

AMICI DEL CERVELLO

NEWS

Organo Ufficiale dell'ARNo Associazione Ricerca Neurologica

2023 - Anno XIII - Numero 1

Alla Scoperta della Medicina

Editoriale del Direttore Scientifico Prof. Ubaldo Bonuccelli

A volte penso alla fortuna che abbiamo di vivere in un'epoca ed in un paese dove è garantita una buona assistenza medica che si avvale di studi, metodologie, ed apparecchiature impensabili fino a qualche decennio fa. Così ho voluto ripercorrere, pur a grandi linee, la storia della Medicina. La scopriremo, piano piano.

Anticamente come si curavano le malattie, come si facevano le diagnosi?

La Medicina nell'Antico Egitto e dintorni

Le grandi civiltà del passato, fiorite fra il 3000 AC e l'epoca Greco-Romana, vedono la professione medica e la cura della salute non sempre al centro della vita sociale. La *medicina In Egitto* era invece molto curata: i medici erano pagati dallo stato ed erano ben sviluppate le conoscenze anatomiche grazie anche ai metodi di preparazione delle mummie. I medici svolgevano varie attività mediche e chirurgiche specializzandosi ognuno sulle patologie di un organo; si formavano nelle Case della Vita, situate vicino ai templi. Talora i medici erano anche sacerdoti e preparavano comunque essi stessi le medicine; anche le donne esercitavano la medicina ed in particolare l'ostetricia. In alcuni famosi papiri sono riportate le principali malattie, le loro cure e la chirurgia specie quella delle ferite: in questi casi veniva applicata subito carne fresca di bue con un bendaggio e nei giorni successivi oli e miele. Fra le sostanze più usate come terapia attraverso le differenti vie (per bocca, sulla pelle, per via rettale) la trementina, la senna, l'olio di ricino, l'elleboro, il giusquiamo e lo stramonio: questi ultimi due vegetali contengono elevate quantità di scopolamina, anticolinergico capace di indurre narcosi e riduzione del dolore ma a volte con esito letale. L'idea di usare la via rettale per medicine o sostanze evacuative (enteroclistma), sarebbe stata presa dall'Ibis, uccello che viveva sul Nilo e dotato di un lungo becco ricurvo: l'Ibis dopo aver ingurgitato l'acqua, introduceva il becco nell'ano ed effettuava una specie di lavaggio interno. La *medicina indiana* detta ayurvedica, nello stesso periodo sviluppava tecniche chirurgiche e terapeutiche basate sempre sull'uso di erbe o minerali, mentre in Cina oltre le terapie basate sull'uso di minerali (ferro, arsenico) e vegetali (rauwolfia, ginseng) nasceva l'agopuntura: sulla base di ipote-



si empiriche e anche fantasiose il corpo era diviso da 12 meridiani lungo i quali si trovavano i 365 punti da pungere. Oggi la riconosciuta efficacia dell'agopuntura in alcune patologie (riduzione del dolore fino all'anestesia totale, emicrania, depressione, ansia e dipendenze) è spiegata con meccanismi nervosi riflessi per cui lo stimolo dell'ago modificherebbe almeno temporaneamente le funzioni dei centri neurali con vantaggio del paziente. Interessante anche la *medicina babilonese* che riceveva grande spazio ed attenzione nel codice di Hammurabi risalente al 1728 AC che ad esempio all'art.218 riporta "Se un medico opera un paziente per una grave ferita e ne determina la morte, gli si taglieranno le dita". Grandi esperti di chirurgia, i medici babilonesi hanno lasciato numerosi strumenti in bronzo come bisturi, seghe e trapani; molto estesa anche la terapia medica a base di cannabis, papavero, senape e atropa belladonna che oggi è così chiamata perché dilata le pupille ed era usata dalle dame nelle corti europee per rendere lo sguardo più profondo ed accattivante. Nell'*America pre-colombiana*, più o meno nello stesso periodo, venivano usati metodi terapeutici simili; in particolare nell'impero Incas che si estendeva sul versante del Pacifico del Sud America, erano impiegate diffusamente le foglie di coca che venivano distribuite ogni mattina a chi lavorava sulle Ande in quota per aumentare le capacità di lavoro e la resistenza alla fatica: stante la

consapevolezza dei pericoli di un uso eccessivo, solo ai Sacerdoti era consentito libero accesso alle foglie di coca e le piantagioni erano continuamente sorvegliate dai guerrieri. Gli Aztechi erano esperti nella trapanazione del cranio, intervento effettuato verosimilmente a seguito di traumi o per patologie cerebrali: su oltre 400 crani trapanati all'epoca e ritrovati in epoca moderna, 250 pazienti circa sopravvissero all'interven-



MEDICINA E CERVELLO

to dato che in questi casi sono stati poi evidenziati di recente elementi di rigenerazione ossea nella zona del foro.

Epoca Classica Greco- Etrusco -Romana.

Nel XII secolo AC, in *Grecia* nel periodo della guerra di Troia si afferma la figura di un medico, uomo poi deizzato, di nome *Esculapio*: in pochi secoli furono eretti oltre 300 templi a lui dedicati. Lì si accoglievano i pazienti che venivano curati con regole alimentari ed igieniche, massaggi, bagni, erbe nel più completo segreto dei medici e sacerdoti che operavano per conto del Dio. Nel V secolo AC fece la sua comparsa *Ippocrate* padre della medicina scientifica: oltre il famoso giuramento, Ippocrate scrisse molto in tutte le aree del sapere medico, individuando ad esempio il cervello come la sede del piacere e del dolore ed i polmoni come l'organo in cui l'aria passava nel sangue e dal sangue nel cervello e nel cuore. Le malattie sarebbero derivate da squilibri fra gli "umori" componenti del corpo (sangue, bile gialla e nera, flegma), che la natura tenterebbe sempre di riequilibrare. Si curava il paziente aiutando la natura ad eliminare gli umori alterati attraverso naso, bocca, urine e feci e in casi estremi con il salasso: molto usati i purganti come issopo ed elleboro, i diuretici come la gramigna e caustici come l'euforbia; per la pelle e le mucose lauro e minerali come zolfo e zinco e per la depressione la mandragora. Esteso uso delle stesse sostanze era fatto nell'*Etruria* insieme alla frequentazione delle terme ancora oggi presenti in diverse zone; una particolare attività sviluppata dagli *etruschi* fu la preparazione di protesi dentali ottenute da denti umani ed animali e metalli come l'oro. All'inizio della sua espansione *Roma* si avvale dell'opera dei medici etruschi; in seguito il contatto con il mondo ellenistico fece sì che si trasferissero a Roma molti medici dalla Grecia e dalla Magna Grecia. Il più famoso *Galeno* giunse nell'urbe da Pergamo intorno al 170 DC, imperatore Marco Aurelio che lo ingaggiò subito come suo medico personale: scrisse moltissime opere oggi disponibili solo per il 20%. Conosceva l'anatomia avendo dissezionato e vivisezionato molti animali (maiali e scimmie) ma pochi cadaveri; sapeva curare le ferite per lunga esperienza con i gladiatori in Grecia; a Roma, dove la chirurgia era considerata di scarso prestigio, si dedicò alle terapie mediche a base di erbe, minerali e prodotti animali. Galeno riteneva che il sangue si formasse nel fegato dagli alimenti



assorbiti nell'intestino e risalisse al cuore destro dove scariava nei polmoni le "impurità" eliminate poi con il respiro; il sangue poi passava attraverso piccoli pori nel cuore sinistro e da lì al cervello rifornendolo di "spirito vitale" poi distribuito con i nervi a tutto il corpo. Si direbbe oggi fu un grande clinico formatosi sull'osservazione dei sintomi che ricollegava ai vari organi e funzioni grazie alla sua sapienza anatomica. Nel trattato *Sui Semplici* (ottenuti direttamente dalla natura), in ossequio alla tradizione ippocratica che sosteneva che nella natura c'è il rimedio di ogni male, elenca un enorme numero di erbe e piante medicinali. A Galeno è ricondotta la pratica di comporre i rimedi, miscelando varie sostanze naturali a concentrazioni opportune ed adattandole al singolo malato. Il termine *preparazioni galeniche* viene ancora oggi utilizzato per indicare quelle forme medicamentose mediante cui possono essere somministrati i principi attivi, indipendentemente dalla forma farmaceutica (estratto, tintura, tisana ecc.). Di sua formulazione è il *Galenos*, una soluzione di alcol ed oppio con potente effetto antidolorifico, molto efficace per quasi tutti i mali dell'epoca, pur con effetti collaterali tanto che rese dipendente dall'oppio l'imperatore Marco Aurelio.



IPERATTIVITÀ E CERVELLO

La Sindrome dei Monelli

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Disturbo infantile che colpisce in media 6-7 % dei bambini
fino al 20% nelle forme più lievi.

In età prescolare molti bambini vivaci, creativi ed intelligenti sono instabili, non riescono a star fermi né a seguire un compito cognitivo protratto, impulsivi ed a volte spericolati. Siamo ancora nella fase di sviluppo fisiologico di una parte del cervello, la corteccia prefrontale, sede del controllo su motricità e attenzione, base per le attività cognitive. Di questi bambini la maggior parte matura a 5/6 anni per avviare un percorso scolastico perfettamente normale. Per altri bambini si amplificano le caratteristiche di **iperattività, impulsività, distraibilità**, che impediscono l'adattamento scolastico regolare e l'apprendimento. In questi casi si parla di un disturbo vero e proprio del neurosviluppo definito 'ADHD' (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) disturbo eterogeneo, tra i più frequenti dell'età evolutiva, in media 6-7 % fino al 20% nelle forme sotto soglia (le forme più lievi). Il disturbo interferisce con la vita scolastica, familiare e sociale del bambino. La cosiddetta 'sindrome dei monelli' ha numerosi riferimenti nella cultura letteraria e popolare: Pinocchio, Gian Burrasca, Pippi Calzelunghe sono gli esempi più famosi di ragazzini intelligenti, creativi e anticonformisti che mettono in crisi insegnanti e genitori, ma che non combinano niente a scuola. I maschi sono i più colpiti (2:1); nelle femmine si riscontra più frequentemente la presentazione inattentiva: bambine distratte, rallentate, sognatrici, con la 'testa fra le nuvole', poco motivate e indolenti, affaticabili e talmente disorganizzate da non riuscire a scuola o nello sport. I maschi invece si presentano **iperattivi** con livelli di energia elevati ed incapacità a stare fermi 'come mossi da un motorino', difficoltà a rimanere seduti, giocherellano con le mani, logorroici, disturbano durante attività che dovrebbero comportare calma come ad esempio a tavola o a scuola, passando da un gioco all'altro; **distrainibili**, con difficoltà di concentrazione e memorizzazione, disorganizzazione, scarsa autonomia nei compiti e nel metodo di studio, tendenza a perdere e di dimenticare oggetti e impegni; **impulsivi**, frettolosi nelle risposte, impazienti, con difficoltà ad attendere, si intromettono nelle conversazioni, ribelli e intolleranti alle regole, sensibili alla noia; nell'adolescenza poi risultano spericolati con comportamenti a rischio, ricerca di sensazioni forti mediante dipendenze comportamentali o da sostanze. Le difficoltà scolastiche e sociali e i



continui rimproveri da parte delle figure adulte di riferimento inducono ad una **riduzione dell'autostima** con sintomi di demoralizzazione o bisogno di rivestire il ruolo di 'buffone' e di ribelle. Spesso si associa una **disregolazione emotiva**, con eccitabilità, sensibilità alla frustrazione, crisi di rabbia e **disturbi del ritmo sonno veglia**.

La **diagnosi è clinica e si effettua nei primi anni di scuola elementare** ed è di pertinenza del **neuropsichiatra infantile**, specialista che sa discriminare l'iperattività fisiologica da quella patologica e valuta i disturbi spesso concomitanti l'ADHD, quali i disturbi di comporta-

mento, umore, ansia, tic. Lo psicologo integra con test neuropsicologici per la misurazione della gravità dei sintomi e per l'individuazione di caratteristiche cognitive del bambino che indirizzino il trattamento pedagogico. Non esistono al momento markers biologici specifici per la diagnosi; importante valutare fattori di rischio quali familiarità, basso peso alla nascita, ipossia perinatale, sindromi malformative genetiche, uso di sostanze in gravidanza. Alla base di questo disturbo del neurosviluppo sono stati individuati fattori genetici, neurobiologici e ambientali che interagendo con il normale sviluppo cerebrale provocherebbero un malfunzionamento dei collegamenti neuronali. Se il disturbo non viene diagnosticato né trattato precocemente evolve sino all'età adolescenziale-adulta in complicanze quali depressione, abbandono scolastico, condotte a rischio fino a dipendenze comportamentali e/o da sostanze. La cura dell'ADHD è complessa combinando **trattamenti psicologici e pedagogici** a base di training per la memoria, tutoraggio per i compiti e per migliorare l'organizzazione e il controllo impulsivo, corsi educativi per i genitori ed in molti casi **interventi farmacologici** con farmaci psicostimolanti come il metilfenidato, molto efficaci sui sintomi più importanti e capaci di rendere il bambino più sensibile agli interventi psicopedagogici. Per consentire un adeguato monitoraggio farmacologico in Italia sono stati istituiti da parte del Ministero i Centri di Riferimento Regionali per la terapia farmacologica e la diagnosi. Coinvolta nel trattamento è anche la **scuola** con suggerimenti per gli insegnanti e misure compensative specifiche per l'alunno regolate **da una circolare ministeriale** specifica che prevede un 'piano didattico personalizzato' individualizzato in base ai suoi punti di forza e di fragilità.



La dr.ssa Chiara Pfanner, Psichiatra, Dottore di Ricerca in Neuropsicofarmacologia Clinica, è Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi e trattamento dei bambini e adolescenti ADHD, presso IRCCS Stella Maris, Università di Pisa. E' docente in vari ambiti e autrice di numerose pubblicazioni e capitoli di libri.
Mail: chiara.pfanner@fsm.unipi.it



www.concredito.it

VIAREGGIO - Via Scirocco 53 - Tel. 0584 393444

Come far crescere le Piccole Medie Imprese Con strumenti creditizi adeguati Agenzia di Banca Progetto a Viareggio per la Toscana

La tendenza bancaria consolidata in Italia, come in Versilia, è la chiusura degli sportelli bancari lasciando addirittura comuni senza sportelli (Stazzema). Il rischio è che i piccoli imprenditori subiscano un calo di disponibilità di linee di credito ancora più importanti oggi - considerato il periodo non certo favorevole - per sostenere la tenuta del mercato.

Per i finanziamenti di modesta entità è cresciuta la quota di inserimento delle Banche FIN-TECH: esse costituiscono una risorsa pur non avendo filiali tradizionali sul territorio. Sono i professionisti più qualificati oltre ai mediatori creditizi che costituiscono i riferimenti a livello locale per presentare pratiche di finanziamento attraverso le piattaforme digitali a queste banche nazionali: Banca Aidexa, Banca Progetto, illimity Bank. I tempi di esame e di delibera/ erogazione sono più brevi dell'iter tradizionale. Ecco alcuni interessanti strumenti creditizi

Il Factoring in Versilia. Il factoring rappresenta una forma di finanziamento a breve termine per le imprese che intendono smobilizzare i propri crediti di fornitura. Per essere ditte utilizzatrici le aziende debbono sviluppare un fatturato di rilievo, ma certamente il numero potenziale degli operatori interessati è un multiplo delle ditte che in Versilia risultano rivolgersi a questa forma conveniente di utilizzo del credito bancario. Noi segnaliamo il factoring come ulteriore possibilità di finanziamento: la fattorizzazione fa crescere infatti le disponibilità di circolante delle aziende e consente loro di affrontare più adeguatamente i propri impegni di pagamento anche in periodi di congiuntura avversa come l'attuale. Quindi Concredito si rivolge a tutti gli operatori con la propria disponibilità professionale per approfondire i costi e le opportunità di questo servizio per le imprese.

Leasing in Versilia. Il leasing rappresenta una forma tecnica di finanziamento per le imprese che fanno nuovi investimenti. Ormai dal 2017 si tratta di un contratto 'tipico' bancario e si definisce correttamente uno strumento finanziario 'prociclico' nel senso che il leasing possiede un elemento che individua nuovi investimenti dell'impresa e quindi certifica una scelta di volontà per una crescita produttiva aziendale. Oggi, in un momento riflessivo degli atteggiamenti imprenditoriali, un au-

mento percentuale del Leasing (più 9% anno su anno in Italia e in Versilia) testimonia una vocazione e una scelta di credere nelle possibilità future di queste aziende utilizzatrici. Chi investe infatti lo fa per accrescere le proprie capacità, per aumentare fatturato e utili. Per questo lo strumento del leasing risulta un ideale termometro di positività da incentivare nell'interesse di una crescita economica ed occupazionale di un territorio..... Concredito sollecita quindi tutti gli operatori interessati a valutare correttamente (confrontando i relativi costi e benefici) a rivolgersi alle banche ed ai consulenti specializzati per accompagnare i loro progetti di investimento (immobili, attrezzature, targato ecc.),



Anticipazione Crediti Iva. Ci sono in Italia circa 26.000 Ditte che vantano in media 500.000 euro di crediti tributari, cioè aspettano dal fisco di ricevere un rimborso di denaro. Esiste, per queste aziende, l'opportunità di migliorare la loro 'CASSA' ed anche di rendere più virtuoso il rapporto con il mondo bancario. Concludendo occorre anche cercare strumenti alternativi per una maggiore liquidità 'come appunto la cessione dei crediti tributari, in un rapporto di collaborazione migliore possibile con il sistema bancario. Il filo conduttore è cedere crediti per ottenere liquidità ed evitare di fare altri debiti: rafforzare l'azienda con risorse disponibili senza aumentare l'esposizione bancaria. Questa possibilità ovviamente vale per tutti gli imprenditori anche in Versilia e gli operatori possono farsi assistere dal proprio commercialista ed eventualmente anche da un mediatore autorizzato. Si tratta di una procedura possibile e attuabile in tempi brevi.

Per chiudere. Una buona notizia. A Viareggio, in via Garibaldi 55, avremo l'agenzia di Banca Progetto.

L'agente monomandatario per Viareggio e la Toscana (unico nella regione) è Aura Intermedia srl. Banca Progetto, attraverso Aura Intermedia, può erogare finanziamenti a medio termine per liquidità e investimenti, anche alle "Startup", e inoltre factoring e anticipi 'prosoluti' di crediti IVA che sono nel cassetto fiscale delle imprese.

dr. Gianfranco Antognoli

Un'agenzia convenzionata con

**BANCA
PROGETTO**

La chiave per fare crescere la tua azienda

SESSO E CERVELLO

LA SESSUALITÀ AL FEMMINILE Menopausa. Laser Vaginale e Fibromialgia

Il corpo femminile, depositario ai fini della riproduzione della specie di posture, movimenti e contorni seduttivi rappresenta l' "oggetto" di attenzione ed attrazione per l'uomo "inseminatore" in cui erotismo e piacere sono finalizzati all'incontro sessuale ed all' eiaculazione, come un fatto che inizia e finisce.

Complessi invece sono gli aspetti della sessualità femminile, ricca di emozioni, sentimenti e aspettative: la vitalità erotica della donna è sostenuta dal fatto di essere amata e desiderata. Ma lo sviluppo e la maturazione della libido femminile sono poco lineari e passano attraverso il piacere in relazione al clitoride, poi nella maturità al piacere generato dalla vagina che tuttavia subisce cambiamenti correlati alle variazioni ormonali ed all' età. Una donna può controllare il proprio orgasmo, può decidere di non raggiungerlo o può avere all' apice del piacere orgasmi multipli, sviluppando una sessualità consapevole, responsabile e soprattutto libera da ogni tabù.

Dal punto di vista biologico il desiderio femminile nasce dalla corretta presenza dei vari ormoni in particolare estrogeni, progesterone ed in parte gli androgeni che iniziano a svolgere il proprio ruolo durante la vita fetale. Durante il periodo intrauterino, un picco di testosterone mascolinizza il cervello fetale, mentre l' assenza di una tale ondata si tradurrà in un cervello femminile. La differenziazione sessuale del cervello avviene più tardi nello sviluppo rispetto alla differenziazione dei genitali e questi due processi possono essere indipendenti l' uno dall' altro determinando differenze nell' identità di genere (percezione della propria identità sessuale) rispetto al sesso così come espresso dai genitali. Differenze nell' identità di genere e nell' orientamento sessuale (etero- omo- bi-sessualità) sono generati nel nostro cervello durante lo sviluppo. Inoltre il cervello femminile è influenzato fortemente dalle variazioni ormonali che caratterizzano ciclo mestruale (esempio la sindrome premestruale) gravidanza, parto, lattazione e menopausa .

Circa il 30-50% delle donne presenta disfunzioni sessuali nel corso della vita come dolore durante i rapporti sessuali, contrazioni dolorose involontarie dei muscoli intorno alla vagina, mancanza di desiderio e problemi con l' eccitazione o l' orgasmo.

Depressione e ansia contribuiscono comunemente alla disfunzione sessuale: nell' 80% delle donne con depressione e disfunzione sessuale quest' ultima migliora se la depressione viene trattata efficacemente.

In **menopausa** circa 30-40 % delle donne prova perdita della libido, ridotta lubrificazione delle pareti vaginali in relazione alla carenza estrogenica; il rilassamento dei muscoli pelvici e delle pareti vaginali può comportare anche disturbi urinari ed incontinenza.

La terapia ormonale locale rappresenta un presidio fondamentale per risolvere questi problemi e gel o creme



lubrificanti possono aiutare così come rimedi fitoterapici e l' ozono terapia locale. Molto utili esercizi eseguiti quotidianamente per ridare elasticità e tonicità ai muscoli perineali attraverso ginnastiche ad hoc come il Pilates.

Un' alternativa è il **laser vaginale** un nuovo trattamento non ormonale atto a migliorare lo stato delle strutture vaginali, indicato e sicuro anche nelle donne operate per tumori ormono-dipendenti. L' azione del laser determina un ripristino funzionale delle strutture della vagina con una procedura ambulatoriale mini-invasiva ed indolore.

Una malattia che colpisce frequentemente le donne (fino al 10%) è la **Fibromialgia**, una sindrome caratterizzata da dolori muscolo-scheletrici diffusi, astenia, disturbi del sonno, colon irritabile, cefalea e talora vulvodinia e vescica dolorosa. Tende ad aggravarsi in menopausa ed influenza negativamente la vita sessuale provocando perdita del desiderio e dispareunia con penetrazione dolorosa o impossibile. Le cause ed i meccanismi di malattia sono ancora da chiarire e la strategia terapeutica è multimodale avvalendosi di attività fisica, psicoterapia e terapia farmacologica e complementare.



LAURA BAZZICHI - abita a Forte dei Marmi. E-mail: bazzichirispone@mail.com Tel 3662760880; REUMATOLOGO, esperta di terapia del dolore, ozonoterapia, e sessuologia clinica (in particolare per le pazienti con malattie reumatiche). Già Dirigente Medico U.O DI REUMATOLOGIA UNIVERSITARIA DI PISA. Membro del Gruppo di Studio della Società Italiana di Reumatologia sul dolore e del Consiglio Nazionale Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica. Responsabile regionale della società Si-Guida (dolore cronico e algodistrofia). Relatrice a numerosi congressi nazionali ed internazionali. Autrice di oltre 150 pubblicazioni.



TRAPIANTI E

Chirurgia e Tecnologia.

Un connubio imprescindibile.

A Pisa il primo trapianto robotico di pancreas eseguito nel mondo

Nel suo stesso significato etimologico, χειρουργία o chirurgia, indica la cura con arti manuali e il chirurgo è sempre stato colui che per sanare si avvaleva dell'uso della mano, nuda o munita di strumenti, sempre seguendo le indicazioni del suo intelletto razionale. Le mani al servizio del cervello, mai l'opposto.

Nonostante le origini antichissime, il cammino compiuto dalla chirurgia è stato un processo molto lento e all'inizio del XIX sec. gli interventi chirurgici erano poco frequenti e la mortalità arrivava al 40-60%. Nel corso degli ultimi due secoli sono arrivate le soluzioni che hanno cambiato per sempre il volto della chirurgia frutto del progresso tecnologico applicato alla medicina. Dal metodo dell'antisepsi (J.Lister.) di metà ottocento, siamo arrivati in soli 100 anni alla laparoscopia o video-laparo-chirurgica, tecnica chirurgica mini-invasiva che non richiede i grandi tagli della chirurgia a cielo aperto. (1981, Dott. Kurt Semm). La chirurgia durante la sua storia ha sempre viaggiato di pari passo con il progresso tecnologico e il suo sviluppo non è avvenuto e non può avvenire in maniera autonoma e automatica, ma è frutto della fusione tra studio dell'anatomia, della fisiologia e della patologia umana e dell'evoluzione scientifico-tecnologica che incontrano una mente geniale o quantomeno molto preparata.

La chirurgia robotica è certamente uno degli argomenti più affascinanti ed è impossibile non averne sentito parlare e non

esserne rimasti meravigliati. Un robot che opera le persone o meglio un robot che si pone al servizio del chirurgo per massimizzare le sue capacità minimizzando la possibilità di errore, è sicuramente l'apice di quel rapporto strettissimo che la tecnologia ha con la chirurgia. La chirurgia robotica nasce per aiutare il chirurgo a superare le difficoltà



tecniche incontrate negli interventi laparoscopici ed è proprio per superare questo tipo di difficoltà, ed estendere il più possibile a tutte le specialità chirurgiche la metodica laparoscopica, che si cercò di associare ad essa il progressivo sviluppo delle tecnologie robotiche e computer-assistite.

I primi robot chirurgici erano esclusivamente dei devices con dati pre-programmati o generati tramite algoritmi dal computer, senza input diretti in tempo reale dall'operatore. Parallelamente a questi, negli anni '80, basandosi sul concetto di "telepresence" furono sviluppati anche sistemi robotici "master-slave" che permettevano al chirurgo di entrare virtualmente nel campo operatorio attraverso una visione 3D ed eseguire le procedure tramite un sistema computerizzato capace di replicare fedelmente i movimenti delle mani convertendoli in atti chirurgici, per mezzo di bracci robotici applicati al corpo del paziente, tramite accessi laparoscopici.

Dal 1994 furono introdotti: Da Vinci surgical system (Intuitive Surgical Inc) e Zeus system (Computer Motion). Ad oggi, Da Vinci Surgical system è l'unico sistema robotico chirurgico autorizzato dalla FDA all'impiego in chirurgia generale.

I robot utilizzati nelle nostre sale operatorie sono costituiti da tre componenti principali:

Una consolle, controllata dal chirurgo, tramite la quale è possibile governare a distanza quattro braccia robotiche per mezzo di due manipolatori e di alcuni pedali, al chirurgo viene offerta

CERVELLO



una visione 3D con possibilità di magnificazione del campo operatorio e di scalare i movimenti con soppressione del tremore fisiologico. Il carrello paziente che sostiene i bracci robotici sui quali sono installati strumenti dotati di tecnologia endowrist, cioè con sette gradi di movimento. Infine il carrello visione contiene l'unità centrale di elaborazione e un sistema video ad alta definizione. Il sistema, effettuando in autonomia più di un milione di controlli di sicurezza al secondo, offre la massima sicurezza e affidabilità durante il funzionamento. Feed-back audio-video mantengono informati i chirurghi sullo stato del sistema. Un ampio schermo touchscreen, con la possibilità di tracciare disegni a mano libera sulla proiezione del campo operatorio, agevola la comunicazione all'interno dell'équipe. Esso permette inoltre di ritrovare la coordinazione mano-occhio che viene persa in laparoscopia.

L'utilizzo di questi sistemi presenta una serie di vantaggi evidenti nei confronti della laparoscopia tradizionale che della chirurgia open. Le maggiori limitazioni all'utilizzo dei robot sono i costi elevati, la perdita del feedback tattile, la perdita di contatto chirurgo-paziente, la scarsa adattabilità ad una chirurgia multiquadrante e la limitata accessibilità al sistema dovendo condividere la macchina tra numerose U.O..

Facendo riferimento alla nostra U.O. di Chirurgia Generale e Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, prendiamo ad esempio l'intervento di duodenocefalopancreasectomia, considerato la Cadillac degli interventi chirurgici. Certamente una delle procedure più complesse attuabili in chirurgia in cui si asporta la testa del pancreas, il duodeno e la colecisti assieme al tessuto connettivo ad essi associato solitamente per tumore del pancreas/vie biliari/duodeno. Con approccio open lo facciamo da sempre. Dal 2008, da quando abbiamo a disposizione il robot da Vinci presso l'AOUP, ne abbiamo eseguite oltre 400 con questa metodica. Come si evince dai nostri lavori scientifici abbiamo dimostrato come non solo la tecnica robotica sia fattibile e sicura ma, una volta soddisfatta completamente la curva di apprendimento per questo intervento (250 interventi), esso risulti associato ad un minor tasso di complicanze maggiori e migliori outcomes oncologici come un maggior numero di linfonodi asportati e minori perdite ematiche. Altro ambito dove l'uso del robot ha rivoluzionato il modo di

eseguire gli interventi, portando numerosi vantaggi e nuove possibilità è quello della trapiantologia.

Il razionale per eseguire trapianti d'organo in modo mini-invasivo, cioè laparoscopico/robotico, è lo stesso già sperimentato positivamente in molti altri settori della chirurgia: minor trauma, riduzione delle complicanze e ripresa post-operatoria più rapida.

La laparoscopia tradizionale ha alcuni limiti intrinseci che rendono poco riproducibili, e comunque assai complessi, gli interventi in cui sono richieste suture di alta precisione come le anastomosi vascolari, urologiche e digestive richieste nei trapianti.

Tra il 03/07/2010 ed il 21/03/2011 presso la U.O. di Chirurgia Generale e Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana sono stati eseguiti 6 trapianti per via robot assistita: 2 trapianti di rene da donatore vivente, 1 autotrapianto di rene, 1 trapianto di rene-pancreas, 1 trapianto di pancreas dopo rene ed 1 trapianto di pancreas isolato.

In nessun caso si è dovuto ricorrere alla conversione dell'intervento da robotico ad open. In questa serie di trapianti nessun paziente è deceduto e solo in un trapianto di pancreas si è avuto un rigetto cellulo-mediato di grado 2 trattato con terapia medica.

Ciò che abbiamo dimostrato è che i trapianti di rene, di pancreas e rene-pancreas sono eseguibili con l'utilizzo di questa tecnologia ed i dati analizzati fino ad ora, seppur pochi, sono soddisfacenti e che la procedura si è dimostrata sicura in termini di realizzazione e di decorso post-operatorio.

Sicuramente il trapianto tradizionale open presenta un tempo di ischemia calda inferiore, tuttavia i reni trapiantati nella nostra esperienza hanno immediatamente ricominciato a funzionare.



Ugo Boggi

Professore Ordinario di chirurgia generale all'Università di Pisa. Professore Associato aggiunto in chirurgia generale presso la University of Pittsburgh, creatore di tecniche chirurgiche originali adottate come standard internazionali, presidente SITO (Società Italiana Trapianti d'Organo). Primo nel mondo per numero di interventi mai eseguiti in precedenza. Un'eccellenza chirurgica italiana, un caposcuola.

Il Difficile Lavoro del Medico di Famiglia

Ecco le novità contenute nel PNRR

Il medico di medicina generale è un professionista sanitario che opera in convenzione con il Servizio sanitario nazionale (SNN) e dal mese di aprile scorso questa figura è confluita con la continuità assistenziale in un ruolo unico. Il medico di famiglia fornisce un'assistenza di primo livello, nel suo studio ma anche a domicilio e nelle strutture di cure intermedie territoriali (RSA, Hospice e Ospedali di comunità). Promuove inoltre la salute individuale e collettiva e - attraverso le varie campagne di vaccinazione - attua il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), che è uno dei principali strumenti di tutela della salute dei cittadini. Svolge poi un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria della cittadinanza e negli interventi sui corretti stili di vita. L'attività si svolge dalle 8 alle 20 con obbligo di risposta telefonica durante l'orario di ambulatorio e, sempre, al mattino dalle ore 8 alle 10. Nelle restanti ore notturne, nei giorni prefestivi e nei festivi, opera la continuità assistenziale su richiesta telefonica.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) indica un nuovo ruolo per il medico di famiglia, che si inserisce in un percorso di deospedalizzazione delle patologie croniche e che non lavora più da "solista" ma collabora in team con altri colleghi. Il PNRR prevede in particolare la presenza del medico di medicina generale nelle Case di Comunità, che sono Hub, le principali, e Spoke, le secondarie, e che lavorano dal lunedì al venerdì con apertura H24 o H12. In queste strutture la medicina generale opererà in team multi-professionali con gli infermieri di famiglia e gli specialisti, in presenza o in telemedicina. Il professionista avrà in quest'ambito compiti di prevenzione (vaccinazioni etc) e di presa in carico dei pazienti cronici, per patologie come il diabete, lo scompenso cardiaco, l'ictus, la BPCO e i percorsi assistenziali complessi, anche a livello domiciliare e con il supporto della tecnologia. Per deospedalizzare le patologie croniche ed evitare accessi e ricoveri inappropriati si dovranno fornire servizi di qualità ospedaliera, con tecnologie appropriate e adeguata assistenza medica, specialistica e infermieristica. In questa visione dell'assistenza territoriale ci sono delle criticità in continua "espansione": l'emergenza Covid ha accelerato le problematiche legate alla carenza di medici, determinando - soprattutto nelle zone più periferiche - una carenza di medici di continuità assistenziale e di assistenza primaria. Tra le soluzioni finora adottate ci sono la copertura di più ambiti territo-



riali da parte della continuità assistenziale, l'aumento volontario dei massimali a 1.800 scelte per i medici e l'inserimento in convenzione di giovani in formazione della Scuola di Medicina Generale. I nostri medici segnalano però - nonostante la dematerializzazione - un eccessivo aumento dell'attività prescrittiva e del carico burocratico, che sottraggono tempo all'attività clinica, senza considerare l'incremento esponenziale delle telefonate e il problema del contenzioso con gli assistiti, che prima in pratica non esisteva. A tutto questo si aggiungono le enormi difficoltà nel reperire sostituti per malattia, gravidanza, ferie e pensionamenti. Da qui gli abbandoni precoci di medici neo-convenzionati e i pensionamenti anticipati a 68 anni (o anche prima) di colleghi non più in grado di reggere l'attuale carico lavorativo. Questi problemi sono ancora più accentuati per coloro che lavorano da soli, su più studi e magari senza personale. Di fronte a questo quadro così negativo, stiamo lavorando ad alcune possibili soluzioni. La prima è la valorizzazione del ruolo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), con la messa in rete di tutti i medici e la possibilità di sostituzione da parte dei colleghi, con accesso ai dati condivisi tramite il coordinatore della AFT, ovviamente in modo volontario e informato. Da sviluppare poi l'integrazione della continuità assistenziale (ex guardia medica) nelle AFT in attività orarie diurne, con ruoli da definire, per adesso nelle medicine di gruppo e nelle Case della Salute, in prospettiva nelle Case di Comunità. Un'azione fondamentale per il miglioramento dell'attività di assistenza primaria, sarebbe infine quella di fornire - indistintamente a tutti i medici di medicina generale - personale sanitario e amministrativo adeguato alle necessità assistenziali della popolazione.



Alessandro Dini

Direttore del Dipartimento della Medicina Generale - Azienda USL Toscana nord ovest.

BELLEZZA E CERVELLO

La Medicina Estetica

Migliora l'aspetto fisico, psicologico e la fiducia sociale.

L'invecchiamento: da un lato l'accettazione della natura temporanea della vita, dall'altro il desiderio di posticipare il più a lungo possibile la comparsa dei segni del tempo. Oggi, nei paesi maggiormente sviluppati, questa ricerca sembra fortemente motivata dalla paura dell'esclusione sociale. In uno studio condotto su oltre 1800 donne americane, di età superiore ai 50 anni, è stato evidenziato un forte malessere psicologico basato sia sull'immagine che queste donne hanno di sé, ma anche sull'immagine mortificante che il resto della società rimanda loro. Più della metà di queste donne ha affermato di percepire i cambiamenti fisici che si verificano durante l'invecchiamento, in particolare il manifestarsi della lassità cutanea e la comparsa di rughe.

Il loro adattamento cognitivo all'esperienza fisica dell'invecchiamento, in parallelo all'esperienza psicologica dell'immagine corporea che cambia sono aspetti cruciali poiché mostrano quanto le donne correlino l'inizio del loro malessere psicologico, legato all'invecchiamento, con la comparsa di segni visibili che rivelano la loro età.

In questo quadro si inserisce la medicina estetica che con i suoi trattamenti non solo è in grado di migliorare l'aspetto fisico, ma anche il benessere psicologico di un individuo. Infatti, come mostrato da Dayan e colleghi nel 2018, pazienti sottoposti a trattamenti estetici completi del volto venivano identificati da osservatori in cieco come più sani, più giovani, più attraenti rispetto a pazienti che non avevano ricevuto trattamenti. La medicina estetica ha quindi acquisito negli ultimi decenni un crescente significato sociale e un posto fisso nell'ambito della professione medica. In breve tempo sono stati sviluppati una varietà di dispositivi, sostanze e procedure combinate che vengono impiegate da medici sempre più specializzati non solo per correggere quelli che da un paziente vengono individuati come difetti ma anche, dal punto di vista della medicina estetica antiaging, per ritardare il più possibile la comparsa degli inestetismi tipici dell'invecchiamento.

Tra le procedure di medicina estetica sicuramente la più impiegata a livello globale è l'**iniezione di tossina botulinica** erroneamente definito **Botox**, erroneamente perché questo termine si riferisce solo al primo farmaco a base di tossina botulinica autorizzato per questo trattamento. Basti pensare che nel 2020 in tutto il mondo sono stati effettuati più di 6 milioni di questi trattamenti. In particolare, la tossina botulinica di tipo A è una neurotossina iniettabile utilizzata per "lisciare" le rughe dinamiche e le rughe che si formano nel corso tempo prodotte dalle espressioni del nostro volto come stupirci, sorridere o arrabbiarci. Questo trattamento agisce bloccando temporaneamente l'impulso nervoso diretto al muscolo provocandone quindi un rilassamento. Come risultato si ha quindi un ammorbidimento delle espressioni ed una notevole riduzione delle rughe dinamiche che perdura dai 4 ai 6 mesi.

Più di 4 milioni di pazienti, sia uomini che donne; invece, si sottopongono ogni anno a trattamenti con **filler dermici**. I filler dermici sono sostanze

riassorbibili simili a gel, nella maggior parte dei casi rappresentate da acido ialuronico, che vengono iniettate al di sotto della cute così da ristabilire eventuali volumi persi, appiattire le rughe o ammorbidire le pieghe del volto. Inoltre, possono essere impiegati per correggere asimmetrie, per gonfiare o rendere più carnose le labbra o addirittura per definire maggiormente

i contorni del volto. Il risultato ha una durata variabile nel tempo che dipende dal tipo di filler e dall'area trattata, ma generalmente permane almeno 6 mesi.

In un'ottica di medicina anti-aging stanno prendendo sempre più campo i **trattamenti di biorivitalizzazione**. Tramite piccole iniezioni, a livello degli strati più superficiali della cute, di cocktail di varie sostanze, generalmente rappresentate da acido ialuronico addizionato con vitamine, aminoacidi e sali minerali, si ottiene non solo una profonda idratazione ma si promuove anche il rinnovamento cellulare, la produzione di collagene ed elastina e si contrasta la formazione di radicali liberi. Si agisce quindi contrastando

e prevenendo l'invecchiamento cutaneo ristabilendo inoltre l'elasticità, il tono e la lucentezza della cute.

Oltre ai trattamenti con sostanze iniettabili o con sostanze chimiche direttamente applicate sulla cute, come ad esempio i **peeling** utilizzati per rimuovere gli strati più superficiali e danneggiati della pelle, vi sono i trattamenti con dispositivi che impiegano principi fisici: **laser, radiofrequenza, ultrasuoni, campi elettromagnetici...** Gli sviluppi continui in questo campo forniscono sempre più risorse all'arsenale del medico estetico, ad esempio, i **laser per il resurfacing cutaneo**, i **plasma per la "blefaroplastica non chirurgica"**, la **radiofrequenza per lo skin tightening** (contrazione della cute lassa) o i **campi elettromagnetici focalizzati** per sviluppare il tono muscolare.

Quando parliamo di medicina estetica ci troviamo quindi di fronte ad una branca della medicina in continua evoluzione, da un lato trainata dallo sviluppo di nuove tecnologie e sostanze impiegabili dal medico, dall'altro dalle sempre nuove esigenze dei pazienti, esigenze che spesso variano in funzione dei tempi e delle mode del momento.

Carlo Giuseppe Bonuccelli

Laureato con lode in Medicina e Chirurgia. Si è dedicato subito alla Medicina e Chirurgia Estetica frequentando un master quadriennale all'università di Bologna. Relatore ai principali congressi di Medicina Estetica è membro del comitato scientifico SIES (Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica). I suoi studi medici sono a Firenze, Milano, Parma e Camaiore.

E-mail: carlo.g.bonuccelli@yahoo.it



Disturbi Cognitivi e Demenze

Oltre 1 milione di Italiani ne soffrono

La demenza è una sindrome caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente; possono essere presenti sintomi non cognitivi, che riguardano personalità, affettività, ideazione, percezione e comportamento.

Il primo campanello d'allarme è il fallimento, ripetuto in più occasioni, della memoria a breve termine, nella maggioranza dei casi riferito dai familiari o dal soggetto stesso; più raramente, l'esordio è caratterizzato da disturbi del linguaggio, difficoltà visuo-percettive o manifestazioni comportamentali quali disinibizione, aggressività o apatia. La demenza è legata all'invecchiamento con una prevalenza di quasi il 10% negli ultra sessantacinquenni che sale al 20-25% negli ultra 85enni; raramente si manifesta anche in età giovanile fra i 30 e 50 anni ma in questi casi è dovuta a mutazioni genetiche su base familiare. L'età avanzata quindi è il maggior fattore di rischio ed il numero totale dei pazienti in Italia è stimato in quasi **1 milione e almeno 3 milioni di persone** sono coinvolte nell'assistenza.

Recenti ricerche hanno permesso di caratterizzare meglio le malattie neurodegenerative che causano la demenza, fino a pochi anni fa diagnosticate solo sulla base dei sintomi. Il meccanismo della neurodegenerazione, si basa sull'alterato metabolismo di alcune proteine che si accumulano in modo abnorme nei neuroni stessi. Nel caso della Malattia di Alzheimer, che è la patologia neurodegenerativa più frequente (più del 60% di tutte le demenze), sono in causa 2 proteine: la beta-amiloide e la tau; quest'ultima può causare anche altre condizioni cliniche come la Demenza Fronto-Temporale o Parkinsonismi Atipici come la PSP. Nella Malattia di Parkinson e nella Malattia a Corpi di Lewy diffusi è una terza proteina l'alfa-sinucleina a causare la degenerazione dei neuroni; infine, altre forme di demenza sono legate a proteine individuate più di recente, quali TDP-43 e FUS.

Nella **Malattia di Alzheimer** la diagnosi clinica è supportata dalla misurazione delle proteine beta-amiloide e tau nel liquor cefalorachidiano prelevato con la puntura lombare; inoltre, sono stati creati traccianti radioattivi che si legano a queste proteine e che sono visualizzabili con tecnica scintigrafica (PET). Questi *biomarkers*, combinati con la valutazione neuropsicologica delle funzioni cognitive e le neuroimmagini come la Risonanza Magnetica, vanno a completare un puzzle che definisce una diagnosi di alta probabilità *in vivo* mentre la diagnosi di certezza rimane appannaggio dell'esame istologico post-mortem. Tuttavia, come ulteriore complicazione, i pattern molecolari puri sono rarissimi, mentre è di norma evidenziare all'esame istopatologico la coesistenza di più proteine patologiche che contribuiscono alla neurodegenerazione; inoltre, in co-morbidità, si sovrappone frequentemente il danno vascolare ischemico cronico, soprattutto nelle persone più anziane. Si comprende, quindi, l'enorme complessità di cui si deve tener conto quando si studiano queste malattie, le quali possono estrinsecarsi con quadri clinici apparentemente simili, ma alla cui base si sommano pattern molecolari differenti. Infine, in questi ultimi anni, si sta assistendo ad un cambiamento della fenomenologia clinica, verosimilmente per una

maggior attenzione delle famiglie e dei medici ai problemi cognitivi: qualche anno fa la presentazione clinica dei pazienti era ripetitiva e ben descritta dalla definizione standard all'inizio riportata; ora i pazienti hanno segni e sintomi spesso molto più lievi, che per molto tempo si limitano ad una singola funzione cognitiva, quale la memoria o il linguaggio. Ad esempio il paziente ha lievi difficoltà di memoria per le cose recenti ma si aiuta con un'agenda e continua la sua vita normalmente: in questi casi siamo davanti a un Disturbo Cognitivo Lieve che spesso nel tempo seppur non sempre evolve verso una demenza vera e propria: questi ultimi casi che oggi si individuano precocemente grazie agli esami del liquor ed alla PET si definiscono MCI-Alzheimer e sono quelli su cui alcune terapie innovative a base di anticorpi contro la proteina

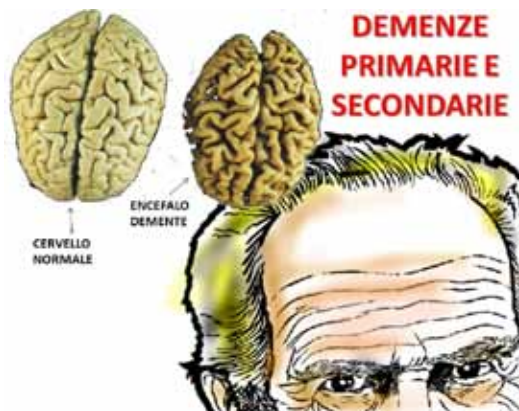


amiloide, ancora all'esame delle Autorità Sanitarie, possono avere dei risultati terapeutici, rallentando significativamente la progressione di malattia.

La ricerca clinica ha dimostrato che soggetti anziani e senza disturbi cognitivi, mostravano un accumulo di proteine anomale nel cervello con la PET oppure con l'istologia post mortem, del tutto sovrapponibili a quanto riscontrato nei pazienti Alzheimer. Quali sono le possibili spiegazioni di questi fenomeni? Secondo Montine TJ et al. (2019) alcuni fattori proteggono determinati individui dal decadimento delle funzioni cognitive: 1) Resistenza considerata come la capacità del SNC di difendersi dalla neurode-

generazione e può essere *intrinseca* al proprio cervello o *ambientale*; 2) Resilienza che definisce un livello di funzionamento cognitivo più alto di quello atteso nonostante un processo neurodegenerativo in atto; 3) Riserva cognitiva che può essere fisiologica o costruita durante la vita del soggetto, stimolata dagli studi scolastici prima e dalla professione esercitata dopo e sottesa da un maggior sviluppo di sinapsi e collegamenti fra i neuroni che porta ad una compensazione per cui il cervello vicaria le strutture anatomiche perse. In conclusione, ogni individuo è uguale a se stesso e le modalità con cui il suo cervello reagisce ad una patologia degenerativa sono specifiche per quel singolo individuo e non valide per un altro. Quindi punto di partenza elevato, sviluppo della riserva cognitiva con istruzione e lavoro, attività motoria, attività sociale di gruppo, sviluppo di nuovi interessi, eliminazione di obesità e sovrappeso sono ritenuti

oggi i capisaldi della prevenzione della demenza e della conservazione delle proprie capacità cognitive: questi fattori in gran parte controllabili da parte dell'individuo sono il frutto della saggezza storica (*mens sana in corpore sano*) ma confermati anche da numerose ricerche scientifiche recenti.



Il Dott. Marco Vista si è specializzato in Neurologia e in Fisiatria presso la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa. Dal 1997 Neurologo all'Ospedale di Lucca. Dal 2000 responsabile dell'ambulatorio per la diagnosi e cura delle Demenze. Dal 2021 è Direttore della Neurologia di Lucca.

IL CERVELLO DEL CAPO

ALESSANDRO VERDIGI Un capo visionario con i piedi per terra

A Massarosa, in provincia di Lucca, c'è un'azienda che si occupa di autoriscambi. È un'azienda leader nel proprio settore. Fattura qualcosa come 70 milioni di euro all'anno. Ha 150 dipendenti. È dotata di magazzini verticali automatizzati. Ogni operatore ha un palmare. È altamente efficiente ed informatizzata. Il capo, colui che l'ha creata, direte voi, è sicuramente uno che ha una laurea alla Bocconi con vari master presi all'estero. Un esperto di organizzazione, finanza, informatica. Niente di tutto questo, dico io. Il capo, colui che ha creato una meraviglia d'azienda è un signore con la terza media. Un caso da studiare. Alessandro Verdigi ha preso la laurea sul campo mettendo in pratica tutte le leggi dell'economia, senza conoscerle. Ma Alessandro conosce il mercato, conosce i suoi clienti, conosce i dipendenti e soprattutto riesce ad essere sempre un passo avanti rispetto alla concorrenza. È entrato nel campo dell'autoriscambi nel 1973 da garzone e nel 2023 è un imprenditore di successo che fattura 70 milioni di euro. Un mago? No, una persona intelligente capace di risolvere i problemi e prevedere il futuro perché chi ha una laurea, il master, etc. etc. è una persona colta, ma non è detto che sia intelligente.

Non ci riceve in un ufficio pomposo e pieno di attestati e delle solite retoriche foto di famiglia. La chiacchierata la facciamo insieme a **Diego Bianchi**, socio e direttore operativo proveniente da esperienze di alta consulenza informatico/finanziaria anche negli Stati Uniti e **Marco Rasa**, direttore commerciale con ventennale esperienza direzionale nel settore automotive maturata nei principali gruppi automobilistici. I suoi più fidati collaboratori, mentre lavorano, ci forniscono informazioni sull'azienda. Alessandro è un tipo aperto, sorridente estroverso. È uno che ti da fiducia, da lui comprenderesti volentieri un'auto usata o gli affideresti con serenità i tuoi risparmi.

Proviamo ad entrare nella sua testa per capire come ragiona. Così gli chiediamo che tipo di capo è. Autoritario, democratico, dispotico...

Se proprio mi dovessi definire direi che sono un capo visio-



nario con i piedi per terra. Credo di avere buone capacità relazionali e di comprensione dei bisogni di chi mi circonda, dal cliente al collaboratore. Sono un capo che tira fuori le idee e poi le lascio sviluppare ai collaboratori. Spesso le mie idee sono dei sassi lanciati molto lontano e allora trovo la giusta mediazione di fattibilità.

Come capo avrà preso tante decisioni, qual è stata la più bella?

Le decisioni fondamentali della mia vita e della mia azienda sono state due. Belle con il senno di poi, ma molto sofferte. La prima l'ho presa nel

1986 quando da dipendente ho deciso di diventare imprenditore. Avevo 27 anni, un po' di risparmi, 50 milioni di lire come dire 25 mila euro, e poco o niente da perdere. Insieme a mia moglie abbiamo detto proviamo ed è andata benissimo.

La seconda decisione è stata più difficile e molto, molto più rischiosa. Nel 2015 quando a 57 anni potevo smettere di lavorare ho deciso di investire tutti i miei capitali, tutto quello che avevo realizzato in trent'anni di lavoro, in questo magazzino. Ho messo sul piatto tutto e ho contratto anche dei debiti. Non ci dormivo la notte. Ma sentivo che era giusto così e adesso dopo 8 anni dal mega investimento sono arrivato a fatturare 70 milioni di euro.

Quindi adesso si può ritirare

Non ci penso nemmeno. Direi che sono un capo instancabile. Sempre al pezzo. La mia azienda è la mia vita. Non fatico a lavorare, per me stare qui è un piacere.



Così ci porta a fare il giro nell'immenso capannone della AV Service di Massarosa. Vediamo persone che impacchettano pezzi di ricambio di tutte le dimensioni: piccoli, grandi, rotondi...tir pronti alla partenza... un labirinto di corridoi pieni di scaffali alti come montagne... gente che si orienta per prendere un pezzo con un computer palmare...centralinisti che rispondono fornendo l'esatta posizione del pezzo di ricambio in giro per l'Italia... spogliatoi dotati di tutti i comfort... non è per caso che si diventa grandi imprenditori di successo con la terza media.

AV Service s.p.a.

AV Service

La mission di AV Service è quella di divenire interlocutore ricambi unico a 360° degli operatori del settore riparazione automotive: officine di riparazione, carrozzerie, flotte aziendali, compagnie di assicurazione, leaser... Investire in risorse umane e processi logistici innovativi, pianificare la crescita ed anticipare il mercato sono gli assi strategici di sviluppo di AV Service per fornire ai propri Clienti un servizio impeccabile: identificazione del ricambio corretto, gestione completa dell'ordine, logistica integrata dal prelievo in magazzino alla consegna con tracking, monitoraggio dedicato di DDT e fatture.

AV Service è il partner ideale per gestire a 360 gradi meccanica e carrozzeria dei migliori player del settore automotive. La vendita di ricambi originali forniti direttamente dal Costruttore rappresenta il core business di AV Service ma a questa gamma si affiancano validi prodotti equivalenti IAM, selezionati per qualità ed efficienza.

Siamo rivenditori ufficiali dei principali player del settore automotive:

- Gruppo PSA (Peugeot, Citroen, Opel, DS Automobiles e Eurorepar)
- Gruppo FCA (Fiat, Lancia, Abarth, Alfa Romeo, Jeep e Fiat Professional)
- Hyundai

In ordine di rispondere alle esigenze del mercato, completano la gamma prodotti i ricambi di molte altre Case Automobilistiche.

Sedi:

Massarosa

- Oltre 15.000 mq equivalenti grazie anche a 7 magazzini verticali automatizzati. Hub principale dedicato alla copertura diretta di tutto il territorio toscano e della provincia spezzina e alle spedizioni in tutta Italia per i Clienti Flotte (Leaser, Assicurazioni, Consorzi, ...).

Perugia

- 4.000 mq per la copertura del territorio umbro, alto Lazio e Abruzzo



Angelo Nuti

La Prematura Scomparsa di un Grande Amico del Cervello

Angelo Nuti era nato a Capezzano di Camaiore nel 1958. Il padre Danilo, Sindaco di Camaiore negli anni '70 (fu il primo Sindaco non di Camaiore o del Lido ed io ero nel gruppo di giovani che lo sostennero) me ne parlava spesso e riponeva grande fiducia nelle sue capacità. Frequentò Medicina a Pisa ed alla fine preparò con me la tesi di laurea ottenendo il massimo dei voti e la lode. Da specializzando mostrò grande passione per la ricerca: dopo l'attività con i pazienti si passavano le giornate e le serate in uno scantinato-era la mia stanza a Santa Chiara-a valutare dati, a scrivere i risultati ed a discuterli per pubblicarli, sempre in mezzo al fumo delle Marlboro di cui eravamo sempre forniti. Specializzatosi in Neurologia nel 1988, nel 1993 conseguì il Dottorato di Ricerca in Neuroscienze dedicandosi nel frattempo con successo anche alla professione privata. Nell'attività clinica si distingueva per la capacità di inquadrare in modo rapido i casi, sempre con grande empatia per i pazienti con cui divideva ansie, timori e speranze. In mancanza di posizioni a Pisa, vinse un concorso all'Ospedale di Pescia dove per alcuni anni fece valere le sue doti cliniche ma nel 1998 come consulente USL per la Neurologia chiesi il suo trasferimento a Viareggio. Nel 2001 con il passaggio all'Ospedale Unico si completò in poco tempo il team neurologico di cui fu uno dei leader, dedicandosi in particolare alle cefalee e più recentemente alle malattie degenerative come l'Alzheimer, pubblicando numerosi studi su questi temi. Appassionato di storia, attento alle vicende politiche, era una bella persona; razionale ma anche impulsivo, semplice, immediato, affettuoso e generoso. Era innamorato dei figli Martina e Cristiano e spesso parlava dei loro studi; credeva nell'amicizia e stravedeva per la Juventus. Angelo ci mancherà!



Ubaldo Bonuccelli

AMICI DEL CERVELLO

Autorizzazione del tribunale di Lucca n. 897. Registro periodici del 7/7/09
Direttore editoriale: ARNo

Fabrizio Diolaiuti
Direttore

COLORè s.n.c.
Impaginazione grafica e stampa

Redazione P/O **Ottovolante** Via IV Novembre 126, Camaiore
Tel. 0584 982279
E-mail: info@arnoneurologia.it
www.arnoneurologia.it

AMICI DEL CERVELLO

Comitato Scientifico Editoriale

Coordinatore
Ubaldo Bonuccelli Pisa

Filippo Baldacci Pisa - Roberto Ceravolo Pisa
Paolo Del Dotto Viareggio - Renato Galli Pisa
Fabio Monzani Pisa - Alessandro Napolitano Massa
Giulio Perugi Pisa - Marco Vista Lucca



Dona il tuo **5 per mille**
all' **Associazione Ricerca Neurologica**

ARNo

Un gesto che a te non costa niente
PER NOI HA UN VALORE GRANDISSIMO

Come fare?

E' FACILE. Comunica al tuo commercialista il codice fiscale ARNo **93005860502** e firma nell'apposito riquadro del modello unico o del 730

PER LAVORATORI DIPENDENTI
A pagina 5 si trova la scheda, riempiila con il codice fiscale ARNo **93005860502** e firmala.

USA IL CERVELLO SOSTIENI LA RICERCA