

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

Atlante di stomatologia

P.F. Nocini

Professore Ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale, Direttore della Clinica Odontoiatrica e di Chirurgia Maxillo-Facciale e della Scuola di Specializzazione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona

Diabete e cuore: nuove terapie

S. Del Prato Department of Clinical & Experimental Medicine, University of Pisa

J. McMurray

British Heart Foundation Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, UK



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

Numero programmato, non aperto

Numero programmato, non aperto a tutti. Sì perché, nel secondo caso, non avremmo quantomeno gli spazi idonei, perché le iscrizioni non sarebbero quantitativamente prevedibili. Ben diverso è, invece, il primo. Il futuro della Facoltà di Medicina e Chirurgia deve andare, secondo noi, proprio verso questa scelta, oculata, seria e legata allo stato di necessità del Paese.

“Programmato”, infatti, esprime un concetto funzionale e modulabile. Basta guardare le cifre. Ogni anno, tremila dei nuovi laureati non trovano sistemazione. Un dato di fatto che si concretizza ormai da cinque anni, facendo lievitare il numero a ben quindicimila unità. Un andamento che si ripresenterà, purtroppo, anche nel prossimo futuro, se non si intervenisse adeguatamente. La spesa complessiva a carico dello Stato, per ogni studente, è di circa 150 mila euro. Molti di questi giovani, in alternativa ad occasionalità professionali non dignitose, con una laurea in tasca e tanti sogni

da realizzare, scelgono d'andare all'estero. Senz'altro una beffa per l'Italia ed un'umiliazione dopo sei anni di studi.

Ed il prioritario scopo del numero programmato è, quindi, trovare posto sia nelle Scuole di specializzazione che nel Servizio Sanitario Nazionale a questi “tremila”. Da qui il concetto di funzionalità e modularità: esistono settori in carenza di medici come pediatria, chirurgia, anesthesiologia. Ricopriamo, dunque, tali posti.

In molte nazioni della Comunità Europea, si è trovato un meccanismo d'inserimento come assistenti (retribuiti alla pari degli specializzandi) in vari settori specialistici ospedalieri, così da non disperdere una presenza concreta e motivata. Paliamone dunque con il Ministro competente attraverso una discussione franca e cordiale, consapevoli che il futuro della nostra salute dipenderà da come lo Stato sarà capace di rispettare l'impegno delle famiglie nel sostenere gli studi dei propri figli e le loro meritate speranze.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Paolo Baldi,
Piero Bucciatti, 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
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 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.*

Diabete e cuore: nuove terapie

Un nuovo studio clinico presentato il 2 ottobre scorso al Congresso annuale della European Association for the Study of Diabetes (EASD) e pubblicato su *The Lancet*, accompagnato da un Editoriale, mostra che il trattamento con albiglutide (un farmaco della classe degli agonisti del recettore del glucagon-like peptide 1, GLP1) si associa a un minor numero di eventi cardiovascolari in soggetti con diabete tipo 2 e pregressa malattia cardiovascolare rispetto al trattamento con placebo.

Lo studio Harmony-Outcomes, sponsorizzato da GSK, è stato coordinato Professor Stefano Del Prato del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università of Pisa e dal Professor John McMurray del British Heart Foundation Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, UK.

Si tratta di uno studio randomizzato in doppio cieco, verso placebo, eseguito in 610 sedi di 28 diversi paesi. Soggetti con diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare sono stati trattati, in modo randomizzato, con iniezione sottocutanea settimanale di albiglutide (da 30 mg a 50 mg) o placebo in aggiunta alla terapia standard. L'ipotesi degli autori era che l'effetto di albiglutide sull'endpoint primario della prima manifestazione di morte cardiovascolare, infarto del miocardio o ictus fosse non-inferiore al placebo.

Complessivamente, 9463 soggetti sono stati seguiti per un follow-up mediano di 1.6 anni. L'obiettivo primario pre-specificato si è manifestato in 338 su 4731 soggetti (7.1%; 4.6 eventi per 100 persone-anno) nel gruppo con albiglutide e in 428 su 4732 pazienti (9.0%; 5.9 eventi per 100 persone-anno) nel

gruppo con placebo pari a una riduzione del 22% del rischio di questo parametro complessivo nel gruppo con albiglutide (un risultato statisticamente significativo indicativo non solo della non-inferiorità ma soprattutto della superiorità di albiglutide rispetto al placebo).

L'incidenza di pancreatite acuta (albiglutide 10 pazienti e placebo 7 pazienti), di cancro del pancreas (6 e 5), di carcinoma midollare della tiroide (zero casi in entrambi i gruppi) e la frequenza di altri eventi avversi severi era sovrapponibile nei due gruppi.

Gli autori hanno dichiarato: "In pazienti con diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare in trattamento standard, l'aggiunta di una somministrazione di albiglutide settimanale ha ridotto il rischio dell'end-point composito primario – morte per cause cardiovascolari, infarto non fatale del miocardio, o ictus non fatale – del 22% rispetto all'aggiunta di placebo. Nell'insieme il numero di pazienti che dovrebbero essere trattati per prevenire un evento nell'arco di un periodo mediano di 1.6 anni è 50."

Il professor Stefano Del Prato ha aggiunto "Siamo veramente contenti di questi risultati che forniscono una ulteriore, solida evidenza all'effetto cardioprotettivo di alcuni agonisti del recettore del GLP1, farmaci già impiegati per il controllo della glicemia, nei pazienti con diabete tipo 2, tenuto conto che l'evento cardiovascolare rappresenta la più comune e tragica complicanza per queste persone."

Il Professor McMurray inoltre ha chiosato "Questi sono risultati straordinari e confrontabili a quelli ottenuti con i farmaci cardiovascolari più efficaci e rafforzano l'idea che

questi farmaci debbano essere considerati un complemento alle terapie attualmente disponibili per affrontare questo problema nel diabete tipo 2.

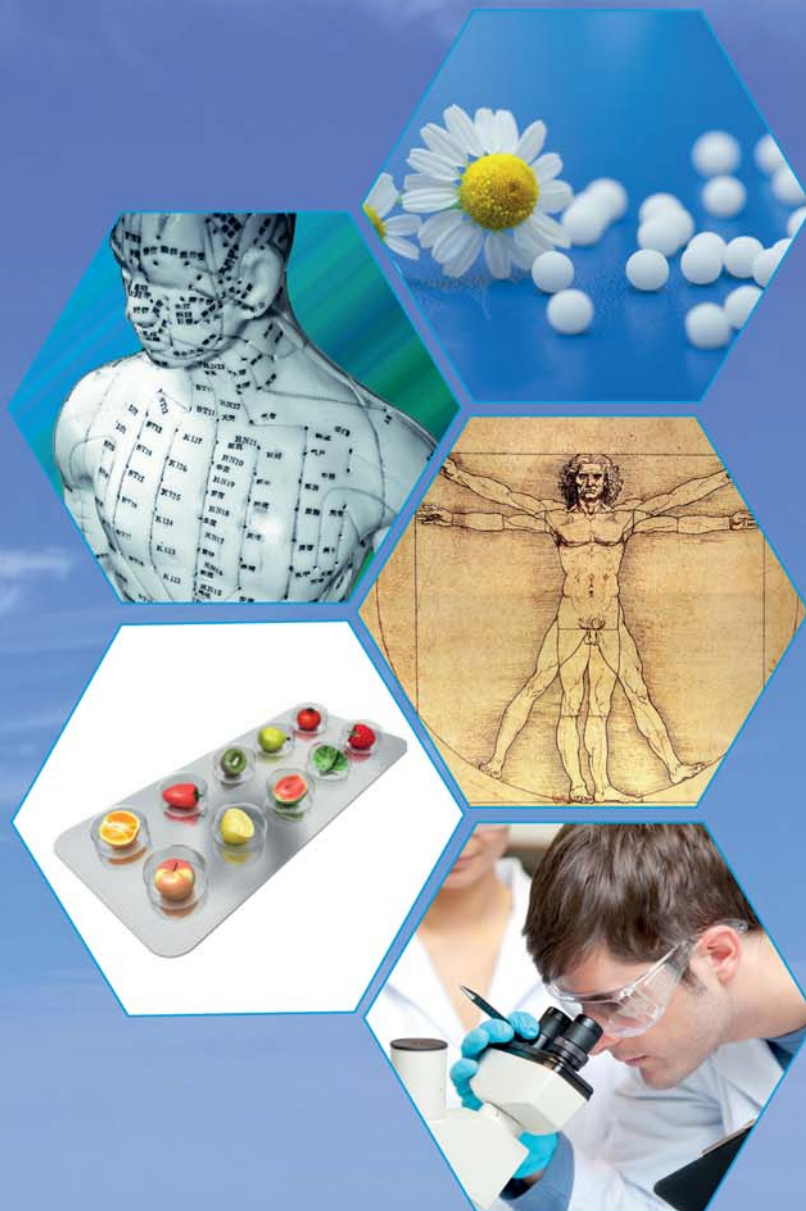
Gli autori hanno concluso: "In sostanza, l'aggiunta al trattamento standard del paziente con diabete tipo 2 e pregressa malattia cardiovascolare di un agonista a lunga durata d'azione del recettore del GLP-1 ha ridotto il rischio di eventi cardiovascolari maggiori a fronte di un accettabile profilo di sicurezza e tollerabilità. Questi risultati offrono un'ulteriore evidenza che alcuni agonisti del recettore del GLP1 possono migliorare gli esiti cardiovascolari del paziente con diabete tipo 2".

Il dr John Lepore, Senior Vice President R&D Pipeline, GSK ha commentato: "Innanzitutto vogliamo ringraziare tutti i ricercatori e i pazienti che hanno partecipato a questo studio. Harmony-Outcomes è stato uno studio di estrema importanza per GSK al fine di completare e acquisire nuove informazioni riguardo il ruolo dei farmaci compresi nella classe degli agonisti del recettore del GLP1 nel trattamento dei pazienti con diabete tipo 2 e malattia cardiovascolare. GSK, nonostante la decisione dello scorso anno di cessare ogni attività commerciale relativa ad albiglutide, ha continuato a investire nello studio al fine di garantirne il completamento e il raggiungimento di dati importanti per la comunità diabetologica. GSK, inoltre, continua ad esplorare opportunità affinché altre realtà industriali con sufficiente competenza e risorse economiche possano offrire questa soluzione terapeutica ai pazienti."



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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

Giovani e anatomia patologica: scelta da non sottovalutare

Ricordo ancora nitidamente quando, molti anni fa, a circa un anno dalla laurea in medicina, decisi che avrei fatto l'anatomo-patologa: volevo mantenere un contatto con tutta la medicina e soprattutto, in un'epoca in cui cominciava ad essere forte una spinta verso la settorializzazione delle attività mediche, mi spaventava l'idea di occuparmi di un unico ambito. L'attrazione verso questa disciplina era quindi legata principalmente alla grande varietà di conoscenze e alla possibilità di articolare e integrare le informazioni clinico-patologiche ottenute nei singoli casi, fossero essi appartenenti ad individui in vita o deceduti.

Amavo anche studiare l'aspetto macroscopico delle varie patologie, le loro caratteristiche istologiche, le similitudini con le forme di oggetti e cose della nostra vita di tutti i giorni, tanto frequenti nelle descrizioni dei vecchi anatomopatologi.

La scelta di frequentare la scuola di Specializzazione in Anatomia Patologica colse tutti coloro che mi erano vicini, genitori inclusi, impreparati: chi era l'anatomopatologo? Cosa faceva? Era un vero medico? Curava i pazienti?

E poi quella sorta di mistero nelle sue attività, il contatto con i cadaveri o con parti di organi che alimentavano un senso di disgusto spesso, anche negli stessi colleghi. Io invece sentivo di aver fatto la scelta giusta!

Ne sono convinta ancora, dopo trentacinque anni di lavoro all'interno del laboratorio di Anatomia Patologica. Nel corso degli anni questo lavoro è cambiato e forse oggi, ancora di più che nel momento in cui decisi di intraprenderlo, è diventato stimolante e degno di attenzione. Molti anni fa, quando iniziai a frequentare la scuola di specializzazione, faticavo molto a spiegare a chi me lo chiedeva, quale

fosse la mia attività: cosa fossero gli esami istologici, per che cosa fossero richiesti e soprattutto, in cosa si differenziasse una autopsia fatta dall'anatomopatologo da una fatta dal medico legale.

Oggi fortunatamente le cose sono molto cambiate: l'anatomia patologica è una disciplina importante, poco correlata con la morte e fortemente legata alla vita. E' fondamentale oggi, soprattutto in alcuni ambiti della medicina, come quello dell'oncologia, conoscere in dettaglio le caratteristiche delle cellule, dei tessuti e/o degli organi che inevitabilmente vengono analizzati in corso o a seguito di interventi chirurgici o in concomitanza di prelievi biotici o citologici.

E' anche estremamente importante, oggi, conoscere i dettagli molecolari delle cellule e dei tessuti esaminati, perché è spesso da questa conoscenza che deriva una diversa impostazione terapeutica e una più corretta gestione del paziente.

Nell'era della medicina di precisione il ruolo dell'anatomo-patologo è sempre più rilevante, soprattutto in relazione all'incremento di quei marcatori biopatologici utili a selezionare la terapia più efficace.

Ma come si ponevano nel passato i medici neo-laureati di fronte alla possibilità di frequentare una scuola di specializzazione in anatomia patologica? Non è facile rispondere, se non partendo da una esperienza vissuta.

Coloro che decidevano di seguire il percorso formativo nell'ambito dell'anatomia patologica, spesso erano ben orientati con decisioni acquisite durante il corso di studi, con tesi di laurea preparate all'interno degli Istituti di Anatomia Patologica e spesso con all'attivo lunghi periodi di "internato" pre-laurea che conferivano loro una esperienza conoscitiva importante e

decisiva per la scelta successiva.

I cambiamenti operati negli anni attraverso le leggi e i decreti che hanno riorganizzato le scuole di specializzazione, soprattutto di area medica, hanno certamente contribuito a modificare i criteri soggettivi di scelta dell'indirizzo formativo post-laurea. Oggi la scelta del neo-laureato è molto meno legata ad una "passione" e molto più dipendente da un "sapere generale", che in linea di principio rappresenta un criterio di scelta forse più oggettivo, ma indubbiamente meno "dedicato".

Un tipo di accesso alla formazione post-laurea così regolato può rischiare di penalizzare alcune discipline che, nell'immaginario collettivo dei neo-laureati medici, sono meno "appetibili" anche perché meno conosciute e non adeguatamente pubblicizzate durante il Corso di Laurea. I docenti di Anatomia Patologica dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia dovrebbero riuscire a spiegare che cos'è realmente l'anatomia patologica oggi, alla luce delle nuove conoscenze sulla biologia delle varie patologie, oncologiche e non. Le nuove acquisizioni tecnologiche hanno trasformato infatti molti laboratori di anatomia patologica in strutture dove il "vecchio" si integra con il "nuovo", dove la morfologia, apparentemente più statica, si coniuga con la "dinamicità" delle modificazioni genetiche acquisite e acquisibili via via nel tempo dalle cellule patologiche ed in particolare di quelle neoplastiche.

In questo connubio l'anatomia patologica apparirà quella che realmente è: una disciplina realmente dei "vivi" dove le cellule, singolarmente e nel loro insieme si "muovono", si "ammalano", possono essere "curate", e solo alla fine "muoiono".

In quest'ottica la scelta formativa post-laurea potrà rappresentare una scelta di vita da non sottovalutare.

La giornata del medico

Cosa resta dell'originale Giuramento d'Ippocrate?

Le buone intenzioni le abbiamo vissute tutte, nel sentire questa sorta di mantra, declamato all'unisono dai centotrenta neo iscritti al nostro Ordine durante la Giornata del Medico, celebrata all'Officine Garibaldi. L'emozione che traspariva dai loro volti, è stata la migliore garanzia per quanti, da subito avranno necessità di rivolgersi alla loro conoscenza che, grazie ai "maestri" di ieri e di oggi, possiamo già definirla CONOSCENZA. L'esperienza verrà in seguito esattamente come avveniva quando Ippocrate imponeva ai suoi allievi di pronunciare davanti ad Apollo, dio della medicina, un giuramento con il quale si impegna-

vano: "a rispettare i maestri, a insegnare la medicina solo a chi avesse pronunciato lo stesso giuramento e senza ricompensa, a visitare i malati e a prescrivere le cure con l'unico scopo di guarirli e senza mai usare la violenza, a non prescrivere mai farmaci mortali o abortivi, anche se richiesti, a non divulgare mai le cose apprese nell'esercizio dell'arte medica". Alcuni di questi principi, e altri più aderenti alle specializzazioni moderne, sono stati poi inseriti in codici internazionali di norme etiche per la professione medica che oggi deve e può ritornare all'indispensabile rapporto MEDICO-PAZIENTE, per far sì che quest'ultimo non si senta semplice numero di matricola Asl. Una festa che ancora una volta,

oltre all'incontro di vecchie e nuove leve, ha visto la fattiva partecipazione di intere famiglie a condividere l'emozione del proprio figlio, nipote, fratello, parente, mentre assumeva ufficialmente una così pesante investitura. Già, perché la professione del MEDICO, oggi nonostante il grande supporto di tecnologie e progressi farmacoterapeutici, è tra quelle più irte di insidie e pericoli. Soprattutto per l'immagine negativa che certi media, incautamente ed impropriamente, hanno costruito per alcuni colleghi, colpiti da denunce perché "rei" di chissà quale errore. Immagine mai restituita con la giusta rilevanza, una volta assolti dall'infamante accusa. Ed è in questa sorta di caccia alle stre-



Il giuramento di Ippocrate

ghe, che sarebbe meglio definire, "CACCIA AL FACILE COSPICUO RISARCIMENTO FINANZIARIO"

che le giovani leve si dovranno "fare le ossa", forti però di un'ORDINE PROFESSIONALE, che oltre a tute-

lare il cittadino paziente ha l'obbligo istituzionale di proteggere e tutelare anche i proprio iscritti.

Intervista al Presidente Giuseppe Figlini



Presidente, ha ancora senso ripetere annualmente questa sorta di rituale?

Certamente! Oltre al piacere di ritrovarci, vecchi e nuovi iscritti, di anno in anno quest'evento ci fa comprendere il significato della nostra professione. I giovani, ci ricordano, attraverso il "Giuramento d'Ippocrate", che la nostra è anche e soprattutto una missione. Del resto, a differenza di altri Ordini professionali, la mission che regola il nostro operato è LA TUTELA DEL PAZIENTE.

Ma il rapporto Medico-Cittadino Paziente, secondo lei ha fatto passi avanti o come qualcuno afferma, sta subendo una sorta di scollamento?

Per ciò che concerne il Medico di Medicina Generale, o come si chiamava un tempo, il Medico di Famiglia, termine a mio avviso che andrebbe ristabilito, proprio per riattivare quel forte legame caratterizzante la nostra professione, credo che la qualità del rapporto sia demandata al singolo Medico. Certo che, soprattutto alle nuove leve si dovrebbe offrire una formazione atta a comunicare al meglio il proprio lavoro, a stabilire quel contatto empatico che è la base di un indispensabile rapporto fiduciario con il paziente.

Mi sta dicendo che il Medico non ha gli strumenti per poter riscuotere la fiducia del paziente?

Non dico questo, anche se dovremmo distinguere tra Generico e Specialista. Penso che oggi, con l'avvento del web, la tipologia del paziente è cambiata. Le prime risposte ai propri disturbi si cercano on-line. L'autodiagnosi è quanto di più pericoloso ci possa essere. Se il paziente si convince di qualcosa che poi non corrisponde a quanto il suo Medico afferma, ecco che il rapporto fiduciario si incrina o peggiora, si perde del tutto.

Come aggirare questo pericolo?

Non è facile ma non impossibile. Come già detto, dovremmo fornire strumenti comportamentali ai neo iscritti, finalizzati ad un primo approccio col paziente. Da parte di quest'ultimo c'è sempre diffidenza nei confronti di un giovane medico. Poi ritengo essenziale fare squadra. Mi spiego meglio: il nostro Ordine, non può e non deve essere visto dalla popolazione come un'entità astratta, una lobby racchiusa in una torre d'avorio inaccessibile. Abbiamo l'obbligo ed il dovere di aprirci ai cittadini. E questo lo possiamo fare solo e soltanto usando tutti i mezzi di comunicazione. Il nostro bimestrale, ad esempio è già un primo passo verso il paziente, che lo trova nella sala d'aspetto del proprio medico, o sul web. E' nostra intenzione, ampliare questa comunicazione, presenziando anche sui social e anche attraverso programmi televisivi, aperti al pubblico, dove il nostro direttivo possa interloquire con il cittadino. E se non basta, organizzeremo incontri pubblici su varie tematiche di prevenzione e di come oggi si deve comunicare la SALUTE.

Mi tolga una curiosità. Come mai, secondo lei, ogni anno le donne medico aumentano esponenzialmente?

E' un trend inarrestabile, la professione del Medico, richiede sempre più pazienza e, forse, e aggiungo forse, le donne ne hanno un po' di più. Certo è che questa situazione andrà governata, soprattutto dal punto di vista degli orari di lavoro. Un Medico donna ha da assolvere ad altri compiti, figli, famiglia etc. E per far quadrare il tutto c'è sicuramente bisogno di ottimizzare il lavoro di tutta la classe medica.

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

Dott. Massimo Cerri

Il Dott. Massimo Cerri nato a Pisa il 05/02/1943 si laurea presso l'Università degli Studi di Pisa l'11/11/1972 e fa l'Assistente Medico volontario per otto anni presso la Divisione Pneumologica di Cisanello del prof. Piero Trivella.

Medico Condotta titolare della condotta medica di Porta a Mare per sedici anni a seguito di pubblico concorso.

Dal 1970 al 2013 Medico di Famiglia.

Il dott. Cerri si è sempre dichiarato fiero di avere operato in queste istituzioni di medicina pubblica, con scrupolo ed abnegazione in tutte le condizioni.

Particolare è stato il rapporto con tutti i Pazienti ai quali ha offerto prestazioni che avevano una componente che andava e va oltre il semplice rapporto Medico-Paziente. Di questo persiste il ricordo ed il riconoscimento da parte dei suoi molti ex Pazienti.



Prof. Giulio Guido

Giulio Guido nato a Lecce il 25 Febbraio 1947. Laurea In Medicina e Chirurgia nel novembre 1971. Dal dicembre del 1971 ha frequentato dapprima l'Istituto di Medicina Legale diretto dal Prof. Umberto Palagi nel 1973 ha conseguito la Specializzazione in Medicina delle Assicurazioni.



Dal marzo del 1973 ha iniziato a frequentare la Clinica Ortopedica, diretta dal Prof. Piergiorgio Marchetti e nel 1975 ha conseguito la Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia. Altre specializzazioni:

Chirurgia della mano presso l'Università di Modena e Medicina dello Sport presso l'U-

niversità degli Studi di Roma.

Ha sempre frequentato la Clinica Ortopedica dell'Università di Pisa prima come contrattista quadriennale, poi come Ricercatore e poi come Professore Associato fino al 1997 anno in cui ha vinto il concorso ed è divenuto Direttore della quarta Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia presso il presidio di Calambrone dell'Ospedale di Pisa. Nel novembre del 2002 è stato chiamato come Professore Ordinario dall'Università di Pisa a ricoprire la Cattedra di Ortopedia e dal gennaio del 2003 ha diretto la Clinica Ortopedica dell'Università di Pisa fino al novembre del 2016 data del suo pensionamento.

Nell'ambito delle attività Istituzionali ha ricoperto l'incarico di:

- Direttore della Scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia
 - Direttore della Scuola di specializzazione in Fisioterapia e Riabilitazione.
 - Direttore del DAI di Ortopedia e Traumatologia presso l'Ospedale S. Chiara.
 - Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale e delle nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Pisa dal novembre del 2012 al novembre del 2016.
- Ha ricoperto numerosi incarichi di insegnamento presso la scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia, in Medicina Fisica e Riabilitativa, in Reumatologia, in Pediatria e nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Negli anni 2007/2008 è stato Presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Osteoporosi.

Nell'anno 2016 è stato Presidente della Società Italiana di Ortopedia, Medicina e delle Malattie rare dell'osso.

Ha partecipato ad oltre 500 Congressi nazionali ed internazionali in qualità di relatore e moderatore.

Ha dato alle stampe 7 monografie in lingua italiana, 2 monografie in lingua straniera, 450 pubblicazioni su riviste italiane e straniere.

La sua attività scientifica e clinica si è concentrata principalmente su:

- diagnosi e trattamento delle cifosi e scoliosi dell'infanzia e dell'adolescenza
- il trattamento dell'artrosi delle grandi articolazioni (anca, ginocchio e spalla) con interventi di sostituzioni protesiche
- la diagnosi ed il trattamento delle compressioni nervose periferiche
- l'impiego dei fattori di crescita nel trattamento delle patologie articolari e nei ritardi di consolidazione e pseudoartrosi
- studio e trattamento della patologia osteoporotica.

Ha eseguito oltre 8000 interventi chirurgici di cui oltre 3000 di sostituzioni protesiche di grandi articolazioni.

Ed infine è anche un bravo Calciatore.

dott. Fabrizio Patane'

Fabrizio Patane' è nato a Pisa ove ha studiato e svolto la sua attività professionale.

Laureato in Medicina e Chirurgia in aprile 1977, si è iscritto all'Ordine il 24 Maggio successivo.

Si è specializzato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con lode il 9 luglio 1980.

Ha prestato servizio come sottotenente medico di complemento presso la Scuola Militare di Paracadutismo di Pisa.

Presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Pisa ha prestato servizio come borsista; successivamente è stato Professore a contratto nella disciplina di Parodontologia



presso la Scuola di specializzazione a Pisa ed in seguito presso il corso di laurea in Odontoiatria e protesi dell'Università di Trieste.

Specialista ambulatoriale odontoiatra ha lavorato dal febbraio 1983 al 31 Dicembre 2015. Ha sempre svolto attività libero professionale nel suo studio privato di Pisa.

E' stato eletto due volte Presidente Provinciale ANDI – Associazione Nazionale Dentisti Italiani e due volte Presidente Regionale ANDI.

Dott. Alessandro Tafi

Laureato nel 1976 presso l'Università di Pisa, si è successivamente specializzato in Medicina interna e in Gastroenterologia.

Ha arricchito la propria formazione con il conseguimento dei Master in "Management e Sanità" e "Gestione dei collaboratori" presso la Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

È stato presidente e coordinatore del Comitato Etico della AUSL 5 di Pisa, oltre a far parte del Comitato Tecnico-Scientifico dell'Auxilium Vitae di Volterra e tutor della Commissione di Bioetica della Regione Toscana.

Ha esercitato la professione con impegno e dedizione come Dirigente medico presso il reparto di Medicina Interna della USL 11 di Empoli e come Responsabile di Fisiopatologia Digestiva e Ambulatorio Epatologico e successivamente come primario della divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Volterra.

Ha partecipato a innumerevoli iniziative di formazione e divulgazione sia a livello Nazionale che Internazionale, dedicandosi alla formazione dei giovani nella Scuola di Formazione per Medici di Medicina Generale.

Sempre impegnato nella tutela della professione e nella società civile, rappresenta un esempio per un'intera generazione di Medici.



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

Alessandrini Giuseppe, Baggiani Giovanni Maria, Barachini Paolo, Bolelli Daniela, Bolognesi Sergio, Bombardieri Stefano, Boschi Alberto, Bruschini Paolo, Canapicchi Raffaello, Ciompi Maria Laura, Conti Luciano, De Giorgio Lambertuccio Alessandro, Frittelli Anna, Granci Alberto, Gregorini Antonio, Marchioro Mauro, Mariani Giorgio, Mazzarri Gino, Merlini Giovanni, Moriconi Luigi, Pezone Domenico, Pilone Nicola, Seccia Massimo, Soria Paolo Antonio, Todeschini Giuseppe



I premiati con medaglia d'argento per i venticinque anni di professione

Laureati in Medicina: Accorinti Maria Catena, Alessandri' Antonio, Amato Luciana, Aragona Michele, Avolio Sonia, Azadegan Mojgan, Balestri Riccardo, Barco Giovanni, Barsotti Massimiliano, Biasco Antonio, Bibbiani Francesco, Biondi Maria Rosaria, Bisogni Cristina, Bonadio Angelo Giovanni, Bonciani Pietro, Burelli Alessandro, Campi Fabrizio, Campo Rosario, Campomori Alberto, Capovani Barbara, Caputo Carmela, Casini Monica, Casolaro Arturo, Cateni Alessandra, Ceraudo Anna Maria, Cirigliano Giovanna, Colombini Antonio, Crocetti Giuseppe, Dargenio Francesco, D'avino Carla, Del Chiaro Antonella, Del Corso Isabella, Diricatti Gaetano, Fabiani Daniele, Fallahi Poupak, Fapore Tiziana, Ferranti Simone, Ferrari Andrea, Ferrari Andrea, Filardo Francesca Paola, Giabbai Michela, Giachetti Roberta, Giannelli Daniel Andrew, Giannessi Silvia, Giannoni Liana, Gori Luigi, Gremigni Elisa, Griesi Elena, Iabichella Maria Letizia, Laddaga Cristina, Lanza Gustavo, Lehle Joerg Wilhelm, Levantino Giuseppa, Lorefice Pasquale, Loru Barbara, Maggi Manuela, Marcheschi Luca, Marcheschi Massimo, Marino Pasquale, Martini Antonella, Materazzi Gabriele, Meacci Luca, Megna Giovanni, Michelotti Massimo, Miniati Mario, Montanaro Francesca, Montanelli Claudia, Mori Barbara, Mosca Carlo, Novi Cristina, Nuti Rossella, Pacciani Maria, Pallini Marco, Papini Valter, Pea Enrica, Peltenburg Brechneff Michael, Petruzzi Pasquale, Piaggese Laura, Placidi Giovanni, Porzano Alessandro Paolo, Quinti Sabrina, Riyahi Rhimou, Rizzuto Alessandra, Rognini Francesco, Rondinini Lorenzo, Rossi Alberto, Ruffolo Giuseppe, Russo Francesco, Salamone Domenico, Sartini Maria Sole, Simoni Giulietta, Sorrentino Maria Clementina, Speltra Maria Antonietta, Tarrini Pilade Flaviano, Terranova Giuseppina, Tomasi Oronza, Tonelli Lucia, Tornar Alessandro, Totino Domenico, Traina Giovanni, Urbani Lucio, Vego Scocco Laura, Vichi Silvia

Laureati In Odontoiatria: Gori Luca, Fernandez Ana Maria, Del Lupo Antonio

I nuovi iscritti

Medicina: Alinghieri Matteo, Aloisi Giulia, Ambrogio Alice, Ambrosini Ilaria, Anichini Lara, Assaf Katrena, Asta Vito Fabio, Baldini Fabio, Balducci Serena, Banchini Isabella, Baronti Arianna, Barresi Dalila, Bartoli Gaia, Bartoli Lorenzo, Bassi Valerio, Battista Francesca, Becatti Lorenzo, Beghini Marianna, Belli Elisabetta, Benvenuti Martina, Bertolucci Giulia, Biavati Luca, Bini Giulia, Bionda Alessandra Eugenia, Bologna Maria Lidia, Borrelli Chiara, Bottai Alice, Bottazzo Dario, Bradicich Matteo, Buccheri Giada, Calafa' Stefano, Camillo' Antonio, Cappelli Giulio, Carlucci Silvia, Carmassi Francesca, Carpenito Emanuel, Castiglione Vincenzo, Chiellini Alessandra, Chiellini Martina, Chimera Davide, Chine' Alessandra, Chiriaco' Martina, Cinacchi Paola, Cocciaro Lorena, Codini Marta, Collodoro Lisa, Comandatore Annalisa, Condello Chiara, Consagra Angela, Cozzi Camilla, Crea Angela Maria Antonia, Crisanti Camilla, Cundari Francesco, Daniele Marta Maria, De Franco Silvia, De Muto Maria Carmela, Del Cesta Roberta, Della Bartola Irene, Di Agosta Ester, Di Candio Lorenzo, Di Gangi Alessandro, Di Pumpo Fabio, Di Sibio Silvia, Elia Gianmarco, Fabris Camilla, Farrukh Maira, Faugno Luca, Ferrante Luisa, Fidanzi Cristian, Fiorino Dalila,



Froli Alessandro, Gadducci Giovanni, Galgani Alessandro, Gemignani Federico, Geri Francesca, Gherardini Rachele, Ghisu Ivana, Gianfaldoni Cesare, Giannini Noemi, Gilio Donatella, Gobbi Fabio, Guerrazzi Guglielmo, Iacobone Benedetto, Innocenzi Fabio, Ippolito Giuseppe, Kalo Jona, Lagana' Anna, Landucci Federico, Lanzetti Michele, Laschi Lucrezia, Lecce Valerio, Lemmi Bianca, Lenzi Ilaria, Luculli Giovanna Irene, Mancin Alessandro, Mannucci Sergio, Manuelli Giulio, Marabotti Alberto, Marchese Alberto, Massa Valentina, Mastrangelo Mattia, Meschi Claudia, Mongiovi' Nicola, Montanaro Chiara, Morelli Alberto, Natali Ilaria, Niccolini Emma, Nisi Xhuliano, Notarstefano Chiara, Noti Giacomo, Nuzzi Giulia, Ortenzio Pierluigi, Padovan Martina, Panacea Antonino, Parra Marchetti Elisabetta, Pellegrini Domiziana, Perutelli Francesca, Petrucci Alessandra, Pierangeli Giulia, Pillitteri Marta, Pinnone Silvia, Pizzolu Laura, Poli Valentina, Porciani Caterina, Prete Alessandro, Rallo Flavia, Ricci Andrea, Romeo Salvatore Osvaldo, Rubino Marika, Salvadori Sophie, Sammarco Enrico, Sanasi Giulia, Sannino Giulia, Sansotta Letizia, Santoni Adele, Scaglione Vincenzo, Schifone Claudia Pia, Serughetti Giovanni, Sgro Ettore, Shahidur Sanzida Rahman, Spano' Bascio Ludovica, Toscano Manuela, Toscano Sara, Vitale Francesca, Viva Tommaso

Odontoiatria: Bellini Edoardo, Giuntini Alessandro, Mariotti Stefania, Molesti Sara, Novi Claudia, Palma Andrea, Sibillotte Valentina, Testa Giuseppe, Tselemegkou Christina, Virgili Maria Paola



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

Immunoterapia: non per tutti. Novità sul tumore colonrettale

Diversamente dalla chemioterapia, che agisce direttamente contro le cellule tumorali, l'immunoterapia stimola il sistema immunitario (SI) affinché sia esso stesso a contrastarle. La strategia risultata ad oggi più efficace è l'inibizione degli immuno-checkpoint, facenti parte di vie inibitorie di trasduzione del segnale normalmente coinvolte nell'immuno-sorveglianza, ma iperstimolate nelle cellule neoplastiche, che sfuggono così al riconoscimento e alla distruzione da parte del SI. Anticorpi monoclonali quali ad esempio nivolumab e pembrolizumab (anti PD-1: Programmed Death-1), avelumab, atezolizumab e durvalumab (anti PDL-1: Programmed Death Ligand-1), oltre che ipilimumab e tremelimumab (anti CTLA-4: Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4) hanno come target proprio tali checkpoint. Il blocco dell'interazione recettore/ligando (PD-1/PDL-1; CTLA-4/B7) riduce lo stimolo inibitorio e potenzia la capacità antitumorale dei linfociti T (Figura 1).

Successi clinici ed evidenze di efficacia dell'immunoterapia hanno modificato le prospettive di trattamento di numerose neoplasie, affiancandosi alle strategie sistemiche e locoregionali già disponibili, tanto che il premio Nobel 2018 per la medicina è stato recentemente assegnato proprio a due ricercatori pionieri in tale campo, James P. Allison e Tasuku Honjo. Non tutti i pazienti beneficiano tuttavia di tali trattamenti ed esiste una notevole eterogeneità nel loro impatto sulla storia naturale delle diverse patologie, per cui l'identificazione di fattori

predittivi che possano permettere un'accurata selezione dei casi da trattare è una delle priorità della ricerca oncologica. A tale proposito l'instabilità dei microsatelliti, manifestazione di una disfunzione dei meccanismi di riparazione del DNA del mismatch repair (MSI high/dMMR), è al momento oggetto di estremo interesse scientifico. I microsatelliti, corte sequenze geniche ripetute in tandem nel DNA, durante la replicazione sono vulnerabili all'accumulo di mutazioni che fisiologicamente vengono corrette dal sistema del MMR, ma che in caso di suo deficit comportano un fenotipo instabile. Il caratteristico elevato carico mutazionale e neo-antigenico di questi tumori determina una spiccata infiltrazione linfocitaria intra- e peri-tumorale che correla con una maggiore risposta all'immunoterapia. Focalizzandoci sul carcinoma colorettale, le forme MSI high risultano essere circa il 15% del totale dei casi e il 5% di quelli con malattia metastatica,

per la stragrande maggioranza sporadiche e solo il 3% correlate alla Sindrome di Lynch. Carcinomi colorettali MSI high sono più frequentemente diagnosticati nel colon di destra e in giovane età, oltre che ad uno stadio più precoce rispetto alle forme stabili, mentre da un punto di vista istologico-molecolare prevalgono l'istotipo mucinoso e la scarsa differenziazione, oltre alla mutazione del gene BRAF. L'instabilità dei microsatelliti influenza positivamente la prognosi negli stadi precoci di malattia, mentre nello stadio metastatico tale vantaggio sembra perdersi in associazione ad una verosimile intrinseca chemio-resistenza, ma, come precedentemente accennato, sono promettenti le prospettive di utilizzo delle strategie immunoterapiche. In questo setting di malattia avanzata infatti, l'iniziale osservazione di beneficio determinato da farmaci immunoterapici limitatamente ai pazienti con dMMR, ha portato al loro successivo impie-

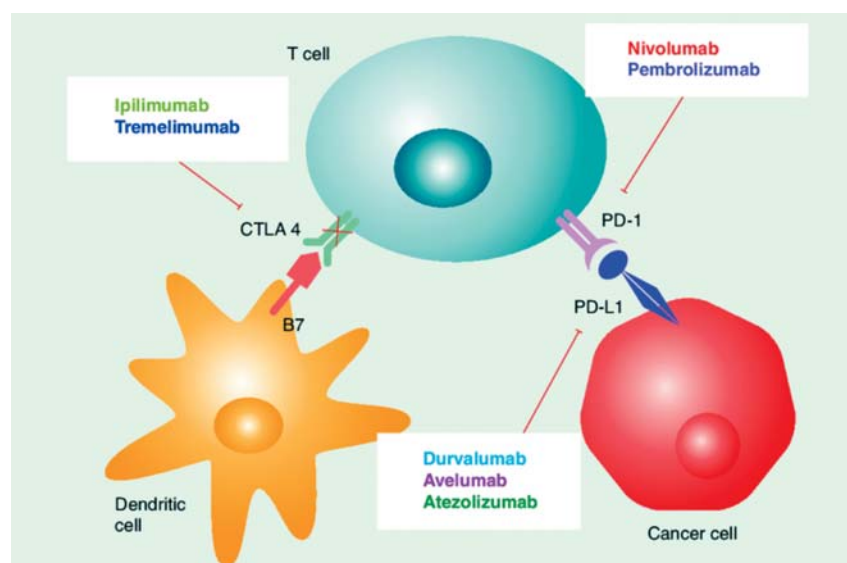


Figura 1



go in popolazioni selezionate per tale caratteristica. In particolare, gli studi di fase II KEYNOTE-164 e CheckMate-142 hanno valutato, in pazienti con tumori coloretali MSI high già pretrattati nel setting metastatico, l'efficacia di pembrolizumab e di nivolumab, da solo e in combinazione con ipilimumab. I risultati sono stati estremamente incoraggianti e le sopravvivenze decisamente durature soprattutto considerando la fase avanzata di malattia in cui sono stati testati, a prezzo di un profilo di tossicità favorevole e ben diverso da quello della chemioterapia, poiché caratterizzato principalmente da effetti collaterali dovuti all'iperstimolazione del SI, quali ad esempio colite, rash cutaneo, epatite, tiroidite e più raramente polmonite o ipofisite, per lo più risolvibili con terapia medica corticosteroidica.

Nonostante tali evidenze, diversamente da quanto accade negli Stati Uniti, in Europa e in Italia questi farmaci non sono ancora stati approvati per il trattamento del carcinoma coloretale metastatico con instabilità dei microsatelliti.

La grande sfida della ricerca clinica nel campo della patologia coloretale è dunque oggi quella di estendere la fetta dei pazienti

potenzialmente sensibili all'approccio immunoterapico oltre all'esigua (5% circa) percentuale dei tumori MSI high/dMMR. Nelle esperienze precliniche alcuni chemioterapici e farmaci biologici, oltre che trattamenti locoregionali, hanno dimostrato avere effetti immunogenici, tanto che sono in corso numerosi studi di combinazione tra queste diverse strategie terapeutiche e l'immunoterapia. Farmaci citotossici, come ad esempio il 5-fluorouracile e l'oxaliplatino, così come la radioterapia, possono infatti modificare il microambiente tumorale determinando una maggiore infiltrazione linfocitaria tramite l'induzione di morte cellulare e della conseguente presentazione antigenica. Un effetto analogo caratterizza anticorpi monoclonali quali il cetuximab, anti Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), capace di indurre citotossicità cellulare anticorpo dipendente, oltre che il bevacizumab, inibitore del Vascular Endothelial

Growth Factor (VEGF). Quest'ultimo incrementa l'adesione dei linfociti alle pareti dei vasi e il loro reclutamento, riduce l'espansione e l'infiltrazione intra-tumorale di cellule inibitorie quali ad esempio i linfociti T-reg, oltre a stimolare la maturazione delle cellule dendritiche.

Proprio sul razionale appena descritto si basa lo studio AtezoTRIBE del GONO (Gruppo Oncologico del Nord Ovest), attualmente attivo presso l'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP), il quale valuta l'aggiunta dell'immunoterapico atezolizumab alla tripletta di chemioterapici FOLFOXIRI (5-fluorouracile, oxaliplatino, irinotecan) e al bevacizumab, nel trattamento di prima linea del tumore del colon-retto metastatico (Figura 2).

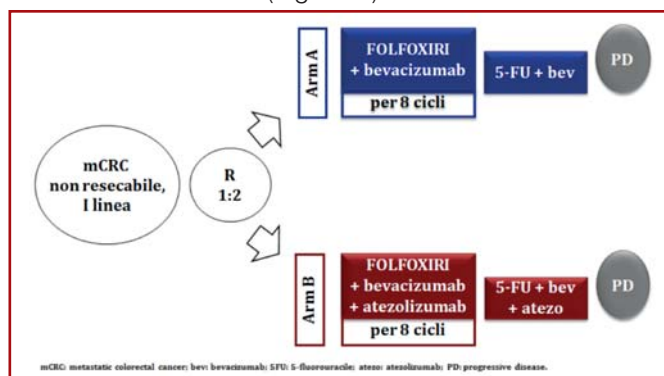


Figura 2

Il mio mare ha l'acqua dolce

Tra le molteplici pubblicazioni che ci riportano a patologie sicuramente invalidanti, la redazione di PisaMedica, vuole proporvi in questo numero, l'opera prima di una ragazzina, oggi donna, che è riuscita, caparbiamente e coraggiosamente, a cogliere successi e soddisfazioni, non solo sportive, lottando quotidianamente con il Diabete di tipo 1. "Il mio mare ha l'acqua dolce", è il diario del quotidiano lottare e vincere un handicap che solo nella nostra nazione affligge decine di migliaia di bambini e soprattutto dei loro genitori, parenti ed amici. Un "diario" che è un inno alla vita ed alla speranza non vana, per tutti coloro che a vario titolo sono coinvolti da questa patologia. Monica oggi è impegnata a portare in giro per l'Italia (nelle scorse settimane è stata invitata anche nella sede UE a Bruxelles per esporre la sua testimonianza) un messaggio che sta producendo lusinghieri risultati, soprattutto negli adolescenti affetti dal Diabete di tipo 1.

Di seguito riportiamo la prefazione con la quale Monica anticipa i contenuti della sua opera, edita da Mondadori. "Mi sono ammalata a cinque anni. Era estate, le vacanze appena cominciate. Io ero una bambina con i riccioli, volevo costruire castelli di sabbia in spiaggia con mio fratello e i miei cugini, ma ho dovuto cambiare programma. Siamo tornati in città e le vacanze le abbiamo passate nel reparto di Diabetologia per adulti. Avevo braccia lunghe e magre, livide dal gomito in giù: mi facevano un buco ogni due ore. Ora le mie braccia sono remi: sento la forza che irradiano, sento i muscoli tendersi,

le spalle ruotare, le mani irrigidirsi nell'impatto con l'acqua. A ogni spinta avanzo, a ogni spinta mi allontano dalla Monica che ha sofferto, che si è sentita in colpa per essersi ammalata, che si è sentita

vittima. Toccare riva è il mio riscatto, la mia conquista. Poche bracciate ancora e sono libera: libera dalla mia rabbia, libera dall'idea di me come malata. Libera di essere solo Monica, la fondista, la prima



Monica Priore
Il mio mare ha l'acqua dolce

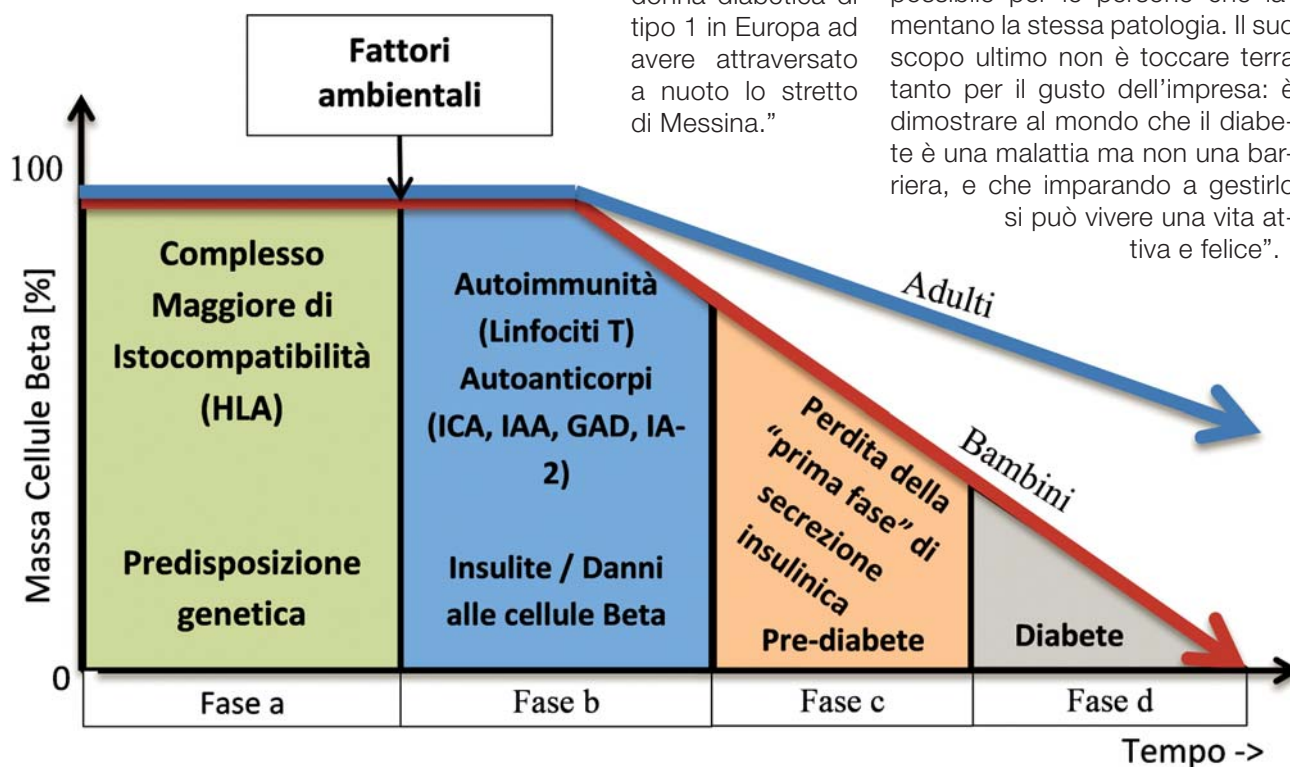
**"Ho sfidato il diabete.
Ho conquistato una vita
eccezionalmente normale."**

MONDADORI



Se Monica Priore avesse dato retta ai medici, oggi non sarebbe più sana e nemmeno più felice. Impugnando la diagnosi di diabete di tipo 1, la medicina ufficiale la obbligava a una specie di vita a ostacoli: dieta ferrea, tanta insulina, orari rigidi e una blanda attività fisica per scongiurare il rischio di crisi ipoglicemiche. Un vero inferno. Ma Monica ha sempre sentito nel profondo della sua anima che, se avesse imparato a gestire la sua malattia, avrebbe potuto condurre una vita quasi normale. E oggi lo dimostra al mondo intero con le sue “eroiche” traversate a nuoto in mare aperto, miglior testimonial possibile per le persone che lamentano la stessa patologia. Il suo scopo ultimo non è toccare terra tanto per il gusto dell’impresa: è dimostrare al mondo che il diabete è una malattia ma non una barriera, e che imparando a gestirlo si può vivere una vita attiva e felice”.

donna diabetica di tipo 1 in Europa ad avere attraversato a nuoto lo stretto di Messina.”



Le novità fiscali di autunno

Davvero tante sono le novità che il periodo autunnale sta portando ai contribuenti italiani: dalla “pace fiscale” rinnovata, alla “Flat Tax” sui redditi professionali, alla “cedolare secca sulle locazioni commerciali”, e...davvero molto altro.

La “pace fiscale” in parte non è un provvedimento nuovo, infatti sono state già due le “edizioni” che hanno consentito a molti cittadini di regolarizzare la propria posizione con Equitalia (ora Agenzia Entrate Riscossione) pagando gli importi dovuti senza sanzioni ed interessi e volendo rateizzando il dovuto, ma la nuova “pace fiscale” riguarderà anche le liti pendenti con il fisco ed il contenzioso tributario. In dettaglio non sono ancora certe le regole per aderire ed i relativi costi da sostenere, certamente dalla sanatoria si attende un cospicuo gettito nelle casse erariali.

La “Flat Tax”: anche in questo caso la materia non è nuova ai contribuenti che già applicano la “tassa piatta” alle locazioni abitative, la così detta cedolare secca, e ai molti professionisti con un volume d'affari non superiore ai 30.000,00 euro che già rientrano nel regime forfetario. Per questi soggetti infatti il calcolo delle imposte non avviene utilizzando gli scaglioni irpef ma viene applicata al reddito al lor-

do delle spese sostenute una detrazione forfetaria (i costi non sono analiticamente detraibili) e quindi calcolata l'imposta nella misura fissa del 15%. L'imposta così calcolata assorbe anche le addizionali Regionali e Comunali! Questo regime agevolato, nel quale l'IVA non viene applicata, incontra attualmente varie limitazioni nell'accesso ad iniziare dall'importo massimo reddituale annuale che come detto non deve superare i 30.000,00 euro ed alcune tipologie di costi sostenuti nello svolgimento dell'attività lavorativa debbono restare entro determinati limiti. La novità in arrivo dovrebbe riguardare perciò l'innalzamento della soglia di reddito a 65.000,00 euro, cosa non da poco considerato anche il fatto che l'applicazione di questo regime esonera automaticamente il reddito del professionista anche dall'assoggettamento ad irap.

Un breve cenno merita la cedolare secca sulle locazioni non abitative. Infatti da un recente studio statistico è emerso che sono circa il 50% gli

immobili ad uso commerciale non locati. La situazione pare generata dalla elevata tassazione del reddito da locazione che erode al proprietario circa la metà del canone e che fa sì che la richiesta di affitto si mantenga alta. La norma in questo caso non è volta a recuperare gettito (i contratti commerciali vengono usualmente registrati e dichiarati ed è ammessa la detrazione della spesa da parte del conduttore) ma pare indirizzata a ripopolare i quartieri con gli esercizi di vicinato. L'unica categoria catastale di immobili ammessi al beneficio viene attualmente individuata nel C/1 e l'applicazione della cedolare secca a questa tipologia di locazione sembra riservata ai nuovi contratti e non anche a quelli già in essere.

Concludendo, si dovranno attendere i provvedimenti definitivi per poter individuare esattamente chi, come e quando potrà godere delle norme più favorevoli.

(Fonte “Il Sole 24 Ore”)



Atlante di stomatologia

Una volta valutati i casi più eclatanti di lesioni rosse singole, benigne, del dorso linguale andremo ora ad analizzare le lesioni "eritroplastiche" multiple sempre del dorso linguale; anche in questo caso l'anamnesi ed un adeguato esame obiettivo possono evitare la biopsia, purché l'esperienza permetta una pressoché sicura diagnosi differenziale. L'esempio più classico è costituito dalla glossite a carta geografica.



Glossite a carta geografica o migrante

Aree rosse multiple, asintomatiche, non sanguinanti né infiltranti a carico del dorso linguale

Talvolta il paziente è preoccupato più per le aree bianche (in realtà normali) che per le aree rosse (atrofia idiopatica, transitoria, benigna delle papille filiformi)

- ♦ La glossite a carta geografica o migrante pone difficilmente problemi di DD con altre **lesioni rosse multiple** del dorso linguale
- ♦ Di solito lo specialista presenta più problemi nel vincere la **cancerofobia** del paziente come pure la convinzione da parte di quest'ultimo di presentare una non ben precisata forma di **allergia alimentare**

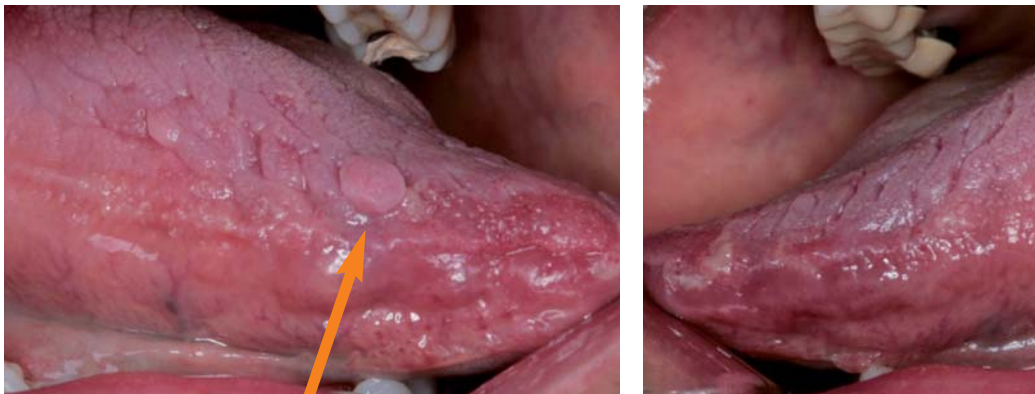
NB Chiedere sempre se la comparsa di tali manifestazioni è coincisa con momenti particolarmente stressanti della vita personale/professionale oppure in concomitanza del **flusso mestruale**, nel caso, ovviamente, di donne in età fertile

La glossite a carta geografica si associa spesso ad un'altra diffusa alterazione disembrigenetica benigna quale la lingua plicata; in quest'ultimo caso può capitare che il paziente misconosca una od entrambe le manifestazioni e giunga alla nostra attenzione con "un' auto-diagnosi" di lesioni aftose (spesso definite "pustole") piuttosto che con il sospetto di una non ben precisata intolleranza alimentare

Glossite a carta geografica associata a lingua plicata

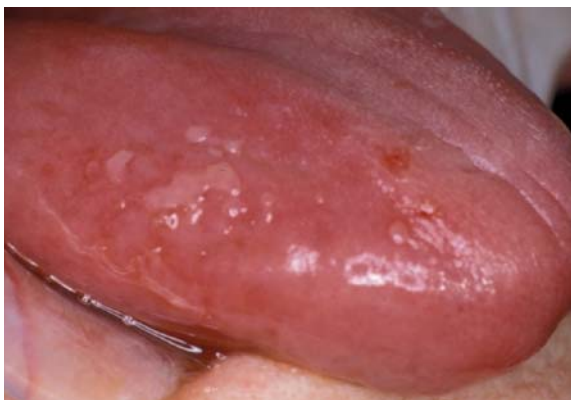


Classico cercine biancastro che delimita un'area di mucosa atrofica spesso sintomatica, soprattutto se localizzata lungo i margini linguali: tale quadro clinico può essere confuso dal paziente con una forma di aftosi piuttosto che di infezione "pustolosa", oppure può venir descritto come conseguente alla comparsa di pregresse "bollicine"



La stessa lingua plicata, a sua volta, può favorire la comparsa di lesioni iperplastiche spesso confuse con fibromi o lesioni dubbie da asportare chirurgicamente. Si tratta di un quadro clinico assolutamente benigno che si suggerisce di asportare solo quando le dimensioni della "neoformazione" possono favorire un effettivo traumatismo cronico sulla lingua

Le lesioni mucose del cavo orale



Atrofia mucosa da carenza marziale

Talvolta la glossite a carta geografica viene confusa con forme atrofiche da carenza vitaminica e/o marziale; da tale conclusione ne derivano frequenti terapie sostitutive protratte anche per mesi. In realtà l'atrofia mucosa carenziale (marziale o di folati) si associa alla regressione completa sia delle papille filiformi che di quelle fungiformi (a differenza, appunto, della glossite a carta geografica, ove permangono le papille fungiformi)

Nonostante la pratica clinica quotidiana permetta il riscontro della glossite a carta geografica soprattutto negli adulti, tale manifestazione può presentarsi anche nell'età pediatrica, come nel caso seguente



Glossite a carta geografica in un bambino di 7 anni



Tratto di mucosa normale

Atrofia papille filiformi

Persistenza papille fungiformi (spesso descritte dal paziente come lesioni bollose responsabili del quadro clinico)

Il caso seguente riguarda un paziente in età pediatrica (5 anni) che si presenta all'osservazione con due vistose aree atrofiche asintomatiche ai margini linguali, ascrivibili ad una forma di glossite a carta geografica; la peculiarità di tale quadro consiste nella concomitante presenza di una glossite migrante associata a lingua plicata a carico del padre



Paziente pediatrico di 5 anni



Padre del piccolo paziente

Anche se la glossite a carta geografica rappresenta un quadro clinico generalmente asintomatico, il paziente può comunque insistere nel richiedere un approccio terapeutico al proprio problema.

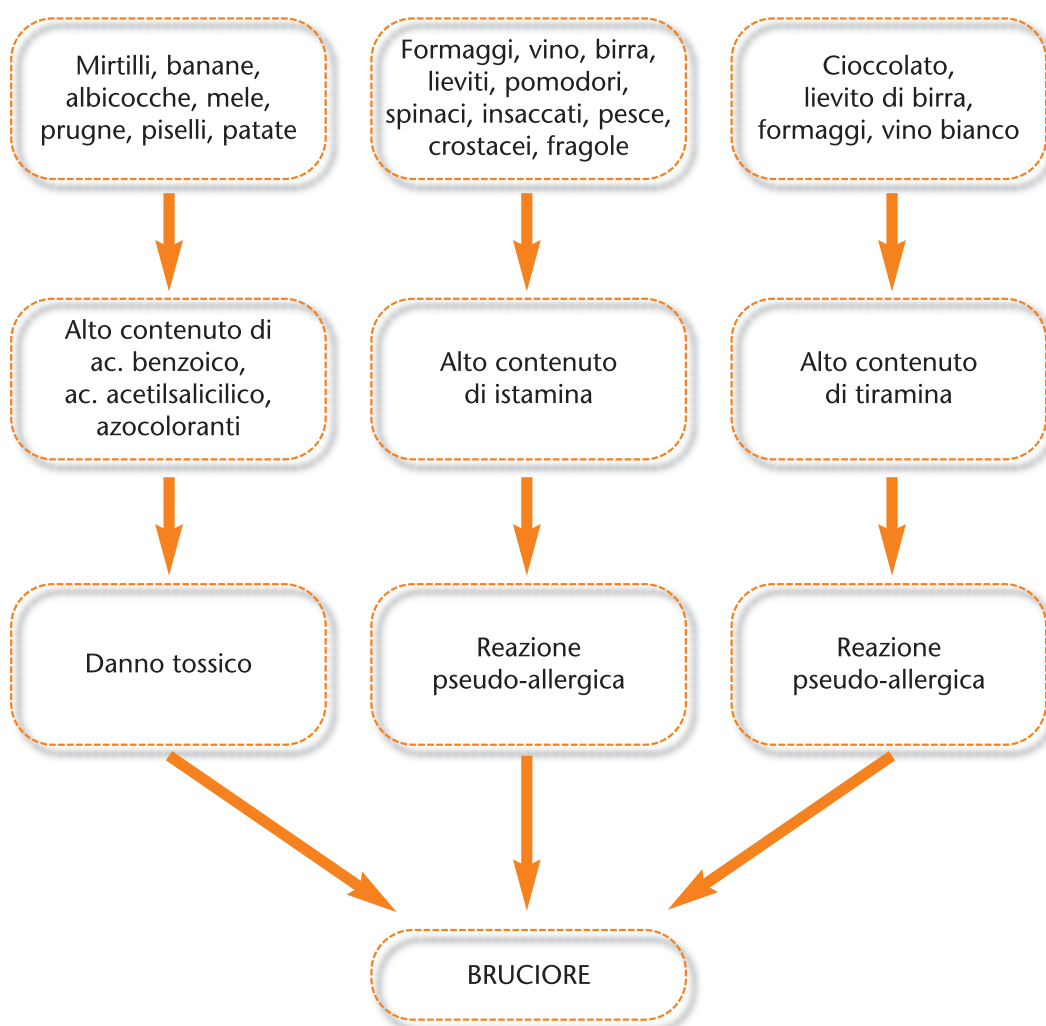
Se concomita la lingua plicata, si consiglia di prescrivere sciacqui con acqua e bicarbonato (a scopo detergente, antinfiammatorio ed antifungino) associati allo spazzolamento del dorso linguale con uno spazzolino morbido

Le lesioni mucose del cavo orale

Spesso il paziente che presenta una glossite a carta geografica ritiene di essere allergico a determinati alimenti in quanto, al momento della masticazione, avverte un senso di bruciore e/o tensione a carico della lingua.

Solo il 5% delle reazioni avverse agli alimenti è inquadrabile in una vera allergia che si manifesta soprattutto durante la prima infanzia (per esempio: proteine al latte vaccino-uovo); negli adulti, invece, una vera manifestazione allergica alimentare compare in appena l'1% dei casi.

La maggior parte dei sintomi avvertiti dai pazienti con glossite a carta geografica è determinata o dall'azione meccanica dei cibi caldi/piccanti su una mucosa atrofica o da reazioni di tipo pseudo-allergico in seguito alla presenza in alcuni alimenti di particolari composti chimici, quali:



ECM, ECCO COME TRASFERIRE I CREDITI AL TRIENNIO PRECEDENTE.

LA PROCEDURA “WEB” PER METTERSI IN REGOLA CON IL DEBITO FORMATIVO PREGRESSO

Norberto Maccagno (da Odontoiatria 33 del 09 Ottobre 2018)

Tra le novità in tema di crediti ECM anticipate ieri ad Odontoiatria33 dal componente della Commissione Nazionale ECM Stefano Almini, la possibilità fino alla fine 2019 di consentire ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016, trasferendo i crediti acquisiti in questo triennio al triennio precedente.

“Attenzione – chiarisce Almini- i crediti acquisiti in questo triennio che vengono trasferiti nel triennio 2014- 2016, non potranno più essere computati ai fini del soddisfacimento dell’obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019”.

“Questa recente decisione della Commissione ECM –continua il Coordinatore del Gruppo Libera professione- rappresenta una opportunità preziosa per il totale recupero di crediti mancanti sul triennio precedente senza più il limite di trasferimento”. In precedenza vi era il limite del 50% del proprio obbligo formativo.

“Oggi –continua Almini- il sistema ECM offre una opportunità: ogni professionista sanitario potrà liberamente decidere cosa sia preferibile. Senza dubbio, l’ottimale sarebbe riuscire a completare il triennio precedente, senza perdere di vista il triennio in corso. L’auto formazione potrà in questo senso aiutare ogni professionista per il triennio in corso”. I professionisti che intendano avvalersi di questa possibilità (recupero) devono farlo attraverso il sito Co.Ge.A.P.S..

Ecco come farlo. Inserendo login e password si accede alla propria area riservata, qui andate su “Dettagli partecipazioni ECM” e successivamente su “Spostamento Crediti” e poi su “Gestione spostamento crediti”, selezionare infine “dal 2017 al triennio 2014/16”. A questo punto compariranno gli eventi a cui avete partecipato nel 2017 e 2018 con il numero di crediti ottenuti, al termine della striscia con i dettagli dell’evento trovate la colonna “sposta”, cliccandoci sopra si spostano i crediti ottenuti al triennio precedente.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE GRATUITE E LA LORO GESTIONE CONTABILE E FISCALE.

I CONSIGLI DELL’ESPERTO PER EVITARE QUESTIONI CON IL FISCO E CAPIRE SE LE PRIME VISITE GRATUITE “CONVENGONO”

Norberto Maccagno (da Odontoiatria 33 del 07 Maggio 2018)

La sentenza della Corte di Cassazione che ha confermato che un elevato numero di prestazioni gratuite, in rapporto a quelle a pagamento, “sono elementi idonei a far ritenere inattendibile la contabilità e, conseguentemente, a consentire di procedere con l’accertamento induttivo”. Per capire quali sono le conseguenze per lo studio odontoiatrico abbiamo posto alcune domande a Massimo Depedri (nella foto) consulente economico-finanziario e fiscale di aula41. Come possono difendersi i dentisti da eventuali accertamenti nel caso di controlli da parte dell’Amministrazione Finanziaria? Possiamo identificare due tipologie di prestazioni odontoiatriche gratuite: prestazioni effettuate a favore di parenti e amici del titolare/soci dello Studio; prestazioni effettuate a pazienti diversi dai precedenti, con finalità commerciali/marketing; il tipico esempio è rappresentato dalle prime visite effettuate a nuovi potenziali clienti. In entrambi i casi l’Amministrazione Finanziaria farà sempre riferimento al concetto di “antieconomicità” della prestazione professionale gratuita. Questo significa che se una prestazione professionale comporta il sostenimento di costi rilevanti (in termini di tempo dedicato e di materiali utilizzati) è molto difficile per il professionista sostenere che sia stata effettuata a titolo gratuito. Se nel caso di parenti e amicizia il concetto è poco rilevante, non lo è per clienti che non hanno un legame affettivo con l’odontoiatra. Non esiste ad oggi una procedura che protegga il professionista da eventuali accertamenti. In via cautelativa appare utile procedere come segue: ù far sottoscrivere al paziente una dichiarazione dalla quale risulti la gratuità della prestazione; ù nel preventivo specificare il dettaglio delle prestazioni - peraltro obbligatorio per legge - indicando quelle a importo a zero (es. nella voce “prima visita” o “visita di controllo”); ù conservare copia della suddetta documentazione nella cartella clinica.

I costi sostenuti per effettuare prestazioni gratuite sono deducibili? La risposta a questa domanda è strettamente legata a quella precedente. Qualora il numero di prestazioni gratuite effettuate dal professionista risulti essere “congruo”, l’importo delle spese sostenute è considerato interamente deducibile nella determinazione del reddito ai fini delle imposte sui redditi. Quali sono le prestazioni gratuite più diffuse nel settore? Quanto è il mancato incasso per una prima visita gratuita? Un’abitudine molto diffusa negli studi odontoiatrici è quella di effettuare le prime visite senza l’incasso del corrispettivo al termine della prestazione o senza prevederlo nel preventivo dettagliato presentato al paziente. Al di là di considerazioni di natura fiscale e di eventuali accertamenti, ciò che facciamo notare ai titolari degli studi a cui facciamo consulenza - dopo aver effettuato il calcolo del costo delle loro prestazioni - è un mancato incasso ingente a fronte di un tempo di cura dedicato e di spese fisse sostenute (per le assistenti, le attrezzature e tutti gli altri costi di gestione e di struttura).

Per fare un esempio concreto, dalle analisi è risultato che per una visita della durata di 30 minuti - senza considerare lo studio del caso, il tempo dedicato alla stesura e presentazione del preventivo ed il valore della propria professionalità- il costo medio sostenuto da uno studio dentistico è compreso in un range che varia: da 41 a 48 euro (studio con un professionista, due assistenti e un’impiegata amministrativa); da 60 a 67 euro (studio con due professionisti, tre assistenti e un’impiegata amministrativa).



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

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

BAGNI DI PISA

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

GROTTA GIUSTI

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

A MEMBER OF

IH Italian
 Hospitality
 Collection

Andrologia: ieri, oggi e domani

Da migliaia di anni l'uomo (e la donna) è alla ricerca di qualsiasi cosa possa sostenere la propria sessualità e fecondità, specialmente nel caso queste vadano perdute. Non si contano sostanze, ma anche riti ed acque e altro, a seconda delle colture e dei tempi. Gli afrodisiaci (da Afrodite, la dea greca dell'amore e della bellezza), comprendono bibite, cibi, odori, erbe, prodotti chimici e altre sostanze che incrementano la libido. L'uomo si è sempre sforzato di scoprire il potere sessuale degli alimenti. Ha analizzato, studiato, onorato, adorato e provato in tutte le combinazioni, gli ingredienti afrodisiaci che possono contribuire alla propria felicità sessuale: Alimenti (acciughe, ostriche, caviale, lardo, liquirizia, chili, curry, cioccolato, cosce di rana, carne di struzzo, tartufi, pomodori, cetrioli, punte di asparago, nocciole, fragole, petali di rosa canditi), Bevande (alcol ed infusi afrodisiaci; profumi e colonie contenenti muschio), cose varie (corni di rinoceronte, sperma di cervo, oli essenziali, cristalli, essenze floreali, musica, misticismo e pietre preziose). Da qualche anno sono in voga integratori e nutraceutici. La prima distinzione fondamentale da fare, è quella fra prodotti chimici e prodotti naturali. Mentre i prodotti naturali sono ritenuti "normalmente esenti da effetti secondari", i prodotti chimici sono ritenuti "sempre soggetti ad effetti secondari più o meno importanti e controindicazioni mediche". Gli integratori alimentari vanno ad integrare, quindi ad aggiungere qualcosa che è caren-

te. A differenza dei nutraceutici, sono sostanze che non si trovano in natura; di per sé non sono curativi e vanno a sopperire o aumentare particolari fabbisogni, come quello di vitamine, di fibre, di sali minerali e altro. Particolarmente in voga per chi svolge un'assidua attività fisica. I nutraceutici sono sostanze alimentari che si trovano in natura e che sono presenti nell'alimentazione di tutti i giorni, garantiscono un apporto straordinario/aggiuntivo e possono avere una qualche efficacia, sia a scopo preventivo che di supporto per il trattamento di alcune patologie. Di solito si tratta di concentrati di diverse specie di ortaggi, frutta, legumi e altri cibi. Tutte queste sostanze possono influenzare i nostri sensi singolarmente o in combinazione fra loro. I più importanti recettori degli afrodisiaci sono Vista, Udito, Odorato, Tatto, Gusto e, ultimo ma non meno importante, la Mente. Alcuni ricercatori ritengono che differenti specie di erbe e di piante sono riconosciute incrementare il desiderio sessuale. Altri ancora ritengono che la comunicazione possa rivelarsi il migliore degli afrodisiaci: essere in grado di comunicare intimamente con il proprio partner, in modo da informarsi reciprocamente dei rispettivi desideri, si rivela essere un potente afrodisiaco. L'abilità di interrelazionare con un'altra persona attraverso lo sguardo, è inoltre un afrodisiaco sensuale. Un altro aspetto importante è la cucina. Esiste realmente la cucina afrodisiaca? Possono i cibi essere realmente afrodisiaci? La risposta da molti indicata è sì: esiste un'innegabile rapporto fra

tavola e letto. Si aprono, tuttavia, ampi spazi per mille domande: dopo lo sviluppo e la diffusione dei farmaci attivi sulla erezione (PGE1, inibitori delle PDE5), possiamo realmente considerare definitivamente tramontato il mito degli afrodisiaci? È superata dalla tecnica moderna la parola stessa <afrosidiaco> e fino a che punto l'uomo che nella nostra società vive immerso in un sistema mediatico che fa ampio uso di immagini a contenuto sessuale ha bisogno di qualcosa che stimoli il desiderio??

E possiamo considerare internet con la sua facilità di accesso, l'anonimato, l'offerta vasta di sostanze, attrezzi e materiale sessuale come il nuovo afrodisiaco del III millennio?

Con l'avvento di internet siamo sommersi da email, che pubblicizzano integratori, rinvigorenti e tanti altri prodotti con supposto effetto afrodisiaco e potenziante della virilità maschile. Molti dei prodotti rintracciabili sul web sono ottimi e c'è una lunghissima bibliografia scientifica che attesta le proprietà afrodisiache di molte piante ed estratti ma, essendo il campo della fitoterapia e più in generale quello dei prodotti naturali ancora non molto bene codificato dal legislatore, e soprattutto grazie, nel bene e nel male alle opportunità che offre internet, dobbiamo avere una certa accortezza in più quando ci avviciniamo a questo mondo perché diversi prodotti che sono proposti come completamente naturali e altamente efficaci, quando sottoposti alla prova della scienza non risultano tali, o meglio effettivamente "fanno quello che dicono",



ma in un altro senso.... perché?? Andiamo ad analizzare perché funzionano. A partire dal 2013 sono stati condotti diversi studi, soprattutto in oriente, alcuni dei quali molto recenti, quali quelli di Huang F., Huang YC e Lin YT (2016 e 2017), che hanno analizzato centinaia di questi prodotti commercializzati in diverse forme, soprattutto come compresse o bevande energetiche. Sono state condotte diverse analisi di laboratorio su di essi e grazie allo studio cromatografico, è stata evidenziata la presenza, non in tutti sarebbe scorretto dirlo, ma in una discreta percentuale di essi, la presenza di PDE5-inibitori (inibitori della fosfodiesterasi-5), quali Sildenafil, Tadalafil e Avanafil in diverse concentrazioni, alcune delle quali anche superiori alle normali dosi terapeutiche raccomandate. Si tratta, dunque, dei farmaci impiegati ormai da anni per la Disfunzione Erettile. Queste evidenze scientifiche hanno dimostrato, senza ombra di dubbio, quanto potenzialmen-

te possa essere pericoloso per la salute umana l'acquisto di alcuni di questi prodotti, soprattutto perché questi prodotti "adulterati" sono venduti attraverso il web e, quindi, completamente esenti da qualsiasi tipo di controllo e sono venduti come naturali (cosa che se anche in termini strettamente legali potrebbe non essere una frode, certamente si può definire commercialmente scorretto) e possono essere acquistati da persone che, non potendo assumere PDE-5 inibitori per qualsivoglia motivo medico, si rivolgono a prodotti naturali, credendoli esenti da complicanze e, cosa sicuramente ancora più grave, rischiano di finire nelle mani di giovani e adolescenti che possono assumere inconsapevolmente farmaci, senza alcun controllo medico. La raccomandazione nell'ottica del Medico è quella di raccomandare ai propri pazienti ed in generale in ogni occasione quando si parli della necessità o del semplice desiderio di assumere qualcosa che

dia un "aiutino", di essere estremamente cauti, quindi, è quella di non gettarsi subito sulle "offerte" che la rete ci propone, ma di valutare oggettivamente cosa ci viene proposto, informandoci, cercando altre notizie e cosa fondamentale, in caso si pensi di avere la necessità di incrementare le proprie prestazioni sessuali, di rivolgersi al proprio medico di fiducia, che saprà indicare quali prodotti veramente naturali facciano al caso nostro e, ultima raccomandazione, per l'acquisto di questi prodotti rivolgersi a venditori seri e specializzati (molti produttori di estratti naturali hanno anche una sezione acquisti nei loro siti internet) oppure, se vogliamo avere la massima sicurezza possibile, dobbiamo rivolgerci a farmacie ed erboristerie, dove troveremo del personale altamente qualificato che saprà consigliarci e, cosa non da poco, dove tutti i prodotti venduti, anche quelli naturali, sono puri e sottoposti a rigorosi controlli di sicurezza.

La depressione “neurologica”: rinasce la neuropsichiatria

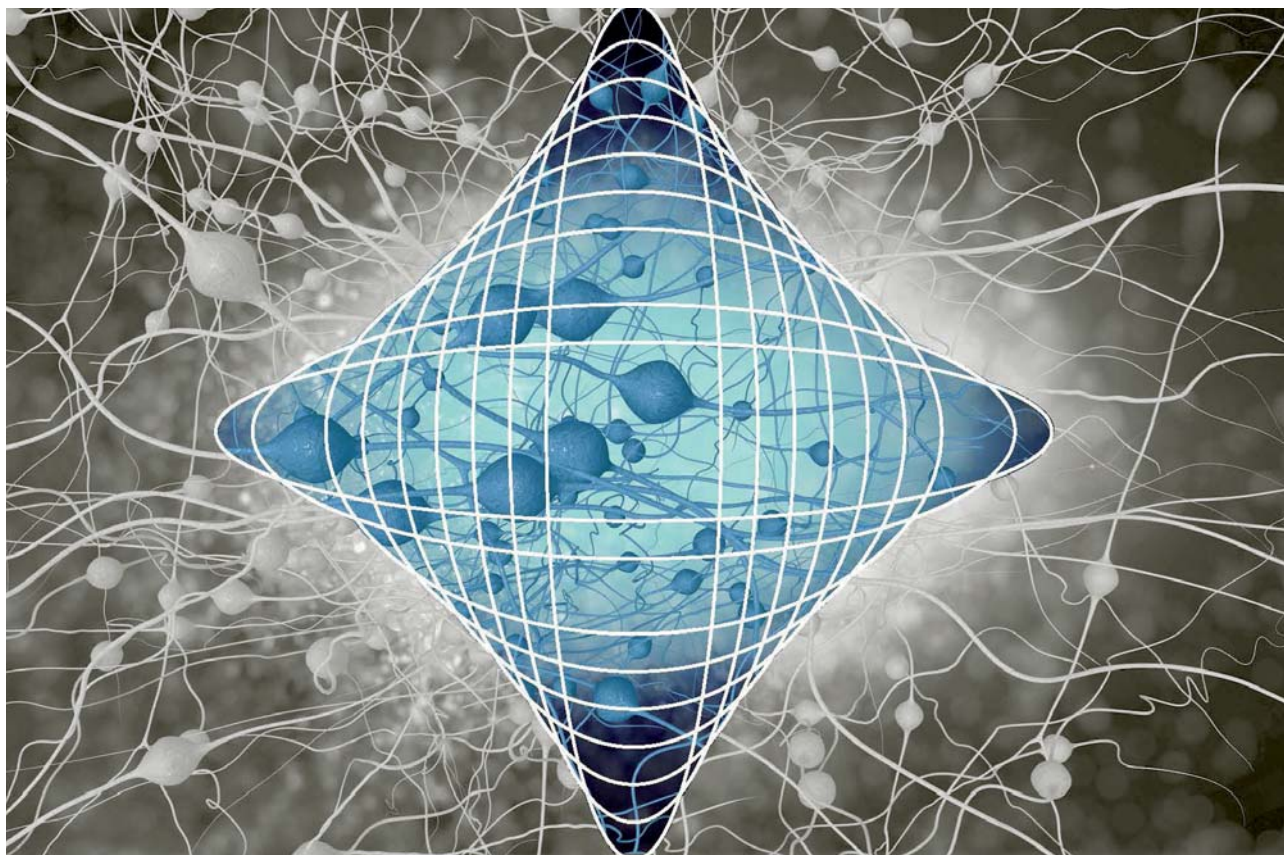
Negli anni recenti nei quali la medicina offre maggior attenzione ai disordini rari o più complessi si è assistito alla rinascita della Neuropsichiatria, cioè di quell'area di confine fra neurologia e psichiatria che include sindromi complesse nella loro presentazione clinica e di pertinenza e patogenesi incerta. Alcuni esempi tipici di “disordini neuropsichiatrici” sono rappresentati dai disturbi neurologici-in genere a carico delle funzioni motorie ma non solo-definiti di natura funzionale. Questi pazienti sono spesso “poco graditi” dagli specialisti neurologi e psichiatri per le difficoltà diagnostiche che pongono e per la resistenza ai comuni trattamenti: un caso emblematico che

più volte ha raggiunto le cronache nazionali è quello di una sportiva di buon livello che ha avuto negli ultimi anni circa 50 ricoveri tutti in differenti reparti neurologici (anche Pisa) e psichiatrici italiani che alla fine continua ad accusare i sanitari italiani di non essere in grado di diagnosticare la sua malattia che la rende incapace di camminare, in questo assistita da una serie di avvocati ed associazioni...

Altri disordini neuropsichiatrici frequenti sono: le sindromi da deficit attentivo (ADHD), che iniziano in età infantile ma spesso non diagnosticate si evidenziano nell'adulto; il delirium cioè lo stato confusionale spesso con aggressività che si manifesta nei pazienti di età più avanzata a seguito di disidra-

tazione o malattia intercorrente, talora araldo di una malattia neurodegenerativa prodromica; varie forme di psicosi in corso di Parkinson o Demenza di Alzheimer; apatia o al contrario stati di eccitamento tipo ipomania nei pazienti con Demenza Fronto-Temporale. Sono ormai 6 le riviste internazionali di Neuropsychiatry e la Società Italiana di Neurologia ha creato nel 2017 un gruppo di studio da me coordinato sui “Disordini neuropsichiatrici”.

Sicuramente i quadri più frequenti che intersecano e si sovrappongono a molte malattie neurologiche sono i disturbi depressivi. La depressione è uno stato affettivo che costituisce l'espressione di una normale condizione del cer-



vello di ridotta attività. Quando questa condizione si accompagna a tristezza e malinconia, risulta pervasiva e persiste nel tempo, si accompagna ad ansia, insonnia, clinofilia, tendenza al pianto, difficoltà a ripondere in modo efficiente alle normali occupazioni giornaliere di lavoro ed a casa in famiglia, dolore psichico fino al suicidio o tentato suicidio, siamo di fronte alla malattia "depressione".

La depressione maggiore è la forma più grave, e si manifesta con episodi che durano mesi talora anche anni.

Gli episodi depressivi minori sono simili, anche se i sintomi sono meno gravi e si possono alternare a quelli maggiori. Un'altra forma frequente di sindrome depressiva cronica è la distimia, che si protrae fino a durare anni: con un impatto importante sulla vita quotidiana del paziente. Nel disturbo bipolare la depressione si alterna a periodi di eccitamento fino alla mania.

Le cause delle varie forme di depressione non sono ancora conosciute ma si ritiene che lo stress (di ogni tipo da quello familiare a quello lavorativo, da un trauma ad una malattia intercorrente oncologica, infettiva o vascolare come l'infarto cardiaco) ed una predisposizione geneticamente determinata giochino un ruolo fondamentale. Tuttavia molti studi individuano nello stress cronico la causa più probabile della depressione. Lo stress attiva le ghiandole surrenali e determina un'iperproduzione di cortisolo, che a sua volta stimola in modo cronico ed eccessivo alcune strutture cerebrali come l'ippocampo e l'amigdala, alterandole e riducendone il volume e la funzionalità e, alla fine, favorendo l'instaurarsi della depressione.

Benchè non siano evidenziabili lesioni strutturali cerebrali, molti studi degli anni recenti mostrano un collegamento tra depressione primaria e modificazioni volumetriche di alcune parti del cervello; in particolare, alla Risonanza Magnetica



il complesso amigdala-ippocampo e la corteccia prefrontale risultano più piccoli del normale, e con la PET con FDG queste zone cerebrali sono metabolicamente meno attive.

La terapia farmacologica e il miglioramento dei sintomi si accompagnano a un recupero di volume delle varie strutture menzionate, specie dell'ippocampo, e alla loro ripresa funzionale. In modelli animali sperimentali si è visto che la terapia antidepressiva ha di fatto provocato un aumento della neurogenesi, cioè la moltiplicazione delle cellule staminali presenti nell'ippocampo e nell'amigdala.

Molti pazienti con malattie neurologiche di natura strutturale sia degenerativa (demenze, parkinson e parkinsonismi) che infiammatoria (sclerosi multipla) o vascolare (ictus ischemico ed emorragico) mostrano una frequenza più elevata di depressione "neurologica" rispetto alla popolazione generale. Questo è vero anche per i disturbi neurologici ricorrenti come l'epilessia e le cefalee primarie in particolare l'emigrania, che non sono sottesi da lesioni macrostrutturali, ma da alterazioni circuitali solo in parte chiarite. Verosimilmente in entrambe le situazioni cliniche, una lesione strutturale o anche solo funzionale dei circuiti cerebrali, rende il

paziente particolarmente vulnerabile ai meccanismi patogenetici legati allo stress che consentono lo sviluppo di un quadro depressivo, che si innesta su di un quadro clinicamente già compromesso dalla malattia neurologica di base, aumentando così la disabilità. Molti studi epidemiologici indicano che la relazione fra disturbo neurologico e malattia depressiva è bidirezionale: spesso ad esempio il Parkinson è preceduto da una storia di depressione, così come la Malattia di Alzheimer e l'Epilessia. Di fatto la depressione è un fattore di rischio per il disturbo neurologico e viceversa la malattia neurologica quando si instaura aumenta il rischio di depressione.

Da tutto questo derivano alcuni elementi di riflessione e revisione delle correnti pratiche cliniche.

1. Diagnosticare la depressione nelle sue varie forme e trattarla in modo adeguato per ridurre il rischio

di comparsa di una malattia neurologica

2. Ricercare nel paziente con malattia neurologica i segni ed i sintomi depressivi per instaurare una terapia precoce della depressione e ridurre così la doppia disabilità generata dal disturbo neurologico e da quello psichico depressivo.

Glaucoma: importanti novità

Con l'invecchiamento medio della popolazione il glaucoma sta diventando un problema sempre più importante si calcola infatti che più del dieci per cento degli individui oltre i settant'anni ne sia affetto. Il problema sta non solo nei possibili, gravissimi esiti (quattromilacinquecento nuovi casi di cecità ogni anno ovvero un nuovo caso di cecità ogni due ore) ma anche nel grave peggioramento di qualità della vita di ciascun soggetto che viene riconosciuto affetto. È noto che la ricerca viene in gran parte finanziata dalle aziende e essendo quello del glaucoma un mercato in espansione numerose novità si affacciano continuamente all'orizzonte; molte di queste novità sono state o vengono attualmente sperimentate presso la Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. Ma vediamo brevemente quali sono queste novità.

1- Nuovi colliri tra questi il collirio alla cannabis sembra essere uno dei più promettenti in quanto oltre alla riduzione della pressione oculare sembra avere un effetto neuroprotettivo sulle fibre del nervo ottico. Purtroppo al momento attuale per problemi di ordine burocratico non è stato possibile avviarne l'uso nel nostro centro né la produzione in Toscana.

2- Nuove forme di somministrazione dei colliri: queste consistono in impianti di dispositivi a lento rilascio nella camera anteriore dell'occhio. Il problema dei colliri, soprattutto nei pazienti anziani è sintetizzato dal fatto che in circa nel 50% dei casi nonostante le raccomandazioni del medico, la terapia non viene effettuata regolarmente. Ciò accade per una molteplicità di fattori tra cui le difficoltà dell'anziano a maneggiare i contenitori (in alcuni casi i pazienti devono farsi aiutare da altre perso-

ne, non sempre disponibili), le dimenticanze, il fatto che il collirio è non ben tollerato e non si osserva un beneficio immediato dal suo uso, ecc.. Presso la nostra Unità Operativa abbiamo sperimentato 1 di questi dispositivi che una volta iniettato in camera anteriore (con un semplice intervento ambulatoriale in anestesia topica) garantisce un rilascio programmato di farmaco per 6 mesi e a breve inizieremo un'altra sperimentazione su un differente dispositivo che dovrebbe funzionare per 2 anni. Queste forme di somministrazione dovrebbero trovare impiego soprattutto in una serie di pazienti che non tollerano o non sono capaci di eseguire correttamente la terapia.

3- Nuovi tipi di laser. È noto che il laser nel trattamento del glaucoma specie nelle fasi iniziali può essere vantaggioso sostituendosi alla terapia medica. Il Belkin laser in fase di avanzata sperimentazione consente di eseguire ambulatoriamente l'intero trattamento in 1 minuto secondo e potrebbe divenire la prima scelta terapeutica in caso di ipertensione oculare e glaucoma iniziale.

4- La ciclodistruzione selettiva con ultrasuoni. Questa tecnica che distrugge i corpi ciliari (le strutture che producono l'umore acqueo, (il liquido secreto entro l'occhio) era inizialmente usata per abbassare la pressione oculare in casi di glaucoma terminale. Un trial condotto presso la nostra Unità operativa ne ha dimostrato la utilità anche nei casi iniziali di glaucoma non rispondenti ad altri trattamenti. È stata fatta richiesta di acquisizione dello strumento che al momento non è disponibile presso il nostro reparto.

5- I nuovi dispositivi chirurgici per la chirurgia mininvasiva: si tratta di quattro classi di dispositivi ognuna

con le proprie indicazioni specifiche che semplificano enormemente la chirurgia del glaucoma. Tutti questi dispositivi sono stati sperimentati presso il nostro reparto che ormai è un centro di riferimento mondiale per questa patologia; in particolare per uno di questi (l'InnFocus) è stato fatto il trial per la approvazione da parte della Food and Drug Administration. Di questi dispositivi solo uno (lo Xen per la filtrazione sottocongiuntivale ab interno) è disponibile nel nostro Ospedale. Per l'InnFocus indubbiamente il più promettente è stata fatta richiesta di acquisizione, attualmente al vaglio delle Autorità Regionali. Per il terzo il CyPass (per la filtrazione sovracoroideale) sarà fatta richiesta a breve. Sono tre dispositivi che quando saranno disponibili, usati nelle corrette indicazioni, consentiranno enormi vantaggi al paziente in termini di sicurezza rapidità di recupero ed efficacia.

Numerose sono quindi le novità che si affacciano sul nostro panorama. Purtroppo ostacoli di ordine economico e burocratico si oppongono ad una rapida traslazione nella pratica clinica di quanto sperimentato con esiti favorevoli. Queste problematiche sono più evidenti in un reparto ospedaliero universitario come il nostro. Infatti il Servizio Sanitario Nazionale fondamentalmente mira a fornire prestazioni "di base" in tempi standard e a conseguire un bilancio in pareggio a breve termine, a volte trascurando i vantaggi che le tecniche innovative, all'inizio solo apparentemente più costose, possono offrire, oltre che ai pazienti anche ai bilanci di medio termine (con la riduzione delle complicanze, delle visite di controllo, dei reinterventi, delle terapie mediche).

R. Galli Dir. Area Omogenea Patologie Cerebro e Cardiovascolari, Dip. Spec. mediche, ATNO **C. Rossi** Dir. Med., UO Neurologia Pontedera, ATNO **P. Del Dotto** Dir. UO Neurologia Versilia, ATNO **M. Mazzoni** Dir. UO Neurologia, Lucca ATNO **G. Meucci** Dir. UO Neurologia Livorno, ATNO **G. Orlandi** Dir. UO Neurologia Massa, ATNO **U. Bonuccelli** Dir. DAI Spec. Mediche, AOUP

Area vasta nord-ovest: ecco la rete neurologica

Molto ampio è lo spettro delle patologie neurologiche, che gravano notevolmente sui costi sociali regionali e nazionali. Basti considerare le malattie neurodegenerative, uno dei principali problemi socio-sanitari della popolazione anziana, che comprendono la **Malattia di Parkinson ed i parkinsonismi**, che presentano una stima di prevalenza di 7000 pazienti di pertinenza della Area Vasta Toscana Nord Ovest e una incidenza di 80-260 nuovi casi/anno e la **Malattia di Alzheimer/altre demenze degenerative o secondarie**. Si stima che nella AVNO siano presenti 30000 pazienti affetti da demenza (con 3000 casi incidenti/anno).

Gruppo più ristretto è rappresentato dalle **Malattie neuromuscolari** (tasso di prevalenza 100/100.000 abitanti, incidenza 8-10/100.000) e **Malattie neurologiche rare** per le quali la AOUP rappresenta il polo di riferimento pur esistendo ambulatori specifici in alcune delle ex ASL.

In Toscana si stimano inoltre circa 8000 ricoveri/anno per **ictus** (dati MES 2011), dei quali 2500-3000 fa-
centi capo alla AVNO.

Cefalea, epilessia e disturbi del sonno rappresentano patologie neurologiche che interessano tutte le fasce di età: i pazienti attesi in AVNO per l'epilessia sono circa 6.500-13.000.

Malattie infiammatorie del SNC (Sclerosi multipla ed altre malattie demielinizzanti) presentano dati di prevalenza di malattia di 187.9 casi/100.000 abitanti: si stima che nel territorio AVNO siano presenti 2.420 casi.

Alla luce di tali dati e dell'enorme costo sociale che ne deriva, è stato dato il via a un nuovo progetto che vede come attori i vari centri neurologici dell'AVNO. L'obiettivo è fornire adeguati e omogenei livelli di assistenza ai cittadini con patologie neurologiche croniche in qualsiasi parte del nostro territorio dell'AVNO. Il fine si consegue necessariamente attraverso: *identificazione del bisogno, corretto inquadramento diagnostico; corrette indicazioni terapeutiche*.

In tale ottica, si propone la costituzione di una rete per la gestione delle principali patologie neurologiche, la quale, pur garantendo in tutte le UUOO di Neurologia delle ex AASSLL la possibilità di offrire le prestazioni di base, prevede l'identificazione in ATNO di **Centri di riferimento** (centri hub). In questo modo rappresenteranno Centro di riferimento per casi di Sclerosi Multipla particolarmente complessi Lucca e Livorno, le patologie extrapiramidali di particolare impegno verranno inviate presso l'Ospedale Versilia, La UO Neurologia di Pontedera, sia per competenza che per strumentazione disponibile, potrà rappresentare il polo hub per

le sindromi epilettiche complesse ed infine la UO Neurologia di Massa sarà il centro di riferimento per quei pazienti con encefalopatia vascolare ischemica cronica (o "cronicizzata") di particolare impegno (es ictus giovanili, vasculiti). La AOUP rappresenta infine l'Hub per tutte le patologie neurologiche croniche, da coinvolgere quando in ATNO non sia possibile offrire una risposta completa al paziente (es. Malattia di Parkinson con indicazione alla chirurgia, valutazione prechirurgica di epilessie farmaco resistenti, caratterizzazione metabolica e genetica delle demenze) oltre a rappresentare l'Ospedale di I livello per la città di Pisa ed il Centro promotore di una ricerca clinica che coinvolga le UUOO di neurologia della ATNO.

Il nostro proposito e augurio è quindi che, alla fine del biennio 2018-19, si possa constatare una omogeneizzazione dell'operato nel territorio con capillare presa in carico del paziente in ogni sede territoriale della AVNO, una riduzione delle liste di attesa per esami strumentali specialistici, una riduzione del numero di accessi nei reparti di PS o in regime di ricovero di pazienti con malattia neurologica cronica ed infine una riduzione del fenomeno "fuga" verso altre aziende (extra AVNO). Ciò dovrebbe determinare tra l'altro anche una facilitazione del percorso senza sovraccarico al centro hub per richieste non pertinenti.



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

BORGIO STRETTO, 6

050 971 1408

INFO@SERGIOCAPONE.COM

VIAREGGIO

VIALE MARCONI, 87

0584 582776

VIAREGGIO@SERGIOCAPONE.COM


ROLEX

Cartier

Powellato

BVLGARI


TUDOR

IWC
SCHAFFHAUSEN


JAEGER-LECOULTRE

Chopard


Chantecler
CAPRI

PASQUALEBRUNI

GUCCI
TIMEPIECES & JEWELRY


BAUME & MERCIER
MAISON D'HORLOGERIE GENEVE 1830


OMEGA

LONGINES



HAMILTON
AMERICAN SPIRIT • SWISS PRECISION

swatch 


DoDo

**MONT
BLANC** 

**GIOVANNI
RASPINI**

Baccarat


1735

LOCMAN
ITALY

VENINI

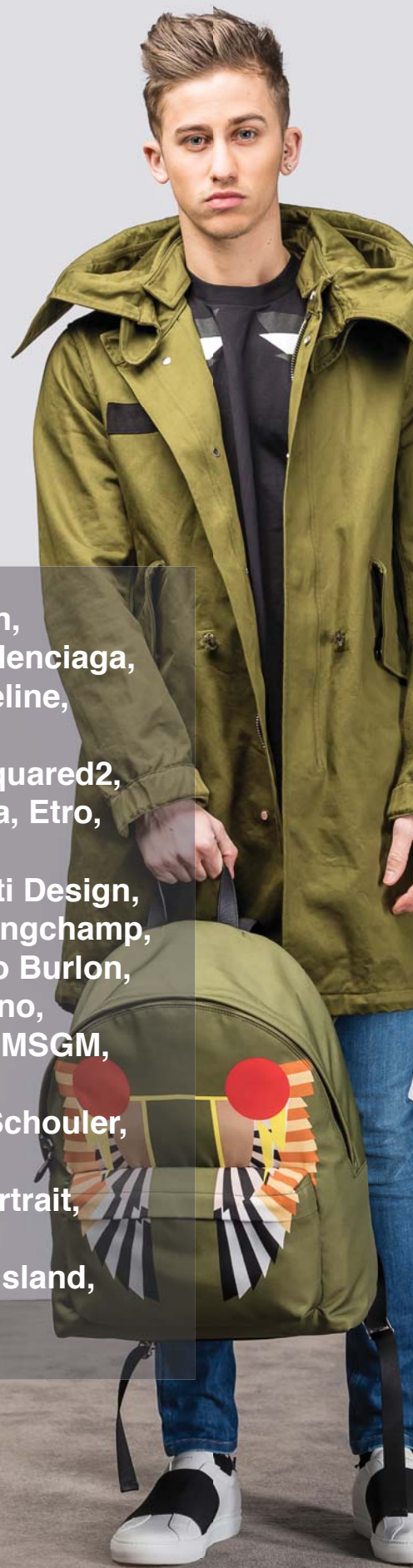
WEDGWOOD
ENGLAND 1759


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)