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:

La giornata del medico
D. Giugliano
Giornalista

Una targa alla carriera per il Dott. Franco Pancani
Commissione dell'Albo degli Odontoiatri di Pisa

Arriva la bodylift: la torsoplastica circonferenziale
G.L. Gatti - A. Giacomina
U.O. Chirurgia Plastica - AOUP

numero 82 Novembre - Dicembre 2017

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*

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Servizio Sanitario Pubblico: prepariamo la bandiera bianca

La bandiera bianca, che significa purtroppo "resa", deve entrare a pieno titolo nel futuro, più o meno prossimo, del Servizio Sanitario Nazionale. Inutile nasconderci dietro il classico dito. Con pochi soldi, non si va da nessuna parte ed i privati aspettano giustamente lungo la sponda del fiume. La diagnostica, in particolare, è da tempo nell'occhio del ciclone. Le ASL sono costrette a cedere appalti sempre più numerosi per l'impossibilità a smaltire liste d'attesa indecenti per la dignità dei cittadini e la loro sicurezza. Analoghe preoccupazioni esistono per il personale medico. Praticamente nessun cambio a sostituzione dei colleghi che vanno ed andranno in pensione. Un quadro umiliante e desolante per il nostro Paese.

Non si vede via d'uscita. Questa è la beffa. E noi, come Ordine Professionale, non vogliamo assistere inermi allo sfacelo di quello che era considerato uno dei più avanzati e funzionali Servizi Sanitari pubblici della Comunità Europea. Ecco perché chiediamo con forza fin d'ora al nuovo Parlamento, qualunque esso sia, la volontà politica di affrontare questo problema. Il cerino sta passando infatti di mano in mano ancora una volta, legislatura dopo legislatura. Nessun Esecutivo possiede la forza, né vuole porre un freno a questa valanga sempre più inarrestabile, di disfunzioni, sprechi ed inefficienze. Non ci sono palliativi che tengano, come i superticket. Lo abbiamo ripetuto più volte. Si tratta d'un falso problema, solo per dare fumo negli occhi. In realtà più si allarga la fascia dei superticket, più si spinge il cittadino a cercare soluzioni nel privato.

Noi siamo pronti a dare il nostro contributo di esperienza e professionalità per affrontare la questione in tutta la sua gravità. Noi vogliamo migliorare il nostro Paese, mettendo a disposizione dei cittadini una risposta adatta alle loro esigenze di salute. E' nostro dovere, è nostro impegno. La palla passa ora al nostro Parlamento. Attendiamo la risposta. Anche il silenzio potrà essere una risposta, la peggiore.

I NUOVI ELETTI NEL DIRETTIVO PROVINCIALE

Presidente Giuseppe Figlini
Vicepresidente Giampaolo Bresci
Segreteria Lina Mameli, Tesoriere Paolo Monicelli
Consiglieri Paolo Baldi, Piero Buccianti, Antonio De Luca, Michele Emdin, Paolo Fontanive, Angiolo Gadducci, Cataldo Graci, Piero V. Lippolis, Eugenio Orsitto, Paolo Stefani, Stefano Taddei
Revisori dei conti Mojgan Azadegan, Alessio Lombardi, Mirene Luciani, Maria G. De Luca (supplente)

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Teresa Galoppi*, Alberto Calderani*, Riccardo Del Cesta, Filippo Graziani, Lucia Micheletti

*T. Galoppi e A. Calderani, fanno parte dell'Ordine dei Medici

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 Buccianti, 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

Segreteria dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa

Pisa Medica Online

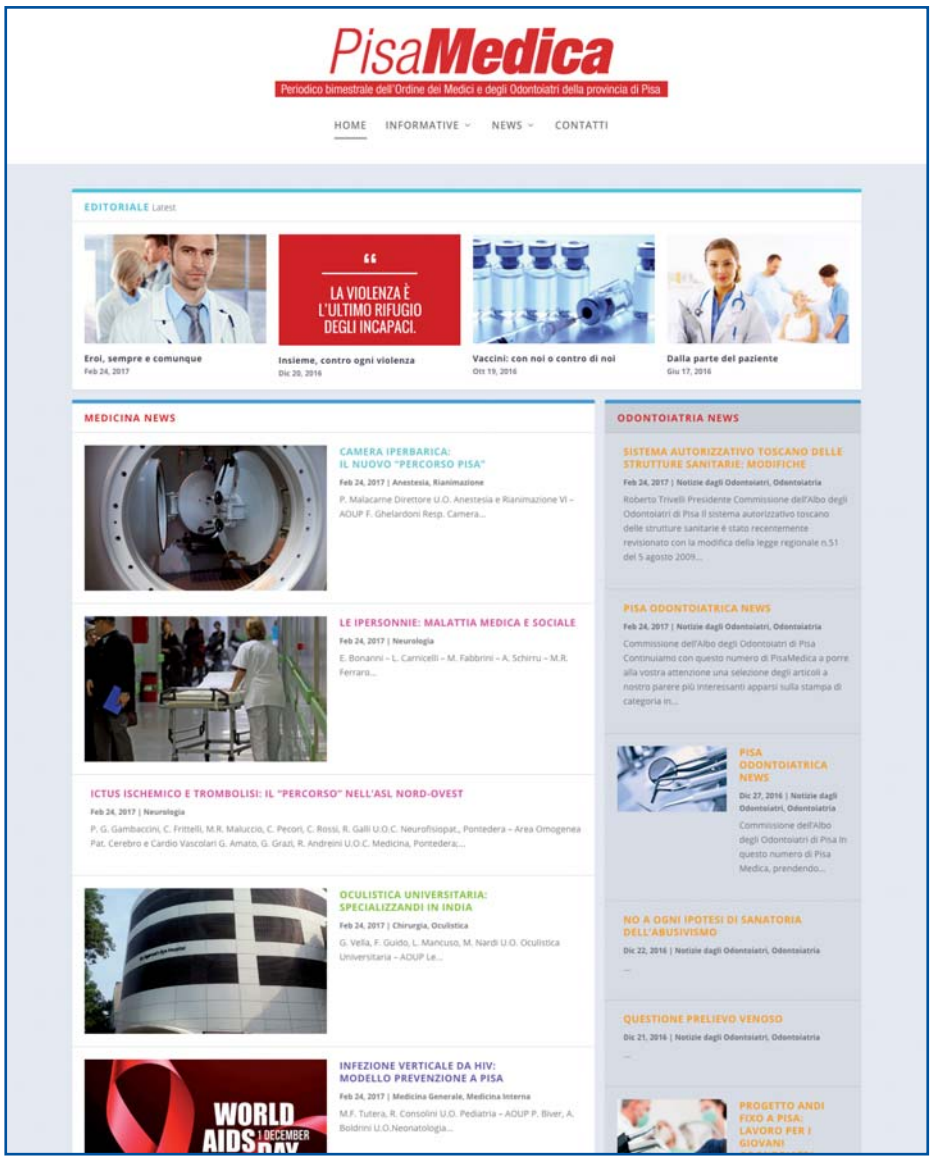
Caro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. 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@omceopi.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.



D. Giugliano Giornalista

La giornata del medico

La tradizionale "Giornata del Medico", organizzata annualmente dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Pisa, uno degli Ordini con maggior iscritti in Italia, ha fatto registrare anche per questa edizione, il tutto esaurito. L'evento di quest'anno, ha avuto particolare importanza in quanto, proprio in quesi giorni si è proceduto all'elezione del nuovo consiglio direttivo che ha confermato l'attuale presidente alla guida dell'Istituzione. Un risultato più o meno scontato, considerato l'ottimo lavoro svolto in questi anni dal nostro presidente e gli attivissimi consiglieri. Come consuetudine, dopo il saluto del pre-

Momenti della giornata

Momenti della giornata

Si ringrazia Vincenzo Pennè per le foto pubblicate nel presente articolo

sidente, il corposo programma ha dato spazio alla relazione del dr. Alberto Oliveti, presidente Enpam, che ha affrontato il tema, molto sentito, del pensionamento della classe medica, alla luce anche e soprattutto delle normative, in continuo divenire, che rendono il futuro pensionistico alquanto incerto, soprattutto per le giovani generazioni. La vera festa è iniziata successivamente con la consegna delle targhe alla carriera, assegnate a protagonisti della nostra Sanità: prof. Carlo Bartolozzi, dott. Claudio Cioni, l'odontoiatra dott. Franco Pancani e la dott.ssa Grazia Maria Salimbeni. A seguire, la consegna delle medaglie d'oro a sei medici che hanno raggiunto la meta dei 60anni dalla laurea ed ai 15 colleghi con mezzo secolo di laurea sulle spalle. Premiati con medaglia d'argento, gli 86 medici e 7 odontoiatri laureatisi 25 anni or sono e che oggi sono nel pieno della loro professione. Il momento più bello, ancora una volta, si è vissuto durante il "Giuramento d'Ippocrate", letto all'unisono con non poca emozione, dai 157 nuovi iscritti.

Intervento di Alberto Oliveti, Presidente ENPAM

I premiati con targa alla carriera

Il giuramento di Ippocrate

Per gli amanti della statistica, vale la pena sottolineare come, la medicina pisana di anno in anno sia sempre più in mano all'universo femminile. Sono infatti 94 le donne nuove iscritte contro i 63 maschi. "Un divario significativo – afferma il presidente Figlini – destinato a crescere anche nei prossimi anni a dimostrazione di quanto la donna possa applicarsi con pazienza, capacità e passione ad una professione sempre più difficile".

I premiati per i sessant'anni di professione

Angeletti Carlo Alberto, Bandettini Marcello, Bianchi Ugo, Ipata Pier Luigi, Micheletti Gianfranco, Vivaldi Giuseppe

I premiati con medaglia d'oro per i cinquant'anni di professione

Barzan Laura, Rucciani Pieraldo, Cagidiaco Alessandro, Capria Alfonso, Cosci Raoul, Forli Cesare, Ghelarducci Brunello, Graziani Paolo, Guajana Giovanni, Minervini Riccardo, Murri Luigi, Papeschi Piero, Taddeucci Grazia, Tarantino Enrico, Zanasi Maria Angela

Una targa d'argento alla carriera è stata consegnata per meriti acquisiti a:

prof. Carlo Bartolozzi

Il professor Carlo Bartolozzi, nato a Jesolo (Venezia) nel 1947, si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1972 all'Università di Padova.

CARRIERA ACCADEMICA

La carriera accademica del professor Bartolozzi è iniziata nel 1977 all'Università di Firenze, dove nel 1980 è diventato professore associato di Radiologia. Nel 1990, vincitore di concorso per professore ordinario, viene chiamato a ricoprire la cattedra di Radiologia all'Università di Pisa. Dallo stesso anno è direttore della Scuola di Specializzazione di Radiologia.

Dal 1999 al 2007 è stato direttore del dipartimento di Oncologia, dei trapianti e delle nuove tecnologie in medicina dell'Università di Pisa. Nello stesso periodo è stato rappresentante d'area per i dipartimenti di Medicina e Veterinaria.

È stato coordinatore di gruppi di ricerca dell'Università di Pisa in dieci progetti finanziati dall'Unione Europea e in numerosi programmi di ricerca di interesse nazionale.

È stato insignito dell'Ordine del Cherubino dell'Università di Pisa nel 2011.

CARRIERA ASSISTENZIALE

Riguardo all'attività assistenziale, è stato responsabile della Radiodiagnostica universitaria dal 1990, prima nella sede di Santa Chiara e di seguito nella nuova sede di Cisanello.

È stato direttore del Dipartimento ad attività integrata "Radiologia Diagnostica e Interventistica" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana dal 2004 al 2007 e dal 2010 al 2015.

CARRIERA SCIENTIFICA

In ambito internazionale è stato "Visiting Professor" in numerose sedi universitarie, tra le quali l'Università di Cambridge, l'Università di Chicago e Cleveland.

È membro fondatore dell'Istituto Europeo per la ricerca biomedica.

È stato Presidente della "European Society of Magnetic Resonance in Medicine and Biology" dal 2000 al 2001. Dal 2005 al 2007 è stato presidente della "European Society of Gastrointe-

stinal and Abdominal Radiology".
Presidente del Congresso annuale della "European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology", Firenze 2005.
È stato Co-Chairman dell'"Interventional Congress of Radiology" a San Paolo nel 2012.
Presidente del 46° Congresso Nazionale della Società di Radiologia Medica a Firenze nel 2014.
È inoltre membro di molte Società scientifiche della disciplina e tra queste è socio onorario della Società Austriaca di Radiologia, della Società Belga di Radiologia, della Società Francese di Radiologia, della Società Svizzera di Radiologia, della Società Iraniana di Radiologia e della Società di Radiologia dell'Asia e Oceania.
Nel Dicembre 2016 è stato nominato a Chicago, Membro Onorario del RSNA (Radiological Society of North America) che rappresenta la più alta onorificenza mondiale della disciplina radiologica.
Nel 2009 ha ricevuto la Medaglia d'oro della "European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology".
Ha tenuto letture onorarie in numerosi Convegni e tra queste la "Lettura Onoraria" all'"European Congress of Radiology"(ECR) - Vienna 2009.
Ha tenuto inoltre letture su invito in 35 diverse nazioni a livello mondiale.
Ha pubblicato 20 monografie ed è Autore o Co-Autore di oltre 350 articoli su riviste indicizzate (fonte Scopus).
I suoi studi e il suo lavoro hanno contribuito allo sviluppo e all'applicazione diagnostica di Ecografia, TC e Risonanza Magnetica nell'ambito di patologie toraco-addominali.

ATTUALE POSIZIONE
Il Professor Bartolozzi ha cessato il servizio presso l'Università di Pisa in data 1 Novembre 2015 e svolge attività libero professionale nell'ambito della diagnostica di Ecografia, TC e Risonanza Magnetica presso le strutture private di Firenze (Centro Diagnostico Leonardo Da Vinci) e di Pisa (Clinica San Rossore).

dott. Claudio Cioni

Il dott. Claudio Cioni nato a Pisa il 09/07/1947, laureato In Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Pisa il 30/10/1973, specializzato in Malattie del tubo digerente sangue e ricambio nel 1975.

Ha fatto parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
Nel 1974 ha iniziato la Sua attività professionale di Medico di Medicina generale fino alla data del pen-

sionamento nell'anno 2012.
Ha esercitato la professione con alto senso del dovere stabilendo sempre un rapporto di piena solidarietà e disponibilità sia con i pazienti che con le persone con le quali è venuto in contatto.
Tale atteggiamento, connaturato al suo modo di essere, ha continuato ad avere anche dopo il pensionamento con molti suoi ex pazienti ed altrettanti amici che gli si rivolgono ancora, per la sua maturata esperienza e umanità.
Infine piace evidenziare il rapporto di vera amicizia con quei Colleghi che erano e sono suoi veri estimatori.
Il Collega con buona ragione può essere indicato come esempio per le giovani leve.

dott. Franco Pancani

Il Dott. Franco Pancani è nato a Lucca il giorno 8 novembre 1945.
Si è laureato all'Università di Pisa in Medicina e Chirurgia il 24/11/1971.
Dopo le prime preziose esperienze presso i reparti di Chirurgia e di Pronto Soccorso degli Ospedali di Lucca e di Pescia, già nel settembre del 1972 era iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Pisa.
Da allora la sua carriera si è svolta esclusivamente in ambito libero professionale.
Stabilitosi a Bientina iniziò con successo ad esercitarvi come medico di base. Il giorno 8 luglio 1975 ottenne col Prof. Renato Bandettini la specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria e dal 1976 iniziò a svolgere l'attività di libero professionista odontoiatra nel suo studio di Bientina.
Ha fatto del perfezionismo un cardine della sua attività frequentando numerosissimi corsi di aggiornamento in Italia ed all'estero con i più noti maestri nazionali ed internazionali. Da allora è stato socio di primarie società culturali come la S.I.E., ecc..
Ha seguito con particolare passione gli insegnamenti del Dott. Michele Cagidiaco ed il Prof. Carlo Guastamacchia. Ha sviluppato una esperienza quarantennale nella ergonomia odontoiatrica. Seguendo questi approfondimenti ha sempre cercato di sviluppare all'interno dello Studio la professionalità del gruppo (odontoiatri, assistenti, igienista, segretaria) ritenendo che il successo nell'odontoiatria si possa ottenere grazie ad uno stretto coinvolgimento delle individualità.

Impegnato dal 1978 nell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI), è stato dal 1997 al 2002 Segretario Sindacale Provinciale della Sezione di Pisa e dal 2002 al 2007 ne è stato il Presidente.
Dal 2006 al 2016 è stato eletto Presidente della

C.A.O. (Commissione degli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri) dell'OMCeO di Pisa .e membro del Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Pisa dal 2006 ad oggi.
Dopo questa breve sintesi del curriculum professionale è con nostro grande piacere che consegnamo al Dott. Franco Pancani questa targa per conto dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa come riconoscimento della sua carriera di medico e di odontoiatra.

GRAZIE Dott. Franco Pancani!.

dott.ssa Maria Grazia Salimbeni

La Dott.ssa Grazia Maria Salimbeni si è laureata a Pisa, specializzata in Chirurgia Plastica presso l'Università degli Studi di Torino e Chirurgia della Mano presso l'Università degli Studi di Pavia.
Successivamente si è perfezionata in Microchirurgica Ricostruttiva presso università di Vienna, Galles del Sud (Chepstow), Glasgow, Helsinki e della Harward di Boston.
Ha prestato servizio presso la Divisione di Chirurgia Plastica dell'Ospedale di Pisa, prima come Assistente, poi come Aiuto e poi come titolare di Modulo e di Sezione di Microchirurgia in Chirurgia Plastica. Durante gli anni di servizio presso l'Ospedale Santa Chiara a Pisa si è occupata principalmente di Chirurgia e Microchirurgia Ricostruttiva dell'Apparato Locomotore collaborando con la Clinica Ortopedica, con la Clinica Otorinolaringoiatrica e con la Clinica Neurochirurgica.

E' stata docente di Microchirurgia presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica e di Otorinolaringoiatrica della Unipi ed ha collaborato con la scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica della Università degli studi di Napoli per la Microchirurgia e per la Chirurgia della Paralisi Facciale, con l'Università di Maastricht per l'organizzazione di un centro per la terapia chirurgica della Paralisi Facciale.
Ha condiviso con la Dott.ssa Manuela Roncella il Premio Pisa Donna 2000 assegnato dalla Regione Toscana e con il patrocinio del Comune di Pisa per l'impegno nella riabilitazione chirurgica dopo chirurgia demolitiva della mammella.
Ha partecipato come Relatore e Docente a numerosi Congressi e Corsi nazionali ed internazionali anche se ha dato una spiccata preferenza alla comunicazione orale. Ha pubblicato capitoli di libri in tema di paralisi facciale.
Presidente EURAPS (European Association of Plastic Surgeons) per l'Anno 2013-2014.
Dal 2001 si è dedicata soprattutto al trattamento chirurgico e microchirurgico della Paralisi Facciale e alla Chirurgia Oncologica correlata al Nervo Facciale, di Chirurgia dei tumori cutanei, in particolare del Melanoma.

C. Basile Fasolo Lab. Comunicazione in Medicina - Dip. Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

La comunicazione etica in medicina

Comunicare vuol dire mettere in comune ogni cosa, ogni aspetto della vita e sarà di volta in volta il caso di idee, fantasie, proposizioni, sensazioni, emozioni, ma anche contenuti fisici, come il corpo sano e il corpo malato. D'altra parte, l'etica ci ricorda che il principio cardine della nostra esistenza dovrebbe essere il bene, il buono per me che diventa il bene e il buono per ogni essere. Nel corso della vita di ogni giorno, *pensiamo, parliamo, ci comportiamo costantemente secondo un sistema di valori sottostanti la nostra coscienza e, spesso, neppure sospettati*. Ma, di fatto, le nostre parole e i nostri comportamenti hanno un enorme impatto sugli altri, tanto da impressionarli, ma talvolta tanto da poterli colpire e far loro del male. Un sorriso mal posto, un gesto di scherno, un ammicco, una considerazione negativa, un aggettivo usato male possono ferire più di mille spade.

In ogni commento che facciamo esprimiamo una valutazione, la nostra personale valutazione, secondo il nostro sistema valoriale. Vediamo come possiamo presentare la stessa situazione, ma con l'uso di parole con significato etico profondamente diverso. Mettiamo il caso si parli di un ben noto personaggio della storia: nel caso volessimo dare enfasi agli aspetti positivi del personaggio, usiamo la parola ***famoso***, mentre se vogliamo sottolineare gli aspetti negativi usiamo la parola ***famigerato***. Esempi: Michelangelo vs Hitler, ovvero due persone la cui fama è ben nota e che noi aggettiviamo in maniera diversa, laddove è l'aggettivo a dire sotto quale luce noi vogliamo vederlo. La cosa diventa di particolare interesse quando applicata ad un paziente, per ipotesi, lasciato in corsia da un parente e un altro parente riferisce che il "nonno", invece che ***lasciato***, è stato ***abbandonato***. Evidente il giudizio negativo, di condanna morale,

contenuti nella secondo verbo. Ed ancora: quando si parla di salute si dice ***Promuovere la salute*** o ***promuovere salute***, ma nessuno dice ***vendere salute***, anche quando tale termine possa essere giustificato dalla realtà, ma ci rifiutiamo di pensare di usare il verbo vendere per qualcosa che è considerato non vendibile e quindi "bolliamo" il termine vendere come moralmente negativo. Stessa cosa quando si affrontano spese, anche molto alte, per l'adozione di un bambino: a nessuno verrebbe di pensare di ***comprare un bambino***, anche se di fatto si spendono soldi per averlo e ci sono al mondo casi in cui i bambini si comprano/vendono (parole in questo caso associate a condanna morale), invece che "si adottano", termine moralmente e socialmente apprezzabile e apprezzato. Un ultimo semplice esempio: le cure "spinte" su un paziente: si può usare il termine ***Intervenire*** sul paziente (positivo), oppure ***Infierire*** sul paziente (termina carico di valutazioni assolutamente negative).

Molto più spesso è il nostro atteggiamento o un comportamento in una certa situazione a trasmettere il nostro giudizio morale. Una cosa di cui spesso ci dimentichiamo è che in un processo comunicativo, in una relazione tra due o più persone il linguaggio verbale rappresenta solo il 7% a fronte di un 93% che non è parole, ma fatti (si calcola un 38% per il linguaggio paraverbale - sospiri, sbuffi, ma anche un semplice ah, oh- e 55% per il linguaggio non verbale - postura, ritmo e tono della voce, sguardo etc.-). Questi aspetti, sono molto importanti nella vita di tutti i giorni: esempio, una persona torna a casa e il coniuge continua a fare quello che fa, volta le spalle e magari dice solo " ah… sei tu!", cosa ben diversa dall'interrompere l'attività, girarsi, fare un sorriso e dire AH!!! Sei Tuuuuuu". Questi aspetti sono ancora più importanti nella relazione tra care giver e paziente, ovvero in una situazione in cui letteralmente ci mettiamo nelle mani dell'altro e speriamo che l'altro si metta nei panni nostri. Gregory Makoul in un articolo apparso su Archives of Internal Medicine nel giugno 2007, dal titolo An Evidence-Based Perspective on Greetings in Medical Encounters, riporta di avere chiesto a pazienti alla uscita da una visita medica come si fosse comportato il medico al momento della accoglienza ed evidenzia come stringersi la mano sia ritenuto un gesto importante per il 78 per cento di 415 intervistati, ed è anche il gesto che ha segnato l'inizio dell'82 per cento delle visite filmate; inoltre, il 50 per cento dei pazienti desidera essere chiamato con proprio nome e il 56 % vorrebbe che il medico si presentasse con nome e cognome.

Fondamenti della comunicazione etica

Ed ecco allora, qualche suggerimento perché i nostri pensieri, i nostri stili di pensiero e conseguentemente di comportamento abbiano un "senso etico":

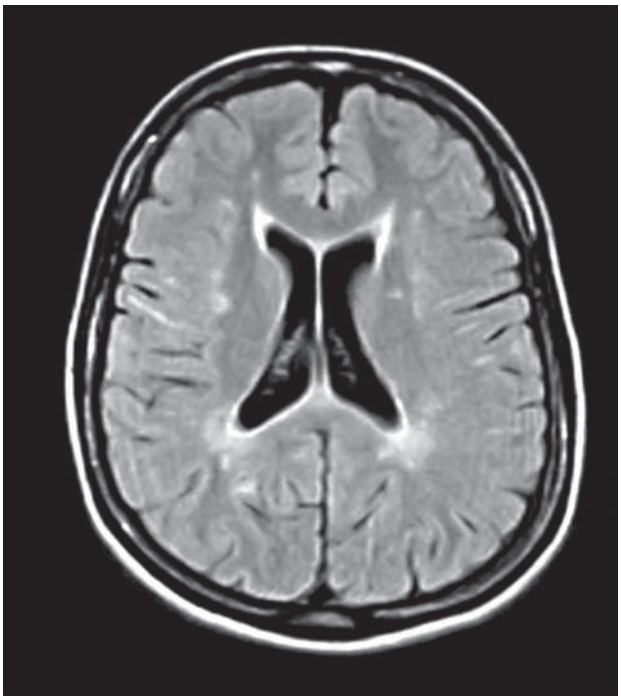
1. pensare in maniera responsabile
2. prendere decisioni, decidersi a prendere delle decisioni
3. sviluppare relazioni e momenti comuni, in un certo contesto, in una specifica cultura, a seconda dei canali, a seconda dei media
4. sostenere verità, accuratezza, onestà ovvero tutte le ragioni essenziali per una comunicazione "integra"
5. promuovere la libertà di espressione, la diversità di prospettiva, la tolleranza del dissenso, per arrivare a prendere decisioni fondamentali per una società civile
6. sforzarsi di comprendere e rispettare gli altri comunicatori prima di valutare e rispondere ai lori messaggi
7. promuovere l'accesso alle risorse della comunicazione e alla opportunità necessarie a sviluppare il potenziale umano e contribuire al benessere delle famiglie, delle comunità e della società
8. promuovere un <clima> di comunicazione di attenzione (caring) e mutua intesa, che rispettino i bisogni unici e le caratteristiche dei comunicatori
9. condannare una comunicazione che degrada le persone attraverso al distorsione, intimidazione, coercizione e violenza e attraverso l'espressione della intolleranza e dell'odio
10. impegnarsi per la coraggiosa espressione delle convinzioni personali e perseguire l'equità e la giustizia
11. difendere la condivisione delle informazioni, opinioni e sentimenti quando ci si trovi di fronte a scelte significative, pur nel rispetto della privacy e della confidenzialità
12. accettare la responsabilità delle conseguenze a breve e lungo termine per la nostra comunicazione e attendersi la stessa cosa dagli altri

Ognuno di noi è una persona, un piccolo mondo, miliardi di cellule costituite in un corpo, ma è anche una persona fatta anche di relazioni e cognizioni, che vive in un mondo di complessità. La persona, anche quando ammalata in una delle sue componenti (cognitive, affettive e somatiche) è un paziente, ma è primariamente una persona e la missione di ogni care giver è porre la persona al centro di tutto. Tutti coloro che fanno e danno qualcosa al paziente, non possono guardare solo a cosa fanno e danno, ma a come lo fanno e a come lo danno: solo dando dignità all'Altro possiamo ricevere dignità, quella dignità che ognuno di noi vorrebbe ricevere quando si trova "dall'altra parte".

C. Pecori - C. Frittelli - C. Rossi - G. Gambaccini - M.R. Maluccio - R. Galli Dip.specialità mediche – Area Omogenea Pat. Cerebro e Cardiovascolari - UOC Neurologia – Presidio Ospedaliaro "F. Lotti", USL Toscana Nord-Ovest

Sclerosi multipla ed ambiente: il ruolo dei fattori di rischio

La Sclerosi Multipla (SM) è la più frequente patologia infiammatoria demielinizzante del sistema nervoso centrale. La causa rimane ad oggi sconosciuta; il background genetico conferisce solo in parte suscettibilità alla malattia, a suggerire il ruolo di fattori di rischio ambientali. Alcuni, tra cui residenza a latitudini elevate, bassi livelli di vitamina D, infezione da EBV e fumo di sigaretta sono noti da anni in relazione alla malattia, mentre altri, tra cui obesità, abitudini alimentari e composizione della flora batterica intestinale sono stati indicati più di recente. Dagli studi epidemiologici risulta che la SM ha una più alta prevalenza con l'aumentare della latitudine ed ha maggiore incidenza nei paesi sviluppati. E' stato ipotizzato che l'alto rischio di malattia osservato in regioni ad alta latitudine come il Nord Europa fosse correlato ai bassi livelli sierici di vitamina D (che studi prospettici hanno messo in relazione con un aumentato rischio di sviluppare la SM) secondari ad una ridotta esposizione solare. Sembra comunque che i livelli di vitamina D e l'esposizione a raggi UVB, elementi dotati entrambi di proprietà immunoregolatorie ed antinfiammatorie, costituiscano fattori indipendenti nel determinare il rischio di malattia. Tra gli agenti infettivi, per il virus di Epstein Barr è stata dimostrata una significativa associazione con la SM ed il rischio di ammalare è più alto se l'infezione avviene nell'adolescenza o in età più mature piuttosto che in età infantile; inoltre una storia di mononucleosi infettiva, la manifestazione clinica dell'infezione, è riportata conferire un rischio di 2-3 volte.



Anche abitudini voluttuarie ed alimentari sembrano influire sul rischio di patologia. E' stata infatti osservata una associazione positiva significativa con il fumo di sigaretta, che avrebbe un effetto legato sia ad intensità che a durata dell'esposizione, riducendosi una decade circa dopo la cessazione. Inoltre l'abitudine al fumo avrebbe un impatto negativo sulla progressione della disabilità: nei soggetti con esordio recidivante remittente è risultata associata ad un tempo ridotto di passaggio alla fase secondariamente progressiva. Per quanto riguarda l'alimentazione, la "dieta occidentale" determinerebbe un

aumento di produzione di molecole pro-infiammatorie, alterando l'omeostasi immunitaria. L' introito di grassi e l'eccesso di peso potrebbero avere influenza in quanto è stata riscontrata una correlazione positiva tra il body mass index ed il rischio di sviluppare SM, inoltre il tessuto adiposo produce molecole pro infiammatorie ed in soggetti con molta massa grassa i livelli circolanti di vitamina D sono più bassi; infine, gli acidi grassi della dieta sono in grado di indurre cambiamenti nella flora batterica intestinale. I batteri commensali svolgono svariate funzioni, tra cui digestione dei cibi, competizione con potenziali agenti patogeni e funzioni immunitarie. Particolari abitudini dietetiche, l'utilizzo di medicinali o gli eventi stressanti possono condurre ad una cosiddetta disbiosi, con conseguente alterazione dell'immunità intestinale; è stato infatti dimostrato che un *microbioma* disbiotico può portare ad un aumento di linfociti T proinfiammatori (Th17). Studi sulla encefalite allergica sperimentale, il modello murino di SM, hanno messo in evidenza una correlazione tra flora batterica intestinale e malattia e sembra che uno stato di disbiosi, con riduzione di specie batteriche importanti nei meccanismi immunoregolatori, possa influenzare anche la SM, sebbene manchino ancora dati certi. Nel complesso, in effetti, capire ruolo e meccanismo d'azione dell'esposizione ambientale nella SM potrebbe fornire informazioni utili alla prevenzione e a coadiuvare gli interventi farmacologici; il campo di ricerca è tuttavia ancora aperto all'identificazione dei meccanismi causali nella patogenesi della malattia e all' esplorazione dell'efficacia di eventuali strategie preventive mediante studi clinici controllati.

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

G.L. Gatti - A. Giacomina U.O. Chirurgia Plastica - AOUP

Arriva la bodylift: la torsoplastica circonferenziale

Più della metà degli adulti europei, di età compresa tra i 35 ed i 65 anni, è in sovrappeso oppure obeso. Si parla di obesità quando l'indice di massa corporea (body mass index = BMI) è uguale o maggiore di 30 (kg/m^2) e di sovrappeso quando il BMI è compreso tra 25 e 30.
In Europa il sovrappeso è più frequente negli uomini che nelle donne, mentre l'obesità è più frequente fra le donne. La prevalenza dell'obesità negli adulti è calcolata nell'ordine del 10-20% negli uomini e del 15-20% nelle donne.
In Italia esiste un'ampia variabilità geografica con un range di prevalenza dell'obesità circa doppio rispetto a quello delle altre nazioni europee. In generale la prevalenza dell'obesità negli adulti è compresa tra il 20 ed il 40% nelle donne di mezza età e tra il 15-25% circa nei maschi. Questi dati spiegano il sempre maggiore ricorso dei pazienti obesi alla Chirurgia "Bariatrica".
Il fine della Chirurgia Bariatrica è indurre nel paziente uno stato di malassorbimento selettivo e/o di restrizione dell'eccessivo introito alimentare. Tali obiettivi possono essere raggiunti mediante interventi chirurgici quali la diversione bilio-pancreatica, il bypass digiuno-gastrico, la restrizione gastrica temporanea (ossia il "bendaggio gastrico") e la gastroplastica.
Pertanto, la Chirurgia Bariatrica determina, in tempi brevi, un importante calo ponderale trasformando pazienti obesi o gravemente obesi in pazienti normopeso o sovrappeso.
Le principali conseguenze di una repentina perdita di peso sono la compromissione dell'elasticità e della capacità di retrazione della cute in quanto si determina un'alterazione delle fibre collagene e dell'elastina presenti nel derma ed il rilassamento dei tessuti sottocutanei.
Questo quadro delinea una condizione clinica definita "lipodistrofia post-dimagrimento" che si manifesta con riduzione dello spessore del tessuto adiposo e presenza di

pliche cutanee estese che a livello dell'addome, ad esempio, danno luogo al cosiddetto "addome pendulo".
Il Chirurgo plastico in questa fase può entrare in gioco aiutando i pazienti colpiti da tali sequele a ritrovare l'armonia del proprio profilo corporeo grazie ad un rimodellamento tridimensionale della silhouette.
Gli esiti di obesità possono essere corretti con un ampio ventaglio di interventi chirurgici quali la mastopessi, il lifting del volto e del collo, il lifting delle braccia e degli arti inferiori e l'addominoplastica, effettuabili singolarmente o in combinazione. Agli inizi di questo nuovo millennio alcuni Autori hanno proposto una tecnica chirurgica innovativa che consente di ottenere in un unico tempo operatorio il rimodellamento del tronco a 360° intervenendo contemporaneamente su addome, dorso, fianchi e glutei. Tale procedura prende il nome di Bodylift e rappresenta uno degli strumenti più preziosi di cui la chirurgia plastica possa servirsi nella correzione degli esiti di obesità.
Il body lift è una tecnica che prevede un accurato disegno preoperatorio eseguito in stazione eretta, per marcare le linee di incisione e quantificare il tessuto cutaneo da asportare.
L'intervento si svolge in anestesia generale con il paziente dapprima in posizione prona per rimuovere posteriormente la cute in eccesso ed allestire, con il tessuto adiposo delle aree subito al di sopra dei glutei, due "autoprotesi" che andranno a ridare volume ai glutei atrofici e ptosici; successivamente in posizione supina, si procede all'addominoplastica vera e propria per la rimozione del "grembiule" cutaneo anteriore.
Al termine dell'intervento residuerà una cicatrice "a cintura" o "circonferenziale" che è spesso ben celabile con i comuni slip.
Per effettuare un bodylift sicuro e ridurre il più possibile l'incidenza di complicanze post-operatorie, tra cui le più frequenti sono i sieromi e il ritardo di guarigione delle ferite chirurgiche, bisogna tenere ben presenti alcuni concetti fondamentali descritti da due autori francesi, Le Louarn e Pascal, ideatori di una tecnica personale descritta nel lavoro "Remodeling Bodylift With High Lateral Tension".
È infatti necessario innanzitutto rispettare il decorso dei vasi linfatici ed effettuare una lipoaspirazione con tecnica "tumescent", ossia prima di eseguire la liposuzione di determinate aree, queste vanno infiltrate con una soluzione acquosa contenente anestetici e vasocostrittori in modo da ridurre al minimo il rischio di sanguinamento. Vanno inoltre evitati ampi scollamenti in modo da mantenere il più possibile integra la vascolarizzazione e rispettati i piani di dissezione dei tessuti in modo da ottenere un più facile accollamento alle strutture sottostanti ed il minore stress possibile per i vasi linfatici.
Tutto questo si tradurrà in un decorso post-operatorio di più facile gestione e in una riduzione dei tempi di guarigione, in linea con la Letteratura.
I pazienti sottoposti al bodylift sopra descritto infatti, vanno incontro ad un tasso di complicanze compreso tra lo 0 e il 2%, mentre con le altre tecniche vengono riportati percentuali di complicanze quali la deiscenze delle ferite, il ritardo di guarigione, il sanguinamento ed la conseguente anemizzazione, la necrosi tissutali, le infezioni, la trombosi venosa profonda ed l'embolia polmonare, comprese tra il 5 e il 40%.
Nella mia esperienza ritengo questa tecnica altamente affidabile in quanto mi ha consentito di ottenere un drastica riduzione dell'incidenza di complicanze in pazienti che presentano un elevato numero di co-morbidità legate alla loro patologia di fondo. La diminuzione delle complicanze, inoltre, si traduce in tempi di ospedalizzazione più brevi e risparmio di spesa sanitaria in linea con l'attuale politica di risparmio adottata dal SSN. Ritengo, infine che il bodylift permetta di ottenere ottimi risultati estetici e funzionali in termini di rimodellamento ed armonizzazione della silhouette che hanno un impatto notevole sulla vita sociale e di relazione di questi pazienti.

U. Bonuccelli U.O. Neurologia AOUP

I progressi della neurologia

Negli ultimi dieci anni si è assistito ad un incremento esponenziale delle capacità tecnologiche di diagnostica sia genetico-biologica che di imaging, accanto allo sviluppo di nuove tecniche terapeutiche e di nuovi farmaci che hanno posto la Neurologia fra le discipline mediche "pesanti" come da tempo lo è la Cardiologia per l'epidemiologia, il consumo di risorse sanitarie e di tecnologie e per i risultati raggiunti in termini di riduzione di mortalità e morbilità.
Le aree di patologia più importanti della Neurologia dal punto di vista epedemiologico sono rappresentabili oggi in vari ambiti che includono sia pazienti acuti che cronici:
1. Malattie cerebrovascolari (ischemia, emorragia)
2. Malattie neurodegenerative (demenze, parkinson)
3. Malattie neuromuscolari (SLA, neuropatie, miopatie) e Malattie rare
4. Malattie infiammatorie/demielinizzanti (sclerosi multipla)
5. Malattie episodiche ricorrenti (cefalee, epilessia)

STROKE

Nonostante i notevoli progressi compiuti nel management dell'ictus cerebri o stroke, dalla prevenzione (primaria e secondaria) alla terapia iperacuta di rivascolarizzazione nell'ictus ischemico per via endovenosa (fibrinolisi sistemica) e\o intra-arteriosa (trombectomia e\o fibrinolisi locoregionale), esso rappresenta ancora oggi la terza causa di morte (con numeri maggiori per gli ictus emorragici) e la prima di invalidità nei paesi occidentali. In Italia abbiamo circa 200.000 ictus l'anno con circa 350-400 casi ogni 100.000 abitanti per anno.
Lo stroke rappresenta una priorità sanitaria perché curandolo in modo "organizzato" ed in aree di degenza "dedicate" si possono ottenere minore mortalità ed esiti più lievi nei sopravvissuti. La Stroke Unit è "un'area geograficamente definita all'interno dell'ospedale dove opera un gruppo interdisciplinare di operatori professionali esperti (infermieri, tecnici della riabilitazione e neurologi), dedicati alla cura delle malattie cerebrovascolari con un rapporto operatori/paziente più elevato di quello ordinario, secondo parametri di tipo semi-intensivo".
Dall'ottobre 2015 nel nuovo reparto della clinica neurologica (Edificio 30) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), è attiva la "Stroke Unit", fortemente voluta dalla Direzione AOUP e dotata di 8 letti dedicati: questa struttura con il supporto del DEA–Pronto Soccorso, della Neuroradiologia e della Rianimazione ha ricoverato centinaia di pazienti il 30% dei quali sono stati sottoposti alla procedura salvavita fibrinolitica e\o di trombectomia meccanica intra-arteriosa con risultati molto positivi su mortalità e morbilità. Pisa rappresenta il centro ospedaliero di riferimento dell'Area Vasta per la fibrinolisi intrarteriosa e la trombectomia meccanica, che hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico all'infarto cerebrale così come da molti anni avviene per l'infarto del cuore.
Accanto agli aspetti assistenziali, la Stroke Unit si pone come obiettivo la ricerca ed innovazione e la formazione/educazione della popolazione. Numerose sono infatti, le collaborazioni all'interno dell'AOUP, con la USL Nord Ovest, e quelle nazionali ed internazionali ed i progetti di ricerca e gli studi clinici avviati dall'equipe neurologica che mirano ad una migliore conoscenza della patogenesi dello stroke, ed alla ricerca di nuove terapie.
Di fondamentale importanza è infine l'educazione della popolazione: sono necessarie campagne d'informazione ravvicinate per raggiungere il maggior numero di persone spiegando che una mancanza anche transitoria di forza o una difficoltà del linguaggio sono sintomo di disfunzione cerebrale spesso legate ad un ictus, per cui si deve andare subito in ospedale chiamando il 118: con il codice "rosso stroke" c'è un accesso prioritario al Pronto Soccorso dove h24 è presente un Medico del PS insieme al Neurologo di guardia che possono con competenza ed immediatezza valutare il quadro clinico ed attivare subito le migliori procedure, perché dopo 3-4,5 ore il danno è difficilmente recuperabile:insomma la parola d'ordine è *il tempo è cervello*.

MALATTIE NEURODEGENERATIVE

La neurodegenerazione provocata nelle forme giovanili da mutazioni genetiche (circa il 10% nelle varie forme cliniche) vede nell'età avanzata il maggior fattore di rischio. Oggi si ritiene che alla base delle varie forme neurodegenerative vi sia l'accumulo di proteine fisiologiche che cambiano conformazione e diventano insolubili rendendo inefficaci i meccanismi cellulari fisiologici con conseguente disfunzione e morte neuronale. La beta-amiloide e la Tau sono alla base dell'Alzheimer, la alfa-sinucleina del parkinson e della Malattia a Corpi di lewy (parkinson con precoce demenza), la Tau della Demenza Fronto-Temporale e della Paralisi Sopranucleare

Progressiva, un parkinsonismo con precoci cadute e demenza. La suddivisione delle neurodegenerazioni in tante malattie è stata comoda dal punto di vista diagnostico ma non reggerà ai nuovi dati che provengono dall'imaging molecolare - con la PET Amiloide e con la PET Tau si possono evidenziare in vivo questi accumuli proteici abnormi nel cervello - e dai markers plasmatici e liquorali che porteranno in pochi anni ad un rinnovamento nosografico. Di fatto le neurodegenerazioni si manifestano con sintomi diversi nell'area del movimento (parkinson e parkinsonismi), delle funzioni cognitive (demenze) e del comportamento (parkinson e demenze), ma alla fine l'allargamento del processo neurodegenerativo a tutto il SN determina la compromissione di tutte e tre queste funzioni. I pazienti parkinsoniani sviluppano nel tempo una demenza a volte con caratteristiche sue proprie (sindrome disesecutiva) altre volte con aspetti simili all'Alzheimer per la prevalenza di disturbi mnesici e del linguaggio. Perfino nella SLA che nasce con sintomi neuromuscolari i sintomi poi si estendono con compromissione delle funzioni cognitive e comportamentali.

I numeri maggiori sono quelli della Demenza di Alzheimer con incidenza tra 60 e 70 anni del 3-4% che sale al 15-18% fra 70 e 80 anni ed oltre il 40% dopo i 90; il Parkinson ha andamento epidemiologico simile ma con valori di prevalenza ridotti ad ¼ circa. L'invecchiamento quindi della popolazione aumenta sempre di più la prevalenza di queste malattie i cui costi rappresentano ormai oltre l'1% del PIL mondiale.

A Pisa è ormai consolidato un centro per le malattie neurodegenerative che si rivolge ai pazienti con Parkinson, parkinsonismi e Demenze che offre i più aggiornati e moderni mezzi diagnostici di pertinenza della Medicina Nucleare, della Neuroradiologia e del laboratorio di Neurobiologia e Genetica e le più moderne terapie incluse quelle sperimentali: sono 15 in questo momento i trials farmacologici in corso per queste due malattie. Di recente il Fresco Institute Italy for Parkinson's Disease ha incluso Pisa fra i 5 centri italiani del proprio network per il Parkinson, garantendo finanziamenti per la ricerca ed il miglioramento dell'assistenza per i prossimi anni ed anche lo scambio alla pari di ricercatori italiani con quelli del Fresco Institute della New York University.

Nell'ambito delle Malattie neuromuscolari e delle Malattie rare è stato attivato un Programma diretto dal Prof. Gabriele Siciliano che offre una diagnostica genetica ed istologica a 360 gradi ed alcuni farmaci innovativi per questo gruppo di disturbi: fra poche settimane inizierà la somministrazione ospedaliera dell'ultimo farmaco approvato dall'AIFA per la SLA l'edaravone, che purtroppo non risolve la malattia ma ne rallenta comunque la progressione.

Le novità terapeutiche sul versante delle **malattie demielinizzanti** (sclerosi multipla) hanno superato ogni aspettativa ed oggi questa malattia e la sua tendenza alla progressione non fanno più paura per la possibilità di una diagnosi tempestiva e l'uso di oltre 10 farmaci innovativi ed efficaci.

Egualmente rilevanti sono le nuove risorse terapeutiche farmacologiche per **l'epilessia**, la tossina botulinica per **le cefalee** farmacoresistenti e l'arrivo nel 2018 di un anticorpo monoclonale contro il Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP) somministrabile sc una volta al mese estremamente efficace nella prevenzione degli attacchi.

Insomma la Neurologia è cambiata da disciplina in prevalenza speculativa ed euristica, contrassegnata da un discreto nihilismo terapeutico, è diventata una delle aree della medicina con terapie di assoluta efficacia grazie alla ricerca clinica e di base.

L'attaccamento ai pazienti ed al lavoro insieme all'interesse per la ricerca consentono ai medici della Neurologia di Pisa (8 Universitari, 8 ospedalieri, 16 specializzandi e 6 contrattisti) di rispondere alle esigenze dettate dalle nuove terapie per lo stroke e dall'aumento dei pazienti cronici seppur con fatica e sacrifici: se continuasse la "carestia" di risorse umane degli ultimi anni non sarebbe più possibile bilanciare le necessità dei pazienti neurologici con le metodologie più moderne ed innovative.

Alice Sanpaolesi de Falena Dottore Commercialista Revisore Contabile

Santa Klaus e la Befana

In analogia a Santa Klaus anche il Fisco di casa nostra nel periodo natalizio porta doni ai contribuenti: trattandosi di Fisco nel pacco ci sono "detrazioni" da scoprire e da inserire nella dichiarazione dei redditi del prossimo anno! Non a caso il D.L. 148/17 è in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale e tra qualche giorno sarà legge.

Partiamo dalla detrazione per "studenti fuori sede": in questo caso si tratta di una parziale novità, infatti era già prevista la possibilità per i genitori che stipulavano regolari contratti di affitto per i figli studenti "fuori casa" di portarsi in detrazione il 19% di una cifra annuale massima pari a euro 2.633,00 (lo sconto perciò ha un tetto massimo di 500,27 euro) ciò a condizione che la residenza dello studente fosse distante dalla sede universitaria almeno 100 chilometri e la provincia diversa. Con la nuova norma la detrazione è possibile: sempre in presenza dei 100 chilometri ma anche se la provincia di residenza è la stessa e non solo, la detrazione viene concessa comunque a coloro che risiedono in zone disagiate o montane e che distano dalla sede universitaria anche solo 50 chilometri. Per la definizione di "zone disagiate o montane" e quindi per avere un criterio di riferimento si dovrà attendere una precisa indicazione da parte dell'Agenzia delle Entrate. La facilitazione riguarderà esclusivamente gli anni 2017 e 2018.

Un'assoluta novità in tema di detrazioni è quella che riguarda l'acquisto di "alimenti a fini medici speciali (AFMS)" così come individuati nella sezione A1 del Registro Nazionale decreto del Ministero della Sanità 8 giugno 2001. E' stato chiarito che la detrazione non si applicherà agli alimenti "gluten free" utilizzati dai celiaci. Il "risparmio" verrà calcolato nella misura del 19% della spesa sostenuta, al momento non è noto l'importo massimo. La detrazione sarà in vigore per le due annualità 2017 e 2018 anche se viene da pensare che il decreto è stato approvato a fine dicembre e che forse non tutti i contribuenti hanno pensato a conservare lo scontrino o la fattura di acquisto di quanto comprato nel corso dell'anno ormai giunto al termine… ma resta salvo il detto "a caval donato non si guarda in bocca"!

Dopo Santa Klaus arriverà anche la Befana che porterà nella calza dolcetti come il "bonus verde" e anche il carbone "diminuzione bonus energetico" … infatti nella Legge di Stabilità (ad oggi in corso di approvazione) sono previsti in diminuzione i bonus per il così detto "risparmio energetico" che scende dall'attuale 65% al 50% per i contribuenti che sostengono spese per la sostituzione di infissi e caldaie a condensazione, mentre viene inserito il nuovo "bonus verde" ovvero la possibilità di portare in diminuzione delle imposte una somma massima pari al 36% di euro 5.000,00 da suddividere in dieci anni, destinata a coloro che vorranno effettuare interventi di progettazione e realizzazione delle aree a verde (compresi i terrazzi). La detrazione, come sempre in questo tipo di agevolazioni, è legata all'unità immobiliare. Entrambe le misure decorreranno dal 2018. Ragionevolmente.

(Fonte *"Il Sole 24 Ore"*)

Commissione dell'Albo degli Odontoiatri di Pisa

La giornata del medico e dell'odontoiatra a Pisa

Il saluto del Presidente della Commissione Albo degli Odontoiatri di Pisa dott. Roberto Trivelli

In una sala dove sono rappresentate tutte le generazioni, questa giornata di festa è un'occasione per salutare i medici e gli odontoiatri più avanti per età e professionalmente, ma anche per incontrare i giovani neolaureati che si affacciano alla vita professionale e all'Ordine.
E' anche un'occasione per trovarsi e riflettere sulla nostra professione.
Mi rivolgo soprattutto ai giovani odontoiatri, ma anche ai medici.
Dopo un percorso di studi impegnativo ora si comincia, con l'augurio di un futuro di successi professionali, ma bisogna essere realisti, perché cominciano anche i problemi. Vi sarete già scontrati con una serie di paletti, di difficoltà.
In questi ultimi anni, l'odontoiatria si è modificata con molti elementi peggiorativi.
Intanto si sono portate avanti **tecniche di marketing molto aggressive** importate dal commercio.
Il tutto reso possibile da **normative molto permissive** sulla pubblicità in campo medico che permettono di andare oltre la decenza.
Si è data al garante per la concorrenza la possibilità di cancellare dal codice deontologico parti importanti degli articoli che riguardano la pubblicità nello spirito della cosiddetta legge Bersani.
E questo vale per gli odontoiatri ma anche per i medici. La **comunicazione** va bene, permette soprattutto ai più giovani di farsi conoscere, ma il tutto deve avvenire nel rispetto della verità, della deontologia e del decoro.
Legge sulla concorrenza e società di capitali. Cari giovani non fatevi trascinare dalla **deriva mercificatrice** e cadere in mano a strutture di capitale che per DNA ragionano solo in termini di profitto. Società di servizi che hanno bisogno di collaboratori qualificati e abilitati, come lo sono medici ed odontoiatri, ma che talvolta fanno **contratti capestro** per i giovani liberi professionisti, che li mortificano economicamente e mortificano la professionalità.
Prestanomismo, talvolta si tratta di un giovane collega con difficoltà di inserimento e attratto da facili guadagni. Non fatelo. Assolutamente. Perchè prima o poi le cose andranno male e si creeranno situazioni pesanti dal punto di vista legale e deontologico.
Nella attività medica e odontoiatrica le maggiori soddisfazioni si hanno facendo bene e facendo del bene e mettendo al centro della professione la salute del cittadino ben prima della ricerca del seppur giusto guadagno.
E poi venite all'Ordine e partecipate: perchè possiamo darvi una mano e dei consigli. E perchè abbiamo bisogno di voi e delle vostre sollecitazioni.
Concludo augurando ai giovani colleghi un futuro ricco di soddisfazioni. Ai colleghi meno giovani ed affermati di continuare con immutato entusiasmo la loro vita professionale. Ai più anziani di essere maestri di vita e auguro ancora 100 o comunque tanti di questi giorni, in salute.

Dott. Franco Pancani targa alla carriera 2017 per l'Odontoiatria

Sabato 11 Novembre 2017. Mi alzo di buon mattino per partecipare alla Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, manifestazione annuale pianificata ormai da molti anni ottimamente dal Consiglio dell'Ordine e dalla Segreteria. Quest'anno sarà presente il Presidente ENPAM Dott. Alberto Oliveti per illustrare agli iscritti di Pisa "La Previdenza ENPAM". La sala dell'Hotel Galilei è affollata e stimolante per l'oratore, che in maniera chiara illustra i vari aspetti della nostra previdenza, soprattutto ai molto giovani colleghi presenti. La giornata organizzata per fare festa ed i tempi ristretti non consentono un ulteriore e prolungato dibattito su un argomento tanto importante, ma l'occasione è ugualmente istruttiva e costruttiva. Successivamente, seguendo la scaletta predisposta dal Presidente, vengono consegnate le targhe come riconoscimento alla carriera, le medaglie per i 50 anni di laurea , le medaglie per i 25 anni, ed infine la lettura corale da parte dei neo iscritti del giuramento di Ippocrate. È un susseguirsi rapido, che per ogni Collega chiamato riassume in pochi minuti il valore ed il ricordo di anni di professione, mentre per i Colleghi gio-

vani la mente corre ai trascorsi anni di studio ed alle mille speranze per una vita professionale, che si sta aprendo. Percepisco il dispiacere per l'assenza di molti Colleghi, e spero che ciò sia dovuto ai troppi impegni e non alla mancata considerazione per questa manifestazione, valida sotto ogni aspetto.

Per quest'anno la mia personale partecipazione è molto più intensa che in passato, perché mi è stato fatto il grande onore di conferirmi la targa d'argento alla carriera per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Onore accresciuto perché ricevuto in compagnia del Prof. Carlo Bartolozzi, radiologo, illustre cattedratico della nostra Università, con un curriculum vitae eccezionale di livello internazionale, e della Dottoressa Grazia Salimbeni, chirurgo plastico vanto della nostra professione. Terminata la cerimonia si passa nella sala per il pranzo offerto dall'Ordine ai presenti, che prolunga il tempo di lieti rapporti fra colleghi e familiari.

Devo dilungarmi però sui sentimenti personali vissuti in questo giorno.

La mattina da poco trascorsa è stata per me piena di felici sensazioni e di profonda commozione. In alcuni momenti ho trattenuto a stento le lacrime, perché da amici e colleghi ero stato scelto per un riconoscimento così importante. Sento che oltre l'aspetto professionale a guidare la scelta, ben oltre i miei modesti meriti, sono stati l'amicizia, la stima ed il rispetto, che ci hanno uniti

in questi anni dedicati alla CAO e ad ANDI. Un grazie affettuoso anche alla presenza dell'amico Prof. Andrea Calderazzi, illustre ed amatissimo radiologo, venuto per essermi vicino nonostante i suoi gravosi impegni familiari. La cerimonia ha portato a galla inoltre il grande affetto e la stima anche da parte del gruppo professionale che da molti anni fa parte del mio studio: segretaria, assistenti, collaboratori, ecc.. Tutto ciò ha dimostrato che i valori che ho cercato di perseguire in questi lunghi anni di carriera e nella vita sono stati riconosciuti da tutti ed hanno dato i loro positivi frutti.
Per ultimo con grandissima gioia ed affetto ricordo la mia famiglia, che in tempi così critici ha dimostrato di essere la struttura portante, che contribuisce a dare un senso alla professione ed alla vita nei momenti lieti e nelle difficoltà. Inoltre la mente è andata indietro nel tempo, agli anni trascorsi, alle riunioni sindacali, ai dibattiti, alle riunioni culturali. Ripenso a come sono cambiate nel corso degli anni la nostra professione e la nostra associazione, che sta attraversando anche ora momenti non semplici. Penso a noi, liberi professionisti, che troppo spesso siamo come vasi di coccio manzoniani nella società attuale, e a volte ancora peggio, perché ripensando a certe discussioni, senza rendercene conto ci trasformiamo nei famosi polli di Renzo Tramaglino. L'ultima tegola che ci ha colpito e che mi viene in mente è quella del decreto legge sulla concorrenza, ormai legge di Stato, che ha legittimato le società di capitale, equiparandole alla libera professione, ponendo sullo stesso piano le società commerciali con i professionisti iscritti all'Albo degli Odontoiatri: Art. 153. "L'esercizio dell'attività odontoiatrica è consentito esclusivamente a soggetti in possesso dei titoli abilitanti di cui alla legge 24 luglio 1985, n. 409, che prestano la propria attività come liberi professionisti. L'esercizio dell'attività odontoiatrica è altresì consentito alle società operanti nel settore odontoiatrico le cui strutture siano dotate di un direttore sanitario iscritto all'albo degli odontoiatri e all'interno delle quali le prestazioni di cui all'articolo 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409, sono erogate dai soggetti in possesso dei titoli abilitanti di cui alla medesima legge".
Ecco dove ci porta questa nostra società con i tanti cartelloni pubblicitari, che ci perseguitano ad ogni rotonda.
Scusate se dopo la commozione iniziale sono caduto nel vizio di pensare ai problemi concreti del nostro quotidiano e futuro, ma il mondo che ci circonda non ci lascia scampo e dobbiamo essere sempre vigili e un po' meno individualisti. Soprattutto bisogna ricordare quanto sia importante il gruppo ed il suo affiatamento. Questo è stato sempre il mio "pallino", e sono felice che la mattina di sabato 11 novembre lo abbia di nuovo confermato.
Grazie e buon lavoro a tutti nei vostri studi e auguri alle vostre famiglie.

Franco Pancani

Pier Francesco Nocini Prof. Ordinario di Chirurgia MaxilloFacciale - Dir. della Clinica Odontoiatrica e di Chirurgia MaxilloFacciale - Dir. Scuola di Specializzazione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi Verona

Atlante di stomatologia

Come classificare una lesione mucosa

Non sempre le classificazioni presenti nella letteratura nazionale ed internazionale sono facilmente fruibili nella pratica quotidiana; talvolta la complessità che le caratterizza tende a far aumentare i dubbi in chi presenti poca dimestichezza con la stomatologia.
Pertanto si ritiene opportuno sottolineare come sia più utile possedere una forma mentis indispensabile per affrontare un problema di diagnosi nelle malattie della bocca; non è importante, cioè, arrivare subito alla diagnosi diretta (come in un binomio del tipo: domanda → risposta)...

"Dottore, cosa ho in bocca??"

→ **Diagnosi: LEUCOPLACHIA!**

...ma ciò che importa è non misconoscere una neoformazione mucosa, ponendosi sempre il dubbio su una potenziale natura neoplastica, da cui poi iniziare il nostro iter diagnostico:

"Dottore, cosa ho in bocca??"

→ IPOTESI DIAGNOSTICA
↓
ITER DIAGNOSTICO
↓
PRESUNZIONE DIAGNOSTICA
↓
BIOPSIA: DIAGNOSI CONCLUSIVA?

Si consiglia come primo atto diagnostico di effettuare sempre una iniziale D.D. tra la lesione in esame e le possibili "precancerosi" (ovvero aree mucose ove è più probabile l'insorgenza di un carcinoma). Una volta esclusa con ragionevole sicurezza la natura neoplastica si può procedere con i successivi approcci diagnostici che verranno menzionati nel corso della trattazione. A questo punto potrebbero insorgere notevoli dubbi se venisse presa in considerazione la prima classificazione dell'O.M.S. (Tradati, 1995) ove le "precancerosi" erano affiancate alle "condizioni precancerose" ma anche a lesioni sostanzialmente benigne quali i papillomi.

CONDIZIONI PRECANCEROSE	♦ sindrome di Plummer-Vinson ♦ distrofie mucose in pz epatopatici
PRECANCEROSI OBBLIGATA	♦ eritroplachia
PRECANCEROSI AD ELEVATA INCIDENZA DI CANCERIZZAZIONE (5-10%)	♦ leucoplachia ♦ lichen planus orale (LPO)
PRECANCEROSI A BASSO RISCHIO DI CANCERIZZAZIONE (< 1%)	♦ glossiti, papillomi ♦ candidosi cronica ♦ cheratosi nicotinica

Tabella 1

Si tratta di una classificazione farraginosa e di non facile applicabilità nella pratica quotidiana in quanto le vere precancerosi vengono riscontrate soltanto in un quarto dei casi prima della comparsa di una neoplasia orale; la stessa O.M.S. (2005) preferisce ora parlare più precisamente di PRECURSORI del carcinoma orale e di CONDIZIONI PRECANCEROSE senza affiancarle a lesioni benigne (papillomi).

PRECURSORI NEOPLASTICI	♦ eritroplachia ♦ leucoplachia ♦ leuco-eritroplachia ♦ cheilite attinica
CONDIZIONI PRECANCEROSE	♦ anemia sideropenica ♦ xeroderma pigmentoso ♦ LES, LPO, epidermolisi bollosa ♦ fibrosi sottomucosa

Tabella 2: Barnes L. et al. WHO classification of tumors.
Pathology and genetics of the head and neck tumors. *Lione: IARC press; 2005.*

A questo punto si ritiene opportuno che prima di affrontare il contenuto di tale classificazione sia necessario individuare le armi da impiegare nella pratica quotidiana; quindi l'atteggiamento mentale che si propone consiste nel non partire da una classificazione, ma di giungervi dopo un appropriato iter diagnostico per porre ordine ai dati acquisiti. Le principali armi a disposizione sono l'esame obiettivo del cavo orale e del collo oltre alla raccolta anamnestica che andremo a valutare nel capitolo successivo.

La diagnosi stomatologica sarà pertanto il risultato dell'integrazione di vari "ingredienti" (esame obiettivo, raccolta anamnestica, esame istologico, esami laboratoristici) fino al raggiungimento del cocktail ottimale

Per comodità espositiva saranno prese in considerazione solo quelle manifestazioni mucose suddivisibili dal punto di vista cromatico in **bianche**, **rosse**, **miste** e **pigmentate**; si tratta di una classificazione semplice, ma non semplicistica, che volutamente esclude una trattazione più approfondita di altre lesioni di pertinenza stomatologica quali quelle nodulari, bollose ecc. Pertanto la presente trattazione seguirà tale impostazione: rosso = pericolo; bianco = lesione dubbia; misto = pericolo; pigmentato = lesione generalmente benigna.

ROSSO
=
PERICOLO!

BIANCO
=
DUBBIO

MISTO
=
PERICOLO!

PIGMENTATO
=
IN GENERE BENIGNO

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

Italian Hospitality Collection

R. Baglini Medico Chirurgo, specializzato in Cardiologia

Psichiatria

Ipnosi e psiconeuroanatomia

Siamo fatti della stessa materia con la quale son fatti i sogni; E la nostra piccola vita è avvolta nel sonno. (W. Shakespeare).

Ipnoanatomia. La corteccia frontale, in particolare, quella frontale destra, insieme al sistema limbico ed ipotalamico, sembra avere un ruolo specifico nel recupero e nell'interpretazione delle esperienze emozionali e risulterebbe particolarmente attiva nelle esperienze di ipermnesie e amnesie, di regressione di età, di rivivificazione e delle allucinazioni sensoriali positive e negative, tipiche dell'ipnosi.
La corteccia prefrontale costituisce più della metà del lobo frontale, è particolarmente sviluppata nell'uomo e si occupa principalmente di mediare la risoluzione di compiti cognitivi, selezionando le azioni complesse finalizzate all'esecuzione di attività compito specifiche, di mantenere l'attenzione e di regolare numerosi processi mentali e comportamentali. La corteccia prefrontale ha connessioni reciproche con tutti i sistemi sensoriali e motori, sia corticali che sottocorticali ed è connessa con strutture mesencefaliche e limbiche.
La riduzione transitoria dell'attività corticale dell'area frontale è una caratteristica dello stato ipnotico, ma anche il sistema limbico–ipotalamico, in particolare amigdala, fornice, ippocampo, giro angolare, setto ed i nuclei talamici, responsabili dell'integrazione fra sensazioni, percezioni, memoria, comportamento e pensiero, sono coinvolti nei fenomeni ideoplastici dell'ipnosi.
Le metodiche di neuroimaging, ad esempio PET e Risonanza Magnetica Funzionale, hanno inoltre contribuito significativamente a chiarire il ruolo delle strutture corticali e sottocorticali nel mantenimento dello stato di trance ed hanno permesso di osservare significative attivazioni della corteccia occipitale visiva, associata alle visualizzazioni ipnotiche, della corteccia parietale inferiore, associata alla codificazione somato-spaziale e di quella pre-frontale, associata alle funzioni cognitive superiori in condizioni d'ipnosi neutra. Grazie agli studi effettuati tramite la PET si è osservato che le realtà prodotte in ipnosi sono virtuali solo sino a un certo punto, poiché immaginare o compiere effettivamente un'azione attiva i medesimi circuiti neurali (teoria dei "neuroni specchio").
Le neuroscienze cognitive hanno ragionevolmente stabilito che il cervello umano è un insieme di circuiti neurali codificanti specifiche funzioni, in modo specifico ed integrato. Il sistema di controllo integrato cortico-talamico, esprime la presenza di un'unitá gestionale dinamica e fluttuante, di tipo integrativo, che modula lo stato di coscienza.

Lobi frontali. Il ruolo dei lobi frontali, per esempio, è quello di trasformare le memorie integrandole in una struttura narrativa coerente; lesioni in queste aree possono produrre un deficit delle funzioni esecutive e gravi disturbi nelle strutture narrative delle memorie personali. Pazienti con difficoltà nel focalizzare l'attenzione sui dettagli di uno stimolo mostrano un danno nella zona temporo-parietale sinistra, mentre pazienti con difficoltà nel concentrarsi sulla globalità di una scena, possono avere danni alla corteccia temporo-parietale destra. La teoria del controllo dissociato di Woody e Bowers si basa sulle ricerche neurospsicologiche con pazienti con disfunzioni del lobo frontale, i quali appaiono in grado di iniziare e realizzare molti compiti isolati, ma non riescono a coordinarli ed a definire la priorità di esecuzione in compiti simultanei. Nei soggetti con danno frontale a carico del sistema di supervisione dell'attenzione, la prestazione in compiti di pianificazione e flessibilità cognitiva è scarsa, mentre in soggetti altamente ipnotizzabili, la prestazione è così alta, da far pensare ad un'aumentata flessibilità cognitiva (Ducci, 2005).

Aree prefrontali. Le connessioni tra le aree frontali e parietali dell'emisfero destro, appaiono necessarie per il mantenimento dello stato attentivo definito di allerta. La corteccia prefrontale, ha connessioni reciproche virtualmente con tutti i sistemi sensoriali e motori, sia corticali che sottocorticali e regola quindi numerosi processi mentali e comportamentali. Le aree prefrontali appaiono deputate a selezionare, organizzare e sintetizzare, secondo un principio direttivo, le informazioni ricevute in modo discontinuo nel tempo e fondamentali per l'apprendimento, la memoria e l'astrazione e il giudizio. La funzionalità prefrontale si occupa anche di rendere le esperienze trascorse utilizzabili al momento in cui le circostanze impongono nuove forme di pensiero e di comportamento, ad esempio nell'inventiva e nell'inibizione, nella previsione, nella valutazione e nella progettazione. Quando queste funzioni vengono meno, l'orizzonte di autoconsapevolezza e l'autonomia decisionale si riducono. La corteccia prefrontale media anche l'associazione coerente tra comportamento ed emozione, infatti, i pazienti frontali

esperiscono il livello emotivo provocato da una situazione, ma falliscono nell'associarvi il comportamento opportuno.

Ipotesi prefrontale. Gli stati mentali definiti comunemente come stati alterati di coscienza, fra cui l'ipnosi, sono determinati principalmente, ma non solo, da una "disregolazione transitoria" dell'attività della corteccia prefrontale. Questa ipotesi poggia su studi psicologici e neurofisiologici del sogno, della meditazione, dell'ipnosi, di trance naturalistica e di stati indotti da farmaci. La riduzione transitoria dell'attività corticale prefrontale, sembra essere una caratteristica comune a tutti gli stati alterati di coscienza e l'unicità fenomenologica di ogni singolo stato, sembra risiedere nell'autosufficienza differenziale di vari circuiti frontali (Dietrich, 2003). L'alterazione funzionale del corteccia prefrontale, si riverbera sulle strutture sottocorticali, come sistema limbico, giro del cingolo, diencefalo e sulle strutture tronco-encefaliche.

Durante l'ipnosi si assiste ad un'alterazione delle funzioni cerebrali, ovvero, depotenziamento globale dell'attività corticale, alterazioni del circuito talamo-fronto-limbico, che si occupa dei processi attentivi di orientamento, focalizzazione dell'attenzione e abituazione sensoriale, che produce cambiamenti in aree corticali diverse, con emersione funzionale delle strutture gerarchicamente inferiori. Rainville et al., hanno confermato che la corteccia cingolata anteriore, il talamo e le strutture mesencefaliche del tronco encefalo, sono coinvolte nella strutturazione dello stato ipnotico e nello specifico, il rilassamento ipnotico comporta un decremento dell'attivazione corticale, mentre l'assorbimento ipnotico si caratterizza per un aumento del flusso ematico, corrispondente a maggiore sforzo, in zone corticali e sottocorticali deputate al controllo dei meccanismi attentivi.

La trance ipnotica rappresenta uno dei prodotti possibile dell'indebolimento momentaneo e reversibile delle capacità integrative, caratteristico del processo dissociativo. La dissociazione, come pure l'associazione, sono due processi che avvengono al di sotto della coscienza e sono, anche essi, epifenomeni della funzionalità di complessi circuiti sottocorticali.

Nello stato ipnotico coesistono elementi neuropsicolgici, cognitivi, affettivi, emozionali e relazionali, come la creazione di un transfert e controtransfert positivo, di uno stato empatico e di una sincronia interattiva fra terapeuta e soggetto, ovvero, il rapport ipnotico, utilizzabili in forma terapeutica e all'induzione di uno stato di trance più profondo, corrisponde lo spostamento del fuoco dell'attenzione dal piano percettivo a quello emotivo, ovvero dalla realtà esteriore a quella interiore dell'individuo. Il terapeuta, riconoscendo i segnali fisiologici della trance, può utilizzare un linguaggio metaforico e allegorico, per creare delle realtà ipnotiche nelle quali l'individuo, attingendo alle proprie risorse profonde e agli apprendimenti esperienziali, può sviluppare nuove associazioni.

BB Maison

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

C. Spinelli Direttore della Sezione Dipartimentale Universitaria di Chirurgia Pediatrica e Adolescenziale - AUSL Toscana Nord-ovest, AOU Pisana

La chirurgia pediatrica ed adolescenziale

La chirurgia Pediatrica adolescenziale è quella disciplina medica che si occupa delle affezioni chirurgiche dei neonati, dei bambini e degli adolescenti e della loro trattamenti mediante interventi chirurgici. Costituisce una branca specialistica chirurgica a sé stante, autonoma, rispetto alla chirurgia generale, in quanto necessita di competenze ed accortezze specifiche per questo tipo di età. Infatti, a livello Ministeriale (MIUR: Ministero dell'Università e Ricerca), è presente uno specifico settore disciplinate (MED/20) diverso da quello della Chirurgia Generale (MED/18) e richiede, per esercitare la professione di Chirurgo Pediatra, una specifica formazione professionale: è necessario aver terminato il percorso di studi, di durata quinquennale, presso una Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica

Cenni storici

La chirurgia pediatrica è nata negli Stati Uniti all'inizio del novecento: il padre della Chirurgia Pediatrica è considerato William Edward Ladd (Children Hospital di Philadelphia). Il 24 febbraio 1963, presso il reparto di Chirurgia Pediatrica degli Ospedali Riuniti di Livorno, fu costituita la Società Italiana di Chirurgia Pediatrica. Il primo comitato direttivo nominò il Prof Pasquale Romualdi di Roma, Presidente e discusse di uno schema di statuto e di un abbozzo di regolamento che ancora oggi sono alla base di tutte le attività della Società stessa. In Italia il fondatore della Chirurgia Pediatrica è stato il Prof Remigio Domini, mio maestro, il quale istituì a Bologna, la prima Cattedra di Chirurgia Pediatrica nel 1967. Il 16 dicembre saranno festeggiati a Bologna, insieme al Prof Domini ed a tutti gli allievi, i cinquanta anni dalla Fondazione della Chirurgia Pediatrica.

Presentazione personale

Il mio curriculum professionale inizia con la laurea in Medicina e Chirurgia presso questa Università, dopo cinque anni dalla laurea, mi sono specializzato, in Chirurgia Generale presso questa Università con il Prof Mario Selli; dopo altri cinque anni, mi sono specializzato in Chirurgia Pediatrica, presso L'Università di Bologna, con il Prof Remigio Domini, e dopo altri cinque anni in Urologia presso l'Università di Pisa. Nel 1987 vinsi il concorso di assistente presso la Clinica Chirurgica dell'Università di Pisa, nel 2002 fui chiamato, dopo valutazione comparativa, dall'Università di Pisa come Professore di II Fascia in Chirurgia Pediatrica ed Infantile. Nel 2013 sono risultato idoneo al Concorso di Abilitazione Scientifica Nazionale come Professore Ordinario di Chirurgia Generale e nel 2017 come Professore Ordinario di Chirurgia Pediatrica. In Italia ci sono solamente nove professori Ordinari in Chirurgia Pediatrica e nove scuole di specializzazione (Brescia, Padova, Genova, Bologna, Firenze, Siena, Roma, Napoli, Messina) anche la Nostra Università da quest'anno ha una Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica, inserita nella rete formativa dell'Università di Siena.

Prestazioni erogate dalla SOD Universitaria "Chirurgia Pediatrica e Adolescenziale":

A. Attività ambulatoriale, che prevede visite ed eventuale programmazione diagnostica terapeutica (due volte alla settimana: martedi e giovedi). Una particolare attenzione viene rivolta alla diagnostica ed al trattamento dei dolori addominali nel bambino; alla endocrinochirurgia ed alla uro-andrologia.

B. Percorso assistenziale-terapeutico con ricovero in reparto di degenza ordinario o in regime di Day Surgery.

C. Attività chirurgica: orientata prevalentemente verso la patologia chirurgica generale (malformativa ed oncologica). In particolare quella del

tratto gastroenterico, della parete addominale (ernie/idrocele) e delle affezioni endocrinochirurgiche (neoplasie benigne e maligne della tiroide, del surrene, del testicolo, delle ovaie/cisti ovariche, mammarie, ginecomastia); oltre alle affezioni uro-andrologiche (stenosi del giunto pieloureterale; reflusso vescico ureterale; criptorchidismo; varicocele e le malformazioni dei genitali come la correzione dell'ipospadia e dei disordini della differenziazione sessuale)
D. Attività di ricerca clinica e di base con numerose pubblicazioni scientifiche a livello internazionale e monografie, prevalentemente in campo della endocrinochirurgia in età evolutiva. Inoltre collabora con i più importanti centri di ricerca clinica nazionali ed internazionali (Web:spinelli.med.unipi.it)

Ministero della Salute "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" (Roma, 30 giugno 2017).

1. INTRODUZIONE: il minore ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni.

Il riconoscimento della "specificità pediatrica" nell'ordinamento sanitario si basa sulla peculiarità del bisogno del bambino… che prevede un forte e pieno coinvolgimento della famiglia nella relazione di cura.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie sono luoghi sensibili, **moralmente responsabili**
- sia nei confronti della salute del bambino e dei familiari;
- sia nei confronti dei nostri giovani studenti e specializzandi, in quanto centri del sapere e della formazione.

RICOVERI IMPROPRI: In Italia, il 30% dei bambini da 0-17 anni e nello specifico l'85% degli adolescenti viene ricoverato in reparti per adulti, in condizioni di promiscuità con pazienti anziani e con personale medico ed infermieristico non adeguatamente preparato per l'assistenza all'infanzia e all'adolescenza.

LIMITE DI ETA' della Pediatria/Chirurgia Pediatrica
La convenzione di New-York per i diritti del Fanciullo: indica il limite dell'età minore a 18 anni.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità Identifica l'adolescenza come il periodo che va dai 10 ai 20 anni.

Un aspetto, attualmente affrontato dalla Società Italiana di Pediatria, riguarda la sistematizzazione delle problematiche del "passaggio" tra l'adolescenza e l'età adulta: periodo di transizione. Nelle Linee di indirizzo del ministero della salute del 2017 pag 21 viene riportatato il problema della "transizione".. *"il passaggio programmatao e finalizzato di adolescenti e, in alcuni paesi, anche di giovani adulti.. da un sistema di cure pediatrico ad uno dego orientato all'adulto"…" attualmente l'adolescente viene accolto in strutture dell'adulto con evidenti problemi di accoglienza, mirata ad una popolazione adulta". "Manca una cultura specifica allargata agli amministartori, mancano spesso i luoghi stessi della transizione… la transizione rimane spesso una realtà largamente disattesa se non addiritura omessa con una penalizzazione dei percorsi clinico-terapeutici"*

Negli Stati Uniti (Bleyer et al. Cancer in Adolescents and Young Adult) questa sistematizzazione è già stata eseguita. Infatti classificano l'età propriamente pediatrica da 0-14; l'età adolescenziale da 15 a 21 e l'età dei Giovani Adulti da 21 a 39 anni. I reparti di nuova insorgenza negli Stati Uniti sono definiti "Età Pediatrica, Adolescenziale e Giovani Adulti". Questo perché quest'ultimo periodo comprende peculiari patologie sia mediche che chirurgiche, che non si riscontrano né in età pediatrica né in età matura/adulta.

2. RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI TOSCANA:
In Toscana i ricoveri ordinari chirurgici da 0-14 anni rappresentano il 28% di tutti i ricoveri: di questi il 46% a Firenze, il 15% a Pisa ed il 10% a Siena.

Nel 2013 i ricoveri pediatrici da 0-17 anni sono stati 30.309 (Azienda Ospedaliera Meyer) e 2420 (AOU Pisana).

Le emergenze e le urgenze pediatriche rappresentano un problema reale. Gli accessi pediatrici al pronto soccorso appaiono in progressivo aumento sia per la classe di età <4 anni sia per gli adolescenti. Gli accessi totali al Pronto Soccorso pediatrico sono stati in Toscana nel 2013 83.903. Il 30% degli accessi pediatrici in Italia viene gestito da medici dell'adulto.

3. Riorganizzazione della "Rete Ospedaliera Pediatrica" deve avvenire secondo i criteri "Definizione degli standard qualitativi… relativi all'assistenza ospedaliera in attuazione all'art. 15 del d.l. 6 luglio 2012 che prevede di individuare il numero delle Unità operative pediatriche in funzione del bacino di utenza:

Per la Chirurgia Pediatrica, lo standard assistenziale deve prevedere **un Centro di Chirurgia Pediatrica ogni 1.5 milione di abitanti**…ciò consente che la chirurgia pediatrica sia presente in strutture ad elevata complessità e con la presenza di altre competenze specialistiche: anestesia, oncologia, medicina

perinatale, urologia, radiologia, cure intensive pediatriche o neonatali.

Secondo British Association of Pediatric Surgery :indica come ottimale un **chirurgo pediatra ogni 5000 mila abitanti**.

4. PRINCIPI DI UNA MODERNA ASSISTENZA PEDIATRICA:

1. Equità / Facilità di accesso

2. Appropriatezza organizzativa e clinica riguarda tutto il percorso assistenziale del bambino e riguarda le cure primarie, la gestione delle urgenze ed il sistema dell'offerta ospedaliera….attraverso l'utilizzo efficiente di competenze professionali, di tecnologia, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

3. Qualità e sicurezza

4. Integrazione tra territorio e ospedale… valorizzazione dei professionisti coinvolti e definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola organizzata sulle esigenze del bambino e dell'adolescente. **Quindi ci deve essere un'attività coordinata e sinergica fra ambiti assistenziali, ovvero, il territorio, l'emergenza-urgenza, l'ospedale.**

Il SSN si deve impegnare a promuovere adottare percorsi diagnostico assitenzialei aderenti a Linee guida scientificamente validate, orientate all'appropriatezza ed alla qualità delle prestazioni erogate..

5. Coinvolgimento delle comunità locali

5. CRITERI STANDARD PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA

1. Garantire il ricovero di bambini e adolescenti in ambiente pediatrico
2. Garantire che la diagnosi e la cura avvenga in centri specialistici
3. Garantire l'organizzazione multidisciplinare e coordinata delle cure specialistiche.
4. Garantire l'utilizzo di strutture ed operatori dotati di competenze specifiche
5. Garantire livelli assistenziali di qualità adeguata …anche al fine di limitare la necessità ed il disagio della mobilità

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede una romodulazione sia dell'offerta territoriale, sia di quella ospedaliera, sia del sistema emergenza-urgenza… provvedere una funzione di coordinamento per le cure pediatriche integrata con le varie componenti compreso il dipartimento materno infantile.

6. LIVELLI ORGANIZZATIVI DI I E II LIVELLO

- Presidio Ospedaliero di I livello (bacino di utenza 150.000/300000 abitanti), dotati di DEA (Dipartimento di Emergenza Accettazione) di I livello
- Presidio Ospedaliero di II livello (bacino di utenza 600.000/1.200.000) dotati di DEA di II livello

7. REQUISITI E STANDARD PER LE U.O. di PEDIATRIA PRESENTI NEI PRESIDI DI II LIVELLO

Tra i requisiti organizzativi …

n°14 "Nel presidio di II livello che NON è sede di UO di Chirurgia Pediatrica, può essere effettuata la chirurgia pediatrica, al di sopra dei primi 5 anni di vita; il chirurgo che opera il bambino e l'anestesista devono possedere competenze specifiche documentate, acquisiste con un "training (formazione/specializzazione) continuativa documentato presso un Centro di Chirurgia Pediatrica e mantenute con un aggiornamento continuo."

n° 15 La direzione della struttura individua i chirurghi e gli anestesisti che effettuano le procedure sul paziente pediatrico anche in condizioni di emergenza/urgenza ed è responsabile della valutazione e mantenimento delle competenze.

n°16 Nell'ambito delle strutture di II livello vengono individuate, in base a quanto indicato nel decreto 2 aprile 2015 , n°70: " Regolamento e definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di chirurgia pediatrica e quelle di chirurgia specialistica pediatrica quali ad esempio cardiochirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva... tenendo conto dei bacini di afferenza."

*n°17 Talora NON sia possibile garantire questi standard, devono essere previsti protocolli che prevedano l'individualizzazione dei **centri di chirurgia pediatrica specialistica** e le modalità di trasferimento del bambino presso tali centri.*

Nell'ambito delle strutture di II Livello possono essere individuati i centri di riferimento per specialità… secondo questi elementi:

1. avere conoscenze e competenze per la diagnosi, cura follow up e gestione dei pazienti
2. adottare un approccio multidisciplinare
3. offrire un elevato livello di competenza
4. svolgere attività di ricerca
5. organizzare attività di insegnamento e di formazione
6. collaborare strettamente con altri centri di riferimento a livello nazionale ed internazionale

7. SERVIZI DI EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

Il DEA II livello ha sede presso ospedali di II livello (600.000 / 1200000 abitanti) devono garantire una risposta sanitaria

più specializzata e complessiva.. per l'assistenza pediatrica in urgenza deve essere previsto:
- settore pediatrico al PS diverso da quello degli adulti...
- presenza di pediatra 24 h su 24 h.. garantire e gestire la multidisciplinarietà...
- triage pediatrico effettuatao da infermieri pediatrici e/o infermieri adeguatamente formati
- presenza di personale formato sul PBLS (corso di rianimazione cardio-polmonare pediatrica di base) e sul soccorso avanzato pediatrico (PALS).

Nel caso, infine, che il DEA di II livello con ***U.O. o sezione di PS pediatrico*** *sia anche sede di Trauma Center, il coesistere delle competenze traumatologiche (anestesista, chirurgo generale, toracico, vascolare, ortopedico, neurochirurgico, radiologo interventista) con quelle pediatriche* ***(CHIRURGO PEDIATRA), consente il trattamento di tutta la traumatologia maggiore di età infantile...***

DEA di II LIVELLO Pediatrico
I DEA di II livello pediatrici devono avere valenza regionale o interregionale con un bacino di utenza di almeno 2-3 milioni di abitanti, devono trovare sede presso ospedali pediatrici o in strutture ospedaliere ed universitarie.

I DEA di II Livello pediatrici devono avere le funzioni già ricordate per i DEA di II livello (non pediatrici) ma con una specializzazione polispecialistica per l'infanzia e l'adolescenza ovvero le alte specialità dedicate prevalentemente o esclusivamente ai bambini (terapia intensiva neonatale e pediatrica, chirurgia pediatrica, chirurgia neonatale, broncopneumologia, nefrologia, e dialisi, endocrinologia, otorinolaringoiatria, oculistica, neuropsichiatria infantile).
...Tali strutture si propongono come centri di riferimento per attività cliniche e didattiche compresa la formazione continua nell'emergenza-urgenza pediatrica.
I Dea di II livello pediatrico, devono inserirsi nella rete dell'emergenza – urgenza regionale e intreregionale, coordinando l'organizzazione del trasporto neonatale e pediatrico assistito con protocolli corcordati con le centrali operative del 118.
...Dea di Ii livello pediatrico possono svolgere attività di Trauma Center con Pediatric commitment.

TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) *vanno allocate nei centri pediatrici di II livello e in un bacino non inferiore a 2 milioni di abitanti.*

TERAPIA SEMINTENSIVA PEDIATRICA... *si auspica la realizzazione di letti di degenza di Terapia Semintensiva Pediatrica da allocare all'interno delle Pediatrie degli ospedali sedi di DEA di II livello o nei DEA di II livello Pediatrici.*

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
Borgo 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 · PASQUALE BRUNI

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 · Rosenthal

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)