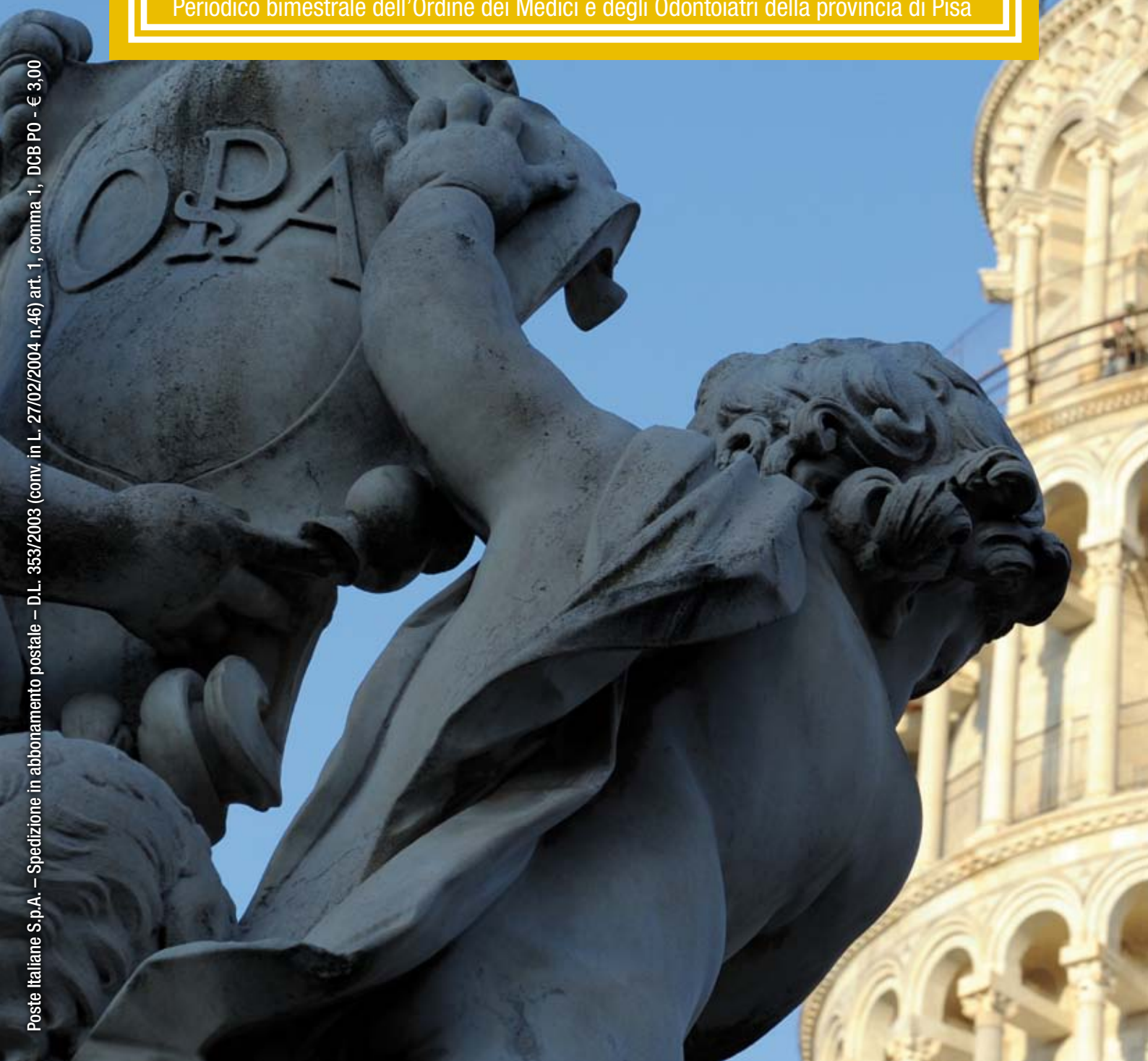


PisaMedica

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:

**Art. 590-bis c.p.
Lesioni personali stradali
gravi o gravissime.
Obblighi per i medici**

L'Ordine Informa

**Corso FAD di radioprotezione
obbligatorio per odontoiatri**

R. Trivelli
Presidente della Commissione
Albo degli Odontoiatri di Pisa

**Biologia molecolare:
Pisa al "top" nazionale**

G. Fontanini
Responsabile Laboratorio di Biologia Molecolare,
Anatomia Patologica III Universitaria, AOUN



CAMERA CON VISTA STORIA

Trascorrere anche una sola notte nella magia del Relais I Miracoli, è un'esperienza che vi accompagnerà per la vita. Abbiamo impiegato anni di attento e meticoloso lavoro, utilizzando il meglio delle **più moderne tecnologie ecocompatibili** per offrirvi il **migliore confort** all'interno delle nostre location: quattro "exclusive rooms" e quattro "de luxe rooms".

TARIFFA AGEVOLATA PER GLI ISCRITTI AGLI ORDINI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI
SCONTO 25% SUI PREZZI DI LISTINO - TARIFFA NON RIMBORSABILE



Residenza d'Epoca
RELAIS I MIRACOLI

Via Santa Maria, 187 - 56100 Pisa ☎ Tel: +39 050 560572

✉ info@relaisimiracoli.it 🌐 www.relaisimiracoli.it

A.A.A. medici cercasi

eri poco, oggi troppo, domani ancora poco, forse molto poco. Parliamo d'iscrizioni all'Ordine professionale e della loro altalena storica, attuale e futura nell'ultimo mezzo secolo. Negli anni '60, in un'Università tipo Pisa, le matricole si contavano in poco più d'un centinaio perché c'erano vincoli d'accesso. Poi seguì il "boom" con l'apertura a tutto campo, per qualunque scuola superiore e si registrò in conseguenza una crescita del mille per cento. Oggi, in Italia, si laureano in media circa diecimila medici all'anno. Due terzi troveranno inserimento nelle scuole di specializzazione, un altro terzo rimarrà con la sola laurea in tasca. Non potrà, cioè, accedere a concorsi pubblici od ospedalieri. Così, man mano che i "vecchi" sono andati, vanno ed andranno in pensione, non ci sarà più il necessario ricambio, grazie alle nuove normative. Già, a livello istituzionale di settore, si paventa la carenza in ambito nosocomiale di

specialisti quali anestesisti, circa un migliaio secondo le previsioni, neurochirurghi e pediatri. Una prospettiva tutt'altro che rassicurante. Già nel Nord Italia cominciano ad essere insufficienti i medici di continuità assistenziale, un po' la base del nostro sistema sanitario pubblico. Si potrà indicare una possibile soluzione nell'aumentare i "massimali", ma sarà come nascondersi dietro il classico dito. La gente, a spasso, ci sarà sempre. C'è stato un tempo in cui la grande aspirazione dei genitori era quella di avere un figlio medico, un vanto per cui fare tutti i sacrifici possibili. Adesso, tante cose sono cambiate ed i genitori di oggi stanno necessariamente guardando in altre direzioni per la sicurezza nel futuro dei loro ragazzi. Abbiamo, ma non solo noi, lanciato il sasso nello stagno. Qualcuno cominci a preoccuparsi. Il Parlamento che uscirà con la prossima legislatura dovrà darsi e darci una risposta, forte e chiara.



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,
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
Luminarprint srl

Foto di copertina
concessa da Gianfranco Borrelli

Pisa Medica Online

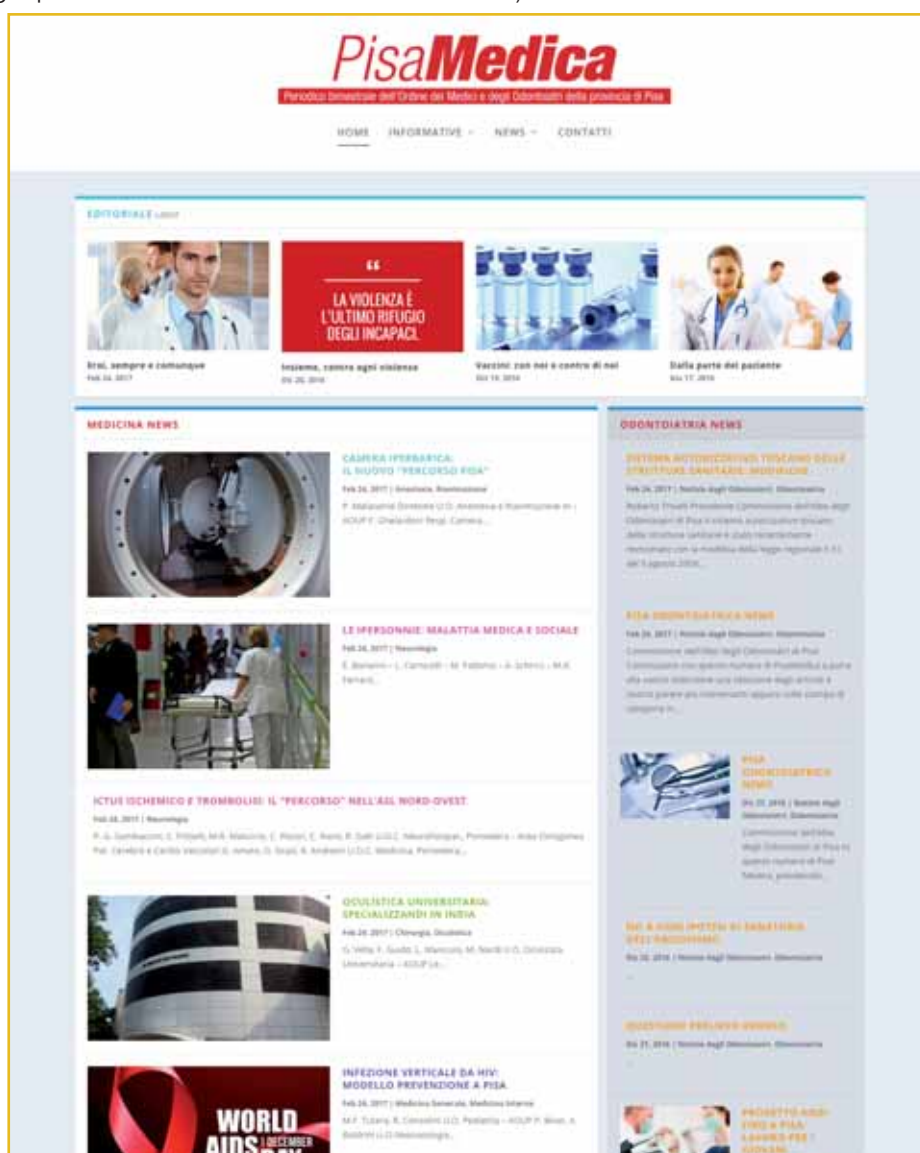
Caro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. 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 2017 Pisa Medica è diventata **PisaMedica Online (www.pisamedica.it)**, 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 e inviando la richiesta tramite fax al n. 050.791.20.44 oppure tramite e-mail a segreteria@omce-opi.org

*Attenzione: la mancata compilazione del questionario 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.*





FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 93

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

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

2017/11664-06-10-2017-PARTENZA

MOLTO IMPORTANTE

Oggetto: art. 590-bis c.p. Lesioni personali stradali gravi o gravissime - obblighi per i Medici.

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno segnalare che è notizia di questi giorni che sono stati aperti procedimenti penali a carico di medici in ordine all'omissione di referto (art. 365 c.p.) e omissione di denuncia (artt. 361-362 c.p.) correlati al reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590-bis c.p.) introdotto con legge 23 marzo 2016 n. 41.

Si rileva che l'art. 365 c.p. punisce "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità ...". L'art. 361 c.p. punisce il pubblico ufficiale che omette o ritarda di denunciare "un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni".

Pertanto di seguito, a scopo puramente informativo, si chiariscono gli aspetti di particolare interesse per la professione medica relativamente al reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis c.p.

Con la legge 23 marzo 2016 n. 41 (Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274) sono stati introdotti i reati di omicidio stradale (art. 589-bis) e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590-bis), commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, ai quali rimane affiancato il reato di lesioni personali colpose ex art. 590 c.p., che continuerà ad applicarsi per tutte le ipotesi di lesioni, in cui vi sia stata guarigione entro quaranta giorni; in tale ultimo caso, quindi, rimarrà ferma la procedibilità a querela della persona offesa e la competenza del Giudice di pace. **Invece, le più rilevanti conseguenze**

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06.36.20.31 Fax 06.32.25.818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



FNOMCeO

Il Presidente

nell'ipotesi di lesioni derivanti da incidente stradale riguardano proprio i casi in cui la natura della lesione subita è tale da superare i predetti quaranta giorni di malattia, qualificandosi quindi come grave o gravissima. Ora, quando le lesioni si profilano come gravi o gravissime, ovvero in tutti quei casi in cui la malattia ha una durata superiore ai quaranta giorni, si applica il nuovo art. 590 bis c.p. e, quindi, la procedibilità è d'ufficio e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica, assumendo particolare rilevanza per le ricadute poste a carico dei medici.

Infatti si sottolinea che il medico in caso di lesioni colpose gravi o gravissime secondarie a incidenti stradali avrà l'obbligo di redigere il referto o la denuncia, nel caso il sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, pena incorrere nell'omissione di referto (ex art. 365 c.p.), o nell'omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (ex art. 361-362 c.p.).

Il referto (All. n. 1) o la denuncia possono essere inoltrati o ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) o direttamente presso la Procura della Repubblica. Come è noto il referto da inviare all'Autorità Giudiziaria costituisce un obbligo per il medico che, nell'esercizio della propria professione, abbia prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale sia prevista la procedibilità d'ufficio.

Si sottolinea che l'art. 334 c.p.p. prevede che "chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto".

Si rileva che la denuncia rappresenta anch'essa un atto scritto di segnalazione e informazione all'Autorità Giudiziaria, qualora il medico rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio. Ai fini pratici e dal punto di vista formale non vi sono sostanziali differenze rispetto al referto, dovendo anch'essa (secondo gli art. 331 e 332 c.p.p.) contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, il giorno dell'acquisizione della notizia, le generalità

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06.36.20.31 Fax 06.32.25.818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



FNOMCeO

Il Presidente

della persona offesa e, se possibile, ulteriori circostanze utili alla ricostruzione del fatto. Questa deve essere, infine, trasmessa senza ritardo.

Ciò detto, sul piano pratico il medico dovrà redigere il referto o denuncia nel caso di lesioni, a seguito di sinistro stradale, che possano rivestire gli estremi delle lesioni gravi o gravissime; il medico dovrà, per mezzo dell'espressione di un giudizio prognostico, orientare l'Autorità Giudiziaria nella valutazione se il fatto possa integrare gli estremi delle lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis, procedibile d'ufficio, con i conseguenti provvedimenti di natura urgente che la nuova legge prevede o, in alternativa, integrare il delitto di lesioni personali colpose ex art. 590, procedibile a querela, per il quale non si rende necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti da parte della Polizia Giudiziaria. Pertanto si rileva che l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente sul medico di pronto soccorso che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da incidente stradale; ovviamente, però, lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni.

Dunque, anche il medico di base che visiti il proprio assistito, o lo specialista che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza.

Si sottolinea che tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici, che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni, di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno -anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità- affiancare una descrizione delle ragioni che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata.

Cordiali saluti



IL PRESIDENTE
Dott.ssa Roberta Chersevani

All. n. 1

Responsabile del procedimento: Dott. Marcello Fontana

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06.36 20 31 Fax 06.32 25 818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

Timbro del medico

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di

REFERTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA
(ex Art. 365 c.p.)

Il sottoscritto dott. _____ avendo sottoposto a visita medica in data ____/____/____
Il/la Sig./ra _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
identificato a mezzo _____ di professione _____
segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data ____/____/____ in un sinistro stradale con riferita responsabilità di terzi.

ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO

- ☐ Forze dell'ordine intervenute
☐ Precedente documentazione sanitaria

DA CUI E' DERIVATA

- ☐ malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni;
☐ malattia certamente o probabilmente insanabile;
☐ perdita di un senso;
☐ malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
☐ perdita dell'uso di un organo;
☐ indebolimento permanente di un senso o di un organo;
☐ perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile;
☐ perdita della capacità di procreare;
☐ permanente e grave difficoltà della favella;
☐ deformazione o sfregio permanente del viso

, ____ / ____ / ____

Il Medico _____
(firma e timbro)

Consegnato a: _____

Oppure: ☐ inviato via Fax al _____
☐ inviato via e-mail a _____

Il nodulo polmonare: dal taglio alla robotica

L'affinamento delle tecniche di indagine radiologica e lo screening per il tumore polmonare ha reso sempre più frequente e precoce la diagnosi di noduli polmonari di piccole dimensioni, spesso millimetrici e difficilmente resecabili, mediante la toracosopia tradizionale, per la difficoltà oggettiva di reperire un nodulo di dimensioni così esigue senza poterlo apprezzare con la palpazione. Negli ultimi anni, sono state messe a punto tecniche sempre più sofisticate ed affidabili di localizzazione intraoperatoria dei noduli polmonari. In questo lavoro abbiamo analizzato 175 pazienti, sottoposti a resezione chirurgica nel periodo gennaio 2010-2016, 97 uomini e 78 donne, con una età media di 66.1 anni (range 45-82);

La dimensione media dei NPS è di 13 mm (range 5-20), la distanza media dalla superficie pleurica è di 15 mm (range 6-39).

Analogamente alla metodiche con coloranti vitali, dopo anestesia locale della parete toracica, si introduce, sotto guida TAC, una sospensione costituita da 0,1-0,2 ml di ^{99m}Tc-albumina colloidale (sottoforma di microsfere o macroaggregati) e 0,2-0,3 di contrasto non ionico in prossimità del nodulo da resecare. Dopo verifica radiologica (TC torace), della corretta migrazione del mezzo di contrasto intra o perilesionale, si trasferisce il paziente in sala operatoria.

In anestesia generale (intubazione selettiva con tubo a doppio lume) con paziente posizionato in decubito laterale, si effettuano 3 incisioni della lunghezza di un centimetro l'una. Attraverso uno degli accessi chirurgici, si introduce la sonda "gamma probe" (Scinti Probe MR

100, Pol.hi.tech).

Il primo tempo consiste nello "scanning" del parenchima polmonare in un'area lontana dal NP, per misurare il "fondo radioattivo" nel cavo pleurico, il successivo passaggio, consente di rilevare il "focus" di radio-attività e di localizzare, con precisione, la sede della lesione che viene resecata.

Il tempo chirurgico medio è stato di 44 minuti (range 25-110). La percentuale di localizzazione intraoperatoria è del 100%.

Sono state individuate 15 lesioni benigne, 160 maligne, che includono 105 metastasi e 55 NSCLC; in questi ultimi è stato completato l'intervento con una lobectomia polmonare. Tra i pazienti affetti da malattia metastatica polmonare, abbiamo identificato quelli affetti da metastasi da carcinoma del colon; su un totale di 56 pazienti, ne abbiamo selezionato un sottogruppo di 44 con caratteristiche comuni (stadio di malattia alla diagnosi, trattamento ricevuto, tempo di follow-up minimo).

I pazienti sono 27 uomini e 17 donne, con una età media di 64.8 anni (range 52-74). La sopravvivenza attuariale a 5 anni è del 72%; l'intervallo libero da malattia è del 50% a 53 mesi.

Questi dati ci confortano e giustificano l'atteggiamento di eseguire una resezione chirurgica diagnostica precoce anche per noduli molto piccoli, consentendo con un minimo traumatismo, di anticipare l'eventuale trattamento chemio-radio-terapico con ottimi risultati in termini di sopravvivenza.

Ad oggi, per il reperimento dei noduli polmonari millimetrici, la tecnica con ausilio di sonda Probe previa marcatura con albumina marcata con

Tecnezio-99m, è il gold standard, unisce infatti praticità ed affidabilità, risultando però indispensabile una collaborazione multidisciplinare tra chirurgo toracico, radiologo e medico nucleare.

L'avvento della Chirurgia Robotica, il suo sviluppo e la sua applicazione multi-specialistica, nel Centro Multidisciplinare di Chirurgia Robotica della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (diretto dalla Prof.ssa Melfi), ha permesso l'esecuzione di questi interventi interamente con mini-accessi, mentre in epoca pre-robotica se l'analisi anatomopatologica estemporanea del nodulo ci dava come risultato un tumore primitivo polmonare, per il completamento in lobectomia era necessario un "taglio" (toracotomia) non solo traumatico per il paziente, ma anche foriero di possibili complicanze e degenza ospedaliera prolungata.

I vantaggi della Chirurgia Robotica che si aggiungono a quelli della toracosopia (minore sanguinamento, minor degenza, incisioni ridotte, riduzione del dolore post-operatorio) sono la maggior accuratezza e precisione chirurgica (per assenza del fisiologico tremore, modulato dai bracci robotici, miglior accesso in sedi anatomiche di difficile raggiungimento, come ad esempio alcune stazioni linfonodali, grazie ai 7 gradi di libertà di movimento, rispetto ai 4 della toracosopia, la visione tridimensionale e la miglior ergonomia per il chirurgo).

Nei pazienti sottoposti a lobectomia polmonare robotica riscontriamo una degenza media di 2/3 giorni, grazie alla mini-invasività ed all'utilizzo di protocolli fast track chirurgici che garantiscono un monitoraggio assiduo e costante riducendo al minimo le possibili complicanze.

Ipnosi in medicina

Nel contesto dell'ipnosi clinica ericksoniana l'ipnosi può essere considerata un particolare stato della mente che si presenta nella relazione tra un soggetto opportunamente addestrato a generarlo, l'ipnotista, e uno disponibile a sperimentarlo, il paziente.

Sempre secondo il modello ericksoniano durante la **trance**, è possibile imparare a modificare attivamente funzioni psichiche e somatiche normalmente non controllabili con la volontà.

L'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) ha pubblicato nel proprio portale una breve disamina sull'uso dell'ipnosi in medicina (asch.net) evidenziandone il vasto campo di impiego.

La rilevanza applicativa delle suggestioni sia dopo induzione ipnotica che nello stato ordinario di coscienza ha generato il bisogno di creare un gruppo per la ricerca e le applicazioni cliniche dell'ipnosi in medicina nel territorio pisano.

Le applicazioni cliniche dell'ipnosi per il trattamento del dolore sono note da tempo e nonostante alcuni centri, come quello diretto da ME Faymonville all'ospedale di Liegi, facciano ampio uso dell'analgesia da suggestioni sia da sole che in associazione con altri trattamenti per la terapia del dolore acuto e procedurale (anche chirurgico), in realtà non tutti i medici conoscono gli svariati campi applicativi dell'ipnosi.

Il nostro gruppo svolge attività di ricerca e attività clinica. Nel primo ambito, gli studi riguardano sia il controllo cognitivo del dolore che, in generale, i correlati fisiologici della suscettibilità

all'ipnosi; nel secondo ambito l'attività è indirizzata soprattutto al controllo del dolore cronico e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

L'istituto GIFT (Gestalt Institute for Therapy) di medicina integrata, dallo scorso anno sta offrendo ai pazienti che afferiscono presso il proprio centro di medicina psicosomatica un percorso integrato di self management definito "multistep" per soggetti con ansia e dolore cronico. Il percorso della durata di 12 mesi, risulta essere facilmente accessibile dai pazienti grazie al contributo dell'associazione Aplysia onlus (anch'essa parte importante dell'istituto GIFT) che ne copre quasi interamente le spese.

Il percorso integra le terapie farmacologiche per il trattamento

del dolore cronico e dell'ansia con un percorso di consapevolezza (prendendo spunto dai principi della terapia della Gestalt e della meditazione Vipassana) e di autoipnosi. In un'ottica psicosomatica la malattia può diventare così l'occasione di una crescita personale. Con l'autorizzazione esplicita della paziente, riportiamo di seguito una testimonianza:

La mia amica..... la fibromialgia

Odiare e scoprire di Amare la FIBROMIALGIA. Mi sveglio una mattina e mi accorgo che qualcosa è cambiato dentro di me, il DOLORE, il Dolore piano piano si impadronisce di me, è così forte, così lacerante, il mio corpo non riesce più a muoversi ogni singolo punto è attraversato da aghi



pungenti, un DOLORE che mi sta soffocando. Poi la diagnosi ...” FIBROMIALGIA “vivo con lei costantemente da nove lunghissimi anni, ho conosciuto il “DOLORE” ha trasformato ogni parte di me stessa, ha reso il mio corpo freddo, gelido, di ghiaccio, quanto freddo in questo corpo dolente. FIBROMIALGIA... malattia invisibile per gli altri, ma non per me, mi ha trascinato nella nebbia, mi ha fatto vivere nella sofferenza nella rabbia, è passata attraverso di me come un uragano distruggendomi dentro. Mi guardo allo

specchio e vedo solo il DOLORE, quanto male fa non essere creduta, compresa, aiutata. La paura mi assale, non avrò un domani una speranza, una sola per stare meglio. FIBROMIALGIA. DOLORE, il buio, stanchezza, paura, rabbia, tristezza, incomprensione umiliazione e solitudine. Nessun medico e nessuna medicina avevano effetto su di me, giorni mesi anni.

Sola con la mia Fibromialgia, poi un giorno un articolo, l'ipnosi analgesica per dolore cronico, la mia mente spera forse, chissà,

potrà essere efficace sulla FIBROMIALGIA? Sono stata inserita nel Progetto multistep, poi l'ipnosi.

La Fibromialgia si è arrabbiata ancora di più con me, quanto è difficile prendermi cura di me stessa, ma poi mi sono lasciata guidare mi sono fidata di colei che mi sta accompagnando nel mio cammino, durante l'ipnosi, un'emozione che mi trafigge il cuore, se solo il cuore potesse parlaresensazione di calore che mi attraversa il corpo, benessere e pace, sola con il mio IO, lacrime di emozione, di gioia bagnano il mio volto, in quel momento sono in assenza di DOLORE dopo nove anni.

Ho imparato ad ascoltarmi, ho imparato a volare libera con la mente, a non farmi trascinare via dalla Mente. Ho ascoltato cosa vuole comunicarmi la FIBROMIALGIA. Ho conosciuto il DOLORE, il mio corpo riesce a scaldarsi e sciogliersi piano piano come fa la neve al sole, riesco a respirare ad essere viva ed il mio Dolore si sta placando, molte volte sono in assenza di colui che non ho mai voluto ascoltare. Ascoltare il DOLORE, corpo anima e mente adesso stanno viaggiando su un unico binario. Grazie, hai permesso che la Fibromialgia sia una dolce compagna di vita, FIBROMIALGIA cara amica mia, non sono più sola. La mente è come un paracadute, funziona solo se la apri. **Loretta.**



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

Biologia molecolare: Pisa al “top” nazionale

Non c'è sviluppo senza ricerca e integrazione e, senza dubbio, la **Biologia Molecolare** rappresenta oggi un'area moderna e innovativa dell'attività diagnostica in campo medico, trasversale a molte discipline, particolarmente utilizzata nel percorso diagnostico-terapeutico in ambito oncologico.

La Biologia Molecolare è un settore della biologia che nasce oltre 70 anni fa, con la scoperta del DNA, la “molecola informazionale intelligente”, costituita dal susseguirsi ordinato di “mattoncini” (le basi nucleotidiche), dalla cui specifica e regolare sequenza si ottiene l'informazione genetica per la sintesi di tutte le proteine che compongono i tessuti del nostro organismo. L'assetto genetico del DNA è diverso tra i singoli individui e anche le eventuali alterazioni di tale assetto sono diverse da soggetto a soggetto. Molte modificazioni genetiche sono responsabili di patologie sia ereditarie che acquisite, che si sviluppano nel corso

della vita e, soprattutto nelle patologie tumorali, le alterazioni genetiche possono essere diverse da un paziente ad un altro ed anche all'interno del tumore di uno stesso paziente, possono sussistere alterazioni molteplici e diversificate tra di loro.

Negli ultimi decenni questa diversità, ipotizzata fin dai tempi di Ippocrate, è stata ampiamente e con successo studiata attraverso indagini di biologia molecolare che oggi, con l'impiego di tecnologie molto complesse e sofisticate, può essere applicata allo studio del funzionamento e dell'interazione tra le varie macromolecole quali DNA, RNA e proteine, che rappresentano i depositari dell'informazione genetica contenuta nei singoli geni.

Negli ultimi dieci anni in particolare, le tecniche di biologia molecolare sono state utilizzate come strumenti diagnostici nella pratica clinica quotidiana di molte discipline dell'area medica come la Genetica, la Farmacologia e

l'Anatomia Patologica. Questo ha consentito di ottenere importanti informazioni inerenti: a) diversa ereditarietà e suscettibilità al cancro; b) variabilità genetica della risposta farmacologica; c) presenza di alterazioni molecolari nel tessuto tumorale (mutazioni, riarrangiamenti genici) diverse da paziente a paziente e utili bersagli terapeutici di farmaci “intelligenti”. La possibilità di estrarre il DNA da un tessuto tumorale, di caratterizzarlo e di studiarne le eventuali anomalie, ha permesso, soprattutto nell'ambito dell'Anatomia Patologica, di conoscere alcune delle alterazioni genetiche che sono alla base dello sviluppo di tumori umani tra i più frequenti e aggressivi come il tumore del polmone, il tumore del colon-retto, il melanoma, i tumori della sfera genitale maschile e femminile. E' stato possibile in questo modo “mirare” la terapia anticancro utilizzando i cosiddetti farmaci a “bersaglio molecolare” proprio sulla base delle alterazioni genetiche presenti nel tessuto tumorale.





Nei carcinomi polmonari, nei carcinomi colo-rettali, nei carcinomi della mammella e nei melanomi, gli studi di biologia molecolare hanno consentito in questi anni di migliorare le conoscenze sullo sviluppo, sull'evoluzione di queste neoplasie identificando alterazioni genetiche specifiche in un elevato numero di geni (EGFR, RAS, ALK, HER-2, BRAF) e in una percentuale non irrilevante di pazienti. Questo ha consentito di modificare l'impostazione terapeutica in particolare nelle neoplasie in fase avanzata: sono stati introdotti nuovi schemi terapeutici che hanno ridotto l'impiego dei chemioterapici convenzionali e favorito l'utilizzo di farmaci "intelligenti" mirati verso specifici bersagli, rappresentati dalle alterazioni genetiche identificate.

Già oggi in virtù dell'utilizzo di tali farmaci, sono stati ottenuti significativi miglioramenti nelle condizioni di vita dei pazienti affetti da vari tipi di tumore e nella loro sopravvivenza.

La progressione di alcuni tumori viene rallentata e spesso bloccata per lunghi periodi con una migliore qualità della vita in virtù della riduzione degli effetti collaterali spesso associati all'uso dei chemioterapici convenzionali.

La ricerca clinica è fortemente supportata dalla ricerca di base sia in campo tecnologico che

biomedico e questo permetterà di trasferire nella pratica clinica e nella diagnostica quotidiana, i risultati degli studi molecolari che già oggi non riguardano più solo il singolo gene in un singolo tumore, ma le alterazioni e le interazioni tra centinaia di geni e in più neoplasie contemporaneamente con importanti risultati per la lotta contro il cancro, lotta che in questo modo sta mettendo in campo tutte le sue forze.

E' proprio in linea con questa nuova impostazione della ricerca clinica che Pisa, con le numerose attività cliniche e di ricerca del suo Ospedale Universitario, si colloca al centro di una rete nazionale di elevato livello soprattutto nell'ambito della diagnostica molecolare di alcune patologie neoplastiche,

quali i tumori del polmone, del colon-retto e i melanomi cutanei. Sono stati ottenuti brillanti risultati attraverso l'acquisizione di tecnologie altamente innovative che hanno permesso di raggiungere importanti risultati sia a livello scientifico che di applicazione clinica dei dati ottenuti nella ricerca, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali (cliniche e laboratoristiche).

Le competenze raggiunte nella diagnostica molecolare, attraverso l'ottimizzazione delle attività e la traslazione dei risultati scientifici nella pratica clinica quotidiana, hanno favorito quindi l'inserimento di Pisa nella rete nazionale dei migliori centri di patologia molecolare sia in campo oncologico che in altri settori della patologia.



Obesità e sovrappeso: la nuova dietoterapia

Attualmente una persona ogni 10 minuti muore in Italia per cause e complicanze legate all'obesità, una malattia che ogni anno provoca 57 mila decessi e oltre mille morti a settimana. Le persone obese in Italia sono 6 milioni e le patologie di cui soffrono gravano sul Servizio Sanitario Nazionale con una spesa di 4,5 miliardi di euro. (figura 1)

L'obesità è una vera e propria epidemia causata dall'incremento dei consumi, sia in età evolutiva che adulta, di alimenti ad alta densità energetica e ad una drastica diminuzione dell'attività fisica durante il lavoro e nel tempo libero (figura 2).

L'adozione e il mantenimento di corrette abitudini alimentari fin dai primi anni di vita è alla base della prevenzione e del trattamento dell'obesità. E' fondamentale riconoscere e trattare

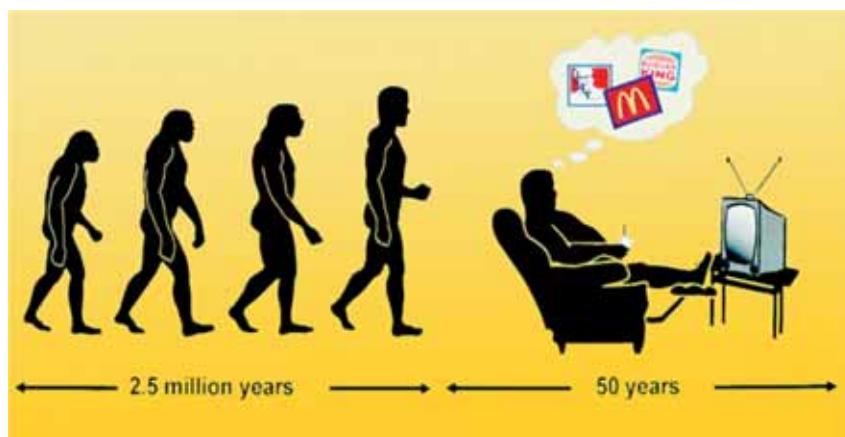


Figura 2

precocemente tale problema. Il trattamento dell'adulto e, a maggior ragione, del bambino obeso prevede la presa in carico da parte di un'equipe multidisciplinare; l'intervento nutrizionale deve mirare, tramite un programma di educazione alimentare, ad individuare e correggere i comportamenti alimentari disfunzio-

nali del paziente e del contesto familiare e sociale dove è inserito. Nell'età evolutiva è fondamentale coprire il fabbisogno di nutrienti, facendo riferimento alle raccomandazioni presenti nei LARN (Livelli di Assunzione Raccomandati dei Nutrienti. IV Revisione. 2014) ed è raccomandabile una corretta ripartizione dei pasti (figura 3).

Secondo gli Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016 (SIO-ADI Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016) la dieta ipocalorica deve mirare, nel caso di obesità di primo e secondo grado, alla riduzione del 10% del peso corporeo iniziale, nell'arco di 4-6 mesi. In presenza di obesità di terzo grado, la riduzione dovrebbe essere superiore al 10% del peso iniziale (figura 4).

Nei soggetti con Indice di Massa Corporea (IMC) compreso tra 25 e 35, quindi in sovrappeso



Figura 1

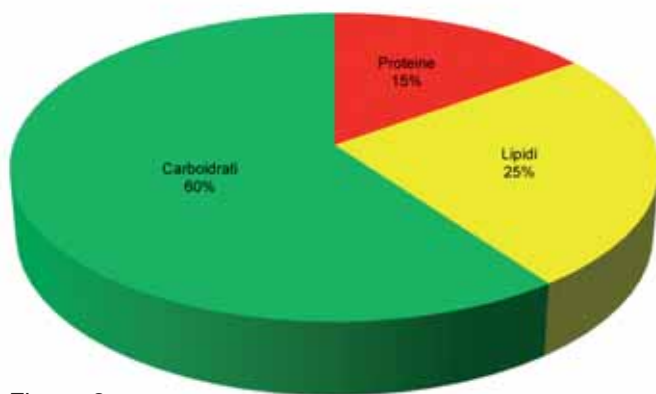


Figura 3

o con obesità di I grado, questo obiettivo può essere raggiunto inducendo un deficit calorico giornaliero di 300-500 kcal che significa, in termini di calo ponderale, 300-500 g a settimana. Per i soggetti con IMC superiore a 35, quindi con obesità di II o III grado, è consigliabile un deficit calorico di 500-1000 Kcal al giorno, tale da determinare un calo di peso di 500-1000 g a settimana.

Gli Standard Italiani per la Cura dell'Obesità suggeriscono inoltre che, nella elaborazione della dieta, una volta stabilito l'apporto calorico individuale, è opportuno mantenere un corretto bilanciamento dei nutrienti.

I carboidrati dovrebbero rappresentare il 55% delle calorie totali giornaliere. Durante la dieta ipocalorica e in un programma di mantenimento del calo ponderale, è consigliabile il consumo di alimenti a basso indice glicemico, ricchi in fibra e contenenti amido a lento assorbimento, in modo da limitare il picco glicemico post-prandiale e il conseguente rilascio di insulina. L'apporto proteico giornaliero raccomandato do-

tale.

La quota di grassi non deve superare il 30% delle calorie totali giornaliere con un apporto ottimale pari a 10 % di grassi polinsaturi, 10% di grassi monoinsaturi e 10% di grassi saturi. L'intake alimentare di colesterolo dovrebbe essere inferiore a 300 mg/die nell'adulto e 100mg/1000 kcal durante l'età evolutiva. È consigliato assumere almeno 2 porzioni di pesce a settimana per il loro contenuto in acidi grassi polinsaturi omega 3

vrebbe essere di 0,8 -1,0 g/kg di peso corporeo desiderabile. Le proteine devono essere di buon valore biologico, metà di derivazione animale e metà vege-

che esplicano un'azione protettiva sul rischio cardiovascolare. E' invece da limitare drasticamente (max 2,5 g/die) l'apporto di acidi grassi trans, presenti in genere nei prodotti industriali preparati con grassi idrogenati, in quanto è correlato ad aumento del peso corporeo, della circonferenza vita e del rischio cardiovascolare.

L'apporto giornaliero di fibra raccomandato per gli adulti è di almeno 30 g/die, cioè una quantità superiore rispetto ai consumi medi della popolazione italiana. In età pediatrica è raccomandato un apporto di fibra pari a 0,5 g/die/kg di peso corporeo. La fibra solubile svolge un importante ruolo nel controllo del peso corporeo, facilitando il raggiungimento del senso di sazietà e riducendo l'assorbimento dei grassi e degli zuccheri.

È quindi consigliabile aumentare l'apporto di frutta e verdura, legumi e cereali integrali, ottime fonti di fibra solubile e insolubile, limitando invece i cereali raffinati

e le patate, alimenti ad elevato indice glicemico. La fibra insolubile, invece, ha un ruolo di tipo funzionale, conferendo volume alle feci e favorendo l'evacuazione.

L'alcol, con il suo apporto energetico di 7 Kcal per grammo, fornisce energia di pronta disponibilità ma non ha potere saziante. Il consumo di alcol è da sconsigliare durante il dimagrimento (figura piramide alimentare).

Il modello alimentare di riferimento, secondo le Linee Guida per un Sana Alimentazione Italiana, segue i principi della Dieta Mediterranea, che ha un'evidenza scientifica sulla riduzione del

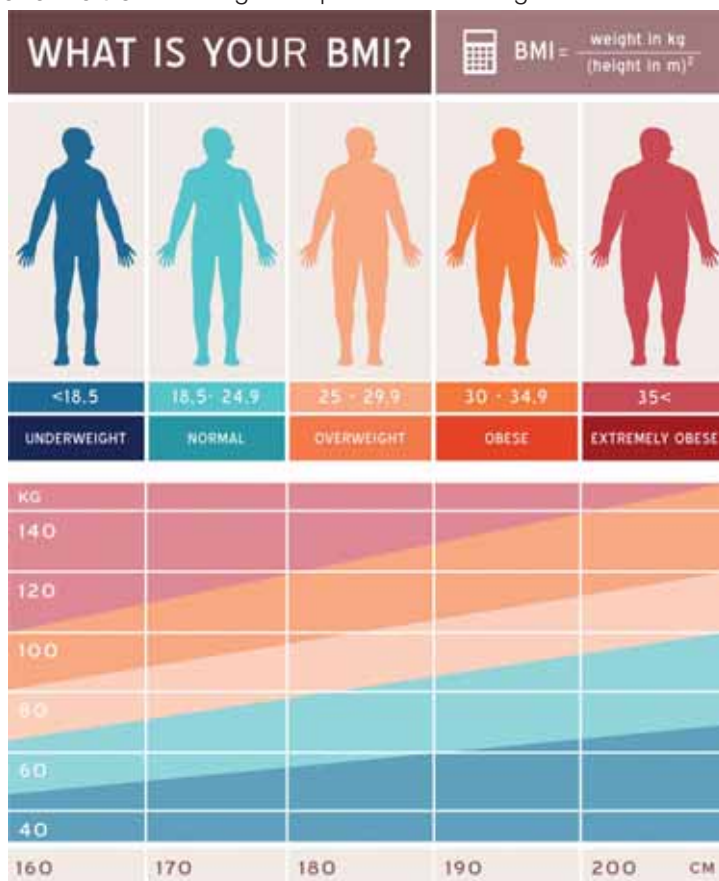
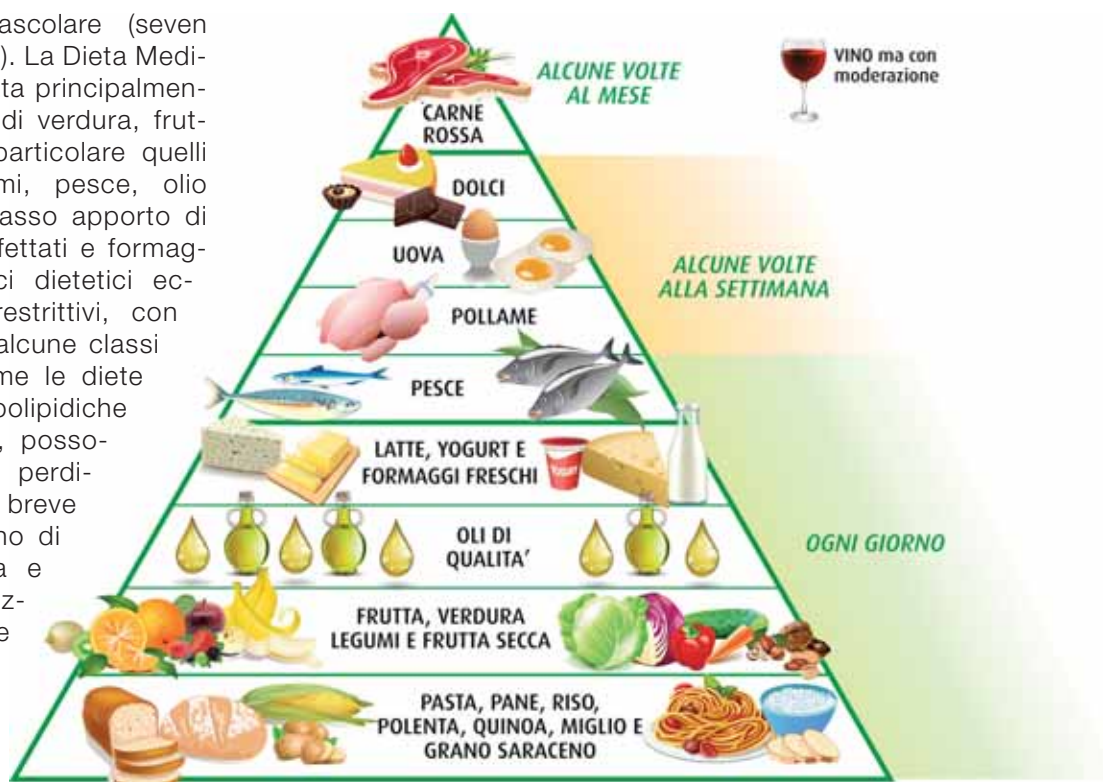


Figura 4

rischio cardiovascolare (seven countries study*). La Dieta Mediterranea è basata principalmente sull'apporto di verdura, frutta, cereali (in particolare quelli integrali), legumi, pesce, olio di oliva e un basso apporto di carne rossa, affettati e formaggi. Gli approcci dietetici eccessivamente restrittivi, con l'esclusione di alcune classi di alimenti, come le diete ipoglicemiche, ipolipidiche e iperproteiche, possono agire sulla perdita di peso nel breve periodo ma sono di scarsa efficacia e dubbia sicurezza nel medio e lungo termine. Questa tipologia di diete fortemente ipocaloriche, da attuare sotto



La piramide alimentare

stretto controllo medico, può essere riservata a casi particolari, laddove sia necessario un rapido calo ponderale, ad esempio in previsione di un intervento chirurgico, per ridurre i rischi anestesilogici e il timing chirurgico. È dimostrato che lo schema dietetico classico, che prevede grammature e rigide prescrizioni, è spesso fallimentare in quanto può risultare monotono e difficilmente perseguibile nel lungo periodo. Ad un periodo di eccessiva restrizione dietetica può seguire, molto frequentemente, una fase di disinibizione e questo rappresenta la causa della “weight cycling syndrome”, più comunemente nota come “sindrome dello yo yo”. (figura effetto yo yo). Una dieta corretta,

invece, deve essere concordata e personalizzata in base alle abitudini, i gusti e le patologie del soggetto in modo da essere accettata e seguita a lungo dal paziente che potrà ottenere risultati duraturi in termini di calo ponderale e di miglioramento delle patologie correlate. Uno strumento utile per aiutare il paziente a comprendere i comportamenti alimentari disfunzio-

nali è l'automonitoraggio o diario alimentare che consiste nella registrazione simultanea degli alimenti assunti nei diversi momenti della giornata, facilitando in questo modo l'individuazione delle abitudini dietetiche disfunzionali e la verifica dei progressi raggiunti.

Il termine “dieta” che deriva dal greco “*δίαιτα*”, significa “stile di vita” e indica un presidio a carattere permanente. Per ottenere risultati positivi e mantenerli nel lungo periodo, è fondamentale tenere conto dell'individualità della persona e dell'ambiente in cui vive.



L'effetto yo yo

*Ancel Keys (ed), *Seven Countries: A multivariate analysis of death and coronary heart disease*, 1980. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.



Centro termale | Piscine termali | Massaggi e trattamenti spa
 | Convenzione con SSN per grotta, fanghi, vasche ozono, terapie inalatorie |
 Voucher regalo | Pacchetti Day Spa | Hotel e sale riunioni

Sconti riservati su terme, trattamenti e ristorazione ai medici che attivano la convenzione tramite
<https://goo.gl/qcKYBR>.

BAGNI DI PISA

Largo Shelley 18, 56017 San Giuliano Terme, Pisa
 T. +39 050 88501
info@bagnidipisa.com

GROTTA GIUSTI

Via Grotta Giusti 1411, 51015 Monsummano Terme, Pistoia
 T. +39 0572 90771
info@grottagiustispa.com

A MEMBER OF
IH Italian
 Hospitality
 Collection

Terapia intensiva aperta: aspetti clinici ed etici

L'accesso alle cure intensive salvavita (C.I.S.) è appropriato per tutti quei malati che necessitano di monitoraggio e supporto attivo delle funzioni vitali divenute insufficienti (respiratoria, cardiocircolatoria, neurologica, metabolica) per i quali sussistono **“prospettive ragionevoli di recupero significativo”**. Tra le C.I.S. più frequentemente utilizzate in Terapia Intensiva vi sono la ventilazione meccanica invasiva mediante intubazione tracheale o tracheotomia, l'uso di farmaci endovenosi inotropi e/o vasoattivi o di supporto inotropo meccanico, la sedazione farmacologica, la curarizzazione, la nutrizione artificiale).

La appropriatezza/liceità del ricorso alle C.I.S. è legata a due aspetti, entrambi egualmente decisivi:

1) clinico: il medico deve valutare se vi sono, in relazione alla patologia acuta in atto e alle comorbidità presenti, **“prospettive ragionevoli di recupero”** tali da rendere ragionevolmente plausibile la efficacia clinica delle C.I.S. in relazione ad obiettivi/benefici di salute chiari e definiti.

2) etico: il paziente deve valutare se la **“significatività”** del recupero è per lui accettabile in termini di qualità di vita e se l'onere e la gravosità delle cure stesse è per lui sopportabile.

Purtroppo in Terapia Intensiva si ha a che fare con pazienti generalmente non in grado, o per la patologia in atto o per la necessità terapeutica di

una sedazione farmacologica, di esprimere il consenso alle cure: in assenza di **“Direttive Anticipate di trattamento”** redatte nell'ambito della Pianificazione Condivisa delle Cure, la ricostruzione della volontà del malato attraverso la testimonianza dei familiari può risultare complessa oltre che per loro particolarmente gravosa.

In termini etici, si usa il termine **“proporzionalità”** per indicare il rapporto tra efficacia clinica (rapporto rischio possibile / beneficio atteso) e onere/gravosità, sia fisico che psichico che il malato deve sostenere per ottenere quel beneficio clinico.

Risulta quindi evidente come una limitazione delle C.I.S. (non inizio o sospensione) possa e debba essere messa in atto o per motivi clinici, quando cioè non vi sono più **prospettive ragionevoli di recupero** e il processo di morte è avviato in modo ineluttabile (futilità) oppure

re perché inappropriato rispetto all'obiettivo clinico stabilito; o per motivi etici, quando cioè il malato, nell'ambito di una pianificazione condivisa delle cure, rifiuta le C.I.S. perché per lui troppo onerose/gravose (non proporzionalità) o perché il recupero che da esse può attendersi (**significatività**) è tale da determinare una qualità di vita per lui non accettabile.

Sul piano etico si apre comunque un dilemma nel caso in cui il giudizio sulla qualità di vita residua deve essere dato da o per conto di un soggetto non completamente competente (chi decide ?) o da un soggetto fragile per le sue condizioni psichiche o per le sue condizioni sociali/familiari (quanta reale autonomia decisionale ?)

Sul piano clinico, la decisione di limitare le C.I.S. è indissolubilmente legata alla prognosi, per sua natura probabilistica; in questo senso, nell'incertezza della prognosi nes-



suna limitazione delle cure v'è avviata e si deve proseguire il trattamento intensivo fino a giungere ad una ragionevole certezza prognostica.

D'altra parte però, il medico non deve trincerarsi dietro l'alibi della "incertezza prognostica" per esimersi dall'assumersi la responsabilità di decidere la limitazione delle cure clinicamente appropriata, proseguire un trattamento futile o inappropriato fino a scaricare sui familiari il peso e la responsabilità della decisione di "staccare la spina".

In termini etici, non sussiste nessuna differenza tra il non iniziare una C.I.S. o interromperla, ma sul piano psicologico molto spesso sia il personale sanitario che i familiari stessi vivono la sospensione di una C.I.S. come psicologicamente più gravosa rispetto a un suo non inizio: ad es. la sospensione della ventilazione meccanica viene vissuta come ruolo causale della morte, mentre il decesso che segue il non inizio di una ventilazione meccanica viene vissuto come "naturale"; questo fatto porta purtroppo ad un illecito

prolungamento di C.I.S.

Molto spesso i medici non attuano la limitazione delle C.I.S., in particolare la loro sospensione, quando sarebbe clinicamente appropriata, per paura di conseguenze medico-legali, mentre in altri casi la sospensione delle C.I.S. viene attuata "alla chetichella", senza cioè farne esplicita menzione con i familiari del malato e senza riportare nulla in cartella clinica: questi due atteggiamenti non sono accettabili né sul piano deontologico né sul piano etico, e riflettono piuttosto la difficoltà nella relazione tra equipe curante e familiari: in questo senso l'esperienza della "Terapia Intensiva Aperta" fa giustizia di atteggiamenti difensivistici o non trasparenti da parte dei medici: l'esperienza insegna che nella Terapia Intensiva Aperta i familiari più tempo passano al fianco del loro malato e più si rendono conto della sopravvenuta inutilità della prosecuzione delle cure. D'altra parte, sempre nell'ambito della corretta relazione di cura, nel caso in cui, in presenza di moti-

vi clinici che portano alla limitazione delle C.I.S. si sia di fronte a familiari non ancora pronti a comprendere e accettare la ineluttabilità della situazione, si può attuare un "accanimento terapeutico compassionevole", brutta espressione che però rende bene l'idea dell'importanza della relazione e della comunicazione.

Non esiste nessun fondamento clinico che possa giustificare una distinzione tra trattamenti sanitari (ad es. ventilazione meccanica invasiva) e sostegni vitali (nutrizione e idratazione) tale per cui sia lecito sospendere i primi ma non i secondi: una volta decisa la limitazione delle C.I.S. per assenza di prospettive ragionevoli di recupero, nessun trattamento, ad eccezione ovviamente della analgesia e della sedazione volte a limitare ogni forma di sofferenza, deve per forza essere continuato. Ciò vale anche sul piano etico: non esiste differenza delle C.I.S. che possa dipendere dalla loro tipologia o complessità tecnica.



Il POS, le sanzioni e il sisma bonus

I POS, acronimo di "Point of sale" è dal 2016 obbligatoriamente presente anche negli studi dei professionisti. Ma nella norma che ne prevedeva l'obbligatorietà non venivano contemplate le sanzioni in caso di inadempienza. Un decreto in arrivo sancirà oltre alle esenzioni (liberi professionisti che lavorano in studi associati e non hanno rapporto diretto con la clientela) le sanzioni previste che a quanto pare ammonteranno a 30,00 per ciascuna operazione negata al richiedente. L'obiettivo è quello di rendere "tracciabili" tutti i pagamenti per ridurre l'evasione fiscale, e contestualmente accorciare le distanze dagli altri Paesi Europei in fatto di utilizzo della moneta elettronica (l'Italia è attualmente penultima nell'Unione, peggio la Grecia). Dal Ministero dell'Economia assicurano che stanno lavorando per trovare accordi con le banche per rendere meno gravose le commissioni bancarie che pesano sulle singole operazioni effettuate tramite POS che i professionisti debbono sostenere, d'altra parte dalla Banca d'Italia precisano che i costi di gestione legati ai contanti pesano per circa 8 miliardi di euro l'anno sul sistema Paese. Un'altra novità in arrivo che sarà (così riferiscono dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti) contenuta nella Legge di

Stabilità per il 2018 riguarda il mondo delle detrazioni fiscali collegate agli interventi sugli immobili. Già conosciamo le detrazioni concesse per le ristrutturazioni edilizie ma sarà soprattutto in ambito di sicurezza e di risparmio energetico che verranno a rafforzarsi. In effetti oltre al "Bonus Casa" la detrazione per il "Risparmio Energetico" vedrà rimodulato il risparmio fiscale in termini di risultati raggiunti ma soprattutto verrà potenziato il "Sisma Bonus" che ha ad oggetto tutta una serie di attività di adeguamento sismico effettuate sugli immobili. Tra le attività sono ricomprese quelle relative alle spese sostenute per l'adeguamento sismico degli edifici ricadenti in zona 1 e 2 (altissima e alta pericolosità sismica) con una detrazione pari al 50% di quanto pagato per un massimo di 96.000,00 euro da spalmare in cinque rate annuali. Per gli interventi volti a ridurre il rischio sismico degli immobili posti nelle

zone 1,2,3, (Pisa risulta classificata quale zona sismica 3) la detrazione è pari al 70% se l'edificio dopo gli interventi passa ad una classe inferiore di rischio terremoto, all'80% se la riduzione è di due classi, infine il Sisma bonus riguarda anche i condomini che effettuano lavori di riduzione del rischio sismico sulle parti comuni e sull'intero edificio con detrazioni corrispondenti al 75% e all'85% a seconda del risultato raggiunto. I lavori debbono essere eseguiti entro il 31 dicembre 2021. Infine una misura allo studio del Ministero è quella di rendere totalmente detraibili le spese sostenute per la classificazione sismica e verifica sismica degli immobili, in modo tale da sensibilizzare i proprietari e diffondere la cultura della prevenzione del rischio sismico. Per le conferme attendiamo la Legge di Stabilità.

(Fonte "Il Sole 24 Ore")



Corso FAD di radioprotezione obbligatorio per odontoiatri

Affrontiamo ancora una volta su queste pagine il tema della radioprotezione convinti che sia compito dell'istituzione ordinistica collaborare a promuovere la cultura della sicurezza, favorendo comportamenti che tutelino il benessere e la salute dei cittadini con l'aggiornamento di operatori sanitari informati e consapevoli dei rischi dell'utilizzo degli strumenti radiodiagnostici.

Le **metodiche radiodiagnostiche complementari** sono utilizzate sempre più frequentemente dall'odontoiatra che ne è abilitato dall'articolo 2 del decreto legislativo 187/2000 per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina purché "contestuali, integrati e indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica". Non è possibile effettuare radiografie su richiesta di colleghi e refertazione. Abbiamo inoltre più volte informato e pubblicato le "Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche «Cone beam» (10A06042)" pubblicate nella Gazzetta ufficiale (G.U. Serie Generale n. 124 del 29 maggio 2010).

Nel numero 74 di Pisa Medica avevamo informato dei controlli sul territorio nazionale e anche nella nostra provincia da parte dei funzionari predisposti e dei NAS e delle inadempienze riscontrate rispetto alle normative in particolare tra gli utilizzatori della CBCT.

Una delle richieste che in ambito di controllo venivano poste riguardava l'obbligo di un **per-**

corso formativo con periodicità quinquennale che doveva essere organizzato dall'autorità regionale o da associazioni e società scientifiche secondo le indicazioni dell'articolo 7 comma 10 della 187/2000. In realtà tali corsi non erano finora accessibili sul territorio della nostra regione e i vari corsi organizzati dalle istituzioni e associazioni di categoria, seppure lodevoli nell'intento, non avevano valore ai fini normativi con evidente disagio sia del controllore che del possessore dello strumento radiologico.

Oggi con il decreto della Regione Toscana n. 4372 del 17 giugno 2016 con oggetto la "Radioprotezione in odontoiatria", l'allegato A individua e definisce i contenuti di un corso obbligatorio in materia di radioprotezione che regolarizza la posizione di tutti quegli odontoiatri che nella propria attività svolgono esercizio di radiodiagnostica complementare (rx endorale, OPT, CBCT, etc). La Regione Toscana ha quindi dato mandato al Formas di produrre ed erogare il corso in modalità FAD in accordo con le Commis-

sioni Albo Odontoiatri della Toscana e ANDI Regione Toscana.

Il corso è attualmente fruibile alla piattaforma FORMAS e la preiscrizione è stata effettuata a cura dell'Ordine di appartenenza dell'iscritto che abbia comunicato il proprio indirizzo email. Non deve essere l'utente a registrarsi in piattaforma. Si è già provveduto ad inviare una email informativa a tutti gli iscritti all'Albo all'indirizzo e mail (ed eventuali successive modifiche) che è stato comunicato al momento dell'iscrizione alla nostra Segreteria. Le modalità di utilizzo sono state inserite anche sul sito dell'ordine.

Il corso è gratuito visto il contributo, con gli altri Ordini della toscana, anche dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa che si sono fatti carico del costo nello spirito della legge istitutiva che prevede di promuovere e facilitare il progresso culturale degli iscritti, consapevoli degli effetti positivi per la salute delle radiazioni ionizzanti, ma anche dei rischi all'uomo e all'ambiente di un utilizzo scorretto.



RADIOPROTEZIONE IN ODONTOIATRIA AI SENSI DEL D.LGS 187/2000

Obiettivi

L'obiettivo di questo corso è formare i professionisti Odontoiatri in materia di radioprotezione al fine di rispondere agli obblighi del D. Lgs 187/2000 che impone "a tutti i sanitari che nell'esercizio della loro funzione sanitaria presentano rischi di esposizioni a radiazioni ionizzanti e hanno contatto con materiale radiologico di vario tipo", di frequentare un corso di aggiornamento in materia di radioprotezione ogni 5 anni.

Il corso è indirizzato specificatamente all'attività radiologica di tipo complementare e tratta le problematiche di base, propedeutiche all'esame delle tematiche specifiche, includendo anche le più recenti innovazioni tecnologiche come la tomografia volumetrica digitale con tecnica "cone beam".

Destinatari

Il corso è rivolto a tutti gli Odontoiatri del SSR e a tutti gli Odontoiatri in regime di libera professione che operano nel territorio toscano.

Responsabile Scientifico e Autori

Responsabile scientifico: Silvio Bonanni

Autori: M. Grechi, M. Niccolai, D. Nucci, G. Rossetti, L. Rubino, A. Violanti, E. Sladojevich

Durata e accreditamento

Il corso ha una durata complessiva di 8 ore e attribuisce 9 crediti ECM

Erogazione

Il corso è erogato a partire dal 03/07/2017 al 20/12/2017 sulla piattaforma FAD del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria - disponibile al seguente URL: <http://fad2.formas.toscana.it>.

Il corso continuerà ad essere fruibile fino al 31/12/2019.

L'elenco dei partecipanti sarà trasmesso da ciascun Ordine aderente all'iniziativa al FORMAS, pertanto i partecipanti non devono iscriversi al corso, perchè già preregistrati nella piattaforma.

Per supporto tecnico, scrivere a: infoATformas.toscana.it

Programma

- **Introduzione**
- **Modulo A - Le radiazioni ionizzanti**
 - Fisica delle radiazioni e loro effetti biologici
 - Grandezze dosimetriche
- **Modulo B - Basi di radioprotezione**
 - Principi di giustificazione e ottimizzazione
 - Tipologie di irradiazione e rischi correlati
 - Principi di valutazione e riduzione della dose
 - Dispositivi di protezione e loro utilizzo
 - Misure di radioprotezione
- **Modulo C - Norme di radioprotezione**
 - Decreto legislativo 187/2000 - Direttiva EURATOM 2013/59 - D. Lgs. 81/2008
 - Appropriatelyzza, informazione e consenso informato in radiodiagnostica
 - Acquisizione, gestione e conservazione delle immagini radiologiche
 - Controlli di qualità delle apparecchiature
 - La responsabilità del personale sanitario nell'uso delle radiazioni
- **Modulo D - Radiologia Odontoiatrica**
 - Radiologia tradizionale e digitale
 - Apparecchiature RX odontoiatriche (endorale, OPT, TC, CBCT)
 - Caratteristiche, funzionamento, vantaggi e limiti
 - Tecnica e diagnostica
 - Grandezze dosimetriche da fornire al paziente
- **Questionario della qualità percepita**
- **Test finale**
- **Attestato online**

Cominciamo in questo numero la pubblicazione del Testo Atlante del

Prof. Pier Francesco Nocini

Professore Ordinario di Chirurgia MaxilloFacciale, Direttore della Clinica Odontoiatrica e di Chirurgia MaxilloFacciale, oltre che dell'omonima Scuola di Specializzazione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona

LE LESIONI MUCOSE DEL CAVO ORALE: ELEMENTI DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Il testo è stato pubblicato ed inviato a tutti i soci ANDI (Associazione Nazionale dentisti Italiani) nell'anno 2009.

Data la grande utilità riscontrata dalla sua consultazione per superare le difficoltà che si possono incontrare quotidianamente nell'inquadramento e nel trattamento delle lesioni mucose del cavo orale comprese le manifestazioni orali di malattie sistemiche, manifestazioni che spesso rappresentano il primo o l'unico segno clinico di patologie non altrimenti rilevabili, abbiamo ritenuto che sarebbe stata auspicabile una sua divulgazione a tutti gli iscritti al nostro Ordine.

Come Commissione albo Odontoiatri, dopo aver informato dell'iniziativa il Consiglio dell'Ordine, abbiamo chiesto all'ANDI il permesso di poter pubblicare il testo sul nostro giornale dell'Ordine "Pisa Medica". L'ANDI ha accolto la nostra richiesta, e ad essa va un ringraziamento per la disponibilità dimostrata, e lo ha fatto plaudendo all'iniziativa.

Pier Francesco Nocini

**LE LESIONI MUCOSE
DEL CAVO ORALE:
ELEMENTI
DI DIAGNOSI
DIFFERENZIALE**

**Atlante di
stomatologia**

Con la collaborazione di

Andrea Fior
Lorenzo Trevisiol

Presentazione

L'idea di presentare un testo-atlante di patologia orale risale ad alcuni anni orsono, quando di fronte all'ennesimo riscontro delle difficoltà che si possono incontrare quotidianamente nell'inquadramento e nel trattamento delle lesioni mucose del cavo orale non potei che nuovamente constatare come la stomatologia, la branca dell'odontoiatria che si occupa in maniera specifica di queste problematiche, fosse ancora poco valorizzata in relazione al ruolo che svolge. Nonostante, infatti, i numerosi specialisti che si interessano di lesioni orali quali il medico di base, l'odontoiatra, il chirurgo maxillo-facciale, il dermatologo o l'otorinolaringoiatra, l'attenzione che viene riservata a tale disciplina da un punto di vista didattico-formativo non è la medesima nonostante la presenza di risvolti che vanno ben oltre la sola odontoiatria: basti pensare alle manifestazioni orali di malattie sistemiche, manifestazioni che spesso rappresentano il primo o l'unico segno clinico di patologie non altrimenti rilevabili!

Perché, quindi, non provare a condensare in un testo-atlante l'esperienza iconografica di oltre 20 anni di lavoro con l'obiettivo di creare uno strumento da utilizzarsi nella pratica quotidiana, che aiuti il collega impegnato sul territorio ad inquadrare, trattare o indirizzare correttamente le diverse possibili lesioni mucose del cavo orale attraverso una carrellata la più ampia possibile di casi clinici?

Grazie al supporto di ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), finalmente, quella che per lungo tempo era stata una personale ambizione, si è tramutata in realtà con una possibilità di diffusione sul territorio che era utopistico pensare, ma che ben rispecchia quello che è uno dei principali obiettivi non solo di questo testo ma di tutta la mia attività di docente universitario sin dal suo principio: il creare un legame costante e costruttivo tra il mondo universitario ed il territorio, permettendo a tutti di avere un accesso continuo alle esperienze che vengono maturate nel mondo universitario stesso. Ritengo, infatti, che tale possibilità di interscambio rappresenti un elemento fondamentale per il raggiungimento del primo e più importante obiettivo della nostra professione, la salute del paziente. In tal senso, quindi, non si può che auspicare un numero sempre maggiore di iniziative rivolte in tale direzione, le quali permettano di creare una coesione sempre maggiore tra realtà diverse ma accomunate da numerosi obiettivi. È doveroso, pertanto, rivolgere un ringraziamento alle varie componenti dell'ANDI sia nazionali (dott. Roberto Callioni, presidente - dott. Nicola Esposito, segretario culturale nazionale - dott. Gerardo Ghetti, tesoriere) che locali veronesi (dott. Mauro Carteri, presidente provinciale - dott. Francesco Oreglia, segretario culturale provinciale).

In conclusione desidero rivolgere un ringraziamento ai due coautori, il **dott. Andrea Fior** ed il **dott. Lorenzo Trevisiol**, che mi hanno coadiuvato nella stesura del manoscritto, e a coloro che con il loro silenzioso e continuo lavoro hanno svolto un ruolo fondamentale quali il **dott. Alessio Baltieri** ed la **dott.ssa Giusy Castiglione**. Infine un ultimo e speciale ringraziamento ad Angelo Angiari, fotografo della Clinica per oltre vent'anni e purtroppo prematuramente scomparso: la sua dedizione, il suo amore e la sua passione per la documentazione fotografica in odontoiatria e in chirurgia maxillo-facciale hanno permesso di gettare le fondamenta su cui è costruito questo testo e numerosi altri lavori prodotti dalla nostra Scuola.

L'augurio finale è quello di una buona "video" lettura, che sia la più proficua possibile e che offra degli stimoli ad una continua e costante crescita professionale, ricordandovi che le Cliniche Universitarie, secondo un mio personale pensiero, sono un porto sempre aperto per tutti i naviganti in cerca di un approdo sicuro.

Pier Francesco Nocini

Nasce “Igea Network”

“Igea Network” nasce a Pisa nel 2013 mettendo in rete ricercatori, medici, terapisti, operatori e opinionisti, che intendono proporre un approccio integrato tra medicina ufficiale e terapie non convenzionali, promuovendo stili di vita appropriati al mantenimento dello stato di salute inteso secondo le indicazioni dell’Organizzazione mondiale della Sanità.

Sono sempre più i pazienti che si rivolgono a terapie ritenute non convenzionali, spesso sono semplicemente alla ricerca di una medicina che ci piace definire umanistica, dove il rapporto medico paziente si costruisce considerando quest’ultimo nella sua unicità, in una visione olistica che restituisce dignità al malato, rendendolo l’attore principale del processo terapeutico, e non limitando l’approccio ad una mera disamina di sintomi analizzati su base statistica.

La convinzione di molti è che non esista un’unica “medicina”, accanto a quella accademica e sperimentale sono sopravvissuti nel tempo conoscenze, esperienze, teorie e pratiche terapeutiche, un tempo definite “alternative”. È però un errore parlare di “altra medicina”, ed è un’assurdità ignorare le acquisizioni di 150 anni di medicina scientifica, alimentando una tendenza pericolosa che può portare il paziente ad abbandonare percorsi terapeutici sicuri per avventurarsi in un ampio e caleidoscopico mondo, non adeguatamente regolato da un punto di vista normativo, con molte zone d’ombra che possono costituire una vera minaccia per la salute dei cittadini.

In questo contesto Igea Network si propone quale punto di riferimento autorevole e sicuro per quanti sono interessati al mondo delle “terapie olistiche” riconoscendole quali strumenti idonei al raggiungimento di una condizione di benessere psicofisico.

La sua mission è quella di far da ponte tra operatori certificati, medici, ricercatori, che hanno dedicato la propria vita professionale a specifici ambiti delle terapie olistiche, e cittadini/pazienti che scelgono di affiancare alle cure convenzionali percorsi terapeutici integrati ad orientamento naturale, omeopatico o biodinamico.

Igea network difende il diritto dei cittadini a poter essere correttamente informati sull’opportunità d’integrare, in sicurezza, i propri percorsi terapeutici con sistemi di cura maggiormente consoni al proprio orientamento filosofico e culturale, e sostiene medici, ricercatori, ed operatori che vogliono indirizzare la propria vita professionale verso un orientamento olistico, offrendo loro strumenti, opportunità e visibilità.

“REstate in Salute” 3 incontri estivi per parlare di benessere e salute promossi da Igea Network, Geosalute e Paim

Con il patrocinio dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Pisa, dell’Amministrazione Comunale di Pisa, della Società della salute della zona pisana, dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest, promosso e organizzato da Igea Network, Geosalute e Paim, si è svolto nel mese di agosto, presso il Bobobavillage di Marina di Pisa un ciclo di incontri dal titolo “Restate in Salute – istruzioni per vivere bene e mantenersi in forma”. Tre appuntamenti che hanno consentito di offrire a residenti

e turisti, presenti sul litorale pisano, un’opportunità d’incontro e di dibattito con medici, ricercatori, docenti universitari e professionisti dell’ambito sanitario, che hanno raccolto l’invito di Igea Network ad affrontare da un punto di vista “olistico” le tematiche proposte. “La dieta divertente, per un approccio edonistico ad una buona alimentazione” il titolo del primo degli incontri, che si è svolto il 2 agosto e ha visto come ospiti la psichiatra Prof.ssa Liliana Dell’Osso, dell’Università di Pisa; la dott.ssa Gio-

vanna Bellini, Neurologa dell’UO Neurologia dell’Azienda Ospedaliera di Livorno; Marco Martinelli – Ricercatore SSSA, esperto in Nutraceutica e biotecnologie vegetali; Erika Moretto – Biologa Nutrizionista; Giuliana Rossano – Counselor. Durante l’incontro, che ha offerto una panoramica multidisciplinare sulle tematiche dell’alimentazione, è emerso un nuovo concetto di dieta che a partire da una conoscenza approfondita delle caratteristiche nutrizionali dei vari alimenti, tenendo conto delle pro-



prietà curative delle spezie e delle nuove tecniche di cottura, consente un approccio capace di integrare gli aspetti salutistici con quelli edonistici, salvaguardando così il piacere senza arrecare danno alla nostra salute. Per il secondo incontro, che si è tenuto il 9 agosto, appuntamento con la bellezza

e la medicina estetica, ospiti della serata il dott. Roberto Giachetti – Chirurgo Estetico; la dott.ssa Lavinia Rossi – Psichiatra, Renato Raimo, Farmacista e Fitoterapeuta, Giuliana Rossano, Counselor; L'incontro ha consentito di spaziare dalle nuove mode e nuove tendenze che portano a modificare il

proprio aspetto attraverso interventi di chirurgia, alla dismorfofobia, all'uso dei fitopreparati come cosmeceutici, per poi confrontarsi su un nuovo canone di bellezza promosso da Igea e che nasce da un equilibrio psicofisico. L'ultimo degli incontri, che si è tenuto il 23 di agosto, ha visto la partecipazione di Pierangelo Garzia, dell'Istituto Auxologico di Milano e del Prof. Enzo Sorresi, autorevole esponente della medicina integrata, pneumologo, oncologo, studioso di neuroscienze e professore emerito dell'Ospedale Niguarda di Milano. Durante l'incontro Garzia e Soresi hanno presentato i contenuti del loro ultimo libro "Mitocondrio Mon Amour". Gli incontri sono stati moderati dal giornalista Doady Giugliano, e introdotti dal coordinatore di Igea Network Sergio Piane, tutte le serate hanno visto la partecipazione al dibattito da parte del dott. Giuseppe Figlini - Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pisa.



via borgo stretto 20 pisa - Tel. 050542566 - mail: bbmaison1@outlook.it

Come il cervello “vede” il cibo

Quando, all'interno del progetto “La Dieta Divertente”, mi è stato chiesto di spiegare le basi neurologiche del nostro modo di interagire con il cibo sono stata felice di poter dare un **volto neurobiofisio-logico** ad alcune evidenze e nozioni note nella pratica quotidiana. La ricerca del piacere del cibo per mente e corpo attraverso un approccio multidisciplinare e multisensoriale, filosofia della Dieta divertente sono in fondo le basi della Gatrosafia.

Alimentarsi è un bisogno fisiologico primario anche se il cibo non ha mero valore nutritivo ma anche psicologico e sociale. Con lo sviluppo delle Neuroscienze sono diventati noti i meccanismi molecolari ed i centri del sistema nervoso centrale coinvolti, come ad esempio i neuroni specchio, il sistema limbico e i le vie della memoria. Studi di Risonanza Magnetica funzionale (fRMN) e studi di neurobiochimica ci hanno fornito la spiegazione scientifica di alcune osservazioni empiriche come il consumare cibo guardandosi in uno specchio o vedere qualcuno che esprime disgusto o in sovrappeso inibisce la voglia in particolar modo se si tratta di cibo spazzatura. Se queste osservazioni sembrano scontate dalla esperienza non altrettanto scontati sono i meccanismi neurofisiologici su cui si basano: i neuroni specchio. Questi si attivano quando vediamo qualcuno che compie un'azione, ben rappresentati nelle aree fronto-parietali e temporali del nostro cervello, permettono di entrare in risonanza con gli altri, sono alla base dell'empatia e della interazione sociale. nel rapporto con il cibo è fondamentale il sistema della gratificazione, il “brain reward system”, attraverso il sistema oppiaceo, cannabinoide e GABA-ergico, regola risposte allo stress. Il

Rilascio di sostanze oppioidi e dopamina indotto da alcuni cibi determina effetto **addiction**. E' un sistema complesso di cui fanno parte il Nucleo Accumbens e l'Area Ventrale Tegmentale (AVT), che regolano il meccanismo del compenso attraverso la modulazione della plasticità neuronale, si ha memorizzazione dell'effetto benessere. La quantità di dopamina rilasciata è proporzionale alla palatabilità o gradevolezza. Si innesca una nuova ricerca dello stimolo gratificante al ricordo emotivo o allo stimolo visivo, olfattivo, gustativo che lo evoca. Questo circolo vizioso, di cui fa parte il circolo della dipendenza, è normalmente tenuto sotto controllo dalla corteccia prefrontale. L'iperattività di questo circuito innescata dallo stimolo che evoca il ricordo della gratificazione, in particolare in relazione a cibi calorici, sembra essere alla base dell'obesità.

I tre elementi base del “Junk food”, zucchero, grasso e sale, determinano un miglioramento dell'umore transitorio la cui memorizzazione, allo stimolo evocativo, fa scattare la ricerca di nuovo “Junk Food” attivando il centro della voracità (ipotalamo laterale) che inibisce il centro della sazietà (nucleo del tratto solitario).

Il consumo di una minor quantità di cibo associato ad un gadget induce la stessa sazietà di una quantità maggiore dello stesso cibo, meccanismi noti a molte note aziende.

La spiegazione neurofisiologica è data dalla fMRI che ha evidenziato che l'attivazione delle aree del cervello associate alle sensazioni di desiderio e motivazione è uguale nei due casi.

La plasticità neuronale entra in gioco anche nel meccanismo che permette l'apprezzamento del cibo in base al gusto. Esiste una rappresentazione neuronale del gusto che dipende da fattori genetici ma anche ambientali, ecco perché può variare nel corso della vita. E' quindi importante educare fin da bambini al gusto di alcune tipologie di cibi sani. La cosiddetta “educazione al gusto” ha quindi una base neurobiologica.

Nel momento in cui si pensa ad un piatto si ha una aspettativa del sapore influenzata dalla memoria, si attivano le stesse aree cerebrali che si attivano quando si assapora quel cibo.

Non solo il tipo di cibo, il suo odore o le sue caratteristiche organolettiche ma anche il contesto, come ambientazione, musica di sottofondo,



colore e dimensione dei piatti, in cui lo stesso cibo viene consumato modificano la nostra relazione e reazione ad esso in senso di senso di sazietà, gradevolezza o disgusto, emozione o rifiuto.

Dati di letteratura per esempio dimostrano che: una mousse mangiata in un piatto bianco viene percepita il 10% più dolce della stessa in un piatto di altro colore; si è più sazi con un piatto piccolo, rosso o a contrasto di colore con il cibo contenuto; che si assume un 20% di cibo in più se si utilizzano piatti bianchi o grandi; che un cibo viene percepito più salato se mangiato con il coltello, più costoso se le posate sono pesanti; che il suono dello scroccchiare di una patatina o di una verdura ci fa percepire la sensazione di freschezza del prodotto. Carboidrati, lo zucchero, il glucosio o il saccarosio, inducono produzione di serotonina ad azione antidepressiva, tale effetto induce benessere. Con il consumo cronico la soglia dell'effetto ricompensa di innalza tanto che per ottenere lo stesso effetto è necessaria una produzione maggiore di serotonina, che si traduce in una riduzione del senso di sazietà con incremento di assunzione di nuovi carboidrati e così via.

La **Neurogastronomia**, multidisciplinare e interdisciplinare, si occupa dei complessi meccanismi che permettono al cervello di creare i sapori e di come questo si inserisca nella cultura dell'uomo. Studia tutti gli ambiti del rapporto uomo-cibo, partendo dal cibo, attraverso gli Chef, le arti culinarie, la biologia molecolare, la tecnologia agricola, le neuroscienze, la psicologia, la sociologia.

Il sapore di un cibo o una bevanda (es vino) dipende fortemente dal profumo, dalla temperatura, dal colore e dalla densità, proprio perché tutti i sensi sono coinvolti a dare la giusta sensazione di ciò che chiamiamo "gusto", palatabilità. Vi sono infatti meccanismi neurobiologici che regolano i sapori agli odori. Gordon Shepherd, Professor del dipartimento di Neurobiologia di Yale, neuroscienziato e padre della neurogastronomia, asserisce che "il sapore è nel cervello" e non nel cibo, la percezione

del gusto è un processo complicato che coinvolge i cinque sensi, ma anche memoria, emozioni e ricordi.

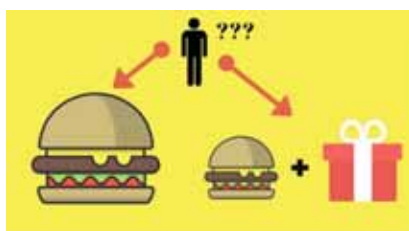
Ci sono due sistemi olfattivi quello oronasale, attivo quando respiriamo, e quello retronasale, attivo quando respiriamo con il cibo in bocca. Gli odori stimolano il bulbo olfattivo che attiva la corteccia olfattiva che trasmette alla corteccia orbitofrontale. Lo stimolo olfattivo giunge direttamente al sistema limbico (ippocampo e amigdala), sede delle reazioni emotive, ed al circuito della memoria senza passare dal talamo, a differenza di altre informazioni sensoriali. Ecco perché uno stimolo olfattivo, un odore, un profumo, ci attivano immediatamente ricordi e stati emozionali. La Neurogastronomia è in linea con lo spirito delle "dieta divertente", infatti ***"La conoscenza dell'importanza dell'olfatto nella percezione del sapore potrebbe contribuire a migliorare la salute e prevenire le malattie croniche come l'obesità e il diabete. Il problema è serio poiché, come mostrano recenti ricerche, i processi cerebrali delle persone dipendenti da droghe sono i medesimi di quelle dipendenti da cibo"*** (Shepherd). La comprensione di certi meccanismi può essere utile nella salvaguardia della salute pubblica nei Paesi occidentali, tali i principi vengono applicati nell'industria alimentare da tempo. Quando consumiamo un pasto si attivano quindi sistemi complessi come la memoria, le emozioni, le motivazioni e il senso di ricompensa, segnali interpretati dal lobo frontale dell'encefalo che decide quando iniziare o smettere di mangiare e quanto. Anche i suoni o la musica che accompagna il consumo di un cibo possono influenzare la gradevolezza e il potere saziante. Studi di fMRN dimostrano che l'ascolto di un suono che preannuncia un buon cibo attiva la corteccia gu-

stativa e l'amigdala, coinvolte nella elaborazione emozionale delle aspettative collegate al cibo stesso. Ecco perché lo stesso cibo viene percepito più gradevole e più saziante se associato ad una musica o suoni adeguati come avviene nella cucina etnica. Osservazioni empiriche (chef Heston Blumenthal) hanno dimostrato che ascoltare il suono del mare fa descrivere le ostriche più gustose del 30% rispetto ad ascoltare suoni di campagna.

Sembra esserci uno stretto legame tra gusto e suoni, in cui i suoni acuti sarebbero collegati a cibi agrodolci, quelli bassi a gusti amari. In un esperimento la stessa caramella mou veniva descritta più dolce all'ascolto di note più acute. Inoltre è interessante ricordare che il cervello vede il cibo in modo diverso in base al ritmo circadiano. Se si mangia di notte si tende ad ingrassare poiché i centri della gratificazione di attivano meno in fMRN alla vista o al consumo così che per giungere ad uno stesso livello di gratificazione e attivare il centro della sazietà occorre introdurre più cibo, essendo le cellule programmate per utilizzare meno energia di notte l'eccesso di cibo si trasforma in adipe determinando un incremento ponderale.

La citazione del filosofo tedesco Feuerbach, "Noi siamo quello che mangiamo", alla luce di tutto ciò assume ben più ampi significati. Le sostanze che ingeriamo vengono utilizzate non solo per costruire fisicamente la parte materiale del nostro corpo ma anche la parte emotiva, diventa importante il "come", il contesto, non solo il cosa e il quanto per il benessere emotivo.

Quindi se vogliamo mangiare in modo sano, essere sazi, non aumentare di peso provando anche benessere, dovremmo cenare presto, utilizzare piatti a contrasto di colore evitando piatti bianchi e grandi, in sala con specchi, ambientazione che evoca "casa", ascoltare musica o suoni adeguati, associare al pasto una "coccia" equivalente di un gadget, e dare al pasto un significato aggiuntivo oltre al mero nutrizionale. Buona **neuroappetito**!



La dismorfofobia

La paura di invecchiare, di apparire meno sani e vigorosi, essere meno seducenti è sempre più diffusa e si presenta in media a partire dai 25-30 anni.

Un vero e proprio "burqua occidentale" che porta uomini e donne per inseguire gli attuali canoni di bellezza a ricorrere a uso di varie strategie: attività fisica, uso di nutraceutici/integratori e cosmetici. Il ricorso ad interventi di chirurgia plastica con finalità estetiche è in costante aumento. Secondo un'indagine condotta dall'AICPE (Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica) nel 2011 in Italia sono stati effettuati 52.878 interventi di chirurgia estetica. Di questi, l'intervento più praticato è stato la mastoplastica additiva (21%), se-

guito dalla liposuzione-liposcultura (19%) e dalla blefaroplastica (14%). L'uso di botox, filler, radiofrequenze è letteralmente esploso anche tra gli uomini e nelle fasce più giovani di età, grazie alla minor invasività e diffusione.

Con il Dottor Roberto Giachetti, Dermatologo e Chirurgo, durante la serata del 9 Agosto per il ciclo "In salute e bellezza" si è sottolineato un effetto benefico legato alla correzione di inestetismi e imperfezioni, naturalmente evidenti con l'avanzare dell'età. Molte persone, infatti, si rivolgono al Chirurgo, per acquisire un'immagine migliore o correggere difetti che impattano sullo stile di vita. E' indubbio che vi sia successivamente ad un intervento desiderato, un miglioramen-

to del tono dell'umore, aumentata autostima ed accettazione di se stessi e del proprio corpo. Perfino la vita sessuale può essere favorita da interventi mirati di chirurgia plastica, rendendo l'individuo più sereno e fiducioso nella gradevolezza del proprio corpo con impatto globale sulla qualità della vita del soggetto stesso.

Viceversa, quando il desiderio di migliorare un inestetismo estetico o un difetto diventa pervasivo e centrale per un individuo, si può configurare un grave stato di insoddisfazione.

Recenti studi svolti all'interno di reparti di dermatologia e di chirurgia estetica hanno rivelato la presenza di una percentuale che va dal 5% al



53% di persone che presentano un disturbo chiamato Dismorfofobia o Disturbo di dismorfismo corporeo. Ma cos'è la dismorfofobia?

(dal gr. δύσμορφος "brutto" e φόβος "paura"). Timore ossessivo d'essere o di diventare brutti, asimmetrici, deformi.

Morselli alla fine dell'800 utilizza per primo il termine "dysmorphia" per indicare una deformità o difetto percepito in maniera abnorme dal soggetto o addirittura assente.

Alcuni studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza di punto che va da 0,7% a 2,4%.

Il disturbo è presente con una prevalenza che varia dal 9% al 12% nei pazienti dermatologici, dal 3% al 53% nei pazienti sottoposti a interventi di chirurgia estetica, dall'8% al 37% in soggetti con disturbo ossessivo compulsivo, dal 10 al 13% nei soggetti con fobia sociale e dal 14% al 42% in quelli con disturbo depressivo maggiore (APA, 2014).

Questo disturbo da sempre considerato comune nelle donne, colpisce in realtà molti uomini. I maschi hanno più probabilità di avere preoccupazioni legate ai genitali, mentre le femmine hanno più di frequente un disturbo alimentare in comorbidità (APA, 2014).

Inoltre il rischio relativo di presentare il disturbo cresce tra coloro che non sono sposati, tra i divorziati e tra i disoccupati.

La dismorfofobia ha un'età media all'esordio di 16 anni con un decorso cronico, se non viene trattata.

E' spesso in comorbidità con altri disturbi mentali. La più comune è con il disturbo depressivo maggiore (75%); seguono i disturbi da uso di sostanze (dal 30% al 48,9%); il disturbo ossessivo compulsivo (dal 32% al 33%); la fobia sociale (dal 37% al 39%), i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi di personalità (Wilhelm, Phillips, Steketee, 2013).

Fattori culturali e psicologici possono influenzare l'esordio della malattia.

Paul Schilder (1935) conia il con-

cepto di *Immagine corporea* definendola come

Quel quadro del nostro corpo che formiamo nella nostra mente

Lo schema corporeo ed il "quadro" diventa oggetto di attenzione continua ed induce preoccupazione eccessiva fino ad arrivare ad una vera e propria ossessione. Nei casi più gravi si assiste a continui checking delle parti del corpo ritenute asimmetriche, deformi ed il soggetto affetto può passare molte ore della giornata a ricercare e analizzare vecchi e nuovi difetti. L'attenzione continua all'aspetto fisico e di tentativi di correggere i difetti spesso sottostimati da familiari, amici, conoscenti poichè assenti o non evidenti porta a ricorrere ad interventi chirurgici ripetuti. Raramente il paziente con dismorfofobia è soddisfatto e prosegue una ricerca ossessiva nel rimediare il difetto sottoponendosi ad interventi correttivi.

Tipico del disturbo è la ricerca di rassicurazione rispetto al difetto, controllo allo specchio, uso di posture, trucchi o abbigliamento "protettivi" (vestiti larghi, maniche lunghe o make up).

Esiste inoltre anche una classificazione del grado di insight, ovvero di consapevolezza dell'irrazionalità e irrealtà delle proprie convinzioni. L'insight può essere sufficiente, scarso o assente. In quest'ultimo caso le convinzioni assumono aspetti deliranti.

A causa della pervasività del disturbo la dismorfofobia è ritenuta altamente disabilitante, infatti la socializzazione dei soggetti affetti è scarsa, l'attività lavorativa compromessa con inevitabile e progressivo isolamento.

Nel DSM-5 (APA, 2014) il disturbo di dismorfismo corporeo è stato inserito nella categoria dei disturbi ossessivo compulsivi. I criteri diagnostici sono i seguenti:

- Preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve;

- A un certo punto, durante il decorso del disturbo l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (ad esempio, guardarsi allo specchio; curarsi eccessivamente del proprio aspetto; stuzzicarsi la pelle, ricercare rassicurazioni) o azioni mentali (ad esempio, confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto.

- La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;

- La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare. Il decorso e prognosi è influenzato da una tarda valutazione psichiatrica, poichè i soggetti affetti chiedono aiuto a specialisti diversi da quelli che si occupano di salute mentale e per la compromissione della consapevolezza di malattia.

La proposta di interventi farmacologici mirati ed una eventuale integrazione con una psicoterapia finalizzata a ridurre il disturbo, sono spesso rifiutati dal paziente che spesso preferisce rivolgersi ad altri specialisti.

Sarebbe quindi auspicabile prima di intraprendere un qualsiasi intervento medico-chirurgico a finalità estetica, una consulenza specialistica per pazienti con anamnesi positiva per patologie psichiatriche e in attuale trattamento psicofarmacologico. Spesso alla prima visita chirurgica è difficile cogliere la motivazione della richiesta, senza considerare poi che può accadere che il paziente stesso "mascheri" intenzionalmente patologie e sintomi psichici.

Infine, in soggetti che sono stati ripetutamente sottoposti ad interventi chirurgici e che non hanno tratto beneficio o che si rivolgono a troppi specialisti, un nuovo intervento solitamente non risolve il problema che spesso è di natura psicologica e non estetica.

Mitocondrio Mon Amour: dal libro all'incontro di Progetto Igea

Il libro *Mitocondrio Mon Amour* (Utet) da cui è nato l'incontro di Marina di Pisa, scritto in collaborazione con Pierangelo Garzia ha sviluppato il tema del mitocondrio e l'importanza di un fitness adeguato e di una alimentazione ristretta per "ringiovanire" il mitocondrio. Il Dna mitocondriale pare sempre più il fondamento del nostro buon invecchiamento. A capirlo è stato un gruppo di ricercatori italiani in uno studio che potrebbe segnare la svolta per la qualità della vita della popolazione anziana: "è il Dna mitocondriale che decide la longevità".

Il Dna mitocondriale si trova nei mitocondri, gli organelli deputati alla produzione di energia in ogni cellula del nostro organismo. Un gruppo di ricercatori italiani ha pubblicato uno studio su "European Journal of Immunology" che ha permesso di capire il ruolo del Dna mitocondriale circolante come causa dell'infiam-

mazione tissutale che si associa al processo di invecchiamento. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori, in un arco di tempo dal 2006 al 2013, hanno raccolto il plasma e poi quantificato il Dna mitocondriale in esso presente di 831 soggetti sani di diverse nazionalità europee e di età compresa fra 1 e 104 anni, fra cui 429 individui appartenenti a "fratrie" (coppie di fratelli o sorelle). I dati raccolti hanno consentito di scoprire che con il processo di invecchiamento aumenta la quantità di Dna mitocondriale circolante nel plasma e, studiando le famiglie di persone molto anziane, che esiste anche un forte controllo genetico di questo livello.

I ricercatori hanno in questo modo scoperto che le cellule immunitarie quando vengono a contatto con questo Dna di derivazione batterica sono in grado di produrre molecole che prima innescano e poi mantengono i processi infiammatori. Questi

ultimi sono associati all'invecchiamento stesso e sono riconosciuti come alla base della teoria dell'inflammaging ovvero della infiammazione come causa fondamentale delle modificazioni della funzionalità dell'organismo associate all'età. Secondo questa teoria, infatti, le alterazioni si manifestano sia a livello sistemico che cellulare. La capacità quindi di controllare la produzione e il rilascio del Dna mitocondriale, da un lato, ed i suoi effetti dall'altro, sono quindi la chiave di lettura del perché e come si invecchia.

Nel libro *Mitocondrio Mon Amour* e attraverso Neurobioblog, curato in rete con Pierangelo Garzia, cerchiamo di cogliere tutte quelle informazioni medico-scientifiche che ci possano aiutare non solo a vivere e invecchiare meglio, ma pure conoscere meglio noi stessi e il mondo che ci circonda. Presupposti fondamentali per poterci ritenere pienamente umani.



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>

SERGIO CAPONE

GIOIELLI



PISA

BORGIO STRETTO, 6

050 971 1408

INFO@SERGIOCAPONE.COM

VIAREGGIO

VIALE MARCONI, 87

0584 582776

VIAREGGIO@SERGIOCAPONE.COM


ROLEX

Cartier

Pomellato

BVLGARI


TUDOR

IWC
SCHAFFHAUSEN


JAEGER-LECOULTRE

Chopard


Chantecler
CAPRI

PASQUALEBRUNI

GUCCI
TIMEPIECES & JEWELRY


BAUME & MERCIER
MAISON D'HORLOGERIE GENEVE 1830


OMEGA

LONGINES



HAMILTON
AMERICAN SPIRIT • SWISS PRECISION

swatch 


DoDo

**MONT
BLANC** 

**GIOVANNI
RASPINI**

Baccarat


**Richard
Ginori**
1735

LOCMAN
ITALY

VENINI

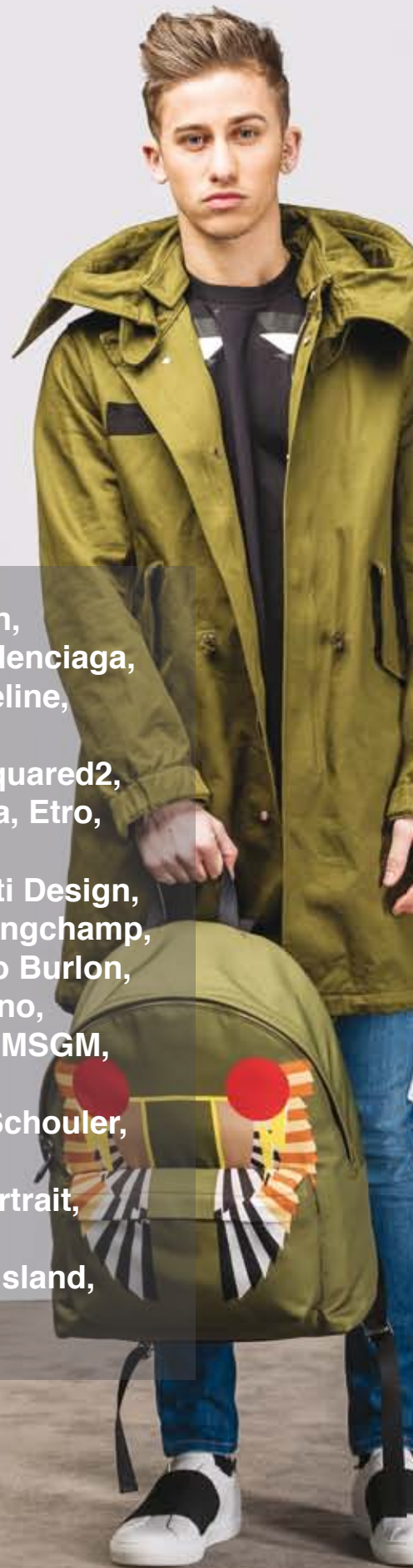
WEDGWOOD
ENGLAND 1759


Rosenhal



VALENTI

PISA



Alberto Biani, Alexander McQueen,
Anya Hindmarch, Aquazzura, Be-Low, Balenciaga,
Balmain, Bottega Veneta, Burberry, Celine,
Charlotte Olympia,
Chiara Boni - La Petite Robe, Chloè, DSquared2,
Dior Homme, Dondup, Dolce & Gabbana, Etro,
Frame, Fay,
Faith Connection, Fendi, Giuseppe Zanotti Design,
Givenchy, Herno, Jimmy Choo, Kenzo, Longchamp,
Loewe, Levis, LesPetits Joueurs, Marcelo Burlon,
Max Mara, Miu Miu, Moncler, Moschino,
McQ, Marc Jacobs, Michael Kors, MCM, MSGM,
N°21, Paula Cademartori,
Peuterey, Philipp Plein, Prada, Proenza Schouler,
Rag&Bone,
Red Valentino, Saint Laurent, Self Portrait,
Sergio Rossi,
Stella McCartney, Sonia Rykiel, Stone Island,
Valentino, Vivetta.

THE BEST SHOPS®
CAMERA ITALIANA BUYER MODA

VALENTI
PISA

Esibisci il coupon nei nostri negozi e avrai diritto al
15% di sconto (non cumulabile con altre promozioni)