

PisaMedica

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



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - Stampe periodiche in Regime Libero 70%-DCB PO

in questo numero:

Il tumore del polmone: una malattia nuova?

G. Fontanini
Dip. Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare ed
Area Critica, Univ. Pisa

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

SLA: a Pisa lo studio dei "biomarcatori"

*C. Simoncini - G. Ricci - E. Schirinzi
L. Chico - A. Lo Gerfo - G. Siciliano*
Clinica Neurologica, AOUP



Borgo Stretto, 20 Pisa 050.542566 bbmaison1@outlook.it

ORCIANI forte_forfe

STUART
WEITZMAN

ROBERTO DEL CARLO

MALIPARMI

CHIE
MIHARA



Castaner

radà



Mes Demoiselles...
PARIS

Je suis le fleur



.....
Agli iscritti all'ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Pisa
sarà effettuato uno sconto del 15%
(Non cumulabile con altre promozioni)

L'Europa della salute può partire da Pisa

Esiste solo un'Europa delle Nazioni dopo ventisei anni dalla nascita della UE. Non ne esiste invece ancora una Politica e parimenti, per 500 milioni di persone, nemmeno una della Salute. Se la critica di fondo alla Sanità italiana, dopo 40 anni di Riforma Sanitaria, è di averne addirittura venti, una per Regione tanto sono diverse, preoccupante è che si voglia allargare il cerchio e pensare di costruire, magari anche rapidamente, un'Unione Europea con 27 Sanità differenti.

Le premesse, infatti, non sono confortanti. Si litiga praticamente su tutto e, di trovare un percorso comune in tema di salute, nessuno ne parla o ne vuole parlare concretamente. Siamo ormai forgiati, come medici italiani, a vivere l'avvilente differenza fra cittadini di una Regione e le altre. Ciò non toglie, che si debba rimanere insensibili di fronte alla stallo nella costruzione di quel mondo senza barriere per la tutela della salute di ogni cittadino europeo.

Ecco perché, alla vigilia d'una consultazione elettorale che s'annuncia quanto mai incerta e, comunque, destinata a mutare taluni assetti politici fino ad oggi consolidati, noi medici abbiamo il dovere di creare una forza trainante propositiva ed organizzativa che sia credibile e che faccia opinione. Un asse trasversale capace di coagulare i veri valori della nostra missione, in qualunque lingua. Sì, perché la salute non ha colori politici. Se non fossimo certi di tale realtà, avremmo fallito prima ancora di cominciare. Se, al contrario, ci ritenessimo sullo stesso piano, a qualunque nazione appartenessimo, avremo posto fin d'ora la prima pietra per costruire una casa comune.

Ci vogliono coraggio, determinazione ed umiltà: la scintilla per sedersi attorno al tavolo dell'Europa della Salute può nascere ovunque, anche in una semplice città di provincia, come ad esempio Pisa.

Perché non tentare?



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

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

Redazione
Via Battelli, 5 - 56127 Pisa
Tel. 050.579.714 - Fax 050.973.463
<http://www.omceopi.org>
e-mail: segreteria@omceopi.org

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

Editore & Pubblicità
Archimedia Communication s.r.l.
Via Crispi, 62 - 56125 Pisa
Tel. 050.220.14.80
Fax 050.220.42.80
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
Luminarprint srl

Foto di copertina
concessa da Gianfranco Borrelli

Pisa Medica Online

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

NORME PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI ARTICOLI SU PISAMEDICA

- Ogni elaborato, a carattere divulgativo, non dovrà superare i 5mila/5mila 200 caratteri (spazi compresi).

In allegato, si richiedono due tre foto HD inerenti la tematica.

- Ogni articolo dovrà riportare il nome o i nomi degli autori, con la relativa qualifica professionale e ruolo all'interno delle strutture sanitarie pubbliche o private.

- Per motivi di spazio, non sarà pubblicata la relativa bibliografia

- Gli articoli dovranno essere inviati via mail alla Segreteria dell'Ordine:

segreteria@omceopi.org ed in copia a *info@archimediapisa.it*

CANDIDATI STAGE

A partire dal Settembre 2019 e per tutto il 2020, il nostro Ordine organizza uno stage formativo, rivolto ad un numero massimo di 4 giovani medici iscritti, con la finalità di istituire una redazione giornalistica interna. Lo stage, avrà quali tutor, iscritti all'Ordine Nazionale dei Giornalisti. Tale iniziativa mira a rendere, in parte, autosufficiente la realizzazione del bimestrale "PisaMedica", sia cartaceo (per coloro che ne faranno richiesta) ma soprattutto per il formato ON-LINE. Lo stage, che è gratuito, avrà luogo presso Archimedia Communication Srl di Pisa da oltre un ventennio operante nel settore medico-scientifico e socio-sanitario, nazionale. Gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine che provvederà ad una prima selezione dei candidati.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: *info@archimediapisa.it*

COME RICHIEDERE PISAMEDICA 2019 IN CARTACEO

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.

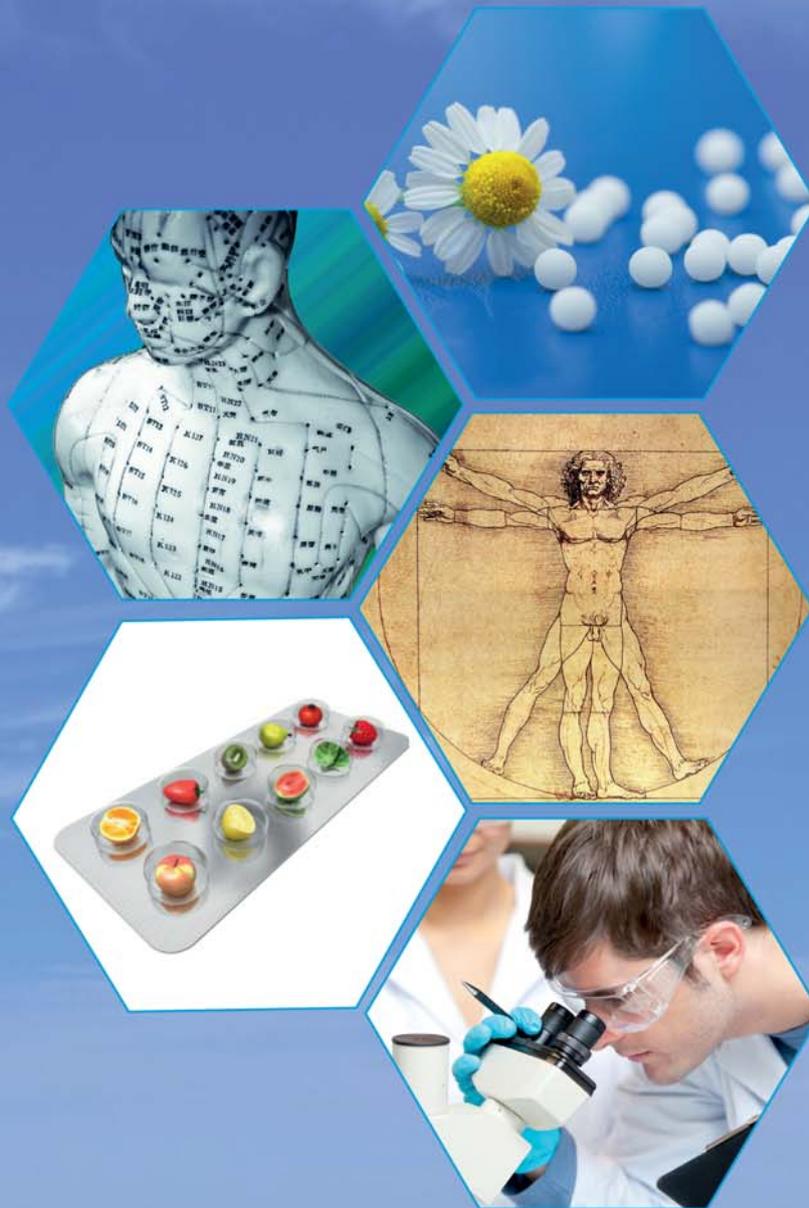
*Per quanti ne faranno espressa richiesta, sarà comunque possibile mantenere l'invio cartaceo del bollettino in abbonamento postale, compilando il modulo disponibile sul sito dell'Ordine e inviando la richiesta tramite fax al n 050.791.20.44 oppure tramite e-mail a *segreteria@omceopi.org**

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

Antibioticomania, allarme ingiustificato?

Gent.mo Direttore, in queste ultime settimane, i media italiani, ci stanno letteralmente terrorizzando per l'uso, o meglio abuso degli antibiotici. Un allarme che in verità è partito da tempo. Di sicuro sarà anche colpa di noi pazienti, sempre più propensi all'automedicazione in genere eccessiva. Ci siamo dimenticati il vecchio detto nei nostri nonni: "Il tuo corpo sa come difendersi". Ma siccome non possiamo o non vogliamo fermarci qualche giorno in più per dedicarci all'autocura, attraverso il riposo e terapie non "devastanti", si decide di andare a "sparare" ai passerotti con i cannoni. Una metafora questa che la dice lunga sull'inutilità del cannone/antibiotico ma non sul fatto che il "passerotto/virus" riuscirà nel volgere di breve tempo a dotarsi delle difese necessarie per non essere abbattuto. I media riportano a più riprese i dati a dir poco preoccupanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che **pone l'Italia tra i Paesi Europei con maggior consumo di antibiotici. Il doppio rispetto a Germania e Regno Unito. Da ciò ne consegue che la nostra popolazione** ha sviluppato la pericolosissima forma di farmaco-resistenza. Se poi si tiene conto che in moltissimi prodotti alimentari (ovini-suini-pollame-bovini e conseguentemente anche latticini/uova) si trovano tracce di antibiotici e dintorni, non possiamo certo meravigliarci se quelle che un tempo venivano considerate "salvifiche" compresse ed iniezioni assumano ormai l'efficacia di un bicchiere d'acqua fresca. Allora le chiedo: se tutte queste un tempo miracolose molecole non sono più efficaci, come e con cosa dovremo curarci nell'immediato futuro o meglio (cioè peggio) nel presente? La ringrazio anticipatamente della risposta che spero sia, almeno in parte, tranquillizzante.

Antonello Rossi

Gentile lettore, pubblichiamo volentieri la sua lettera che a mio modesto avviso dimostra l'attenzione e l'interesse che ogni cittadino/paziente dovrebbe avere nei confronti delle terapie mediche. La sua preoccupazione, certamente condivisa da centinaia di migliaia di cittadini, è comunque propositiva. Lei, nella sua lettera, ha già evidenziato l'atteggiamento sbagliato e quindi pericoloso di coloro che al primo colpo di tosse ed al termometro che sale oltre i 37° si rivolgono immediatamente al "dottor Google". Ricordiamo che la febbre è indice di un organismo che si difende nel modo più naturale. Certo deve essere tenuta sotto controllo e chi meglio del suo Medico potrà stabilire se e quando ricorrere all'uso di antibiotici. L'uso, o meglio l'ABUSO di antibiotici, ha costretto l'AIFA a ritirare dal commercio alcune molecole antibiotiche, perché praticamente inutili. Detto questo, tengo a precisare che per una diagnosi precisa, che solo il suo Medico e/o lo Specialista può effettuare, abbiamo ancora molte "armi" da utilizzare, per contrastare la rapida, preoccupante mutazione dei batteri. Altre nuove molecole antibiotiche sono già in avanzata fase di sperimentazione. Pertanto mi sento di tranquillizzare Lei e coloro che ci leggeranno. Grazie nuovamente per la sua gradita lettera.

Dott. Giuseppe Figlini

Il tumore del polmone: una malattia nuova?

Per decenni il tumore del polmone è stato considerato la neoplasia più temibile e più scarsamente curabile, sia nel sesso maschile che nel sesso femminile. Solo circa il 20% dei casi era diagnosticato in fase precoce e poteva essere candidato per un trattamento chirurgico, con potenzialità parzialmente curative mentre il restante 80% era condannato ad una rapida evoluzione con una mortalità quasi sovrapponibile alla sua incidenza.

Il cancro del polmone, però, nel corso degli ultimi 30 anni è andato incontro ad una trasformazione, lenta ma progressiva e oggi, forse, il panorama complessivo di questo "big killer" ha caratteristiche molto

diverse rispetto a quelle di un tempo.

I dati epidemiologici hanno a lungo evidenziato che la sua incidenza era maggiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto 3:1); un primo cambiamento ha interessato proprio questo ambito: oggi l'incidenza del tumore polmonare è simile nei due sessi (rapporto 1,5:1) in relazione ad un significativo aumento della sua incidenza nella donna a partire dalla seconda metà degli anni "80. Il motivo di ciò è da ricollegare al progressivo aumento della abitudine al fumo che le donne hanno acquisito più tardivamente rispetto agli uomini ma che sta producendo proprio oggi i suoi effetti più deleteri.

E' importante però notare che i fattori eziopatogenetici correlati allo sviluppo del tumore polmonare (fumo, inquinamento ambientale, sostanze chimiche quali l'amianto), incidono diversamente nei due sessi tanto che, secondo l'ultimo rapporto ISTAT, sebbene la mortalità per tumore diminuisca di circa il 2% l'anno, nel caso del tumore del polmone tale diminuzione riguarda solo gli uomini mentre nelle donne i decessi sono aumentati, negli ultimi anni, dell'1.5% circa. Sembra evidente quindi che l'evoluzione della malattia sia condizionata in qualche misura dal "genere". Questa ipotesi è fortemente supportata dai numerosi studi che in questi anni sono



stati condotti sia a livello sperimentale che a livello clinico consentendo di aumentare enormemente le conoscenze di questo tipo di tumore.

La grande rivoluzione a cui abbiamo assistito in questi ultimi anni è certamente legata alla maggiore conoscenza delle caratteristiche intrinseche del tumore polmonare, particolarmente in ambito genetico-molecolare; tali conoscenze hanno contribuito a comprendere meglio non solo le motivazioni correlate alle diversità di risposta ai cancerogeni tra i due sessi, ma hanno condizionato profondamente e significativamente migliorato l'approccio terapeutico, anche in quella larga parte di pazienti con una malattia già clinicamente avanzata o metastatica al momento della diagnosi.

La scoperta che alcune alterazioni genetiche, responsabili dello sviluppo del tumore, potessero rappresentare anche il principale meccanismo di "dipendenza" del tumore da tali alterazioni al fine di accrescersi e metastatizzare, ha supportato l'i-

potesi che le suddette alterazioni fossero un efficace "bersaglio" per farmaci specifici.

Sulla scorta di tali acquisizioni e conoscenze, è stato possibile anche evidenziare che il tumore del polmone non è una entità unica ma è una malattia poliedrica con molte sfaccettature, con caratteristiche epidemiologiche, morfologiche, genetiche, evolutive e di risposta al trattamento diverse da individuo a individuo ma soprattutto da donna a uomo.

La donna, in maggior misura rispetto all'uomo, può sviluppare il tumore al polmone pur non avendo mai fumato; più frequentemente è colpita da un certo tipo di tumore (adenocarcinoma), con caratteristiche molecolari specifiche (mutazioni del gene Epidermal Growth Factor Receptor- EGFR).

L'approfondimento delle conoscenze, il miglioramento diagnostico sia in termini clinici che citologici e genetico-molecolari, ottenuto anche grazie all'utilizzo di nuove e sofisticate tecnologie, è

stato accompagnato dalla ricerca in ambito farmaceutico e molte nuove molecole sono state prodotte soprattutto nel settore dei farmaci atti a colpire quei "bersagli" genetici da cui il tumore polmonare dipende per il suo sviluppo e la sua progressione.

E' per tutte queste ragioni che oggi il tumore polmonare, pur rappresentando ancora la principale causa di morte per cancro sia nel sesso maschile che nel sesso femminile, ha molti meno segreti per i ricercatori e per la medicina in generale.

Appare come una malattia nuova rispetto al passato: più conosciuta, più vulnerabile e quindi più facilmente aggredibile. Inoltre la disponibilità di nuovi farmaci si sta già traducendo non solo in un aumento delle opzioni terapeutiche rispetto al passato, ma soprattutto in un rallentamento dell'evoluzione della malattia e in un significativo miglioramento della qualità della vita di ogni singolo paziente.



Endoscopia digestiva: esperienze in Val d'Era

L'U.O. di Endoscopia Digestiva - Gastroenterologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale di Pontedera fa parte del Dipartimento dell'Area Medica e delle Specialità Mediche, ASL Toscana Nordovest. L'attività effettuata riguarda procedure di endoscopia digestiva diagnostica e terapeutica per l'apparato digerente superiore ed inferiore e delle vie biliari ed interventi endoscopici più complessi. Dispone di posti letto, nell'ambito del setting dell'area medica, organizzato per intensità di cure, numero flessibile sulla base delle esigenze, con una équipe funzionalmente integrata, di 7 medici (n° 4 gastroenterologi e n° 3 chirurghi) oltre al personale infermieristico ed agli operatori socio

sanitari che svolgono tutti un'attività di ottimo livello, apprezzata sia a livello locale che aziendale. L'impegno degli ultimi anni, che intendiamo perseguire anche per il futuro è quello di mantenere standard qualitativi molto elevati. Il Centro di Gastroenterologia è riconosciuto presidio autorizzato nella rete regionale per la diagnosi e/o controllo ambulatoriale di alcune malattie rare (acalasia, gastroenterite eosinofila, emocromatosi, malattia di Wilson, colangite biliare primaria), oltre ad essere presidio di rete regionale per la diagnosi ed il follow up della celiachia. Il paziente è inserito in un percorso assistenziale ad approccio multidisciplinare che prevede anche il counseling nutrizionale. E' disponibile una me-

todica non invasiva per lo studio dell'intestino tenue riservata solo ad alcuni pazienti che devono essere valutati e selezionati in ambito specialistico in collaborazione con l'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Livorno. La struttura è in grado inoltre di utilizzare metodiche avanzate come la robotica endoscopica ("bruco") in casi selezionati. Ci sono inoltre punti di forza della struttura di gastroenterologia che riguardano il percorso di screening del cancro del colon retto, la Nutrizione Clinica Ospedaliera e Domiciliare e la gestione ambulatoriale di patologie croniche sia a carico del fegato che del tubo digerente (cirrosi epatica, morbo di Crohn e retto-colite ulcerosa).





La parte interventistica-strumentale viene svolta presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva (E.G.D.S., colonscopie, polipectomia endoscopica, legatura varici esofagee, E.R.C.P., posizionamento di PEG, posizionamento di endoprotesi esofagee e coliche, ecc..) e presso il Day Service Diagnostico e Terapeutico con esecuzione di paracentesi e toracentesi evacuative e diagnostiche ed ecografia addominale. La struttura è dotata di n° 2 sale endoscopiche con strumenti anche in HD, endoscopio transnasale, pediatrico, APC, duodenoscopia per ERCP. Il personale è composto da 2 medici specialisti in gastroenterologia (2 gastroenterologi svolgono solo attività clinica, ma non endoscopica) e n° 3 medici specialisti in chirurgia generale. Il personale è composto inoltre da n° 4 infermieri professionali e da n° 3 OSS (operatrici socio-sanitarie) che si occupano tra l'altro dell'accettazione CUP e della gestione organizzativa dello screening del CCR, e da un infermiere coordinatore che sovrintende sia al setting medico che a quello chirurgico.

L'ambulatorio di Gastroente-

rologia si svolge tutti i giovedì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 18.00; i pazienti che afferiscono a dette visite specialistiche vanno a comporre una casistica ampia tra cui sono comprese le seguenti condizioni: sindrome dispeptico-dolorosa, malattia peptica, infezione da H.pylori, malattia da reflusso gastroesofageo, malattie infiammatorie croniche intestinali, malattia celiaca, anemia sideropenica, rettorragia, calo ponderale di n.d.d., stipsi e diarrea di n.d.d., sindrome dell'intestino irritabile, cirrosi epatica; nell'ambito di detto ambulatorio vengono anche fatte certificazioni per malattia celiaca (piani terapeutici per terapia con biologici relativi alle malattie infiammatorie croniche intestinali vengono effettuati nell'ambulatorio specifico per le MICI). Viene svolto infatti un Ambulatorio specifico per i pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), con rapporti di stretta collaborazione con l'U.O. di Gastroenterologia Universitaria ed Ospedaliera dell'AOUP con incontri periodici di interesse plurispecialistico, in cui vengono trattati i casi più complessi. Per quanto concerne le patologie epatologiche esiste un

rapporto di stretta collaborazione con Il Centro Trapianti di Fegato e l'U.O. di Epatologia dell'AOUP e con l'U.O. di Malattie Infettive dell'Ospedale di Livorno e di Pisa.

L'Ambulatorio di Nutrizione

Clinica viene effettuato il martedì pomeriggio dalle 15.30 alle 18.00 nei locali della U.O. di Medicina 1: vengono valutati paz. disfagici e con malnutrizione calorico-proteica, affetti da patologie neurologiche (malattia di Alzheimer, demenza vascolare, malattia di Parkinson, malattie neuromuscolari (SLA), malattia demielinizzante, malati oncologici (tumori testa-collo, neoplasie dell'apparato gastrointestinale, neoplasie polmonari, ecc..), sindrome da allattamento, ecc.. L'attività riguarda anche la gestione domiciliare del paziente, sostituzione di PEG domiciliare, coordinamento della NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare, Enterale e Parenterale) che comprende il bacino della ex ASL 5 (Volterra-Valdera ed il territorio dell'Area Pisana).

L'U.O. è impegnata anche nei processi di aggiornamento ed informazione con particolare ri-

guardo a temi clinici ed assistenziali e in un processo di valorizzazione della nutrizione clinica sia ospedaliera che domiciliare. La malnutrizione è una situazione tale per cui un deficit (malnutrizione per difetto) o un eccesso (malnutrizione per eccesso) di energie, proteine o altri nutrienti, conduce a effetti indesiderati sulla composizione corporea o sulla funzionalità di organi e tessuti, tale da determinare una alterazione della qualità della vita che si può tradurre in condizioni di morbilità e mortalità. Si può andare incontro a un disagio psicologico, ad alterazioni della funzionalità di alcuni organi, subentra l'atrofia muscolare, vi è un ritardo nella cicatrizzazione delle ferite, il sistema immunitario viene gravemente compromesso e c'è una predisposizione alle infezioni e si prolungano i tempi di degenza ospedaliera. La malnutrizione associata alla malattia prolunga infatti la degenza del 30-40% rispetto a quella ordinaria. Di conseguenza, dato economico non trascurabile, si incrementano i costi sia diretti (correlati alla patologia), sia indiretti (in termini sociopsicologici, aumentata vulnerabilità alla malattia, ricoveri ripetuti, ecc.). La terapia nutrizionale è ormai riconosciuta come aspetto fondamentale nella gestione globale del paziente e del suo iter terapeutico, e la Nutrizione Clinica è una branca medica di fondamentale importanza per il miglioramento della salute della

popolazione e della qualità delle cure, cui occorre riservare i giusti investimenti in termini formativi, comunicativi ed economici. In particolare, l'intervento valutativo e il supporto nutrizionale assumono grande valore alla luce dell'evidenza che lo stato nutrizionale influenza non solo l'incidenza delle principali patologie metaboliche, oncologiche, chirurgiche, cardiovascolari e neurodegenerative, ma anche la risposta ai trattamenti e l'insorgenza di complicanze ad essi associate, la mortalità, la qualità di vita, la durata della degenza ospedaliera, i tassi di riospedalizzazione e, conseguentemente, i costi sanitari nella maggior parte delle patologie e dei setting clinici. La corretta e tempestiva gestione degli aspetti nutrizionali può consentire la riduzione delle complicanze ospedaliere, dei tempi di dimissione nei pazienti che necessitano di un supporto domiciliare, dei tassi di interruzione / sospensione dei trattamenti oncologici e dei tassi di riospedalizzazione. Tutto ciò si traduce in evidenti e sostanziali vantaggi, non solo in termini clinici, ma anche economici. La malnutrizione è una condizione presente in una percentuale che varia dal 20-40% dei pazienti alla loro ammissione in ospedale. Purtroppo è stato dimostrato che circa il 70% dei degenti peggiora il proprio stato nutrizionale durante i primi 10 giorni di ricovero e addirittura che vi è un mancato riconoscimento della

patologia nel 60-70% dei casi. I dati relativi alla prevalenza della malnutrizione per eccesso e per difetto sono in costante crescita e configurano, in realtà già da diverso tempo, un vero e proprio problema "epidemico". Dal 30% al 50% dei pazienti entra negli ospedali di tutto il mondo a rischio di malnutrizione per difetto, mentre sovrappeso e obesità raggiungono ormai prevalenze fino a oltre il 21% e il 9%, rispettivamente, nella popolazione pediatrica italiana con ripercussioni negative sul sistema sanitario sia dal punto di vista delle complicanze che dei costi gestionali. Nonostante le numerose e consistenti evidenze scientifiche, la valutazione e il supporto nutrizionale sono ancora troppo spesso trascurati nelle strutture sanitarie, così come l'educazione alimentare è ancora gestita in modo troppo poco strutturato e frammentario. Pochi sono ancora gli ospedali in Italia forniti di un team o struttura di Nutrizione Clinica con personale dedicato e adeguato dal punto di vista numerico con conseguente mancanza di risposte cliniche adeguate a un bisogno sempre più crescente e supportato dalle evidenze scientifiche. La Nutrizione Clinica è una scienza trasversale, versatile che può e deve dialogare e collaborare con tutti gli altri settori e le discipline mediche. In un sistema sanitario con domanda di salute crescente e risorse sempre più scarse, avere presidi nutrizionali di comprova-

ta efficacia, di costo contenuto e in grado di portare risparmio ad altre voci della spesa sanitaria, consente un'allocazione efficiente delle risorse e un aumento del livello di salute dei pazienti che beneficiano di un trattamento completo ed integrato con le altre terapie.



Nuove tecnologie per il laboratorio Vassili Fotis

Il laboratorio di biomateriali dello Ifc-Cnr all'Ospedale del Cuore di Massa, si dota di nuove strumentazioni e di borse di studio grazie al dottor Vassili Fotis a cui viene intitolato il nuovo "Laboratorio di Biomateriali e di Medicina Rigenerativa"

Il "Laboratorio di Biomateriali", diretto dal Dr. Giorgio Soldani, dirigente tecnologo dell'Istituto di fisiologia clinica del Cnr di Pisa (Ifc-Cnr), si arricchisce di nuove tecnologie: una stampante biologica 3D, un microscopio elettronico a scansione e - nel giro di un paio di mesi - di un microscopio a forza atomica. Il tutto su una superficie ampliata di oltre 70m². Tutta la nuova strumentazione a disposizione presso l'Ospedale del Cuore di Massa, permetterà di effettuare un'analisi qualitativa e quantitativa di nanofibre e nanoparticelle e di valutare le loro interazioni con elementi cellulari fino alla scala nanometrica.

L'acquisizione delle nuove tecnologie è basilare per fare quel salto di qualità che indirizza il "Laboratorio di Biomateriali" a progetti molto ambiziosi in ambito biomedico e in particolare nel settore della "Medicina Rigenerativa". La stampante biologica 3D infatti, ha molte e diversificate applicazioni come la scoperta di nuovi farmaci, l'ingegneria dei tessuti, ed è usata per una migliore comprensione dei meccanismi di

funzionamento degli organi, ma anche per rigenerare tessuti danneggiati o addirittura per i trapianti d'organo. Il microscopio elettronico a scansione e il microscopio a forza atomica, permetteranno di effettuare analisi qualitative e quantitative di nanofibre e nanoparticelle.

"Grazie al sostegno fornito da Fotis per l'acquisto di questi importanti strumenti scientifici e per il reclutamento di nuovi giovani ricercatori - afferma Soldani - potremmo sicuramente potenziare la nostra attività di ricerca nel settore dei Biomateriali indirizzandola verso la medicina rigenerativa. In quest'ottica la nascita del nuovo "Laboratorio di Biomateriali e Medicina Rigenerativa", rappresenta la naturale convergenza di due importanti settori di ricerca, quello dei materiali biocompatibili/bioattivi e quello dei trapianti di cellule (incluse le staminali di varia origine), ambedue con una forte potenzialità verso la pratica clinica". In questo settore, Fotis è stato un pioniere in quanto uno dei campi di interesse principale della sua attività è stato quello delle modificazioni ossee e quindi del modellamento, rimodellamento e rigenerazione dell'osso nei soggetti in crescita e nei giovani adulti. Per questi motivi, il nuovo laboratorio verrà intitolato a Fotis nato a Rodi 84 anni fa e laureatosi all'Università di Pisa.

Accanto alle nuove strumentazioni, ci sono due borse di

studio favorite da Fotis per giovani ricercatori. "La forza del gruppo di ricerca - continua Soldani - è data sia dalla multidisciplinarietà del team che vede coinvolti biologi, biotecnologi e ingegneri biomedici che dalle collaborazioni nate e/o consolidate con Aziende, Ospedali e altri gruppi di Ricerca Nazionali e grazie al sostegno dato all'attività di ricerca da Fotis, potremo contare su un più alto livello di competitività".

Il "Laboratorio di Biomateriali" massese di Ifc-Cnr, è nato oltre 20 anni fa per sviluppare e caratterizzare biomateriali polimerici e dispositivi biomedicali per applicazioni in campo cardiovascolare. Tra i dispositivi polimerici in fase di studio presso il laboratorio, particolare rilevanza hanno le valvole cardiache e le protesi vascolari di piccolo diametro. Durante l'ultimo progetto ValveTech, finanziato dalla Regione Toscana, è stata infatti realizzata una nuova valvola cardiaca polimerica "sutureless" (riducibile/espandibile) che, sotto navigazione chirurgica e guida endoscopica, potrà essere applicata in modo mini-invasivo. Tra i dispositivi polimerici in fase di studio presso il laboratorio, particolare rilevanza hanno i "patch" per la rigenerazione cutanea. La realizzazione di tali dispositivi avviene tramite tecnologie avanzate tra cui la tecnologia spray basata sull'inversione di fase, l'"electrospinning" e la stampa tridimensionale (3D).

Semplificazioni e novità

Come si ripete da anni il sistema fiscale è ormai una vera e propria “giungla normativa”: norme complesse nell’applicazione, adempimenti infiniti che coinvolgono tutti dai contribuenti persone fisiche ai lavoratori autonomi alle imprese, e quindi comprensibilmente ogni nuova Legislatura promette di “semplificare”. E’ in questi giorni all’esame delle Camere un nuovo provvedimento che dovrebbe appunto indirizzare il sistema fiscale verso una semplificazione. Il contenuto del provvedimento riguarda: il differimento di cinque giorni per l’emissione delle fatture elettroniche, infatti dal primo luglio la fattura andrà emessa non più entro dieci giorni ma entro quindici giorni dall’effettuazione della prestazione, il divieto per l’Amministrazione Finanziaria di chiedere ai contribuenti documenti dei quali è già in possesso, slittamento della data dei versamenti Irpef dal 30 giugno al 16 luglio, lo slittamento dell’invio telematico delle dichiarazioni fiscali dal 31 ottobre al 30 novembre, l’obbligo per l’Amministrazione Finanziaria di pubblicare modelli dichiarativi e relative istruzioni almeno 60 giorni prima dell’adempimento.

mento.

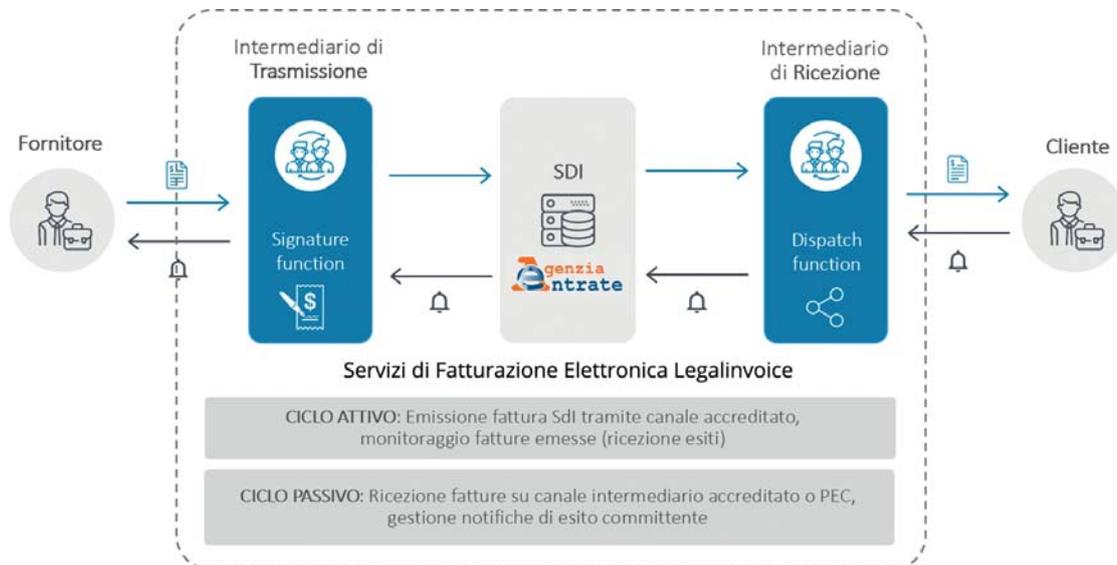
Ma a ben vedere il progetto di legge, ancora in discussione e perciò soggetto a limature, anche se contiene qualche “facilitazione” per i contribuenti in effetti non semplifica il sistema.

Il quotidiano “Il Sole 24 Ore” ha pubblicato un interessante “excursus” sulle varie semplificazioni introdotte dai passati Governi: si va dal decreto legge Berlusconi che semplificava l’apertura delle attività ed un successivo decreto che aboliva la Comunicazione al Centro Operativo di Pescara per le attività di ristrutturazione degli immobili, al Governo Monti che permise la remissione in bonis con il versamento di una sanzione minima per accedere ai benefici fiscali, al Governo Renzi che nel 2015 varò la dichiarazione dei redditi precompilata, al Governo Gentiloni che nel 2018 decretò la fine degli studi di settore per sostituirli con gli indici sintetici di affidabilità e infine al gennaio 2019 quando il Governo Conte confermava l’abolizione

dello spesometro. Insomma tutti ci hanno provato ma la vera riforma del sistema fiscale ha ben altri orizzonti se si pensa che nel 2017 la Confartigianato calcolava che ci fossero 210 adempimenti annuali per ogni impresa, ovvero quasi uno al giorno.

L’introduzione della fattura elettronica verso tutti divenuta obbligatoria dal primo gennaio 2019 (con l’unica eccezione degli operatori sanitari esentati dall’adempimento per un motivo di privacy, ma che vi rientreranno dal prossimo anno) comporterà da una parte un maggior controllo immediato sull’operato dei contribuenti soprattutto in materia di IVA e dall’altra dovrebbe rendere meno significativo l’impatto dichiarativo sui soggetti con partita IVA i quali, di fatto, inviano la loro contabilità (fatture emesse e fatture ricevute) allo SDI (postino telematico dell’Agenzia delle Entrate). Forse questa è la nuova, vera semplificazione?

(Fonte “Il Sole 24 Ore”)



Atlante di stomatologia

In tal caso si consiglia di controllare il settore anatomico controlaterale, perché è possibile il riscontro di un quadro clinico speculare; infatti il medesimo paziente presentava:

Area ipertrofica simile alla controlaterale in prossimità del piede del pilastro tonsillare anteriore

Concomitante associazione con glossite a carta geografica



... ovvero un'ipertrofia benigna delle papille foliate non meritevole di biopsia. Quindi la bilateralità di una lesione rossa della lingua è sempre sinonimo di una forma benigna?

Non sempre!

1° localizzazione carcinoma squamoso



2° localizzazione carcinoma squamoso

3° localizzazione carcinoma squamoso

Il carcinoma squamoso non si presenta sempre ed esclusivamente con localizzazioni singole al cavo orale, in quanto sono contemplati anche casi multifocali detti SINCRONI.

Concludendo, l'iter diagnostico sull'ipertrofia delle papille foliate/tonsilla linguale prevederebbe, oltre all'ispezione ed alla valutazione del settore anatomico controlaterale, anche un'accurata palpazione per escludere forme sicuramente tumorali come nei seguenti casi:



Esempi di carcinoma squamoso al terzo posteriore del margine linguale / piede del pilastro tonsillare anteriore

Le lesioni mucose del cavo orale



Il riscontro di una tumefazione duro-lignea sottomucosa, dolente, a carico dell'intero corpo linguale deve far sospettare un'origine neoplastica fino a prova contraria. Nel caso preso in considerazione la paziente ha subito una glossectomia totale per la presenza di un T4N+ del corpo mobile della lingua; la ulteriore particolarità da segnalare consiste nell'assenza di ulcere macroscopiche visibili e nella concomitante presenza di una spiccata sintomatologia dolorosa alla palpazione

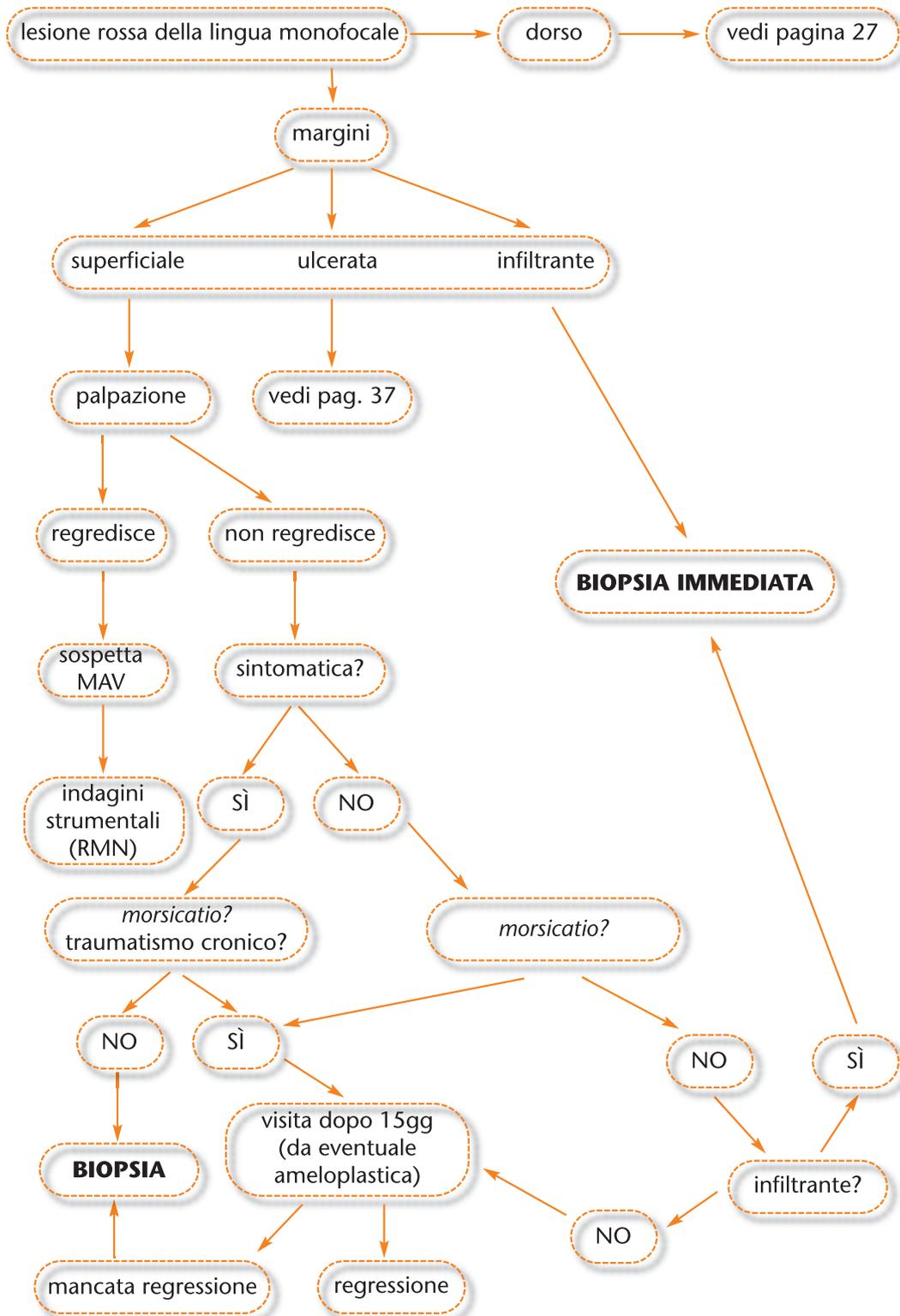


Ciò non significa che di fronte a una tumefazione duro-lignea dolente, per esempio a carico della lingua, si debba sempre ottenere una diagnosi neoplastica; infatti il caso seguente riguarda una paziente pluriottuagenaria giunta alla nostra attenzione con una lingua dura, dolente, bluastra, associata ad edema del pavimento orale, con un quadro clinico parzialmente sovrapponibile al precedente anche se più suggestivo di "un infarcimento emorragico"



L'esame istologico è risultato negativo per neoplasie ma ha evidenziato un quadro di vasculite a carico dei vasi arteriosi di medio e piccolo calibro, seppur associato alla mancata positività degli esami sierologici più importanti quali: ANA, ENA, ANCA, Ab-anticardiolipina, frazione C3-C4 del complemento. Il quadro clinico è progressivamente regredito con un'opportuna terapia antinfiammatoria

Algoritmo diagnostico per le lesioni rosse monofocali della lingua



Lesioni rosse palatali

La mucosa che riveste il palato duro può essere coinvolta da lesioni rosse di natura benigna e maligna tanto quanto gli altri segmenti mucosi; per motivi prettamente oncologici, si sottolinea come il solo palato duro appartenga anatomicamente al cavo orale, mentre il palato molle è di pertinenza orofaringea. Pertanto ciò significa che un carcinoma squamoso del palato duro denota una minore linfonia rispetto ad un analogo (per dimensioni e grading) del palato molle.

La chiave di lettura interpretativa nella diagnosi differenziale delle lesioni rosse palatali consiste nell'escludere fin da subito l'eventuale origine:

- ♦ traumatica (ustioni dopo ingestione di alimenti caldi o traumi diretti);
- ♦ odontogena (ascessi e/o fistole odontogene);
- ♦ infettiva, sia micotica (soprattutto nei pazienti anziani portatori di protesi totale) che virale (soprattutto nei soggetti giovani).

Una volta escluse tali cause, si valuteranno quelle di origine idiopatica fino alle forme neoplastiche.

Origine infettiva: *Candida albicans*



Stomatite a "stampo" in paziente portatore di protesi

- ♦ Corrispondenza anatomica tra area rossa e protesi totale
- ♦ Senso di prurito/bruciore
- ♦ Manufatto protesico spesso datato
- ♦ Possibile edema concomitante a livello dei pomelli zigomatici

- ♦ Il tampone orale spesso può risultare negativo nella ricerca della *Candida albicans*
- ♦ In tal caso, solo la biopsia (non raccomandata) può evidenziare le ife fungine

- ♦ Sospensione uso protesi per almeno 15 giorni
- ♦ Ribasatura protesica
- ♦ Terapia topica per 15 giorni con antifungini e sciacqui a base di bicarbonato di sodio
- ♦ Dieta morbida e fredda

Talvolta la sovrainfezione da candida a livello palatale in un paziente portatore di protesi, può determinare un quadro flogistico cronico quale l'iperplasia papillare mediana, che può porre problemi di DD con carcinomi squamosi del mascellare superiore



Si consiglia sospensione dell'uso della protesi, terapia antifungina topica per 15 gg e biopsia in caso di mancata regressione della sintomatologia. (NB Il riscontro può risultare occasionale, in quanto spesso la manifestazione è asintomatica)

Mucosa spesso arrossata, non sempre sanguinante; alla palpazione si percepiscono dei rilievi teso-elastici non dolenti; talvolta il paziente necessita di ribasatura protesica



Carcinoma squamoso



Pertanto la DD tra stomatiti protesiche con sovrainfezione da candida ed i rari casi palatali mediani di ca squamoso, prevede la ricerca di: bordi rilevati, lesioni dolenti, sanguinamento, mal posizionamento protesico determinato dall'effetto "massa" creato dalla neoplasia

Origine infettiva: Herpes simplex virus

Continuando la carrellata delle lesioni infettive palatali, si procede con le localizzazioni virali (classicamente da Herpes simplex, sierotipo 1) che di solito coinvolgono soggetti giovani dalla cui anamnesi spesso emerge una pregressa manifestazione cutanea, soprattutto labiale.



Lesione erpetica monolaterale

- ◆ Classico quadro clinico di lesione erpetica (a grappolo) in fase di regressione (raramente le vescicole sono visibili in quanto precedentemente lesionate dal trauma masticatorio)
- ◆ Senso di bruciore tipo "scottatura"
- ◆ Autolimitantesi in 7-10 giorni

Come comportarsi di fronte ad un quadro simile, quando sospettiamo una lesione virale?

Ricerca pregresse infezioni virali cutanee nella clinica/anamnesi

EVITARE CORTISONICI TOPICI



- ◆ Terapia antivirale topica
- ◆ Controlli a 7 e 15 gg dalla prima visita



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

H Italian
Hospitality
Collection

Malattie neurologiche terminali: un'assistenza completa

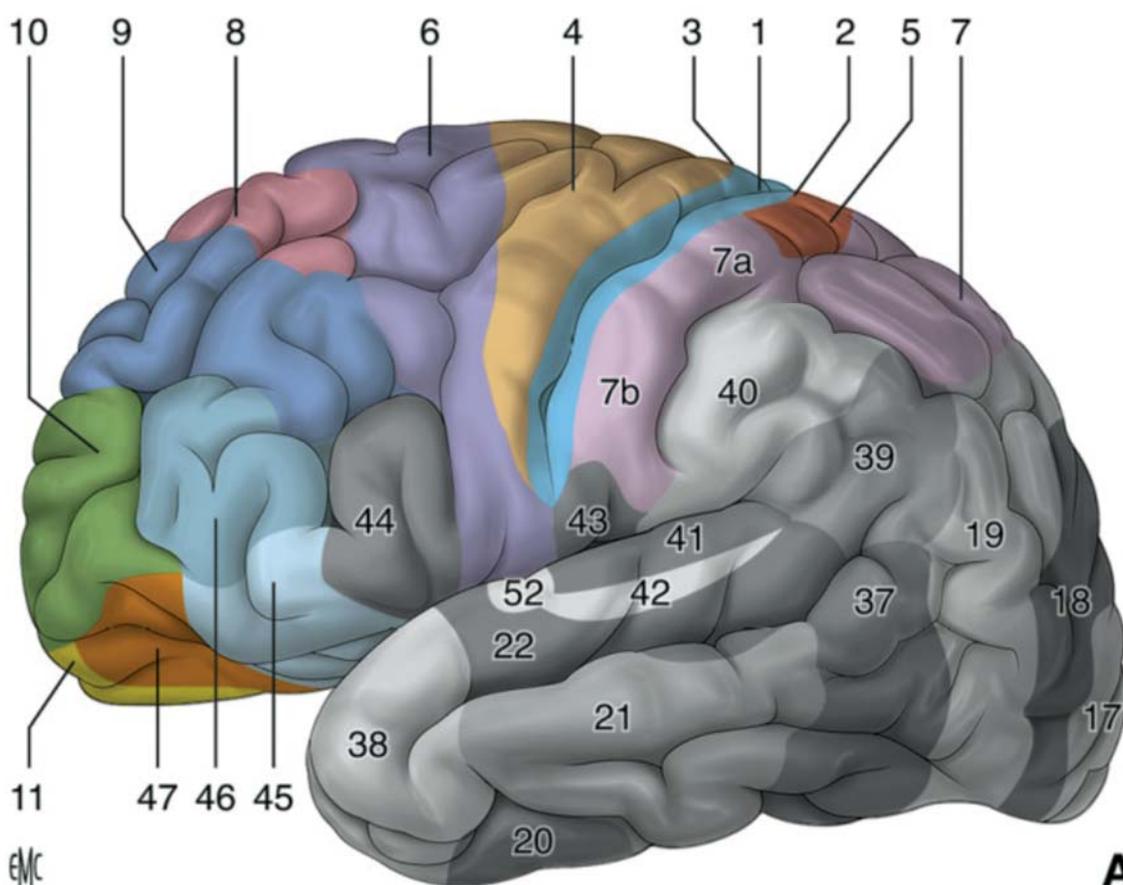
L'espansione del concetto di assistenza palliativa fa sì che questa non sia più limitata alle fasi finali della vita, ma comprenda interventi fin dalle fasi più precoci in patologie croniche, progressive e disabilitanti, quali quelle neurologiche.

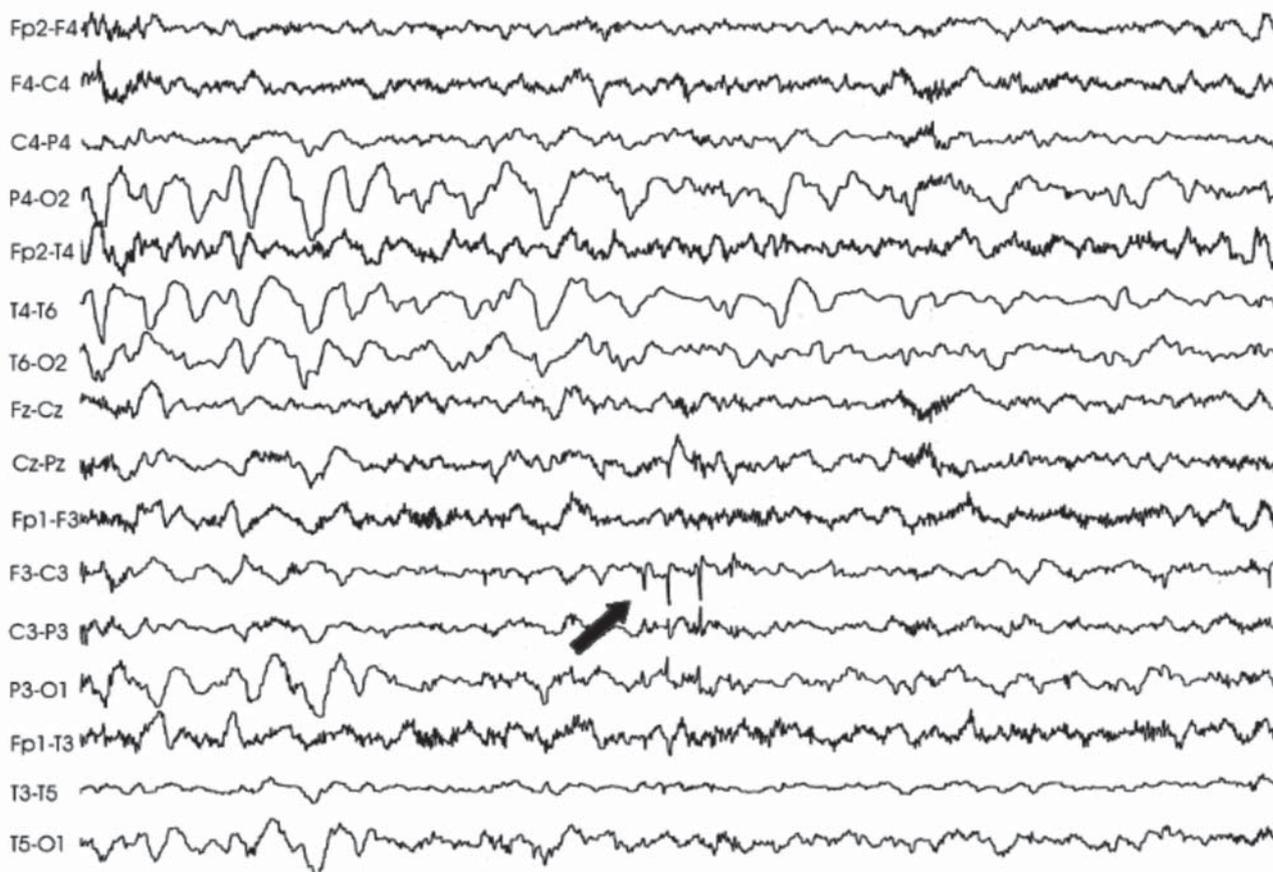
In questa tipologia di pazienti le cure palliative costituiscono un aspetto fondamentale della presa in carico, con l'obiettivo di sollevare dalla sofferenza dovuta a sintomi fisici, aspetti psicosociali e spirituali, e di migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari (Boersma 2014). L'approccio palliativo *simultaneo* prevede infatti che le cure vengano attuate in una fase in cui sono contestualmente praticate terapie *disease modifying*, finalizzate al controllo di una patologia di cui non si prevede la guarigione (documento SIAARTI). In ambito neurologico le cure palliative si differenziano dall'approccio palliativo generale alle pato-

logie neoplastiche o alle gravi insufficienze d'organo per la peculiarità di questo tipo di disturbi. Molte malattie neurologiche sono infatti condizioni croniche, progressive, con riduzione dell'aspettativa di vita e caratterizzate da sintomi quali deterioramento cognitivo, disturbi comportamentali o psichiatrici, disfagia, scialorrea, rigidità e spasticità, instabilità posturale, disturbi autonomici, che impattano negativamente sulla qualità della vita dei pazienti fin dalle prime fasi di malattia. (Provinciali et al., 2015).

Molte malattie neurologiche hanno un decorso prolungato con fluttuazioni cliniche che possono

provocare anche un improvviso ed imprevedibile declino ed accumulo di disabilità. Riconoscere fasi di peggioramento nella progressione di malattia nella fase terminale della vita è essenziale per fornire le cure appropriate ed il supporto assistenziale necessari al paziente e alla sua famiglia. In generale, tra i fattori "trigger", scatenanti, suggeriti per riconoscere la fase terminale in pazienti con malattie neurologiche progressive sono stati indicati: difficoltà di deglutizione, infezioni ricorrenti, marcato declino nello stato funzionale, primo episodio di polmonite ab ingestis, deterioramento cognitivo, perdita di peso, sintomi complessi signifi-





ficativi, sebbene ogni entità nosologica presenti poi delle caratteristiche peculiari (Tabella 1). In molti casi, comunque, gli indicatori predittivi delle fasi terminali delle malattie neurologiche sono carenti, rendendo talora impossibile identificare in anticipo gli ultimi mesi di vita. Inoltre, gli aspetti che influiscono sugli stadi terminali sono molteplici, ad esempio, la presenza di comorbidità in pazienti di età

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

fase terminale delle malattie neurologiche, sebbene estremamente complessa, contribuisce alla pianificazione dell'assistenza nella fase terminale ed aiuta nella comunicazione con paziente e familiari; in questo contesto, affrontare tematiche di fine vita può essere utile per il paziente ed in effetti esistono studi che dimostrano che parlare delle fasi terminali della patologia e della morte, riducono il rischio di trattamenti aggressivi alla fine della vita (Boersma et al., 2014). Le fasi avanzate delle malattie neurologiche, inoltre, sono spesso caratterizzate da condizioni quali deterioramento cognitivo o difficoltà di comunicazione che rendono impossibile ricevere un consenso informato da parte del paziente; in questi casi, in particolare, diventa fondamentale la pianificazione anticipata delle cure (*advanced care planning*), finalizzata a definire, in accordo con il paziente e le persone a lui vicine, gli interventi da realizzare con l'evolvere della malattia (Provinciali et al., 2015).

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

- difficoltà di deglutizione
- infezioni ricorrenti
- marcato declino nello stato funzionale
- primo episodio di polmonite ab ingestis
- deterioramento cognitivo
- perdita di peso
- sintomi complessi significativi

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

SLA: a Pisa lo studio dei "biomarcatori"

Nell'ambito delle malattie del motoneurone, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), malattia neurodegenerativa, rapidamente progressiva ed a prognosi infausta, rappresenta la forma più frequente in grado di causare la neurodegenerazione a carico dei neuroni di moto, il superiore (o I° motoneurone) e l'inferiore (II° motoneurone). Descritta per la prima volta da Jean-Martin Charcot nel 1869, questa malattia, anche nota come Malattia di Lou Gehrig, dal nome del famoso giocatore di baseball che ne fu colpito alla fine della prima metà del '900, determina la progressiva perdita della funzione motoria a carico di tutti i distretti della motilità volontaria, con le poche eccezioni dei com-

parti oculare, ma non sempre, e sfinteriale volontario.

In Italia, l'incidenza della SLA è 2.6-3.0/100.000 individui/anno e la prevalenza è 6-8/100.000 individui. Il sesso maschile è lievemente più colpito con un rapporto M/F = 1.2-1.5/1.

E' una malattia dell'età adulta con esordio in genere tra la V e la VII decade, e con un'aspettativa di vita media di 3-5 anni dall'esordio dei sintomi, ma sono presenti anche forme precoci, come in alcune delle forme ereditarie (10% dei casi totali), o tardive, così come forme a lungo decorso. Nelle forme familiari, tra i geni ad oggi identificati come causativi di malattia, quelli più frequentemente riscontrati sono SOD1, TARDBP (TDP-43) e C9orf72.

La degenerazione dei neuroni di moto, localizzati nelle aree motorie della corteccia, nel midollo spinale e nei nuclei motori del tronco encefalico, porta ad una paralisi muscolare rapidamente progressiva. Il processo neurodegenerativo tende a preservare i sistemi sensitivi e i sistemi della coordinazione motoria, e lascia relativamente intatti i motoneuroni che controllano la motilità oculare e quella degli sfinteri striati che restano integri fino alle fasi avanzate di malattia. La morte sopraggiunge nella maggior parte dei casi per insufficienza respiratoria o per malnutrizione legata alla disfagia.

Ad oggi sappiamo che il processo degenerativo è più esteso di quanto si riteneva negli anni passati e che circa la metà dei pazienti affetti da SLA sviluppa nel corso della malattia disturbi cognitivi fino a quadri conclamati di demenza nello spettro delle forme fronto-temporali. L'eziologia della SLA è multifattoriale, i meccanismi responsabili della degenerazione dei motoneuroni operando attraverso vie genetiche, in parte riconducibili ai geni-malattia finora noti, e molecolari in-



tegrate tra loro. Iperattivazione glutammatergica, stress ossidativo, disfunzione mitocondriale e precipitazione intraneuronale di proteine che si accumulano nella cellula rappresentano i meccanismi patogenetici più frequentemente chiamati in causa e verso i quali sono diretti i recenti tentativi terapeutici in atto.

Presso la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa e del Dipartimento di Specialità Mediche di AOUP un gruppo di ricerca al cui interno operano, accanto ai medici ricercatori, biologi e patologi molecolari, studia tali meccanismi con lo scopo di individuare biomarcatori di malattia che possano essere utilizzati per rilevare l'efficacia di farmaci nei trial terapeutici in corso, allo stato attuale almeno quattro, presso il centro clinico afferente al Programma aziendale per le Malattie Neuromuscolari.

La variabilità fenotipica con cui si manifesta la SLA, anche in dipendenza dall'interessamento prevalente del motoneurone superiore o di quello inferiore e dal distretto corporeo colpito, richiede un'expertise che oggi necessariamente si deve avvalere, soprattutto al fine di una diagnosi corretta e il più possibile precoce della malattia, assunto indispensabile allorché si rendesse necessario essere tempestivi nell'inizio delle cure, di mezzi diagnostici a tecnologia avanzata in ambito neurofi-

siopatologico, di laboratorio e di neuro-immagini, aspetti che vengono affrontati collaborativamente in ambito aziendale. Trattandosi di una patologia complessa, per la quale ad oggi non esiste un marker diagnostico specifico, la diagnosi si basa infatti sull'identificazione del coinvolgimento motoneuronale attraverso l'obiettività neurologica e mediante l'ausilio di esami strumentali e di laboratorio.

A seconda delle diverse forme cliniche di SLA, segni e sintomi di più frequente riscontro attribuibili al coinvolgimento del primo motoneurone sono l'ipertono spatico, percepito dal paziente come "rigidità" muscolare che ostacola il movimento, la presenza di riflessi osteotendinei vivaci, la positività del segno di Babinski, il clono ed il riso e pianto spastico, mentre per il secondo motoneurone, la presenza di fascicolazioni e crampi, le prime solitamente percepite a riposo specie a livello della muscolatura prossimale degli arti, l'ipotrofia muscolare, l'ipostenia, la riduzione della capacità ventilatoria. Nelle forme bulbari invece il quadro clinico è prevalentemente caratterizzato da disturbo dell'eloquio a tipo disartria fino a quadri nelle fasi avanzate di anartria, difficoltà nella deglutizione (disfagia), scialorrea, esagerazione della mimica facciale, labilità emotiva.

Nella sua variabilità di espres-

sione clinica, risultato della fase di malattia lungo la progressione del processo patologico, la SLA deve essere affrontata con un team multidisciplinare estremamente coordinato in gradi di produrre interventi rispondenti alle complesse e variegate necessità del paziente. Dopo la fase iniziale di malattia (inquadramento diagnostico e comunicazione della diagnosi) in cui la gestione del paziente è prevalentemente neurologica; altre figure mediche si affiancano che diventeranno parte integrante del percorso di questi pazienti, in particolare lo pneumologo, l'otorinolaringoiatra, il foniatra, il nutrizionista, lo psicologo, il riabilitatore e, nelle fasi ancora più avanzate, il chirurgo digestivo, il rianimatore e il palliativista. In tal senso va visto il recente percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) elaborato in ambito della Regione Toscana da un team di esperti, inclusi i neurologi pisani, con l'obiettivo della realizzazione di percorsi ben delineati per la diagnosi, cura e presa in carico del paziente con SLA, di fronte al quale non va tuttavia mai trascurata la componente di umanizzazione delle cure nel pur complesso intervento assistenziale, nella ferma determinazione di dover contribuire ad alleviare la sofferenza soprattutto morale e spirituale, anche nel contesto familiare, generata da questa grave malattia.

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

Sanguinamento gastro-intestinale: in fase acuta, il paziente è a rischio

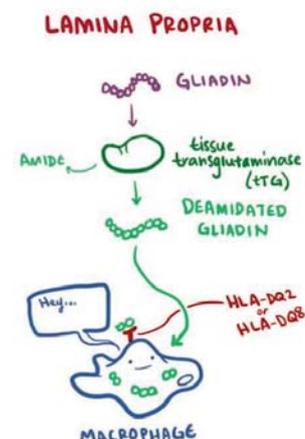
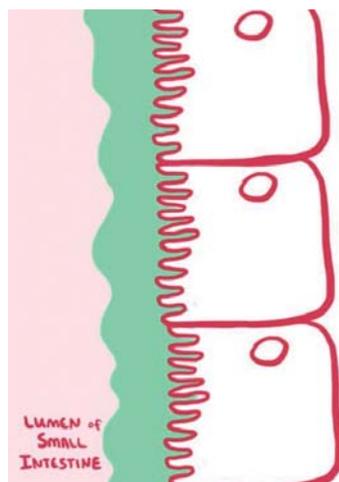
Il sanguinamento gastrointestinale è un evento di forte impatto sulla salute del paziente nonché sulla gestione clinico-interventistica dell'evento, specialmente in fase acuta. Negli Stati Uniti il tasso annuale di ospedalizzazione per sanguinamento acuto gastrointestinale si aggira intorno ai 160 ricoveri su 100.000 abitanti, per un totale di 300.000 ricoveri annui. Una percentuale compresa tra il 36% e il 50% delle emorragie è dovuta all'ulcera peptica. In Italia ogni anno circa 130 persone su 100.000 abitanti sono colpite da emorragia del tratto digestivo superiore e 30 su 100.000 da emorragia del tratto digestivo inferiore, causata prevalentemente da lesioni neoplastiche, diverticoliti, angiodisplasie o coliti ischemiche. La gravità dell'evento, purtroppo, è spesso sottovalutata: questa patologia, infatti, registra in pronto soccorso una mortalità simile a quella dell'infarto (5-6%), e nel complesso, considerando la degenza e le possibili recidive, del 10%, con un piccolo nei sanguinamenti legati a varici e neoplasie. E' osservato che fino al 70% dei sanguinamenti si autolimita spontaneamente, ma il 10% necessita di trattamento e il 20%

va incontro a recidiva entro le prime 24-72 ore. La maggior parte delle lesioni considerate ad alto rischio richiedono circa 72 ore dopo il trattamento endoscopico per regredire a lesioni a basso rischio; 72 ore è anche il lasso di tempo durante il quale si verifica la maggior parte delle recidive (fino all'80%) di sanguinamento nei soggetti ad alto rischio. E' un passaggio forzato che i soggetti ad alto rischio, in seguito alla pratica endoscopica, vengano ospedalizzati per praticare nelle 72 ore successive infusioni continue di PPI. Ciò riduce il tasso di lesioni attivamente sanguinanti e pertanto la necessità di ulteriori interventi. L'endoscopia, da effettuarsi nelle prime 24 ore dopo l'evento, gioca un ruolo fondamentale nel trattamento dei sanguinamenti del tratto gastrointestinale, sia superiore che inferiore, consentendo di effettuare una diagnosi precisa e di realizzare il trattamento adeguato. Endoscopica è la terapia di elezione nei pazienti con emorragia attiva o con lesioni che lasciano presagire un rischio imminente o aumentato di sanguinamento: riduce il tasso di risanguinamento, la necessità di ricorrere alla chirurgia e la mor-

talità. L'endoscopia interventistica, per quanto sia la prima scelta per il trattamento, non è scevra da inconvenienti: nel 5-10% dei casi infatti identificare con certezza la fonte del sanguinamento e trattarla non è semplicissimo; inoltre i pazienti possono presentare una recidiva. Le tecniche endoscopiche di emostasi più utilizzate sono le infiltrazioni di adrenalina, l'elettrocoagulazione e l'emostasi meccanica mediante posizionamento di clip, spesso anche in combinazione tra loro. Tuttavia, queste tecniche tradizionali possono risultare in alcuni casi difficili da mettere in pratica: il sanguinamento può infatti provenire da sedi complesse da raggiungere con l'endoscopio, come la parete posteriore del duodeno o la regione posteriore della piccola curva gastrica, ove risulta complesso posizionare una hemoclip o applicare un'adeguata pressione con i cateteri per la coagulazione, oppure le lesioni possono avere una superficie larga ed essere attivamente sanguinanti, perciò essere difficili da trattare. Il dispositivo ideale con cui realizzare l'emostasi non dovrebbe richiedere il contatto diretto con la fonte del sanguinamento né dovrebbe far correre



il rischio di danneggiare il tessuto potendo potenzialmente causare un'ulteriore importante emorragia. Uno degli ultimi ritrovati per trattare endoscopicamente le emorragie consiste nell'applicazione di polveri dal potere emostatico: tali sostanze vengono distribuite uniformemente al di sopra del sito di sanguinamento mediante l'utilizzo di un catetere inserito attraverso il canale operativo dell'endoscopio. Il principale vantaggio è quindi che non viene richiesta la precisione assoluta, rendendo così possibile il trattamento di lesioni di difficile accesso. Si tratta di una polvere inorganica di origine minerale, che non contiene alcuna proteina animale o vegetale, né allergeni, che non viene né assorbita né metabolizzata, pertanto è classificata come molecola inerte priva di tossicità. Approvata dalla Food and Drugs Administration americana è stata successivamente autorizzata e commercializzata anche in Italia. A Pisa viene utilizzata da circa 3 anni con risultati sorprendenti. Il meccanismo preciso di azione non è noto, ma si ipotizza che la polvere a contatto con l'acqua formi un rivestimento adesivo che sigilla il tessuto leso, creando così un tamponamento meccanico. Purtroppo ad oggi non sono ancora disponibili trial randomizzati di confronto tra l'utilizzo delle polveri emostatiche verso metodiche endoscopiche standard. Il ruolo preciso di questo dispositivo nell'algoritmo terapeutico dei sanguinamenti gastrointestinali deve essere ancora definito; al momento si possono solo trarre delle conclusioni pratiche ovvero che l'utilizzo di polveri a scopo emostatico sembra essere efficace contro il sanguinamento



sia proveniente dalle alte che dalle basse vie digestive, sia come terapia di prima che di seconda linea, o in combinazione con le tecniche di emostasi tradizionale. La metodica appare sorprendentemente semplice se rapportata alle tecniche standard finora in uso e sembrerebbe richiedere una manualità minore. Esiste tuttavia una parte non trascurabile di casi in cui non si riesce a raggiungere l'emostasi primaria, prevalentemente i casi di ulcera peptica sanguinante Forrest la. In questi casi, dopo la rimozione della matrice di adesione mediante l'irrigazione, può essere utilizzata come adiuvante una delle metodiche convenzionali di emostasi endoscopica. Il rischio di recidiva di sanguinamento sussiste prevalentemente nella prima settimana dopo il primo episodio, probabilmente perché la matrice si stacca dalla mucosa nell'arco di 24-72 ore. Un second-look endoscopico può pertanto essere appropriato in questa categoria di pazienti considerati a maggior rischio di risanguinamento. Forse l'indicazione più appropriata per l'utilizzo delle pol-

veri emostatiche consiste nel trattamento delle emorragie gastrointestinali da lesioni neoplastiche, che possono mostrare diverse zone di sanguinamento in contemporanea. La polvere copre infatti una superficie ampia di mucosa. La seconda indicazione principe è il fallimento delle metodiche endoscopiche tradizionali. Studi ulteriori sono richiesti per far luce sui cosiddetti punti grigi, come gli effetti secondari e l'efficacia a lungo termine. Obiettivi futuri dovranno essere lo sviluppo di trial randomizzati ben disegnati per valutare l'efficacia del trattamento in confronto ai trattamenti endoscopici tradizionali come prima scelta terapeutica, in particolare in relazione alla sicurezza della procedura. L'ampiezza del campione dovrebbe essere abbastanza grande per poter valutare anche l'efficacia nei casi di lesioni ad alto rischio di recidiva. Andrebbe valutata inoltre l'efficacia a lungo termine. Infine, l'utilizzo delle polveri andrebbe anche considerato dal punto di vista del dispendio economico: esistono infatti trattamenti alternativi meno dispendiosi di questo.

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. *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

Il Convegno Interregionale del Centro AMMI a Pisa

I 15 e 16 marzo scorso si è svolto a Pisa il Convegno Interregionale del Centro AMMI. La giornata di apertura dei lavori ha avuto come sede la Chiesa di Sant'Anna che è parte del complesso di edifici della Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna che ci ha ospitati.

Dopo i saluti della Presidente della Sezione AMMI di Pisa Silvia Peroni Speroni e della Presidente Nazionale AMMI Elvira Oliviero Lippi, sono intervenuti a portare i saluti del Comune di Pisa l'Assessore alle Politiche Sociali Gianna Gambaccini, Presidente della Società della Salute della Zona Pisana che ha sottolineato l'importanza e l'efficacia del lavoro svolto dall'Associazione in ottemperanza agli scopi

statutari, e il Dott. Paolo Monicelli, membro del Consiglio Direttivo e Tesoriere dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa, che ha evidenziato l'attuale momento di difficoltà del nostro Sistema Sanitario Nazionale dovuto alla carenza di medici generici e di specialisti nelle strutture sanitarie ospedaliere e del territorio.

Il Prof. Paolo Dario, Professore Ordinario di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna, ha affrontato il Tema Centrale del Convegno con la Lezione Magistrale su "Le frontiere delle Tecnologie avanzate in Medicina, un fantastico viaggio nella BioRobotica in una prospettiva personale". Il Prof. Dario ha ricostruito il suo straordinario percorso di scienziato evidenziando alcuni aspetti della sua formazione

come i valori familiari, l'esperienza dello scoutismo, la passione per la fantascienza e la sua stessa indole che lo ha stimolato ad osservare, farsi domande, sognare e realizzare. L'Istituto di BioRobotica della Scuola Sant'Anna di cui il Prof. Dario è stato Direttore è un centro di eccellenza ed innovazione in diversi ambiti di ricerca, in particolare nella robotica medica, chirurgica, riabilitativa e nelle tecnologie implantabili ed è parte di un Polo Tecnologico che, con un approccio inclusivo, promuove l'internazionalizzazione attraverso i contatti e le collaborazioni con i più prestigiosi centri di ricerca nazionali ed internazionali per formare ingegneri che, sottolinea il Prof. Dario, possano anche superare il maestro e diventino anche scien-





ziati, inventori e imprenditori. Il Prof. Ugo Faraguna, Professore Associato presso il Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia e Presidente dell'Associazione Ex Allievi della Scuola Superiore Sant'Anna, con il suo interessante intervento sul tema "Dormire o non dormire: questo è il dilemma", ha coinvolto tutti i presenti che al termine della sua relazione hanno posto numerose domande sui problemi connessi alla fisiologia ed alla fisiopatologia del sonno.

La giornata si è conclusa con la cena conviviale nella terrazza del Grand Hotel Duomo, con la suggestiva vista notturna della piazza dei Miracoli e con l'intervento musicale dell'Associazione Culturale "Chi vuol esser lieto sia" che ha proposto un concerto di musiche Sud-Americane.

La giornata di sabato, dedicata ai lavori della nostra Associazione, presieduta dalla Presidente Nazionale Elvira Oliviero Lippi, è stata un'importante occasione di confronto per le Presidenti, le Fi-

duciarie e le socie delle Sezioni del Centro, presenti in gran numero ed anche un'opportunità per le Presidenti neo-elette di farsi conoscere e di proporre idee e progetti in un clima sereno e costruttivo. Il pomeriggio è stato dedicato alla visita guidata del complesso monumentale della Piazza dei Miracoli e in particolare del Camposanto Monumentale dove, di recente, è stato ricollocato, dopo un lungo lavoro di restauro, l'affresco del

"Trionfo della Morte" di Buonamico Buffalmacco, parte di un ciclo pittorico medievale definito dallo storico dell'arte Antonio Paolucci "la cappella Sistina dei Pisani". La visita si è conclusa all'interno del Battistero con l'emozionante "effetto eco" ottenuto con intonazioni vocali effettuate da un addetto alla sorveglianza. La cena tipica al ristorante "La Pergoletta" ha infine coronato l'intensa giornata ed il Convegno Pisano.



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


**Richard
Ginori**
1735

LOCMAN
ITALY

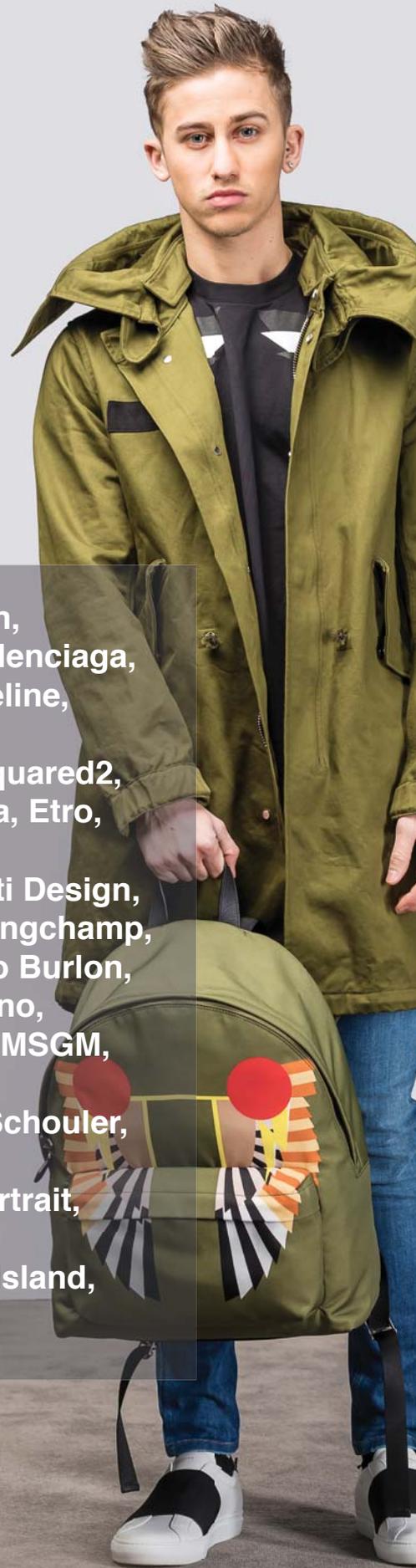
VENINI

WEDGWOOD
ENGLAND 1759


Rosenhal



VALENTI
PISA



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

THE BEST SHOPS®
CAMERA ITALIANA BUYER MODA

VALENTI
PISA

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