

PisaMedica

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

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - € 3,00

in questo numero:

Colon-retto: diagnosi e cura Si parte dalla biologia molecolare

*R. Moretto - C. Cremonini - G. Masi
G. Fontanini - A. Falcone
Polo Oncologico AOUP*

Progetto ANDI Fixo a Pisa: lavoro per i giovani odontoiatri

*V. Galli
Odontoiatra - Consigliera ANDI Pisa*

Casi complessi d'epilessia: il modello Asl Nord Ovest

*C. Frittelli - G. Gambaccini - M.R. Maluccio
C. Rossi - R. Galli
Dip. Spec. Mediche, Area Omogenea Pat. Cerebro
e Cardio Vascolari, UOC Neurofisiopatologia, PO,
Pontedera, ASL Nord Ovest*

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



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

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

Riscatto finale € 15.049 e chilometraggio totale 80.000 km. *DrivePass Leasing esempio per GLA 180 CDI Executive. Prezzo chiavi in mano € 27.460 (IVA, Messa su strada e contributi Mercedes-Benz Italia/Concessionaria inclusi, IPT esclusa). Importo totale finanziato € 21.560, importo totale dovuto dal consumatore € 25.343 (anticipo escluso), incluse spese istruttoria e attivazione polizza € 368, imposta di bollo € 16 e spese incasso € 4,27. Valori IVA inclusa. Salvo approvazione Mercedes-Benz Financial. Con assicurazione RCA per 12 mesi, assicurazione incendio e furto feel Star base per 36 mesi e manutenzione ServicePlus Compact per 36 mesi 80.000 km. Offerta soggetta a disponibilità limitata per contratti sottoscritti entro il 28 febbraio 2015 e immatricolazioni fino al 31 marzo 2015, non cumulabile con altre iniziative in corso. Lista concessionarie aderenti all'iniziativa e maggiori info su mercedes-benz.it. Fogli informativi e condizioni della polizza disponibili presso le concessionarie Mercedes-Benz e sul sito internet della Società. L'offerta è valida su tutta la gamma, motorizzazioni AMG escluse. La vettura raffigurata è una GLA Sport con cerchi in lega da 18" opzionali. Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Consumo combinato (km/l): 13,3 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 25,6 (GLA 180 CDI). Emissioni CO₂ (g km): 175 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 103 (GLA 180 CDI).



Mercedes-Benz
The best or nothing.

AUTO ITALIA GROUP

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

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

www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it

Vaccini: con noi o contro di noi

Sì, lo diciamo con forza e chiarezza. Siamo, come sempre, dalla parte dei vaccini. Lo dobbiamo ai pazienti che hanno creduto e credono in noi, lo vogliamo per tutelare la nostra immagine di professionisti e di persone, lo sosteniamo – con riconoscenza – per chi ha dedicato la propria vita a questa scoperta. Ma l'impone, soprattutto, la nostra coscienza nata su quel giuramento cui mai verremo meno. Solo così possiamo evitare che il rapporto di trasparenza e lealtà nel nostro lavoro sia offuscato e messo in dubbio da coloro che, a parità di titolo e d'istruzione, vogliono andare contro la storia della tutela della salute e la sua evidenza.

Sì, perché approfittare della buona fede di chi crede nel-

la medicina e nei suoi operatori proponendo alternative prive di comprovate basi scientifiche, significa mentire ben sapendo di farlo. E' una piaga ormai troppo dilagante e maggiore deve essere, dunque, la nostra attenzione ed il nostro impegno.

Bene ha fatto la nostra Istituzione a prendere netta posizione, in tal senso. Il pericolo, in alternativa, è diffondere infatti messaggi dannosi e controproducenti, mettendo a rischio l'intera comunità, purtroppo ignara di tutto ciò. E questo non lo possiamo e non lo vogliamo permettere.

Dobbiamo quindi agire fin d'ora compatti e decisi, prima che quella crepa nel muro faccia crollare l'intero edificio della salute del cittadino.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Paolo Baldi,
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,
Donella Prosperi, Paolo Stefani,
Stefano Taddei, Elio Tramonte,
Franco Pancani, Roberto Trivelli,
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,
Filippo Graziani

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da G.M. Pileri

Pisa Medica Online

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

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

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

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

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

The image shows a screenshot of a web form titled "GIURAMENTO DI IPPOCRATE E.N.P.A.M. FNOMCEO ORGANI ISTITUZIONALI" and "ALBI PROFESSIONALI CODICE DEONTOLOGICO". The form is for the "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa". It includes a "Menu Principale" on the left with links like Home, Contatti, Modulistica, etc. The main content area is titled "Modalità di spedizione Pisa Medica" and contains a warning: "Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/04/2015 sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione del bollettino dell'Ordine verrà inviato all'indirizzo email presente in anagrafica." Below this, there are fields for "Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa", "codice fiscale", "nato/a a", "il", and "iscritto/a all'albo dei" (Medici or Odontoiatri). A section asks to "chiede, a partire dal mese di settembre 2015, di ricevere il bollettino dell'Ordine 'Pisa Medica' in modalità:" with radio buttons for "Cartacea" and "Telematica". There is also a field for "in caso di ricezione telematica specificare l'indirizzo email". At the bottom, there is a consent statement and a field for "Inserisci il codice di verifica".

Donazione di organi e tessuti: consenso consapevole in Comune

Recentemente sono stati introdotti nuovi provvedimenti normativi (Legge 26 febbraio 2010 n. 25 art. 3, comma 8-bis e successivo art. 43 del Decreto-Legge 21 giugno 2013 n. 69, così come modificato dalla Legge di Conversione 9 agosto 2013 n. 98) che regolamentano ulteriormente l'opportunità di espressione della dichiarazione di volontà per la donazione di organi e tessuti.

A seguito di ciò gli Uffici di Anagrafe dei Comuni italiani possono raccogliere e registrare la dichiarazione di volontà al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità da parte dei cittadini maggiorenni.

L'iniziativa denominata "una scelta in Comune" consente di esprimere l'assenso o il diniego alla donazione, dopo la morte, in un contesto diverso da quelli precedentemente previsti dalla legge 1° aprile 1999, n. 91.

La predetta manifestazione di volontà costituisce una *facoltà* e non un *obbligo* e l'eventuale modifica può avvenire, presso i competenti uffici ASL, in ogni momento.

Inoltre la volontà dichiarata, a meno di precisa richiesta, non viene annotata sul documento di identità e vale l'ultima espressione resa in ordine temporale.

E' indispensabile che al cittadino, al momento della richiesta/rinnovo del documento all'Ufficio di Anagrafe, vengano fornite le informazioni necessarie a consentirgli di esprimere una volontà il più possibile consapevole.

Per questo i Comuni che aderiscono all'iniziativa devono impegnarsi almeno su due fronti:

a) fornire istruzioni pratiche sulla

nuova modalità di dichiarazione della volontà;

b) fornire gli elementi informativi atti ad esprimerla in modo convinto; Principalmente è opportuno che venga veicolato un chiaro messaggio sull'utilità di manifestare, in vita, la propria volontà alla donazione, anche in termini sociali e altruistici.

In tutte le questioni strettamente personali, quali ad esempio, quella inerente la donazione di organi e tessuti, sono presenti forti componenti psicologiche e sociali caratterizzate dalla presenza dei cosiddetti "fattori chiave" o "aspetti personali, sociali, organizzativi e professionali" (quali, ad esempio, la fiducia dei cittadini nella sanità pubblica, la comprensione del processo di donazione da parte della popolazione generale, le modalità delle attività organizzative e informative, la disponibilità con la quale gli operatori sanitari di base si confrontano sul tema, con i loro assistiti) per cui assume un valore enorme la sinergia operativa tra i vari attori, direttamente o indirettamente coinvolti, del Sistema Sanitario Nazionale.

Agevolare l'iscrizione nel registro nazionale di coloro che vogliono esprimere la volontà in tema di donazione costituisce una risposta istituzionale di contrasto alla cronica carenza di organi e tessuti e allo sfolgimento delle liste di attesa per il trapianto.

Indubbiamente l'iniziativa è anche da considerare un valido tentativo per raggiungere capillarmente la cittadinanza e un modo efficace per suscitare un momento di confronto all'interno delle famiglie italiane. Il progetto sarà tanto più efficace quanti più Comuni daranno

la loro adesione andando ad operare con una modalità informativa omogenea, peraltro abilmente messa a punto dal Centro Nazionale Trapianti, laddove ha previsto la predisposizione di documenti e software personalizzabili.

Un ruolo assai importante nelle attività informative territoriali sul tema viene svolto anche dalle Associazioni di volontariato impegnate nel settore che, per loro natura, promuovono iniziative di grande rilevanza sociale a carattere culturale, sportivo o umanitario.

Quindi, fermo restando l'intrinseca validità, a livello diffusivo e informativo, vi è anche un altro aspetto per il quale l'aumento del numero degli iscritti (che non comporta *automaticamente* l'aumento del numero dei donatori e dei trapianti) potrebbe creare una proporzionalità diretta con l'aumento della consapevolezza sul tema.

Infatti l'intento donativo, per sua natura molto carico di significati personali e per questo tenuto riservato, può essere aiutato ad emergere se ancorato alla singola identità di cittadino che viene così a trovarsi al centro di un contesto di utilità sociale fino ad ora poco considerato.

Questo fatto potrebbe, verosimilmente, indurre all'incremento del numero delle espressioni di volontà utilizzando un positivo effetto moltiplicatore.

Per concludere riteniamo che se vogliamo, per il futuro, assicurare la sostenibilità sociale della donazione di organi e tessuti dovremo continuare a fare ricorso ad iniziative "socialmente coinvolgenti" in modo da renderla sempre più "*familiare*" e di conseguenza sempre più "*accettabile*".

Colon-retto: diagnosi e cura Si parte dalla biologia molecolare

Fino agli inizi degli anni duemila, le opzioni di trattamento per tumore del colon-retto erano limitate; tuttavia negli ultimi anni nuove alternative terapeutiche hanno determinato un notevole miglioramento della prognosi di questi pazienti, in particolare durante la fase metastatica della malattia. Diversi elementi hanno contribuito a tali risultati: la disponibilità di un armamentario terapeutico sempre più ampio; l'ottimizzazione delle tecniche e delle possibilità chirurgiche; l'implementazione della multidisciplinarietà nella pratica clinica quotidiana e, non ultimo, le acquisizioni di biologia molecolare, capaci di differenziare il tumore del colon-retto in entità biologicamente diverse permettendo di orientare le decisioni terapeutiche in modo sempre più specifico.

Se per la terapia adiuvante del tumore del colon-retto, ad oggi ci possiamo avvalere solo dell'utilizzo dei chemioterapici convenzionali (fluoropirimidine e oxaliplatino), dall'altra parte nella malattia metastatica, possiamo utilizzare sia i chemioterapici tradizionali (fluoropirimidine, oxaliplatino, irinotecano), sia diversi farmaci a bersaglio molecolare: gli antiangiogenici bevacizumab, aflibercept, regorafenib, e gli inibitori di EGFR panitumumab e cetuximab. Altri farmaci hanno già dimostrato la loro efficacia (TAS-102, ramucirumab) e saranno presto disponibili, e altri si stanno appena affacciando al panorama terapeutico (trastuzumab, pertuzumab, lapatinib, pembrolizumab, nivolumab). La disponibilità di più opzioni, con-

dizione fino ad alcuni anni fa impensabile e altamente auspicabile, rende d'altra parte necessaria l'acquisizione di strumenti clinici e molecolari in grado di indirizzare il clinico nella scelta del miglior trattamento per ogni singolo paziente. L'identificazione di marcatori prognostici e predittivi di beneficio o resistenza ai farmaci a disposizione diviene quindi una priorità dell'attuale ricerca.

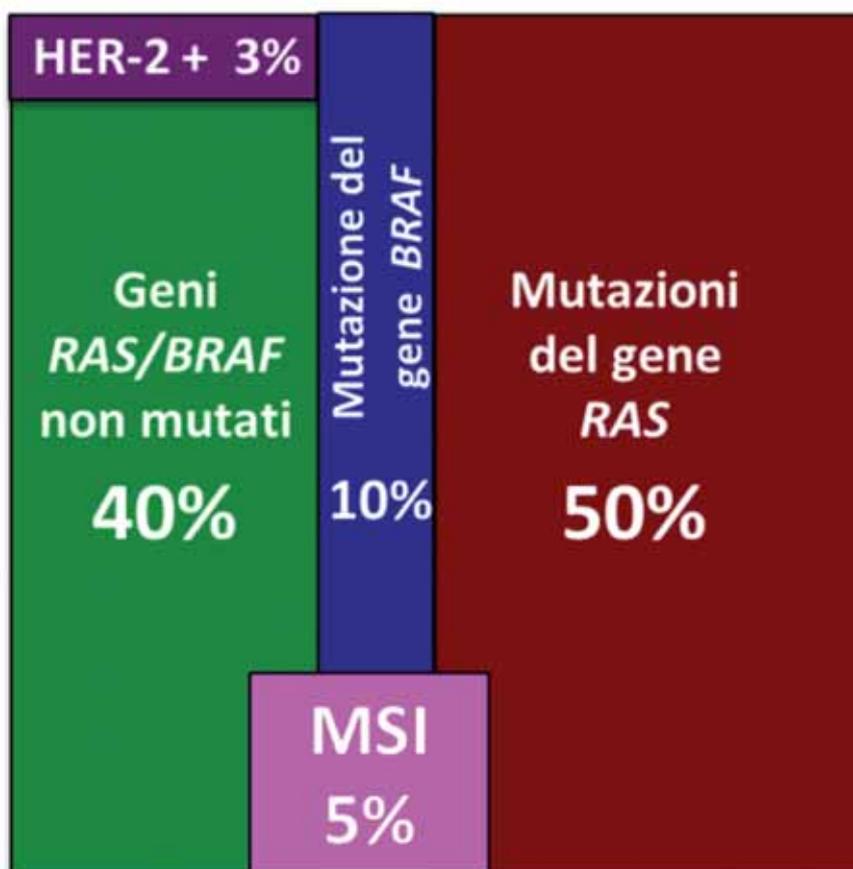
Da qui l'importanza della caratterizzazione molecolare del tumore del colon-retto, allo scopo di identificare biomarcatori che possano guidare il clinico nella scelta terapeutica ottimale.

Ripercorreremo brevemente i marcatori molecolari oggi utiliz-

zati nella nostra pratica clinica e il loro significato (vedi figura).

Mutazioni del gene RAS

Il gene *RAS* codifica per una famiglia di proteine coinvolte nella trasmissione di segnali all'interno delle cellule, di cui determinano crescita e proliferazione. Queste proteine sono attivate da un recettore chiamato EGFR. Attualmente sono disponibili 2 anticorpi monoclonali anti-EGFR, Cetuximab e Panitumumab, che bloccano l'attivazione di tale recettore e di conseguenza la trasduzione del segnale a valle. Il gene *RAS* è mutato in circa il 50% dei tumori del colon-retto metastatico e queste mutazioni determinano



un'attivazione costante della proteina indipendentemente dal recettore EGFR. Quindi, in presenza delle mutazioni del gene RAS, i farmaci anti-EGFR sono inattivi.

Mutazioni del gene BRAF

Il gene *BRAF* codifica per una proteina intracellulare che si trova a valle della proteina Ras e quindi è anche essa coinvolta nella trasmissione dei segnali di crescita e proliferazione cellulare. La mutazione del gene *BRAF*, presente in circa il 10% dei tumori del colon retto e mutuamente esclusiva con le mutazioni del gene *RAS*, determina una scarsa efficacia dei farmaci anti-EGFR, ma soprattutto una prognosi molto sfavorevole. Attualmente sono in studio varie combinazioni comprendenti farmaci anti-EGFR e anti-BRAF, per colpire specificamente le neoplasie che presentano questa mutazione.

L'iperespressione o amplificazione del recettore HER-2-neu

L'HER-2-neu è un recettore di membrana coinvolto anch'esso nella trasmissione dei segnali di crescita e proliferazione cellulare. L'iperespressione o l'amplificazione di questo recettore è un noto fattore predittivo di risposta ai farmaci anti-HER-2 in altre patologie come il tumore della mammella e il carcinoma gastrico. Tale alterazione è presente anche in circa il 3% dei tumori del colon-retto metastatico. Due studi clinici preliminari hanno evidenziato una buona attività di due combinazioni di farmaci anti-HER-2 in linee avanzate di trattamento: Trastuzumab più Lapatinib e Trastuzumab più Pertuzumab.

L'instabilità dei microsatelliti (MSI)

L'instabilità dei microsatelliti è una particolare alterazione presente in circa il 5% dei tumori del colon-retto metastatico ed è causata da mutazioni a carico dei geni del mismatch repair, geni

che codificano proteine riparatrici del DNA. Questo si traduce in un accumulo di mutazioni durante i processi replicativi, soprattutto a carico del DNA microsatellitare (sequenze ripetute di DNA non codificanti proteine ma importanti per la modulazione dei processi di induzione o arresto della trascrizione). Questo accumulo di mutazioni determina una particolare sensibilità ai farmaci immunoterapici, pembrolizumab e nivolumab e studi preliminari hanno evidenziato una spiccata efficacia di questi 2 farmaci in questo specifico setting di pazienti.

La possibilità di mettere in campo strategie di trattamento che prevedono l'utilizzo sequenziale di farmaci diversi nelle varie fasi di trattamento del paziente, evidenzia la necessità di seguire nel tempo l'evoluzione della malattia in modo da personalizzare in maniera dinamica le scelte di trattamento. Ciò è reso estremamente complicato dalla consapevolezza non solo di un elevato grado di eterogeneità tra i carcinomi del colon-retto di pazienti diversi, ma anche dall'eterogeneità "intra-paziente" determinata dall'esistenza di cloni cellulari diversi. Inoltre, la pressione selettiva esercitata dai trattamenti e l'intrinseca instabilità genetica delle cellule maligne sono responsabili di variazioni rilevanti dell'assetto molecolare tumorale nel corso del tempo. A tal proposito, le biopsie liquide, ovvero la valutazione del DNA e dell'RNA (mRNA e miRNA) circolante tumorale su campioni plasmatici, rappresenta uno strumento promettente, sebbene per il momento confinato a esperienze di ricerca. Non solo consentirebbe, infatti, di monitorare longitudinalmente in maniera meno invasiva delle biopsie tissutali tradizionali il dinamismo dell'evoluzione molecolare tumorale, ma permetterebbe di fotografare tutte le componenti clonali presenti nel tumore in maniera più estesa

rispetto a una biopsia tissutale che coglie una porzione limitata della malattia. Tali strumenti potrebbero guidare successive strategie di trattamento che sfruttino e possibilmente anticipino di volta in volta i meccanismi biomolecolari individuati.

Di conseguenza la caratterizzazione biomolecolare dei campioni biologici, tissutali ed ematici, diviene elemento fondamentale per indagare fattori predittivi di resistenza intrinseca, primaria, ai trattamenti a disposizione ma anche meccanismi di resistenza acquisita, secondaria, che aiutino a comprendere come le cellule tumorali riescano a evadere dal controllo esercitato dal trattamento in atto. La sfida della personalizzazione dei trattamenti è pertanto sempre più complessa e una stretta integrazione tra competenze cliniche e laboratoristiche è oggi necessaria.

Anche nella nostra pratica quotidiana, al Polo Oncologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, attività clinica e di laboratorio si intrecciano costantemente. Inoltre, la possibilità di coordinare sperimentazioni profit e no-profit consente non solo di offrire spesso opportunità terapeutiche in anticipo ai pazienti che ne abbiano necessità, ma anche di centralizzare la raccolta di campioni biologici e dati clinici, allo scopo di condurre progetti di ricerca clinici e traslazionali.

In un momento in cui la "medicina di precisione" impone di personalizzare sempre più i trattamenti, affiancando e integrando le informazioni molecolari con l'irrinunciabile valutazione clinica, l'implementazione rapida ed efficace nella pratica clinica quotidiana delle acquisizioni della ricerca traslazionale diviene condizione necessaria per la cura dei pazienti oncologici. Il carcinoma coloretale non fa eccezione e continui miglioramenti per la prognosi dei pazienti sono attesi grazie all'affinamento di questo processo dialettico.

Audiologia neonatale: lo “Screening” targato Pisa

I Deficit Uditivo Permanente Infantile (DUPI) è un problema sanitario serio che colpisce circa 1-3 neonati su 1000; questa percentuale sale a valori del 4-5% nel caso di neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale. E' indiscusso che l'intervento riabilitativo-protetico sia più efficace se iniziato nei primissimi mesi di vita. Perciò, la individuazione dei bambini con sospetta ipoacusia per mezzo dello screening al momento della nascita o nel periodo immediatamente successivo può essere determinante nel miglioramento della qualità di vita a lungo termine. Quindi la ipoacusia infantile è una condizione clinica frequente (molto più dell'ipotiroidismo e della fenilchetonuria) ed è rilevante per la salute dell'individuo e per i costi economici e sociali cui questa è associata. I metodi per l'identificazione del DUPI nel periodo neonatale sono ora una pratica clinica accettata e collaudata. Essi sono efficaci e con la tecnologia di ultima generazione sono in grado di identificare virtualmente quasi tutti i neonati con perdite uditive ≥ 30 dB, mentre possono incorrere in errore in una percentuale del $\leq 2-3\%$ dei neonati normoudenti (falsi positivi) nei programmi ben controllati.

I motivi che consigliano l'esecuzione dello screening non solo a neonati a rischio per disturbi dell'udito, ma anche ai

neonati senza tali fattori di rischio sono rappresentati dal fatto che solo metà dei disturbi permanenti dell'udito si verifica in bambini con fattori di rischio, mentre l'altra metà si riscontra in bambini senza tali fattori, nei quali una prima valutazione dell'udito viene eseguita correntemente intorno agli 8 mesi con il Boel test. Tale test però è di difficile esecuzione (necessita di particolare esperienza) e identifica solo meno della metà dei bambini con sordità, questo spiega perché il ritardo nella diagnosi sia così frequente (18-24 mesi se non si esegue lo screening). Tale ritardo può comportare una minore efficacia della terapia riabilitativa e danni irreparabili per il bambino. Il problema è quindi di identificare il maggior numero possibile di bambini con disturbi bilaterali permanenti dell'udito il più precocemente possibile.

D'altra parte lo screening uditivo nel periodo neonatale non è in grado di identificare la perdita uditiva acquisita o progressiva che intervenga successivamente. Questi casi che

rappresentano una percentuale non trascurabile (circa 30%) di tutti i casi di deficit uditivo in età infantile, possono essere identificati solo con programmi di osservazione e sorveglianza audiologica (BOEL test, questionari programmati, valutazione audiologica su categorie a rischio) che dovranno essere razionalizzati e programmati in parallelo al programma di screening.

Con un opportuno addestramento degli operatori dei punti nascita e utilizzando una tecnologia di ultima generazione, la sensibilità di un programma di screening è vicina al 100% e la specificità è circa del 97-98%. Ciò significa che virtualmente quasi tutti i neonati con un disturbo permanente dell'udito ≥ 40 dB vengono identificati, mentre vi sarà il 2-3% circa di “falsi positivi”, per i quali il test di screening neonatale non fornirà un risultato chiaro e dovranno perciò essere riesaminati, di cui una grossa parte, al momento della conferma, presenteranno risposte normali. E' stato osservato che un'informazione corretta ai ge-



nitori quando un neonato non supera il primo test di screening è fondamentale per non creare ansia ed eccessivo allarme nei genitori.

I rischi associati allo screening neonatale includono soltanto l'ansia nei genitori in conseguenza dei falsi risultati positivi e un possibile



ritardo nella diagnosi dovuta ai falsi risultati negativi, ma tali rischi sono accettabili in confronto ai benefici che possiamo ottenere con un programma di screening universale. Numerosi studi hanno dimostrato infatti i benefici di un intervento riabilitativo precoce iniziato entro il sesto mese di vita. E' dimostrato che questo si associa ad un notevole miglioramento dello sviluppo del linguaggio e delle abilità cognitive del bambino. Sono inoltre tanti i benefici che ne risultano nell'inserimento scolastico e sociale asso-

ciato ad una diagnosi, terapia protesica e riabilitazione precoce

Lo screening uditivo neonatale dovrebbe essere considerato la prima parte di un programma di riabilitazione del bambino con deficit uditivo, che comprenda agevolazioni per la diagnosi, l'accertamento ed il trattamento riabilitativo. Un sistema di controllo di qualità è una componente essenziale del programma di screening uditivo neonatale. Il controllo di qualità include il training del personale e il controllo dei risultati

Il fine ultimo della precoce identificazione di ipoacusia infantile è quella di iniziare il prima possibile un programma di riabilitazione. I progressi ottenuti nel campo degli ausili uditivi hanno consentito l'evoluzione delle tecniche riabilitative dei bambini ipoacusici. E' oggi possibile abilitare al linguaggio questi bambini, nella quasi totalità dei casi, attraverso metodiche di tipo percettivo-verbale, senza la necessità di ricorrere, come in passato accadeva, ad abilità comunicative alternative.



Casi complessi d'epilessia: il modello Asl Nord Ovest

Alla luce della riorganizzazione delle Aziende USL della Regione Toscana, uno degli obiettivi principali della linea professionale neurologica della ASL Toscana Nord Ovest (ASL TNO) è stato quello di centralizzare i casi complessi di patologia neurologica, al fine di ottimizzare il percorso diagnostico, strumentale e terapeutico di un paziente.

In particolare, le patologie neurologiche complesse per le quali sono stati individuati "centri di riferimento" aziendali includono la sclerosi multipla (dove i Centri di Riferimento sono stati individuati nelle UUOO di Neurologia di Livorno e Lucca), la patologia cerebrovascolare (UO Neurologia di Carrara), le patologie extrapiramidali (UO Neurologia di Viareggio) e l'epilessia.

Data l'attenzione e la storica competenza del gruppo medico e tecnico nell'ambito della patologia epilettica e le buone possibilità tecniche di registrazione, per i casi complessi di epilessia il centro di riferimento aziendale per discutere ed ottimizzare il percorso diagnostico del paziente complesso è stato individuato nella UOC Neurofisiopatologia del P.O. Lotti di Pontedera.

Di fatto l'epilessia rappresenta una patologia di significativo impatto statistico-economico per la quale esistono possibilità diagnostiche e terapeutiche che includono, oltre a farmaci sempre più costosi, anche opzioni chirurgiche che almeno in teoria potrebbero risolvere, eliminando il focus epilettogeno, definitivamente la patologia.

Ovviamente il percorso diagnostico-strumentale e terapeutico del paziente con epilessia consiste in più fasi, alcune delle quali possono essere praticate in pressoché tutte

le neurologie aziendali, mentre altre richiedono requisiti specifici che non in tutte le sedi sono presenti; schematicamente possiamo individuare una fase I (Clinica), che comprende l'inquadramento clinico, l'ipotesi di lavoro e l'impostazione diagnostica, possibile in tutte le UUOO di Neurologia e di Neurofisiopatologia della ASL TNO.

La fase II (Diagnostica strumentale) si distingue in: - Diagnostica Neurofisiologica, comprendente EEG standard e con privazione di sonno (possibili presso tutte le UUOO della ASL Toscana Nordovest) e EEG dinamico nelle 24 ore/video EEG diurna (possibile nelle UOC di Neurofisiopatologia di Pontedera e nella UO di Neurologia di Livorno); - Diagnostica Neuropsicologica (anche localizzatoria di aree eloquenti) possibile, senza test localizzatori, presso le UOC di Neurofisiopatologia di Pontedera e nella UO di Neurologia di Livorno;

- Diagnostica per Immagini, in particolare RMN di almeno 1.5 Tsl (eseguibile in tutti i PPOO della ASL TNO).

Presso l'Ambulatorio Epilessia della UOC Neurofisiopatologia del P.O. Lotti di Pontedera, gestito dalla Dr.ssa Cristina Frittelli, sono segui-

ti attualmente circa 250 pazienti. Il Centro, che presenta tutti i requisiti necessari per una corretta impostazione diagnostica e terapeutica (valutazione neurologica ambulatoriale di neurologia generale e ambulatorio epilessia dedicato, possibilità di EEG basale, EEG dinamico nelle 24 ore, EEG dopo privazione di sonno notturno, video EEG diurna, RM encefalo), usufruisce anche della collaborazione dei colleghi psichiatri, neuropsicologi etc e collabora poi con il Centro di Riferimento Regionale dell'AOUP per il trattamento di forme farmacoresistenti candidabili ad uno studio prechirurgico o all'impianto di stimolatore vagale.

L'UOC di Neurofisiopatologia di Pontedera risulta pertanto come centro di "secondo parere" per l'ASL Toscana Nord Ovest relativamente ai casi complessi di epilessia. Ovviamente nei casi complessi che richiedano una valutazione prechirurgica più ampia (includente video EEG nelle 24 ore, RMN ad alto campo, SPECT post critica, PET intercricca, registrazione stereo EEG) e poi un eventuale approccio chirurgico o l'impianto di stimolatore vagale o di DBS il percorso si concluderà in AOUP o nelle altre aree vaste regionali (AOUS o AOUF).



Comunicazione medico-paziente: il metamodello Ericksoniano

La frammentazione meccanicistica dell'Unità Uomo in mille separate sub-unità, tipica della Medicina moderna, quale inevitabile conseguenza della progressiva sofisticazione delle tecniche clinico-farmacologico-chirurgiche, oltre che la drastica riduzione dei tempi disponibili per creare "rapport", hanno reso l'approccio iniziale alla persona dolente sostanzialmente privo della necessaria e fondamentale ricerca di una vicinanza empatica che potenzialmente possa tradursi in varie modalità positive di relazione fra medico e paziente. Questo aspetto non appaia secondario nella definizione dell'intervento medico, poiché varie sono le osservazioni rispetto alle potenziali ricadute favorevoli in termini di compliance alla terapia, di motivazione alla guarigione, e perfino di potenziamento degli effetti favorevoli dei farmaci oltre che degli outcome post-operatori.

In Medicina comunque non ci si può limitare alla ingannevole percezione che la comunicazione consista nel semplice trasferimento di informazioni da un recipiente (medico/operatore sanitario) a un ricevitore (paziente). Questo tipo di comunicazione "informativa" di tipo logico si rivela nella pratica clinica generalmente inutile e non in grado di creare un rapporto empatico durevole e fecondo di implicazioni favorevoli per la gestione del paziente e per il paziente nella gestione delle sue problematiche di salute. D'altra parte i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia non annoverano tra i propri insegnamenti quello della Comunicazione, deficienza paradossale per chi dovrà divenire un operatore sanitario, quotidianamente a contatto con persone che affrontano la

realtà della malattia. In particolare, i Medici non hanno accesso alle regole e alle leggi della comunicazione emotiva, la sola che, coinvolgendo la struttura interna della mente delle persone, i loro sistemi di valore consci e inconsci e i loro bisogni più profondi, è in grado potenzialmente di unire medico e paziente in un rapporto relazionale di reale valore terapeutico.

Un modello semeiologico di comunicazione efficace. Il modello di Milton Erickson ed il Metamodello

Negli anni '70 e '80 lo psichiatra e ipnotista statunitense Milton Erickson elaborava tecniche di comunicazione ipnotica che, successivamente, a causa degli straordinari risultati clinici per mezzo di queste ottenuti, sarebbero risultate oggetto di studio approfondito da parte di vari ricercatori non medici, al fine di estrarne le regole di linguaggio verbale che potessero spiegare la chiave del successo, attraverso un complesso processo di osservazione che veniva da questi stessi ricercatori definito "modellamento". Da queste osservazioni nasceva ciò che in seguito sarebbe stato definito, probabilmente in maniera impropria, "Programmazione Neurolinguistica (PNL)", metodologia atta a riprodurre e "installare" le strategie di successo messe in atto nei campi più svariati da personaggi di particolare efficienza operativa. L'approccio comunicativo di Milton Erickson realizzava ciò che all'epoca determinò una vera e propria rivoluzione copernicana nell'ambito delle modalità di induzione ed utilizzazione ipnotica, suggerendo l'utilità di una comunicazione definita "indiretta" o "permissiva", in opposizione alle an-

tiche tecniche direttive ed autoritarie di Freud e altri ricercatori dell'epoca. In realtà lo sforzo di Erickson culminò nel proporre un approccio comunicativo rispettoso delle esigenze emotive del "paziente" ed in grado di ottenere l'empatia ed il consenso attraverso l'utilizzazione della realtà interna dell'altro, unico riferimento che secondo Erickson può costituire il punto di contatto verso l'elaborazione di un rapporto fiduciario e terapeutico. Erickson riconobbe nell'essere umano la presenza di una Mente Inconscia a cui attribuì inestimabili potenzialità creative, a cui specificamente si rivolse al fine di sollecitare all'interno del paziente l'attivazione dei meccanismi di guarigione.

Il valore dell'approccio ericksoniano sta prevalentemente nella possibilità di applicarlo su vasta scala nell'ambito di variegate utilizzazioni, fra le quali il rapporto Medico-Paziente risulta certamente essere una delle più interessanti e dense di possibilità operative e potenziali risultati.

Lo studio del modello del comportamento e del linguaggio ipnotico di Milton Erickson con l'estrazione delle "regole" che fanno capo alla sua efficacia, costituisce ciò che è stato definito "Metamodello". Il Metamodello fornisce con accuratezza una serie di termini operativi di tipo funzionale ed è in grado, una volta compreso e appropriatamente utilizzato, di favorire il collegamento emotivo ovvero il cosiddetto "rapport" tra l'operatore sanitario ed il paziente dirigendo i suggerimenti e la comunicazione verso un vero e proprio livello terapeutico.

La mappa non è il territorio

La realtà esterna viene appresa da ogni singolo essere umano dopo es-

sere stata filtrata attraverso una serie di meccanismi neurologici, sia di tipo sensoriale “esterno” (vista, udito, tatto, gusto, olfatto) che di tipo personale interno (sistemi di valori, credenze, presupposizioni ecc). Tali filtri sono diversi da persona a persona, in relazione alla “specializzazione” sensoriale che ciascuno sviluppa durante la propria esistenza o tipica di quel determinato momento, ed in relazione ai propri sistemi di credenze (anch’essi dinamicamente variabili nel tempo). L’output descrittivo della realtà “oggettuale” costituito dal linguaggio è alla fine una mera descrizione digitale di una realtà enormemente più complessa, modificata attraverso i principali meccanismi della Generalizzazione, Cancellazione e Distorsione, attuati dai filtri neurologici e psichici (fig. 1). L’implicazione di ciò è che la realtà individuale, per come viene percepita ed esperita a livello consapevole, è diversa in maniera sostanziale da persona a persona, il che si traduce nell’aforisma tipico della PNL “la mappa non è il territorio”. La mappa individuale di ogni singolo paziente, diversa dalla realtà oggettuale (il vero territorio), è cioè diversa dalla mappa del Medico, e diversa dalla mappa di ciascun Medico che quel paziente incontrerà nella sua esistenza. Questa semplice osservazione cibernetica rende ragione di quanto difficile risulti, già dall’inizio, la corretta impostazione del rapporto relazionale Medico-Paziente. Si tratta cioè di due realtà (“mappe”

separate e diverse che trasportano indicazioni di cammino differente, a volte notevolmente differenti, in diverse posizioni nell’ambito della relazione. Generalmente l’operatore si pone su un livello “up” mentre il paziente può rimanere a lungo su un livello “down”. Il primo passo verso una comunicazione efficace e potenzialmente di livello terapeutico è quindi implicitamente responsabilità del Medico che, a fronte della persona dolente, deve essere in grado di procedere con i meccanismi comunicativi che realizzano l’empatia. Tale primo passo consiste innanzitutto nella “sospensione del giudizio” al fine di poter proseguire nella direzione della comprensione del mondo interno della persona che sta davanti. Tale sospensione del giudizio implica il mettere da parte momentaneamente il proprio sistema di valori, credenze, modelli educativi, al fine di facilitare la comprensione del mondo altrui, che costituirà la base di partenza a favore del cambiamento terapeutico. Questa particolare attitudine si pone come momento fondamentale per utilizzare il sistema di credenze e di valori dell’altro (entrare nella mappa) e poterlo successivamente guidare verso forme di comprensione reciproca ed empatia che saranno alla base del corretto rapporto terapeutico.

Il “Rapport”

Una delle strategie più potenti per creare una relazione empatica (“Rapport”), base fondamentale dell’approccio ericksoniano, è il cosiddetto “ricalco”. Ricalcare un paziente significa riprodurre durante la comunicazione i suoi modelli fisiologici e la sua esperienza interna, al fine di sincro-

nizzare il proprio comportamento inconscio con quello del paziente stesso. Questa corrispondenza funzionale, che può arrivare fino al cosiddetto “mirroring” o rispecchiamento, tende ad agevolare la trasmissione e la comprensione di sentimenti ed informazioni e costituisce una strategia fondamentale che il Medico dovrebbe conoscere nei suoi più sottili dettagli al fine di creare e gestire in maniera corretta la relazione iniziale col paziente. Le aree principali su cui il Medico può concentrare il proprio sforzo per costruire il ponte comunicativo inconscio al fine dell’empatia, riguardano 1. la comunicazione non verbale (postura, gestualità, frequenza e profondità del respiro, tono muscolare, battito ciliare ecc), 2. la comunicazione paraverbale (volume, tono, timbro vocali, velocità dell’eloquio, pause ecc), 3. l’area verbale, ovvero le parole utilizzate dal paziente.

Da questo ultimo punto di vista un sistema molto utile a cui il medico può ricorrere durante il colloquio con il paziente è il cosiddetto “backtracking” che consiste nel ripetere i concetti principali che il paziente ha appena terminato di esprimere, utilizzando in massima parte le sue stesse parole. In questo modo il medico si rende in grado di ricalcare il mondo interno del paziente creando un sistema di mirroring tristico in cui il paziente stesso per definizione si riconosce completamente (“yes set”). Del resto le parole costituiscono l’output digitale di un complesso sistema di rappresentazione interna della realtà esterna, attraverso un processo di filtraggio neurologico per generalizzazione, cancellazione e distorsione, e rendono conto quindi, seppure ad un livello superficiale, della realtà profonda della persona, ovvero della sua mappa interna come rappresentazione unica ed irripetibile della realtà. Questa tecnica fa parte dei metodi cosiddetti di “ascolto attivo” e permette di creare immediatamente un ponte emotivo profondo che sarà utile nella prosecuzione del rapporto e soprattutto nella possibilità di guidare

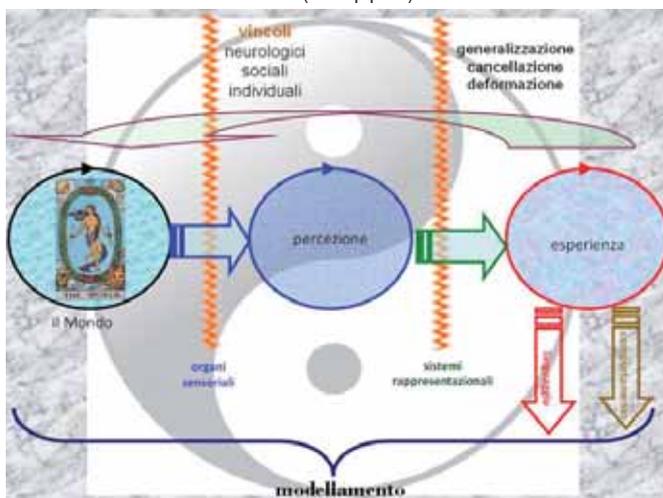


Figura 1

successivamente il paziente verso modelli comportamentali più utili al fine della sua guarigione.

I sistemi rappresentazionali

Attraverso i cinque sensi le persone decodificano i dati della realtà esterna attribuendo ad essi un significato specifico. Da questo punto di vista la decodifica sensoriale della realtà esterna si riferisce alla "rappresentazione" (sistemi rappresentazionali) della realtà stessa a cui ogni persona ha accesso attraverso un processo di relativa specializzazione per cui ciascuno tende a utilizzare prevalentemente uno o più diversi sistemi rappresentazionali isolatamente o in associazione in definite "strategie".

Il Medico può quindi entrare più profondamente in contatto con la mappa rappresentazionale del paziente e con le sue strategie, attraverso la possibilità di cogliere l'aspetto rappresentazionale prevalente della realtà di quel singolo individuo. Uno dei modi più semplici ed eleganti per arrivare a tale comprensione ed utilizzarla nel processo di ricalco, è quello di ascoltare i predicati verbali che il paziente usa nell'esposizione dei suoi problemi. Tali predicati generalmente esprimono verbalmente il modello sensoriale a cui il paziente ricorre in quel momento per descrivere la sua realtà individuale, il suo mondo, la sua mappa. I predicati linguistici e le frasi idiomatiche spesso sono apportatori di conoscenza rappresentazionale attraverso cui il medico può ulteriormente entrare nel mondo interno del paziente al fine di "parlare la sua stessa lingua" e sviluppare un maggior grado di empatia. Gli esempi di predicati ad espressione sensoriale sono molteplici, basti pensare alle implicazioni di termini quali guardare, osservare, ombra, luce, ... (predicati visivi), dire, affermare, volume, rumore ... (predicati uditivi), toccare, afferrare, solido, concreto ... (predicati tattili), odorare, puzzare, fragranza, essenza ... (predicati olfattivi), assaporare, gusto, dolce ... (predicati gustativi), o a certe frasi idiomatiche quali "dal mio punto di vista", "chiudere

un occhio", "fare un quadro della situazione", "muto come un pesce", "non mi suona bene", "voglio toccare con mano", "sentire puzza di bruciato", "avere l'amaro in bocca", ecc.

Altre metodologie per entrare a contatto col mondo sensoriale del paziente si rifanno ai movimenti oculari rapidi in alto, lateralmente o in basso che avvengono al di fuori della soglia della consapevolezza durante l'eloquio e che sono in linea di massima in relazione con l'attivazione di specifici input sensoriali "interni". Esistono poi altri comportamenti che indirettamente fanno capo alla fisiologia rappresentazionale e che fanno parte della fisiologia soggettiva come il tipo di respiro (toracico, intermedio o addominale), la frequenza respiratoria (elevata, lenta), la postura (in avanti, eretta o indietro), la posizione della testa, ecc.

L'affinamento delle proprie capacità di osservazione e di ascolto del paziente può infine rendere il Medico in grado di studiare e capire le specifiche "strategie" emotive e sensoriali attraverso cui una persona codifica la propria sofferenza ed i propri problemi in relazione alla malattia, in modo da poter successivamente guidare il paziente verso l'utilizzo di strategie alternative che possano eliminare o ridurre drasticamente il sentito di sofferenza, le ricadute ansiogene, e le problematiche comportamentali ad esse connesse, in fiduciosa attesa degli effetti favorevoli della terapia. Naturalmente tale

immedesimazione nel suo modello di mondo. Tale risultato, utilissimo ai fini dei risultati clinici, non può prescindere da un impegno personale significativo da parte del Medico nello studio e nella pratica di tecniche complesse e sofisticate, con sacrificio indubbio di una parte del proprio tempo, ma con potenziali ricadute favorevoli in termini di soddisfazione da parte del paziente, miglioramento del rapporto fiduciario e dei risultati clinici, migliore adesione alla terapia (compliance), riduzione dei sintomi di ansia e delle conseguenze ad essi correlate.

La guida

Una volta che il medico ha uniformato il suo modello di comunicazione verbale e non verbale a quello del suo interlocutore, creando con lui un solido rapporto empatico di fiducia, può "guidarlo" nella direzione che possa essere più utile alle esigenze cliniche. Ovvero il Medico si pone nella posizione e nella possibilità di poter indurre dei cambiamenti nell'altro, che siano favorevoli ad un miglioramento delle condizioni cliniche e dei sintomi, alla risoluzione o amenizzazione di comportamenti indesiderati (abitudini dietetiche, fumo, compliance alla terapia, ecc.). E' in questa fase che, comprese le strategie e le credenze del paziente, il Medico può tentare di modificarle favorendo il cambiamento verso stili più adeguati alle esigenze di salute, attraverso processi relativamente complessi di "reframing" e modificazione strategica (fig. 2).

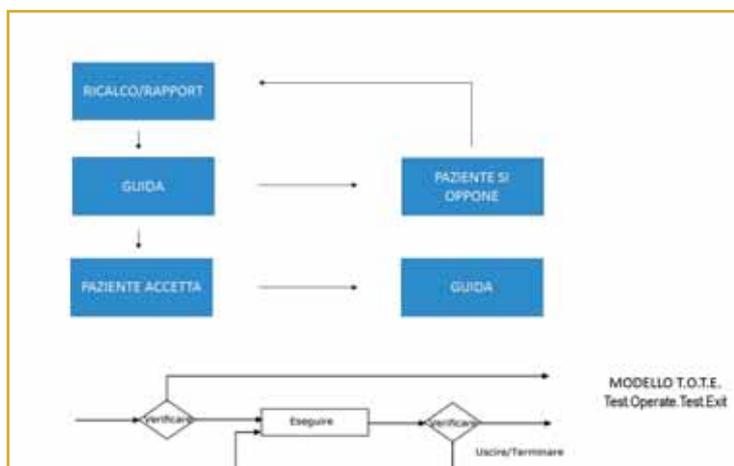


Figura 2

Il Metamodello

Il Metamodello è costituito da una serie di modelli di linguaggio il cui significato può essere considerato binario. Da un lato il metamodello può servire 1. ad individuare i meccanismi di linguaggio del paziente che, quando troppo generici e filtrati attraverso i meccanismi della generalizzazione, cancellazione e distorsione, possono nascondere realtà profonde limitanti che necessariamente devono essere svelate al fine di evidenziarle e sottoporle a reframing al fine del cambiamento e 2. per attivare una comunicazione Medico-paziente di tipo "ipnotico" (ipnosi conversazionale) ai fini del consenso e del cambiamento a fini terapeutici.

Nel primo caso vengono utilizzate domande specifiche, a seconda del tipo di filtraggio primario, per rendere più specifici i messaggi del paziente ("chunking down") mentre nel secondo caso, individuato il problema, si usa questo linguaggio ai fini suggestivi.

I principali meccanismi di linguaggio insiti nel Metamodello (e le loro conseguenze in termini di generalizzazione, cancellazione e distorsione) si possono così riassumere:

- Generalizzazioni

1. Uso dei Quantificatori Universali. I quantificatori universali sono predicati generalizzanti (tutto, ognuno, nessuno, chiunque, sempre, totalmente ecc.) o verbi ausiliari quali potere o dovere. Per esempio: "non ci si può mai fidare dei medici....." oppure "tutti dicono sempre la stessa cosa". Questi chiari esempi di generalizzazione possono essere ridotti a concetti più specifici con opportune domande (esempio: "proprio di nessun medico, o c'è qualcuno di cui le si è fidato in passato? Che cosa accadrebbe se si

fidasse di un medico?...."). I Quantificatori Universali possono essere peraltro utilizzati dal medico per generalizzare concetti e far passare messaggi che altrimenti sarebbero più difficilmente accettati dal paziente (esempio: "quando si inizia una terapia è sempre bene mettersi in condizione di rispettarne le scadenze....").

2. Operatori Modali. Questo termine si riferisce a predicati che il paziente utilizza al fine di indicare in che modo agisca, operi, nel mondo. Tra le possibili modalità operative ci sono le seguenti: necessità, desiderio, possibilità/impossibilità, capacità/incapacità, scelta... Alcune di queste modalità operative possono limitare e impoverire le capacità decisionali del paziente. Per esempio: "non sono capace di limitare le mie abitudini alimentari...". Il Medico può intervenire con i processi di chunking down e può utilizzare questo modello ai fini suggestivi.

3. Performative Perdute. Sono affermazioni in cui si perde l'origine causale della frase, quindi rappresentano generalizzazioni inspiegate e tendono a chiudere il paziente nella gabbia delle proprie convinzioni autolimitanti. Per esempio: "è noto che un anziano non può più avere un'attività sessuale soddisfacente....".

- Cancellazioni

4. Cancellazioni Semplici. Sono affermazioni che fanno uso di sostantivi generici che tendono a racchiudere un'intera classe di soggetti, presentando una certa affinità con le generalizzazioni. Per esempio: "le medicine mi fanno male.....". *Medicine* è un sostantivo che racchiude in sé un concetto generale cancellando l'informazione su quale in realtà siano le medicine che fanno male a quel paziente.

5. Indici Referenziali Non Specificati. Nomi e Verbi Non Specificati. In questo caso il paziente cancella dalla frase il soggetto o l'oggetto, o usa verbi non specifici. Per esempio: "Mi hanno detto che è bene non ricoverarsi...." (chi l'ha detto?). Oppure: "quando mangio mi viene il mal di stomaco..." (Mangia che cosa, a pranzo, a cena?)

6. Cancellazioni Comparative e Superlative. Sono valutazioni fra due persone, oggetti, esperienze senza che sia specificato il termine di paragone. Per esempio: "è molto più doloroso...." (rispetto a cosa?)

- Distorsioni

7. Nominalizzazioni. Le nominalizzazioni sono predicati che derivano dalla trasformazione in nome di verbi non specifici. Ovvero sono la descrizione nominale di processi. Per esempio la parola trasformazione rappresenta una nominalizzazione che proviene dal verbo trasformare. Così come cambiamento o rilassamento ecc. Di per sé non descrivono specificamente il processo per cui il Medico dovrà sempre fare il chunking down al fine di connettersi alla realtà profonda del paziente (processo di de-nominalizzazione). D'altra parte il Medico può utilizzare le nominalizzazioni ai fini suggestivi per lasciare alla mente creativa del paziente piena libertà interpretativa.

8. Lettura del Pensiero. Questa definizione si riferisce alla presunzione del paziente di sapere in anticipo il pensiero del Medico. Per esempio: "capisco perfettamente che lei già pensa che la mia prognosi sia infuusta...."

9. Causa-Effetto. Si tratta di mettere in relazione due eventi la cui relazione però potrebbe essere anche del tutto casuale. Per esempio: "da quando sono caduto dalle scale tre

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*

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

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078 - e-mail: vincenzopenne@email.it - www.fucinafotografica.it

anni fa, sento sempre un dolore al polso sinistro...". La replica del Medico potrebbe essere: "non ha mai sentito quel dolore prima della caduta dalle scale?...". Questo meccanismo di linguaggio si presta bene anche a fini suggestivi avvalendosi del rapporto empatico e del rapport che si ottiene dopo il ricalco.

10. Equivalenze Complesse. Il paziente crea un nesso di causalità tra un comportamento esterno ed uno stato interno o significato. Per esempio: "quando entro in ambulatorio e vedo il dottore al telefono, capisco immediatamente che non è interessato al mio caso...". Il chunking down può avvenire con le stesse metodologie e l'equivalenza complessa può facilmente essere usata dal medico a scopi suggestivi quando il Rapport si sia sufficientemente solidificato.

11. Presupposizioni. Le presupposizioni sono quelle implicazioni in cui assenza la frase pronunciata non avrebbe significato perché poggia la sua esistenza esattamente su quei fatti implicativi. Il paziente elab-

ora cioè convinzioni che reputa imm modificabili, su cui basa il proprio ragionamento. Per esempio, "sono convinto che questa malattia avrà un decorso rapido e sfavorevole, proprio come è accaduto a mia sorella....". Il presupposto di questa frase è che ci sia o ci sia stata una sorella, che questa abbia avuto o abbia una malattia equivalente e che questa malattia abbia avuto un decorso peggiorativo rapido. Su questo presupposto il paziente basa la sua convinzione che la stessa cosa accadrà anche a lui. Oltre al chunking down, il Medico può utilizzare il meccanismo della presupposizione o dell'implicazione come una assai potente forma di comunicazione terapeutica.

Oltre a questi meccanismi di linguaggio, e associati con questi, nel momento in cui il Medico si appresti a manovre suggestive, ne esistono altri, di cui uno dei più potenti e affascinanti è la Metafora, veicolo di suggerimenti e simbolismi velati, che possono potentemente agire

nel senso del cambiamento e del benessere.

Conclusioni

Pur con una breve e parziale review di uno dei possibili approcci alla comunicazione Medico-Paziente, risulta evidente e chiara la complessità della relazione comunicativa (che spesso è molto più importante del contenuto almeno nelle fasi iniziali) e come questa potenzialmente costituisca un tema di principale interesse per chiunque voglia cimentarsi nella difficile arte della Medicina clinica, arte che poggia le sue basi su modelli scientifici multifattoriali, di cui a buon diritto fa parte la Comunicazione, a sua volta costruita sulla base di competenze multiple, di tipo cibernetico, linguistico, neurologico e matematico. Questo campo del sapere dovrebbe a buon diritto entrare a far parte della formazione medica fin dai tempi degli studi universitari e a maggior ragione nei tempi della pratica clinica come materia in continua evoluzione e fonte di aggiornamento.

contesti ideali per il vostro ufficio-studio Medico ed Odontoiatrico*

a pochi chilometri dal centro di PISA
presso il "Parco Commerciale Ospedaletto"



Lo spazio proposto è già attrezzato con spogliatoi, bagni e docce, rendendolo perfetto per:

palestre riabilitative, e studi fisioterapici.

Consistenza:
P. T. mq 800 ca., Soppalco mq 460 ca.,
c.e. «valore tipo» F kWh/mc a. 24,80

condizioni vantaggiose per trasferimenti o start-up.*

PRATO in via Valenti

ottima visibilità, a pochi passi dalle fermate dei mezzi pubblici



Gli spazi ottimamente rifiniti, sono dotati di impianti elettrici, condizionamento, servizi e parcheggi di pertinenza.

Consistenza:
Piano terra: sup. mq 330
Piano 1° sup. da mq 260 ca.
a mq 550 ca.,
c.e. «valore tipo» E kWh/mc a. 30,74

**VENDESI
AFFITTASI**

Info:

☎ 0574.574495 • info@lefim.it • 🌐 www.lefim.it

Lefim
Promotion Real Estate Development

Malattia di Parkinson: diagnosi precoce e nuove cure

La malattia di Parkinson negli ultimi anni ha avuto un notevole incremento dell'incidenza e della prevalenza con sempre maggiore coinvolgimento anche delle fasce di popolazione più giovani. Parallelamente si è assistito negli ultimi 15 anni ad un miglioramento delle tecniche strumentali al fine di consentire una diagnosi alle prime manifestazioni cliniche.

Ormai è entrato nell'armamentario diagnostico routinario il ricorso alla SPECT con un tracciante che si lega ai recettori situati sul terminale presinaptico del neurone dopaminergico e che consente senza dubbi di attribuire i sintomi del paziente, in particolare tremore e rallentamento motorio, ad una riduzione dei livelli di dopamina. Anche le tecniche basate sulla RM sono molto evolute negli ultimi anni e oggi è possibile visualizzare direttamente la sede anatomica dei neuroni dopaminergici, la sostanza nera che

degenera nella malattia, apprezzandone alterazioni come l'accumulo di un pigmento chiamato neuromelanina, e/o l'accumulo di ferro e/o l'atrofia.

Tuttavia questi metodi non consentono in fase precoce di malattia di distinguere tra malattia di Parkinson e parkinsonismi atipici, forme di malattia simili, ma gravati da una peggiore prognosi ed una scarsa risposta alla terapia dopaminergica. In questo ambito possono essere utili altri strumenti come la PET con fluorodeossiglucosio che consente di individuare le aree cerebrali dove si verifica il minor consumo di glucosio e pertanto sede di iniziali alterazioni delle sinapsi neuronali: con questo approccio metodologico si può distinguere anche in una fase molto precoce la malattia di Parkinson, in cui non ci sono aree di alterato metabolismo cerebrale, da altri parkinsonismi come la Paralisi Soprannucleare Pro-

gressiva, dove si osserva un precoce ipometabolismo frontale e dei nuclei della base, o l'Atrofia Multisistemica, con un precoce ipometabolismo cerebellare e dei nuclei della base. In questo contesto anche la scintigrafia cardiaca con MIBG può essere di grande utilità in quanto mentre nella malattia di Parkinson fin dalle fasi precoci è dimostrabile una denervazione cardiaca, nell'Atrofia Multisistemica risulta solitamente normale.

Nel contempo si stanno perfezionando i tentativi di formulare precoci diagnosi di malattia di Parkinson con ricerca in tessuti biologici fluidi come sangue o liquido cerebrospinale di livelli patologici di sinucleina, la proteina la cui conformazione alterata è alla base della degenerazione neuronale, o, ancora in modo ancora più innovativo, in strutture facilmente accessibili per prelievi biotipici come mucosa intestinale o ghiandole salivari. L'interesse clinico



intorno alla possibilità di fare precocemente diagnosi di malattia di Parkinson è cruciale oltrechè per fornire al paziente ed ai suoi familiari una diagnosi differenziale corretta tra malattia di Parkinson e parkinsonismi atipici, date le diverse implicazioni prognostiche, soprattutto per consentire di fare una diagnosi di malattia in assenza ancora di segni clinici motori di malattia.

E' infatti ormai acclarato che spesso, anche molto tempo prima della comparsa dei segni motori della malattia di Parkinson, siano presenti disturbi non-motori come la perdita dell'olfatto, la stipsi, la depressione, e soprattutto un disturbo notturno particolare, chiamato disturbo comportamentale del sonno REM, caratterizzato dal fatto che durante la fase onirica del sonno, in cui solitamente si verifica la perdita del tono muscolare, sia mantenuta una intensa attività motoria che accompagna i sogni, con la conseguenza di movimenti complessi spesso anche violenti accompagnati da somniloquio. La possibilità che soggetti affetti da questo disturbo possano sviluppare in un arco temporale anche molto lungo malattia di Parkinson è molto elevata, e pertanto avere strumenti in grado di predire con



buona certezza il rischio di malattia sarebbe estremamente importante.

La ricerca tesa ad individuare soggetti che abbiano un alto rischio di sviluppare nel futuro la malattia di Parkinson oggi comincia ad avere un respiro di carattere pratico oltrechè semplicemente speculativo, data la emergente disponibilità di farmaci che si propongono di agire sul meccanismo di accumulo della sinucleina nei neuroni dopaminergici, quindi con l'ambizione di un effetto di interferenza sulla propagazione della degenerazione neuronale. Sono in corso trial clinici con due anticorpi monoclonali contro la sinucleina, e sono in fase di sperimentazione molecole in grado di ridurre l'accumulo di

sinucleina.

La lezione imparata dalle esperienze vissute con i farmaci anti-amiloide nella malattia di Alzheimer, non efficaci poiché probabilmente dati in una fase tardiva di malattia, servirà certamente per riservare a pazienti in fase molto iniziale di malattia di Parkinson o auspicabilmente in soggetti senza ancora i sintomi di malattia ma che hanno un alto rischio di svilupparla queste terapie anti-sinucleina. Per tale motivo la ricerca corre su due binari paralleli ma finalizzati ad un medesimo obiettivo: la diagnosi precoce o addirittura pre-clinica per identificare i soggetti a rischio potenzialmente trattabili con terapie in grado di modificare la progressione della malattia.



La chirurgia del piede va di bene in meglio

La chirurgia del piede sta facendo notevoli progressi per qualità di risultati e sicurezza del paziente. Si tratta di miglioramenti di grosso spessore tecnico: un sostegno anche all'aspetto sociale di patologie importanti, soprattutto perché diffuse e fortemente condizionanti la quotidianità.

Tendine d'Achille – la sua struttura anatomica è tale che, se fosse sano, non si romperebbe mai. Il percorso patogenetico, che invece porta alla rottura, si snoda nel corso del tempo. Sia che si tratti di atleti oppure di persone che abitualmente non praticano alcuno sport, la base è rappresentata dai ripetuti microtraumi, più spesso conseguenza della corsa o degli scatti. Non è imputabile all'attività sportiva in se' me, nella vita quotidiana, la corsa improvvisa e magari ripetuta per prendere l'autobus, l'abitudine a salire di corsa le scale.

Punto delicato si dimostra essere, comunque, l'instaurarsi progressivo di un processo degenerativo, la tendinosi, non controllabile nel suo andamento clinico e funzionale, che può all'improvviso condurre al trauma vero e proprio, cioè la rottura. Si tratta di un concetto che deve essere chiaro nella dinamica causale ed evolutiva ed assieme nella logica di una valida prevenzione ed al contempo nella prudenza comportamentale.

Ma alla rottura non si giunge soltanto per i sopraesposti motivi. L'utilizzo continuato e continuativo, a vario titolo, di taluni

tipi di antibiotici, quali ad esempio alcuni chinolonici, possono concretizzare nel corso della cura una patologia tendinea in grado, poi, di determinare la rottura.

Terapia – Fra i principali tipi d'intervento, è senz'altro da ricordare la tenorrafia terminale del tendine. Se la tendinosi si dimostrasse, dal canto suo, particolarmente accentuata, utile si dimostra nella pratica clinica l'uso di specifici fattori di crescita, la cosiddetta pappa piastrinica. Una tecnica che prevede, in particolare, il prelievo del sangue sullo stesso paziente e la estrazione di plasma arricchito in piastrine; l'aggiunta proporzionata di calcio gluconato fa sì che otteniamo un gel che viene posizionato nel sito voluto. Tale miscela è grado di liberare importanti fattori di crescita che vanno ad agire a livello delle cellule staminali indifferenziate che, in seguito, si specializzerebbero in fibroblasti, osteoblasti etc.

L'uso dei fattori di crescita associato a scarificazioni del tendine viene eseguito nella prevenzione delle rotture tendinee quando viene diagnosticata una tendinosi di grado elevato.

Altra metodica è la plastica tendinea. Il ricorso chirurgico è indicato nella delle lesioni inveterate o lesioni degenerative molto gravi. Una volta effettuato l'intervento, occorre immobilizzare l'arto interessato con l'applicazione d'un tutore o di un gesso da tenere per un mese senza camminare. Al termine del periodo, si passerà

ad un tutore con la possibilità invece, da parte del soggetto, d'iniziare la deambulazione.

Nei casi infine più semplici, si può ricorrere all'impiego della tenorrafia percutanea, con l'applicazione di punti percutanei mediante appositi strumentari. Si tratta dunque, nel complesso, nella varietà della casistica, di stabilire l'indice di gravità e d'optare per le soluzioni maggiormente idonee.

Piede piatto – La prima diagnosi, o comunque il sospetto che qualcosa non vada per il verso giusto, viene sollevato generalmente da parte della mamma. Magari a confronto con il figlio più grande, nota che le impronte del piede sulla sabbia o sul pavimento camminando con i piedi bagnati, siano diverse. Il bambino con il piede piatto, di solito presenta anche un ginocchio valgo ed un quadro generale di lassità legamentosa più o meno marcato.

Con l'ausilio della pedana podometrica, si può delineare il grado di gravità del piede piatto. Nel bambino piccolo, si ricorre comunemente a delle terapie ortesiche con l'impiego d'un plantare di sostegno della volta mediale del piede. Non di meno importante risulta l'invito alla mamma ad esortare il bambino ad eseguire una ginnastica del piede, camminando scalzo sulle punte e sui talloni ed a raccogliere piccoli oggetti con i piedini al fine di sviluppare la muscolatura intrinseca ed estrinseca del piede, come viene eseguito tra l'altro nei corsi d'insegnamento di danza clas-

sica. Un gioco che in se', può divertire ed assieme dimostrarsi utile per correggere in qualche modo l'alterazione plantare.

Nonostante questo impegno di prevenzione, nell'età pubica la situazione clinica può non mostrarsi migliorata all'epoca della pubertà ovvero fra gli undici ed i tredici anni, anzi del tutto peggiorata. Di fronte ad un quarto stadio di piede piatto può essere indicata la soluzione chirurgica .

La tecnica chirurgica è assai semplice e consiste nell'introdurre nel seno del tarso una specie di "tassello ad espansione" in materiale riassorbibile, che porta alla correzione dei rapporti tra astragalo e calcagno risolvendo la volta mediale del piede. Talvolta dobbiamo associare un "tempo mediale" che consiste nella ritenzione del tendine tibiale posteriore e della capsula articolare mediale delle articolazioni del medio piede.

Si applica, quindi, una stecca

gessata da indossare per circa due settimane, dopo di che il Piccolo Paziente verrà lasciato libero.

Alluce valgo – Il termine corretto è alluce valgo pronato, legato alla rotazione del dito. Si tratta d'una deformità abbastanza comune a carico dell'avampiede, spesso no disgiunta da una predisposizione familiare. L'elemento scatenante può dimostrarsi, in particolare, l'uso continuato di calzature non corrette, soprattutto quelle strette in punta e con tacco alto. Tale affermazione è rafforzata dal fatto che in Giappone sino al secolo scorso, quando le donne indossano comunemente delle calzature con infradito e senza tacchi, l'alluce valgo era pressochè sconosciuto; con l'uso di scarpe "occidentali" si è assistito alla comparsa di tale deformità anche in oriente.

L'alluce valgo diventa doloroso per un conflitto fra la cosiddetta "patata" e la tomaia della scar-

pa con l'insorgenza di una borsite locale. L'alluce valgo-pronato comporta una alterazione della distribuzione dei carichi sull'avampiede: in particolare il primo raggio non "lavora bene" ed il carico viene trasferito sui metatarsi vicini. Si assiste nel tempo alla comparsa di un sovraccarico del secondo e terzo metatarso con callosità plantari e ad un dolore, la "matatarsalgia", a livello delle teste metatarsali. Tali alterazioni del carico determinano uno squilibrio tra i muscoli flessori ed estensori delle dita. Il risultato sono le deformità a martello delle dita che molto spesso si associano all'alluce valgo.

La cura chirurgica dell'alluce valgo consiste nell'eseguire una osteotomia del collo del primo metatarso con correzione della deformità. Tale osteotomia può essere eseguita con incisioni centimetriche o addirittura millimetriche (percutanea) in relazione alla gravità della deformazione stessa.



Addio agli studi di settore

La notizia è recente, solo di alcuni giorni fa: gli Studi di Settore saranno aboliti. Gli Studi sono nati nel 1993 e consistono in una raccolta di informazioni che il contribuente, professionista o imprenditore, deve comunicare annualmente all'Agenzia delle Entrate quale allegato alla dichiarazione dei redditi. Le informazioni richieste spaziano dai dati risultanti dalla contabilità (dettaglio dei costi e dei ricavi) al numero delle sedi utilizzate, alle attrezzature, al tipo di attività svolta e al numero di ore e giornate lavorative dedicate all'attività. In sostanza il progetto degli "Studi" era quello di creare per ogni attività lavorativa autonoma dei dati di riferimento statistici sulla base dei quali procedere alla analisi delle singole attività. Nella loro vita gli Studi si sono arricchiti di anno in anno di nuove tabelle e di dati da fornire, e l'utilizzo per il quale erano nati, ovvero quello di individuare i soggetti che maggiormente si discostavano dalla congruità e pertanto da assoggettare a verifica fiscale, si è trasformato in strumento di evidenza di "evasione". La crisi economica che da alcuni anni ha colpito l'Italia ha indotto il legislatore ad inserire negli Studi dei correttivi "anti crisi" ma talvolta anche i correttivi non sono sufficienti a rappresentare le reali difficoltà dei soggetti analizzati. E' da sottolineare come

anche le pronunce giurisprudenziali abbiamo disatteso il principio di verifica "a tavolino" basata sullo Studio di Settore, rendendo per l'Amministrazione difficoltoso procedere ad accertamenti fondati esclusivamente sui dati forniti dal contribuente attraverso lo Studio. Ad esempio è evidente che il consumo di gas per un ristorante non può essere utilizzato come indicatore di una attività a pieno regime che somministra un gran numero di pasti: semplicemente il ristorante deve essere (almeno in inverno) costantemente riscaldato in attesa dei clienti che potranno o non potranno arrivare.

L'Agenzia delle Entrate insieme al SOSE (Soluzioni per il Sistema economico spa) ha comunicato che al posto degli Studi, gradualmente, arriveranno gli "Indicatori di Compliance". Già nella prossima dichiarazione dei redditi gli Studi

di Settore saranno snelliti, in attesa che i nuovi strumenti siano disponibili. Di fatto gli "Indicatori" saranno dati sintetici che forniranno il grado di affidabilità del contribuente. Una vera e propria pagella con voti da 1 a 10, una pagella costruita statisticamente per settore di attività ma che utilizzerà i dati forniti negli ultimi 8 anni, e impiegherà statisticamente maggiori informazioni contabili. Pare sarà compito dell'Agenzia comunicare al contribuente il "grado di affidabilità" al fine di incentivarlo eventualmente ad un adeguamento spontaneo. Da aggiungere che ai contribuenti che otterranno ottimi voti sarà dedicato un regime premiale, con tempi di rimborso più rapidi, l'esclusione da alcuni tipi di controllo, la riduzione dei termini ordinari previsti per gli accertamenti. Vedremo!

(Fonte "Il Sole 24 Ore")



Progetto ANDI Fixo a Pisa: lavoro per i giovani odontoiatri

Ho cominciato a sentir parlare del progetto FIXO (Formazione e Innovazione Per l'Occupazione) qualche mese fa durante una riunione del Consiglio ANDI di Pisa. Il programma nazionale FIXO supporta l'inserimento nel mondo del lavoro di giovani neolaureati fino all'età di 29 anni e prevede la possibilità per i soci ANDI di assumere nel proprio studio un odontoiatra neolaureato, iscritto ad ANDI, per un periodo minimo di un anno, con un contratto di apprendistato di alta formazione; la Regione Toscana contribuisce alla remunerazione dando al professionista "datore di lavoro" un finanziamento di seimila euro in caso di contratto a tempo pieno o una cifra in proporzione minore in caso di tempo parziale (minimo 24 ore settimanali). Il neolaureato durante il periodo di apprendistato deve frequentare un master universitario o una scuola di specializzazione o un dottorato di ricerca.

Per vedere di far chiarezza sui vari punti e per illustrare i dettagli del progetto e rispondere a dubbi e domande degli eventuali interessati all'attuazione del progetto FIXO e relativo contratto, la dott.ssa Micheletti, presidentessa della sezione ANDI di Pisa, ha organizzato a Maggio un incontro con il Prof. Mario Gabriele presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Pisa, la dott.ssa Simonetta Parenti di Italia Lavoro e i soci ANDI. Durante l'incontro, la dottoressa Parenti ha parlato del progetto spiegandone la sostanza e la finalità. L'Apprendistato di Alta Formazione e Ricerca è una forma contrattuale molto innovativa ma ancora poco conosciuta ed utilizzata dalle imprese, l'offerta

regionale riconosce la partecipazione della Regione Toscana alle spese. La dottoressa Parenti ha sottolineato anche il ruolo importante dell'Università nel proporre agli apprendisti i propri percorsi formativi: Master di I° e II° livello, corsi di Specializzazione e Dottorati di ricerca.. Prima di illustrare, a chi è interessato, il percorso da seguire per la realizzazione del progetto FIXO devo fare una piccola premessa di carattere personale; la mia esperienza professionale nel mondo odontoiatrico, come quella di tanti, è iniziata all'interno della Clinica Odontoiatrica di Pisa dove il prof. Bandettini, prima, e il prof Gabriele e la prof. Giuca, poi, si sono occupati della mia formazione, sono sempre stati disponibili e pronti ad aiutarmi quando gli interventi da realizzare sui miei pazienti richiedevano un'esperienza superiore alla mia; non avendo familiari "dentisti" sono stati per me davvero fondamentali. Mi sono sempre ripromessa, negli anni, di offrire, nel mio piccolo, un aiuto ai giovani neolaureati lasciando aperte le porte del mio studio, cercando di trasmettere la mia esperienza, come per restituire un favore ricevuto, consapevole comunque che avere un rapporto continuativo con i docenti universitari aiuta tantissimo nel mantenersi aggiornati e, consapevole di avere sempre da imparare per una progressiva e continua crescita professionale.

Per questo il progetto FIXO mi aveva colpito fin dall'inizio e mi era sembrato veramente innovativo: ho pensato che ci potesse essere un interesse reciproco per un odontoiatra neolaureato che non ha "grande" esperienza professionale e uno studio odontoiatrico privato che avesse intenzione di inserire nel suo

organico, nel tempo, un nuovo professionista avendo in questo modo un anno di tempo per conoscersi, garantendo al neolaureato comunque uno stipendio mensile senza sovraccaricare lo studio privato di spese elevate per la presa in carico di un nuovo dipendente. D'altro canto è giusto dare delle opportunità di lavoro seriamente regolamentate ai giovani professionisti senza vincolare eccessivamente né il lavoratore né il datore di lavoro, perché nella quotidianità di uno studio odontoiatrico, dove si trascorrono fianco a fianco tante ore, è fondamentale conoscersi bene prima di impegnarsi a lavorare insieme "lungamente", per creare un buon lavoro di squadra che sicuramente giova anche all'interesse dei pazienti. Inoltre il vincolo universitario ritengo, per ciò che detto prima, rappresenti una buona garanzia per la continua formazione di un giovane odontoiatra; mi è capitato spesso di vedere negli anni giovani odontoiatri che, una volta intrapresa la libera professione e ottenuti i primi guadagni, si siano lasciati alle spalle il mondo formativo universitario che, invece, nella mia esperienza, è stato tanto importante e mi ha permesso di vedere patologie e interventi e di imparare protocolli terapeutici che, in uno studio privato, capita raramente di poter vedere e attuare. Ho conosciuto la dottoressa Chiara Cinquini, colei che è diventata la mia apprendista da giugno, laureata a pieni voti in Odontoiatria e Protesi Dentaria, durante il suo tirocinio presso l'ambulatorio ASL di Vecchiano; l'Università di Pisa si è convenzionata infatti l'anno scorso con la ASL per far fare agli studenti del 6° anno delle ore di tirocinio negli ambulatori di Odontoiatria del

territorio. Io e Chiara abbiamo deciso di cogliere al volo questa opportunità, per aiutarci reciprocamente nel lavoro e, finalmente, a fine luglio, siamo riuscite a firmare il contratto, forse il primo in Italia, mi ha detto la dottoressa Parenti. La cosa non mi ha stupito perché la procedura per definire praticamente il contratto non è stata semplice, ma adesso che ho le idee più chiare la posso schematizzare per tutti gli interessati:

- Come primo punto vi consiglio di parlare con il vostro commercialista perché l'introduzione di un apprendista nello staff dello studio incide negli studi di settore ed è bene chiarire fin dall'inizio se sia meglio stipulare un contratto a tempo pieno o tempo parziale, a seconda delle varie esigenze

- Una volta deciso di proseguire con il contratto è necessario stabilire un rapporto con l'Università; all'interno dell'ufficio dove si occupano del Job placement dell'Università di Pisa c'è una sezione dedicata ai tirocini e all'apprendistato; il progetto FIXO prevede che lo studio odontoiatrico si convenzioni con l'Università e che venga quindi redatto un piano formativo individuale relativo all'assunzione con un progetto di ricerca e un tutor universitario. L'ufficio tirocini di Pisa, nelle persone delle dott.sse Magliocchi, Trenta, Alfarano e del dott. Castellani, con l'aiuto anche della dr.ssa Parenti, ci hanno fornito tutta la documentazione da compilare e firmare per presentare la domanda di convenzione. All'interno del progetto formativo vengono stabiliti l'orario di lavoro e quello di formazione dell'apprendista (interna allo studio e esterna, cioè relativa alle ore da dedicare alla formazione universitaria). La formazione interna non può essere inferiore al 20% del monte orario contrattualmente previsto

e questo implica che il professionista, datore di lavoro, si organizzi per dedicare tempo e energie adeguate a insegnare all'apprendista. La formazione esterna, nell'accordo di convenzione con l'Università, non risulta obbligatoria; questo punto non sono ancora riuscita a chiarirlo in quanto il progetto FIXO richiede comunque che l'apprendista si iscriva ad un corso universitario e quindi queste ore di formazione, a mio parere, dovrebbero risultare obbligatorie.

- Una volta ottenuta la convenzione con l'Università, abbiamo trasmesso tutta la documentazione al mio commercialista che ci ha fornito il contratto di apprendistato, che è inquadrato al livello 2 del C.C.N.L. settore Studi Professionali.

- Per quanto riguarda i contributi della Regione Toscana ci sono due opzioni: si possono richiedere all'inizio del contratto (la Regione richiede una fideiussione bancaria a garanzia perché ovviamente il contratto potrebbe non essere portato a termine e quindi il contributo viene praticamente decurtato di circa il 15%), o alla fine (in questo caso "dovrebbe" venir erogato per intero).

- La dottoressa Cinquini in questo periodo sta seguendo l'apertura dei bandi per i master presso l'Università di Pisa per presentare la domanda di iscrizione non appena possibile. E' chiaro che un apprendista può iscriversi ad un master anche in altra sede universitaria purché gli orari di frequenza al corso siano compatibili con quelli di lavoro. E' possibile anche frequentare, contestualmente al contratto, una scuola di specializzazione ma, sinceramente non so se attualmente siano state ripristinate, o fare un dottorato di ricerca.

Concludo ringraziando, anche a nome della dottoressa Chiara Cinquini, tutte le persone che ci hanno aiutato nella realizzazione pratica di questo contratto. L'accordo firmato da ANDI per questo progetto è stato sicuramente un passo fondamentale per aiutare i giovani nell'inserirsi nel mondo del lavoro e per dare ai "più maturi" (diciamo così) l'opportunità reale di "formare" dei giovani colleghi da inserire nella propria realtà professionale e ai quali lasciare la propria esperienza come eredità. Potete contattarmi per domande e chiarimenti. Il presidente CAO di Pisa dott. Trivelli e la dott.ssa Micheleletti hanno tutti i miei contatti.



La figura professionale del Direttore Sanitario

La figura professionale del Direttore Sanitario (DS) viene identificata dalla norma di legge 412 del 30/12/1991.

Nell'ambito della facoltà delle Regioni di stipulare convenzioni con Strutture private gestite da persone fisiche e/o da Società per l'erogazione di prestazioni di diagnosi, terapia ed assistenziali, la suddetta norma prevede la presenza di un Direttore Sanitario o Tecnico che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei previsti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

La presenza del Direttore Sanitario in queste strutture sanitarie deve garantire il rispetto delle norme relative al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Allo scopo di regolamentare lo sviluppo sempre più diffuso di varie forme associative per lo svolgimento della professione medico-odontoiatrica, le Regioni hanno ridefinito il regime autorizzativo/accreditamento ampliando i compiti del Direttore Sanitario. Tale figura, è necessario precisarlo, è imposta dalla legge solo alle strutture accreditate sia per lo svolgimento di pratiche cliniche non comprese nel regime autorizzativo sia per le strutture accreditate presso le regioni per l'erogazione di prestazioni in regime di convenzione.

La **nomina** del DS avviene tramite atto dell'Amministratore della Struttura.

Posto che la presenza del DS è condizione indispensabile per l'erogazione delle prestazioni sanita-

rie, l'eventuale **dimissione** deve essere comunicata all'Ordine con un anticipo ragionevole per la ricerca e nomina del sostituto da comunicare contestualmente.

Di norma non è prevista **incompatibilità** per la direzione di più strutture tuttavia normative specifiche possono prevedere, come per i **Laboratori di analisi** (art. 9 del DPCM 10/2/84), lo svolgimento delle funzioni di DS in un solo laboratorio.

Altre situazioni di incompatibilità possono essere previste dalla normativa che disciplina il **rapporto di lavoro** di un medico, quale o il medico dipendente dello Stato o il medico dipendente della Regione o il medico dipendente universitario, ospedaliero o ASL a tempo pieno o il medico convenzionato specialista ambulatoriale

Una ipotesi di incompatibilità può essere valutata di fatto tenendo conto della responsabilità continua che grava sul Direttore Sanitario. Infatti, attraverso le varie sentenze che sono state prodotte nel corso degli anni, è emerso il principio che per lo svolgimento delle sue funzioni, il DS debba garantire un orario "congruo" rispetto alle specifica tipologia di prestazione erogata dalla struttura ed alla concreta possibilità di svolgere appieno il controllo ed il coordinamento delle attività.

Nel caso specifico della Toscana è prevista una presenza di almeno 12 ore settimanali nel presidio ambulatoriale il che depone per la possibilità di assumere più incarichi.

Nell'ambito delle incompatibilità le regioni hanno normato in modo individuale ;in toscana la funzione

di direttore sanitario è incompatibile con la proprietà o comproprietà o con la partecipazione a vario titolo nella società che gestisce la struttura.

Tale incompatibilità non è prevista per le strutture che erogano prestazioni monospecialistiche.

Per quanto riguarda i **requisiti** richiesti per l'assunzione dell'incarico di direttore sanitario possiamo distinguere dei requisiti di base quale l'iscrizione all'albo dei medici e/o

odontoiatri a seconda delle prestazioni erogate nella struttura.

A tale requisito base si sono aggiunte richieste di ulteriori qualificazioni che ogni regione ha normato in modo autonomo.

In Toscana i requisiti ulteriori vengono desunti dalla lettura della legge regionale 8/99 che per opportuna lettura riportiamo integralmente:

1. Ogni struttura sanitaria deve avere un direttore sanitario.
2. Il DS deve essere in possesso del titolo di specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica o deve aver svolto per almeno cinque anni attività di Direzione tecnico-sanitaria in Enti o Strutture sanitarie pubbliche o private.
3. Nelle strutture monospecialistiche, sia ambulatoriali che di ricovero in fase post-acuta, le funzioni del DS possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte.
4. Negli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio, le funzioni del DS possono essere svolte, per quanto di competenza, anche da

un Direttore tecnico in possesso di laurea specialistica in biologia o chimica, purchè specializzato o in possesso di almeno cinque anni di anzianità nell'attività di Direzione tecnico-sanitaria in Enti o Strutture sanitarie pubbliche o private.

5. E' consentito svolgere le funzioni di DS responsabile in non più di tre strutture sanitarie ambulatoriali e comunque deve essere garantito un orario congruo alle specifiche funzioni e alle specifiche prestazioni non inferiore alle dodici ore settimanali per singola struttura.

6. Non è consentito svolgere le funzioni di DS responsabile in più di un presidio di ricovero.

7. La funzione di DS è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della Società che gestisce la Struttura sanitaria.

8. La disposizione del precedente art. 7 non si applica alle strutture ambulatoriali monospecialistiche.

Nel caso che la struttura complessa eroghi prestazioni pluri-specialistiche, fra le quali quelle odontoiatriche, al DS di area medica andrà affiancato, con delega espressa, un Odontoiatra per la gestione della componente specifica.

Contestualmente una struttura che eroghi prestazioni di natura esclusivamente odontoiatrica potrà avere un Odontoiatra (oppure Medico con doppia iscrizione) quale DS.

Funzioni e responsabilità

Di fatto il DS è il garante, sia per gli utenti che fruiscono delle prestazioni sia per gli operatori sanitari che all'interno della Struttura prestano la loro opera professionale, della sicurezza delle prestazioni stesse in ordine al rispetto delle norme igienico sanitarie e di quelle del Codice Deontologico. in tale ambito appare opportuno il richiamo alle norme comportamentali già introdotte nella circolare n. 99 del 21 luglio del 1986

della FNOMCeO:

- all'atto dell'assunzione dell'incarico ed all'atto delle dimissioni deve essere fatta comunicazione all'Ordine Professionale di appartenenza e, per conoscenza, a quello territorialmente competente, se diverso;

- il DS è tenuto a pretendere il rigoroso rispetto delle competenze professionali specifiche di ogni singolo operatore all'interno della struttura;

- in caso di ripetuta inosservanza deve portare l'Amministratore a conoscenza dei fatti, per iscritto, con espresso invito ad adottare i provvedimenti del caso;

- svolge vigile attenzione in ordine alla pubblicità sanitaria;

- deve curare la redazione e l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e funzionamento della struttura;

- vigila sulle condizioni igienico-sanitarie;

- risponde di tutti gli adempimenti previsti dalla 81/08 (estende il DVR con gli eventuali obblighi successivi);

- effettua la trasmissione di denuncia di malattia infettiva alle Autorità Competenti;

- fornisce disposizioni in merito alla prevenzione delle malattie trasmissibili all'interno della struttura;

- controlla la corretta applicazione delle procedure inerenti i processi di sterilizzazione, disinfezione e sanificazione ambientale;

- vigila sul rispetto dei principi di radioprotezione ai sensi della legge n. 187/2000;

- controlla il corretto smaltimento dei rifiuti speciali e la tenuta dei relativi registri;

- rilascia, su richiesta, agli aventi diritto, certificazioni in ordine alle prestazioni eseguite presso la Struttura;

- vigila sui controlli periodici delle apparecchiature elettromedicali e sull'impianto elettrico;

- vigila sulla corretta tenuta dei medicinali e dei prodotti farmaceutici;

- vigila, di concerto con l'Ammi-

nistratore, sulle possibili situazioni di incompatibilità dei Sanitari operanti all'interno della Struttura;

- vigila sulla corretta applicazione delle disposizioni in merito alla Privacy;

- vigila sul corretto adempimento dei Sanitari presenti all'interno della Struttura in ordine agli obblighi dell'ECM;

- controlla i dati anagrafici ed i titoli professionali del personale sanitario operante nella Struttura;
- formula e verifica il rispetto della carta dei servizi;

- controlla la gestione delle cartelle cliniche in ordine alla completezza, al rilascio delle copie, all'archiviazione e alla conservazione;

- controlla il registro operatorio;

- controlla l'attività operatoria consentita dalle norme applicative regionali;

- definisce le modalità di intervento (chi fa cosa) in caso di urgenza ed eventi improvvisi sia di ordine clinico che organizzativi; in estrema sintesi il DS svolge sia funzioni tecnico – organizzative sia di indirizzo,

coordinamento e controllo sugli aspetti igienici e sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Svolge funzioni di garanzia in ordine alla sicurezza delle prestazioni sia in favore dell'utenza che del personale sanitario preposto all'erogazione delle prestazioni stesse.

Va opportunamente ricordato che una struttura sanitaria si configura come impresa ai sensi dell'art 2082 del c.c. e che quindi presenta caratteristiche di imputabilità propria. Ciò significa che esistono in ordine agli adempimenti ed alle prestazioni erogabili diverse e distinte responsabilità:

- responsabilità imprenditoriale che incombe sull'Amministratore;

- responsabilità tecnico-organizzativa che incombe sul DS;

- responsabilità professionale che incombe sull'esecutore materiale della prestazione.

I temi forti per la professione: intervista al Presidente CAO

Inasprimento delle sanzioni per l'abusivismo, la riforma degli Ordini delle Professioni Sanitarie, il DDL Concorrenza, il DDL lavoro autonomo: molti sono i temi "caldi" per la Professione Odontoiatrica al centro dei lavori parlamentari di questa Legislatura.

La Cao nazionale, quale organo ausiliario dello Stato, segue da vicino tutti questi versanti. Ma qual è il suo parere, nel dettaglio, sui singoli provvedimenti e norme? Marcello Fontana, responsabile dell'Ufficio Legislativo FNOMCeO, ha posto al presidente Cao Giuseppe Renzo alcune domande da "addetti ai lavori".

Presidente Renzo, molti sono i provvedimenti legislativi all'esame del Parlamento. Su quali, in particolare, la CAO sta concentrando la sua attenzione?

In questi ultimi mesi la CAO nazionale ha svolto una attività molto intensa, penso su tutto alla battaglia per una veloce approvazione della proposta legge n. 2281 in materia di esercizio abusivo della professione - che vede come primo firmatario l'On. Marinello - sul ddl concorrenza, sul ddl lavoro autonomo e infine sul ddl in materia di riordino delle professioni sanitarie.

Cosa pensa del testo in materia di esercizio abusivo della professione approvato in sede referente dalla Commissione Giustizia della Camera dei deputati?

La CAO si batte da anni per una riforma dell'attuale disciplina di cui all'art. 348 c.p. e spero che il Parlamento licenzi velocemente il pdl n. 2281. Non posso non esprimere tutta la mia preoccupazione in ordine al fenomeno dell'esercizio abusivo della professione di odon-

toiatra, troppo spesso favorito dalla presenza di professionisti prestanome, in considerazione dei gravi danni che ne derivano per salute dei cittadini. Oggi l'esercizio abusivo della professione è punito dall'art. 348 c.p. con la pena detentiva della reclusione fino a 6 mesi (forse, mai applicata) o della multa da 103 a 516 euro.

Per dare il senso dell'inutilità deterrente di tale sanzione, basta paragonarla a quella di 5.000 euro comminata ad un eventuale venditore di palloncini non autorizzato: purtroppo è evidente che la salute è meno tutelata!

L'attuale pdl n. 2281 approvato in sede referente dalla Commissione Giustizia prevede che la multa massima passi a 50.000 euro. Mi sembra che l'inasprimento sanzionatorio possa essere considerato un primo segnale importante.

Avete in programma altri interventi?

Certamente. Obiettivo primario della CAO Nazionale nei prossimi mesi sarà la diffusione di campagne informative rivolte a tutti i cittadini e ai professionisti in modo da garantire, anche attraverso segnalazioni e controlli, il rispetto della legge e il contrasto dell'illegalità e dell'evasione fiscale. L'opinione pubblica deve essere sensibilizzata circa i rischi derivanti dal ricorso a figure sprovviste del necessario titolo abilitante.

Auspico un intervento del Ministero della Salute, ad oggi assente.

La proposta di legge interviene sul prestanomismo?

Alla Camera è stato approvato un emendamento che prevede l'applicazione della pena della reclu-

sione da uno a cinque anni e della multa da 15.000 a 75.000 euro nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato di omicidio colposo ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo.

Ma potrebbe non essere sufficiente...

A nostro giudizio, bisognerebbe aprire una riflessione in merito all'introduzione di una sanzione accessoria da comminarsi al professionista che collabora con l'esercente abusivo, che includa la confisca dei materiali e strumenti utilizzati ed eventuale interdizione temporanea.

Fornire strumenti chiari ed incisivi agli Ordini e prevedere l'obbligo di informarli, anche per le fasi preliminari, di apertura di procedure giudiziarie, per mettere nelle condizioni l'Ordine di intervenire tempestivamente: l'opinione pubblica deve sapere che ciò in atto non è possibile per carenza di norme precise.

Di recente con una lettera a doppia firma con la Presidente Chersevani, il tema è stato posto all'attenzione del Ministero della Giustizia.

Cosa pensa della norma sul direttore sanitario?

Il nuovo articolo 4-bis del testo in materia di esercizio abusivo della professione prevede il requisito dell'iscrizione all'albo degli odontoiatri da almeno 7 anni per il direttore sanitario che ogni società operante nel settore odontoiatrico deve nominare. Il direttore sanitario avrà la responsabilità del centro operativo a lui assegnato e opererà in via esclusiva non potendo cumulare medesimi incarichi. Auspico peraltro che tale articolo sia coordinato

con l'articolo aggiuntivo concernente la stessa materia approvato presso la Commissione Industria del Senato. Tali emendamenti comportano una stretta sul direttore sanitario, ma sono senz'altro di portata minore rispetto agli emendamenti che avevamo proposto alla classe politica sul problema delle catene e che avrebbero posto al centro anche delle società di capitale l'iscritto all'Albo.

Nel rispetto delle normative vigenti, anche in riferimento all'acquisto e possesso di presidi ed attrezzature mediche (legge 175), ma purtroppo la Commissione Industria del Senato non ha colto l'importanza del messaggio che abbiamo tentato in questi mesi di far passare. L'emendamento proposto avrebbe imposto alle Catene che i 2/3 del capitale sociale dovesse essere in mano ad iscritti all'Albo. Una volta che questo emendamento non è passato in Commissione si sono subito registrate aperture di nuovi centri. Riproporremo dunque con forza le nostre istanze alla riapertura dei lavori parlamentari, quando l'esame del ddl concorrenza riprenderà, sperando di sensibilizzare la classe politica.

Crediamo, quali organi ausiliari posti a tutela della salute, di dover reiterare le nostre richieste, che ben lungi dal rappresentare interessi corporativi (come chi ha interesse di guadagno a fronte di investimenti ha interesse a cucirci addosso) perché la salute non può essere trattata come vendita di prodotti – scatolette – servizi telefonici, usando schemi di natura commerciale. In sanità viene prima la Persona ed il suo diritto a sentirsi curato dal medico scelto e non un soggetto a cui vendere un prodotto!

Un suo parere sul tariffario indicativo? E sulla norma sulla deducibilità delle spese di formazione e accesso alla formazione permanente?

Abbiamo cercato, supportando il lavoro di ANDI, di far passare, durante l'esame del ddl lavoro autonomo presso la Commissione

ne Lavoro del Senato, una norma inerente alle tariffe di riferimento dei liberi professionisti. Il relatore e presidente della Commissione Sacconi sembrava condividere la proposta di emendamento, ma alla fine l'emendamento è stato ritirato. Continueremo a batterci affinché in Aula il Senato possa introdurre questa norma che ha l'obiettivo di tutelare il cittadino.

È invece significativa la norma che prevede la deducibilità entro il limite di 10.000 euro delle spese per l'iscrizione a master e a corsi di formazione o di aggiornamento professionale, nonché le spese di iscrizione a convegno o congressi. Pare che, finalmente, in questa Legislatura il ddl in materia di riordino delle professioni sanitarie vedrà la luce. Cosa pensa dell'attuale formulazione?

Con il testo approvato dal Senato il 24 maggio 2016 sono passate una serie di norme di grande rilievo per tutte le professioni sanitarie e sono numerosi i cambiamenti inerenti il mondo ordinistico. Di particolare importanza la sempre maggiore autonomia dell'Albo degli odontoiatri all'interno della Federazione e la riforma dei procedimenti disciplinari, alla quale dedicheremo il seminario di Verona. Mi auguro che alla ripresa dei lavori parlamentari la Commissione Affari Sociali possa esaminare e licenziare il provvedimento.

Alcuni, ancora una volta, hanno provato a utilizzare il ddl come grimaldello per far entrare la figura dell'odontotecnico tra le professioni sanitarie. Perché la Cao è tanto contraria?

Non ci stancheremo mai di ripeterlo. L'ingresso degli Odontotecnici nell'ambito delle professioni sanitarie aumenterebbe, a nostro avviso, il rischio di sovrapposizioni di ruoli e competenze, ingenerando un contesto di confusione che avrebbe una sola conseguenza: quella di costituire un terreno fertile per prestanomismo e abusivismo.

Abbiamo l'impressione che non si possa più nascondere quanto ci

appare ormai chiaro: che interessi convergenti portano a prevedere l'istituzione di una nuova figura, "l'odontoprotesista", a cui delegare parte delle prestazioni medico odontoiatriche.

Per ultimo, un argomento di estrema attualità: la richiesta avanzata da diversi ordini di commissariamento dell'ENPAM dovuta a questioni diverse e, tra le altre, alla questione che riguarda anche la rappresentanza Odontoiatrica. Che cosa ne pensa?

Mi permetta una puntualizzazione: non diversi Ordini. La richiesta è stata avanzata da un Ordine (Milano) e sostenuta, almeno leggendo i comunicati stampa, da un altro Ordine (Bologna). Non mi è dato sapere di altri.

Non voglio commentare le argomentazioni addotte, e che sono di pertinenza della Fondazione (già, tra l'altro, ampiamente confutate dalla Presidenza Enpam).

Vorrei, invece, ricordare a tutti che uno dei motivi utilizzati per contestare e richiedere il commissariamento della Fondazione fa leva sulla presunta illegittimità dello Statuto e dei Regolamenti dell'Ente, che per altro sono già stati oggetto di un ricorso al TAR Lazio che con specifica sentenza ha invece stabilito legittimità anche per quanto riguarda le modalità elettorali.

Gli Odontoiatri, per quota parte e rispettosa del peso elettorale, sono inseriti, grazie alle nostre battaglie e alla lungimiranza della maggioranza dei Presidenti degli Ordini che hanno votato il cambiamento, legittimamente negli organismi di rappresentanza.

C'è chi ci vuole estromettere e chi, condizionato o per miopia o per visibilità personale (anche tra gli odontoiatri, ma con nessun seguito) ricerca il tanto peggio, tanto meglio.

Tema virale, perché tocca le pensioni.

Dico con forza che sarò avversario determinato e tenace di chi, per giochi "politici", ritiene di mettere a rischio i soldi dei contribuenti.

Glaucoma ed ultrasuoni: novità da Pisa

La tecnologia con ultrasuoni ad alta frequenza (HIFU) negli anni 50 venne introdotta per la cura di alcune malattie neurologiche e successivamente negli anni 70' venne applicata in oncologia per determinare un' ipertermia prolungata a livello della massa tumorale. Per quanto riguarda l'oftalmologia l'applicazione degli HIFU ha riguardato sia patologie retiniche, sia del cristallino, che del plesso coroideale. In modo particolare, il trattamento del glaucoma con ultrasuoni ad alta frequenza, e' stato sviluppato in Francia circa 10 anni fa ma è stato perfezionato solo nell'ultimo periodo grazie allo sviluppo di nuove sonde per il trattamento. Il meccanismo d'azione responsabile della riduzione della pressione intraoculare dopo HIFU è il risultato di varie componenti: la distruzione dell'epitelio pigmentato e non pigmentato del corpo ciliare, l'atrofia del muscolo ciliare, una ciclodialisi e un assottigliamento del tessuto sclerale stesso. L'intervento prevede l'utilizzo di una sonda circolare che si adatta perfettamente alla superficie oculare; all'interno della sonda sono presenti 6 trasduttori ciascuno dei quali produce un fascio di ultrasuoni focalizzato permettendo di agire contemporaneamente su più parti del corpo ciliare, sede della produzione dell'umore acqueo. Il trattamento si esegue in sala operatoria in anestesia topica. Il fascio di ultrasuoni generato dalla sonda può essere concentrato nei seguenti modi: geometricamente, per esempio attraverso lenti o con trasduttori sferici, elettronicamente, adeguando le relative fasi di elementi in

una matrice di trasduttori. Gli ultrasuoni si propagano come un'onda acustica, che attraversa i tessuti, senza lesionarli, e trasformandosi in energia termica solo nel punto focalizzato. In medicina questi ultrasuoni focalizzati sono già ampiamente utilizzati nella terapia e cura di alcuni tumori, come già ricordato in precedenza, proprio per la capacità di determinare un'ablazione selettiva del tessuto tumorale senza lesionare i tessuti vicini. Per quanto riguarda le malattie oculari il campo di applicazione principale attualmente è il glaucoma; può essere usato sia nelle forme refrattarie alla terapia, quindi glaucomi avanzati già sottoposti a precedenti interventi chirurgici, sia in quelle forme di glaucoma primario o secondario dove la terapia medica crea allergie e danni alla superficie oculare; addirittura sono in studio trattamenti su occhi vergini rispetto alla tradizionale chirurgia del glaucoma. Il fascio focalizzato nell'occhio colpisce il corpo ciliare provocando una ablazione pari a circa il 60% dei corpi

ciliari stessi che progressivamente vanno in contro ad atrofia con riduzione della produzione di umore acqueo, e conseguente riduzione della pressione intraoculare. La procedura, grazie alle moderne tecnologie applicate, viene eseguita sotto guida ecografica ultrabiomicroscopica (UBM) quindi con una visione in diretta; la durata del trattamento è molto breve (meno di due minuti) poiché si trattano in contemporanea più parti del corpo ciliare, e in casi selezionati può anche essere ripetuta. In letteratura i dati sperimentali confermano la sicurezza e l'efficacia della metodica mettendo in evidenza la selettività del trattamento rispetto anche a metodiche convenzionalmente utilizzate in presenza di glaucomi refrattari; in particolare rispetto a tecniche come la ciclocrioablazione gli ultrasuoni focalizzati consentono di limitare gli effetti collaterali del trattamento quali la riduzione della acuità visiva, l'ipotonia persistente o nei casi ancora più gravi la ftisi bulbare, massimizzando il risultato ipotensivo.



Insufficienza mitralica: novità in chirurgia

L'apparato valvolare mitralico è una struttura dalla complessa architettura anatomica che separa due camere cardiache, l'atrio ed il ventricolo di sinistra, regolando tra di esse il flusso di sangue unidirezionale ed impedendone al contempo il rigurgito, in rapporto alle diverse fasi del ciclo cardiaco.

La valvola mitrale può essere interessata da due alterazioni principali nel suo funzionamento: la stenosi o più frequentemente il rigurgito. Quest'ultimo può talora nascere da un difetto che non interessa in primis i lembi della valvola stessa, ma le corde tendinee che, prendendo origine dalla testa dei muscoli papillari si inseriscono nella loro estremità distale sul margine libero, e non solo, dei lembi mitralici; controllando di fatto l'agile e regolare escursione dei lembi della valvola. Se immaginiamo la valvola mitrale come un ponte, di cui i muscoli papillari, con le relative corde tendinee, costituiscono i tiranti, appare intuitivo come, in caso di un cedimento di uno di questi tiranti, il ponte (la nostra valvola mitrale) possa diventare meccanicamente insufficiente. Se ci spostiamo all'interno delle camere cardiache, la conseguenza di questo indebolimento strutturale è una chiusura non completa della valvola, e quindi il rigurgito di sangue in atrio sinistro.

Le cause più frequenti di questa tipologia di insufficienza valvolare mitralica sono l'allungamento o la rottura di una o più corde tendinee, che rientrano nell'ambito della cosiddetta malattia degenerativa. Ad oggi i centri di Chirurgia Cardiaca sono in grado di offrire per questa malattia le opzioni chirur-





giche tradizionali: sternotomia o mini-toracotomia, circolazione extracorporea, arresto cardiaco, apertura dell'atrio sinistro, riparazione valvolare.

Da alcuni anni solo in Centri in cui si investe nell'innovazione tecnologica in ambito cardiovascolare si può disporre di innovativi devices mini-invasivi per ripristinare il corretto funzionamento della valvola, con intervento diretto sulle corde tendinee. Il sistema Neochord, per l'appunto, è stato concepito per sostituire le corde tendinee danneggiate o rotte della valvola mitrale attraverso il rilasciamento di nuove corde tendinee artificiali (o neo-corde), a cuore battente e senza circolazione extracorporea, in modo da preservare gli elementi anatomici non strutturalmente alterati. La procedura viene ormai routinariamente eseguita e prevede, in anestesia generale, la

realizzazione di una mini-incisione cutanea toracica antero-laterale sinistra (circa 4 cm), attraverso la quale si procede ad introdurre una guida diretta verso l'apice cardiaco. Il catetere così posizionato consente di rilasciare, e successivamente ancorare alla valvola, più corde artificiali in Goretex, della lunghezza di circa 5-7 cm e dello spessore di circa 1 mm. Le neo corde impiantate da un punto di vista strutturale sono le medesime corde, quindi ben testate, che vengono utilizzate nella chirurgia tradizionale; esse quindi mantengono in maniera sufficientemente fedele le caratteristiche anatomiche di resistenza delle corde "naturali" e nel contempo riproducono la fisiologica flessibilità. L'intervento viene eseguito sfruttando come guida le immagini ottenute dall'ecocardiogramma transesofageo tridimensionale in-

ottima grado di tensione, al fine di ridurre/eliminare il rigurgito patologico.

I risultati finora ottenuti sono davvero entusiasmanti, con netto miglioramento della sintomatologia dei pazienti, basso tasso di complicanze e tempi brevi di dimissione ospedaliera, con una media di 4-5 giorni di degenza in Reparto cardiocirurgico, senza necessità di riabilitazione post-operatoria. E quindi con una rapidissima ripresa e ritorno alla vita normale.

La tecnologia Neochord è stata sviluppata presso la Mayo Clinic di Rochester (Minnesota), ed è ormai riprodotta in modo sicuro e standardizzato presso il Centro Cardiologico Monzino di Milano.

Essa trova un'indicazione terapeutica nel trattamento dell'insufficienza mitralica in tutti i pazienti affetti da malattia da prolasso, ed offre l'innegabile vantaggio dell'incisione di piccole dimensioni, ma soprattutto il mancato ricorso alla circolazione extracorporea e all'arresto cardiaco ed oggi occupa, a giusta ragione, un ruolo di primo piano nello scenario in sviluppo delle tecniche chirurgiche cardiache mini-invasive.



La Tiroide: una farfalla indispensabile

E' una piccola ghiandola a forma di farfalla collocata davanti alla trachea, alla base del collo. Quasi non ci accorgiamo della sua esistenza, eppure è fondamentale per il buon funzionamento del nostro organismo. La tiroide infatti controlla il metabolismo e il consumo di energia, regola la frequenza cardiaca, il colesterolo, il peso corporeo, la forza muscolare, l'attività cerebrale, agisce perfino su pelle, capelli e molto altro ancora. A volte però qualcosa nel suo funzionamento si inceppa, e allora bisogna correre ai ripari. Si tratta quasi sempre di patologie lievi che però colpiscono frequentemente, in modo particolare le donne: ci sono forme in cui si produce un ingrandimento della tiroide stessa, spesso accompagnato dalla formazione di noduli, altre in cui la ghiandola funziona troppo e troppo poco, e anche casi di tumore. In molti casi i sintomi non rimandano immediatamente a un problema tiroideo,

per cui spesso si scopre di esserne affetti quasi casualmente, magari con un'ecografia fatta per altri motivi. Fortunatamente la percentuale di guarigione è altissima. Le principali e più diffuse malattie della tiroide il "gozzo" accompagnato in molti casi dalla presenza di noduli tiroidei, l'ipotiroidismo, l'ipertiroidismo e molto più raramente il cancro.

Il gozzo, riconoscibile come rigonfiamento sul collo, oltre che talvolta da difficoltà a inghiottire o a respirare, è oggi fortunatamente abbastanza poco frequente, è causato in larga misura da una carenza di iodio e da predisposizione genetica. Oggi sono molto più frequenti piccoli noduli della tiroide che vengono evidenziati con l'ecografia del collo. Una causa fondamentale di gozzo nodulare è una carenza di iodio, elemento necessario per la produzione dell'ormone tiroideo (tiroxina e triiodotironina), che possiamo procurarci solo attraverso l'ali-

mentazione: ne sono ricchissimi tutti i tipi di pesce, particolarmente i crostacei, e anche il cosiddetto "sale iodato", che si trova facilmente in commercio. Lo sforzo compiuto dunque dalla tiroide per catturarne il più possibile provoca anche un aumento del numero delle cellule tiroidee e quindi un ingrandimento della ghiandola, che col tempo possono portare allo sviluppo di noduli, benigni nella maggior parte dei casi. A volte il gozzo si forma invece per una predisposizione genetica e familiare. Eliminarlo è difficile, ma si può cercare di bloccare la crescita con una terapia farmacologica a base di tiroxina.

Fondamentalmente genetica è invece la causa di ipotiroidismo e ipertiroidismo, che provocano un mal funzionamento della ghiandola. Nel primo caso, che investe dal 2% al 5% delle donne, questa lavora poco, quindi fatica a produrre i suoi ormoni e rallenta molte funzioni dell'organismo, provocando

Come ogni anno, gli allievi della Scuola di Endocrinologia Pisana hanno commemorato l'anniversario della scomparsa del Professor Aldo Pinchera con un evento scientifico che li ha visti riuniti per discutere, come lui amava fare, le ultime novità nell'ambito endocrinologico. L'evento si è svolto in data 14 ottobre 2016 presso il Bastione San Gallo al Giardino Scotto e ha visto coinvolti non solo molti degli endocrinologi diplomatisi presso questa prestigiosa Scuola ma anche altri che per motivi vari sono legati alla Endocrinologia Pisana. Il convegno si è aperto con una lettura magistrale sulla oftalmopatia basedowiana centrata sui cambiamenti sia della patologia che dei suoi trattamenti avvenuti nelle ultime decadi seguito poi da un simposio sulle varie conseguenze della insulino resistenza e sulle relazioni di questa patologia con l'obesità e il cancro della tiroide. Successivamente ci sono state una serie di relazioni sull'uso convenzionale e non convenzionale del TSH umano ricombinante nella pratica clinica. Nell'ambito del convegno sono stati previsti ampi spazi per la discussione interattiva tra docenti e discenti necessari per raggiungere quello che è lo scopo di questo convegno e cioè il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti.

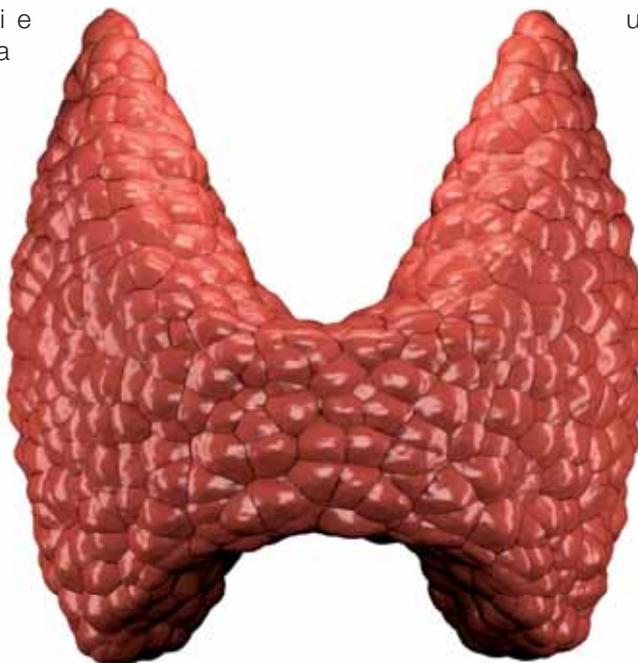


stanchezza fisica e mentale, sensazione di freddo, battito cardiaco più lento, depressione, gonfiori e pelle secca. Richiede una terapia con farmaci a base di tiroxina, e non guarisce mai definitivamente. Al contrario, nella forma più diffusa di ipertiroidismo nota come morbo di Basedow, che colpisce il 2% delle donne tra i venti e i quarant'anni, la ghiandola funziona eccessivamente, causando tachicardia, irritabilità, insonnia, tremori e sudori, perdita di peso, insofferenza al caldo, gozzo e spesso anche esoftalmo, vale a dire occhi sporgenti e particolarmente irrorati di sangue. Si risolve definitivamente con i farmaci solo in 1 caso su 3, negli altri occorre l'asportazione chirurgica della tiroide, oppure una terapia radiometabolica con un isotopo radioattivo dell'iodio, lo iodio 131.

Esiste un'altra forma di ipertiroidismo non genetica, più difficile da riconoscere perché quasi asintomatica, e deriva da un gozzo nodulare che lentamente nel tempo produce noduli capaci di produrre ormoni tiroidei in eccesso. A differenza del morbo di Basedow,

questa forma di ipertiroidismo si instaura soprattutto in età avanzata, colpisce entrambi i sessi allo stesso modo e non raggiunge mai una guarigione completa con i farmaci antitiroidei, ma solo con le altre due soluzioni.

Molto raro e quasi mai letale, infine, il cancro, provocato da un'alterazione dei geni che regolano i meccanismi di crescita delle cellule tiroidee. Si manifesta come un nodulo tiroideo ed è diagnosticabile con certezza soltanto con l'apposito esame dell'agoaspirato, che individua eventuali alterazioni maligne delle cellule. In questo caso il tumore va asportato chirurgicamente per poi procedere con la terapia radiometabolica con lo iodio radioattivo, eliminando, nella maggior parte dei casi, definitivamente il pericolo.



Obesità e Disturbi Alimentari: nuovi percorsi per i bambini

L'eccesso di peso costituisce attualmente uno dei maggiori problemi di salute nei Paesi Occidentali, nei quali si stima, tra l'altro, che oltre il 20% dei bambini sia obeso o sovrappeso. Analogamente è in crescente aumento l'esordio precoce, in età prepuberale, dei disturbi alimentari, quali anoressia e bulimia. L'obesità infantile è oggi ampiamente riconosciuta come predisponente, non solo a patologie metaboliche dell'adulto, ma anche all'insorgenza di disturbi alimentari in età giovanile.

Affrontare in maniera efficace queste problematiche è una delle sfide più rilevanti per la comunità scientifica e i sistemi sanitari. Nella nostra società le scelte e gli stili alimentari sono sotto il fuoco incrociato di allarmi, preoccupazioni, stress, interessi commerciali, informazioni pseudoscientifiche, pressioni incongrue e irrealistiche sull'ideale estetico di magrezza, che determinano spesso confusione e disorientamento nei comportamenti dei singoli e delle famiglie. Le famiglie in particolare sono chiamate in gioco visto che il comportamento alimentare del bambino risente

fortemente delle abitudini e dello stile alimentare dei genitori, e la qualità "emotiva ed affettiva" delle relazioni e dei pasti consumati insieme ai genitori rappresenta un fattore rilevante nel determinare l'alimentazione del bambino.

A fronte di molte ricerche che individuano ormai con chiarezza punti cruciali per la prevenzione e il trattamento di obesità e disturbi alimentari, spesso per i bambini si osserva ancora un approccio basato prevalentemente su dieta e restrizione calorica, con atteggiamenti di svalutazione, e talora persino punitivi, che non tengono conto di altri fattori, emotivi, affettivi e relazionali, connessi al cibo e all'atto del nutrirsi.

Su queste basi l'European Association for the Study of Obesity (EASO) ha di recente pubblicato una Guida pratica per i genitori di bambini sovrappeso (Practical Guide for the Parents of Overweight Children) e, nell'agosto scorso, l'American Academy of Pediatrics ha pubblicato un Rapporto indirizzato ai clinici sulla prevenzione dell'Obesità e dei Disturbi Alimentari negli adolescenti.

In questi autorevoli documenti, ricchi di aggiornata bibliografia,

attività fisica, ridurre l'uso eccessivo di PC e TV, favorire il consumo di frutta e verdura, ridurre l'assunzione di bevande ricche in zuccheri, ecc.), ma vengono anche sottolineate con forza alcune importanti indicazioni, forse non altrettanto note, su cui porre particolare attenzione.

1. "Fare attività fisica con piacere" promuovendo, oltre alla performance e la ricerca dell'esercizio "perfetto", la libera espressione della motricità, l'esplorazione dell'ambiente naturale e il gioco all'aria aperta. Analogamente

2. "Mangiare con piacere": "nei bambini la dieta, la restrizione dietetica per sé, è fortemente da scoraggiare, perché inefficace, controproducente e talora anche dannosa". Le evidenze che le diete siano un fattore di rischio sia per obesità che per disturbi alimentari sono ormai consolidate. La strutturazione e la promozione di un'alimentazione più sana ed equilibrata devono pertanto essere promosse con metodi e strumenti diversi, riportando l'attenzione ai segnali interni di fame e sazietà, al gusto e alla palatabilità degli alimenti, evitando la dicotomia tra cibi buoni e cibi cattivi, favorendo il riconoscimento dei motivi che spingono all'assunzione di cibo per motivi diversi (noia, irritazione, stanchezza, ecc) dal soddisfare i propri bisogni energetici. C'è inoltre da tener conto che la cosiddetta "golosità" risponde, specie nei bambini, ad attività di strutture neuroencefaliche che prevaricano in genere la "forza di volontà". La modulazione di tali attività





necessita pertanto di interventi nuovi e più complessi rispetto alla semplice prescrizione di una dieta.

3. Un'indicazione significativa riguarda poi la promozione dei pasti in famiglia in contesti affettivamente "caldi". "Un'alta frequenza di pasti consumati insieme in famiglia è associata ad una migliore qualità dell'alimentazione dei bambini, facilita un maggiore consumo di frutta e vegetali e la riduzione del consumo di bibite gassate."

4. Altro aspetto rilevante è ridurre il focus sull'importanza del peso corporeo, oggi invece frequentemente oggetto di discussione e di preoccupazione da parte degli adulti sia rispetto a se stessi che riguardo ai bambini. "Molti studi hanno dimostrato che conversazioni riguardo al peso corporeo da parte di genitori e amici, anche se con la buona intenzione di incoraggiare una migliore alimentazione, favoriscono al contrario

il sovrappeso". Informazioni e conversazioni relative al mangiare sano e alle tradizioni culinarie, così come il contatto "naturale" e l'esperienza giocosa con il cibo ("mettere le mani in pasta"), appaiono essere invece fattori protettivi.

5. Molti studi indicano come elementi determinanti nel favorire sovrappeso e insorgenza di disturbi alimentari nei bambini, siano lo scherno e la presa in giro ("teasing") riguardo al peso e al proprio aspetto fisico, specie se da parte di genitori e parenti. Il teasing determina nel bambino mortificazione, frustrazione e senso di impotenza che facilmente possono indurre il rifugio consolatorio nel cibo. "Le prese in giro in famiglia rispetto al peso predicono direttamente il sovrappeso, il binge eating (abbuffarsi di nascosto) e il ricorso a diete incongrue ed estreme".

6. "Oltre la metà delle adolescenti e un quarto degli adolescenti

mostra insoddisfazione corporea", indipendentemente spesso dal proprio peso, e anche per il confronto con modelli irrealistici di magrezza. L'insoddisfazione corporea è un fattore di rischio diretto per disturbi alimentari e facilita comportamenti alimentari incongrui. Per questo è importante affrontare l'insoddisfazione corporea nei bambini e negli adolescenti, riducendo la pressione sull'ideale estetico di magrezza, offrendo esperienze ed attività educative e formative volte a favorire la consapevolezza del valore di sé e a promuovere il senso di adeguatezza e di autostima.

In sintesi, per la prevenzione e il trattamento di obesità e disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti, la ricerca scientifica mostra oggi chiare evidenze e offre indicazioni che implicano una profonda revisione dei comuni approcci a queste patologie. Tali indicazioni meritano accoglienza e necessitano di nuove traduzioni nelle pratiche sanitarie e nella vita sociale.

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

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

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

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

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

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

Procedura di attivazione:

- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- Inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

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

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica

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



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

Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

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

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

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

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

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

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



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



www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

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

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

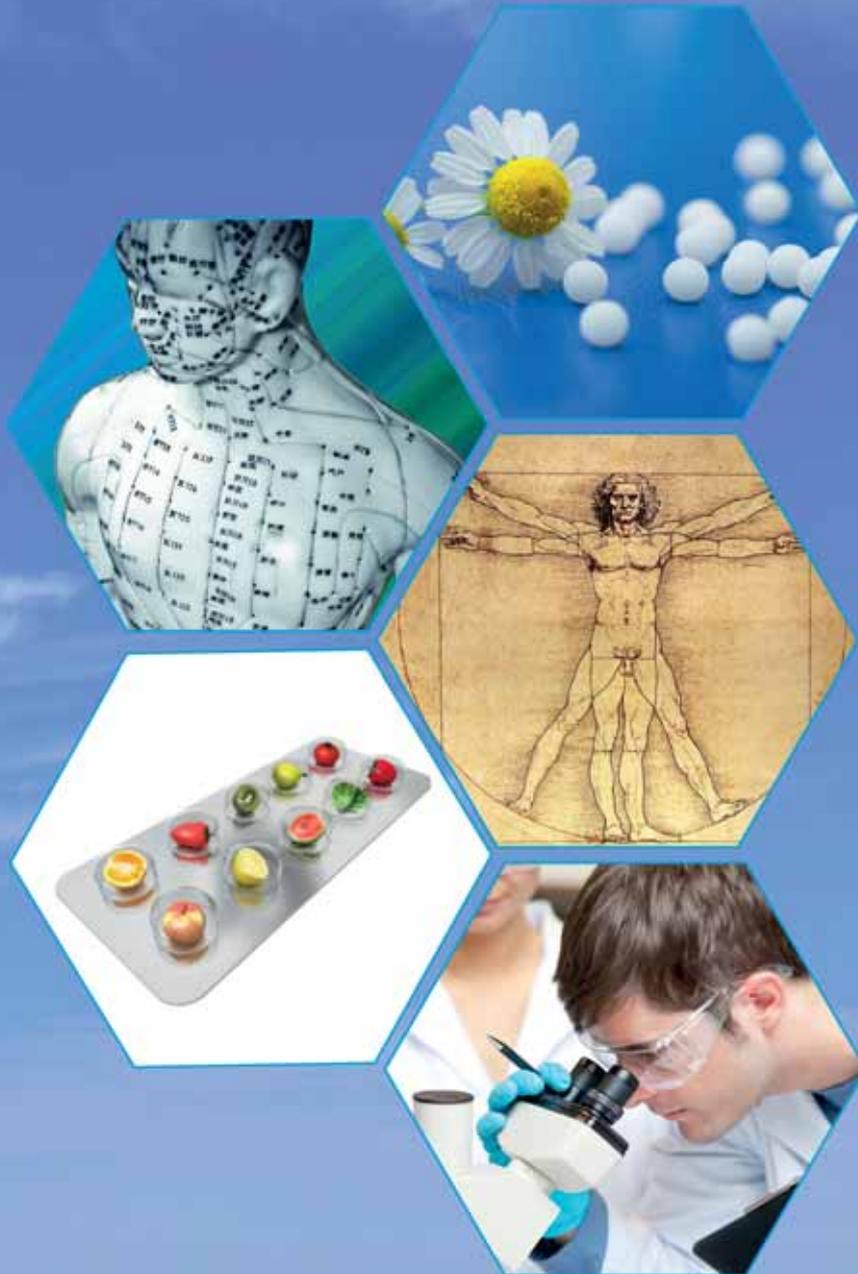
BCC Ag. 19

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



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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