

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:

La colonscopia robotica ieri, oggi, domani

G. Parisi - E. Tumino - S. Metrangolo
L. Ceccarelli - V. Bolognesi
U.O. Gastroenterologia A.O.U.P.

Chirurgia orale e nuovi anticoagulanti orali

M. Nisi Ricamatore di malattie odontostomatologiche, Università di Pisa
M. Gabriele Professore ordinario malattie odontostomatologiche, Università di Pisa - U.O. Odontostomatologia e Chirurgia del Cavo Orale, AOUP

Novità nella sclerosi multipla: il ruolo dell'alimentazione

I. Righini - C. Frittelli - M.R. Maluccio
C. Pecori - C. Rossi - R. Galli
U.O.C Neurologia, Dipartimento Specialità Mediche, Area Pat. Cardio e Cerebrovascolari, Asl Toscana Nordovest, Ospedale "F.Lotti" - Pontedera



Borgo Stretto, 20 Pisa 050.542566 bbmaison1@outlook.it

ORCIANI forte_forte

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)

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

“Emergenza” e “Emergenziale”: gioco di parole o “presa in giro”

L'emergenza in una situazione emergenziale. Se non si parlasse di tutela della salute si potrebbe pensare ad un sottile, machiavellico gioco di parole per mascherare i propri errori e scaricarli su chi stia più in alto. Tanto per mettere a tacere la propria coscienza. Un balzello tipicamente italiano, per nulla confortante.

Quello che però ulteriormente preoccupa è la durata (due anni) della prima. Segno che la sfiducia verso le istituzioni nazionali nasce proprio dal basso (quelle regionali) e prevede, già ora, tempi lunghi. Dunque, in base all'esperienza che noi medici abbiamo accumulato in tanti anni di professione, riteniamo come in tale intervallo non siano possibili cambiamenti strutturali, né nuovi programmi di largo respiro per affrontare le carenze d'organico negli ospedali. In sostanza, si navigherà a vista.

Meglio che nulla, ne prendiamo atto: 150 non specializzati ed affiancati da “tutor” per un'emergenza non solo estiva, ma destinata a durare, anche in Toscana. Non illudiamoci, comunque. E' solo la terapia dei “pannicelli caldi”. La situazione di oggi, che ha trovato ancora una volta le prime pagine dei giornali, non è nuova e, soprattutto, non rappresenta certo un buon segno. Da tempo, noi l'avevamo ampiamente prevista e debitamente denunciata proprio da queste pagine. La barca continua a fare acqua.

Quello che amareggia, in ogni modo, è il contesto in cui avviene tutto ciò ovvero una delicata ed instabile situazione politico – parlamentare. Una base acquitrinosa su cui sarebbe difficile pensare di gettare fondamenta solide per un futuro di certezza.

Vogliamo parlarne? Noi, da Pisa, diciamo che siamo pronti. E voi?



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 Lipolis, 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
Sec 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).

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

HOME INFORMATIVE NEWS CONTATTI

EDITORIALE Latest

- Eroi, sempre e comunque** (Feb 24, 2017)
- Insieme, contro ogni violenza** (Dic 20, 2016)
- Vaccini: con noi o contro di noi** (Ott 19, 2016)
- Dalla parte del paziente** (Giù 17, 2016)

MEDICINA NEWS

- CAMERA IPERBARICA: IL NUOVO "PERCORSO PISA"** (Feb 24, 2017 | Anestesia, Rianimazione)
- LE IPERSONNIE: MALATTIA MEDICA E SOCIALE** (Feb 24, 2017 | Neurologia)
- ICTUS ISCHEMICO E TROMBOLISI: IL "PERCORSO" NELL'ASL NORD-OVEST** (Feb 24, 2017 | Neurologia)
- OCULISTICA UNIVERSITARIA: SPECIALIZZANDI IN INDIA** (Feb 24, 2017 | Chirurgia, Oculistica)
- INFEZIONE VERTICALE DA HIV: MODELLO PREVENZIONE A PISA** (Feb 24, 2017 | Medicina Generale, Medicina Interna)

ODONTOIATRIA NEWS

- SISTEMA AUTORIZZATIVO TOSCANO DELLE STRUTTURE SANITARIE: MODIFICHE** (Feb 24, 2017 | Notizie dagli Odontoiatri, Odontoiatria)
- PISA ODONTOIATRICA NEWS** (Feb 24, 2017 | Notizie dagli Odontoiatri, Odontoiatria)
- PISA ODONTOIATRICA NEWS** (Dic 27, 2016 | Notizie dagli Odontoiatri, Odontoiatria)
- NO A OGNI IPOTESI DI SANATORIA DELL'ABUSIVISMO** (Dic 22, 2016 | Notizie dagli Odontoiatri, Odontoiatria)
- QUESTIONE PRELIEVO VENOSO** (Dic 21, 2016 | Notizie dagli Odontoiatri, Odontoiatria)
- PROGETTO ANDI FIXO A PISA: LAVORO PER I GIOVANI**

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.

In ricordo di Maria Antonietta Longo Calderazzi

Se ne è andata in un mattino dello scorso maggio Maria Antonietta Longo Calderazzi, Nuccia per tutti gli amici, e con lei se ne è andato un pezzo di storia della nostra Associazione, l'AMMI (Associazione Mogli Medici Italiani) Sezione di Pisa.

Nuccia è stata consigliere della Sezione di Pisa per molti anni e dal 2009 al 2014 Presidente della stessa Sezione. Vogliamo

ricordare l'impegno e la dedizione ma soprattutto la passione e l'entusiasmo che hanno sempre contraddistinto il suo lavoro.

Molte sono state le proposte culturali e le conferenze di argomento sanitario che hanno animato la vita della Sezione durante la sua presidenza, numerosi i viaggi in giro per l'Europa e anche più lontano, senza dimenticare gli incontri con

altre sezioni italiane, l'organizzazione del Convegno Interregionale del Centro AMMI a Pisa nel gennaio del 2012 ed infine l'incarico a livello nazionale nel Consiglio dei Revisori dei Conti. Nel ricordo di un lungo periodo di condivisione di lavoro e di momenti di svago e di amicizia, tutte le socie della sezione AMMI di Pisa si stringono in un affettuoso abbraccio alla sua famiglia.



Meglio puntare sulla sanità privata?

Gentile Presidente,

sto seguendo con molta attenzione, ogni qual volta mi reco nell'affollatissimo ambulatorio del mio medico di base, le risposte che Lei, molto gentilmente e professionalmente fornisce a noi poveri pazienti, attraverso questa bella rivista che, a me pare, dovrebbe essere dedicata esclusivamente agli iscritti del vostro Ordine Professionale. Lei conoscerà praticamente tutto ciò che accade e soprattutto le chiacchiere che si fanno in attesa del nostro turno che sembra non arrivi mai. Cosa che avviene sempre anche quando ci rechiamo a fare qualche visita specialistica o controllo diagnostico strumentale presso le Asl o ospedali del territorio.

Può immaginare quindi le lamentele di noi pazienti, di nome e di fatto, costretti in un servizio pubblico che non credo sia degno di un paese che richiede tassazioni esose per poi fornirci servizi, soprattutto sanitari, che sembrano da terzo mondo. Proprio su questo tema vorrei chiederle: per chi se lo può permettere, vista la situazione contingente, è utile spendere svariati euro in polizze sanitarie che sembrano andar tanto di moda? Chi ha avuto soldi a disposizione, e ne conosco alcuni, hanno prestazioni di livello ed in tempi rapidi. Cosa significa questo, si vuol favorire il servizio privato, lasciando i più bisognosi a code chilometriche, e liste d'attesa che definirei tragicomiche? RingraziandoLa per la risposta e soprattutto i consigli che vorrà darmi, la saluto cordialmente.

Lucia Viterbesi

Gentile Signora,

le sue domande sono motivate e pertinenti. Ma le risposte, devono a mio parere, essere contenute in un contesto di vita attuale.

41 anni fa, la nuova legge di Riforma Sanitaria varata dal nostro Parlamento stabiliva un principio innovativo d'uguaglianza sociale. "D'ora in avanti – si disse - lo Stato avrebbe assicurato gratis ad ogni cittadino il cappotto. Se qualcuno avesse deciso per una pelliccia, avrebbe dovuto pagarsela". Lo stesso hanno fatto altri Paesi europei. A detta degli esperti, non deve essere dimenticato, il nostro Servizio Sanitario è oggi uno dei più funzionali che esistano attualmente nel mondo occidentale, nonostante storture e problemi.

Col tempo, però, tante cose sono cambiate. La domanda di salute è andata progressivamente aumentando, i costi lievitano giorno dopo giorno ed i bilanci dello Stato non riescono a contenerli, arrivando così a ridurre sempre più le prestazioni fino ad ieri gratuite. Le liste d'attesa per avere un proprio diritto suonano quasi offensive, ma spesso è inevitabile.

E' quindi comprensibile come il cittadino, quale forma d'investimento, decida di rivolgersi a sostegni integrativi, tenendo conto in particolare dell'allungamento della vita media. Sono certo comprenderà come non gli si possa dare torto.

Dal canto nostro, noi medici lavoriamo per ridurre i disagi e l'impegno di tanti colleghi è senz'altro da elogiare per solidarietà e professionalità al solo scopo di venire incontro alle esigenze di tutti. Posso assicurare che continueremo a batterci perché, nell'ambito di una condizione particolarmente critica, qualcosa si smuova.

Dott. Giuseppe Figlini

Ansia da prestazione nella performance sportiva

La parola ansia deriva dal latino **angere**, “stringere, tormentare, angustiare”, rimanda alla sensazione di disagio fisico e psichico vissuta da chi è sopraffatto da un’emozione tanto spiacevole.

Dalla prospettiva esistenzialista, l’ansia è spiegabile come *l’esito della tendenza umana a preoccuparsi per il futuro*; da quella evolutiva, come *una componente del riflesso di attacco-fuga che si attiva con un pericolo*; da quella sociologica, come *la risposta all’incertezza e allo stress della vita moderna*.

Dalla **prospettiva cognitivista**, ogni emozione segnala la compromissione dello “scopo” di cui è guardiana. Così, come la **rabbia** ci segnala la possibilità di poter subire un danno ingiusto, come la **tristezza** presuppone la separazione o perdita da un soggetto significativo, come la **gioia** ci segnala di aver raggiunto un obiettivo e così via, l’**ansia** si manifesta per **la presenza di probabili ostacoli** disposti tra noi e l’obiettivo e ci induce all’analisi delle minacce concorrenti a un possibile fallimento.

Nella storia dell’evoluzione l’ansia riveste **una funzione protettiva e preventiva**, ma diventa ostacolante quando incrementa come frequenza, durata e intensità. Ecco che il soggetto sperimenta sintomi cosiddetti accessori, come il rimuginio per cui, di fronte ad un problema, non cerchiamo soluzioni bensì altri problemi corollari.

In psicologia dello sport, sentiamo spesso parlare di **ansia da prestazione**; nei contesti che prevedono una valutazione sulla performance, l’ansia diventa guardiana della **buona immagine di sé** e del **proprio valore**. Così, quando un atleta anziché concentrarsi sul da farsi per fare bene (**motivazione al successo**) inizierà a temere la brutta figura (**motivazione ad evitare il fallimento**), metterà in moto una serie di condotte protettive per evitare che si realizzi lo scenario che più teme.

“Chi dice che l’ansia da prestazione non esiste vuol dire che non l’ha mai provata. L’ansia non la vedi. La provi. Io la sento sopraffarmi il corpo appena il brusio sugli spalti si fa più fioco dopo che lo starter annuncia -Concorrenti dietro ai blocchi-.

Parte dalle viscere in prossimità dell’ombelico e si espande come una macchia di inchiostro. Io sono qui, dietro ai blocchi. Ho provato a pensare di essere un leone eppure mi sento una gazzella che presto avrà la peggio. In teoria so quello che devo fare. L’ho provato per mesi ma ora mi manca l’aria, il cuore mi scoppia nel petto. Ho paura di perdere, sì. Di perdere anche stavolta. E’ questo pensiero che mi asfissia, mi strangola la gola, mi intorpidisce la mente fino a farmi perdere la lucidità.”

“-Ai vostri posti- dice lo starter. Ed io vorrei essere ovunque tranne che qui. Appoggio

le scarpe sul blocco e, nel posizionare le mani, sento che le dita si informicoliscono. Le sento fredde. Il mio corpo ha una specie di perdita di potenza. Eppure sono pronto.

-Pronti...- La vista si fa confusa. Confusa come il pensiero. “-VIA!- ed io schizzo fuori dal blocco...speriamo di non scoppiare come l’altra volta.”

Può capitare non centrare un obiettivo e, per questo, di investire di più nel successivo. Ma se anche i successivi falliscono, il rischio è di convincersi che solo una **superprestazione** potrà bilanciare le sconfitte precedenti. Peccato che, l’ingaggio mentale in traguardi sempre più difficili ed una valutazione dei propri errori sempre più rigida, può condurre in una spirale di sconfitte esponenziali.

Quali sono gli approcci utilizzati dalla psicologia dello sport in merito alla gestione degli stati emotivi sgradevoli? Gli approcci tradizionali mirano al controllo, riduzione e soppressione di pensieri, sensazioni ed emozioni spiacevoli, attraverso l’uso di tecniche di matrice cognitivo-comportamentale. L’obiettivo è quello di creare uno stato di performance ideale che garantirebbe una prestazione sportiva di elevato livello. La letteratura dell’ultimo decennio mette in evidenza come tali interventi non abbiano prodotto cambiamenti significativi nella prestazione. Dati empirici mostrano come l’evitamento esperien-



ziale (processo che porta alla momentanea soppressione di pensieri, sensazioni ed emozioni spiacevoli) rappresenti un elemento centrale nella riduzione dei livelli motivazionali nello sport. Gli interventi in psicologia dello sport dell'ultimo decennio si sono ispirati ai principi delle terapie di terza generazione, in particolare della Mindfulness e dell'Acceptance & Commitment Therapy, che prevedono l'uso non solo di tecniche psicoeducative, ma anche esperienziali. Tali interventi si basano sull'accettazione, suggerendo che alla base di una performance ottimale non vi è un controllo degli stati interni, piuttosto un atteggiamento di consapevolezza e accettazione non giudicante delle esperienze che l'individuo sperimenta nel momento presente (qualunque esse siano). Un allenamento basato sulle tecniche mindfulness e sull'accettazione, permetterebbe agli atleti di sviluppare un'attenzio-

ne focalizzata sul compito ed una maggiore flessibilità nella risposta agli stimoli esterni, andando a migliorare la performance. A partire da questa prospettiva teorica sono stati messi a punto strategie di intervento e tecniche finalizzate al miglioramento della prestazione sportiva ben diverse da quelle tradizionali.

Un lavoro di questo tipo è stato effettuato dai professionisti dell'Associazione Culturale Pandora che opera a Lucca, Massa, Livorno e Pisa. All'interno dell'associazione un team di professionisti, formato da psichiatri, psicoterapeuti, un nutrizionista e una specialista in medicina dello sport in formazione, si occupa degli aspetti psicologici, medici e nutrizionali nell'ambito degli sport individuali e di squadra. Sul territorio pisano è attiva da un paio di anni la collaborazione con il Settore Giovanile del Pisa Sporting Club, che ha come obiettivo principale la

formazione degli allenatori fornendo un aiuto e un supporto agli atleti con carenze nella performance sportiva, legata prevalentemente all'ansia da prestazione e dove il modello Mindfulness e Act proposto a Moduli legati a centrare la consapevolezza e ridurre la tensione. Il progetto pilota concordato, sembra già aver sensibilmente ridotto lo stato di stress e migliorato lo standard desiderato nei giocatori, che hanno manifestato i sintomi d'ansia impattando sul rendimento.

Quindi, quando la testa va nel pallone i sintomi cognitivi si nascondono e attenzione, concentrazione, memoria, emozione, ragionamento, motivazione, fuggono via.

Che cosa impariamo da tutto ciò?

Che se la testa va nel pallone va allenata, fuori dal terreno di gioco la capacità di reagire ai momenti difficili.

Le allergie primaverili

La prevalenza delle patologie allergiche è notevolmente aumentata negli ultimi anni, viene infatti coinvolto il 20-40% della popolazione.

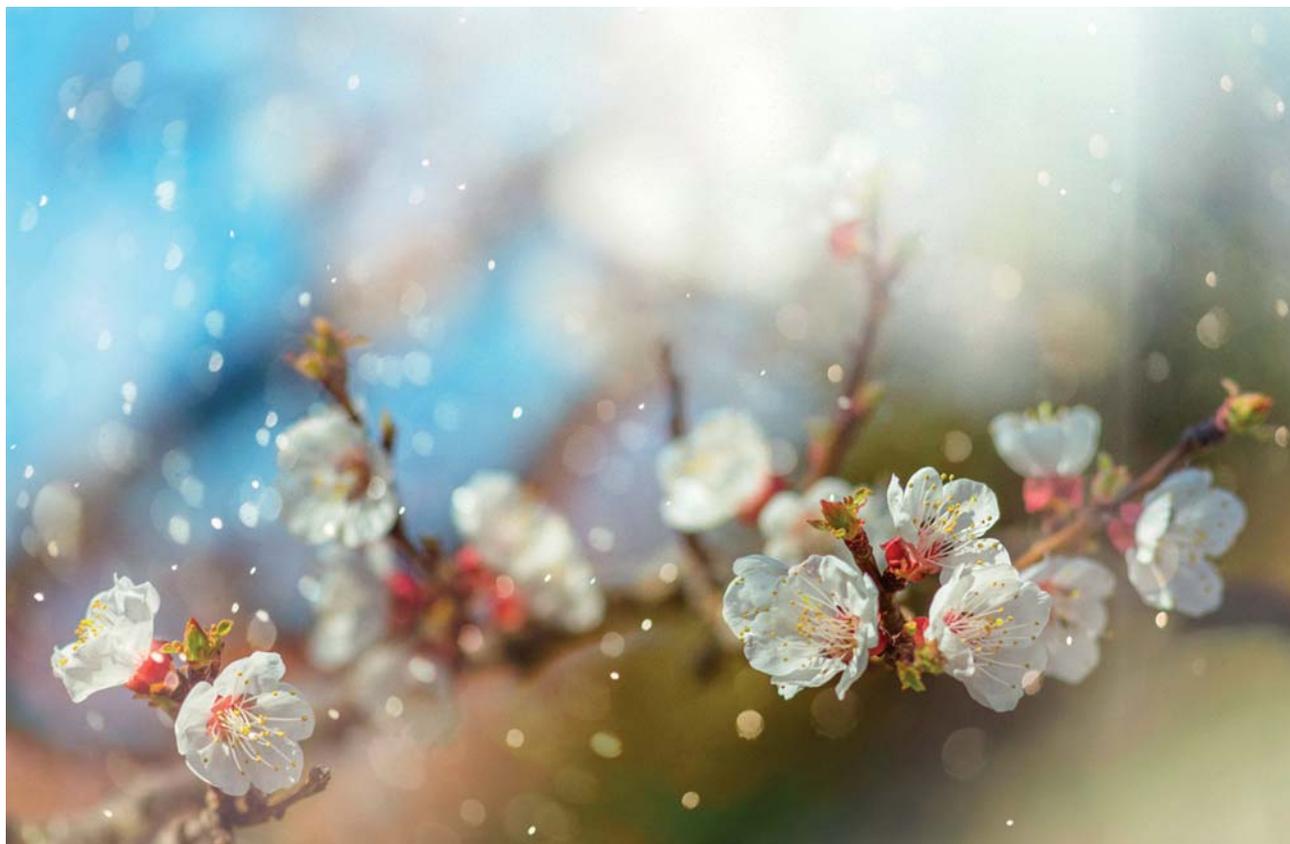
Si manifestano con maggiore frequenza in soggetti particolarmente sensibili ad alcune sostanze esterne, gli allergeni: molecole solitamente innocue che in alcune persone possono scatenare una risposta immunitaria eccessiva ed incontrollata.

Il termine congiuntiviti allergiche comprende un gruppo eterogeneo di patologie, che presenta manifestazioni cliniche diverse: la congiuntivite allergica stagionale o perenne, la cheratocongiuntivite primaverile, la cheratocongiuntivite atopica. La congiun-

tivite allergica stagionale (CAS) o perenne (CAP) è la forma più comune e colpisce circa il 20% della popolazione. La patogenesi è prevalentemente IgE mediata con una reazione di ipersensibilità immediata di tipo I. Il contatto con l'allergene determina la degranolazione dei mastociti che induce un aumento di istamina, triptasi, prostaglandine e leucotrieni nelle lacrime ed un'attivazione delle cellule endoteliali vascolari e il conseguente richiamo di cellule infiammatorie nella mucosa congiuntivale. I segni ed i sintomi oculari nelle due condizioni sono simili, con la differenza che nella CAS sono stagionali e legati all'esposizione temporanea agli allergeni, solitamente

pollini, nella CAP invece sono presenti tutto l'anno ed i responsabili possono essere: acari della polvere, peli di animali domestici o presenza di spore fungine o di muffe. Il paziente si presenta all'attenzione dell'oculista con prurito, sintomo caratteristico, bruciore, lacrimazione, iperemia congiuntivale più o meno marcata, edema palpebrale e congiuntivale, talvolta secrezione sierosa o sieromucosa ed ipertrofia papillare della congiuntiva.

La cheratocongiuntivite primaverile di Vernalis (VKC) è una patologia rara che determina un'inflammatione cronica bilaterale della cornea e della congiuntiva, la cui causa non è stata ancora chiarita. Insorge general-



mente intorno ai 10 anni d'età, nelle aree a clima caldo umido e colpisce con maggiore frequenza i maschi. I pazienti con VKC presentano sintomi simili a quelli delle altre forme allergiche ma molto più accentuati: prurito, bruciore e marcata fotofobia, sensazione di corpo estraneo, bruciore e secrezione vischiosa e biancastra. La visita oculistica potrà evidenziare la presenza di lesioni caratteristiche come i noduli di Trantas, piccole protuberanze simil gelatinose a livello del limbus corneale e una reazione papillare della congiuntiva tarsale, con il tipico aspetto ad

“acciottolato”. Talvolta la VKC può complicarsi con lesioni corneali che vanno da una semplice sofferenza epiteliale fino alla formazione di vere e proprie ulcere. La cheratocongiuntivite atopica (AKC) è anch'essa come la VKC un'inflammatione cronica bilaterale ed è spesso associata a dermatite atopica, rinite o asma allergici. Può interessare palpebre, cornea e congiuntiva. La gravità è variabile da forme lievi a complicanze serie per la vista del paziente. I segni e i sintomi lamentati dai pazienti sono sovrapponibili a quelli della VKC, può però associarsi ad un ecze-

ma palpebrale e periorbitario e possono essere presenti le pli- che cutanee di Dennie-Morgan in prossimità della radice nasale. La diagnosi di queste diverse forme allergiche inizia sempre con un'accurata anamnesi del paziente ed è clinica. Possono essere eseguiti alcuni esami di supporto che aiutano l'oculista a differenziare le varie forme allergiche come: test cutanei, il dosaggio delle IgE totali e specifiche, la conta degli eosinofili ed in alcuni casi test di provocazione congiuntivale.

L'approccio terapeutico dipenderà dalla gravità del quadro clinico, dalla durata della sintomatologia, dall'entità dell'inflammatione e dalla presenza di altri sintomi.

La prima misura da raccomandare è evitare l'esposizione all'allergene; l'uso di sostituti lacrimali aumenta la barriera protettiva dell'occhio e consente di diluire gli allergeni ed i mediatori dell'inflammatione contenuti nel film lacrimale.

La terapia elettiva è rappresentata dai colliri antiallergici, come gli antistaminici e gli stabilizzatori di membrana dei mastociti. Gli antistaminici bloccano reversibilmente i recettori per l'istamina con effetto sintomatico, riducendo il prurito e l'arrossamento, gli stabilizzatori di membrana invece bloccano la degranolazione dei mastociti, impedendo il rilascio di istamina e degli altri mediatori dell'inflammatione senza avere però alcun effetto sulla sintomatologia. I corticosteroidi sono da riservare nelle forme allergiche resistenti e solo per brevi periodi, per i possibili effetti avversi. L'immunoterapia specifica si può considerare quando si riesce ad evidenziare un unico allergene specifico responsabile. Infine, in alcuni casi per il protrarsi della sintomatologia e per la gravità dei segni clinici si può prendere in considerazione l'uso della Ciclosporina collirio, come nella VKC.



Congiuntivite primaverile



Congiuntivite di Vernalis

Scienza, magia e salute: i vaccini tra falsi miti e realtà

In Italia viviamo ogni giorno un enorme paradosso. Siamo il Paese al mondo con il Sistema Sanitario più efficace, abbiamo una aspettativa di vita che è ai primi posti nelle classifiche planetarie, eppure la fiducia nel sistema sanitario risulta bassa e sono sempre di più i cittadini che rifiutano cure salvavita o interventi preventivi essenziali come le vaccinazioni per cedere al richiamo della propaganda antiscientifica e affidarsi a guaritori e ciarlatani.

Negli ultimi anni il dibattito civile e politico è stato fortemente polarizzato sul tema delle vaccinazioni. L'esitazione vaccinale, cioè il ritardo o il rifiuto delle vaccinazioni anche in presenza di una offerta efficace, è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una fra le dieci minacce peggiori per la salute

globale. Il problema del calo delle coperture vaccinali ha preoccupato le autorità sanitarie nazionali ed internazionali ed ha portato in Italia nel 2017 al varo di una legge che rafforzava i già esistenti obblighi vaccinali portando da 4 a 10 le vaccinazioni obbligatorie, che sono anche divenute requisito necessario per l'accesso alla scuola dell'infanzia.

L'obbligo è stato certamente un elemento scatenante il dibattito politico, ma è stato anche un argomento che ha svelato un lato della società italiana che da tempo, chi si interessa di ricerca scientifica, conosce bene. La scarsa conoscenza, e quindi fiducia, di una larga parte della società nei confronti della scienza e della ricerca medica.

La bassa confidenza nei confronti dei vaccini, infatti, fa il paio con una più vasta avversione da parte

di alcuni per la medicina cosiddetta ufficiale. Spesso chi rifiuta i vaccini è anche un consumatore di rimedi omeopatici e si rivolge con più facilità a medicine alternative.

In questo caso il rifiuto dei vaccini si inserisce in un quadro psicologico e cognitivo più ampio di chi abbraccia più volentieri il pensiero magico rispetto al ragionamento scientifico. Chi accetta volentieri di spendere tempo e denaro per un rimedio omeopatico, la cui efficacia terapeutica non è mai stata dimostrata e in cui la chimica ci dimostra che non sia presente alcun composto farmacologico a causa della diluizione infinitesimale, si affida ad una propria percezione di efficacia basata su esperienze personali o, al massimo, di persone facenti parte della propria cerchia sociale, senza però passare queste esperien-





ze al vaglio di un ragionamento scientifico. Si affida appunto al pensiero magico, quello stesso pensiero che porta le persone a fare determinati rituali scaramantici o a credere agli oroscopi.

Da anni la medicina compie enormi sforzi per riportare la pratica medica nel campo della cosiddetta EBM, evidence-based medicine, la medicina basata sulle evidenze e sulle prove cliniche. Secondo i dettami della EBM, ogni pratica medica dovrebbe essere basata su solide prove scientifiche. I farmaci che oggi usiamo, e fra questi i vaccini, sono stati valutati in lunghe sperimentazioni cliniche per provarne sicurezza ed efficacia. Lo stesso ovviamente non vale per tutte le pratiche delle cosiddette medicine alternative.

Eppure si fa fatica ancora oggi a far accettare pratiche preventive efficaci e sicure come la vaccinazione, ma addirittura terapie salvavita come le terapie neoplastiche. La propaganda anti-scientifica e pseudoscientifica ha

trovato nei nuovi mezzi di comunicazione una maniera semplice e a basso costo per diffondersi e purtroppo hanno trovato terreno fertile in una cittadinanza che non ha dimestichezza con il metodo ed il linguaggio della scienza.

Ma è sbagliato dare al web ed ai social media la colpa di questo dilagare delle pseudoscienze. Il problema risiede appunto nella recettività di una larga fascia di popolazione a questa propaganda. Il percorso da fare è lungo e complesso. Deve partire dai ban-

chi delle scuole e delle università dove il ragionamento scientifico deve diventare strumento di lavoro quotidiano. Ma deve anche approdare in un rinnovamento del rapporto fra medico e paziente, dove la classe medica – abbandonando con forza e definitivamente il ricorso a pratiche di non comprovata efficacia – deve recuperare la sua autorevolezza e guadagnare a pieno titolo la fiducia del cittadino. E' nel rinnovato rapporto medico-paziente che dovremo trovare l'argine contro santoni, maghi e guaritori.

**YOUTUBE DECRETA
ELIMINARE
NO-VAX**

Gli "ISA" e la proroga dei versamenti

E' tempo di dichiarazioni, dichiarazioni dei redditi (un tempo chiamate modello 740, poi modello Persone fisiche, ora chiamate Modello Redditi) ma comunque denominate, sempre utilizzate per dichiarare i redditi dei contribuenti e non quelli delle società. Il modello si articola in tre distinti fascicoli destinati ad ospitare i vari tipi di redditi prodotti nel 2018, le pagine che compongono il modello di quest'anno sono 44, le pagine relative alle istruzioni di compilazione sono per il 2018 ben 321, le istruzioni risultano essere state aggiornate dall'Agenzia delle Entrate alla data del 7 giugno 2019. Pertanto, lasciando perdere l'aspetto "tecnico" della complessità e della mole di informazioni fornite e da recepire, ciò significa che il contribuente (forzosamente supportato dal proprio commercialista) si ritrova quasi allo scadere dei versamenti del primo luglio con delle novità: gli "aggiornamenti del 7 giugno".

Ma a ben vedere coloro che svolgono attività di lavoro autonomo e che nel 2018 non si trovavano in particolari regimi fiscali sono ancora di più "inguaiati" perché insieme alla propria dichiarazione (aggiornata come già detto nelle Istruzioni al 7 giugno 2019) dovranno compilare anche gli ISA (Indici sintetici di affidabilità) nuovo strumento di controllo che dal 2018 è andato a sostituire i vecchi e ormai quasi "rim-

pianti" Studi di settore.

Il problema degli ISA è considerevole in quanto questo nuovo strumento raggruppa una serie di dati contabili dei contribuenti da questi ultimi forniti negli ultimi anni all'Agenzia delle Entrate, e per la compilazione dei quali (ISA) è necessario scaricare dalla stessa Agenzia delle Entrate un file XML che contiene detti dati (da verificare poi uno ad uno). Il File XML andrà poi "travasato" in un programma di calcolo predisposto da Sogei (società di informatica del Ministero dell'Economia e delle Finanze). Per inciso, elemento "devastante" è che detto file può essere reperito solo nel "cassetto fiscale" del professionista, cassetto fiscale messo a disposizione dall'Agenzia delle Entrate, ma che il professionista potrebbe non aver mai attivato e che ora dovrà invece essere tassativamente richiesto.

Fondamentale ai nostri fini chia-

rire che detto software ISA reso disponibile da Sogei nei primi giorni di giugno 2019, ad oggi 26 giugno viene definito "a rischio di errori" da parte di Assosoftware che consiglia i contribuenti di attendere la risoluzione delle criticità prima di considerare attendibili i risultati dello strumento di verifica che potrebbe indurli a false conclusioni e conseguenti eventuali errati adeguamenti nei versamenti.

Ricapitolando: gli ISA ci sono ma non funzionano e la scadenza dei versamenti è imminente: primo luglio 2019... e allora arriva la proroga che è stata concessa con il "Decreto Crescita" ed i versamenti sono slittati al 30 settembre. Ma la proroga è strumento corretto a risolvere il ritardo della Pubblica Amministrazione nei confronti dei contribuenti? Oppure è solo il "male minore"?

(Fonte "Il Sole 24 Ore")



Chirurgia orale e nuovi anticoagulanti orali

I nuovi anticoagulanti orali (NAO), indicati anche con il termine di anticoagulanti orali diretti, sono stati introdotti nella pratica clinica allo scopo di aumentare l'aderenza alla terapia anticoagulante e di minimizzare gli svantaggi connessi alla terapia con dicumarolici. Queste molecole possono essere somministrate, in una o due dosi quotidiane, senza che il loro metabolismo sia influenzato dall'alimentazione e con limitate interazioni farmacologiche; inoltre, rispetto ai dicumarolici non richiedono un monitoraggio continuo attraverso la valutazione dell'INR. Le attuali linee guida prevedono la prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali per il trattamento della trombosi venosa profonda, dell'embolia polmonare e per la prevenzione di fenomeni trombotici in pazienti affetti da fibrillazione atriale non valvolare.

Le molecole al momento disponibili in commercio possono essere suddivise in due categorie:

- Inibitori diretti del fattore Xa: Rivaroxaban, Apixaban ed Edoxaban;
- Inibitori diretti della trombina: Dabigatran

Le molecole raggiungono un

picco plasmatico dopo 1-4 ore dall'ingestione ed hanno un'emivita plasmatica che in media oscilla tra le 10 e le 14 ore; l'escrezione, ad eccezione dell'Edoxaban, avviene principalmente per via renale, di conseguenza il dosaggio del farmaco deve essere modulato in base alla funzionalità renale del paziente (Tabella).

A causa della loro recente introduzione, in letteratura sono presenti ancora pochi studi che hanno analizzato la gestione perioperatoria dei pazienti che assumono NAO e non esiste al momento un protocollo univoco di gestione. In una recente revisione sistematica della letteratura, gli autori hanno evidenziato come i pazienti in te-



Figura 1

Principio attivo	Nome commerciale	Emivita plasmatica	Escrezione renale
Dabigatran	Pradaxa	12-14 ore	80%
Rivaroxaban	Xarelto	5-9 ore	66%
Apixaban	Eliquis	8-15 ore	25%
Edoxaban	Lixiana	10-14 ore	50%

Tabella

rapia con NAO presentano un rischio di sanguinamento post-operatorio tre volte superiore rispetto ai soggetti sani. Infatti, le procedure di chirurgia orale nel paziente in terapia con NAO richiedono specifiche accortezze terapeutiche al fine di minimizzare eventuali complicanze peri- e post-operatorie, come sanguinamenti tardivi o la formazione di coaguli esuberanti (Immagine 1) ed ematomi post-operatori (Immagine 2). Se da un lato infatti la sospensione della terapia anticoagulante determina una riduzione del tasso di sanguinamento, questa procedura può esporre il paziente ad un aumento del rischio tromboembolico. Le linee guida proposte dalla Società Europea di Cardiologia, nel 2018, stratificano le procedure chirurgiche in base al rischio di sanguinamento in tre grandi categorie:

- Interventi chirurgici con rischio di sanguinamento minimo;
- Interventi chirurgici con ri-

schio di sanguinamento moderato;

- Interventi chirurgici con rischio di sanguinamento elevato.

Gli interventi di chirurgia orale (estrazione chirurgica fino a tre elementi dentari, chirurgia paradontale, drenaggio di ascessi e chirurgia implantare) sono classificati tra gli interventi con rischio di sanguinamento minimo. Nel caso in cui l'odontoiatra debba eseguire una delle suddette procedure, le linee guida sconsigliano la sospensione della terapia dal giorno precedente all'intervento, ma suggeriscono semplicemente di dimezzare la dose giornaliera di Apixaban e Dabigatran e di spostare la prima dose di Rivaroxaban ed Edoxaban ad almeno sei ore dal termine della procedura chirurgica. Questo approccio permette di intervenire chirurgicamente durante la fase di valle plasmatica della molecola minimizzando l'effetto anticoagulante. Si consiglia inoltre

di limitare quanto più possibile il traumatismo a carico sia dei tessuti duri che dei tessuti molli e di applicare presidi di emostasi locale che possano favorire la formazione del coagulo. Nel caso in cui sia necessario eseguire interventi di chirurgia orale maggiore (exeresi di neoformazioni cistiche, chirurgia ossea rigenerativa, interventi di chirurgia implantare avanzata) è opportuno contattare il medico prescrittore in modo da concordare eventuali finestre di sospensione maggiore o terapia sostitutiva con eparina al fine di minimizzare il rischio di sanguinamento.

Per quanto concerne il periodo post-operatorio, contrariamente alla terapia con dicumarolici, alla luce delle scarse o nulle interazioni farmacologiche e con alimenti, non sono necessari specifici accorgimenti, ma è importante istruire il paziente sulla gestione di eventuali episodi minori di sanguinamento.

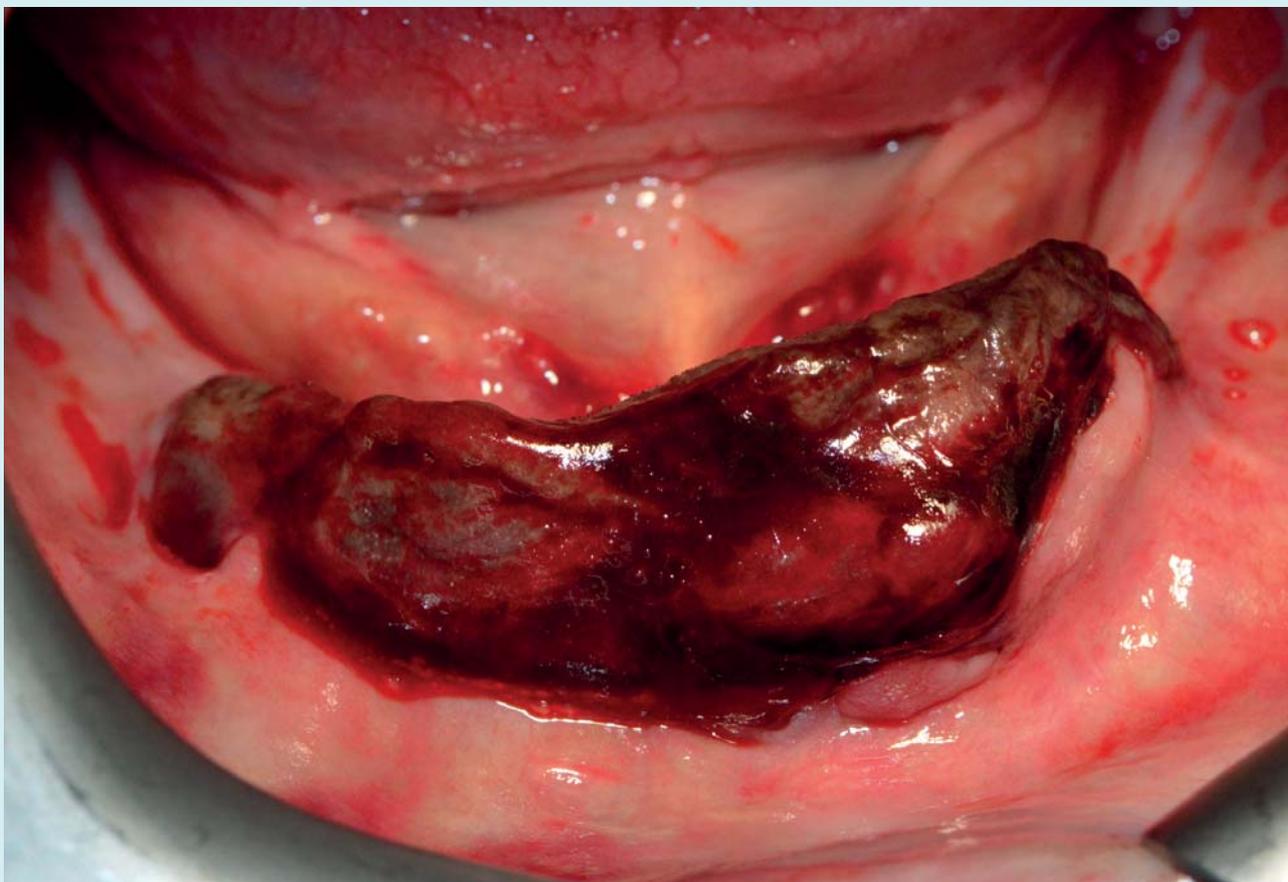


Figura 2

Osteonecrosi dei mascellari

Prevenzione odontoiatrica

L'osteonecrosi dei mascellari associata a medicinali (MRONJ) è un'entità clinica caratterizzata da tre elementi patognomonic:

- Pregressa o corrente terapia con farmaci antiangiogenetici/antiriassorbitivi;
- Tessuto osseo esposto o che possa essere sondato attraverso una fistola intra o extra-orale per più di otto settimane (Figura 1,2);
- Assenza di radioterapia nel distretto maxillo-facciale.

Nonostante il primo caso di MRONJ fu descritto nel 2003, la fisiopatologia di questo quadro clinico non è stata ancora del tutto chiarita. Tra le ipotesi proposte in letteratura ritroviamo: la

soppressione del metabolismo osseo, inibizione dell'angiogenesi, processi infiammatori ed infettivi.

Tuttavia, sempre maggiori evidenze sottolineano come proprio lo sviluppo di processi infiammatori ed infettivi a livello della cavità orale possano rappresentare un triggering per lo sviluppo della MRONJ (malattia parodontale, malattia perimplantare, ascesso odontogeno).

Per questo motivo l'implementazione del manovre di screening odontoiatrico, nei pazienti che devono intraprendere terapia con farmaci antiriassorbitivi/antiangiogenetici, e la corretta gestione dei pazienti già in te-

rapia rivestono un ruolo cardine per la prevenzione primaria della MRONJ. Schematicamente possiamo individuare quattro categorie di pazienti:

- **Pazienti oncologici in attesa di terapia:** in questa fase è necessario anzitutto informare correttamente il paziente del rischio di sviluppo di MRONJ. La visita preventiva ha lo scopo di intercettare tutti i possibili foci infettivi (lesioni periapicali, elementi dentari non restaurabili, lesioni parodontali non trattabili) e procedere alla loro rimozione prima dell'inizio della terapia. Al termine delle terapie, l'odontoiatria accerterà la corretta guarigione delle ferite e rilascerà un

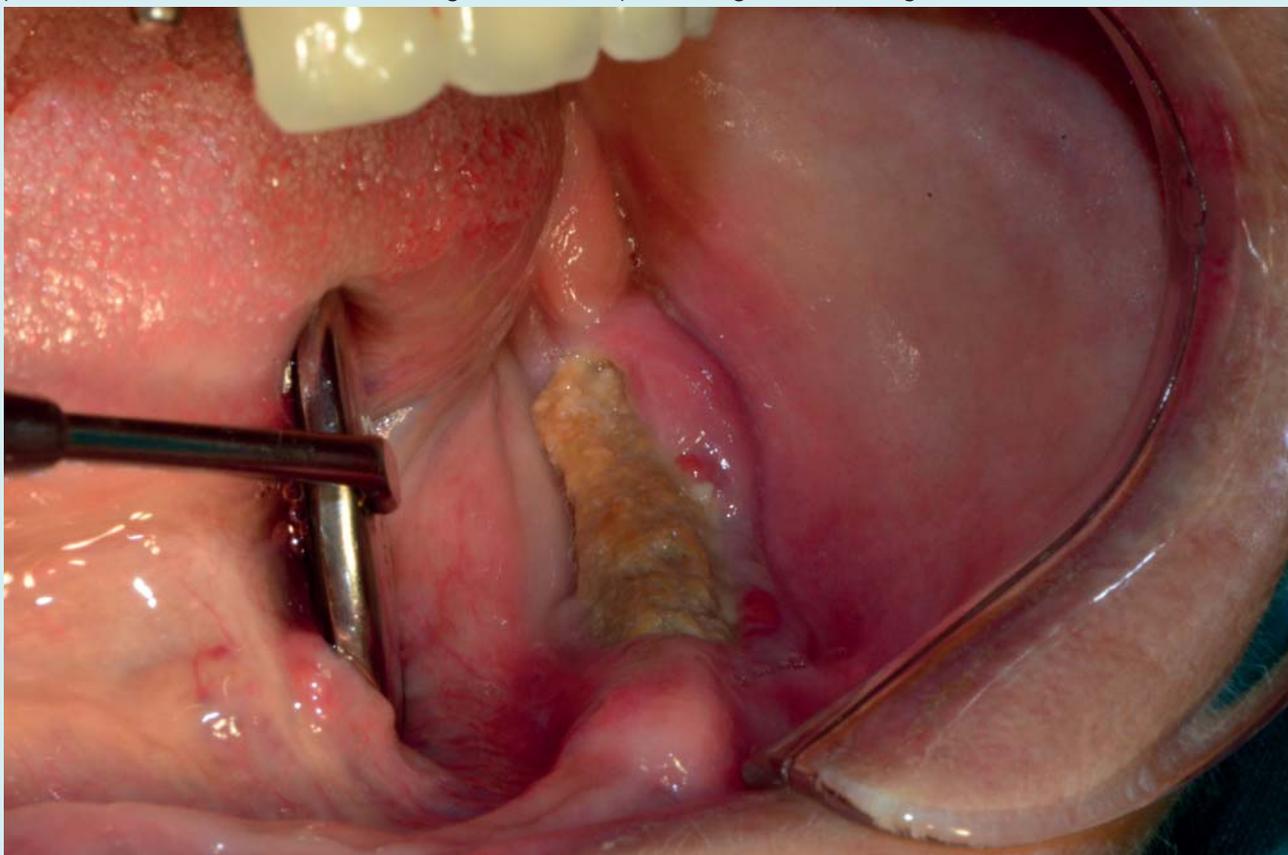


Figura 1

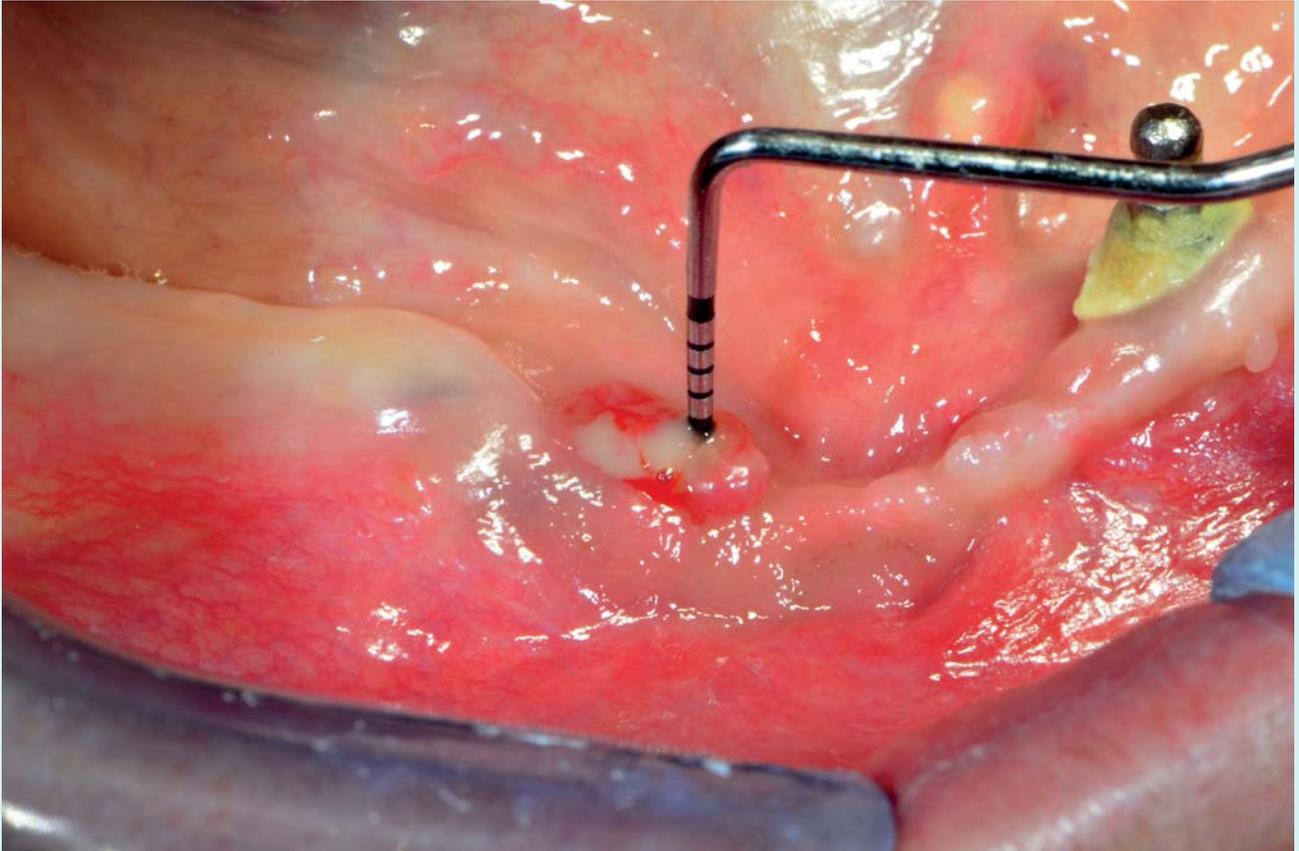


Figura 2

nulla osta al paziente. È opportuno inoltre informare il paziente dell'importanza del mantenimento di una corretta igiene orale, ed arruolarlo in un programma di follow-up semestrale. Tutte le terapie chirurgiche elettive (implantologia, chirurgia parodontale mucogengivale, ecc...) sono controindicate.

• **Pazienti non-oncologici in attesa di terapia:** come nel precedente gruppo lo scopo della visita preventiva è quella di intercettare e rimuovere tutti i focolai infettivi prima dell'inizio della terapia o entro i primi sei mesi. In questa fase tutte le procedure chirurgiche e non chirurgiche che hanno lo scopo di rimuovere lesioni infettive od infiammatorie sono indicate. Le terapie chirurgiche elettive sono classificate come possibili in quanto il rischio di sviluppo di MRONJ non è quantificabile. Anche in questo caso è opportuno arruolare il paziente in un programma di follow-up semestrale

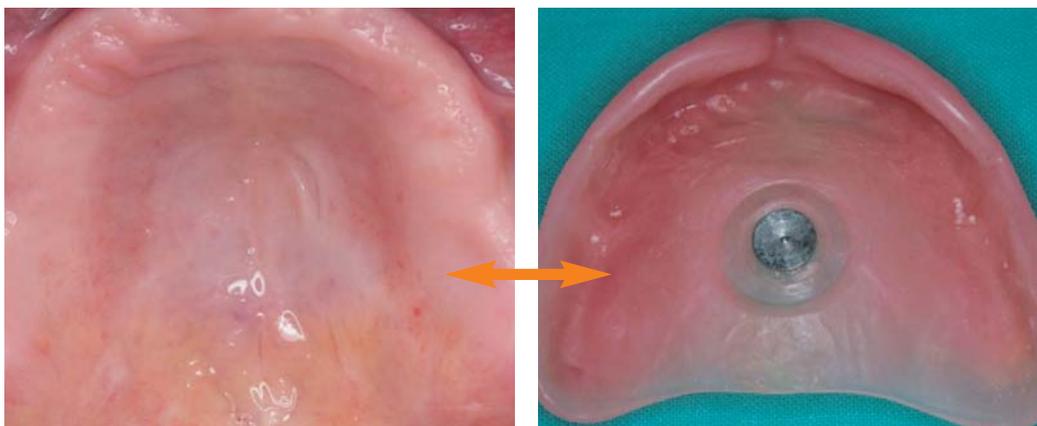
• **Pazienti oncologici in terapia:** tutte le procedure chirurgiche che hanno lo scopo di rimuovere patologie infiammatorie ed infettive sono indicate. In caso di intervento di chirurgia orale è necessario la somministrazione profilattica di terapia antibiotica ad ampio spettro dal giorno precedente all'intervento da proseguire per almeno sei giorni dopo la procedura. La terapia implantare è controindicata in relazione al traumatismo osseo connesso al posizionamento dell'impianto stesso. Al contrario, tutte le procedure non chirurgiche (terapia conservativa, terapia parodontale, terapia endodontica) sono altamente raccomandate al fine di ridurre il rischio di insorgenza e propagazione di quadri infettivi.

• **Pazienti non oncologici in terapia:** la gestione di questa categoria di pazienti richiede un attento inquadramento dei fattori di rischio sistemici al fine di stabilire il reale rischio di sviluppo di MRONJ. Schematicamente i

pazienti possono essere suddivisi in due categorie: alto rischio (durata della terapia inferiore ai 3 anni) e basso rischio (durata della terapia superiore ai 3 anni). Le procedure chirurgiche che hanno lo scopo di rimuovere patologie infiammatorie ed infettive sono indicate in entrambe le categorie di pazienti; nei pazienti ad alto rischio si applicano le stesse procedure terapeutiche descritte per i pazienti oncologici in terapia. Per quanto concerne le terapie chirurgiche elettive non sono strettamente controindicate, ma definite possibili in entrambe le categorie di pazienti. Il clinico dovrà accuratamente valutare il rapporto rischio beneficio di ogni singola procedura chirurgica elettiva ed informare il paziente del rischio di MRONJ a lungo termine, per i pazienti a basso rischio, ed a breve e lungo termine per i pazienti ad alto rischio. Come per i pazienti oncologici in terapia tutte le procedure non chirurgiche sono raccomandate.

Atlante di stomatologia

Origine traumatica **da agenti fisici e chimici**



Il traumatismo cronico a livello palatale in pazienti portatori di protesi va sempre considerato, fino a prova contraria, associato a candidosi cronica; per casi simili vale quanto già precedentemente riportato; nonostante si tratti di un riscontro frequente e benigno non va trascurata la possibilità della presenza di un carcinoma squamoso "nascosto" dalla protesi stessa; in tal caso, dopo terapia antimicotica di 15 gg, conviene effettuare una biopsia

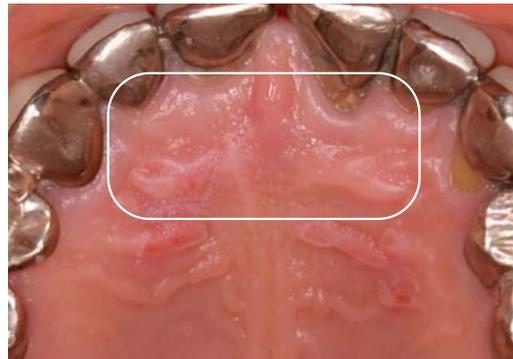
Le lesioni mucose del cavo orale



Lesione rossa da traumatismo acuto indotta da piercing linguale



Lesione da ustione palatale



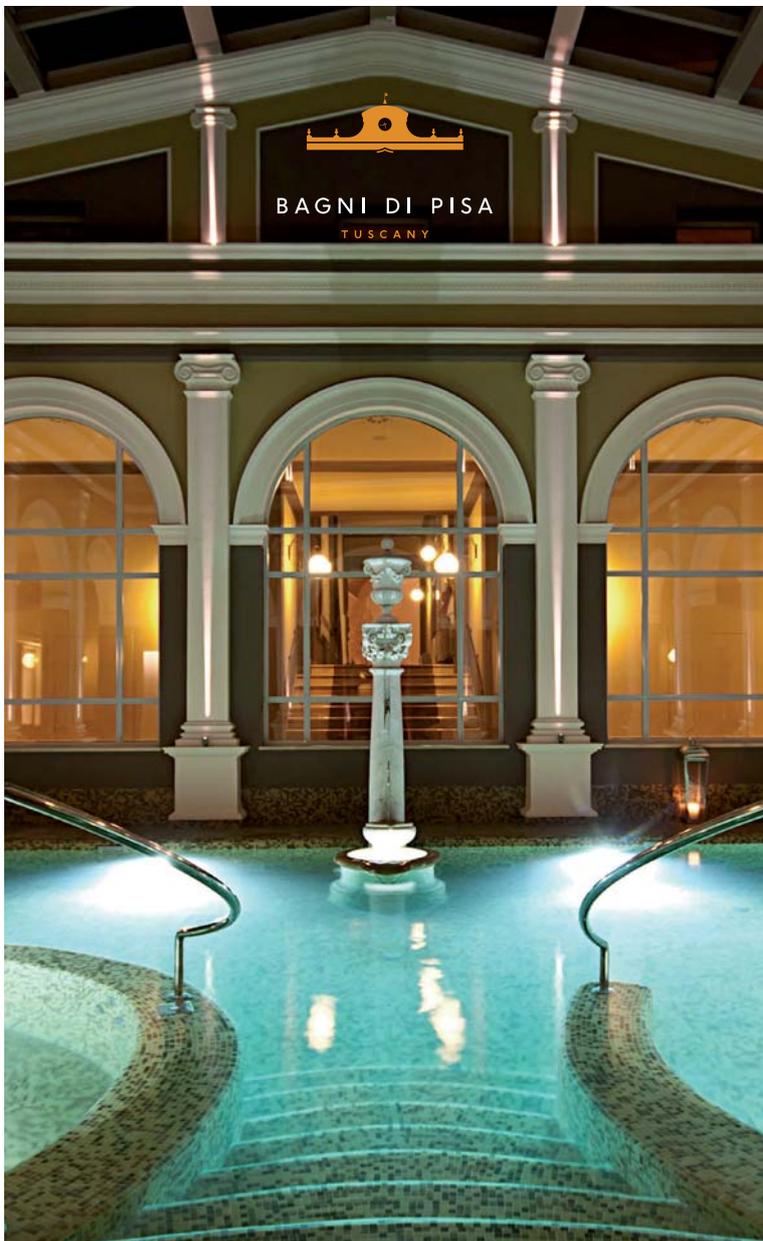
LPO

Classica area eritematosa, dolente dopo ustione da ingestione di cibi caldi; il dato anamnestico sarà utile per la DD soprattutto per lesioni simili quali un LPO. Si consiglia la rivalutazione dopo 15 giorni



Stomatite attinica

Grave atrofia mucosa post-attinica, associata a xerostomia; si consiglia a tutti i pazienti irradiati ripetuti sciacqui con bicarbonato di sodio ed antimicotici *sine die*



BAGNI DI PISA
TUSCANY



GROTTA GIUSTI
TUSCANY

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

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

BAGNI DI PISA

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

GROTTA GIUSTI

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

A MEMBER OF

IH Italian
Hospitality
Collection

La colonscopia robotica ieri, oggi, domani

Prima di parlare della colonscopia robotica permettetemi un breve excursus sull'importanza dell'esame coloscopico.

Sono oltre 464.000 i pazienti con pregressa diagnosi di carcinoma del colon-retto in Italia (53% maschi) e sono state stimate circa 51.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (TCR) nel 2018. Secondo i dati AIRTUM, sia tra gli uomini (15% di tutti i nuovi tumori) sia tra le donne (13%) si trova al secondo posto, preceduto rispettivamente dalle neoplasie della prostata e della mammella (fig.1).

La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore negli anni recenti.

Anche per quanto riguarda la mortalità per neoplasia il TCR si attesta al secondo posto. Nel 2015 sono stati osservati 18.935 decessi per carcinoma del colon-retto con una media dell'11% nei maschi e del 12% nelle femmine, preceduto dalle neoplasie polmonari negli uomini e da quelle mammarie nelle donne (fig.2).

Per quanto riguarda la sopravvivenza, il carcinoma del colon-retto presenta una prognosi intermedia rispetto ad altre neoplasie maligne (fig.3), in quanto la sopravvivenza a 5 anni in Italia è pari a 66% per il colon e 62% per il retto, senza alcuna differenza di genere. Un raffronto con le medie europee (fig.4) vede l'Italia al

primo posto come percentuale di sopravvivenza, un dato che rappresenta un elemento di orgoglio per il nostro sistema sanitario ma che potrebbe esse-

re migliorato con un adeguato programma di screening.

Per gli individui appartenenti a gruppi familiari a rischio non ancora inquadrati in sindromi

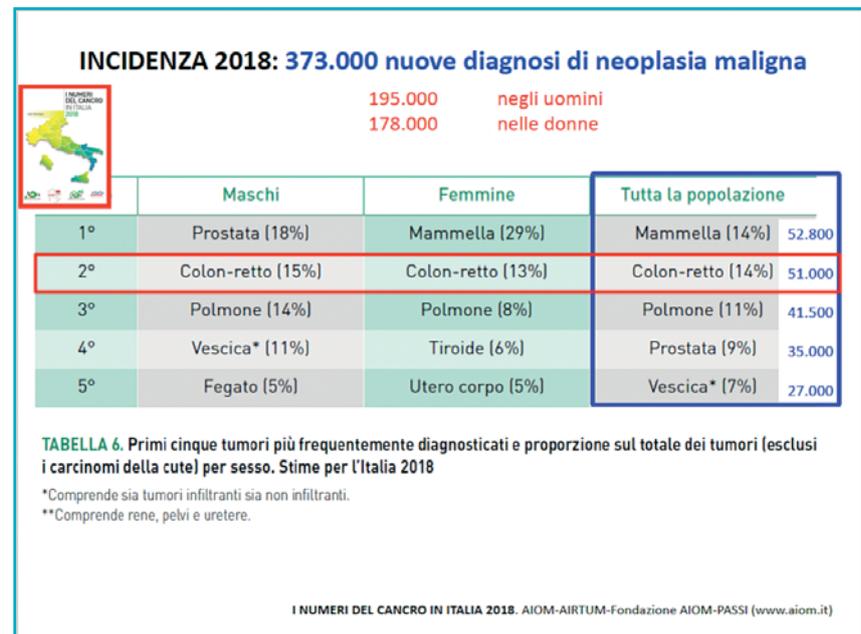


Figura 1

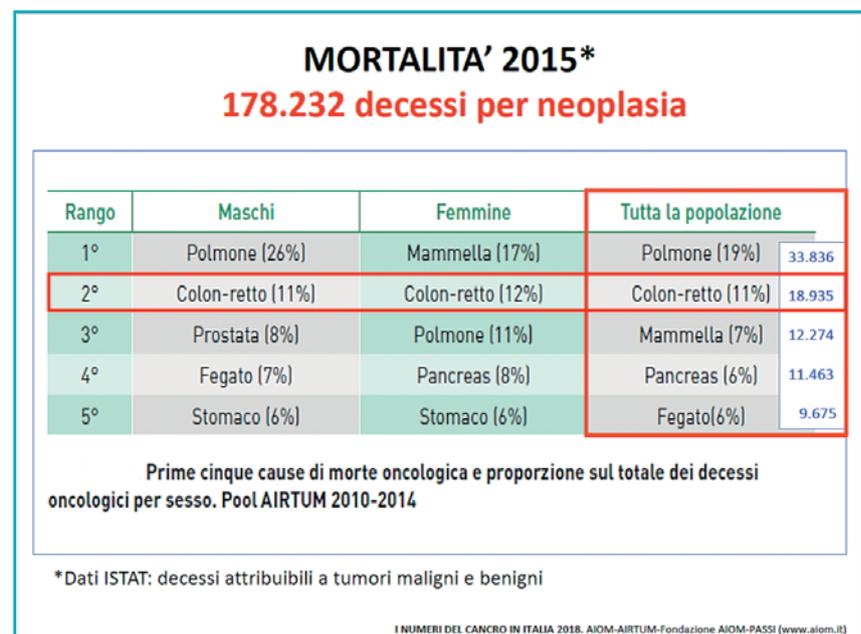


Figura 2

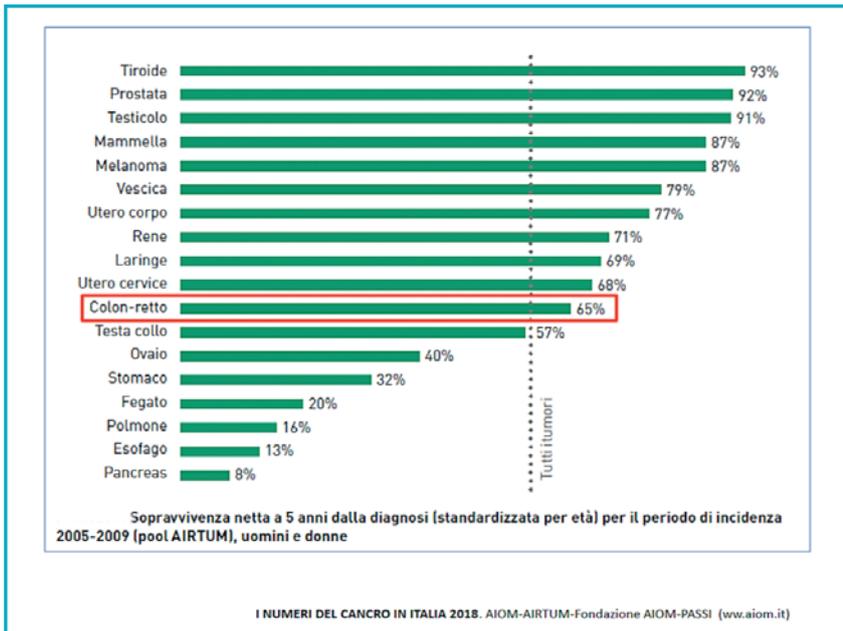


Figura 3

Sede	Italia*	Europa*					
		Totale Europa	Paesi scandinavi	Regno Unito e Irlanda	Centro Europa	Sud Europa	Est Europa
Vie aerodigestive superiori	70	59	62	62	61	62	47
Esofago	13	12	11	13	15	10	8
Stomaco	32	25	22	17	28	30	19
Colon	66	57	59	52	61	59	49
Retto	62	56	60	54	60	55	45
Fegato	20	12	8	8	13	15	6
Colecisti e vie biliari	14	17	13	18	17	16	13
Pancreas	8	7	5	5	7	8	6
Polmone	16	13	12	9	15	13	11
Cute (melanomi)	87	83	88	86	88	83	74
Mesotelioma	9	7	6	5	6	7	8
Mammella (donne)	87	82	85	79	84	84	74
Utero cervice	68	62	67	59	65	65	57
Utero corpo	77	74	83	74	79	75	73
Ovaio	40	38	41	31	41	38	34
Prostata	92	83	85	81	88	86	72
Testicolo	91	89	93	92	92	89	80
Rene, vie urinarie	71	61	56	48	65	64	58
Vescica	80	69	73	71	68	75	65
Sistema nervoso centrale	24	20	24	18	23	20	19
Linfoma di Hodgkin	84	81	85	79	83	81	74
Linfoma non-Hodgkin	65	59	63	57	63	59	50
Mieloma	51	39	39	36	41	42	32
Leucemia linfatica acuta	39	39	44	38	42	36	31
Leucemia linfatica cronica	74	70	75	70	74	68	58
Leucemia mieloide acuta	20	17	18	15	17	16	13
Leucemia mieloide cronica	56	53	56	51	58	51	33
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (uomini)	54	49	49	45	51	50	41
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (donne)	63	57	59	53	59	59	51

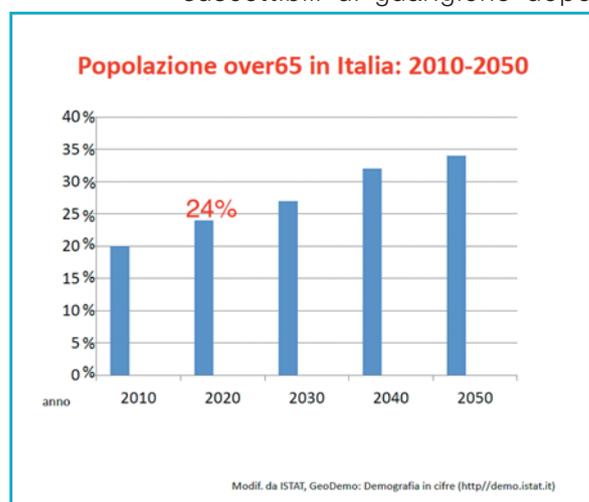
TABELLA 21. Confronto della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi in Italia (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2005-2009) e in Europa (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2000-2007). Uomini e donne.

Figura 4

definite – come la malattia di Crohn, la rettocolite ulcerosa, la poliposi adenomatosa familiare e la sindrome di Lynch - il rischio di ammalare di carcinoma del colon-retto è circa doppio rispetto alla popolazione generale nel caso in cui sia presente un consanguineo di primo grado, e più che triplo qualora quest'ultimo abbia contratto il tumore prima dei 50 anni di età.

Anche l'aumento dell'età media della popolazione è verosimilmente una causa dell'aumento del rischio di incidenza di queste lesioni, e le stime ISTAT prevedono che nel 2020 il 24% della popolazione italiana avrà più di 65 anni

Figura 5



(fig.5).

Veniamo ora ai dati positivi per quanto riguarda i TCR.

Innanzitutto dobbiamo dire che il trend temporale di incidenza del TCR ha mostrato un andamento in crescita fino alla metà degli anni '2000 (+2,1% /anno nel periodo 2003-2007) ragionevolmente attribuibile ad una maggiore tendenza alla diagnosi precoce.

Invece la successiva riduzione dell'incidenza (-3,8% /anno dopo il 2007) e della mortalità (-1,8% /anno per i maschi e -1% per le femmine), può essere associata all'attivazione dei programmi di screening organizzati di questi ultimi anni.

Per quanto riguarda i programmi di screening regionali, nel 2015 erano coperti circa i 3/4 della popolazione italiana. Il programma di screening in Italia è indirizzato a uomini e donne dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito dall'invito ad eseguire il test di ricerca del sangue occulto nelle feci (e successiva colonscopia nei casi positivi) con ripetizione regolare ogni 2 anni. L'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose (adenomi), e lo screening può consentire sia il riscontro e la rimozione di tali lesioni prima della trasformazione in carcinoma, che la diagnosi di carcinoma in stadio iniziale e quindi più suscettibili di guarigione dopo

Fattori che influenzano trend incidenza e mortalità

- Prevenzione primaria (in particolare negli uomini per i tumori fumo-correlati)
- Programmi di screening (mammella, cervice uterina, colon-retto)
- Progressi diagnostici
- Progressi terapeutici:
 - Terapia chirurgica
 - Radioterapia
 - Nuovi farmaci: **chemioterapia, ormonoterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia**

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2018. AIOM-AIRTUM-Fondazione AIOM-PASSI (www.aiom.it)

Figura 6

terapia (fig.6).

La colonscopia ha raggiunto negli ultimi anni traguardi sempre più ambiziosi in termini di precisione diagnostica e possibilità interventistiche, evolvendo grazie al rapido sviluppo dei sistemi di imaging digitale, generazione e trasporto della luce. Oggi, con questa indagine, è possibile diagnosticare e trattare polipi di dimensioni inferiori a 1.5 millimetri, impossibili da riconoscere e trattare fino ad una decina di anni fa. L'evoluzione tecnologica non ha viceversa toccato gli aspetti legati all'esecuzione pratica dell'esame, tuttora ritenuto una procedura diagnostica tra le più invasive e dolorose per il paziente.

La traumaticità della procedura è legata al sistema di locomozione ed alla rigidità dei colonscopi. Gli strumenti tradizionali risalgono l'intestino attraverso un sistema di avanzamento a spinta: nel procedere il colonscopio "raddrizza" le anse dell'intestino e, provocando lo stiramento dei mesenterici, causa di dolore al paziente. Rigidità ed avanzamento a spinta possono anche causare perforazioni del colon. In altre parole,

nella colonscopia tradizionale l'intestino deve adattarsi alla forma del colonscopio e questo provoca dolore spesso intenso. Ciò spiega da un lato perché molti dei soggetti cui viene raccomandato un programma di screening non si sottopongono alla colonscopia, e dall'altro perché la maggioranza dei soggetti con indicazione alla colonscopia scelgono di eseguirla in anestesia generale. Ma la colonscopia in narcosi richiede un'attenta valutazione anestesiologicala, specie in considerazione del già citato progressivo aumento dell'età media della popolazione e della frequente presenza di comorbilità nelle fasce di età più avanzata. Questa valutazione comporta un notevole dispendio di risorse legato sia all'esecuzione delle visite e degli esami di laboratorio richiesti dagli anestesisti nei casi più a rischio, che all'impegno degli anestesisti stessi prima, durante (e spesso dopo) l'esame. Inoltre lo spostamento "massivo" delle prenotazioni verso l'esame in narcosi ha determinato un abnorme allungamento delle liste di attesa (fino a dodici mesi), inaccettabile per un esame di tale importan-

za per la salute pubblica.

Una possibilità da valutare: la colonscopia robotica

La ricerca robotica ha reso disponibile un innovativo colonscopio robotico denominato Sistema Endotics® (familiarmente "bruco elettronico" o E-Worm) che, grazie ad un sistema di locomozione automatica ed elettro-pneumatica ispirata al movimento dei bruchi, rivoluziona le tecniche attuali, eliminandone sia i rischi di perforazione che il dolore legato alla procedura.

Il sistema Endotics scaturisce dalla ricerca robotica biomimetica, ovvero la disciplina che studia i sistemi cinematici e dinamici del mondo animale e vegetale e cerca di replicarli attraverso dei robots. In particolare, nasce nei laboratori della Scuola Superiore Sant'Anna ad opera di tre studenti di Ingegneria dell'Università di Pisa. Questi studenti, attualmente affermati ingegneri del sistema Endotics®, meritano di essere citati per il loro impegno nello sviluppo e nel miglioramento continuo del sistema: Samuele Gorini, Giuseppe Pernorio ed Alberto Arena. Lo scopo dell'allora nascente ricerca era quello di sfruttare l'esperienza della natura (c.d. biomimetica) per risolvere i problemi pratici della diagnostica medica. Allora fu individuato quello della colonscopia come un campo in cui cimentarsi, in quanto era noto in letteratura che la colonscopia tradizionale, nonostante fosse considerata il "gold standard", aveva mostrato degli evidenti limiti:

1. Dolorosità: il dolore di per sé è una sensazione che andrebbe evitata in quanto impatta sull'esperienza del paziente durante la procedura con evidenti conseguenze anche in tema di capacità di diagnosi; spesso, infatti, a causa del dolore non si riesce ad eseguire

un'esplorazione completa del colon. Come accennato, il dolore inoltre – congiuntamente con la percezione dei rischi da parte del paziente - ha la conseguenza, ancora più grave, di impattare negativamente sulla predisposizione da parte del paziente a sottoporsi all'esame del colon.

2. Rischi. Come è noto in letteratura, i rischi inerenti alla colonscopia sono i seguenti:

a. Perforazione del colon: la percentuale delle perforazioni sul numero di colonscopie eseguite è pari allo 0.19%, e nello 0.019% causa la morte del paziente.

b. Contaminazione crociata: gli endoscopi tradizionali, per non compromettere la durata degli strumenti, non vengono sterilizzati ma solo disinfettati.

c. Problemi più generale di tossicità a seguito dell'utilizzo di agenti chimici nella fase di disinfezione.

d. Sedazione/anestesia: sono già stati esposti i rischi, i costi e le problematiche organizzative delle colonscopie in narcosi.

3. Colonscopie cosiddette "difficili": anni di esperienza, sedazione e anestesia purtroppo non sono sufficienti a garantire il raggiungimento del cieco in alcuni pazienti a causa della tortuosità dell'intestino che a volte (10-20% dei casi) diventa non esplorabile con i tradizionali strumenti a spinta manuale. In questi casi, in genere, si

ripiega su tecnologie di secondo livello (l'Rx clisma opaco, la Colonscopia virtuale) che tuttavia non possono garantire la stessa qualità di diagnosi del "gold standard" specie per le lesioni piatte o poco rilevate; inoltre espongono il paziente a radiazioni ionizzanti. Di recente è stata introdotta sul mercato una endocapsula per lo studio del colon, ma attualmente i dati relativi alla sua sensibilità non sono promettenti come alternativa alla colonscopia.

Analizzati a tavolino tutti i problemi sopra menzionati, la sfida divenne quella di creare qualcosa di completamente nuovo, non meramente un miglioramento dell'esistente, e per far ciò cercarono ispirazione dalla natura, analizzando gli esseri viventi che meglio sembravano essersi adattati a vivere in un ambiente che, come quello del colon, è privo di punti di riferimento, ha un bassissimo coefficiente di attrito ed una geometria complessa.

Iniziò così, circa 12 anni fa, un percorso molto articolato e scientificamente complesso che passò dall'analisi delle varie tecnologie esistenti fino all'elaborazione di vari prototipi che si ispiravano a diversi animali. I primi tentativi riguardarono anche l'elaborazione di una pillola per il colon dotata di varie tecnologie di controllo e/o propulsione. Furono testati sia

tecnologie di controllo magnetico che vere e proprie articolazioni micromeccaniche, tuttavia i risultati furono deludenti.

I migliori risultati, invece, vennero dall'osservazione ed imitazione dei bruchi geometridi. Si iniziò quindi ad elaborare teorie e prototipi che, naturalmente, subirono un estenuante e tortuoso percorso di validazione scientifica. Dalle prove in laboratorio in vitro a quelle su animale vivo fino a quelle su cadavere, prima di approdare all'uomo vivente.

Validato il principio tecnologico, fu immessa sul mercato una prima generazione di sonde Endotics. I risultati furono da subito eccellenti in termini di comfort, sicurezza e capacità diagnostica, risultata a tratti superiore al "gold standard" della colonscopia tradizionale, tuttavia si riscontrarono alcune carenze importanti. Il costo dello strumento (la sonda doveva essere necessariamente monouso per evitare le infezioni crociate), la durata della procedura e l'assenza del canale operativo. A questa prima versione, come in ogni percorso evolutivo, sono seguite una serie di innovazioni più o meno importanti fino ad arrivare allo stato dell'arte. Oggi, infatti, il sistema è totalmente cambiato, rispetto alla prima pionieristica versione, in tutti i suoi peculiari aspetti tecnologici: la console di comando – c.d. workstation

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



Figura 7

-, il software e la sonda robotica monouso. Il combinato disposto della nuova tecnologia ha reso infatti il sistema più performante, abbassando notevolmente i tempi della procedura così da renderla equivalente ad una colonscopia tradizionale e garantendo la possibilità interventistica grazie all'adozione di un canale operativo.

Ma come è fatto il sistema Endotics®?

La workstation, il "cervellone" e apparato elettro-pneumatico del sistema, che nelle prime versioni era voluminoso e necessitava del trasporto su piccole ruote, nell'ultima versione ha dimensioni analoghe a quelle di una fonte luce o di un processore di immagini dei colonscopi tradizionali, per cui può essere trasportato a mano e poggiato su un tavolino o una mensola delle colonne endoscopiche (fig.7). E' collegato ad un monitor con funzione touch-

screen indipendente dal controller, che permette la visione in tempo reale delle immagini endoscopiche, dei comandi in uso, delle fasi del ciclo automatico e di eventuali guasti elettrici o meccanici.

Al braccio meccanico della workstation è collegato, mediante un connettore elettropneumatico costituito da ugelli a tenuta pressoria ed una presa di tipo USB, un serbatoio monouso per la raccolta dei fluidi colici aspirati. Dal serbatoio si diparte la "coda", un tubo flessibile di diametro analogo a quello di un sondino naso-gastrico, che termina nella sonda o robot. Anche questa monouso, ha un diametro di 17 mm ed una lunghezza di 25 cm in contrazione totale e 43 cm in elongazione totale. Il suo segmento craniale, o "testa", è angolabile di 180° in tutte le direzioni ma può arrivare a 270° per le visioni in retroversione. Sulla faccia anteriore possiede una telecamera CMOS con angolo di visione di 140° ed un sistema di illuminazione autonomo costituito da quattro LED disposti anularmente; inoltre presenta i fori di uscita del canale di suzione/insufflazione che giunge nel serbatoio e del canale operativo arriva ad un connettore situato in prossimità del serbatoio (fig.8).

Infine dobbiamo descrivere il controller (fig.9), un dispositivo mutuato da quelli utilizzati nei più noti videogiochi e modificato elettronicamente in modo che tramite i due joysticks ed i pulsanti superiori ed anteriori è possibile attivare tutte le funzioni necessarie per l'esame endoscopico: accorciamento ed allungamento del robot, lavaggio, insufflazione aria, suzione aria, fotografia, video, inversione delle funzioni dei due joystick e/o dei tasti anteriori (per operatori mancini o per manovrare il sistema con una sola mano). Tra le altre funzioni attivabili mediante il controller citiamo la funzione "operativa" (per utilizzare strumenti quali aghi, pinze biottiche o anse diatermiche) e la funzione "retroversione" (utile per lo studio del retto distale e imbocco del canale anale).

...e come funziona?

La posizione iniziale del paziente e l'introduzione rettale del robot sono simili alla colonscopia tradizionale, ma una volta che il robot è progredito nel sigma, il canale anale è impegnato solo dalla sottile e flessibile coda. La sonda del sistema Endotics può essere fatta avanzare a spinta, una spinta senz'altro più dolce di quella dei colonscopi tradizionali, ma il suo punto di



Figura 8



Figura 9

forza è il suo movimento semi-automatico. Avviando un ciclo automatico, la testa della sonda si ancorava alla mucosa mediante orifizi di aspirazione disposti anularmente (clamper), quindi la sonda si accorcia e, giunta alla massima retrazione, la sua porzione caudale si ancorava alla mucosa mediante un clamper posteriore. Subito dopo il clamper anteriore si sgancia dalla mucosa ed il robot è pronto per l'elongazione manuale, cioè l'avanzamento sotto la visione diretta dell'operatore. Questi, durante l'avanzamento comandato dagli appositi pulsanti, può ruotare la testa del robot in ogni direzione in modo da seguire la forma dell'intestino e permetterne la corretta esplorazione. In questa fase è possibile utilizzare il canale operativo per eseguire biopsie o altre procedure terapeutiche.

Giunto alla massima elongazione, il robot è pronto per un nuovo ciclo automatico.

Conclusioni

L'esame coloscopico è un'indagine essenziale per l'identificazione di lesioni precancerose o di neoplasie del colon, che rappresentano la seconda causa di morte per tumori, ma la coloscopia tradizionale è gravata dalla quasi costante dolorosità dell'esame e dal rischio di perforazione colica.

Il particolare sistema di locomozione del sistema Endotics®, unito all'eccezionale flessibilità del dispositivo che si adatta alla forma dell'intestino, permette di evitare le deformazioni e gli stiramenti del colon, con abbattimento dei rischi di perforazione e notevole riduzione della dolorosità della procedura. In due studi che abbiamo pubblicato su riviste scientifiche internazionali nel 2010 e nel 2017, il Sistema Endotics ha dimostrato capacità diagnostiche non inferiori a quelle del-

la alla coloscopia tradizionale, con una accettazione da parte dei pazienti nettamente superiore. Abbiamo inoltre condotto nel 2018, sotto l'egida della Direzione Generale dell'AOUP e con approvazione del Comitato Etico ESTAR, uno studio di confronto "testa a testa" tra la coloscopia robotica e quella tradizionale ottenendo risultati analoghi.

Infine, oltre alla sicurezza per il paziente ed alla sua migliore tollerabilità, la componente "attiva" del sistema Endotics (la sonda con la sua coda ed il serbatoio) è monouso, azzerando così il rischio di contagio infettivo crociato da un paziente all'altro (cross-infection) ed eliminando i tempi morti dovuti alla disinfezione.

Riteniamo quindi che la coloscopia robotica costituisca una valida alternativa alla coloscopia tradizionale specie nei pazienti che richiedono l'anestesia generale (riducendo così le liste di attesa) e che sia un esame insostituibile nei soggetti ad elevato rischio anestesilogico. Per questo la U.O.C. di Gastroenterologia e Malattie del ricambio dell'AOUP diretta dal Dr. Giampaolo Bresci ed afferente al Dipartimento di Chirurgia diretto dal Dr. Piero Buccianti, ha creduto da subito nelle potenzialità del sistema robotico, accumulando in circa dieci anni un'esperienza di oltre 400 esami eseguiti. Fino a pochi mesi fa una importante limitazione dell'accesso alla coloscopia robotica era costituita dal fatto che l'esame era a totale carico del paziente, ma dal Marzo u.s. questo ostacolo è stato superato. Infatti la Direzione Generale dell'AOUP

ha creduto nel progetto ed ha acquistato un numero di sonde sufficiente a garantire, con il pagamento di un ticket equivalente a quello della coloscopia tradizionale, l'accesso a questo esame da parte di tutti gli utenti. E' sufficiente che essi telefonino, muniti di impegnativa, all'infermiera addetta alle prenotazioni (050-997432).

Per terminare, un accenno sull'organico degli "endoscopisti robotici": attualmente, oltre a due medici "esperti", disponiamo di tre medici in fase di apprendimento, fase che si prospetta breve sia per le caratteristiche del sistema che per la loro comprovata esperienza nella coloscopia tradizionale. L'aumento dell'organico e - auspicabilmente - l'individuazione, da parte dell'AOUP, di un locale dedicato alla coloscopia robotica, ci permetteranno di ampliare l'offerta di un esame così importante per lo screening dei TCR.



Novità nella sclerosi multipla: il ruolo dell'alimentazione

Nella genesi della Sclerosi Multipla (SM) giocano un ruolo fondamentale infiammazione e neurodegenerazione, presenti entrambe fin dall'inizio, ma con un peso diverso nelle diverse forme della malattia. Nella SM recidivante-remittente (RR) il processo infiammatorio è preponderante e si evidenzia macroscopicamente con le ricadute cliniche e con l'attività neuroradiologica. Nella SM secondaria progressiva (SP) e probabilmente anche nella forma primaria progressiva (PP), l'infiammazione pare compartimentalizzarsi all'interno del SNC, associandosi ad un importante stress ossidativo. Attualmente le terapie della SM sono volte soprattutto ad arginare l'infiammazione. Una corretta alimentazione ed uno stile di vita sano si inseriscono in questo panorama in quanto vi sono degli alimenti che di per sé presentano proprietà di tipo antinfiammatorio. Ciò ovviamente non significa che la sola dieta possa sostituire un approccio terapeutico di tipo farmacologico, ma potrebbe essere di sostegno e di supporto alle terapie convenzionali. In particolare la dieta potrebbe contribuire a modulare l'infiammazione, proteggere in parte dalla neurodegenerazione e promuovere l'autoriparazione del SNC. L'azione della dieta può essere sia indiretta (es. il controllo del peso, il mantenimento di adeguati livelli di colesterolo e di altri fattori di rischio vascolari noti), sia diretta attraverso i metaboliti derivanti dal cibo o quelli prodotti dal microbiota per stimolazione da parte degli alimenti stessi.

I meccanismi con cui agiscono i metaboliti sono l'attivazione delle

vie di segnale dei recettori accoppiati alle proteine G, la regolazione epigenetica dell'espressione genica e la modulazione dei geni di fattori di trascrizione. Particolarmente rilevante è poi la composizione del microbiota, che interagisce direttamente con il sistema immunitario residente dell'intestino.

In particolare, gli elementi principali della dieta che si suppone possano svolgere un ruolo antinfiammatorio sono i grassi, i latticini, frutta, verdura, prodotti integrali e il sale.

I grassi saturi sono già noti per essere correlati all'infiammazione, in particolare nelle malattie cardiovascolari. Nella SM potrebbero giocare un ruolo negativo per il loro impatto diretto sul sistema immunitario innato attraverso l'attivazione diretta dei toll-like receptors ad azione proinfiammatoria. Indirettamente possono incrementare i livelli di endotossine. Inoltre, i grassi saturi hanno anche la capacità di agire sul sistema immunitario adattativo, come dimostrato in un modello sperimentale di SM, in cui una dieta "occidentale", ricca quindi di grassi saturi, induceva un aumento dei linfociti T e di infiltrati macrofagici, oltre ad un incremento

di citochine proinfiammatorie IL-1B, IL-6 e INF-gamma. Gli acidi grassi a catena lunga inoltre, promuovono a differenziazione delle cellule T naive in linfociti TH1 e TH17 proinfiammatori, mentre gli acidi grassi a catena corta inducono una differenziazione verso i linfociti T regolatori con produzione di citochine antinfiammatorie. Questi ultimi tipi di grassi sono prevalentemente prodotti dal microbiota a seguito di assunzione di cibi vegetali ricchi di fibre.

I grassi polinsaturi contengono multipli doppi legami e si ritrovano nei prodotti ittici, nelle noci, nei semi. In particolare, fanno parte di questa categoria gli omega3 e riducono l'infiammazione attraverso la conversione in prostaglandine antiinfiammatorie E1 e E2, con successivo impatto sulla produzione di citochine, migrazione dei linfociti e di altri componenti del sistema immunitario. Oltre all'azione immunomodulante, i grassi polinsaturi sembrano avere anche un'azione preventiva nei confronti della demielinizzazione e la capacità di promuovere la neuroprotezione e la rimielinizzazione nei modelli sperimentali di SM. Gli acidi grassi monoinsaturi (un solo doppio legame nella struttura) si trovano nell'olio di oliva, nell'avocado, in alcuni tipi di frutta

s e c -



Fig.1 Ruolo relativo dell'infiammazione e della neurodegenerazione nelle diverse forme di Sclerosi Multipla

ca. Su questo tipo di acidi grassi non vi sono studi nell'ambito della SM, ma è estrapolabile un ruolo positivo in considerazione del ruolo benefico della dieta mediterranea sulla cognitiv  nelle malattie neurodegenerative.

I latticini sono la seconda categoria di alimenti che potrebbero giocare un ruolo nella sclerosi multipla. In particolare, ci    vero in relazione al ruolo ormai consolidato di fattore di rischio per lo sviluppo della malattia giocata dalla Vitamina D. D'altra parte uno studio ha dimostrato un aumento del rischio di sviluppare SM del 47% tra le donne che nell'adolescenza avevano assunto costantemente latte intero tre o pi  volte al giorno rispetto a coloro che erano solite assumerne una volta al giorno o meno. Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nel ruolo di mimetismo molecolare svolto dalla proteina del latte butirrofilina.

Dagli studi   emerso che un elevato consumo di frutta e verdura era associato a ridotti livelli soggettivi di ricadute e disabilit  nella SM. Un altro studio pilota ha mostrato una riduzione dell'interleuchina proinfiammatoria IL17 e un aumento dei monociti antiinfiammatori PD-L1+. Analizzando il microbiota inoltre, sembra che la famiglia delle Lachnospiraceae fosse pi  rappresentata nei soggetti consumatori di frutta e verdura, e che vi fosse un aumento di citochine IL10 antinfiammatoria e TGF  e cellule Treg.

Pochissimi studi esistono per quanto riguarda i prodotti integrali. Si   supposta una possibile correlazione con la disabilit  legata alla malattia ed una spiegazione potrebbe risiedere sempre a livello del microbiota e nella capacit  di fermentare i cibi ad elevato contenuto di fibre ad acidi grassi a catena corta che, come visto in precedenza, favoriscono l'immunomodulazione mantenendo l'integrit  della parete intestinale epiteliale ed inducendo la differenziazione in Treg.

Altre possibili spiegazione del

ruolo benefico di frutta e verdura potrebbero essere ad esempio quello giocato dalle crucifere, che apportano l'aminoacido essenziale triptofano. I metaboliti del triptofano sono in grado di attivare il recettore arilico degli idrocarburi (AhR) e attraverso questo, svolgere un'azione sul sistema immunitario periferico. Inoltre, questi metaboliti sono in grado di attraversare la barriera emato-encefalica a attivare AhR a livello astrocitario e svolgere un ruolo antinfiammatorio anche a livello del SNC.

I flavonoidi, fitopigmenti che si ritrovano in frutta e verdura, oltre che in caff  e t , sono la classe pi  rappresentata di polifenoli, e anch'essi svolgono un ruolo di agonisti di AhR. I flavonoidi svolgerebbero un ruolo di neuroprote-

Th17 proinfiammatori attraverso la modulazione la SGK 1 (serum glucocorticoid kinase1). Al momento non vi sono studi conclusivi e non vi sono indicazioni specifiche sul quantitativo di sale raccomandato. Oltre ai singoli elementi costitutivi della dieta,   necessario analizzare l'impatto globale dell'introito calorico quotidiano. La restrizione calorica sta avendo un ruolo sempre pi  di rilievo in particolare nelle patologie dell'invecchiamento. La restrizione calorica determinerebbe un aumento della produzione endogena di steroidi, un decremento delle citochine infiammatorie e un aumento dei fattori neurotrofici.

Per concludere, in considerazione di quanto detto fino ad ora, la dieta che racchiude tutti gli elementi

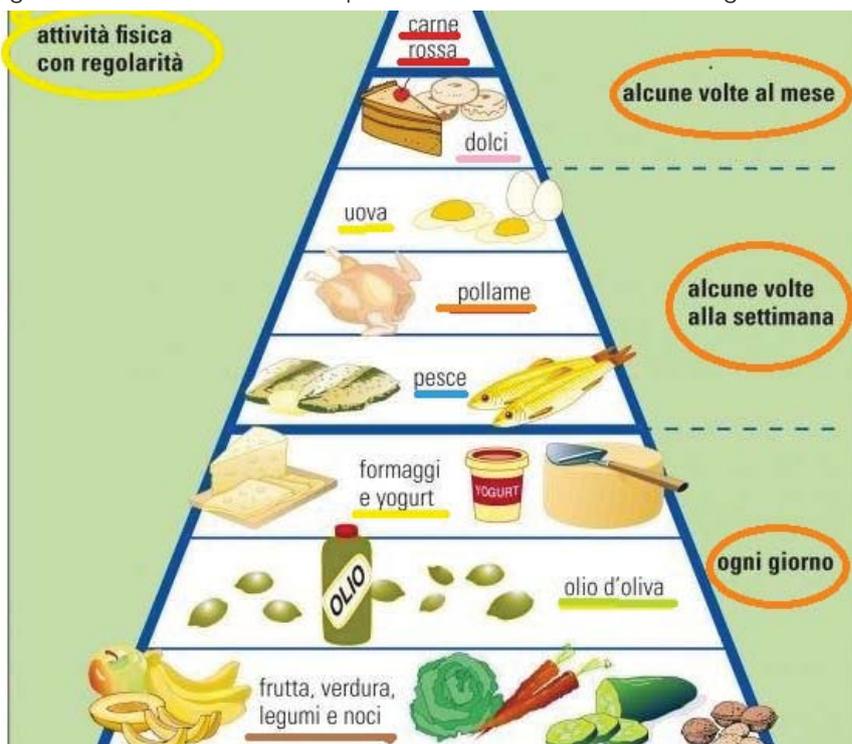


Fig. 2 Piramide alimentare secondo le indicazioni della Dieta Mediterranea

zione e anche di promozione della rimielinizzazione. L'effetto positivo di mirtilli, spinaci e fragole   stato gi  dimostrato in altre patologie neurodegenerative.

Il sale pare essere un fattore di rischio per lo sviluppo e la prognosi della SM. In particolare, un elevato introito di sale nella dieta indurrebbe la differenziazione dei linfociti

analizzati, sebbene non vi siano studi conclusivi in tal senso,   la Dieta Mediterranea, che si caratterizza per un basso introito di grassi saturi, un elevato contenuto di acidi grassi polinsaturi e monoinsaturi (specialmente nell'olio di oliva), elevate quantit  di frutta e verdura e pochi cibi processati con conseguente bassi livelli di sale.

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

E' disponibile la nuova convenzione per l'attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata **Gratuita**, per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa.

Tale convenzione permette agli iscritti di **uniformarsi alle disposizioni di Legge**, senza alcun costo ed in maniera semplice ed intuitiva.

Attenzione: Tutte le caselle PEC in convenzione (sia quelle di nuova attivazione che quelle già attive alla data del 13/06/2014) **verranno rinnovate automaticamente** - ogni 3 anni - a carico dell'Ordine.

Gli iscritti che chiederanno il trasferimento ad altro Ordine o la cancellazione dall'albo avranno 15 giorni di tempo per scaricare e salvare i messaggi presenti nella casella PEC. Trascorso questo periodo **la casella verrà disattivata**.

Codice convenzione: **OMCEO-PI-0040**

Procedura di attivazione:

- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- Inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

Per accedere alla propria casella PEC (dopo l'attivazione)

- webmail: <https://webmail.pec.it/index.html>
- Per la configurazione con i principali client di posta elettronica (Outlook, Thunderbird, etc.) sono disponibili delle videoguide sul sito di Aruba
- Inserire il codice convenzione

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica

- telefono: 0575/0504
- web: <http://assistenza.arubapec.it/Main/Default.aspx>

SERGIO CAPONE

GIOIELLI



PISA

BORGO STRETTO, 6

050 971 1408

INFO@SERGIOCAPONE.COM

VIAREGGIO

VIALE MARCONI, 87

0584 582776

VIAREGGIO@SERGIOCAPONE.COM


ROLEX

Cartier

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

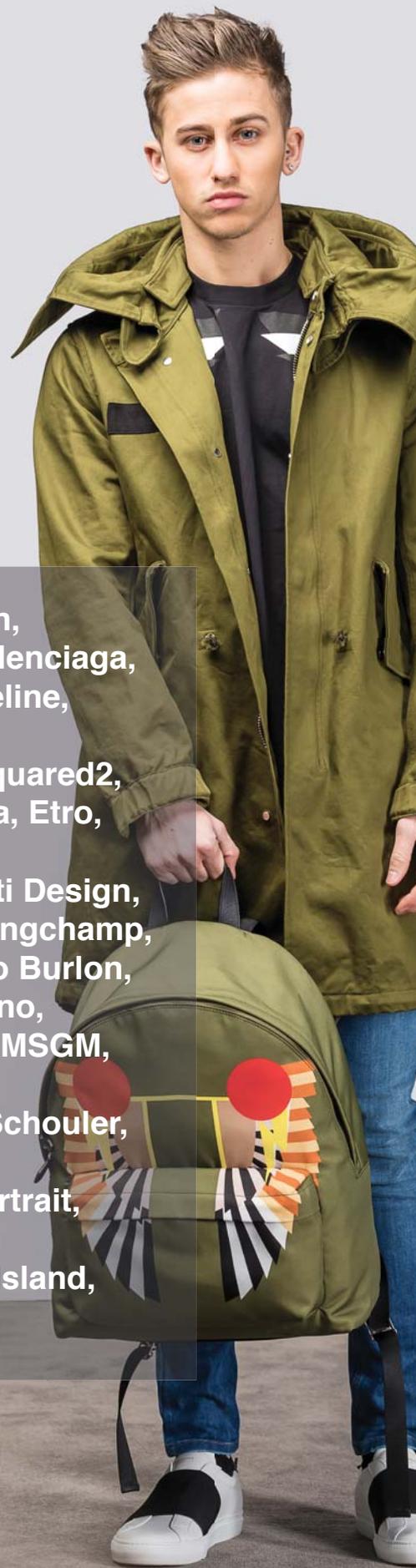
VENINI

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)