

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 gestione del dolore al DEA. Tributo al Prof. Domenico Gioffrè

G. Diricatti - M. Santini - E. Orsitto
Dipartimento di Emergenza-Accettazione A.O.U.P.
A. Paolicchi SD Anestesia e Terapia del dolore

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

La robotica in chirurgia generale oggi

L. Morelli - D. Gianardi - G. Di Franco
M. Palmeri - S. Guadagni - N. Furbetta
C. D'Isidoro - F. Gremmo - G. Caprili
G. Di Candio
SD Chirurgia Generale Universitaria - AOU



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

Riforma sanitaria 40 anni dopo: è la grande incompiuta

Quando fu approvata dal Parlamento, quarant'anni fa, molti di noi erano giovani ed anche per questo pieni di speranze ed al contempo, forse, di sogni. Sentivamo soprattutto la necessità di cambiare e migliorare. Quale elemento innovativo percepivamo la tutela della salute come un'entità sociale e morale da proteggere, dando a ciascun cittadino uguali diritti e chiamando lo Stato ad assumersi le proprie responsabilità.

Era pretendere troppo? In una riflessione generazionale, sinceramente no. A quell'epoca lo ritenevamo possibile, perché le novità introdotte dalla Riforma Sanitaria, indicate dal massimo organismo legislativo, lo stabilivano nero su bianco. Riponevamo quindi fiducia nelle Istituzioni. Tutte le premesse dunque per giudicarla quanto meno positiva, se non addirittura buona. Se noi chiedessimo oggi un analogo giudizio, fra chi abbia vissuto dal

vivo questa quarantennale realtà, troveremo invece valutazioni assai diverse, nella maggioranza dei casi negative.

Ben saldi ed intatti i principi positivi, è rimasto soltanto un percorso organizzativo che ha deluso anno dopo anno le aspettative, complice anche una gestionalità burocratica, di fatto artefice di averla impantanata fra le sabbie mobili: il fiore all'occhiello di ieri, entrando nell'Europa Comunitaria, un fardello pesante adesso, di cui s'avverte sempre più consistente l'ipotesi di rividerla.

Sta a noi, allora, ammettere gli errori ed i ritardi, senza cercare per forza i colpevoli. Ma iniziare, al più presto, un franco e cordiale confronto con le Istituzioni e trovare i necessari mutamenti perché la 833 ritorni ad essere quella grande "rivoluzione della salute" che gli italiani si sarebbero aspettati. Noi, per la parte di nostra competenza, siamo pronti.



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.

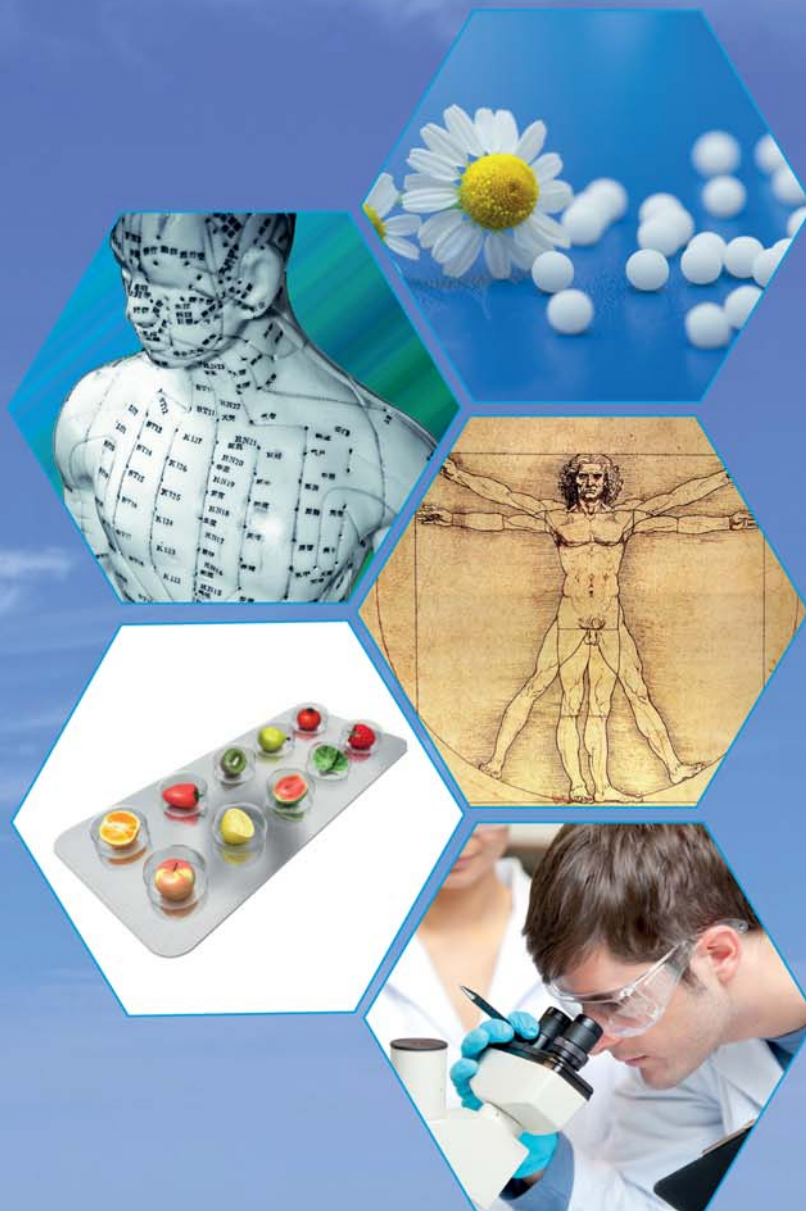
Per quanti ne faranno espressa richiesta, sarà comunque possibile mantenere l'invio cartaceo del bollettino in abbonamento postale, compilando il modulo disponibile sul sito dell'Ordine e inviando la richiesta tramite fax al n. 050. 791.20.44 oppure tramite e-mail a segreteria@omceopi.org

*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.*



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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

Displasia fibromuscolare: cosa c'è di nuovo?

La displasia fibromuscolare (FMD) è un'arteriopatia non aterosclerotica caratterizzata da un'abnorme proliferazione cellulare e da un'architettura distorta della parete arteriosa. La FMD si manifesta principalmente con la presenza di lesioni stenotiche multifocali (aspetto caratteristico a "collana di perle", vedi Figura 1) o focali delle arterie di piccolo e medio calibro, a cui si possono associare dissezioni, aneurismi e tortuosità. Le sedi più comuni in cui è possibile trovare queste lesioni sono le arterie renali e i vasi cerebroafferenti extracranici, ma virtualmente qualsiasi distretto arterioso può essere interessato, e l'interessamento multidistrettuale è molto frequente. Circa l'80-90% dei pazienti con FMD sono di sesso femminile, mentre gli uomini presentano spesso quadri più severi e caratterizzati da aneurismi e dissezioni.

Mentre in passato la FMD era ritenuta una malattia rara, recenti studi hanno evidenziato che è più comune di quanto ritenuto, e che la sua prevalenza potrebbe raggiungere fino al 4% della popolazione. Benchè sia asintomatica in molti casi, la FMD può condurre a ipertensione severa, ischemia renale, ictus

ischemico e emorragia cerebrale, infarto del miocardio. Spesso è lo specialista dell'ipertensione che si occupa di questi pazienti, poichè l'ipertensione è la manifestazione clinica più frequente di FMD. In particolare la FMD renale è una forma potenzialmente curabile di ipertensione renovascolare e dovrebbe essere ricercata in presenza di sospetto clinico (Tabella 1).

Benchè questa patologia sia stata descritta inizialmente nel 1938 e la sua classificazione su base istologica e angiografica sia stata definita negli anni '60 - '70, nell'ultimo decennio sono stati compiuti enormi progressi nella comprensione della fisiopatologia e della clinica della FMD, soprattutto grazie alla nascita di registri di malattia e gruppi di studio sia americani che europei. Ecco le principali novità in questo ambito.

Il consensus document internazionale

Recentemente è nata una collaborazione internazionale, patrocinata dalla Society for Vascular Medicine (SVM) americana e dal Working Group "Hypertension and the Kidney" della European Society for Hypertension (ESH), che ha portato allo sviluppo di un unico docu-

mento di consenso internazionale sull'eziologia, l'approccio diagnostico, e il trattamento della FMD. Queste le principali novità.

- Indipendentemente dal distretto arterioso interessato inizialmente, tutti i pazienti con FMD dovrebbero fare almeno una volta della vita una valutazione completa di tutti i principali distretti arteriosi "from brain to pelvis", mediante TC o RM. Infatti un interessamento multidistrettuale (più comunemente sia renale che carotideo) è presente in più del 60% delle pazienti con FMD, mentre la presenza di aneurismi intracranici è stata riscontrata fino al 16% dei casi. La diagnosi precoce di queste lesioni arteriose può consentirne l'adeguato trattamento e follow-up.

- Lo stesso tipo di screening per immagini è raccomandato nelle pazienti con diagnosi di dissezione coronarica spontanea (Spontaneous coronary artery dissection - SCAD). Questa condizione è tra le cause più frequenti di sindrome coronarica acuta nella donna con meno di 60 anni ed è associata a lesioni FMD in distretti extracoronarici in circa il 45-60% dei casi.

- In assenza di controindicazioni, è ragionevole iniziare una terapia antiaggregante piastrinica con aspiri-

na a bassa dose (75-100 mg), al fine di prevenire eventi trombotici e tromboembolici.

- Le pazienti con FMD devono seguire controlli regolari sia clinici, che di funzione renale (per i casi di FMD renale)

QUANDO SOSPETTARE UNA FMD RENALE?

Iipertensione in pazienti con meno di 30 anni
Iipertensione di III grado OMS (> 180/110 mm Hg), accelerata o maligna
Iipertensione resistente
Riduzione monolaterale delle dimensioni renali
Soffio periombelical in assenza di malattia aterosclerotica
Sospetta dissezione / infarto renale
Presenza di FMD in un altro distretto arterioso

Tabella 1

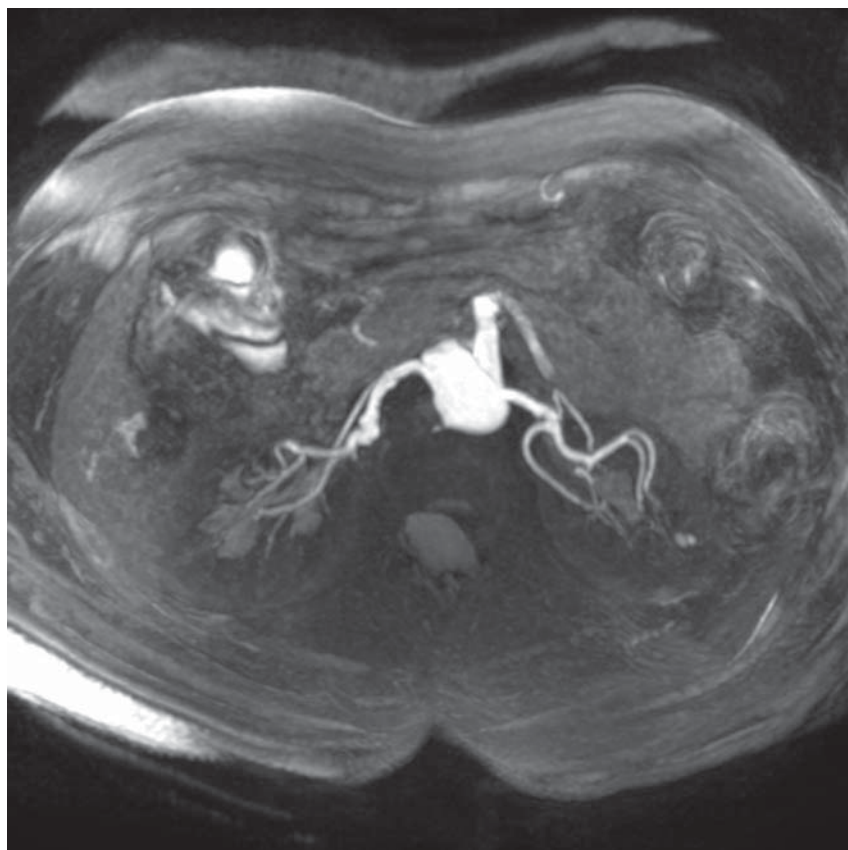


Figura 1 - Un esempio di fibrodiplosia delle arterie renali (per questa immagine si ringraziano il Prof. Davide Caramella e i Dr. Saverio Vitali e Piercarlo Rossi, UO Radiodiagnostica 1, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana)

che di imaging. A tale scopo, un ambulatorio dedicato è stato istituito presso il Centro di Riferimento regionale per la Cura e Diagnosi dell'Iipertensione Arteriosa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, diretto dal Prof. Stefano Taddei. Per informazioni si prega di contattare la Dr.ssa Rosa Maria

Bruno (ipertensione@med.unipi.it)

Il registro di malattia italiano e europeo

Le conoscenze acquisite negli ultimi 10 anni nell'ambito della FMD sono dovute principalmente alla creazione di registri multicentrici di malattia. All' US Registry for FMD, inizia-

con l'inclusione di pazienti in Asia, Africa e Sudamerica. A livello italiano, dal 2017 è presente un registro nazionale di malattia, coordinato dalla Dr.ssa Rosa Maria Bruno (Pisa), che include al momento 10 centri in tutta Italia e che è associato all'iniziativa europea. Il successo di queste iniziative contribuirà ad arricchire le conoscenze relative a questa patologia misconosciuta.

Le novità della ricerca

Una modesta quota di casi di FMD familiare è stata riportata (<10%). Tuttavia, l'elevata prevalenza di forme asintomatiche e l'impatto di fattori ambientali come gli ormoni sessuali, il fumo di sigaretta, gli stress meccanici, suggeriscono che la FMD sia una patologia con una base genetica complessa, multifattoriale. Recentemente, uno studio di associazione genome-wide ha recentemente dimostrato che una variante allelica comune del gene *PHACTR1* conferisce un rischio aumentato di FMD. Tale variante allelica è associata ad altre patologie come la SCAD e la dissezione carotidea spontanea, suggerendo pertanto una predisposizione biologica comune per queste malattie. Un altro dato che supporta la natura sistemica della FMD è la presenza di alterazioni subcliniche a livello di distretti arteriosi non interessati abitualmente dalla malattia, evidenziabili mediante test ecografici non invasivi. Ad esempio, alcune alterazioni dell'ecostruttura di parete e della meccanica arteriosa sono state riscontrate a livello della carotide comune nelle pazienti con FMD (Figura 2). Inoltre, a livello delle arterie brachiali è possibile evidenziare un'alterata funzione della cellula muscolare liscia.

Queste nuove scoperte in ambito genetico e di imaging vascolare sono promettenti e potrebbero in futuro modificare l'approccio diagnostico, che tuttavia al momento rimane legato all'utilizzo di metodiche di imaging come la TC o la RM in base al sospetto clinico del medico.



Figura 2 - Confronto tra lo spessore medio-intimale carotideo di un volontario sano, a sinistra, e quello di un paziente con fibrodiplosia muscolare (FMD), a destra, caratterizzato dalla presenza di un'interfaccia iperecogena aggiuntiva (il cosiddetto "triplo segnale")

to nel 2009, si è aggiunto nel 2015 l'European FMD Registry, che si va ampliando a livello internazionale

Polmone: metastasi da colonretto. Novità in chirurgia mini-invasiva

Il cancro del colon-retto (CRC) è la terza neoplasia maligna più frequente nel mondo (incidenza: 1,4 milioni di nuovi casi/anno) e la quarta per mortalità.

Più del 50% dei pazienti trattati per CRC sviluppano nel corso della loro storia clinica metastasi a distanza, più frequentemente a livello epatico (35%) e polmonare (5-15%).

La terapia chirurgica delle metastasi polmonari, ad oggi, offre i migliori risultati in termini di sopravvivenza (sopravvivenza a 5 anni compresa tra 21% e 64% contro il 5% dei pazienti non trat-

tati), è divenuta pertanto una procedura largamente utilizzata nel trattamento di pazienti selezionati. Lo sviluppo di tecniche chirurgiche mini-invasive, offre ai pazienti ottimi risultati chirurgici, una degenza breve (in media 2 giorni) ed un rapido recupero funzionale e delle attività quotidiane.

In considerazione della elevata percentuale di recidive, il trattamento chirurgico deve essere quanto più "lung-sparing" possibile: una resezione polmonare "minore" (wedge) offre infatti la possibilità di un re-intervento in caso di ripresa di malattia e pre-

serva il parenchima polmonare sano senza impattare sulla funzionalità respiratoria del paziente.

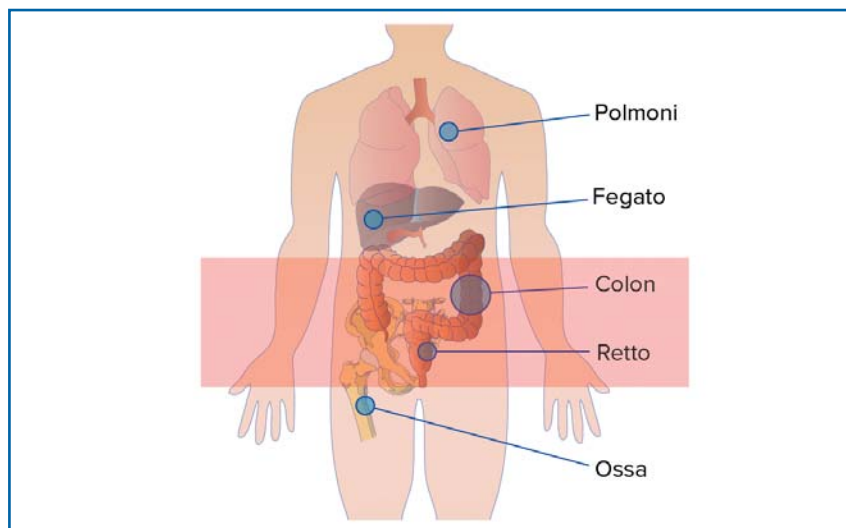
Per garantire un'ottimale selezione dei pazienti da sottoporre a metastasectomia, negli anni sono stati analizzati vari fattori prognostici che fossero in grado di guidare la decisione terapeutica, tra questi l'intervallo libero da malattia (DFI), il numero e le dimensioni delle metastasi polmonari, lo stato linfonodale e i livelli preoperatori del CEA.

Dal 2000 al 2016 presso il nostro centro sono stati trattati 210 pazienti affetti da metastasi polmo-



nari da cancro del colon-retto, con una mortalità postoperatoria dello 0% ed un tasso di complicanze del 5% circa (anemizzazione, fibrillazione atriale e prolungata perdita aerea).

L'80% dei casi è stato trattato con resezione polmonare atipica, nel 40% dei casi circa l'intervento è stato eseguito con tecnica mini-invasiva (VATS o Robot-assistita). L'utilizzo della chirurgia mininvasiva nella nostra esperienza ha quasi del tutto sostituito la chirurgia "open", grazie alla stretta collaborazione tra la nostra SOD di Chirurgia Toracica Mini-invasiva e Robotica, la Medicina Nucleare e la Radiologia, utilizzando moderne tecniche di localizzazione dei noduli polmonari, anche di dimensioni inferiori al cm (iniezione e centratura sotto guida Tac dei noduli con radionuclidi marcati con Tc ed identificazione intraoperatoria con sonda PROBE), tanto che, ad oggi, circa il 90% delle metastasectomie polmonari vengono eseguite con approccio mini-invasivo. La Chirurgia Robotica viene riservata ai pazienti con metastasi polmonari e linfode-



nopatie, soprattutto ilari per ottenere sempre in sicurezza e con approccio mini-invasivo, una radicale resezione linfonodale. Grazie al Robot Da Vinci è possibile utilizzare anche la funzione "Fluorescenza", che consente la visualizzazione in negativo dei noduli da resecare, dopo iniezione in sala operatoria e.v. di verde di indocianina, un colorante che si lega alle proteine del plasma sanguigno e perfonde i tessuti (Fig. 1).

La sopravvivenza a 5 anni dei nostri pazienti è risultata del 54%.

Dall'analisi dei fattori prognostici del nostro dataset è emerso che: uno stadio avanzato (III-IV) del primitivo colico, dimensioni maggiori della metastasi, un numero >1 e l'assenza di chemio-terapia adiuvante impattano negativamente sulla sopravvivenza.

Quarantatre pazienti nel corso del follow-up hanno presentato una nuova localizzazione polmonare di malattia, 39 di loro sono stati sottoposti a re-intervento (intervallo di circa 16 mesi tra le due operazioni) con ottimi risultati in

termini di sopravvivenza.

Un'accurata gestione del paziente neoplastico, un follow-up attento ed una gestione multidisciplinare della patologia metastatica, possono garantire un'ottima sopravvivenza a 5 anni ed un'eccellente qualità di vita. Gli ottimi risultati oncologici e il basso tasso di complicanze rendono la chirurgia mini-invasiva delle metastasi polmonari un'arma eccellente nel controllo del cancro del colon-retto metastatico.

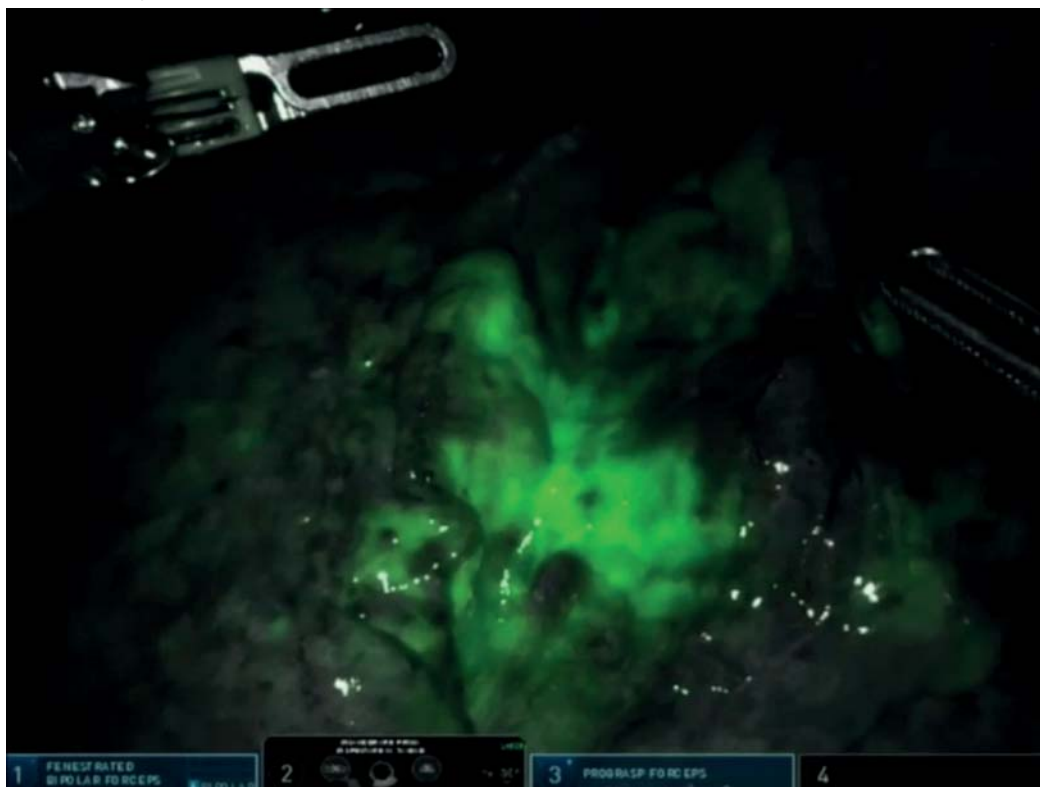


Figura 1

Terapia con Edaravone: novità nella SLA

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una patologia neurodegenerativa caratterizzata dalla coesistenza di segni e sintomi legati alla degenerazione dei motoneuroni superiori (corticali) e inferiori (delle corna anteriori del midollo spinale e dei nuclei motori del tronco encefalico), con ingravescente perdita di forza in tutta la muscolatura volontaria preposta in primo luogo al movimento, ma anche a funzioni vitali come deglutizione, fonazione e respirazione. Ha un'incidenza di 1-3 casi/100.000 abitanti, il 50% di mortalità entro 3 anni dall'esordio e si può presentare in forma sporadica, con maggior frequenza, oppure familiare. Circa il 20% delle forme genetiche ed il 5% di quelle sporadiche è dovuto a mutazione nel gene che codifica per l'enzima superossidodismutasi (SOD1) localizzato sul cromosoma 21. La SOD1 è un importante enzima antiossidante che gioca un ruolo chiave nella clearance delle specie reattive dell'ossigeno e, se mutata, può formare aggregati proteici citotossici, responsabili verosimilmente della perdita della funzione antiossidante oppure può acquistare una funzione citotossica, con conseguente possibile incremento dei livelli di stress ossidativo.

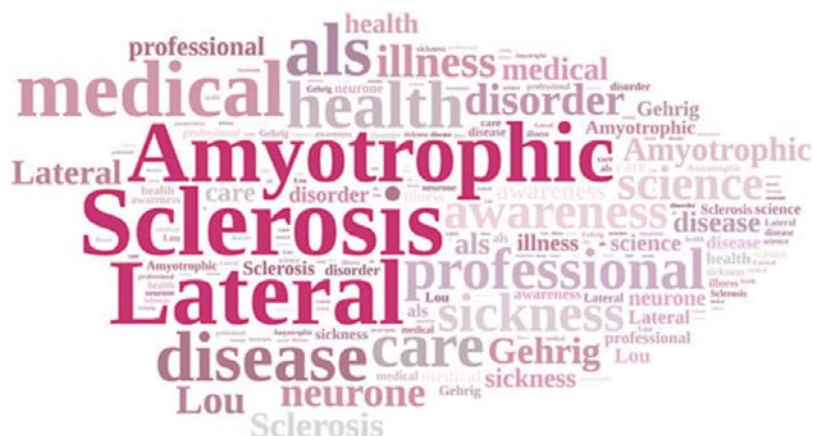
Sulla base della teoria dell'ec-citotossicità glutammatergica, una delle ipotesi patogenetiche più accreditate, il **Riluzolo**, farmaco ad azione antilutammatergica, è stato il primo farmaco ad essere approvato

M.R. Maluccio - C. Pecori - C. Frittelli - I. Righini - C. Rossi - R. Galli UOC Neurologia, Dip. Spec. Mediche, Area Omogenea Pat. Cerebro e Cardio Vascolari, USL Toscana Nord-Ovest, Osp. Pontedera **G. Sibilia - R. Andreini** Area Deg. Mediche, UO Med. Generale, USL Toscana Nord-Ovest, Osp. Pontedera **C. Simoncini - E. Schirinzi - G. Siciliano** Centro Mal. Neuromuscolari Dip. Med. Clinica e Sperim. UO Neurologia AOUP **C. Guidi** Coord. infermieristico, Day Service-Area Med., USL Toscana Nord-Ovest, Osp. Pontedera **R. Colombai** Dir. PPOO Pontedera e Volterra

dapprima in USA e, a partire dal 1996, in Europa e l'unico ad essere utilizzato per tanti anni, mostrando un modesto incremento della sopravvivenza nei pazienti. Dal 1996 ad oggi sono state investigate oltre 60 molecole ma la maggior parte non ha dimostrato efficacia clinica: composti ad azione neuroprotettiva come il Litio; mediatori della neuroinfiammazione (colecicib, eritropoietina, glatilamer acetato); fattori neurotrofici (BDNF, IGF-1); altre molecole ad azione antilutammatergica (memantina, ceftriaxone) ed alcune molecole antiossidanti (coenzima Q10, creatina).

Tra i composti ad azione antiossidante, solo Edaravone, scavenger di radicali liberi come i perossidi lipidici ed i radicali idrossilici, ha dimostrato efficacia clinica in uno dei tre trials clinici di fase III che ha reclutato 137 pazienti ed è stato approvato per l'utilizzo nei pazienti con SLA da giugno 2015 in Giappone (Radicut). A seguito dell'approvazione del farmaco in USA da parte della Food&Drug Administration a maggio 2017 (Radicut/Radicava), in data 28/6/2017

l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha incluso Edaravone nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN, istituito ai sensi della legge del 23/12/1996 n. 648, per il trattamento dei pazienti con diagnosi definitiva o probabile di SLA che soddisfino selezionati criteri di inclusione. Tali criteri derivano dall'evidenza, dimostrata dallo studio giapponese di fase III, in doppio cieco, randomizzato verso placebo, eseguito dall'"Edaravone (MCI-186) ALS 19 Study Group", di un rallentamento nella progressione di malattia in pazienti con breve storia di malattia, lieve disabilità funzionale e normale funzionalità respiratoria. I criteri di inclusione prevedono: diagnosi di SLA definitiva o probabile secondo i criteri rivisti di El Escorial; età ≥ 18 anni; punteggio ≥ 2 in ogni item della scala validata come strumento di monitoraggio della progressione di disabilità (ALSFRS-r); capacità vitale forzata (CVF) $\geq 80\%$ del teorico; evidenza di progressione di malattia negli ultimi 3 mesi. Di recente è stato eliminato il criterio inerente la durata di malattia dall'esordio dei sinto-



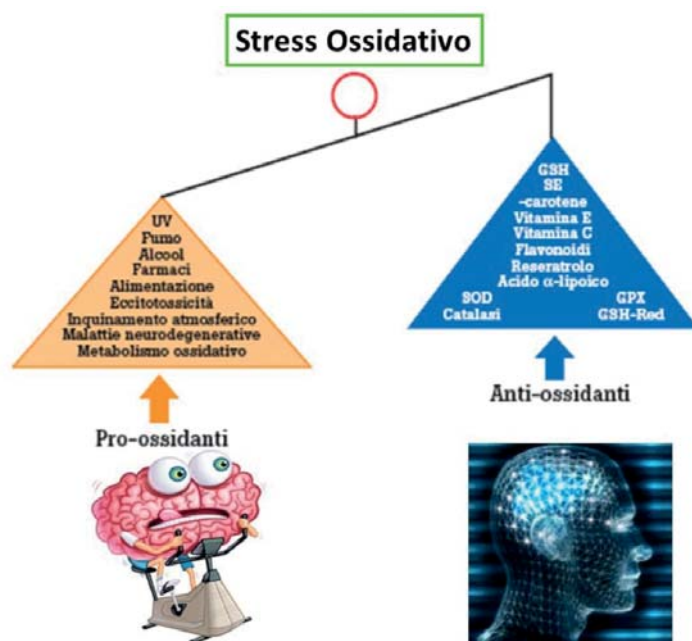
mi che doveva essere ≤ 2 anni. I criteri di esclusione comprendono: concomitanza con altre significative patologie neurologiche o neurodegenerative o ad altri organi e apparati; clearance della creatinina ≤ 50 mL/min; donne in stato di gravidanza; pazienti non in grado di comprendere o fornire un consenso informato al trattamento.

La prescrizione di Edaravone a totale carico del SSN avrà durata di 12 mesi, al termine dei quali AIFA rivaluterà la permanenza del medicinale nell'elenco n.648. Nel decreto AIFA dispone che la prescrizione avvenga tramite piano terapeutico e prescrizione da parte di strutture specializzate ospedaliere od universitarie o di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Nel registro online AIFA richiede per il monitoraggio l'inserimento, al basale e ogni 3 mesi, del punteggio ALSFRS-r, della CVF e del punteggio della scala sulla qualità della vita ALSAQ-5. Lo schema di trattamento prevede la somministrazione di Edaravone 60 mg (2 flaconi da 30 mg/100 ml) endovena in 60 minuti a cicli di 28 giorni: nel ciclo iniziale Edaravone viene somministrato per 14 giorni consecutivi seguiti da 2 settimane di pausa; dal secondo ciclo in poi la somministrazione avviene per 5 giorni consecutivi/settimana per 2 settimane, seguiti da due settimane di

pausa. A quasi un anno dall'introduzione di Edaravone in Italia, AIFA ha stabilito che la somministrazione potrà avvenire anche a domicilio dei pazienti ad eccezione del primo ciclo di somministrazione che dovrà essere eseguito obbligatoriamente in ambiente ospedaliero al fine di monitorizzare eventuali reazioni avverse quali reazioni allergiche, disfunzioni epatiche, sindrome nefrosica, alterazioni ematiche (piastrinopenia, granulocitopenia), coagulazione intravascolare disseminata, dispnea, insufficienza respiratoria e rabdomiolisi. Per tale motivo i pazienti devono sottoporsi ad esami ematochimici specifici e ad esame delle urine prima e subito dopo ogni ciclo di terapia. Prima dell'ini-

zio della terapia è richiesto che il paziente firmi un consenso informato nel quale risulti che lo stesso sia consapevole dell'incompletezza dei dati relativi a sicurezza ed efficacia del medicinale per tale indicazione terapeutica.

Dal mese di ottobre u.s. Edaravone (Critivon attualmente in uso) è disponibile presso il PO "F. Lotti" di Pontedera ed i pazienti possono ricevere le infusioni del farmaco presso l'Ambulatorio Terapeutico della U.O. Medicina Generale Setting 1 grazie alla stretta collaborazione tra il personale medico ed infermieristico della suddetta U.O. e la U.O.C. Neurologia. In virtù anche della stretta collaborazione con il Centro di Riferimento Malattie Rare-Centro per le Malattie Neuromuscolari dell'AOU, è già stato avviato il reclutamento dei pazienti (2 pazienti già avviati alla terapia ed un terzo in divenire). A breve, inoltre, testeremo su uno dei pazienti l'approccio domiciliare alla terapia dopo il primo ciclo ospedaliero, su esplicita richiesta dell'interessato, per il quale ancora di più è fondamentale l'approccio integrato anche con i MMG.



Cefalee emicraniche: nuovi farmaci e strategie

L'emicrania è una patologia neurologica cronica e ricorrente caratterizzata da crisi di cefalea, da moderate a gravi, spesso in associazione con una serie di sintomi associati di natura vegetativa. In genere il mal di testa è monolaterale (colpisce metà del capo) e pulsante, con una durata che può variare da 2 a 72 ore; i sintomi associati possono includere nausea, vomito, fotofobia (ipersensibilità alla luce), fonofobia (ipersensibilità al suono) e il dolore general-

mente si aggrava o è scatenato dall'attività fisica. Fino a un terzo delle persone con emicrania sperimentano l'aura: un disturbo transitorio visivo, sensoriale, motorio o del linguaggio che precede di poco il verificarsi di un episodio di mal di testa.

Le cefalee emicraniche sono causate da una combinazione di fattori ambientali e genetici: nel 60-70% dei pazienti è presente familiarità e le fluttuazioni dei livelli ormonali possono svolgere un ruolo. L'emicrania colpisce più uomini che donne

prima della pubertà, ma negli adulti le donne sono colpite da emicrania tre volte di più degli uomini.

L'esatta eziologia e fisiopatologia dell'emicrania non è nota; è ritenuta un disturbo di natura neurovascolare e la teoria più accettata indica in una maggior eccitabilità della corteccia cerebrale il *primum movens*, cui segue un'attivazione dei neuroni del dolore nel nucleo trigeminale del tronco cerebrale che provocano un'inflammatione sterile a livello cranico. In prati-



ca l'attacco di cefalea emicranica è una spia che si accende e dice al paziente di fermarsi perché in qualche modo le riserve sono esaurite, lo stress psicologico e/o fisiologico è troppo alto per lui in quel momento e che ha bisogno di staccare e riposare. Questo meccanismo di difesa diventa però qualche volta una malattia quando gli attacchi sono troppo intensi e frequenti, costringendo il paziente ad interrompere le attività in corso.

Il trattamento iniziale raccomandato per l'emicrania episodica è spesso un analgesico antinfiammatorio talora associato a un antiemetico per la nausea e si cerca di prevenire le situazioni ambientali scatenanti. Agenti più specifici come i triptani sia per os che per via sottocutanea possono essere utilizzati nelle forme con attacchi più gravi.

L'OMS colloca l'emicrania al settimo posto tra le principali cause di disabilità nel mondo, e al terzo posto considerando il solo sesso femminile. In uno studio del 2012 è stato stimato che in Europa il costo totale medio annuale pro-paziente per l'emicrania sia di circa 1300€. I costi indiretti rappresentano il 93% di tale somma, per ridu-

zione di produttività e per assenza dal lavoro.

La Classificazione Internazionale delle Cefalee (2013) definisce la **cefalea cronica** quando il dolore è presente per più di 15 giorni al mese da almeno 3 mesi; il criterio, dunque, di identificazione della cronicità è anamnestico e fa riferimento ad un criterio cronologico longitudinale di ricorrenza.

La progressione verso la forma cronica avviene ogni anno in circa il 2,5-3% dei pazienti con **emicrania episodica**, tale percentuale apparentemente non elevata si traduce invece in numeri epidemiologicamente rilevanti tenendo conto che l'emicrania originariamente episodica occorre nel 15% della popolazione generale. Le cefalee croniche includono l'emicrania cronica, la cefalea di tipo tensivo cronica, la cefalea a grappolo cronica ed altre forme più rare ad esempio la cefalea ipnica. Esse rappresentano oltre il 30% dei pazienti afferenti ai Centri Cefalee dei grandi ospedali come Pisa e costituiscono una sfida significativa perché richiedono l'applicazione di terapie articolate e complesse finalizzate a ridurre la quantità di tempo "con cefalea" del paziente.

L'emicrania cronica è la forma di più frequente riscontro ed è caratterizzata da un quadro cefalalgico ricorrente almeno 15 giorni al mese da almeno tre mesi, avente per almeno 8 di questi giorni le caratteristiche dell'emicrania, vale a dire dolore pulsante peggiorato dall'attività fisica di routine e associato a sintomi quali nausea/vomito e fastidio per i suoni e per la luce. Quasi sempre la diagnosi di emicrania cronica avviene in pazienti con precedente storia clinica di emicrania episodica, vale a dire con frequenza inferiore a 15 giorni al mese. Con l'evoluzione verso la cronicizzazione del disturbo, la cefalea tende a perdere le caratteristiche tipiche della forma episodica, potendo assumere anche caratteristiche proprie di altre cefalee primarie come la cefalea tensiva e può risultare pertanto più difficile da diagnosticare.

Le principali cause di cronicizzazione dell'emicrania ovvero della sua trasformazione da forma episodica in cronica sono ipertensione arteriosa, obesità, disturbi del sonno (sindrome delle apnee ostruttive in sonno, sindrome delle gambe senza riposo, insonnia), sindromi dolorose croniche (fibromialgia,

LE TERAPIE FARMACOLOGICHE IN USO

Terapie farmacologiche sintomatiche	- Antinfiammatori (es. <i>Ibuprofene</i>) - Antiemetici (es. <i>metoclopramide</i>) - Antidolorifici (es. <i>paracetamolo</i>) - Triptani (es. <i>Almotriptan</i>)
Terapie farmacologiche preventive	- Antidepressivi (es. <i>Amitriptilina</i>) - Antiepilettici (es. <i>Topiramato</i>, <i>Valproato</i>) - Calcio antagonisti (es. <i>Flunarizina</i>) - Beta-bloccanti (es. <i>Inderal</i>) - Tossina Botulinica (<i>OnabotulinumtoxinA</i>)

LE TERAPIE FARMACOLOGICHE FUTURE

Nuove terapie di precisione sintomatiche	- Gepanti (<i>Rimegepant</i>, <i>Ubrogepant</i>) - Agonisti F1 Serotonina (<i>Lasmiditan</i>)
Nuove terapie di precisione preventive	- Anticorpi monoclonali (<i>Fremanezumab</i>, <i>Galcanezumab</i>, <i>Eptinezumab</i>, <i>Erenumab</i>)

dolore lombare cronico), disturbi dell'umore e d'ansia ed eccessivo uso di farmaci sintomatici. Nei pazienti con emicrania cronica e abuso di farmaci sintomatici è essenziale per riportare il pattern cefalgico da cronico a episodico interrompere l'utilizzo di tali farmaci, che peraltro possono essere gravati da importanti effetti collaterali nel contesto di un elevato e ripetuto numero di assunzioni. I protocolli di desensibilizzazione/detossificazione usati nella maggior parte dei Centri Cefalee prevedono l'impiego a questo fine di terapia corticosteroidica associando un farmaco di prevenzione come topiramato, valproato, amitriptilina, flunarizina e betabloccanti. Di più

recente introduzione, e con approvazione esclusiva nell'ambito delle cefalee, per il trattamento dell'emicrania cronica, è la terapia con tossina botulinica che prevede sedute iniettive ogni tre mesi.

Negli anni recenti sono stati pubblicati vari studi con differenti farmaci: anticorpi monoclonali (AM) per il trattamento preventivo ed altre molecole più semplici per il trattamento estemporaneo del singolo attacco.

Tre degli AM studiati agiscono sul CGRP, cioè il Peptide correlato al Gene per la Calcitonina liberato dalle terminazioni trigeminali all'inizio dell'attacco di emicrania: Fremanezumab, Galcanezumab ed Eptinezu-

mab; un quarto AM, l'Erenumab agisce invece direttamente bloccando i recettori per il CGRP: tutti questi monoclonali hanno dato prova di efficacia in studi su larga scala riducendo di 5-6 giorni al mese i giorni con cefalea, mediante unica somministrazione mensile sottocute e negli USA sono stati già approvati tutti pochi mesi fa dall'FDA con l'eccezione dell'Eptinezumab che nel 2019 potrebbe avere via libera.

Correlati sempre al CGRP sono un gruppo di farmaci definiti GEPANTI che bloccano il recettore del CGRP abortendo l'attacco emicranico, in modo simile a quello che fanno i triptani in commercio da anni i quali agiscono come agonisti





sul recettore della serotonina, in questo caso stimolando il recettore stesso e provocando una vasocostrizione: questo effetto blocca l'attacco di emicrania ma è un limite per i triptani che sono controindicati nell'ipertensione e nei pazienti con problemi circolatori cardiaci e cerebrali. I GEPANTI come Rimegepant ed Ubrogapant non sono vasocostrittori ma modulano la vasodilatazione provocata dal CGRP, con parziale blocco del recettore

di questo peptide: in sostanza questi farmaci supererebbero i limiti che hanno i triptani, non avendo un effetto marcato di vasocostrizione ma esercitando solo una modulazione della vasodilatazione. Infine sul versante sempre della serotonina è in fase avanzata un agonista della serotonina che agisce sui recettori 1F esercitando solo una debole azione di vasocostrizione e quindi riducendo nettamente i rischi della vasocostrizione.

In conclusione il 2019 dovrebbe

portare grosse novità nell'area delle cefalee con l'uso degli anticorpi monoclonali per la prevenzione degli attacchi: le valutazioni EMA-AIFA sui rapporti costo/beneficio potranno ritardare l'arrivo di questi farmaci innovativi, ma certamente non in modo definitivo. Per le altre molecole che agiscono sul singolo attacco, ancora bisogna attendere ma la prospettiva è sicuramente positiva a medio-breve termine.

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

La gestione del dolore al DEA. Tributo al Prof. Domenico Gioffrè

Nel 2010 è stata promulgata la legge n. 38 concernente le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010). Si tratta di una legge, fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, al fine di "assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze". Nell'articolo 7 della suddetta legge si pone l'obbligo di "riportare all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito". In altre parole, in un solo articolo si concentrano le buone pratiche per una corrette

ta gestione del dolore, in qualunque contesto sanitario, persino in quello complesso come il pronto soccorso e, più in generale, il Dipartimento di Emergenza - Accettazione.

Ispirati da tali principi, al DEA di Pisa cerchiamo di affrontare e gestire il sintomo più frequente (fino al 70% degli accessi in Pronto Soccorso) che spinge le persone a rivolgersi a noi.

Negli anni abbiamo, quindi, cercato di mettere a punto una serie di strategie col fine di gestire al meglio il "dolore inutile": dolore acuto, dolore cronico riacutizzato, dolore da procedura.

Attraverso la formazione del personale (medici, infermieri ed OSS) abbiamo portato avanti una campagna di sensibilizzazione al tema dolore che ha creato una sinergia tra le figure professionali: l'infermiere e l'OSS si sentono in dovere, non solo di misurare il dolore del paziente, attraverso l'uso di scale adeguate, e di riportarlo al medico che provvede al suo trattamento, ma di iniziare già a tratta-

re il dolore attraverso una presa in carico precoce. E' così che nasce la PO6, che prevede il trattamento del dolore al triage, direttamente da parte dell'infermiere: attraverso un questionario, il paziente viene considerato idoneo a ricevere un farmaco antidolorifico prima che il medico lo visiti, garantendo, così, la soddisfazione dei bisogni primari e il controllo dell'evoluzione della situazione clinica.

Al DEA di Pisa accedono circa 10000 bambini l'anno; nel 60% dei casi per dolore acuto di qualunque natura; mentre nel 20 - 40% il dolore è provocato dalle procedure, a fini diagnostici o terapeutici, eseguite in DEA.

Diventa, allora, fondamentale pensare ad un percorso per il bambino, che vada dal triage al pronto soccorso, che assicuri il pieno controllo del sintomo dolore.

Dal 2013 il Pronto Soccorso di Pisa aderisce al progetto P.I.P.E.R. (Pain in Pediatric Emergency Room) di cui fanno parte oltre 35 ospedali italiani, sia pediatrici che generali: l'impegno è quello di migliorare la gestione del dolore nei bambini che accedono al Pronto Soccorso, dalla fase di triage alla dimissione; tutto questo attraverso la stesura di raccomandazioni, la realizzazione di materiale divulgativo e la promozione di corsi di formazione locali.

Il DEA di Pisa ha dato il suo contributo partecipando alla stesura di alcune delle raccomandazioni sul trattamento del dolore pediatrico; inoltre, a partire dal 2018, nell'ambito della riorganizzazione del Pronto Soccorso pediatrico, ha iniziato la formazione di medici e specializzandi di pediatria, nonché infermieri pediatrici, per fornire le



basi per un adeguato trattamento del dolore in Pronto Soccorso.

Secondo uno dei più noti medici d'urgenza americani, Scott Weingart, il medico d'urgenza "salva vite, talvolta dà una buona morte" volendo sottolineare che anche nel fine vita un medico d'urgenza può fare molto per il paziente e che l'emergenza è "la vita fino alla fine". Molto spesso in Pronto Soccorso e, in generale, nel DEA, ci troviamo a gestire le ultime ore di pazienti che, giunti al termine della loro agonia, vedono nel DEA quel posto sicuro dove, per un riflesso etologicamente acquisito, si ripongono tutte le speranze.

Per questo, nel reparto di Medicina d'Urgenza, sono ormai consolidate buone pratiche che garantiscono nel fine vita, attraverso un'integrità e unità di intenti di tutto il personale, una rimodulazione dei piani di lavoro e assistenziali, per assicurare il rispetto della dignità del paziente morente; inoltre è in uso un protocollo di sedazione palliativa terminale, in perfetto accordo con la nuova

legge 219/2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", così "vicina" per contenuti alla legge 38 perché garante dei diritti fondamentali dell'essere umano: libertà, dignità, integrità.

In questi anni di lavoro ci ha sempre accompagnati, consigliati e supportati il professor Domenico Giofrè, a cui è dedicato questo breve articolo. Purtroppo, l'amico Domenico, il 26 ottobre di quest'anno, dopo una breve malattia, ci ha lasciati.

In prima linea nella lotta al dolore, Domenico Giofrè, docente di "Bioetica del dolore e delle cure di fine vita presso l'Università di Pisa, direttore del Centro regionale toscano "Contro il dolore inutile" presso l'Azienda Ospedaliera e Universitaria Pisana, si è sempre battuto, sono sue parole, *"per ridurre il pesante fardello della sofferenza in chi quotidianamente affronta l'esperienza di malattia"*. Seppure schierato dalla parte di chi, nella relazione di cura, è più debole, Domenico Giofrè si è sempre posto, nei confronti di noi

operatori sanitari, in maniera collaborativa e non accusatoria, riuscendo, così, a dare impulso e a creare una coscienza su un tema che permea il quotidiano di noi professionisti dell'urgenza.

Dalla promulgazione della legge 38 ad oggi, insieme a Domenico Giofrè, abbiamo ragionato su come applicare al meglio tale legge, giungendo a promuovere una serie di iniziative, in parte descritte nel presente articolo, che dessero una risposta concreta ai bisogni del paziente, nel rispetto della sua dignità e libertà.

Proprio in questi mesi, con l'entusiasmo trasmesso da Domenico Giofrè, con lui ci accingevamo a ragionare sui contenuti della legge 219/2017, cercando insieme il modo migliore per applicarla e dare la più ampia diffusione al tema del fine vita.

L'unica consolazione alla perdita di una persona cara e preziosa, resta quella di trarre dalla sua umanità e dedizione un esempio per una medicina umanizzata, raccogliendo il testimone della lotta al "dolore inutile".



Parkinson: passato e futuro. Vecchie certezze, nuovi orizzonti

La Malattia di Parkinson è una patologia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta e progressiva, che coinvolge principalmente alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. Fu James Parkinson, un farmacista chirurgo londinese, che nel 1817 per primo descrisse gran parte dei sintomi della malattia nel famoso "Trattato sulla paralisi agitante". La malattia si riscontra nel 3 per mille della popolazione generale e circa nell'1% di quella sopra i 65 anni. In Italia i malati di Parkinson sono circa 300.000, con età d'esordio compresa fra i 59 e i 62 anni, ma circa il 5 % dei pazienti può presentare un esordio giovanile tra i 21 ed i 40 anni.

La Malattia di Parkinson è causata dalla progressiva morte dei neuroni della sostanza nera, una piccola zona del mesencefalo che, attraverso il neurotrasmettitore dopamina, controlla

i gangli della base (nuclei caudato, putamen e pallido), i quali partecipano alla corretta esecuzione dei movimenti. Vi sono diversi meccanismi proposti per cui le cellule cerebrali, nella malattia vanno incontro a morte. Uno di questi prevede che un accumulo anormale della proteina alfa-sinucleina, legata alla ubiquitina, danneggi le cellule. Questa proteina insolubile si accumula all'interno dei neuroni formando delle inclusioni, chiamate corpi di Lewy. La Malattia di Parkinson si manifesta quando la produzione di dopamina nel cervello cala consistentemente. E' stato dimostrato che i sintomi iniziano a manifestarsi quando sono andati perduti circa il 50-60% dei neuroni dopaminergici.

I principali sintomi motori della malattia di Parkinson sono il tremore a riposo, la rigidità, la bradicinesia (lentezza dei movimenti automatici) e, in una fase più avanzata, l'instabilità posturale (perdita di equilibrio); questi sintomi si presentano solitamente in modo asimmetrico, con un lato del corpo è più interessato dell'altro.

Tuttavia ci sono dei piccoli segnali che si manifestano anche molti anni prima della comparsa della Malattia di Parkinson e possono aiutarci ad identificarla precocemente: tra questi i più importanti sono la perdita del senso dell'olfatto, la stipsi e i cambiamenti di umore e personalità come il manifestarsi dell'ansia nelle situazioni nuove, il ritiro sociale e la depressione. Ma il più importante tra questi sintomi premotori è certamente rappresentato dal Disturbo Comportamentale del sonno REM (REM Behavior Disorder- RBD), un disturbo del sonno caratterizzato da movimenti bruschi, soprattutto di aggressione e/o difesa, somniloquio o grida che accompagnano la fase onirica del sonno in cui solitamente si ha una completa atonia muscolare che appunto non si ve-

rifica nei soggetti con tale disturbo. Circa il 40% delle persone con RBD può sviluppare il Parkinson, addirittura a dieci anni di distanza dal manifestarsi dei primi sintomi. L'individuazione di questi segnali ha un'importanza rilevante al fine di identificare soggetti a rischio in fasi molto precoci, potenzialmente trattabili con terapie in grado di modificare la progressione della malattia. In questa prospettiva appare essenziale avere strumenti che individuino nel contesto di questi soggetti a rischio quelli con maggiore probabilità di sviluppare, possibilmente anche in tempi ravvicinati, la malattia conclamata, poiché questa popolazione di soggetti potrebbe beneficiare di potenziali trattamenti in grado di rallentare la progressione di malattia o addirittura di prevenire la conversione da una forma premotoria ad un fenotipo di malattia completo.

La diagnosi della Malattia di Parkinson si basa essenzialmente su criteri clinici e su indagini strumentali come Risonanza Magnetica Nucleare (RM) e PET con Fluorodeossiglucosio che pos-





sono essere utili per escludere numerose altre patologie che potrebbero avere sintomi simili pur avendo geni differenti. Al fine di poter individuare precocemente soggetti a rischio di sviluppare la malattia di Parkinson recenti studi che hanno visto il gruppo pisano in prima fila hanno dimostrato che mediante la RM è possibile visualizzare direttamente la sostanza nera apprezzandone perfino alterazioni come l'accumulo di un pigmento chiamato neuromelanina, l'accumulo di ferro e/o l'atrofia. Anche la SPECT con DaTSCAN è in grado di confermare o escludere la compromissione del sistema dopaminergico anche in uno stadio precoce di malattia, tuttavia si tratta di un esame che prevede l'esposizione a radiazioni per cui, se può essere ancora considerato un test di conferma nel sospetto clinico di malattia di Parkinson, non può essere considerato come uno strumento ideale da applicare

su vasta scala nella popolazione con sintomi premotori. La necessità di individuare soggetti in cui ancora il deficit motorio sia ancora inespresso è intimamente legata ai risultati e le speranze che provengono dagli studi sperimentali in corso in pazienti affetti da malattia di Parkinson iniziale con terapie "disease-modifying" indirizzate verso alcuni specifici bersagli molecolari. Tra i vari potenziali bersagli è stata individuata l' α -sinucleina, il cui accumulo intracellulare rappresenta un "marchio" patologico di malattia. In modelli animali si stanno sperimentando molte strategie che impediscano l'aggregazione delle fibrille di sinucleina fino alla costituzione di ammassi intracellulari che precipitano danneggiando il neurone, ma questi studi non sono ancora giunti alla fase di sperimentazione umana. La strategia farmacologica più incoraggiante è rappresentata dalla stimolazione del si-

stema immunitario con conseguente "clivaggio" della sinucleina dalla cellula. Questo risultato può essere ottenuto inoculando frammenti di sinucleina nel paziente così da indurre una reazione immuno-mediata verso la sinucleina con un meccanismo simile a quanto si verifica con la vaccinazione con virus attenuati o con antigeni di provenienza virale o batterica. In una fase ancora più avanzata sono le strategie di immunoterapia passiva con anticorpi monoclonali diretti specificamente contro la sinucleina con l'obiettivo di impattare il processo neurodegenerativo di base, rallentandolo o perfino arrestandolo. Questi studi nella fase II di sperimentazione sui pazienti con malattia di Parkinson sono in corso anche in Italia dove altre due sedi oltre al centro di Pisa sono coinvolte in questa "avventura" farmacologica, i cui risultati saranno disponibili non prima di 3-4 anni.

George Orwell "1984"

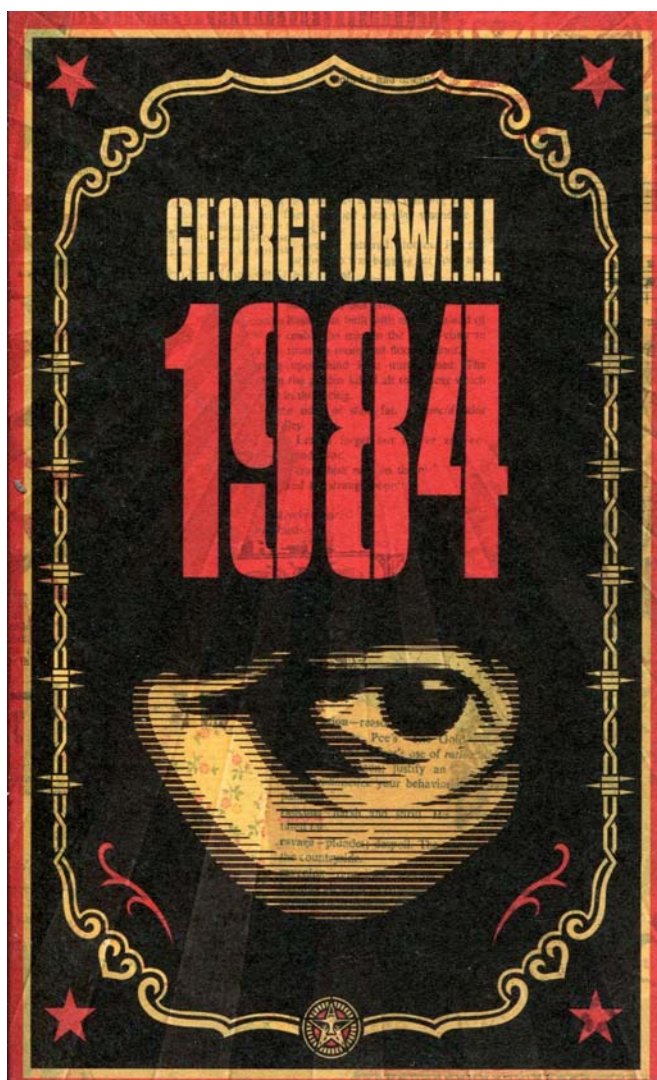
Giulio Gabriel Verne nel 1865 scriveva il romanzo "Dalla Terra alla Luna" nel quale anticipava di oltre cento anni lo storico e reale allunaggio avvenuto poi il 20 luglio 1969 quando con la missione "Apollo 11" Neil Armstrong mise per la prima volta piede sulla luna. Ma Verne non fu il solo ad anticipare fatti che si sarebbero poi dimostrati accadere... anche George Orwell nel 1949 pubblicò "1984" romanzo nel quale il "Grande Fratello" teneva capillarmente sotto controllo la vita dei cittadini affinché questi non commettesse atti contrari al regime. Poi nell'anno 2004 venne Facebook social media e social network aperto a tutti coloro che avessero almeno 13 anni, definito come il terzo sito internet più visitato al mondo dopo Google e YouTube. Nel 2018 sono stati ben 2,23 miliardi di utenti attivi, ovviamente è necessario registrarsi (gratuitamente) al sito per poter accedere inserendo i propri dati anagrafici (ma questo solo per favorire una maggiore autenticità chiarisce il sito web), poi da questo momento è possibile creare il proprio profilo personale dettagliando gusti, inclinazioni, orientamento politico religioso e sessuale, inserendo foto e molto altro. Nel 2013 furono rubati dagli hacker 318.000 credenziali d'accesso. Poi arrivò "Cambridge Analytica" (società di consulenza britannica) che nel marzo

2018 si è scoperto aver utilizzato in maniera illecita i dati di oltre 50 milioni di elettori americani profilandone psicologia e comportamento in base al monitoraggio delle loro attività su Facebook.

Poi il primo gennaio 2019 arrivò l'Agenzia delle Entrate con la "FATTURA ELETTRONICA" verso tutti, ma prima, il 15 novembre 2018 era arrivato anche l'ammonimento del Garante della Privacy: vi sono lacune di progettazione con cui l'Agenzia delle Entrate ha pensato il Sistema

di Interscambio, numerose le criticità sul fronte del trattamento dei dati personali, trasmissione e memorizzazione di una ingente mole di dati non direttamente rilevanti ai fini fiscali con le conseguenze per la tutela della riservatezza, anche delle strategie aziendali. Vediamo nel dettaglio cosa accade: l'Agenzia archivia la fattura elettronica nel formato xml (non cifrato) che contiene informazioni non necessarie ai fini fiscali, nella fattura sono elencati i beni ceduti, le prestazioni effettuate, gli sconti, le fidelizzazioni, le abitudini di consumo, i dati "particolari" come quelli contenuti e rilevabili dalle fatture elettroniche emesse dagli operatori sanitari e giudiziari, un trattamento massivo e informatizzato di dati accessibili tramite un applicativo web.... E quindi? Quindi per il 2019 niente fattura elettronica per gli operatori sanitari che inviano le proprie fatture tramite il Sistema Tessera Sanitaria, niente Banca Dati per tutte le fatture inviate all'Agenzia delle Entrate poiché in memoria potranno permanere solo i dati fiscali necessari per i controlli automatizzati e la necessità di cifrature dei dati per minimizzare i dati da memorizzare e per conformarsi agli obblighi di trasparenza e correttezza..... George Orwell aveva già previsto tutto....

(Fonte "Il Sole 24 Ore", Wikipedia)



Atlante di stomatologia

Confronto tra lesioni rosse benigne della lingua e localizzazioni neoplastiche maligne

Il presente capitolo propone una serie di esempi di DD tra lesioni rosse benigne singole e/o multiple soprattutto dei margini linguali e le possibili manifestazioni neoplastiche della lingua.

Glossite a carta geografica



Riscontro occasionale quando non associato a possibile fastidio urente e senso di "tensione" della lingua; aree eritematose multiple non infiltranti

Carcinoma squamoso margine linguale



Riscontro diagnostico spesso tardivo, con presenza di lesione rossa infiltrante, associata a dolore acuto, non urente, sanguinante alla palpazione; rara la plurifocalità del quadro clinico



Glossite a carta geografica

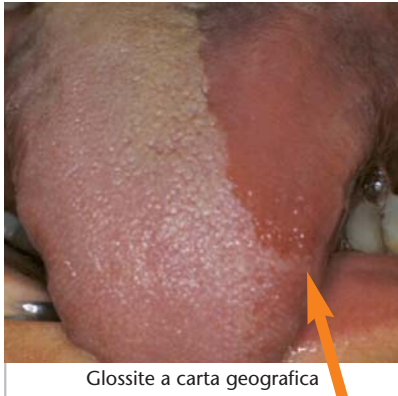
Talvolta la glossite a carta geografica si associa ai solchi della lingua scrotale, simulando un quadro di "ulcere" dolenti durante la masticazione di cibi caldi/piccanti



Carcinoma squamoso margine linguale

Talvolta il paziente può ignorare la presenza dell'ulcera neoplastica, imputando l'origine del dolore (non sempre associato alla masticazione) ai denti limitrofi

Le lesioni mucose del cavo orale



Glossite a carta geografica

Possibile variante che si manifesta con estesa area atrofica, asintomatica, a carico anche di un intero emisoma linguale, senza cercini bianchi di accompagnamento

Alla palpazione: lesione non dolorosa; assenza di infiltrazione; assenza di gemizio



Carcinoma squamoso margine linguale

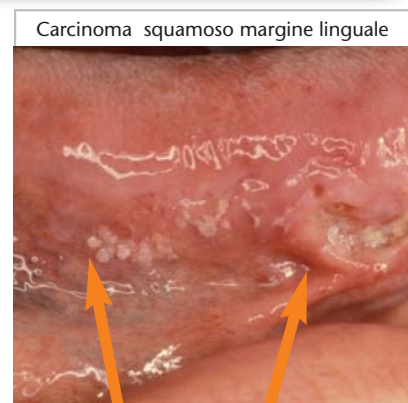
Area rossa, a bordi rilevati, talvolta ritenuta dal paziente di "recente" insorgenza

Alla palpazione: lesione dolente; infiltrazione sottomucosa; facile al sanguinamento



Pemfigo

Lesioni rosse multiple, dolenti, talvolta sanguinanti, estese alla quasi totalità della mucosa orale, non infiltranti; possibile scadimento delle condizioni generali per disfagia meccanica ed odinofagia



Carcinoma squamoso margine linguale

Ulcera principale associata a lesioni bianche minori di accompagnamento; possibile riscontro occasionale; momentanea assenza di disfagia meccanica e odinofagia



LPO



Carcinoma squamoso margine linguale

Area rossa coinvolgente entrambi i margini linguali, non sanguinante, dolente, senza infiltrazione, associata ad un quadro clinico generale simile al caso precedente di pemfigo: biopsia

Talvolta il paziente può confondere una simile manifestazione con un traumatismo accidentale non particolarmente dolente, almeno nelle fasi iniziali (a differenza del disturbo urente del LPO/pemfigo)

Come si evince dai casi clinici precedenti, il margine linguale rappresenta la sede più frequente di localizzazioni neoplastiche, spesso precedute da "ulcere" iniziali misconosciute o trascurate dal paziente.

Pertanto in caso di lesione ulcerata non infiltrante del margine linguale di n.d.d., si raccomanda un nuovo controllo non oltre i 15 giorni dopo un'eventuale amelooplastica/estrazione dell'elemento dentario considerato responsabile; tale norma vale soprattutto per le lesioni ulcerate superficiali e molto dolenti.



Ulcera a stampo



Ulcera neoplastica

Le lesioni mucose del cavo orale

Solamente dopo l'acquisizione di una buona padronanza nella diagnosi differenziale delle lesioni mucose, si consiglia una biopsia incisionale immediata per le forme ulcero-infiltranti di medie dimensioni (ISPEZIONE + PALPAZIONE); mentre per le piccole ulcere non infiltranti, asintomatiche, di probabile base traumatica (*morsicatio*) che non guariscono dopo 15-20 giorni, conviene effettuare una biopsia escissionale viste le dimensioni troppo limitate per un prelievo incisionale. Talvolta quest'ultima procedura può riservare spiacevoli sorprese come, per esempio, nei due casi seguenti:



Difetto mucoso non infiltrante, asintomatico, a riscontro occasionale, non sanguinante alla palpazione (traumatismo cronico): biopsia e diagnosi di

Displasia media

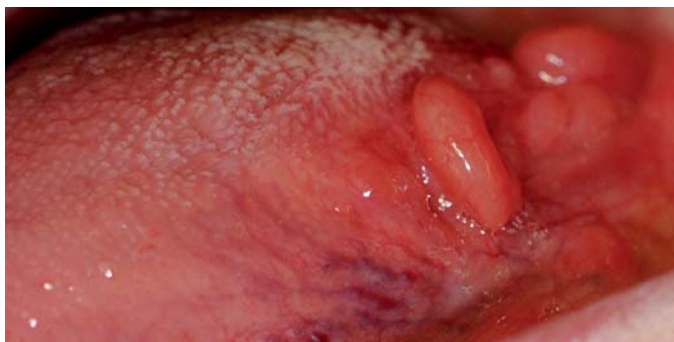


Difetto mucoso non infiltrante, asintomatico, non sanguinante alla palpazione, successivo ad un episodio isolato di *morsicatio*: biopsia e diagnosi di

Displasia medio-grave

A questo punto l'atteggiamento da assumere può essere duplice: immediato allargamento dei margini chirurgici, oppure follow-up stretto e successiva asportazione di eventuali recidive

Fino ad ora sono state prese in considerazione solo lesioni atrofiche e/o ulcerate dei margini linguali, alle quali vanno affiancate anche possibili manifestazioni ipertrofiche non meno infrequenti nella pratica quotidiana. A proposito di quest'ultimo aspetto, un possibile caso clinico, che talvolta allarma il paziente in maniera ingiustificata, può essere caratterizzato dal riscontro di una lesione ipertrofica, non infiltrante, non sanguinante, indolente, a carico del terzo posteriore di UN margine linguale, tipo la seguente:



Area ipertrofica non infiltrante, in prossimità del piede del pilastro tonsillare anteriore; scarsa sintomatologia, anche se talvolta il paziente riferisce un disturbo di tipo trafittivo durante gli atti della deglutizione

PUBBLICITÀ SANITARIA: LE VARIAZIONI CONTENUTE NELLA LEGGE DI BILANCIO

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 302 del 31 dicembre 2018 - Serie generale

LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.



525. Le comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al capo II della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività, comprese le società di cui all'articolo 1, comma 153, della legge 4 agosto 2017, n. 124, possono contenere unicamente le informazioni di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria.

536. In caso di violazione delle disposizioni sulle comunicazioni informative sanitarie di cui al comma 525, gli ordini professionali sanitari territoriali, anche su segnalazione delle rispettive Federazioni, procedono in via disciplinare nei confronti dei professionisti o delle società iscritti e segnalano tali violazioni all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ai fini dell'eventuale adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza. Tutte le strutture sanitarie private di cura sono tenute a dotarsi di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel quale hanno la loro sede operativa entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

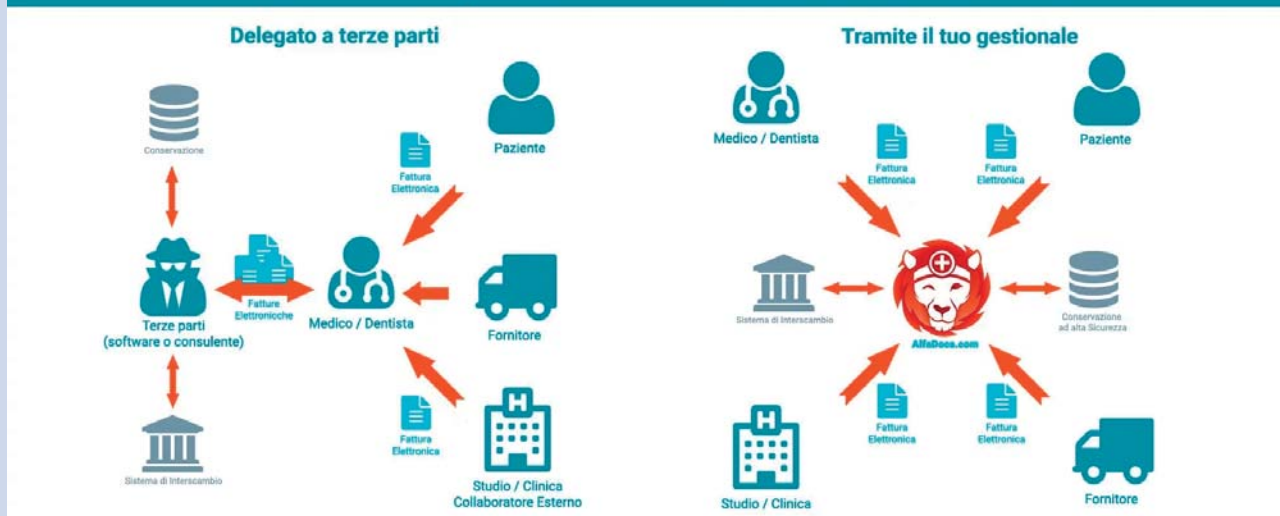
LA FATTURAZIONE ELETTRONICA: COMPITI PER GLI ODONTOIATRI

Sintesi dell'articolo di Norberto Maccagno (da Odontoiatria 33 del 03 Gennaio 2019)

La fatturazione elettronica

È un documento informatico, in formato XML, trasmesso per via telematica al Sistema di interscambio (SDI) dell'Agenzia delle Entrate che dopo averlo verificato e validato, lo invia al destinatario. Solo le fatture emesse in questo formato, validate dal SDI e recapitate, saranno considerate valide. Salvo le esenzioni previste.

Flussio invio semplificato Sistema TS e Fatturazione Elettronica



Dentisti

Il **maxi emendamento** proposto in extremis da Governo ha **portato sostanziali semplificazioni per i dentisti** (ma anche per medici e farmacisti) che non dovranno (per tutto il 2019) emettere fattura elettronica per tutte quelle fatture i cui dati andrebbero inviati al Sistema Tessera Sanitaria.

Quindi l'esenzione vale per tutte le fatture emesse nei confronti dei pazienti, compresi per quelli che si oppongono all'invio dei propri dati al STS.

Per loro si dovrà emettere fattura nel formato che già si utilizzava in precedenza.

Per queste non sarà comunque possibile emettere le fatture anche in formato XML ed inviarle allo SDI, come imposto dal Garante della Privacy. Salvo non si rientri tra i soggetti che possono aderire alla Flat Tax, **per tutte le altre tipologie di fatture che il dentista emetterà** - per esempio quelle di consulenza verso altri colleghi, verso le società titolari dello studio con cui collaborano, per le consulenze come CTU etc. -, dovranno essere in formato elettronico XML ed inviate al SDI.

Fatture ricevute

Tutti i soggetti con partita Iva (ma anche i privati) riceveranno dai propri fornitori fatture in formato elettronico, salvo questi non siano esonerati dall'emetterla (ad esempio il laboratorio o l'igienista dentale o l'odontoiatra che aderisce alla Flat Tax e che fattura allo studio dentistico).

Tutti i soggetti devono comunicare i propri fornitori dove verranno che le fatture elettroniche vengono recapitate: in una casella PEC oppure nel gestionale comunicando il codice di destinazione.

Nel caso non comunicate né casella di PEC o il Codice di Destinazione, la fattura sarà recapitata nel vostro cassetto fiscale nella vostra area riservata sul sito dell'Agenzia delle Entrate (Entratel).

I fornitori potranno consegnare, per praticità, al cliente una copia cartacea della fattura emessa ed inviata al SDI.

Conservazione elettronica

La gestione delle fatture elettroniche comporta la necessità di conservare elettronicamente il documento nel tempo, 10 anni (ma anche su questo non sembra vi sia univocità di interpretazione della norma). L'obbligo di conservazione elettronica riguarda, per ora, solo le fatture elettroniche e non anche i registri contabili e fiscali che restano vincolati alle precedenti regole di gestione.

Sanzioni

Per il **primo trimestre 2019** non si applicano sanzioni se la fattura è emessa con modalità elettronica entro il termine della liquidazione periodica dell'IVA (mensile o trimestrale).

Nel caso in cui la fattura sarà emessa tardivamente, ma entro il termine della liquidazione IVA del periodo successivo, le sanzioni saranno applicate con riduzione dell'80%.

Dal **primo luglio 2019** si avrà la possibilità di trasmettere le fatture elettroniche entro 10 giorni dall'effettuazione dell'operazione.



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

La robotica in chirurgia generale oggi

La robotica in chirurgia generale, è ormai considerata una tecnica di routine, con indicazioni sempre più ampie, tanto che ormai qualsiasi organo addominale e toracico può essere approcciato chirurgicamente con elevata percentuale di successo, mantenendo i benefici e i vantaggi della tecnica mini invasiva. Parlare di chirurgia robotica significa, in primis, parlare di innovazione tecnologica applicata. Per il chirurgo generale la chirurgia robotica non è altro che una forma di laparoscopia avanzata, che

ne conserva i vantaggi estetici e di decorso post operatorio, ma sfrutta proprio quanto viene offerto dall'innovazione tecnologica, per superarne le limitazioni tecniche, consentendogli di lavorare con maggior precisione, migliori risultati e di espandere le indicazioni.

Le versioni del robot da Vinci oggi in uso sono 2: l'Si e l'Xi. Di queste, la più recente, introdotta sul mercato nel 2014, offre vantaggi soprattutto in termini di maggiore flessibilità di utilizzo ed i benefici sono particolarmente evidenti nella chirurgia multi-

organo/multiquadrante in genere ed in particolare in colo-rettale. Il sistema è ibrido e composto da una porzione mobile rotante ed un supporto rigido, un'interfaccia guida paziente con pointer laser e funzione targeting, per una più facile una maggior flessibilità delle braccia robotiche che assicura una ridotta collisione degli strumenti, un sistema di videocamera, cavo fonte luce ed endoscopio integrati in un design portatile da 8 mm (camera "hopping"), che rendono il trocar dell'ottica intercambiabile. Inoltre già nell'anno immediatamen-



da Vinci[®] Si^{HD}™

SURGICAL SYSTEM



te successivo alla sua uscita, la casa produttrice ha rilasciato tutta una serie di nuovi strumenti capaci di offrire ulteriori e determinanti opzioni tecniche, le suturatrici meccaniche dotate di polso e direttamente controllate dal chirurgo, come nuovi dissectori, la tecnologia della fluorescenza, ottima per studi di perfusione intraoperatoria o di mapping linfonodale, il lettino operatorio integrato (da Vinci Table Motion) che comunica via blue-tooth con il robot consentendo di muovere il paziente con gli strumenti inseriti in addome, senza disconnettere il robot. Tutti questi strumenti sono atti a rendere varie fasi delle manovre chirurgiche sempre più precise, sicure e rapide. Nell'ottica di una giusta ottimizzazione delle risorse, l'organizzazione dell'attività è stata concepita fin dall'inizio con un approccio multidisciplinare, in maniera che i vari specialisti

coinvolti afferissero al centro, nell'ambito di un coordinamento centralizzato. Così, con oltre 1000 interventi chirurgici multispecialistici ogni anno, 3 sale operatorie attive tutti i giorni della settimana e la disponibilità di entrambi i sistemi robotici da Vinci, il Centro Multidisciplinare di Chirurgia Robotica di Pisa, diretto dalla Professoressa Melfi, è diventato oggi un punto di riferimento regionale, nazionale ed internazionale, per la chirurgia mini-invasiva robot-assistita. L'accesso al robot per la chirurgia generale non è stato immediato, perché in una fase iniziale il primo robot fu acquistato per la cardiocirurgia ed usato prevalentemente in chirurgia toracica. Così i primi interventi a Pisa di chirurgia generale robotica, iniziarono nel 2006 sotto la guida del Prof. Franco Mosca, con i Professori Pietrabissa e Boggi, con una attività progressivamen-

te cresciuta in maniera inarrestabile fino ad oggi e coinvolgendo un numero sempre maggiore di chirurghi.

Nel nostro attuale reparto di Chirurgia Generale Universitaria, a partire dal 2008 l'uso dei due sistemi operativi robotici, è stato applicato con successo dal Prof. Morelli (sotto la guida del quale 7 altri chirurghi strutturati hanno acquisito autonomia nell'eseguire interventi con il robot), per eseguire in totale ormai oltre 700 interventi, prevalentemente oncologici, in particolare su sistema epato-bilio-pancreatico, colon-retto, alte vie digestive, rene, surrene e retroperitoneo. Inoltre il nostro gruppo è stato il primo in Italia nel 2015, ad usare il da Vinci Xi e selezionato dalla casa madre del robot, come primo ed unico centro Europeo, per effettuare uno studio pilota con il da Vinci Xi.

Nell'ambito della chirurgia ge-



nerale, la tipologia di interventi che possono essere eseguiti con

tecnica robotica è molto variegata. In linea teorica infatti, tutti gli

interventi che fino ad oggi erano eseguiti con tecnica "a cielo



aperto" o in laparoscopia, possono essere valutati oggi per un eventuale approccio robotico. Nel tempo abbiamo imparato, da un lato a selezionare sempre di più gli interventi che nei vari ambiti potevano trarre i maggiori benefici, dall'altro a spingere sempre più le indicazioni, man mano che è stato sempre più chiaro che, più i casi sono complessi, maggiore è il potenziale beneficio con l'utilizzo del robot. Per esempio, riguardo alla **chirurgia del pancreas**, se all'inizio la scelta dei pazienti da portare alla robotica cadeva principalmente sulle neoplasie benigne, in particolare quelle cistiche, oggi molti casi di tumori maligni vengono operati in sicurezza con il robot, con un'estensione significativa delle indicazioni a casi sempre più complessi ed ottimi risultati post-operatori. Infatti, l'esperienza ormai di molti interventi eseguiti dice che, quando la tecnica è applicabile, la radicalità chirurgica è esattamente la stessa della chirurgia

tradizionale, con il vantaggio che il paziente sta bene e recupera prima, potendo affrontare più precocemente eventuali ulteriori terapie oncologiche.

Lo stesso vale per la **chirurgia del fegato**, in particolare dei tumori primitivi e ancora di più di quelli secondari. Infatti questi ultimi, in particolare le metastasi da tumori colo-rettali, frequentemente devono essere operati intervallando la chemioterapia alla chirurgia, e con accessi chirurgici ripetuti nel tempo, motivo per cui qualsiasi metodica in grado di minimizzare il trauma e consentire più rapidamente di tornare alle terapie oncologiche, può tradursi in un beneficio determinante per il paziente.

In ambito invece di **chirurgia colo-rettale**, molti dati di letteratura oggi confermano l'idea, che per gli utilizzatori è stata chiara fin da subito, che con il robot si lavora meglio nella pelvi, in particolare quando questa è stretta (sesso maschile), se il paziente è obeso e/o il tumore è

avanzato. In casi come questi infatti, mentre la laparoscopia pura può diventare quasi proibitiva, la disponibilità del robot consente oggi di poter offrire alla quasi totalità dei pazienti con tumore del retto (oltre il 90% dei casi), indipendentemente da sesso, peso corporeo o caratteristiche della neoplasia, un approccio mini-invasivo e conservativo dello sfintere.

Nel trattamento chirurgico dei **tumori renali** invece, se la nefrectomia standard può essere eseguita agevolmente in laparoscopia diventata ormai il gold standard, quando i tumori sono voluminosi e i pazienti presentano conformazioni anatomiche complesse, l'uso del robot può aiutare nel mantenere concreti i propositi di un approccio mini-invasivo. Nella nostra esperienza infatti, ad eccezione dei tumori del rene con trombosi cavale, la maggior parte delle neoplasie renali vengono operate in laparoscopia pura o robot-assistita (anche qui, oltre il 90% dei casi).





Inoltre, sempre in questo ambito, la chirurgia robotica è diventata ormai metodica di scelta laddove sia possibile una chirurgia conservativa, sempre più frequente grazie alla diagnosi precoce, laddove si riscontrino dei tumori renali che possono essere tolti, senza sacrificio dell'organo.

Nella **chirurgia del surrene**, anch'essa in genere ben approcciabile con laparoscopia pura, si è visto che quanto più il tumore è grande ed il paziente complesso, soprattutto a causa della frequente obesità viscerale, quanto più con la robotica, possiamo andare al tavolo operatorio consapevoli che il paziente arriverà al termine dell'intervento senza necessità di conversioni a cielo aperto.

Infine anche in **chirurgia gastrica e dello iato esofageo**, in particolare per il trattamento di tumori che prevedono fasi demolitive e ricostruttive complesse e per il trattamento delle ernie permagne, con necessità risalire molto in torace e di applicare

molti punti di sutura per la ricostruzione dello iato esofageo, il robot consente di ottenere ottimi risultati e di espandere l'opzione mini-invasiva ad un numero maggiore di casi.

Tutti questi tipi di intervento robotico, oltre che altri meno frequenti, vengono eseguiti routinariamente e con successo nel nostro reparto, come dimostrano il tasso di mortalità complessiva dello 0.001%, e risultati funzionali e oncologici estremamente soddisfacenti. A puro titolo di esempio di casi a maggior rischio oncologico, nella nostra casistica non è stata registrata nessuna recidiva locale post pancreasectomia (oltre 60 casi), post epatectomia (oltre 80 casi) in particolare per metastasi epatiche da colon-retto, post- nefrectomia parziale (oltre 110 casi), e solo 0.007% di recidiva locale post resezione rettale (considerando che, per frequenza di malattia, le resezioni colo-rettali hanno la numerosità maggiore, stimabile in circa

140 resezioni del retto ampollare e circa 40 resezioni di altri segmenti colici, principalmente il destro).

In sintesi, dopo anni di utilizzo, possiamo affermare con certezza che le principali conseguenze positive della disponibilità del Robot in sala operatoria, oggi, sono che esso consente: 1) di approcciare con tecnica mini-invasiva interventi che con la laparoscopia pura una volta non erano ritenuti fattibili; 2) di portare a termine con tecnica mini-invasiva interventi fattibili anche con laparoscopia tradizionale, ma talmente complessi da essere gravati da una elevata probabilità di conversione a cielo aperto durante la procedura (quindi ridurre i tassi di conversione e consentire ad una platea sempre più ampia di beneficiare di un approccio mini-invasivo); 3) di migliorare i risultati clinici di alcune procedure fattibili anche in laparoscopia; 4) di rendere più facile la formazione e l'apprendimento di giovani chirurghi.

Questo ultimo punto riveste un'importanza strategica per un reparto come il nostro che ha anche una missione formativa, in quanto universitario. Infatti se da un lato il robot riduce le curve di apprendimento di per sé, perché rende le manovre più semplici, dall'altro grazie alla disponibilità di una doppia console di comando, consente al chirurgo esperto di tutorare i novizi con grande sicurezza, con un meccanismo simile alla "scuola guida". Inoltre, sia presso il

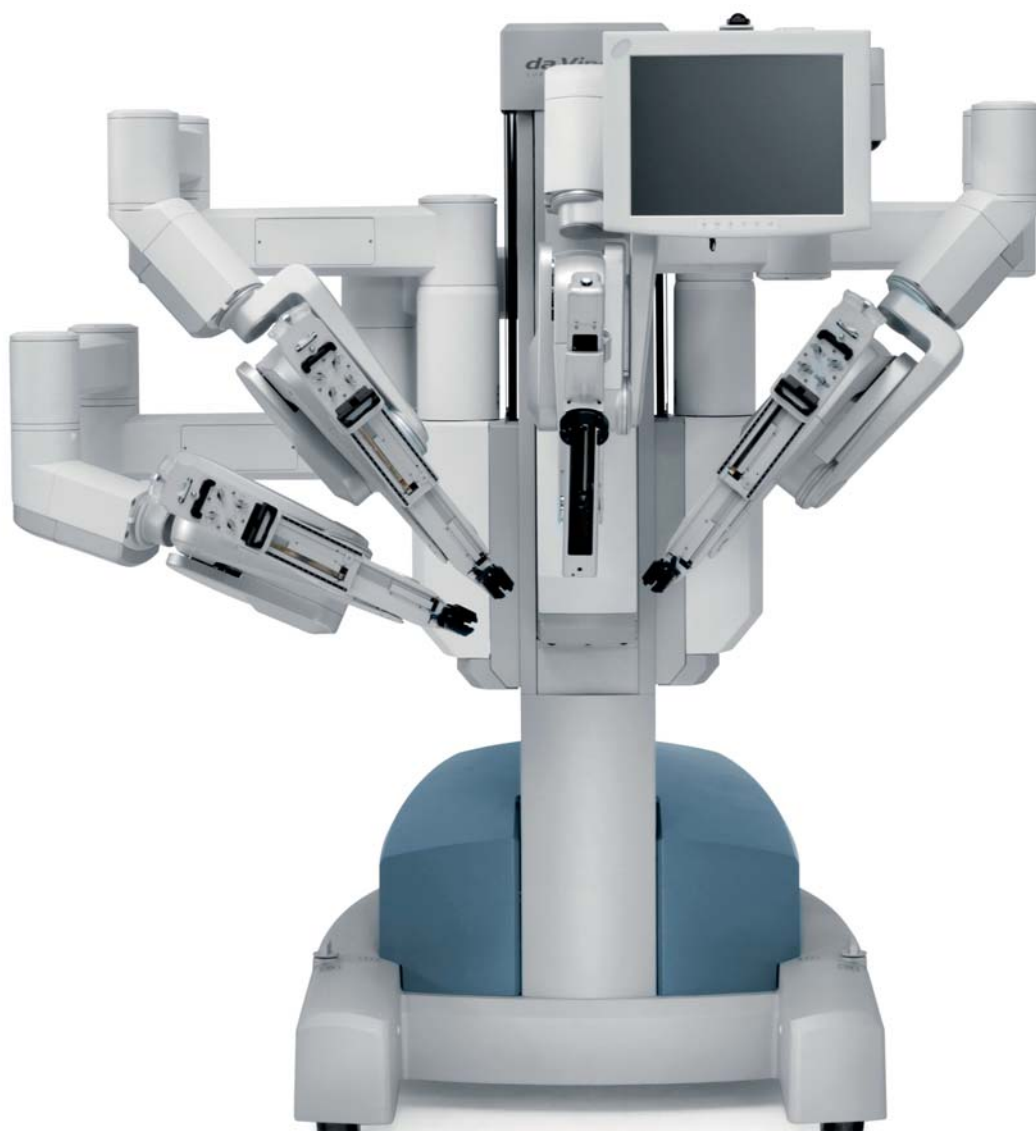
centro di Robotica, che presso il centro Endocas (www.endocas.org), sono disponibili dei simulatori dedicati, acquistati con il contributo della Fondazione Arpa (www.fondazionearpa.it), Presieduta dal Prof. Mosca, che consentono in una fase pre-operatoria, di esercitarsi e di eseguire corsi atti a acquisire le competenze di base, prima di accedere al vero

robot.

In conclusione, dati preliminari recentemente pubblicati dal nostro gruppo lasciano intravedere che molto di quanto abbiamo capito oggi sulla robotica, con studi randomizzati ed esperienze di singoli centri, si basa su dati raccolti a seguito di interventi eseguiti con il vecchio sistema, da chirurghi "robotici"

ancora in curva di apprendimento e che la disponibilità di nuovi robot che stanno per entrare in commercio, aprirà uno scenario totalmente nuovo negli prossimi anni.

Le prospettive quindi sono ancora più entusiasmanti e la sensazione degli addetti ai lavori è quindi che siamo solamente all'inizio.



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

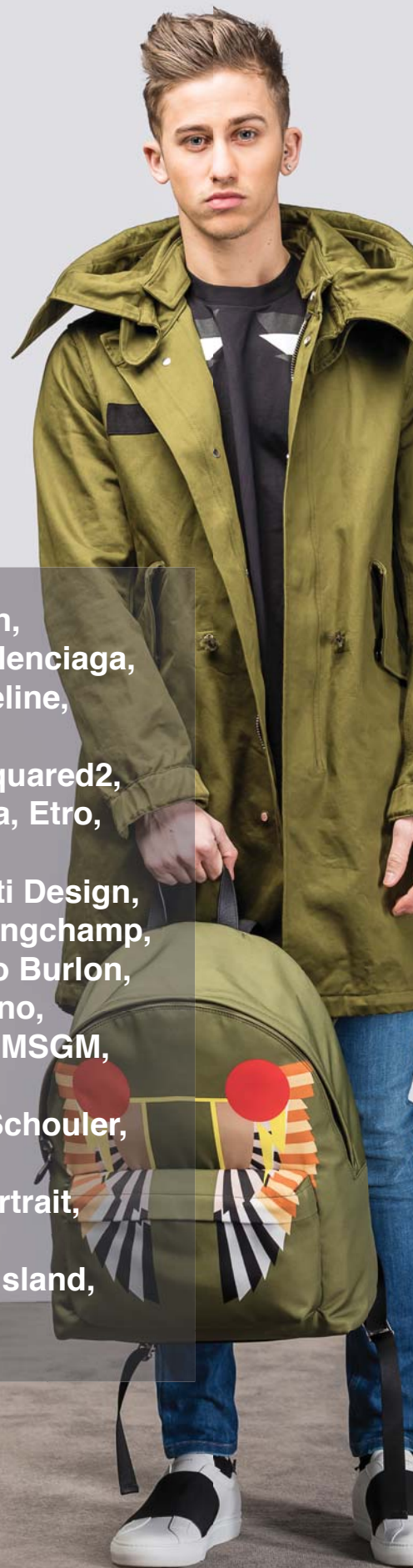
WEDGWOOD
ENGLAND 1759


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)