SM) appartiene al novero delle malattie demielinizzanti, un gruppo eterogeneo di disordini neurologici che hanno in comune il danno relativamente selettivo a carico della mielina (sostanza bianca) nel Sistema Nervoso Centrale (encefalo e midollo spinale). Si parla di demielinizzazione in presenza di un danno acquisito a carico della mielina -la membrana che riveste le fibre nervose- causato nella SM da una aggressione autoimmune verso i componenti chimici della guaina, che determina la discontinuazione della sua integrità. Tali alterazioni sono causa di una molteplicità di sintomi, in base alla prevalenza del danno in alcune aree del sistema nervoso centrale (deficit motori, alterazioni sensitive, disturbi del visus, alterazioni dell'equilibrio, discontrollo degli sfinteri, alterazioni della memoria e di altre funzioni cognitive, ecc.). Tali sintomi in generale si manifestano in maniera improvvisa, con un successivo re-

cupero parziale o totale delle disfunzioni, per poi assistere ad una ricaduta di malattia (nuovi sintomi o ricorrenza dei precedenti). Tale forma clinica della SM -la più comune- viene definita recidivante-remittente, e nel tempo porta ad una disabilità più o meno marcata. La malattia viene diagnosticata sulla base di alcuni criteri diagnostici internazionali, che vengono periodicamente aggiornati in base alla evoluzione delle conoscenze scientifiche, e che si basano attualmente sul quadro clinico, sul decorso della malattia e sui correlati di danno della mielina evidenti alla risonanza magnetica dell'encefalo e del midollo spinale. La terapia è farmacologica, ed è rappresentata da farmaci -immunomodulanti o immunosoppressori- in grado di contrastare l'evoluzione delle alterazioni mieliniche nel tempo, che tuttavia non riescono a "riparare" le lesioni già avvenute (per le quali c'è la prospettiva della possibilità di utilizzo delle cellule staminali). Il trattamento dei sintomi si

basa invece sull'impiego di farmaci puramente sintomatici che portano al controllo dei più importanti disturbi della persona affetta. Sui media (giornali, TV, ecc.) la SM viene spesso confusa con la SLA -Sclerosi Laterale Amiotrofica- per la comune denominazione di sclerosi: tuttavia le due malattie neurologiche non condividono alcun aspetto, trattandosi di due condizioni patologiche diverse come patogenesi, substrato neuropatologico, sintomatologia, decorso, prognosi e trattamento. In comune hanno solo la indeterminatezza, in entrambi i disturbi, della loro etiologia.

### Attuali acquisizioni conoscitive

La strepitosa accelerazione delle conoscenze sulla SM osservata negli ultimi anni ha modificato le nostre informazioni sul quadro complessivo della malattia e sulla sua storia naturale, rispetto a quanto noto fino a pochi decenni fa, determinando una migliorata prospettiva per le persone affette. Di seguito alcune recenti acquisizioni.

### A cosa è dovuta la SM?

Non è ancora nota l'etiologia, numerose le ipotesi advocate, ma nessuna così robusta da coagulare intorno un consenso medico. Di certo il substrato patogenetico vede protagonista una autoaggressione immunitaria principalmente diretta alla mielina "centrale"- a produzione oligodendrogliale, limitata quindi al sistema nervoso centrale. L'aggressione parte dalla periferia (elementi/fattori circolanti) e "penetra" nel sistema nervoso centrale: di qui il "razionale" dei più moderni farmaci immunomodulanti (ad es. natalizumab) di ostacolare l'ingresso di tali 'aggressori' nel tessuto nervoso.





### **Bersagli di malattia**

La reazione autoimmune è diretta principalmente ai costituenti della mielina "centrale" (aspetto già noto dalla prima descrizione di Charcot due secoli fa), ma il danno interessa -non sappiamo se direttamente o mutuato dal danno mielinico- anche gli assioni (sostanza grigia), con i conseguenti correlati di "atrofia" che si documentano nelle fasi progredite della malattia.

La risposta precoce dell'ospite è una reazione infiammatoria localizzata -che si evidenzia bene con la presa di contrasto alle immagini di risonanza- cui segue con il tempo un tentativo di riparazione tissutale mediante organizzazione di una "cicatrice" gliale (da cui l'aspetto anatomico di 'sclerosi' descritto da Charcot) in mancanza di una reale capacità di rimielinizzazione (su questo target oggi irrealizzato si focalizzano le prospettive di ricerca terapeutica).

### **Correlazioni lesioni-sintomi/segni**

Mentre in generale esiste una correlazione tra topografia delle lesioni neurologiche e sintomatologia, non vi è una diretta correlazione tra il numero delle aree di demielinizzazione nell'encefalo e nel midollo ed il quadro clinico. In altre parole il "carico lesionale" non correla direttamente con la disabilità neurologica: anche in presenza di molteplici lesioni (da cui il lemma sclerosi "multipla") il paziente può non avere

alcun sintomo o sintomi minimali. All'estremo opposto, solo piccole lesioni localizzate in aree funzionalmente cruciali -come quelle a carico del midollo spinale-, possono determinare un grado marcato di disabilità neurologica.

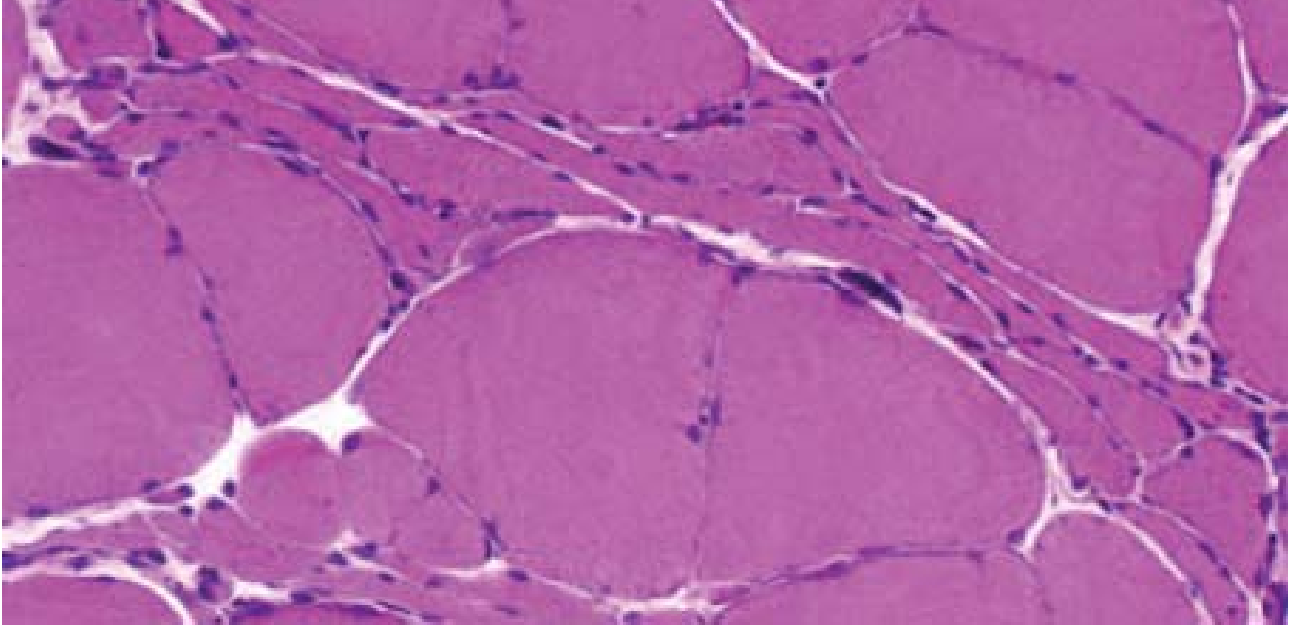
### **Decorso e spiccata variabilità di esito**

Un dogma infranto dalle attuali conoscenze della SM è quello che la malattia sia sempre (progressivamente) disabilitante: lo spettro della sedia a rotelle associato pochi

decenni fa alla diagnosi di SM oggi non ha ragione di esistere. Molte persone con SM non avranno mai nella loro vita disabilità motorie o di altro tipo, per l'esistenza oggi accettata di "forme benigne" di malattia, cioè a decorso minimamente o affatto disabilitanti.

Non sembra che tale mutata connotazione della storia di malattia sia in relazione alla terapia farmacologica precocemente attuata, senza nulla togliere alla sua rilevanza, quanto piuttosto agli affinati strumenti diagnostici (specie la risonanza) che aiutano a definire la diagnosi di forme 'subcliniche' di SM che in era pre-neuroimaging venivano del tutto ignorate. La dimensione epidemiologica di tali categorie -forme favorevoli e non di decorso- non è ancora nota, per la difficoltà di eseguire valutazioni della storia naturale di SM in adeguate dimensioni campionarie di popolazioni naive al trattamento. Purtroppo la previsione prognostica manca oggi di marcatori predittivi del decorso, e ciò pone il singolo paziente (ed il medico) in un limbo prognostico affatto insoddisfacente (questo è forse l'aspetto più rilevante nell'impatto del paziente con la diagnosi di SM).





### **Elementi diagnostici e di diagnosi differenziale**

I criteri diagnostici di SM attualmente adottati dalla comunità scientifica consentono nella maggior parte dei casi, con il solo ausilio dell'accoppiata evoluzione clinica/monitoraggio di risonanza, una corretta diagnosi di SM e l'esclusione differenziale di altre patologie neurologiche, di natura demielinizante e non (che non sono poche). Purtroppo la diagnosi solo in casi limitati è possibile ad una unica/prima osservazione (diagnosi "trasversale"), ma richiede un tempo di osservazione più protratto (diagnosi "longitudinale"), specie per quanto concerne la forma clinica di decorso. Per questo motivo l'esordio della malattia demielinizante viene connotata in generale come CIS (Clinically Isolated Syndrome), ma autorizza comunque l'avvio precoce di una terapia immunomodulante (la maggior parte dei farmaci ha infatti l'indicazione terapeutica nella CIS). L'esecuzione di altre indagini diagnostiche (esame del liquor, registrazione dei potenziali evocati, ecc.) complementa i criteri diagnostici primari (clinica e risonanza), conservando tuttavia un ruolo deuteragonista per la diagnosi di SM. Tale stato dell'arte condiziona la frequente connotazione diagnostica di "sindrome (o malattia) demielinizante" che viene formulata in occasione dell'esordio di una SM.

### **Comunicazione al paziente**

Il momento della comunicazione della diagnosi al paziente, che è molto spesso di giovane età, ed ai suoi familiari, è quanto di più complesso e difficoltoso in neurologia, per l'indeterminatezza -in fase di esordio- della natura della patologia e soprattutto della sua (eventuale) evoluzione nel tempo. Anche nelle situazioni di maggior accuratezza diagnostica, la crisi tra le informazioni che il medico ha ed i luoghi comuni (fomentati da una multisfaccettata ed incontrollata reperibilità di informazioni sul web) associati alla SM ("malattia sempre disabling ed a prognosi sfavorevole") è rilevante. L'unico antidoto a tale disagio è la più efficiente "alleanza" tra medico e paziente/familiari, e la disponibilità di questi ultimi "attori" -che va costantemente rimarcata con tutti i mezzi di comunicazione sociale- ad una collaborazione stretta.

### **Tempestività del trattamento**

Le attuali evidenze scientifiche sottolineano inequivocabilmente la necessità della precoce istaurazione di un trattamento farmacologico della SM (in generale attuata con farmaci immunomodulanti) sin dall'esordio clinico. La moderna disponibilità di cure a basso profilo di collateralità indesiderata, fornite gratuitamente

da tutti i servizi sanitari, pone il paziente nella migliore prospettiva di arginare in ogni caso la progressione patologica, pur in presenza di una efficacia limitata degli attuali trattamenti di fondo della SM. Avviare tempestivamente la cura al momento della prima diagnosi -ragionevolmente accurata di SM o CIS- rappresenta una sorta di "assicurazione" farmacologica per il futuro della malattia nel singolo paziente. La prospettiva della imminente disponibilità (già nel prossimo anno 2010) di cure ancora più efficaci e tollerate (non fosse altro per la dispensabilità per via orale) costituisce un'elemento di rinforzo a tale strategia terapeutica.

### **Articolazione/Personalizzazione della terapia e stadiazione**

Come per ogni malattia neurologica (e non) la personalizzazione del trattamento farmacologico della SM è di primaria importanza: l'associazione di un trattamento di fondo per la cura delle alterazioni patologiche e di una terapia sintomatica mirata ai differenti sintomi provocati, costituisce un impegno di rilievo per il medico, guidato anche dalle variazioni della SM lungo tutto il suo decorso per anni. Una tattica appropriata presuppone infatti la considerazione che numerose disfunzioni correlate con la malattia (motorie, sfinteri-

---

che, cognitive, ecc.) necessitano di un trattamento plurispecialistico cui il neurologo da solo non può far fronte. La compliance da parte del paziente a tale impostazione strategica va ricercata e sostenuta in maniera convinta e convincente.

### **Forme orfane di trattamento**

Alcune forme di SM, come la SM primaria progressiva e la SM secondaria progressiva, fortunatamente di minor rilevanza epidemiologica nel novero della popolazione ammalata, non dispongono oggi di una adeguata risposta terapeutica farmacologica. Pur tuttavia in tali forme di decorso alcuni farmaci immunomodulanti sono formalmente autorizzati come indicazione terapeutica (SM secondaria progressiva) ovvero in fase avanzata di valutazione pre-registrativa (fingolimod nella SM primaria progressiva) e possono costituire un valido punto di partenza. Il ricorso all'impiego di terapie "off label" per tali aggregati sindromici è peraltro incoraggiato da evidenze scientifiche, ancorchè limitate, ed avviene abbastanza comunemente nella pratica.

### **Prospettive terapeutiche**

Nuovi farmaci, con meccanismi d'azione differenziati rispetto agli immunomodulanti oggi disponibili, sono in fase avanzata di

sviluppo, ed il loro impiego ha mostrato una maggiore efficacia clinica, statisticamente significativa, rispetto allo standard attuale. Tuttavia alcuni caveat relativi al loro profilo di sicurezza non sono ancora chiariti, e necessitano pertanto di un'adeguata vigilanza farmacologica (come quella in atto per il natalizumab). Ancora precoci appaiono al contrario le evidenze di utilizzo delle cellule staminali, unico presidio in grado di "riparare" le lesioni mieliniche già in atto, soprattutto per l'incognita della loro sicurezza di impiego. Il ricorso a questa terapia "con le staminali" reclamizzato al di fuori di formali autorizzazioni e controlli sanitari va al momento scoraggiato.

### **Concertazione professionalità mediche**

La molteplicità dei disturbi neurologici derivanti da una patologia multiforme come la SM richiede l'intervento diagnostico prima e quindi terapeutico di una serie di figure professionali: neuroriabilitatore, urologo, psicologo, medico di famiglia, sessuologo, ecc. sono tutti indispensabili a far fronte alla disabilità indotta dalla SM, mediante l'intervento delle specifiche professionalità concertate sulla scorta delle necessità individuali della persona ammalata.

### **Assistenza, informazione, educazione, diritti e limitazioni**

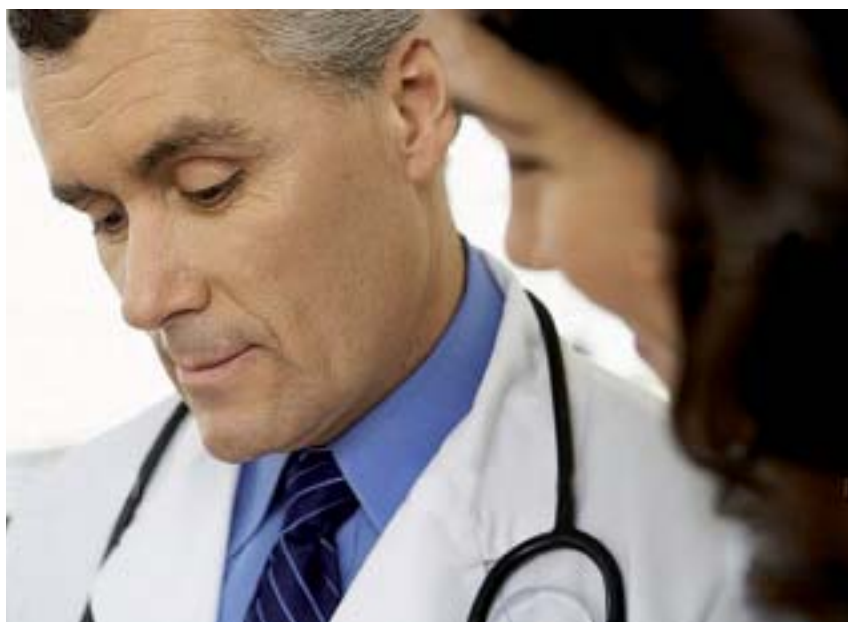
Il personale infermieristico stabilisce una importante collaborazione con la persona affetta da SM presso il Centro/Ambulatorio cui fa riferimento, ovvero al suo domicilio (infermieri deputati da alcune aziende produttrici di farmaci immunomodulanti per la SM). Tale collaborazione riguarda una serie di attività, dalla preparazione/effettuazione delle iniezioni di farmaci immunomodulanti (per via sottocutanea), alla dispensazione di consigli, avvertenze, supporto pratico, ecc. sulla scorta delle necessità individuali. L'infermiere diventa nella SM un costante punto di riferimento per tutte le praticità relative al trattamento, ed in generale per una prima disamina delle problematiche emergenti in corso di malattia.

Rilievo particolare nella SM assumono le associazioni laiche, e segnatamente l'AIMS (Associazione Italiana Sclerosi Multipla) che si adopera formidabilmente alla informazione ed "educazione" ai diversi aspetti della malattia, e che mediante la FISM (Federazione Italiana Sclerosi Multipla) devolve importanti finanziamenti economici a progetti di ricerca scientifica.

La raccolta di adesioni e donazioni a tale associazione è testimoniata dalla larga eco che la stessa ha nei mezzi di comunicazione, contribuendo così ad una faticosa lotta contro la malattia ed i suoi pregiudizi.

La legislazione vigente riserva una serie di diritti alle persone con SM ed ai familiari, tra cui agevolazioni fiscali, assistenziali e di cura, supporto di presidi specifici, tutela lavorativa, ecc.

Praticamente nessuna limitazione specifica alle comuni attività di vita è imposta alle persone con SM: ad es. nessuna limitazione alla guida, a meno della presenza di particolari disabilità motorie o visive che richiedono specifici adeguamenti e supporti nella guida di veicoli a motore.



## Rinnovo delle cariche sociali: passaggio delle consegne

**N**ella nostra Associazione AMMI le cariche sociali durano tre anni e pochi giorni fa si sono tenute le elezioni con le regole dettate dal nuovo Statuto. La sottoscritta è già stata presidente per due mandati, in tutto sei anni, e non poteva ripresentare la propria candidatura. Le elezioni hanno visto una larga partecipazione di socie fenomeno che è la più chiara dimostrazione della vitalità della nostra Associazione. Il nuovo Esecutivo costituito, secondo i nuovi regolamenti da 10 membri più l'undicesimo della sottoscritta come past-Presidente, ha eletto la nuova Presidente Nuccia Calderazzi che resterà in carica fino al 2012. Nella Giunta oltre la Presidente sono state elette vice-Presidente Silvia Speroni, Segretaria Delia Tongiani, Tesoriera Giovanna Malvaldi. L'Esecutivo risulta costituito oltre che dalla Giunta dalle consigliere Caterina Basile, Marzia Bellina, Lalla Ianni, Patrizia Pancani, Lina Sicari, Anna Weiss. Nel Collegio dei Revisori dei Conti sono state elette Presidente Giuseppina Pardi e membri Cecilia Menchini e Lelia Camerini. Nel Collegio dei Probiviri sono state elette Presidente Federica Giannessi e membri Malina Gherarducci e Simona Ceretti. I risultati di queste elezioni hanno comportato un notevole avvicendamento, più del 50%, negli incarichi della sezione. Questo è un aspetto molto importante in una associazione perché ne garantisce un continuo ricambio di idee, pur rimanendo nelle sue linee tradizionali. Sono sicura che tutte queste amiche vecchie e nuove formeranno una ottima squadra che saprà gestire molto bene l'AMMI di Pisa perché sono tutte motivate dall'entusiasmo e ricche di capacità con tante belle



*Il Consiglio Direttivo uscente con la nuova Presidente*

e nuove idee. Con il 2009 termino il mio secondo mandato di tre anni. Sinceramente vi debbo dire che è stato molto impegnativo e gravoso, ma anche ricco di soddisfazioni per tutto quello che sono riuscita a fare insieme alla Giunta e all'Esecutivo e a tutte le socie dell'AMMI. Ovviamente mi sento di ringraziare in maniera particolare colei che mi è stata più vicina sia nel primo che nel secondo mandato, in tutto sei anni, Delia Tongiani con la quale mi sono sentita giornalmente per programmare, organizzare e consigliarci per tutte le nostre varie iniziative. Desidero ringraziare per la loro stretta collaborazione e impegno la nostra Tesoriera Silvia Speroni; e anche Lucetta Salvetti, Graziella Muratorio, Giusi Mosca, Gabriella Consoli, Letizia Soldani, Angela De Rosa, Patrizia Pancani, Gabriella Sardella, Nuccia Calderazzi, Giusi Marchesi, Caterina Basile. Abbiamo lavorato tanto con soddisfazione, ma anche con divertimento specialmente quando abbiamo organizzato viaggi avventurosi in varie parti del mondo. Un notevole impegno organizzativo e finanziario è stato quello di proseguire con l'assegnazione annuale

dei Premi di Studio agli orfani dei medici; abbiamo seguito con affetto i ragazzi nelle scuole elementari, medie e superiori fino all'università. Mi piace ricordare in particolare una iniziativa unica in tutte le 80 sezioni italiane: siamo riuscite a donare un pulmino Doblò Fiat rialzato per le carrozzelle alla Associazione A.P.I.C.I. che opera nel trasporto dei disabili e anziani. Auguro alla nuova Presidente Nuccia Calderazzi, alla Giunta e all'Esecutivo un lavoro proficuo.



• RISTORANTE •

**Convenzione con l'Ordine dei Medici  
Sconto 10%**

*Organizzazione di pranzi di lavoro  
Meeting - Giardino estivo - Cerimonie  
Chiuso il Martedì sera ed il Mercoledì*

Località Noce, 39 - VICOPISANO (PI)  
Tel. 050 788229 - Fax 050 789714  
[www.osteriavecchianoce.it](http://www.osteriavecchianoce.it)



# ProgettoLuce

associazione no profit



MRG - IMPERIA - PISA

## Progetto Luce. Rivedi la Vita!

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

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.
2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti affetti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e attivo scambio di comuni esperienze di vita.

4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente.
5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.
6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.
7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

Segreteria Organizzativa:

Via F. Crispi, 62 56126 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / [info@progettoluceonline.org](mailto:info@progettoluceonline.org)

Segreteria Scientifica:

U.O. Oculistica Universitaria / Via Roma, 67 56126 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 992 976 / [progettoluce@unipisa.it](mailto:progettoluce@unipisa.it)

[www.progettoluceonline.org](http://www.progettoluceonline.org)

ZIONE-INTER  
NDVSTRIE-E-D  
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE  
1900

DIPLOMA

medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



DAL 1868

Acqua Minerale Naturale



**ULIVETO**<sup>®</sup>

Aiuta la Digestione

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



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

*Con Uliveto  
digerisci meglio.*

