

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 cistectomia radicale
laparoscopica
robot-assistita**

F. Francesca - G. Pomara
U.O. Urologia SSN. A.O.U.P.

**Prevenzione e gestione
clinica dei traumi dentali
in età evolutiva**

A. Calderani
Consigliere CAO

**Chirurgia del piede:
la nuova tecnica mininvasiva
percutanea**

G. Restuccia - A. Lippi - M. Benifei
S.D. Ortopedia e Traumatologia - A.O.U.P.



Emmepi Auto s.r.l.

Concessionaria Esclusiva OPEL per Pontedera, Pisa e Livorno

GRANDLAND X

SCONTO

23%*



SPORT TOURER

INSIGNIA

GRAND SPORT



SCONTO 23%*

MOKKA X

SCONTO

25%*



*riservato ai titolari di Partita IVA e Soluzioni Personalizzate per iscritti all'Ordine dei Medici

Pontedera, via D.L. Sturzo 29/33 Z.I. La Bianca tel. 0587.483300

Pisa, via G.Ferraris, 3 - Z.I. Ospedaletto tel. 050982129

Livorno, loc. Stagno, via U.La Malfa, 3 tel. 0586.942356

www.emmepiauto.it - www.opel-livorno.it - info@emmepiauto.it

Politici o medici: chi cura la gente?

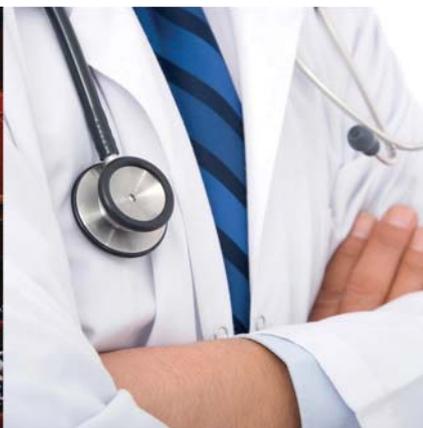
I politici facciano i politici, alla salute pensiamo noi. Non è una divisione quella che auspichiamo, ma solo la presa d'atto di percorsi paralleli, dove ciascuno riveste un proprio ruolo. La sanità ha un costo ed è lo Stato - e per esso il Parlamento - che stabilisce quanto si possa spendere, ma sta alle Istituzioni di settore prendere poi le decisioni in materia di salute pubblica. Il raffronto è forte e calzante. Ci preoccupa infatti - come medici il cui compito è tutelare la salute dei cittadini - che la politica voglia entrare a gamba tesa seminando, per scelte che non ci riguardano, sconcerto e timori. Vediamo cioè vanificato il nostro messaggio, basato su esperienze scientifiche, da un semplice calcolo politico, pericolosamente privo di basi mediche. La gente, in sostanza, comincia a chiedersi perplessa: chi decide oggi della nostra salute, il medico od il politico? E' un interrogativo preoccupante che sta prendendo corpo nell'opinione pubblica, indipendentemente dalle idee d'ognuno, perché rischia di cancellare il rapporto di fiducia fra paziente e dottore.

Abbiamo scelto questa missione, perché siamo convinti che la no-

stra preparazione e quel Giuramento ci consentano di rispondere al meglio alla domanda di salute della popolazione, come dovere morale e professionale. Ora le cose stanno cambiando: ma - in chiave oggettiva - la differenza è sostanziale rispetto ad un non lontano passato. Noi, parlando di medicina e del malato, dobbiamo rispondere ad un codice etico, mentre il politico può giocare a tutto campo senza controllo, facendo leva sull'emotività e la disinformazione.

Intendiamoci, il riferimento non è alle Istituzioni parlamentari. Quelle fanno parte dell'attività legislativa che si muove - ai vari livelli - in un funzionale contesto propositivo e di confronto. Ci rivolgiamo, invece, all'opinione di giornata, estemporaneo e mutevole, che proiettato nella quotidianità produce un effetto distruttivo.

Ecco dunque il messaggio: che i politici smettano di giocare sulla pelle della gente. Già ci sono le malattie a creare problemi, non abbiamo certo bisogno che qualcuno si diverta cinicamente a scherzare col fuoco. Davvero qualcuno potrebbe bruciarsi, ma non sarebbe il politico. Lui, il danno l'ha già fatto. Che gli importa cosa succederà?



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 Mamei, Paolo Monicelli, Paolo Baldi, Piero Bucciatti, Antonio De Luca, Emdin Michele, Angiolo Gadducci, Paolo Fontanive, Cataldo Graci, Piero Lippolis, Eugenio Orsitto, Paolo Stefani, Stefano Taddei, Alberto Calderani, Riccardo Del Cesta, Teresa Galoppi, Filippo Graziani, Lucia Micheletti

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 Beoncini, 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 Sergio Piane

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 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.*



FNOMCeO
Il Presidente

2018/9665-14-06-2018-PARTENZA

COMUNICAZIONE N° 59

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI

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

LORO SEDI

Oggetto: obbligo formativo ECM per medici chirurghi e odontoiatri.

Cari Presidenti,

come è noto l'art. 16-quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. dispone che **la partecipazione alle attività di Formazione Continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale** in qualità di dipendente o libero professionista per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

Inoltre si rileva che l'art. 19 del Codice di Deontologia Medica prevede che **“il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze”**.

Alla luce delle disposizioni sopraesposte si può affermare che l'aggiornamento rimane un preciso dovere di ogni professionista ed è fonte di responsabilità indipendentemente dal fatto che il datore di lavoro organizzi o meno corsi di aggiornamento.

Ciò detto, si sottolinea altresì che l'Accordo, sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni recante “La Formazione Continua nel settore Salute” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23.11.2017 prevede - all'art. 21 - che gli Ordini e le rispettive Federazioni nazionali vigilino sull'assolvimento dell'obbligo formativo dei loro iscritti ed emanino, ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento di tale obbligo.

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 22 794- e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



FNOMCeO
Il Presidente

Pertanto questa Federazione, nell'ambito dei propri compiti di indirizzo e coordinamento, invita gli Ordini territoriali, **stante il fondamentale ruolo nella funzione di accertamento attribuito agli stessi**, a sollecitare gli iscritti **all'adempimento dell'obbligo formativo**.

In conclusione si sottolinea che la verifica per il triennio 2014-2016 **non potrà avvenire prima del 31.12.2018**, termine entro il quale i professionisti avranno la possibilità - tramite il COGEAPS - di spostare a recupero del detto triennio i crediti maturati nell'anno solare 2017, mentre **per l'attuale triennio 2017-2019 sarà possibile verificare l'assolvimento dell'obbligo non prima del 31.12.2019** salvo eventuali proroghe stabilite dalla Commissione nazionale della Formazione continua.

Cordiali saluti


Dott. Filippo Anelli



MF/BB/MDF

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 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

Il testamento biologico: rapporto ospedale-territorio

La legge 219/2017 che regola il Consenso Informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (il cosiddetto testamento biologico) affronta, all'art.5, la pianificazione anticipata e condivisa delle cure (PCC), inserendola nella relazione tra paziente e medico, in particolare nelle condizioni di "malattia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione verso una prognosi infausta". La stessa legge ribadisce all'Art. 2 il diritto per il paziente ad accedere alle cure palliative.

La piena attuazione di questi strumenti è oggi difficilmente realizzabile stante la attuale situazione organizzativa del nostro S.S.N., ancora ampiamente sbilanciata in senso "ospedale-centrico" rispetto alla sanità territoriale.

Due sono i principali problemi da affrontare, uno in fase di pianificazione e l'altro in fase di realizzazione.

1) la P.C.C. dovrebbe vedere protagonista, insieme al malato, il medico di medicina generale (M.M.G.), coadiuvato dagli eventuali specialisti ospedalieri che lo hanno in cura. Il M.M.G. dovrebbe avere tutto il tempo necessario per poter "informare adeguatamente il paziente sull'evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità di vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative"; questo tempo di comunicazione tra medico e paziente, che come si afferma all'Art. 1 è "tempo di cura", non può certamente essere quantificato in poche decine di minuti spesi in ambulatorio, ed è un tempo nel quale è richiesta la

presenza sia dei medici specialisti ospedalieri che, seguendo per quanto di loro competenza il paziente (cardiologo, pneumologo, oncologo, ecc.) sono di supporto essenziale nella definizione della prognosi, sia dal medico rianimatore, che per parte sua può spiegare al paziente il senso e la appropriatezza clinica delle eventuali cure intensive alle quali il paziente dovrà poi decidere se sottoporsi o meno: si tratta dunque di una organizzazione assistenziale centrata attorno al paziente che deve avvenire al di fuori del contesto Ospedaliero, e che oggi è di fatto sconosciuta

2) se nell'ambito della P.C.C. il malato chiede di poter rimanere al proprio domicilio per ricevere le cure palliative, il S.S.N. deve essere in grado di garantire questa scelta h. 24, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno: in questo senso il M.M.G., principale responsabile della unitarietà nella gestione clinica e assistenziale del paziente, deve potersi avvalere di un servizio territoriale di cure palliative domiciliari che oggi di fatto è carente: questa carenza porta la maggioranza dei pazienti a rivolgersi al Pronto Soccorso, con ricoveri inappropriati, come purtroppo ben documentato dai dati recentemente pubblicati dalla Agenzia Regionale di Sanità ("La qualità della assistenza nelle cure di fine vita in Toscana: report 2016")

Sia nella fase di relazione di cura e di pianificazione, sia nella fase di messa in atto delle cure palliative, è sul territorio, al domicilio del paziente, e non in Ospedale che si gioca la concreta attuazione della Legge: in questo senso

viene di fatto ribaltata la attuale situazione sanitaria che vede il territorio in grande difficoltà nella presa in carico dei pazienti, nonostante che da anni il S.S.R. abbia cercato di promuovere modelli organizzativi (quali la "sanità di iniziativa") che la incentivassero. Si tratta di passare per questa tipologia di pazienti da un modello "ospedale-centrico" fondato sulla erogazione di prestazioni ancora oggi eccessivamente parcellizzate per specialità, ad un modello "paziente-centrico" da gestire al domicilio o in strutture di ricovero alternative all'Ospedale (Hospice in primis, ma non solo): ma questo sarà possibile solo se la sanità territoriale avrà gli strumenti e la mentalità per questa attività: strumenti significa finanziamenti, organizzazione, sburocratizzazione della attività del M.M.G. per dargli il tempo necessario alla relazione di cura come prevista da questa Legge; mentalità significa recuperare da parte del M.M.G. la sua centralità nella gestione complessiva del paziente; e sarà possibile solo se l'Ospedale si metterà a servizio del territorio nel garantire che tutte le cure erogabili in sicurezza a domicilio anziché in regime di ricovero lo siano effettivamente. E infine sarà possibile solo se i pazienti (e i loro familiari) che hanno deciso nell'ambito della P.C.C. e delle D.A.T. di ricevere a domicilio le cure palliative e che non vorrebbero tornare in Ospedale, sperimenteranno a domicilio di non essere lasciati soli nei momenti critici, anche di notte, essendo poi costretti a chiamare il 118 il cui medico non potrà fare altro che portare nuovamente il paziente in Ospedale.

La cistectomia radicale laparoscopica robot-assistita

Maggiore precisione, più accurata dissezione dei peduncoli nerveo-vascolari, minime cicatrici sull'addome, ridotta perdita di sangue, minore necessità di farmaci antidolorifici e riduzione delle lunghe degenze, ripresa fisica e funzionale più rapida. Questo grazie alla visione tridimensionale del campo operatorio, a suture più precise, roboticamente assistite, con la garanzia di ottenere la stessa radicalità chirurgica di interventi a cielo aperto più traumatici.

Questi sono i vantaggi della cistectomia robotica effettuata in alcuni centri urologici italiani tra cui l'ospedale di Pisa

Questo intervento, che viene effettuato a Cisanello dalla fine del 2016, è sicuramente uno degli interventi più lunghi e complessi della chirurgia urologica. Nel caso di neoplasie vescicali avanzate è però la più efficace terapia curativa, vista l'alta aggressività di tali tumori. Racchiude in sé più interventi: l'asportazione della vescica, della prostata, dei linfonodi regionali e la possibilità di ricostruzione con l'impiego dell'ileo di una neovescica ortotopica. Il tutto senza

impiego alcuno della chirurgia tradizionale a cielo aperto. E' invero possibile confezionare il neoserbatoio, in caso di neovescica ortotopica, o il condotto ileale a cielo aperto, attraverso una incisione addominale di una decina di centimetri di lunghezza ampliando una delle incisioni chirurgiche eseguite inizialmente per l'inserimento dei Trocars. In alcuni centri italiani viene adottata con questa tecnica mista per ridurre i tempi chirurgici.

L'importante traguardo è stato raggiunto grazie all'esperienza maturata con centinaia di interventi con la tecnologia robotica soprattutto per la patologia oncologica prostatica, ureterale e renale".

Il potenziamento negli ultimi anni della chirurgia mini-invasiva robotica dell'azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, è culminato, il 15 Dicembre u.s., con l'attivazione del centro multidisciplinare di chirurgia robotica, diretto dalla Prof.ssa Melfi (chirurgo toracico). La nuova struttura, che vanta tre sistemi robotici all'avanguardia, una degenza dedicata, una saletta soggiorno per i pazienti, un'area meeting per la didattica e la formazione,

direttamente collegata con le tre sale operatorie, è un indiscutibile *fiore all'occhiello* della sanità Toscana, Pisana in particolare.

E' maturo il tempo - che l'asportazione della vescica con metodica miniminvasiva robotica sostituisca, salvo in casi eparticolari, la chirurgia tradizionale. L'utilizzo intracorporeo del robot e delle suturatrici meccaniche ha ridotto il sanguinamento, il rischio di complicanze maggiori, il dolore post operatorio. Il paziente viene dimesso dopo una degenza dimezzata rispetto a quella successiva alla chirurgia tradizionale e con un decorso post-operatorio particolarmente favorevole.

Il maggior problema dell'intervento è la sua durata che frena molti urologi che già hanno famigliarizzato con il robot ad approcciare la tecnica. In una fase iniziale per questo motivo è auspicabile disporre di due equipe - una per il tempo demolitivo e l'altra per quello ricostruttivo che si alternano al "letto chirurgico". Come sempre con l'esperienza si riducono progressivamente i tempi tanto da consentire ad un solo chirurgo di completare l'intera procedura. Ad oggi la letteratura non ha riportato differenze di outcome oncologico almeno se si rispettano alcuni principi. Il principale è quello di evitare la contaminazione con urina contenente potenzialmente cellule tumorali della cavità peritoneale. La presenza del pneumoperitoneo potrebbe agevolare l'attecchimento delle cellule neoplastiche sulla sierosa peritoneale, parietale o di altri organi intraddominali. Indubbi sono i vantaggi sul risparmio di sangue e di antidolorifici. In poco più di un anno - la manualità acquisita ci consente oggi di indirizzare all'approccio robotico la quasi totalità delle cistectomie radicali eseguite nella U.O.



Credit: ESTAR, Photo by Alessio Lucchesi

Chirurgia del piede: la nuova tecnica mininvasiva percutanea

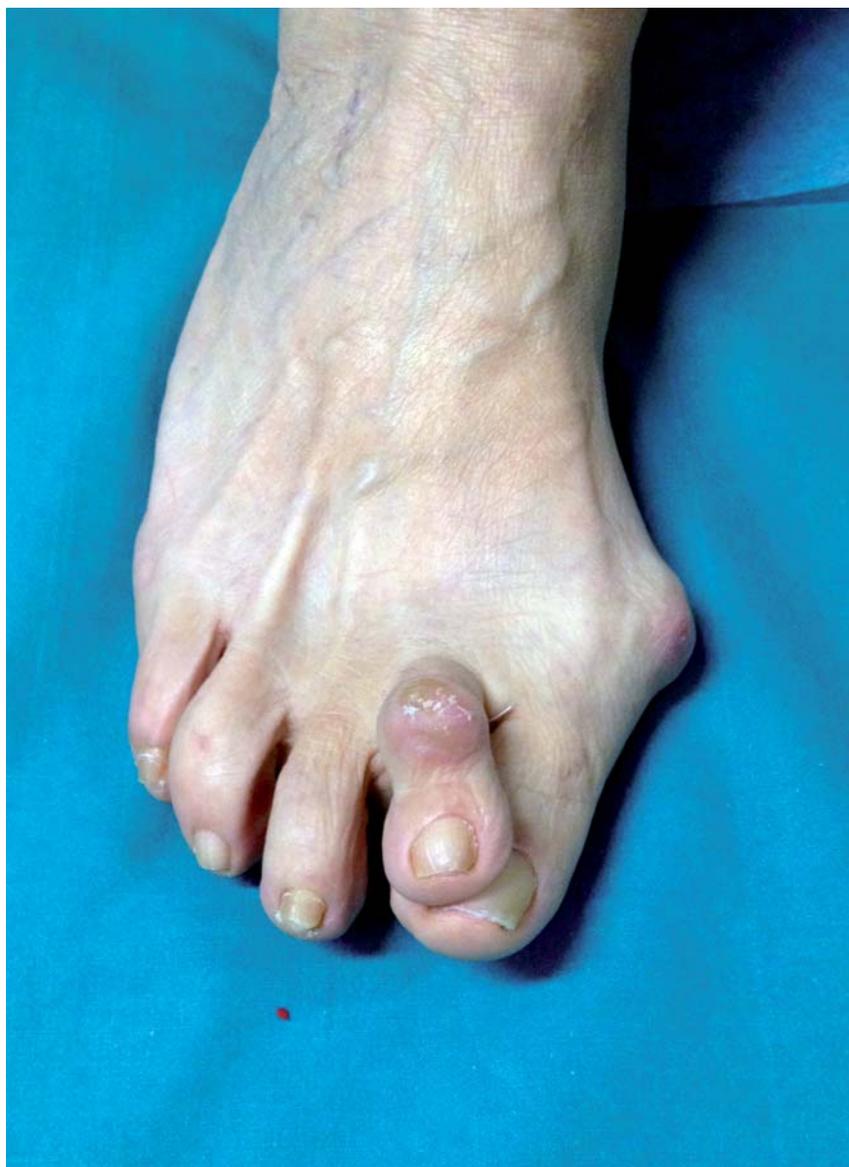
Oggi la tendenza della chirurgia oggi è quella di utilizzare tecniche sempre più innovative e minimamente invasive al fine di ridurre le complicanze, ma soprattutto di migliorare e accorciare il processo di recupero postoperatorio. La chirurgia percutanea del piede è una tecnica chirurgica rivoluzionaria che ben si inquadra in questo processo. Infatti, grazie alla sua scarsa invasività, si sta rapidamente diffondendo nell'ambito della chirurgia del piede, sostituendo sempre di più le tecniche tradizionali così dette "a cielo aperto".

Inventata negli anni '90 da Stephen Isham, fondatore dell'Academy of Ambulatory Foot and Ankle surgery, e denominata M.I.S. (Mini Invasive Surgery), la tecnica è stata importata in Europa e sviluppata dallo spagnolo Mariano De Prado. Tale metodica permette la correzione delle principali patologie dell'avampiede come l'alluce valgo, le dita a martello, le metatarsalgie e le deformità del 5° dito. Possono essere trattate anche alcune patologie del retropiede come lo sperone calcaneare, il calcagno di Haglund ed alcuni chirurghi hanno iniziato anche ad eseguire osteotomie del calcagno. Naturalmente la chirurgia percutanea permette anche di trattare contemporaneamente diverse ma associate patologie del piede. Le correzioni ossee e dei tessuti molli avvengono con strumentario dedicato attraverso mini-incisioni. Questo strumentario è molto ridotto e semplice: micro-lame per le incisioni della cute e le eventuali sezioni di tendini e di capsule articolari, spatoline con la funzione di creare una camera di lavoro sicura nella quale introdurre

e far agire i piccoli strumenti chirurgici, raspette per asportare i detriti e il materiale osseo che si forma con la funzione abrasiva delle frese, frese motorizzate con funzione abrasiva sulle prominenze ossee e funzione di taglio per riorientare e correggere le deformità ossee. Attraverso l'incisione cutanea, è così possibile eseguire gesti chirurgici

precisi che possono riguardare sia le parti molli che le parti ossee. Generalmente questi gesti chirurgici si eseguono sotto controllo di immagini radioscopiche generate da un apparecchio da brillanza.

Gli interventi si eseguono sempre in anestesia loco-regionale, ovvero mediante piccole dosi di anestetico locale alla caviglia ed al piede;



Alluce valgo grave con il dito a martello

la durata media di un intervento è compresa tra i dieci e i venti minuti e le vie di accesso sono talmente piccole che spesso, erroneamente, i pazienti hanno la sensazione di essere stati operati con un laser. L'intervento chirurgico è solitamente eseguito in regime day-surgery ed il paziente viene dimesso deambulando già poche ore dopo l'intervento con un'adeguata calzatura a suola piatta e rigida. Il piede viene fasciato con un bendaggio funzionale che è fondamentale per il raggiungimento del risultato. Infatti il mantenimento della correzione, ottenuta durante l'intervento chirurgico, non sarà affidata a mezzi di sintesi metallici, ma proprio al bendaggio che il paziente dovrà portare per circa un mese dopo l'intervento. Il dolore post operatorio è di solito ridotto a una sensazione di fastidio ed è facilmente controllabile con i comuni analgesici. Un altro vantaggio di questa tecnica, oltre alla mini-invasività, è l'assenza di pneumoischemia: al contrario della chirurgia aperta non viene usato il laccio pneumoischemico alla coscia o alla gamba per evitare l'afflusso di sangue nel campo operatorio. Non usando il laccio è possibile evitare tutte le complicanze ad esso connesse ed è anche possibile sottoporre all'intervento pazienti con deficit vascolari periferici riducendo i rischi di complicanze vascolari. L'insieme dei succitati vantaggi rende la tecnica percutanea particolarmente gradita ai pazienti e la connota, in alcuni casi, come un superamento delle tecniche tradizionali a cielo aperto, che comunque continuano ad avere una loro applicazione. Infatti le tecniche percutanee non possono e non devono essere usate indifferentemente in tutte le patologie e in tutti i pazienti, ma solo quando queste sono foriere di un reale vantaggio. Presso la nostra unità operativa eseguiamo con successo questa tecnica chirurgica dagli inizi del 2012. La casistica è ormai ampia e possiamo affermare con certezza che questa tecnica chirurgica nelle giuste



Particolare di accessi chirurgici chirurgia percutanea



Controllo dopo 6 mesi

indicazioni riduce notevolmente le complicanze post-operatorie, accelera il recupero post-operatorio ed è una chirurgia esteticamente insuperabile in quanto lascia delle cicatrici impercettibili. Il dolore post-operatorio è molto contenuto e il periodo di immobilità è ridotto al minimo, per tutti questi motivi risulta molto gradita al paziente. Rispetto alla tecnica originaria, descritta del chirurgo spagnolo Mariano De Prado, nel corso degli anni abbiamo apportato varie modifiche. Rispettando i principi base descritti dal Dott. De Prado, come l'uso di strumentari chirurgici dedicati, il ricorso sempre ad anestesi locali, l'uso di accessi cutanei millimetrici e di bendaggi funzionali post-operatori, abbiamo principalmente modificato il modo di eseguire le correzioni ossee. Questo ci ha permesso di allargare il campo di applicazione della chi-

rurgia percutanea utilizzando questa metodica in un numero sempre maggiore di pazienti affetti da deformità anche severe. Inoltre, in casi particolari, abbiamo utilizzato la chirurgia percutanea in associazione a tecniche di chirurgia tradizionale per la correzione di specifiche patologie del piede. Sulla base della nostra esperienza, ci sentiamo pertanto di poter affermare che la chirurgia percutanea può essere oggi definita a tutti gli effetti una vera e propria tecnica chirurgica con la quale è possibile eseguire diversi e numerosi gesti chirurgici sia sulle parti molli (tenotomie, capsulotomie etc.) che sull'osso (esostosectomie, osteotomie etc.) i quali ci permettono di trattare numerose e differenti patologie del piede. Certamente,



Strumentario

visti i risultati incoraggianti, è possibile immaginare come in un futuro prossimo l'affinamento di questa tecnica chirurgica allargherà il suo campo di applicazione divenendo uno strumento molto utile per ogni ortopedico che si occupi di chirurgia del piede.



Lo scompenso cardiaco in ambulatorio

La prevalenza dello scompenso cardiaco è in continua crescita e il suo impatto sul sistema socio-sanitario rappresenta un problema di notevole importanza. Vi sarebbero circa 600.000 pazienti affetti da scompenso cardiaco oggi in Italia. Si stima che la frequenza della malattia raddoppi a ogni decade di età (dopo i 65 anni riguarda il 10% circa). Il 4-7% dei pazienti non sopravvivono ad un episodio acuto, mentre circa il 20% muoiono entro un anno e circa il 50% muoiono entro 5 anni. Questo numero probabilmente crescerà in modo sostanziale nei prossimi

anni per l'aumentata prevalenza dei fattori di rischio, l'invecchiamento della popolazione e il netto aumento della sopravvivenza all'infarto miocardico acuto. La gestione dello scompenso cardiaco assorbe circa il 2% delle risorse sanitarie in Europa: 6-8% per le visite mediche, 8-9% per le cure ambulatoriali, 11-18% per le terapie farmacologiche e 70% per le ospedalizzazioni. Nonostante gli indubbi progressi nel campo della diagnosi e cura, la prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco risulta dunque particolarmente severa. Un problema notevolmente

importante è costituito dalle ri-acuteizzazioni, con conseguenti notevoli ripercussioni sul piano economico e gestionale (Figura 1). E' stato stimato che le riospedalizzazioni (come conseguenza delle riacutizzazioni) riguardino circa il 30% del numero totale dei pazienti precedentemente ricoverati per scompenso cardiaco. Tale percentuale è rimasta sostanzialmente invariata nel corso degli anni, senza differenze significative tra i diversi paesi industrializzati. In termini di assorbimento di risorse, è stato valutato un costo medio complessivo di circa 12.000 euro/anno per ogni

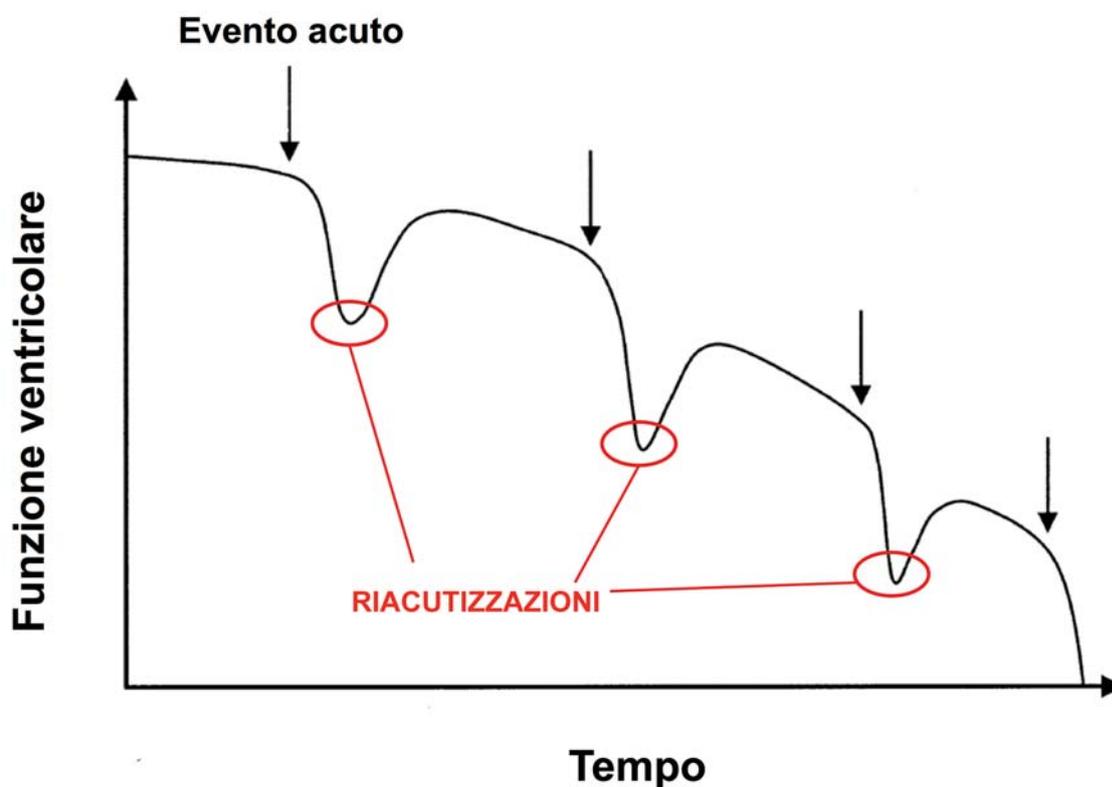


FIGURA 1

Figura 1: La storia naturale dello scompenso cardiaco

paziente che debba ricorrere alle indagini diagnostiche, alle cure farmacologiche e non farmacologiche e che richieda di essere ospedalizzato a causa della riacutizzazione della malattia.

Nel complesso, il trattamento delle comorbidità, la prevenzione dei fattori precipitanti e il riconoscimento precoce dei fattori predisponenti rappresenta una vera sfida con cui il sistema sanitario e i suoi operatori sono chiamati a cimentarsi.

Lo scompenso cardiaco è una sindrome e, come tale, si manifesta con segni e sintomi caratteristici. Alcuni tra essi sono particolarmente specifici, tanto da essere a volte sufficienti a permettere al medico di formulare la diagnosi senza il ricorso a ulteriori indagini strumentali o di laboratorio. Altre volte, il quadro può avere un esordio subdolo e insidioso ed è in quest'ultimo caso che l'impiego dei moderni strumenti diagnostici può rivelare la sua particolare utilità.

Le linee guida 2016 della Società Europea di Cardiologia (ESC) definiscono lo scompenso cardiaco una sindrome caratterizzata da sintomi tipici, come la dispnea da sforzo, l'ortopnea, la dispnea cardiaca parossistica e l'edema polmonare acuto, accompagnati spesso a segni come l'edema declive alle caviglie, il turgore giugulare e il rantoli polmonari, alla cui base sono alterazioni cardiache organiche o funzionali, che possono manifestarsi con un aumento delle pressioni intracardiache, le cosiddette pressioni di riempimento del cuore sinistro, o con una diminuzione della portata cardiaca.

La frazione d'eiezione è il parametro più ampiamente utilizzato per esprimere la funzione ventricolare sinistra, ma non è necessariamente il più utile. Com'è noto, lo scompenso cardiaco si può manifestare tanto in soggetti con frazione d'eiezione compromessa che preservata. Sebbene lo scompenso a frazione d'eie-

zione ridotta debba considerarsi generalmente più grave, non è raro che vi siano pazienti con forme avanzate di scompenso la cui frazione d'eiezione risulta nei limiti della norma. Tale varietà è particolarmente frequente negli anziani ed è spesso associata a comorbidità come le broncopneumopatie croniche, l'ipertensione, il diabete e l'insufficienza renale. In molti casi di scompenso, le manifestazioni cliniche (segni e sintomi) sono espressione dell'incremento delle pressioni di riempimento del ventricolo sinistro, la cui conseguenza è lo sviluppo di uno stato di congestione polmonare, che è preludio a manifestazioni respiratorie tipiche (l'ortopnea, la dispnea cardiaca parossistica e l'edema polmonare acuto). È questa la varietà di scompenso che più spesso il medico si trova ad affrontare (80-90% dei casi) e, nell'insieme, rappresenta una forma che richiede una gestione relativamente poco complessa in quanto, a parte le varietà particolarmente avanzate e associate a gravi insufficienze respiratorie, può essere efficacemente trattata con i diuretici dell'ansa. Molto più impegnativo è invece il trattamento dei pazienti il cui quadro è principalmente sostenuto da una diminuzione della portata cardiaca. In questo caso, le manife-

stazioni sono dominate dall'ipotensione e dai segni e sintomi di ipoperfusione (astenia, adinamia e oliguria) e tutto ciò può condurre a un quadro di compromissione emodinamica severa, tale da dare luogo a uno shock cardiogeno.

Lo scompenso cardiaco, dunque, quando diviene clinicamente manifesto (acuto o subacuto), quasi sempre per l'intervento di un fattore scatenante, riflette una condizione di aumento delle pressioni di riempimento (e congestione polmonare) o di bassa portata o entrambe. In passato, la prima forma era definita scompenso retrogrado, invece la seconda era detta scompenso anterogrado. Sia nell'uno che nell'altro caso il paziente transitava da uno stato di stabilità a uno di instabilità. L'instabilità è dunque il prerequisito fondamentale al manifestarsi di un quadro di scompenso acuto, subacuto o riacutizzato, invece, il ripristino della stabilità deve essere l'obiettivo di ogni trattamento. Il mancato raggiungimento di un adeguato livello di stabilità è il principale motivo delle frequenti riammissioni in ospedale dei pazienti già in precedenza ricoverati per scompenso.

In origine l'instabilità è stato un concetto prettamente clinico, basato sul riconoscimento dei



segni e sintomi caratteristici, sul quale si misurava la capacità diagnostica dei medici. Successivamente, grazie all'introduzione di nuove tecniche diagnostiche strumentali e di laboratorio, è stato affiancato dal concetto di instabilità emodinamica e bioumorale (Figura 2).

L'introduzione della nozione di instabilità emodinamica la possiamo fare risalire alla metà degli anni Settanta, quando – grazie all'avvento del cateterismo cardiaco – fu possibile ricavare la misura della portata cardiaca e delle pressioni intracardiache, aortiche e polmonari e delle resistenze vascolari polmonari e sistemiche. Allora, il cateterismo con catetere di Swan-Ganz permise di classificare i pazienti con disfunzione ventricolare in base al loro stato emodinamico.

Come si può ben comprendere dalla definizione ESC, ogni pa-

ziente può essere classificato in uno dei quattro gruppi emodinamici: A) stabile, in cui tanto le pressioni di riempimento che la portata cardiaca sono nei limiti della norma, B) instabile, in cui vi è aumento delle pressioni di riempimento, C) instabile, in cui la portata cardiaca è ridotta e D) instabile con aumento delle pressioni di riempimento e portata cardiaca bassa. Come detto, un paziente instabile non è necessariamente sintomatico, ma ha una particolare predisposizione a divenirlo in tempi brevi, dando luogo alla riacutizzazione.

Da tale suddivisione ben si capisce come la capacità di prevenire efficacemente il manifestarsi della sindrome clinica preveda di individuare e collocare precocemente i pazienti nei gruppi A, B, C e D. Talvolta questo è possibile basandosi esclusivamente sui dati clinici e sulla pressione arte-

riosa, altre volte sono necessarie indagini più sofisticate (Figura 3). È evidente che il trattamento di un paziente con storia di scompenso cardiaco, ma che è attualmente stabile, differisca profondamente da quello di pazienti instabili. Lo stimolo alla diuresi con l'impiego dei diuretici dell'ansa è infatti essenzialmente prerogativa degli scompensati con aumento delle pressioni di riempimento e congestione, i beta-bloccanti sono invece farmaci da impiegare laddove prevalga la stabilità. Le conseguenze dell'uso improprio dei diuretici possono condurre a peggioramento della funzione renale, disturbi elettrolitici e ipotensione, mentre i beta-bloccanti o l'ivabradina possono favorire il peggioramento della funzione ventricolare nei pazienti instabili e con valori di portata particolarmente bassi. Nel corso degli ultimi anni, note-

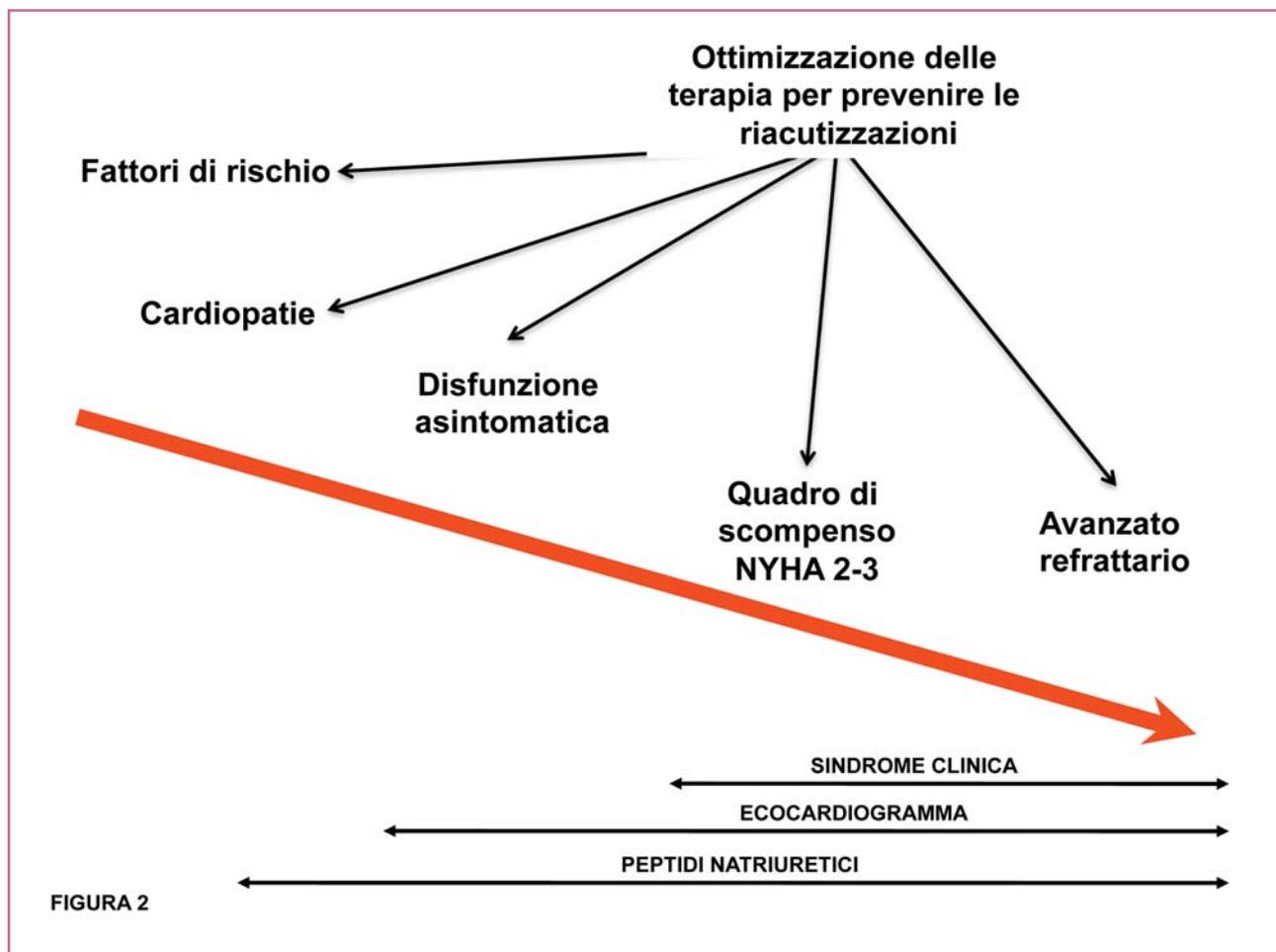


Figura 2: Le indagini diagnostiche cliniche, bioumorali e strumentali

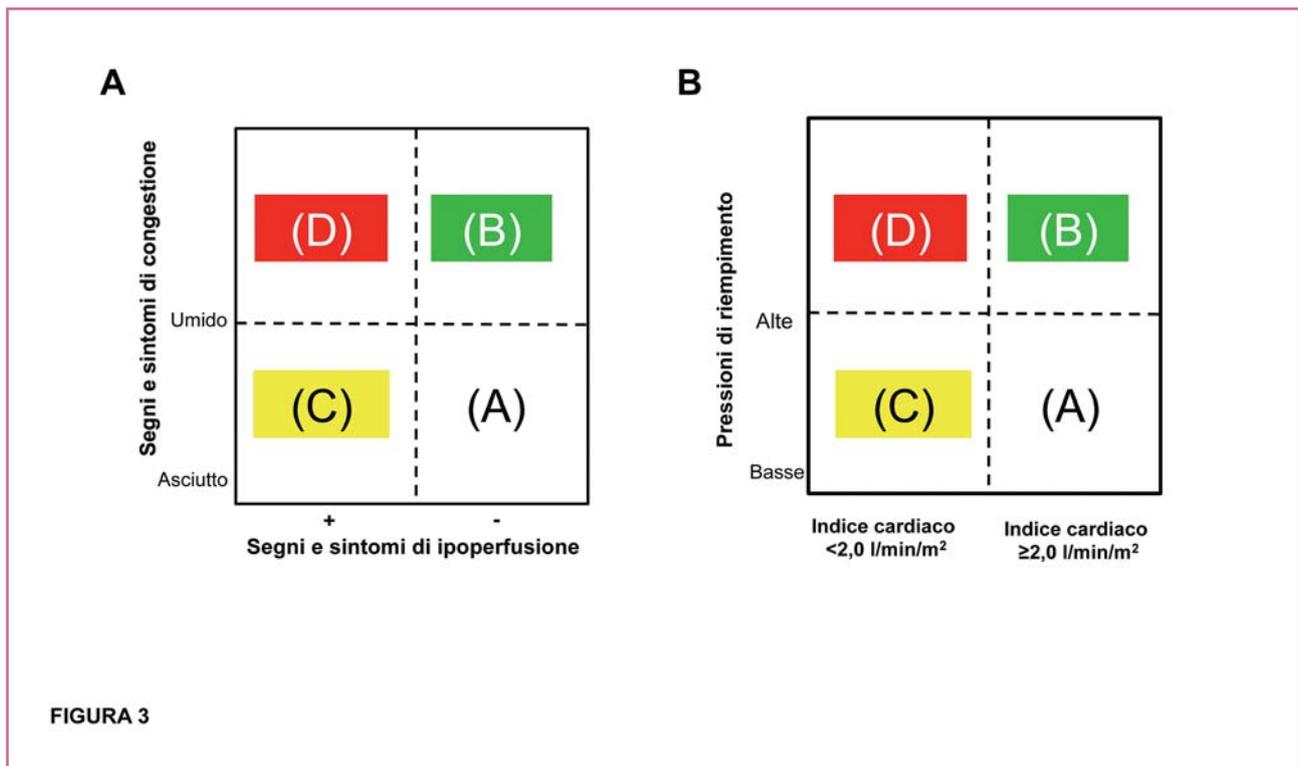


Figura 3: Le classi emodinamiche

voli progressi sono stati ottenuti a riguardo della diagnosi e alla gestione dello scompenso cardiaco in ambulatorio e sul territorio. Da un lato, sono stati introdotti strumenti, come gli ecocardiografi di ultima generazione, che permettono di diagnosticare la presenza di disfunzione cardiaca ancora in fase latente o misconosciuta. Dall'altro, l'impiego dei biomarcatori plasmatici, come i peptidi natriuretici cardiaci: il peptide natriuretico di tipo B o BNP o il suo precursore amino-terminale (NT-proBNP), si è affermato come guida nella gestione del

follow-up dei pazienti ambulatoriali con scompenso cardiaco. Con l'ecocardiografia è oggi possibile ottenere una stima affidabile delle pressioni di riempimento del ventricolo sinistro e persino riconoscere uno stato di congestione del circolo polmonare. La metodica può inoltre fornire misure altamente affidabili della portata cardiaca, e tutto questo consente di classificare i pazienti ambulatoriali secondo criteri emodinamici. Grazie all'ecocardiografia e ai peptidi natriuretici è dunque possibile riconoscere precocemente uno stato di insta-

bilità emodinamica e bioumorale. Quanto detto permette di aprire nuove prospettive alla gestione e alla cura dello scompenso in ambulatorio e sul territorio. È grazie alla possibilità di identificare precocemente le fasi di instabilizzazione e riacutizzazione e all'introduzione di nuove possibilità di intervento farmacologico e non farmacologico che le manifestazioni dello scompenso cardiaco possono essere prevenute e dominate con notevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti e delle loro prospettive di sopravvivenza.

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

Il fegato, specchio della salute

Aspettativa e qualità di vita dipendono dall'interazione tra patrimonio genetico (DNA) e ambiente, alimentazione, attività lavorativa e esercizio fisico. Con l'acronimo **DNA Health (Daily and Nightly Assessment of Health)** marchio depositato) o **DNA della Salute** si intende promuovere una cura personalizzata della salute a 360° mediante un'analisi fisico-biologica e comportamentale (durante veglia e sonno). Lo scopo è una presa di coscienza (scientificamente fondata) della salute personale, indispensabile per scegliere con equilibrio, responsabilità e piacere lo stile di vita personale più salutare. I programmi sono supervisionati da specialisti in Scienze Mediche, Motorie e della Nu-

trizione. I risultati sono monitorizzati mediante indicatori soggettivi e strumentali degli esiti.

Sovrappeso/obesità, malattie cardio vascolari, metaboliche, neoplastiche e neurodegenerative sono le principali cause di ridotta aspettativa di vita (1). La spia più precoce, che anticipa di anni tali patologie è il fegato grasso, ovvero che contiene lipidi in quantità maggiore del 5% del proprio peso (steatosi epatica 1-3). In Italia circa un quarto della popolazione generale ha il fegato grasso e la prevalenza sale vertiginosamente dopo i 40 anni con valori di oltre il 60% negli ultra-sessantenni. La steatosi non è una malattia di fegato evolutiva se non si complica con l'infiammazione diventando

steato-epatite che può evolvere in cirrosi epatica e/o tumore del fegato. Le principali cause della steatosi epatica sono l'eccessiva introduzione calorica e soprattutto il ridotto consumo di calorie per inadeguati attività ed esercizio fisico, ma il fegato grasso consegue anche a dimagrimento/ malassorbimento, iponutrizione e/o ipovitaminosi con una relazione diretta tra entità della steatosi e gravità di tali patologie (1-3). Sono universalmente considerati fattori di rischio di malattia cardiovascolare: familiarità, età avanzata, sesso maschile, fumo, ipertensione arteriosa, colesterolo legato alle lipoproteine di bassa densità o LDL-C ≥ 130 mg/dl, trigliceridi ≥ 150 mg/dl, colesterolo legato alle lipoproteine di alta densità HDL-C < 50 mg/dl per la donna e < 40 mg/dl per l'uomo), glicemia a digiuno $> 100-110$ mg/dL, obesità (indice di massa corporea, BMI ≥ 30 kg/m²) e filtrato glomerulare renale < 60 ml/min/1.73 m². Per predire il rischio del singolo individuo le società scientifiche hanno sperimentato diverse scale di punteggi assegnati ai principali fattori di rischio sopra indicati. La scala di riferimento è il Framingham Risk Score (Istituto Nazionale del Cuore, Polmone e Sangue del National Institute of Health di Bethesda, Washington DC, USA) che utilizza la combinazione di punteggi assegnati in base a: età, sesso, sigarette, colesterolo LDL/HDL, pressione



Figura 1 Le misure dell'equilibrio energetico della singola persona

arteriosa e glicemia. Gli individui sono classificati in rischio: basso, intermedio, elevato e molto elevato. Il problema è che oltre il 50% degli eventi cardiovascolari riscontrati negli studi prospettici accadono negli individui rischio basso o intermedio. Tali individui possono essere facilmente identificati con la semplice rilevazione non invasiva del fegato grasso mediante ecografia addominale. Inoltre con tale metodica è possibile quantificare il grasso epatico mediante un software applicativo (Steatometro, 4), basato su algoritmi delle misure di parametri ecografici standardizzati. Ciò permette al singolo soggetto di controllare (ogni 6-12 mesi) se stile di vita, attività fisica e alimentazione e/o terapia determinino una riduzione del grasso epatico. Ad esempio una perdi-



Figura 3

ta di peso inadeguata, senza equilibrio tra alimentazione e attività fisica può peggiorare la steatosi epatica. Perciò,

la misura del grasso epatico garantisce un'accurata valutazione della salute personale come il livello dell'olio del serbatoio del motore costituisce la spia della salute dell'auto. Infine, ogni proposta di prevenzione e/o cura è scientificamente valida se i suoi effetti sono misurabili nel singolo individuo. La misura soggettiva è facile quando ci sono sintomi e segni di malattia da valutare, ma in assenza di questi occorre una misura oggettiva. L'efficacia dei programmi di prevenzione e cura è verificabile in modo adeguato mediante tre misure (Figura 1) dell'equilibrio energetico personale: qualità/quantità dell'attività e esercizio fisico, calorie introdotte con l'alimentazione e grasso intraepatico.

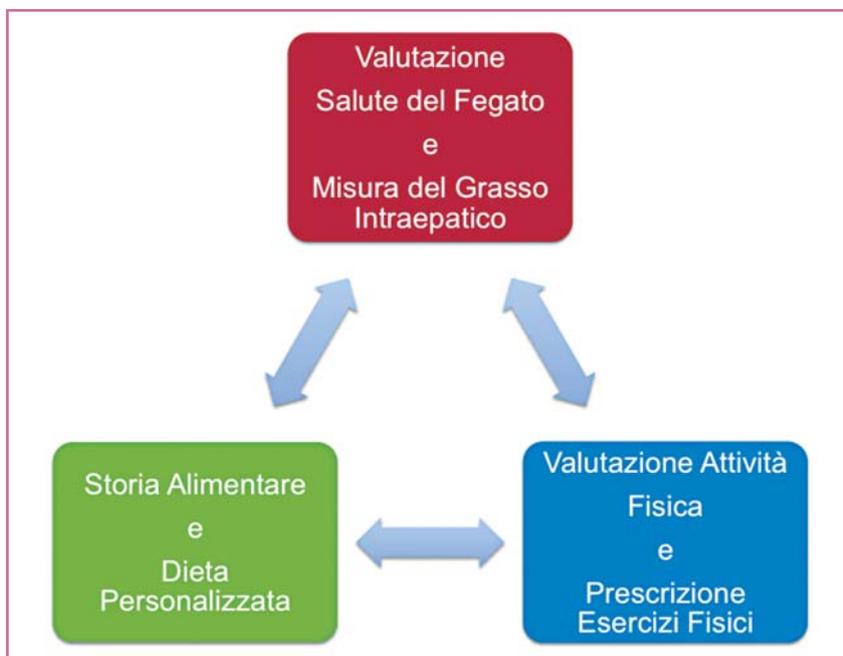


Figura 2

Valutazione dell'Attività Fisica e Prescrizione dell'Esercizio Fisico Personalizzato

Il programma di esercizio fisico è personalizzato in relazione alle abitudini comportamentali personali mediante una carta d'identità motoria.

Valutazione dello Stile Alimentare e Prescrizione della Dieta Personalizzata

Il programma alimentare è personalizzato a: abitudini, tradizioni culturali e gusti soggettivi, metabolismo basale e distribuzione percentuale del grasso corporeo.

Valutazione della Salute del Fegato come indice della Salute Alimentare e Generale

L'entità e l'andamento del grasso intraepatico costituiscono un indice dell'equilibrio energetico tra calorie introdotte e calorie consumate.

Malattie neurologiche terminali: un'assistenza complessa

L'espansione del concetto di assistenza palliativa fa sì che questa non sia più limitata alle fasi finali della vita, ma comprenda interventi fin dalle fasi più precoci in patologie croniche, progressive e disabilitanti, quali quelle neurologiche.

In questa tipologia di pazienti le cure palliative costituiscono un aspetto fondamentale della presa in carico, con l'obiettivo di sollevare dalla sofferenza dovuta a sintomi fisici, aspetti psicosociali e spirituali, e di migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari (Boersma 2014). L'approccio palliativo *simultaneo* prevede infatti che le cure vengano attuate in una fase in cui sono contestualmente praticate te-

rapie *disease modifyng*, finalizzate al controllo di una patologia di cui non si prevede la guarigione (documento SIAARTI).

In ambito neurologico le cure palliative si differenziano dall'approccio palliativo generale alle patologie neoplastiche o alle gravi insufficienze d'organo per la peculiarità di questo tipo di disturbi. Molte malattie neurologiche sono infatti condizioni croniche, progressive, con riduzione dell'aspettativa di vita e caratterizzate da sintomi quali deterioramento cognitivo, disturbi comportamentali o psichiatrici, disfagia, scialorrea, rigidità e spasticità, instabilità posturale, disturbi autonomici, che impattano negativamente sulla qualità della vita dei pazienti fin dalle prime

fasi di malattia.

Molte malattie neurologiche hanno un decorso prolungato con fluttuazioni cliniche che possono provocare anche un improvviso ed imprevedibile declino ed accumulo di disabilità. Riconoscere fasi di peggioramento nella progressione di malattia nella fase terminale della vita è essenziale per fornire le cure appropriate ed il supporto assistenziale necessari al paziente e alla sua famiglia. In generale, tra i fattori “trigger”, scatenanti, suggeriti per riconoscere la fase terminale in pazienti con malattie neurologiche progressive sono stati indicati: difficoltà di deglutizione, infezioni ricorrenti, marcato declino nello stato funzionale, primo episodio di polmonite



Fattori “trigger” suggeriti per riconoscere la fase terminale in pazienti con malattie neurologiche progressive

| |
|---|
| Difficoltà di deglutizione |
| Infezioni ricorrenti |
| Marcato declino nello stato funzionale |
| Primo episodio di polmonite ab ingestis |
| Deterioramento cognitivo |
| Perdita di peso |
| Sintomi complessi significativi |

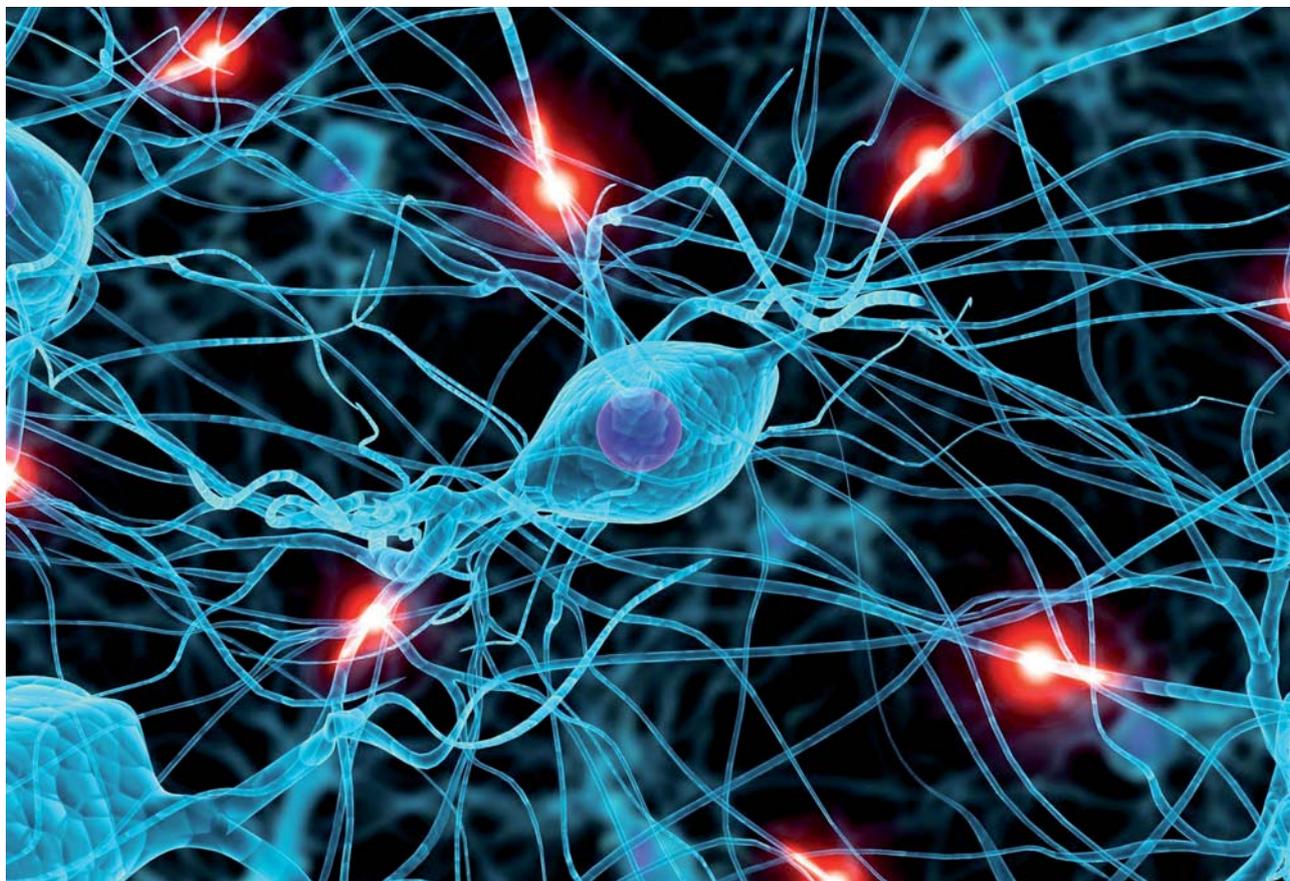
Tabella 1 – Da Oliver DJ, Borasio GD, Caraceni A, de Visser M, Grisold W, Lorenzi S, Veronese S, Voltz R. A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *Eur J Neurol.* 2016 Jan;23(1):30-8

ab ingestis, deterioramento cognitivo, perdita di peso, sintomi complessi significativi, sebbene ogni entità nosologica presenti poi delle caratteristiche peculiari (Tabella 1). In molti casi, comunque, gli indicatori predittivi delle fasi terminali delle malattie neurologiche sono carenti, rendendo talora impossibile identificare in anticipo gli ultimi mesi di vita. Inoltre, gli aspetti che influiscono sugli stadi terminali sono molteplici, ad esempio, la presenza di comor-

bidità in pazienti di età avanzata, il verificarsi di patologie neurologiche in soggetti defedati da altre condizioni morbose, la possibilità di morte improvvisa, come nella Sclerosi Laterale Amiotrofica e nella Atrofia Multisistemica, le conseguenze di interventi invasivi, come nei tumori cerebrali o nei pazienti con malattia di Parkinson trattati con stimolazione cerebrale profonda o gastrostomia percutanea. L'identificazione della fase terminale delle malat-

tia neurologiche, sebbene estremamente complessa, contribuisce alla pianificazione dell'assistenza nella fase terminale ed aiuta nella comunicazione con paziente e familiari; in questo contesto, affrontare tematiche di fine vita può essere utile per il paziente ed in effetti esistono studi che dimostrano che parlare delle fasi terminali della patologia e della morte, riducono il rischio di trattamenti aggressivi alla fine della vita. Le fasi avanzate delle malattie neurologiche,

inoltre, sono spesso caratterizzate da condizioni quali deterioramento cognitivo o difficoltà di comunicazione che rendono impossibile ricevere un consenso informato da parte del paziente; in questi casi, in particolare, diventa fondamentale la pianificazione anticipata delle cure (advanced care planning), finalizzata a definire, in accordo con il paziente e le persone a lui vicine, gli interventi da realizzare con l'evolvere della malattia.



Redditometro, studi di settore, split payment e spesometro addio

Da anni parliamo degli strumenti induttivi che il Fisco utilizza per stanare gli evasori, grande importanza era stata attribuita al Redditometro nato nel 2007; il meccanismo prevede (e prevedeva) la valorizzazione di alcuni elementi di capacità di spesa attribuibili al contribuente (macchine, seconde case, cavalli, acquisti immobiliari oltre il sostenimento di varie spese) elementi che avrebbero dovuto consentire “a tavolino” all’Amministrazione Finanziaria di quantificare il reale reddito del cittadino – evasore. In effetti nel 2017 la Corte dei Conti nella Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato affermava che lo strumento in questione aveva apportato nell’anno 2016 un gettito in termini reali di circa 2 milioni di euro mentre le entrate previste per la lotta all’evasione erano state stimate in 19 miliardi di euro. Insomma il “Redditometro” non ha funzionato.

L’altro strumento utilizzato dall’Erario per verificare la lealtà dei contribuenti con partita iva si chiama “Studio di Settore” e anche questo basato su indici di spesa, nella fattispecie spesa riferita all’attività professionale o imprenditoriale, valorizzando anche in questo caso le singole e diverse voci di ogni settore produttivo. Ma anche con questo strumento il recupero del presunto maggior reddito occultato si è rivelato poco “performante” tanto che negli ultimi anni (come riporta “Il Sole 24 Ore”) ci sarebbe una percentuale cospicua di contribuenti pari al 28% che, anche se non congrui allo Studio

decidono di non adeguarsi. Ancora con l’intento di impedire al contribuente di omettere il versamento dell’IVA incassata e dovuta all’erario, è nato da qualche anno il cosiddetto “Split Payment”. Il meccanismo prevede che l’IVA dovuta alle aziende e ai professionisti dalle Pubbliche Amministrazioni venga da queste trattenuto e versato direttamente nella casse dello Stato. La manovra apparentemente neutra ha in effetti creato problemi di liquidità ai soggetti che operano esclusivamente con detti Enti Pubblici per l’impossibilità di detrarre l’IVA pagata da quella incassata e per i lunghi tempi di attesa per i rimborsi. Nel mese di gennaio 2018 le sigle delle Costruzioni hanno presentato una denuncia alla Commissione Europea per violazione delle norme comunitarie in tema di IVA.

L’ultimo adempimento all’appello che “sembra” verrà abolito è

lo “Spesometro” che consiste nell’invio telematico all’Agenzia delle Entrate a scadenze ravvicinate delle fatture emesse e di quelle ricevute, una sorta di “incrocio” dei dati relativi alla fatturazione che dovrebbe consentire di scoprire chi ha emesso fatture false, chi le ha emesse ma non le ha registrate in contabilità. Anche in questo caso l’adempimento “gravoso” per aziende e professionisti che quasi in tempo reale devono provvedere all’invio risulterebbe una duplicazione dal momento che dal primo gennaio 2019 la fatturazione anche tra “privati” dovrà avvenire obbligatoriamente attraverso la fatturazione elettronica, fatturazione elettronica che per definizione passa attraverso i canali dell’Agenzia delle Entrate. Concludendo: addio allora a Redditometro, Studi, Split Payment e Spesometro?

(Fonte “Il Sole 24 Ore”)

The screenshot shows a software interface for tax management. The main window displays a summary of IVA (VAT) for the month of November. The summary table shows a total acquisition of 0.00 and a total sale of 17.982.00, resulting in a total VAT payable of 3.956.04. Below the summary, there are detailed tables for acquisitions and sales, and a section for the IVA recapitulation of the period.

| DETTAGLIO ACQUISTI | | | | | | | |
|------------------------|------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|----------------|
| Causale/descrizione | Reg. | imponibile | iva acquisti | detrabile | non detrabile | imponibile | iva acq. vent. |
| TOTALI ACQUISTI | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| DETTAGLIO VENDITE | | | | | | | |
|--|------|------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|
| Causale/descrizione | Reg. | imponibile | iva vendite | a debito | imponibile | iva corrispettivi | a debito |
| SP22 225 Split payment (art.17 ter DPR 633/72) | 1 | 17.982,00 | 3.956,04 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALI VENDITE | | 17.982,00 | 3.956,04 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Riepilogo IVA del periodo | | | |
|----------------------------|--|-------------|----------------------------------|
| Iva detrabile del periodo | | 0,00 | |
| Iva acq. non det. prorata | | 0,00 | |
| Iva al netto del prorata | | 0,00 | Differenza 0,00 |
| Debito periodo precedente | | 0,00 | Credito periodo precedente 0,00 |
| | | | Utilizzo credito Iva 2016 0,00 |
| Totale Iva a debito | | 0,00 | Totale Iva detrabile 0,00 |
| | | | Debito 0,00 |
| | | | Residuo da pagare 0,00 |

Prevenzione e gestione clinica dei traumi dentali in età evolutiva

Sono state pubblicate in allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità - Sezione III dell'8 maggio 2018 le linee guida per la prevenzione e gestione dei traumi dentali in età evolutiva.

Non potendo riportare tutte le raccomandazioni, che comunque possono essere trovate sul sito www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2755_allegato.pdf, mi limito a farne pubblicare l'allegato riguardante uno schema ed i suggerimenti per la certificazione e ad esprimere due personali considerazioni sul seguente articolo (pag. 16 delle linee guida) :

1.4 Terapia

Il trattamento delle fratture o dislocazioni ossee e articolari è competenza del chirurgo maxillofaciale, mentre il trattamento delle lesioni dentali e dei tessuti orali di competenza dell'odontoiatra, per cui deve essere disposto quanto prima un intervento specialistico.

I soggetti diversi dai genitori/tuto-

ri non possono dare il consenso ai trattamenti odontoiatrici del minore che accompagnano. Gli interventi diagnostici e terapeutici urgenti (sutura di ferita, riduzione di lussazione, reimpianto dentale, trattamento d'urgenza di polpa dentaria esposta, etc.) possono e devono essere, comunque, disposti al fine di evitare danni ed esiti.

Gli interventi differibili devono essere eseguiti quando il genitore/tutore possa regolarmente dare il consenso alla loro esecuzione.

Durante la mia attività professionale allorché sono stato chiamato ad intervenire su bambini che avevano subito un trauma alla bocca ho sempre operato su richiesta dei genitori/tutore e mi chiedo se data la delicatezza del caso per la prognosi incerta delle terapie (reimpianto, endodonzia su apici immaturi ,etc.) e per la probabile situazione psicologica del bambino sia oggi possibile operare non avendo il consenso dei genitori

/tutore.

E' vero che nel caso dei reimpianti più è precoce l'intervento più è elevata la probabilità di successo (non siamo comunque in una situazione di pericolo di vita), ma è anche vero che purtroppo col tempo può esservi la perdita degli elementi dentari o comunque una loro discromia e non avendo redatto un consenso scritto potremmo un domani essere chiamati a rispondere di un danno tra l'altro in una zona ad alto valore estetico.

Un'altra considerazione riguarda i casi ove c'è una ferita profonda del labbro con interessamento della componente muscolare e spesso pedunculata: in questi casi la sutura è compito dell'odontoiatra o del chirurgo plastico?

Spero che queste mie considerazioni siano condivise e anche se difficilmente potremo trovarci ad intervenire senza la presenza dei genitori/tutore mi auguro che sia possibile avere comunque un chiarimento.

Allegato

Modello di certificazione clinica inerente lesioni traumatiche del cavo-orale nel soggetto in età evolutiva.

In data odiernaⁱ stato sottoposto a visita(nome del bambino/ragazzo) nato il, accompagnato da (nome del genitore/tutore/insegnante, altro)ⁱⁱ , il quale riferisceⁱⁱⁱ che (il bambino/ragazzo) in data^{iv}alle ore, mentre si trovava^v a causa..... riportava

..... successivamente.....

Al momento della visita il soggetto lamenta^{vi}

All'esame obiettivo si rileva^{vii}

Gli esami strumentali^{viii} evidenziano

Si pratica^{ix}

In sintesi il soggetto presenta^x

Si dimette il soggetto con le seguenti prescrizioni e raccomandazioni^{xi}

con prognosi di^{xii}

Sono necessari controlli tra per^{xiii}

data.....

Firma del medico/odontoiatra

N.B. Le seguenti note sono esplicative, non esaustive e hanno il fine di agevolare l'odontoiatra nella stesura di una certificazione richiesta per attestare la presenza di lesioni traumatiche e del percorso diagnostico-terapeutico intrapreso, nell'ottica di un ottimale supporto a un possibile percorso medico-legale di risarcimento/indennizzo del danno.

ⁱ Ove si rediga un certificato in data diversa da quella della visita/prestazione non alterare la data di redazione, ma porre riferimento a data diversa dall'odierna. A fini medico-legali le date hanno estremo rilievo nella attestazione/ricostruzione degli eventi.

ⁱⁱ Importante specificare chi accompagna il bambino/ragazzo e racconta l'accaduto. Si ricorda che soggetti diversi dai genitori/tutori non possono dare il consenso ai trattamenti odontoiatrici. Ciò non di meno gli interventi urgenti possono e devono essere comunque disposti al fine di evitare danni alla salute del bambino. Gli interventi differibili senza rischio devono essere deferiti al momento in cui il genitore/tutore possa regolarmente consentire alla loro esecuzione.

ⁱⁱⁱ Si raccomanda l'uso di terminologia che ben espliciti che quanto riportato frutto di un racconto/riferito e che sfugge alle possibilità di verifica del professionista sanitario.

^{iv} Specificare sempre la data del trauma e l'orario, in particolare se quest'ultimo rilevante a fini di prognosi (reimpianto, ad esempio).

^v In questa sezione della certificazione si dovrebbe riportare quanto riferito dal minore e dall'adulto che accompagna il minore, in merito a:

- il luogo in cui è avvenuto il trauma e la causa. Da ricordare che a diversi luoghi (scuola, casa, palestra, ecc.) e cause (caduta accidentale, spinta, urto, aggressione, ecc.) corrispondono diverse possibilità di risarcimento/indennizzo del danno
- la dinamica (batteva il volto, riceveva un pugno ,ecc.)
- l'effetto, cioè quello che il soggetto riportava (perdeva un dente, sanguinava, avvertiva dolore o difficoltà a aprire la bocca, respirare, parlare, ecc.)
- eventi successivi, ad esempio se si è recato al PS, se è stato visto da altri operatori sanitari, ecc.

^{vi} Dovrebbero essere riportati in questa sezione i sintomi come riferiti dal soggetto al momento della visita (dolore, difficoltà ad aprire la bocca, ecc.).

^{vii} Si riporta l'esame obiettivo focalizzato sulle lesioni traumatiche muco-gengivali, osteodentali, articolari, ecc. Per la lesività all'ATM determinante riportare insieme a tutti i segni ed i sintomi, l'eventuale riduzione di apertura della bocca.

^{viii} Questa sezione è dedicata a riportare quanto rilevato mediante esami strumentali (radiografici, test di sensibilità /vitalità, ecc.). Si ricorda che la dimostrazione del danno spetta al danneggiato per cui laddove l'esistenza della lesione possa essere posta successivamente in dubbio, una fotografia del dente/ lesione può notevolmente agevolare l'assistito nel percorso risarcitorio/indennitario.

^{ix} In questa parte si dovrebbero indicare gli eventuali trattamenti praticati (reimpianto, splintaggio ricostruzione, ecc.). Il percorso risarcitorio prevede poi che il soggetto presenti dettagliati preventivo/fattura/ticket per motivare i costi sostenuti a cagione delle lesioni traumatiche.

^x È utile inserire una sintesi diagnostica che rappresenta la summa di quanto rilevato, obiettivamente strumentalmente ed eseguito dal punto di vista terapeutico.

Esempio: lussazione e frattura di 11trattata con riduzione, splintaggio e ricostruzione in composito.

^{xi} Si precisano eventuali raccomandazioni quali, recarsi prontamente al PS o dal pediatra, consulti specialisti (maxillo-facciale, ad esempio), raccomandazioni domiciliari (alimentazione, igiene orale). Si precisano inoltre eventuali prescrizioni di terapie farmacologiche domiciliari, esami strumentali, ec

^{xii} In questa parte si riporta la prognosi ovvero:

- l'invio al PS o al pediatra ove si ritenga necessario
- la prognosi odontoiatrica ed i controlli necessari, specificando se la prognosi "riservata" all'esito di ulteriori controlli o periodi di follow-up (shock pulpari, ad esempio) o dopo terapia (farmacologica, fisioterapia per traumi all'ATM, ad esempio)

La prognosi ha un elevatissimo rilievo medico legale sia per l'odontoiatra (vedi rilievo penale-obbligo di referto) sia per l'assistito (per il risarcimento/indennizzo del danno).

Dal punto di vista penale si ricorda che le lesioni personali sono sottoposte all'obbligo di referto all'autorità giudiziaria laddove possibile (non si richiede al medico la certezza del reato tanto che è punita solo l'omissione di referto e non l'eccesso) che siano:

-volontarie (aggressioni, abuso, violenza domestica, ecc.) e la durata dello stato di malattia sia

> 20 giorni o vi sia stato indebolimento delle funzioni dell'apparato stomatognatico (perdita di un dente, ad esempio). Le situazioni in cui si sospetta l'abuso richiedono un approccio attento, ma nel migliore interesse del bambino. Un consulto con il pediatra del bambino può essere consigliato oltre ad una attenta osservazione di lesioni tipiche (segni di morsi, bruciature, lesioni da "strappo" al cuoio capelluto, ecchimosi al volto, ma soprattutto in zone coperte dagli abiti, lesioni policrone (avvenute in tempi diversi) e polifocali che indicano reiterazione come tipicamente accade negli abusi.

Sebbene non sia punito l'eccesso di referto evidente che un sospetto di abuso magari di un familiare un sospetto di reato grave per cui occorre che il medico odontoiatra spenda il massimo della attenzione, senza però sottovalutare la possibilità che sussista un reale caso di abuso, la cui frequenza tutt'altro che marginale in tutte le aree/classi sociali/credo religiosi. Negli adolescenti non si devono sottovalutare le lesioni derivanti da abusi legati a fenomeni di bullismo o aggressioni sessuali;

-colpose (non volontarie) dovute a violazione delle norme sull'igiene del lavoro e la prevenzione degli infortuni del lavoro e malattie professionali e che abbiano comportato una durata dello stato di malattia sia > 40 giorni o vi si stato indebolimento delle funzioni dell'apparato stomatognatico (perdita di un dente, ad esempio). Trattasi di fattispecie molto rara e legata a eventuale incidente- lesione traumatica sul luogo di lavoro di un adolescente. La legge 41/2016 ha inoltre reso perseguibili d'ufficio anche le lesioni personali gravi o gravissime da violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale (art. 590 bis c.p.), ma è già allo studio una modifica per ripristinare per tali tipologie di reati la perseguibilità a querela.

Dal punto di vista risarcitorio/indennitario del danno, la prognosi è di estrema utilità per stabilire, anzitutto, quando la condizione clinica è stabilizzata ovvero quando sia possibile formulare un giudizio prognostico attendibilmente definitivo sulle lesioni (per esempio sulla vitalità del dente) per poi procedere alla valutazione delle alterazioni che permangono, i cosiddetti postumi (invalidità permanente) distinguendoli da quei disturbi/ alterazioni che hanno avuto una certa durata, ma poi sono scomparsi e che sono da valutarsi a titolo di invalidità temporanea.^{Xiii} Trattasi di precisazione di rilievo laddove le condizioni di un dente/struttura siano da considerarsi riservate e da rivalutare mediante opportuni esami (shock pulpale, ad esempio), in quanto, fintanto che vi sia una riserva clinica, il caso non deve essere valutato dal punto di vista medico-legale poiché vi sarebbe il rischio di sotto- o sovrastima della lesione/danno (per la valutazione sia del reato sia dell'illecito civile). Nei casi in cui la famiglia richieda una certificazione su cui esclusivamente basare la richiesta risarcitoria o si è certi di aver eseguito una stima di tutti i titoli di danno che debbano essere considerati, la certificazione è rilasciata; in caso contrario è bene avvisare la famiglia che è necessaria ulteriore assistenza medico-legale eventualmente anche specificandolo nel certificato.

COMUNICAZIONE IMPORTANTE su: Progetto su Osteonecrosi delle ossa mascellari

Ad integrazione della nota del 1 giugno, riceviamo dalla prof.ssa Campisi e volentieri inoltriamo:

Cari colleghi,

a completamento della Nota 8963 del 01.06.2018, Vi comunichiamo che il materiale didattico relativo al Progetto su Osteonecrosi delle ossa mascellari (a cura delle Società di patologia e medicina Orale e di Chirurgia maxillo-facciale -SIPMO e SICMF) è disponibile open access al link:

<http://www.sipmo.it/materiale-corso-nazionale/>.

Si considera particolarmente opportuno che le Sedi ordinistiche che hanno già organizzato il Corso trasmettano ai propri iscritti tale informazione.

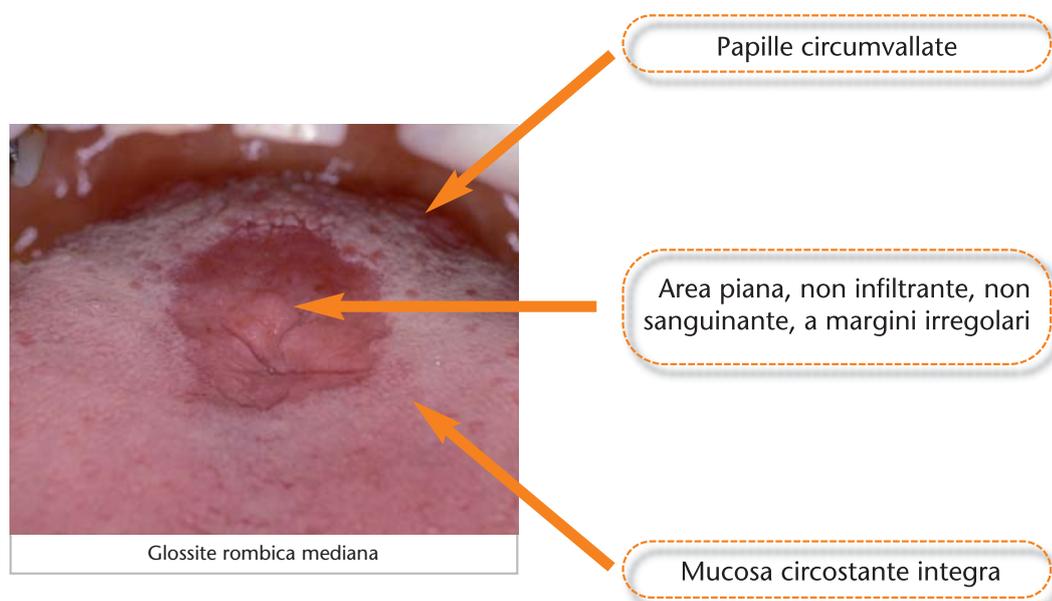
Cordiali saluti

Atlante di stomatologia

Lesioni rosse benigne della lingua

A questo punto conviene chiedersi se occorra sempre e comunque ricorrere ad una biopsia nella diagnosi differenziale delle lesioni rosse orali; non bisogna mai sottovalutare l'impatto psicologico del paziente di fronte alla prospettiva di un prelievo biotico: si possono talvolta riscontrare atteggiamenti di diffidenza fino al rifiuto della procedura stessa. Grazie alla facilità con cui si accede ai giorni nostri ad informazioni tramite Internet su siti di natura non medica, lo specialista è costretto ad affrontare non solo la cancerofobia del paziente, ma persino la presunzione di un'autodiagnosi da parte del medesimo. Pertanto un'attenta valutazione del caso clinico, associata ad una sempre maggiore esperienza personale, possono garantire una sufficientemente valida diagnosi differenziale fino al punto da riservare la biopsia solo ai casi dubbi o purtroppo sicuramente suggestivi di una forma neoplastica.

Per esempio nel caso di lesioni rosse localizzate al davanti della "V" linguale non bisogna mai avere fretta nel porre diagnosi di glossite rombica mediana, in quanto l'errore può sempre celarsi dietro l'angolo.



Comunemente la glossite rombica mediana appare come un'area eritroplastica piana od ipertrofica, a losanga o vagamente romboidale, spesso asintomatica. Un tempo ritenuta malformazione congenita, ora viene considerata una forma di candidosi cronica che può attenuarsi dopo 15-20 giorni di terapia antifungina topica (diagnosi *ex juvantibus*).

Ebbene il possibile errore diagnostico consisterebbe nel ritardare la prosecuzione delle indagini una volta constatata la sua mancata regressione e/o attenuazione dopo terapia antimicotica

Pertanto se la lesione non regredisce come ci si deve comportare? In tal caso si consiglia una biopsia incisionale, spesso dirimente anche se talvolta può riservare spiacevoli sorprese, come nel caso seguente.

1° DIAGNOSI CLINICA: SOSPETTA GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



TERAPIA ANTIFUNGINA
TOPICA (15 gg)

Lesione apparentemente regredita ma
con persistenza di area infiltrante dubbia



BIOPSIA
INCISIONALE

2° DIAGNOSI ISTOLOGICA:
CARCINOMA SQUAMOSO

RADICALIZZAZIONE
CHIRURGICA

SMENTITE
ENTRAMBE
LE DIAGNOSI
PRECEDENTI!!!

3° DIAGNOSI
ISTOLOGICA:
TUMORE A CELLULE
GRANULOSE
(LESIONE BENIGNA)



Le lesioni mucose del cavo orale

Una glossite rombica mediana può, quindi, porre problemi di DD con un carcinoma squamoso, con un tumore a cellule granulose (la cui biopsia parziale simula dal punto di vista istologico una neoplasia maligna epiteliale), con una neoformazione fibro-papillare, ma ancora più raramente con tessuto tiroideo ectopico e granulomi tubercolari



Glossite rombica mediana: forme ipertrofiche



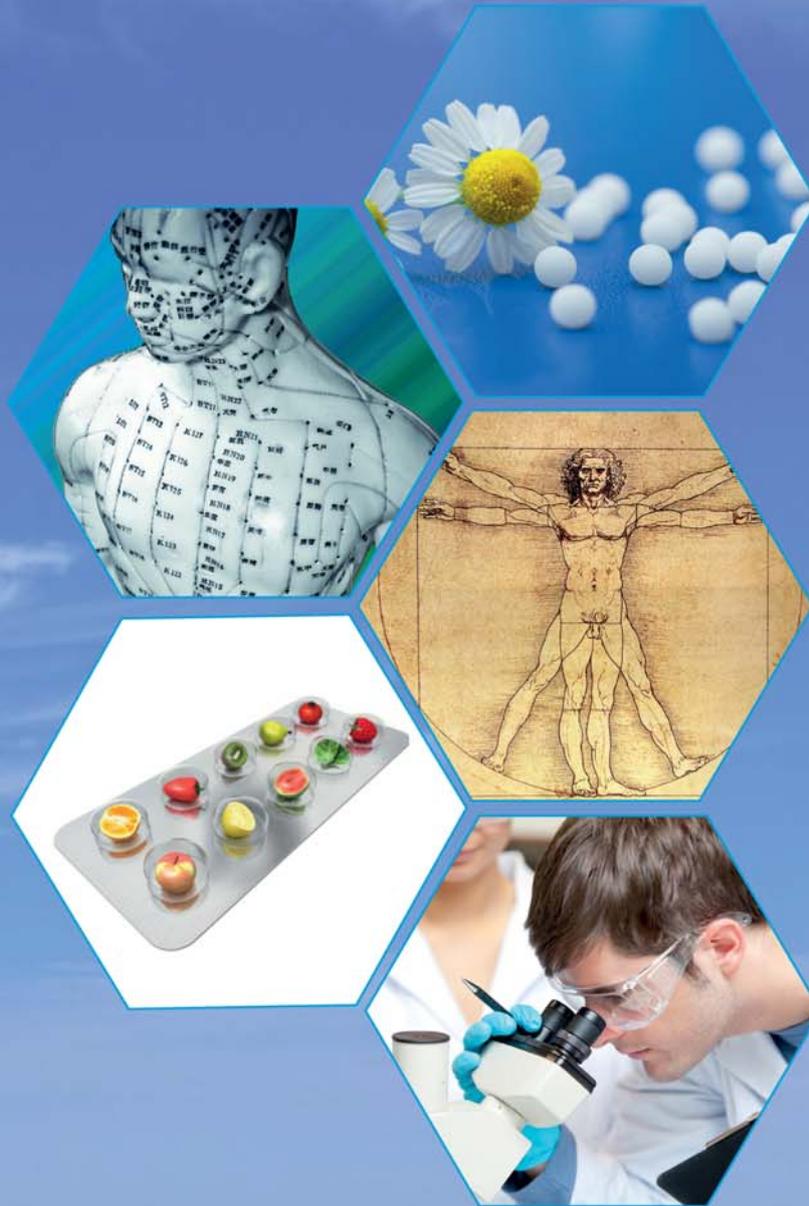
Glossite rombica mediana: forme piane

Pertanto, come ci si comporta di fronte ad una lesione eritroplastica **singola** approssimativamente romboidale del dorso linguale?



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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

Bagni di Pisa

L'uso delle acque termali è una pratica diffusa in tutti i tempi ed in tutte le civiltà. I Romani costruirono le Terme in città, cioè bagni pubblici nei quali oltre ad usufruire di acque calde era possibile conversare e assistere ad intrattenimenti vari. Con la caduta dell'impero romano le terme conobbero un periodo di forte ridimensionamento, ma il ricorso alle acque termali naturali a scopo terapeutico rimase per tutto il Medioevo e l'età moderna. Per quanto riguarda Bagni di Pisa l'importanza di queste acque termali con temperatura costante tutto l'anno, non era sfuggita ai Romani ed agli Etruschi: Plinio in un ricordo letterario parla "dell'esistenza delle rane nelle acque calde di Pisani".

Durante le lotte tra i Comuni la rivalità tra pisani e lucchesi portò alla distruzione dei Bagni, per cui sembra che la Contessa Matilde li abbia fatti restaurare all'inizio del secolo successivo (circa 1100).

Quando Pisa divenne Repubblica, i Bagni acquistarono nuova importanza e si hanno da allora documenti chiari su queste terme, con alterne vicende fino alla distruzione dei Bagni nel 1405 da parte delle soldatesche della Repubblica Fiorentina che cingevano Pisa.

Andati i Medici al potere in Firenze, questi si interessarono dei Bagni, cercando di bonificare la pianura circostante ed emanando ordini e regolamenti per le bagnature. Ma è il XVIII secolo il più importante nella storia di S. Giuliano. Sotto i Lo-

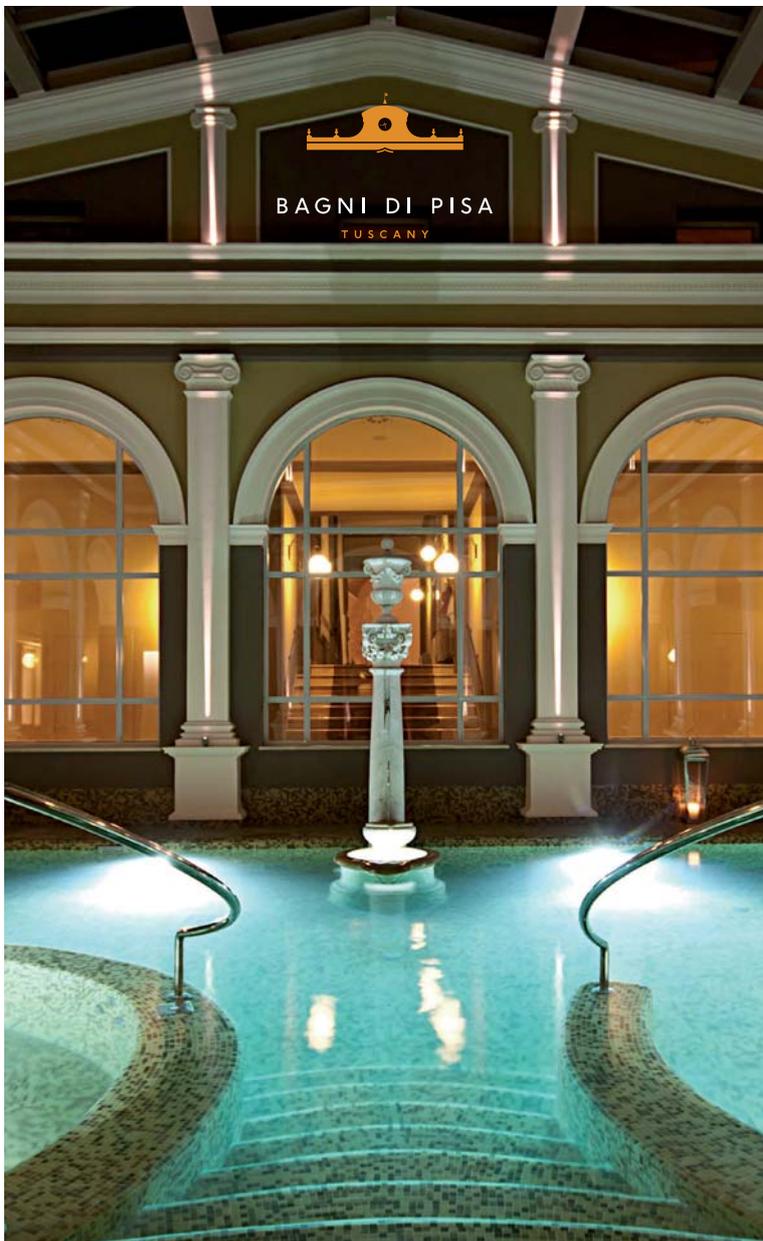
rena succeduti ai Medici, San Giuliano ebbe grande fama: il Granduca di Toscana Francesco III di Lorena, futuro imperatore degli Austriaci, incaricò nel 1742 tre grandi scienziati Cocchi Gotti e Versani dello studio delle acque termali.

Autorizzava inoltre nel 1744 i lavori dei palazzi che ancora si possono ammirare, e che ospitarono regnanti personalità illustri, da tutta Europa. Con l'avvento del termalismo sociale si ha nel 1934 l'acquisto delle terme da parte dell'Istituto della Previdenza Sociale. Nel 2003 la proprietà dell'immobile è passata alle Regione e la gestione è privata.

L'acqua termominerale di S. Giuliano del gruppo solfato-bicarbonato-alcantino terroso, sgorga da diverse polle dalla ricca falda idrotermale dei Monti pisani, le cui viscere provvedono a riscaldarla fino a 39° ed arricchirla di preziosi e salutari oligoelementi, e attualmente è raccolta in due bacini che si trovano nello stabilimento stesso: un bacino è situato nel padiglione Bagno di Levante, dedicato alle cure in convenzione con il S.S.N., fango balneoterapia, cure inalatorie ed idromassaggio, ed un bacino nel padiglione Bagno di Ponente, dedicato ai trattamenti estetici e dimagranti. La loro purezza microbiologica e la costanza delle qualità chimico-fisiche sono garantite dalla profondità della loro origine e dalla consistente portata che permette un flusso ininterrotto di acqua.

L'azione antinfiammatoria e rilassante delle acque termali

dei Bagni di Pisa, le rende efficaci nel trattamento di molte patologie croniche a carico di vari apparati ed organi (muscolo scheletrico, respiratorio, cutaneo e vascolare) e ne fa uno straordinario strumento di prevenzione e cura della salute. Le principali modalità di applicazione dell'acqua termale sono: Il fango termale maturo, risultato dalla miscelazione dell'acqua con l'argilla per un periodo di almeno 6 mesi, e applicato alla temperatura di 47°C sulle articolazioni. La fango-balneoterapia (12 fanghi e bagni) è indicata nelle patologie artroreumatiche: osteartrosi ed altre forme degenerative e reumatismi extrarticolari. La balneoterapia con idromassaggio è indicato nelle patologie vascolari come postumi di flebotomia di tipo cronico (12 bagni). La balneoterapia semplice nella fibromialgia, nelle miositi. L'acqua termale può inoltre essere somministrata direttamente nelle vie respiratorie con varie metodologie. In rapporto con le dimensioni delle particelle prodotte è possibile raggiungere le vie respiratorie superiori (naso-gola) per riniti, sinusiti, faringiti; le vie respiratorie (bronchi-polmoni) per bronchite cronica semplice o con componente ostruttiva (24 cure inalatorie). Anche per le otiti catarrali croniche ed adenoiditi sono indicate le cure inalatorie. Per accedere alle cure termali convenzionate ASL è sufficiente presentarsi al Centro Termale con la richiesta del medico di base indicante la patologia ed il tipo di cura.




BAGNI DI PISA
TUSCANY




GROTTA GIUSTI
TUSCANY

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

Immunologia e cancro: dal vecchio al nuovo

Le nuove frontiere della lotta contro il cancro sono passate, in questi ultimi anni, attraverso l'identificazione e lo studio di specifici "bersagli terapeutici" all'interno delle cellule tumorali, che hanno portato progressivamente ad una personalizzazione dei trattamenti con miglioramenti significativi nell'andamento clinico e nella sopravvivenza libera da malattia dei singoli pazienti colpiti da tumore. L'evidenza che specifiche alterazioni molecolari in geni direttamente responsabili dell'insorgenza, dello sviluppo e della progressione tumorale, potessero rappresentare "bersagli" per farmaci "intelligenti", in grado di colpire selettivamente tali bersagli, risparmiando le cellule sane, migliorando la tollerabilità dei trattamenti e cambiando in meglio la qualità della vita dei pazienti, ha rivoluzionato l'approccio terapeutico di molte neoplasie maligne tra le più frequenti ed aggressive.

Le terapie a "bersaglio molecolare" sono pertanto terapie mirate su pazienti i cui tumori sono caratterizzati da tali specifiche alterazioni che, in questo senso, consentono di eseguire cure più efficaci evitando seri effetti collaterali e trattamenti inutili a tutti coloro che, in assenza di "target" sensibili, non beneficerebbero di tali terapie. Alcuni limiti dei trattamenti a "bersaglio molecolare" però esistono: il campo d'azione dei farmaci suddetti è confinato esclusivamente ai tumori che mostrano le alterazioni molecolari specifiche.

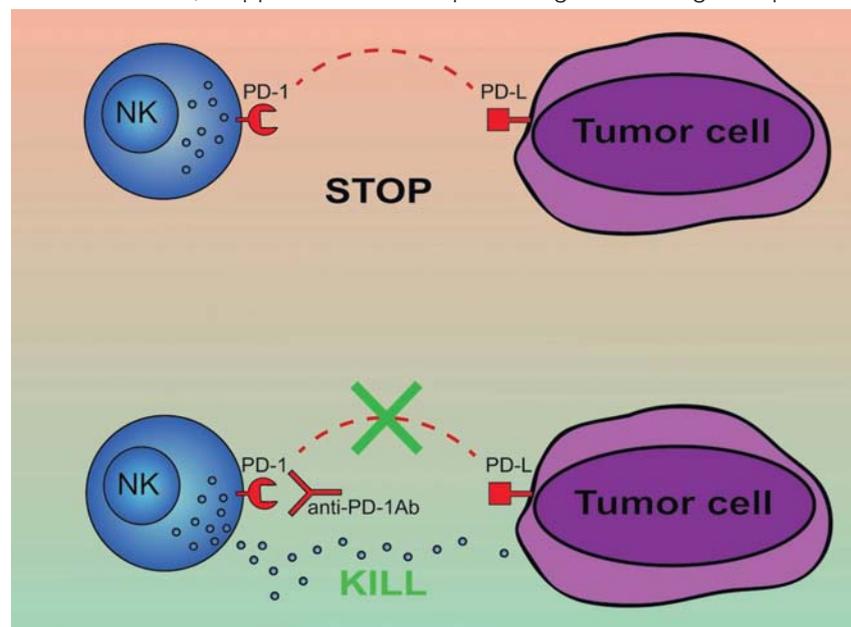
In quest'ottica l'ipotesi che il sistema immunitario potesse rappresentare anche una protezione contro il cancro risale a molti anni

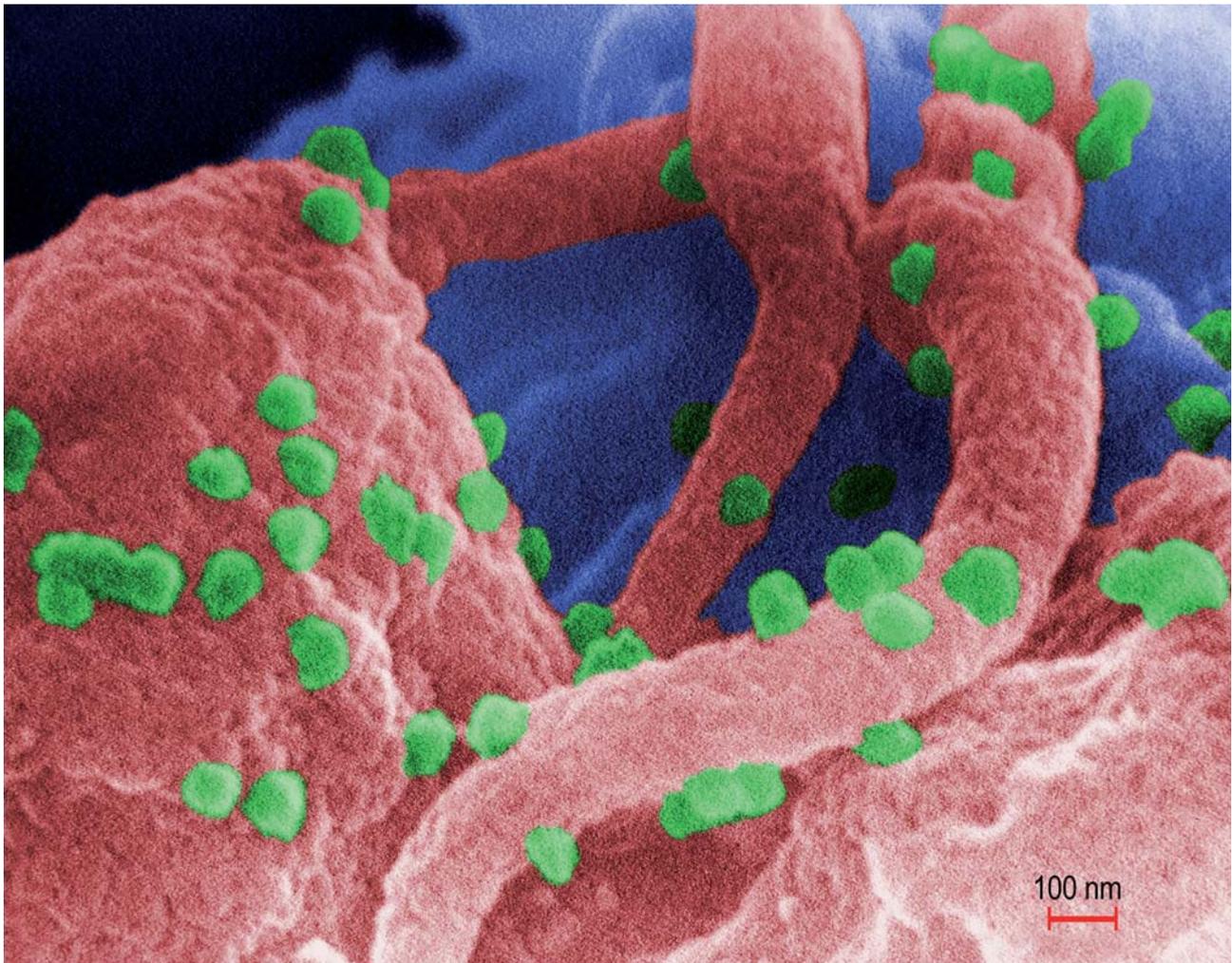
fa, anche se chiare evidenze sperimentali sul ruolo protettivo del sistema immunitario nei confronti dello sviluppo tumorale, sono state prodotte solo nella seconda metà del novecento. La scoperta successiva di molecole con proprietà recettoriali (i.e. PD-1 - Programmed Death 1), localizzate sulla membrana plasmatica di alcune categorie di cellule immunitarie e allo stesso tempo correlate alle cellule cancerose, in grado, attraverso specifici ligandi (i.e. PDL-1 - Programmed cell Death Ligand-1) di bloccarne l'attività inibitoria sul tumore, ha aperto le porte all'ipotesi che agire su tali meccanismi di controllo delle attività del sistema immunitario, potesse rappresentare la chiave di volta nella lotta contro la crescita tumorale.

In un sistema immunitario efficiente alcune categorie di linfociti (linfociti T) possono lavorare efficacemente "sorvegliando" lo sviluppo e la crescita neoplastica. Queste cellule, opportunamente

informate della presenza di cellule trasformate, "non self", con crescita incontrollata (il tumore appunto), possono eliminare le lesioni stesse, nonostante le cellule tumorali che le compongono siano in grado di attuare meccanismi complessi che consentono loro, dapprima di divenire resistenti al controllo dei linfociti T e successivamente di "evadere" la sorveglianza, bloccando la loro attività inibitoria sulla crescita della cellula tumorale. Il tumore in questo modo si espande e diventa " clinicamente evidente".

Il sistema immunitario può essere stimolato dall'esterno ed è questa la base dell'immuno-oncologia, nuova frontiera nella lotta contro il cancro. Interferendo con alcuni punti di controllo del sistema immunitario, i cosiddetti "check-point" quali l'asse PD-1/PDL-1, mediato dai linfociti T, è possibile riattivarne l'azione inibitoria sul tumore. Specifici immunoterapici, che interrompono il legame tra i "ligandi" prodotti





dalle cellule tumorali, e i “recettori” situati sulla membrana dei linfociti T, sbloccano le capacità inibitorie dei linfociti, ripristinando la loro capacità di aggredire le cellule cancerose.

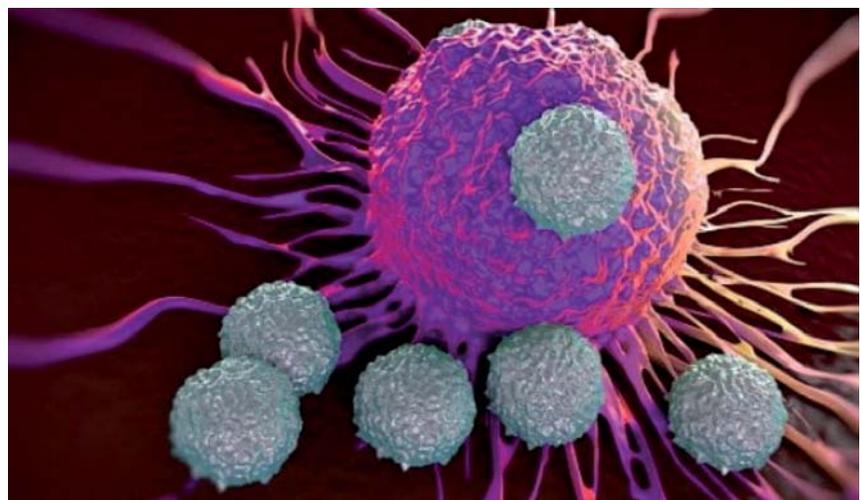
Mantenere alti i livelli di allerta nei confronti del tumore è quello che in questi anni è stato messo in atto attraverso l’uso dei farmaci immunoterapici. Essi sono in grado di bloccare i meccanismi attraverso cui le cellule tumorali cercano di eludere la “sorveglianza” del sistema immunitario e in questo modo l’immuno-oncologia è diventata un ulteriore presidio terapeutico contro il cancro.

Anche in questo caso però, il limite è legato al fatto che non tutti i pazienti sono eligibili per questo tipo di trattamento.

La nuova sfida dei percorsi diagnostico-terapeutici in oncologia è

anche questa: mettere in atto tutte le possibilità diagnostiche che aiutino il clinico e il patologo ad identificare, all’interno della cellula tumorale in tutte le sue fasi evolutive, dall’origine al momento della sua diffusione metastatica, ogni possibile “segnale” capace di consentire la selezione dei pazienti in grado di

rispondere, con il loro sistema immunitario, ai farmaci che cercano di riattivarlo. Questa selezione potrà consentire di “mirare” ancora meglio i trattamenti, potenziando la risposta dell’organismo, riducendo gli effetti nocivi ed ottimizzando le cure anche in termini di sostenibilità economica.



Dal medico al paziente: dalla “compliance” alla cooperazione

Da molti anni, ancora una volta affascinati dall'introduzione di termini inglesi, usiamo la parola compliance e così fanno i medici, i farmacisti, gli infermieri, i pazienti, gli informatori del farmaco. Usualmente, ci si riferisce alla compliance come alla “aderenza di un paziente alle prescrizioni mediche, farmacologiche o non farmacologiche (dietetiche, di regime di vita, di esami periodici di monitoraggio)”. Spesso, di un farmaco presentato in un nuovo dosaggio o nuovo formato o da assumere con modalità semplificate rispetto ad un concorrente, si sente dire che il farmaco è maggiormente compliant. Quasi come se la parola inglese assomigliasse alla parola italiana compiacimento. Proviamo a mettere un po' di ordine nelle nel significato delle parole che usiamo.

Il Cambridge Dictionary definisce la Compliance “*the act of obeying an order, rule, or request*”, aggiungendo come sinonimi obedient and compliant, mentre il Collins riporta “*Compliance with something, for example a law, treaty, or agreement means doing what you are required or expected to do*” e come sinonimi: *conformity, agreement* (Agreement with someone means having the same opinion as they have), *obedience* (the state, fact, or an instance of obeying, or a willingness to obey); *submission, assent*. Di fatto la parola Compliance significa obbedienza, adeguamento ad ordini ricevuti, avere la stessa opinione di qualcuno. Quindi, una totale passività a quanto ci viene “prescritto” da Altri. La parola, di fatto, riflette un rapporto medico (e, più in generale, caregiver) -paziente definito pa-

ternalistico, ove la figura paterna “ordina” e la figura “figlio” esegue. Questo modello da per scontato un rapporto gerarchico, di dominanza dell'operatore sanitario sul paziente, ridotto a pura passività, con il presupposto che il trattamento prescritto sia il migliore, che la prescrizione sia stata trasmessa in modo inequivocabile, che il paziente sia tenuto all'obbedienza, con il conseguente giudizio negativo sulla mancata osservanza. Questo tipo di relazione (che in analisi transazionale si definisce di tipo Adulto-Bambino) ha certamente una sua valenza, ad esempio in situazione di emergenza, in alcuni casi di disturbo psichico o di ritardo mentale etc., ma ormai non è ritenuto più soddisfacente almeno nella società occidentale, dal momento che il paziente vuole essere al centro della relazione con i sanitari e con il sistema sanitario, a ragione e qualche volta a torto, non avendo di per sé sufficienti conoscenze per esprimere un atteggiamento da pari livello con i sanitari. Spesso il paziente arriva già ampiamente documen-

tato (più spesso, mal documentato) via internet o per quello che ha attinto dai vari social media. Un atteggiamento dogmatico e rigido da parte del medico non porta automaticamente a far sì che il paziente abbia ben chiari lo stato di malattia e la necessità di mettere in atto tutte quelle procedure (farmaci, dieta, comportamenti di vita) e sia, dunque, consapevole della necessità di attenersi non per fare un piacere al sanitario, ma per il proprio bene. Faccia di tutto per aderire a quanto prescritto. Qualcuno, pensando di evitare la parola compliance, è passato ad usare la parola “aderenza”, mutuato dall'inglese “adherence”, parola che, di fatto, ricalca il significato di compliance: il Cambridge riporta “*the fact of someone behaving exactly according to rules, beliefs, etc.*” e il Collins precisa che in inglese si intende “*the fact of adhering to a particular rule, agreement, or belief*” e indica come sinonimi: *obedience, agreement, respect, submission*; mentre in americano “*attachment (to a person, cause, etc.); devo-*





tion and support". Ovvero stretta osservanza.

Ma il paziente spesso non si attiene o francamente rifiuta di eseguire pedissequamente quanto indicato dal sanitario e ne sono ben noti i guasti secondari. Iperensione, alterazione del profilo lipidico e diabete sono tutte condizioni caratterizzate da un'aderenza generale che si colloca all'incirca intorno al 50%, mentre ad esempio Corrao e Coll. (2011) evidenziano come un'aderenza superiore al faticoso valore dell'80% (che vuol dire almeno l'80% del farmaco assunto in maniera corretta) determini una riduzione di circa il 50% dell'incidenza delle principali complicanze cardiovascolari. Le ESH/ESC (European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology), nelle ultime Guidelines for the management of arterial hypertension del 2013 indicano tre cause principali del basso trattamento per ipertensione arteriosa: 1- l'inerzia del medico; 2- la bassa aderenza

del paziente; 3- la deficienza dei sistemi sanitari verso le malattie croniche. Le ricadute di una scarsa aderenza ai trattamenti sono molteplici, sia per la singola persona, sia per i familiari, sia per la società, visti i maggiori costi per ricorso a visite più frequenti, accertamenti e indagini cliniche/strumentali, maggiori accessi in ospedale, aumenti dei costi della cronicità. A questo punto ci si chiede: come si può (si deve) migliorare il quadro della aderenza alle prescrizioni? Certamente riportando il paziente al centro della esistenza del sanitario e del sistema sanità, ma anche cercando di agire sull'**empowerment** del paziente, andando a migliorare il suo senso di **autoefficacia** nella gestione della malattia. Il sistema passa, principalmente, ma non esclusivamente, attraverso una buona comunicazione tra i vari soggetti interessati ovvero i sanitari, ma anche le industrie, il sistema sanitario pubblico e privato, i mass media e la persona,

che anche quando è "ammalata" resta una persona. Gli studi clinici in questo ambito sono moltissimi; ad esempio, Gehi et al Coll (2007) riportano che pazienti con ridotta aderenza hanno elevato rischio di: 1- eventi cardiaci avversi, compresa morte per malattia coronarica (maggiore rischio 3,8 volte); 2- IMA (4,4 volte); 3- Ictus; è possibile riconoscere i pazienti che riportano una non aderenza con una semplice domanda (*nel mese passato, quanto spesso hai preso le medicine che gli ha prescritto il medico*). Si ritiene, comunemente, che comunicare richieda tempo ed uno dei maggiori problemi in sanità, specialmente nel SSN è quello della gestione del tempo: ma una buona comunicazione non ha bisogno solo di parole (peraltro il peso delle parole in un processo di comunicazione è inferiore al 10%): può bastare una stretta di mano, un sorriso, uno sguardo, ma soprattutto è importante dare alla persona/paziente tutta la nostra attenzione, comunicando con umiltà (essere con i piedi ben saldi a terra) e rispetto la necessità che certe procedure (farmacologiche, dietetiche etc) siano seguite, cercando di attuare un processo che sostituisca una cieca obbedienza con un comportamento profondo e convinto, ovvero la parola "Cooperazione". Solo con una comunicazione efficace ed eticamente corretta è possibile "agganciare il paziente e tenerlo in terapia": sanitari e pazienti insieme possono e debbono essere protagonisti di un percorso di vita, lavorando insieme alla salute della persona e della società. Dunque.. Cooperazione.



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

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

PASQUALEBRUNI

GUCCI
TIMEPIECES & JEWELRY


BAUME & MERCIER
MAISON D'HORLOGERIE GENEVE 1830


OMEGA

LONGINES



HAMILTON
AMERICAN TRIP-TIME & SWISS PRECISION

swatch


DoDo

**MONT
BLANC**


**GIOVANNI
RASPINI**

Baccarat

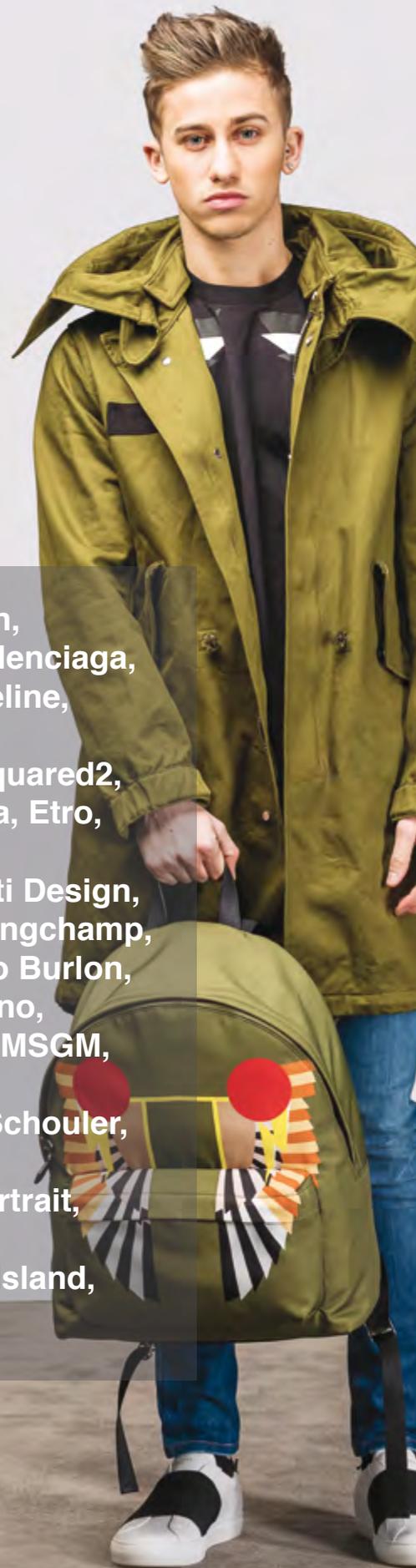

**Richard
Ginori**
1735

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)