

Alla Scoperta della Medicina Seconda Puntata. Dal Medioevo al 1700

Editoriale del Direttore Scientifico Prof. Ubaldo Bonuccelli

Alto Medio Evo: nascono grazie agli ordini monastici i primi abbozzi di ospedale: i benedettini agli inizi del 500 DC furono i primi a creare delle infermerie con ricovero dei monaci ammalati e dei pazienti bisognosi di cure. Negli orti dei *Semplici*, nell'ambito del convento, venivano coltivate piante medicamentose da conservare essiccate in vasi di vetro all'interno di veri e propri armadi farmaceutici. Nei secoli seguenti, sui percorsi della via Francigena frequentata dai pellegrini diretti a Roma e dai crociati, sorgono numerosi ospedali quasi sempre gestiti da religiosi. Per identificare il medico si utilizzava il termine *Medicus*; chi esercitava la chirurgia, veniva chiamato *Cirurgicus* o *Cerusicus*. Quelli che invece avevano un'istruzione inferiore erano i cosiddetti *barbieri-chirurghi* (*barberus*) che si occupavano essenzialmente di salassi, cura delle ferite e semplici operazioni. Intorno all'anno 1000 nasce a Salerno la famosa Scuola Medica salernitana, sviluppata a seguito dell'incontro di medici greci, romani, ebrei ed arabi che sulla base dei progressi raggiunti dalla medicina classica greco-romana e dalla medicina arabico-giudaica dettero rinnovato impulso alla professione medica. Nel XII secolo per esercitare la medicina era necessario superare un esame condotto da un Maestro salernitano. Nel suo complesso la medicina del primo Medioevo, grazie ai monaci cristiani riuscì lentamente a recuperare molte delle conoscenze dell'epoca romana che si erano perdute negli anni più critici e bui delle invasioni barbariche e della fuga dalle città. Si devono ringraziare i monaci amanuensi che traducevano in latino dal greco i testi classici ed i monaci dedicati alle cure dei malati. Tuttavia il cristianesimo molto pervasivo nella vita privata e sociale di quel periodo, fu una delle cause dell'arresto di sviluppo della scienza medica: la malattia era infatti vista come un segno del peccato ed i malati come peccatori che dovevano essere tenuti in disparte, e vivere la malattia ed il dolore come penitenza: il monaco ammalato poteva mangiare la carne per ritempersi ma veniva allontanato dal sacramento della comunione, se poi peggiorava il moribondo doveva confessarsi pubblicamente di fronte ai confratelli, poi riceveva l'estrema unzione e non poteva più mangiare carne per avvicinarsi allo stato *angelico* vegliato fino alla fine. Insomma, il ruolo del medico, spesso interpretato dai chierici, diventò più quello di un consolatore caritatevole che di uno studioso capace di fare diagnosi e prescrivere terapie.

Basso Medio Evo e Rinascimento: nel 1130 il concilio di Clermont proibì almeno in parte ai monaci ed ai canonici di praticare la medi-

cina, aumentando l'importanza dei laici e dei medici: era infatti facile per i monaci lasciare i loro chiostrini per esercitare extramoenia la professione medica, esponendoli a donne e denaro. Le opere di 2 grandi medici, il primo l'arabo Avicenna con *Il Canone* ed il secondo l'ebreo Maimonide con il *Libro sui Veleni e gli Antidoti*, segnano insieme alla nascita di numerose Università (in Italia dopo Bologna 1110, anche Padova 1222, Pavia 1361, Pisa 1363) il passaggio alla medicina rinascimentale. L'epidemia di peste che dalla Cina raggiunse l'Europa nel 1347 riducendo del 30% la popolazione europea, il persistere di epidemie ricorrenti di vaiolo e lebbra insieme al profondo rinnovamento culturale del Rinascimento, portarono la medicina e la sanità al centro degli interessi degli stati e delle classi dirigenti. Nacquero così i primi ambienti isolati e dedicati alla cura dei pazienti infetti e le prime misure di quarantena specie nei porti, dove le navi dovevano rispettare un periodo di circa 40 giorni (quarantena) in rada prima di attraccare ai moli. Le stesse merci poi spesso erano trattate con fumi per combattere i "miasmi" che trasmettevano il morbo. La sanità comincia così diventare pubblica: nel 1423 a Venezia un'isola viene adibita a lazzeretto, luogo per la cura dei malati di peste; agli inizi del 1500 grazie alle autorità amministrative di Milano, Venezia, Genova e Firenze l'Italia risultava il paese europeo con l'organizzazione sanitaria più moderna ed efficace. Nello stesso periodo si concretizzava specie a Milano (nasce l'Ospedale Maggiore che ingloba 16 pre-esistenti piccoli ospedali) e poi nel resto d'Italia (a Firenze l'Ospedale degli Innocenti, a Pavia il San Matteo ed a Ferrara il Sant'Anna) il passaggio degli ospedali da una gestione frammentata e caritatevole e spesso anche corrotta ad una gestione oggi diremmo manageriale, con medici e chirurghi e con personale di supporto alle dipendenze della struttura che era diretta da persone scelte dal governo della città. La nascita della stampa, la revisione delle opere dei classici come Galeno in lingua greca originale e non da traduzioni dall'arabo, lo sviluppo delle Università in primis Padova dove il fiammingo Andreas Vesalius (Vesalio) inizia a correlare l'anatomia con la Chirurgia ma anche con la Medicina, generano le basi per uno sviluppo enorme delle scienze mediche, anche a fronte di nuove malattie come la Sifilide importata dalle Americhe in tutta Europa e la Malaria diffusa soprattutto in Italia. Dal Nuovo Mondo arrivano nella vecchia Europa nuove sostanze terapeutiche estratte da piante ed erbe come Tabacco, Coca, Chinino e Guaiaco (palo san-



ta) (a Firenze l'Ospedale degli Innocenti, a Pavia il San Matteo ed a Ferrara il Sant'Anna) il passaggio degli ospedali da una gestione frammentata e caritatevole e spesso anche corrotta ad una gestione oggi diremmo manageriale, con medici e chirurghi e con personale di supporto alle dipendenze della struttura che era diretta da persone scelte dal governo della città. La nascita della stampa, la revisione delle opere dei classici come Galeno in lingua greca originale e non da traduzioni dall'arabo, lo sviluppo delle Università in primis Padova dove il fiammingo Andreas Vesalius (Vesalio) inizia a correlare l'anatomia con la Chirurgia ma anche con la Medicina, generano le basi per uno sviluppo enorme delle scienze mediche, anche a fronte di nuove malattie come la Sifilide importata dalle Americhe in tutta Europa e la Malaria diffusa soprattutto in Italia. Dal Nuovo Mondo arrivano nella vecchia Europa nuove sostanze terapeutiche estratte da piante ed erbe come Tabacco, Coca, Chinino e Guaiaco (palo san-

CERVELLO



Vesalio

to). Il tabacco fu usato per il mal di testa con un certo successo e fu provato in tante altre malattie in genere come polvere da fiuto, con il risultato di provocare una forte dipendenza combattuta dalla Chiesa e dalle Autorità: l'esploratore inglese Walter Raleigh scopritore della Virginia, fu condannato alla decapitazione da re Giacomo 1° d'Inghilterra per la sua dipendenza dal tabacco. Il cardinale Richelieu impose sull'uso del tabacco ingenti tasse consentendo così il rapido diffondersi dei consumi in Francia e poi in tutta Europa dove il vantaggio dei pubblici erari con questa nuova tassa superò rapidamente i possibili problemi di salute dei cittadini. Agli inizi del 1600 si diffuse in Europa l'uso dell'estratto alcoolico della corteccia dell'albero di china per la Malaria: a Loja in Perù, un capo indiano riuscì a curare un gesuita che presentava le febbri terzane tipiche della Malaria (accesso di febbre elevata ogni terzo giorno), fino a far scomparire la malattia. Nel 1630 questo gesuita avrebbe consigliato lo stesso rimedio al governatore di Loja, facendolo guarire dalla Malaria. Un anno più tardi la sposa del viceré del Perù, il conte di Chinchón, si ammalò a Lima di febbre terzana, sintomo inconfondibile della malaria ed il governatore di Loja scrisse immediatamente al suo viceré che possedeva un rimedio per la sua sposa: una volta assunto il rimedio, come per miracolo, la contessa guarì. Questa storia si diffuse rapidamente in tutta Europa, fino al punto che il naturalista svedese Carlo Linneo diede poi all'albero di china il nome di *Cinchona officinalis* e l'intossicazione da chinino fu in seguito denominata Cinchonismo. Dall'America si diffuse in modo epidemico in Europa la Sifilide (Lue o Mal Francese): sintomi tipici dell'infezione erano lesioni cutanee ai genitali ed in altre sedi, insieme a febbre e tumefazione dei linfonodi. Nelle fasi avanzate frequenti l'interessamento del cuore e del cervello con un quadro di demenza e difficoltà motorie. Il sistema di quarantene, isolamento e disinfezioni, adottato contro la diffusione di altre malattie contagiose come peste e colera, era inutile contro la sifilide che aveva come principale via di trasmissione il rapporto sessuale. Le cure più in voga benché poco efficaci erano allora il mercurio ed il Guaiaco. Il mercurio era usato come unguento con effetto ustionante con cui cospargere le lesioni o attraverso fumigazioni: i pazienti all'interno di una botte (stufa mercuriale) potevano respirare la miscela generata dal riscaldamento di mercurio e incenso, che agiva sulla cute, e talora si ottenevano guarigioni all'epoca considerate quasi miracolose. (fig). L'estratto di Gua-



iacò, albero dei caraibi chiamato Palo Santo era solo moderatamente efficace ma meno tossico del mercurio ed in pochi decenni cadde in oblio. Solo nel 1905 fu evidenziato che l'agente patogeno era il batterio *Treponema Pallidum* e poco dopo emerse una terapia in parte efficace a base di Salvarsan, un preparato contenente arsenico poi rimpiazzato dai moderni antibiotici primo fra tutti la Penicillina.

1600: oltre l'uso e lo sviluppo sempre più esteso degli occhiali comincia l'epoca della visione dell'ultra-piccolo con la nascita del microscopio. Un mercante di stoffe fiammingo, si era appassionato di lenti capaci d'ingrandire in modo da studiare la trama dei tessuti; tale Antoni Leeuwenhoek, cominciò a costruire lenti che incastrava tra due lamine di legno o metallo, osservando con questi apparati tutto quello che poteva: riuscì a costruirne uno capace di 270 ingrandimenti e descrisse i globuli rossi, gli spermatozoi e vari batteri comunicando il tutto tramite disegni ed illustrazioni alla Royal Society of London da poco sorta, che diffuse l'uso del microscopio nell'Accademia Medica europea, generando alla fine, nuove e fondamentali scoperte.

1700: inizia il secolo dei Lumi, propiziato dalla rivoluzione del pisano Galileo Galilei che indicò la necessità di abbandonare il pensiero deduttivo a favore di quello induttivo: dall'osservazione dei fenomeni si doveva giungere ad individuare le leggi che li governano e con l'esperimento, riproducendo artificialmente il fenomeno, si doveva controllare se il ragionamento seguito era valido. Nasce così la scienza moderna all'insegna del motto Galileiano dell'Accademia del Cimento "provando e riprovando", preso in realtà in prestito da una terzina dantesca. La medicina diventa una delle scienze sperimentali fondamentali e seguendo le orme della Encyclopedie di Diderot e D'Alembert, un medico svedese Linneo introduce nella botanica una classificazione delle piante ancora oggi usata e con Giovan Battista Morgagni, professore di Medicina all'Università di Padova, inizia la medicina moderna. Nel 1761 pubblica la sua opera fondamentale "De sedibus et causis morborum" costituita da una raccolta di reperti anatomico-patologici accompagnati dai sintomi

presentati dal paziente in vita e dalle possibili correlazioni tra alterazioni anatomiche e sintomatologia clinica. Sempre sul finire del '700 inizia l'era delle vaccinazioni, in particolare quella contro il vaiolo. Il vaiolo, che oggi sappiamo è provocato dai 2 virus *Variola Maior e Minor* che si trasmettono per via aerea, presente già in epoca romana, continuò a mietere milioni di vittime in Europa fino al 1796 quando il medico inglese Jenner riuscì a creare una difesa efficace inoculando nella pelle materiale ottenuto dalle lesioni cutanee di mucche infettate da una varietà del virus che colpiva i bovini ma non provocava la malattia nell'uomo. Da ciò deriva l'impiego del termine "vaccino" per indicare tutte le pratiche immunizzanti per le malattie infettive. La vaccinazione della popolazione generale per il vaiolo divenne obbligatoria nel Principato di Lucca nel 1806, nel Regno Unito nel 1855, in Italia nel 1861 ed a seguire nel resto d'Europa e negli USA ma soltanto nel 1980 l'OMS dichiarò solennemente: "il mondo e i suoi popoli hanno ottenuto la libertà dal vaiolo".



VISTA E CERVELLO

Noi Vediamo con il Cervello

E le illusioni sono la percezione o l'interpretazione di un fenomeno sbagliato



Per capire il meccanismo della visione umana dobbiamo pensare che esistono due attori principali, l'occhio e il cervello. L'occhio è un sistema molto complesso che ha la funzione di catturare le immagini in modalità continua, come se fossero tanti fotogrammi di un film, mettendole a fuoco sulla retina, una struttura molto sensibile. La particolare forma dell'occhio, lo rende molto simile ad una macchina fotografica dell'era non digitale. Ovvero l'occhio è costituito da due lenti, la cornea e il cristallino, che consentono di fare convergere le immagini in un unico punto, e da un diaframma, la pupilla,

che consente in maniera autonoma di regolare la quantità di luce che entra all'interno dell'occhio. La retina, come la vecchia pellicola in celluloido, riceve una serie continua di immagini; per funzionare a dovere è costituita da un insieme di cellule che lavorano moltissimo e molto rapidamente per elaborare gli impulsi visivi, corredarli di colori e attraverso il nervo ottico trasmettere le informazioni costantemente al nostro cervello in un'area chiamata corteccia visiva posta a livello della nuca. **Il cervello è quindi il vero centro di analisi degli impulsi visivi provenienti dalla retina, li elabora ulteriormente e forma l'immagine definitiva mettendo in evidenza l'oggetto rispetto allo sfondo, i suoi contorni, le dimensioni e le differenze di contrasto.**

Questo meccanismo è del tutto involontario perché noi vediamo anche senza voler vedere, basta tenere gli occhi aperti! **Diverso è vedere da guardare.** Noi vediamo perché attraverso il nostro sistema visivo percepiamo la realtà che ci circonda. Ma se noi ci soffermiamo a vedere qualcosa con attenzione e più o meno criticamente, noi stiamo guardando, ovvero stiamo mettendo in relazione quello che vediamo con la nostra esperienza, con i nostri ricordi, con qualcosa che abbiamo vissuto o non ancora mai visto e in tal senso questo guardare contribuirà a formare la nostra esperienza futura e i nostri ricordi. Quindi se ci chiediamo se vediamo con gli occhi o con il cervello la risposta è... con il cervello! Infatti, l'occhio si limita

ad acquisire e a trasmettere una informazione, ma è a livello superiore, in alcune specifiche aree cerebrali, che le singole acquisizioni visive vengono accostate costruendo una forma, elaborate nel tempo e nello spazio come fossero tanti frammenti in modo da consentire finalmente la percezione visiva. Ma la nostra percezione visiva non è identica tra tutti gli individui. **Il cervello infatti aggiunge, sottrae, riorganizza e codifica tutte le informazioni sensoriali acquisite dall'occhio per interagire con il mondo esterno.**

E molte parti del cervello contribuiscono a ogni singola percezione; quindi, non ci deve sorprendere che le persone possano ricostruire il mondo circostante in modi molto simili ma differenti. E questo è vero per la forma, il movimento e la visione del colore.

Non solo. Le immagini provenienti dai due occhi devono essere elaborate e fuse insieme e giungono da due apparecchi di acquisizione, gli occhi, posti vicini ma separati tra loro. **Le immagini che giungono al cervello sono bidimensionali ma noi vediamo il mondo in tre dimensioni ovvero percepiamo anche la profondità proprio perché siamo in grado di fondere insieme quello che vediamo identificando gli oggetti non su uno, ma su più sfondi!** Le immagini osservate o viste vengono immagazzinate nella nostra memoria e noi, quando vediamo nuovamente un oggetto o un movimento, siamo già pronti per vedere anche l'immagine successiva proprio perché la conosciamo. Anche quando chiudiamo gli occhi, le cellule retiniche sono sempre attive e producono segnali e rumori di fondo che inviano ai centri della visione; contemporaneamente le aree della memoria, dei pensieri, delle emozioni inviano costantemente segnali ai medesimi centri. In questo complesso flusso di impulsi nervosi c'è l'interfaccia tra visione e immaginazione. Quella che chiamiamo percezione forse non è altro che il risultato di una interazione dinamica tra segnali sensoriali esterni e informazioni interne immagazzinate nella memoria. In questo sistema si inseriscono gli altri sensi, la percezione di un rumore ci fa vedere, toccare la forma di un oggetto ci fa vedere e così via.

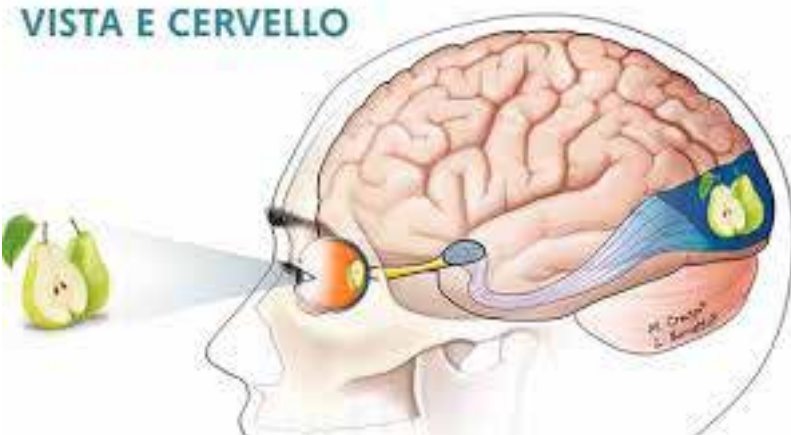
Percepire o interpretare però una immagine in modo sbagliato determina le illusioni, ovvero noi crediamo di vedere qualcosa che non è reale perché il nostro cervello può essere ingannato da fenomeni naturali o immagini percettive o cognitive.



Michele Figus

Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Visivo all'Università di Pisa. Direttore della Scuola di Specializzazione in Oftalmologia, della UO Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. L'attività chirurgica e di ricerca prevalente riguarda il Glaucoma per cui è un'eccellenza internazionale.

VISTA E CERVELLO



PREMIO INTERNAZIONALE ARNò

V edizione

Con l'istituzione del Premio Internazionale ARNo, la nostra associazione, ha inteso evidenziare il lavoro di un ricercatore di fama internazionale e di un personaggio che si è particolarmente impegnato nel mondo del volontariato.

2018

- Premio Internazionale ARNo per la **RICERCA** a **Fabrizio Benedetti**. Il professore Benedetti è stato accreditato come responsabile della crescente rispettabilità della ricerca nell'effetto placebo. Gestisce il primo laboratorio per lo studio degli effetti placebo nel mondo.
- Premio Internazionale ARNo per la **SOLIDARIETA'** a **Paolo Fresco**. Insieme alla sua amata moglie Marlene, morta per la malattia del Morbo di Parkinson, ha deciso di devolvere parte della sua ricchezza agli altri, in tutto hanno donato 25 milioni di dollari. Quei soldi ora servono a chi studia come combattere la malattia che ha portato via sua moglie.

2013

- Premio Internazionale ARNo per la **RICERCA** a **Lamberto Maffei**. Il professore Maffei, medico e scienziato italiano, è l'ideatore del progetto *Train The Brain*. Direttore dell'Istituto di Neuroscienze del CNR dal 1980 al 2008, dal 2009 è presidente dell'Accademia Nazionale dei Lincei.
- Premio Internazionale ARNo per la **SOLIDARIETA'** a **Elena Zambon** per tutto quello che il gruppo Zambon, attivo dal 1906 nel campo delle industrie farmaceutiche, ha fatto con i suoi farmaci per il morbo di Parkinson. Il premio è stato attribuito in ex-equo con **Laura Biancalani**, presidente della Fondazione Bocelli, grande esempio di solidarietà nel mondo.

2010

- Premio Internazionale ARNo per la **SOLIDARIETA'** a **Marcello Lippi**
- Premio Internazionale ARNo per la **RICERCA** a **Eldad Melamed**.

2008

- Premio Internazionale ARNo per la **RICERCA** a **Gian Luigi Gessa**. Il professore è uno dei più autorevoli esperti internazionali della ricerca neurofarmacologica.
- Premio Internazionale ARNo per la **SOLIDARIETA'** a **Giorgio Panariello**. Il comico toscano è da sempre impegnato con generosità in spettacoli di beneficenza.

2006

- Premio Internazionale ARNo per la **RICERCA** a **Oleh Hornykiewicz**. Il biochimico austriaco è stato il padre di uno dei farmaci più importanti nella cura del Parkinson.
- Premio Internazionale ARNo per la **SOLIDARIETA'** a **Andrea Bocelli**. Il tenore che non si risparmia mai quando c'è di mezzo la beneficenza e la solidarietà.

Ebe, la prestigiosa statuetta ricevuta dai premiati, simbolo di gioventù e salute, è offerta dall'associazione **Artigianart** di Pietrasanta e poi dalle Fonderie Mariani. La scultura è opera dell'artista **Romano Cosci**.



Al Caffè de La Versiliana Un'eccezionale Edizione del Premio ARNO



Nell'estate del 2023, dopo la forzata pausa del 2020 dovuta al covid, torna il PREMIO ARNO.

Il comitato scientifico, presieduto dal professore **Ubaldo Bonuccelli** all'unanimità ha deciso di premiare due nomi d'eccellenza: il professore **Paolo Barone**, Premio ARNO 2023 per La Ricerca, per i suoi studi sul Parkinson; mentre a **Sandro Luporini**, pittore e autore di tutti i testi del Teatro-Canzone di Giorgio Gaber, il Premio ARNO 2023 per Il Talento.

E' stata un'edizione davvero all'altezza nel nome del premio e la prestigiosa statuetta **Ebe**, dea della fiorente giovinezza, creata dell'indimenticabile **Romano Cosci** e offerta dalla **Fonderia Artistica Mariani**, non poteva finire in mani migliori.

E **Sandro Luporini** nel ringraziare per il premio ricevuto si è lasciato andare ad una battuta delle sue. *di solito quando mi danno dei premi penso... a quale amico lo posso rifilare? Ma questa statuetta me la tengo bella stretta. Grazie.*



La consegna del premio al professore Paolo Barone

Paolo Barone, unico referente italiano per due gruppi di ricerca internazionali, il progetto EuroPa, finanziato dalla comunità europea, il consorzio nordamericano-europeo AMADEUS ed il progetto PPMI della fondazione MJ Fox. Ha parlato di tutti questi interessanti progetti dedicati allo studio di progressione della malattia di Parkinson. Ha accennato anche al progetto EMSA-SG, finanziato dalla comunità europea con finalità di studiare l'Atrofia Multisistemica.



La consegna del premio a Sandro Luporini

Ma gli interessi di ricerca del Prof Barone comprendono: caratterizzazione dei recettori dopaminergici e delle vie di trasduzione del sistema dopaminergico; clinica e neurofarmacologia di malattie neurologiche, in particolare della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi atipici; genetica dei disturbi del movimento. È titolare di numerosi fondi di ricerca, nazionali ed internazionali. E' autore di numerosi lavori in estenso pubblicati su riviste internazionali con referaggio. E' stato relatore su invito e chairman di numerosi congressi internazionali. È Stato Presidente della Società per i Disturbi del Movimento, membro dell'International Executive Comm. della Movement Disorders society fino al 2017.

Oltre al numeroso pubblico presente in sala il premio è stato trasmesso in diretta dall'emittente regionale NoiTV e da altre televisioni regionali e nazionali.

La serata è stata condotta da **Fabrizio Diolaiuti**. I premi sono stati consegnati da **Gianfranco Antognoli**, presidente dell'ARNO e dal professore **Ubaldo Bonuccelli** direttore scientifico ARNO



Da sinistra Gianfranco Antognoli, Ubaldo Bonuccelli, Sandro Luporini, Paolo Barone, Adolfo Agolini e in piedi il conduttore Fabrizio Diolaiuti

LA PROTESI PENIENA

UNA SOLUZIONE “IDRAULICA” PER L’IMPOTENZA MASCHILE

La protesi peniena è un dispositivo medico con funzionamento idraulico che viene impiantato chirurgicamente nel caso di deficit erettile non trattabile con terapia medica.

Purtroppo, numerosi casi di impotenza, ad esempio dopo grossi interventi radicali soprattutto per tumore, nei diabetici gravi, nei gravi difetti di circolazione, non rispondono al trattamento con i farmaci orali

in commercio da oltre 20 anni e oggi giorno molto diffusi. In altri casi questi farmaci anche se sarebbero efficaci sono controindicati, come ad esempio nel caso di alcune patologie cardiache e non sono quindi utilizzabili.

In questi casi la soluzione migliore per risolvere il problema dell’impotenza è l’impianto di una protesi idraulica peniena. Prima di arrivare a tale decisione il paziente deve essere valutato attentamente dallo specialista per avere tutte le informazioni relative all’impianto. Oltre alla spiegazione dettagliata dell’intervento e del funzionamento della protesi il paziente deve ricevere informazioni riguardo i vantaggi e svantaggi dell’impianto, i rischi ed i benefici in modo da arrivare a prendere la decisione ed eseguire l’intervento senza dubbi o incertezze. Prima di prendere tale decisione il paziente deve essere molto motivato ed avere le giuste aspettative.

La migliore protesi peniena idraulica è detta tricomponente perchè composta da tre parti che vengono impiantate con un solo intervento attraverso una piccola incisione di circa 2 cm.



La parte principale della protesi è rappresentata da due cilindri che vengono inseriti nel pene (corpi cavernosi) e che permetteranno con il loro riempimento di ottenere l’erezione artificiale. Questi cilindri sono poi collegati tramite sottili tubi ad una piccola pompa munita di valvola posizionata tra i testicoli, la pompa serve per riempire i cilindri e successivamente per svuotarli. La pompa è poi

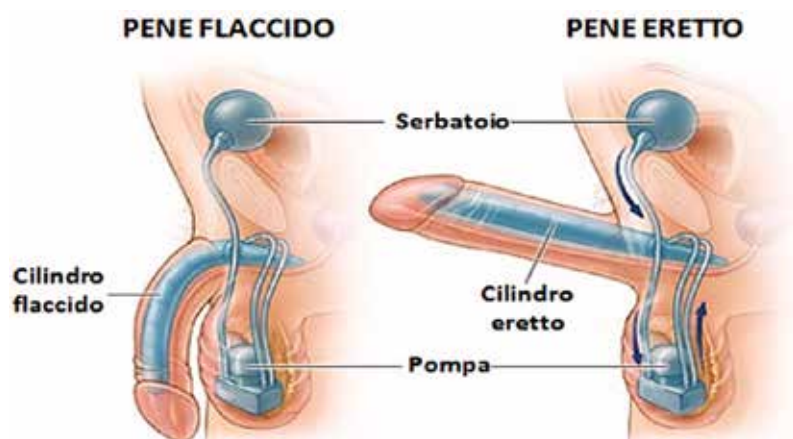
collegata ad un serbatoio inserito nell’addome. Tutto il sistema viene riempito con dell’acqua, premendo ripetutamente la pompa l’acqua viene spinta dal serbatoio ai due cilindri che una volta riempiti determinano una erezione normale come aspetto e consistenza. Successivamente terminato il rapporto premendo sulla valvola posta sopra la pompa i cilindri vengono sgonfiati e l’acqua rientra nel serbatoio.

Quando non utilizzata la protesi sgonfia non è visibile né identificabile a occhio nudo, solo con la palpazione si possono percepire i cilindri sgonfi all’interno del pene e la pompa posizionata tra i due testicoli, mentre il serbatoio non è apprezzabile in nessuna maniera.

Gli ultimi modelli di protesi, non indicati e utilizzabili in tutti i pazienti permettono anche un allungamento del pene di circa il 20%, negli altri casi di impianto le dimensioni non variano rispetto a quelle precedenti l’intervento.

Esistono anche protesi di struttura più semplice (con solo una o due componenti dette mono o bicomponenti), sicuramente di minor costo e più semplici da impiantare per la presenza di minori componenti e collegamenti, ma che non forniscono solitamente risultati soddisfacenti e sono utilizzate ormai solo raramente.

L’intervento chirurgico di impianto di protesi peniena viene eseguito in anestesia generale o locale con sedazione ed ha una durata di meno di un’ora. Tutto l’impianto viene eseguito attraverso una piccola incisione di 2-3 cm sopra o sotto al pene in base alle preferenze del chirurgo. Il paziente viene ricoverato il giorno stesso dell’intervento dopo aver eseguito tutti gli esami preoperatori ed il colloquio con l’anestesista. Di solito la dimissione avviene il giorno stesso o il giorno



SESSO E CERVELLO

dopo con la sola prescrizione di antibiotici e antidolorifici e di semplici medicazioni della piccola ferita.

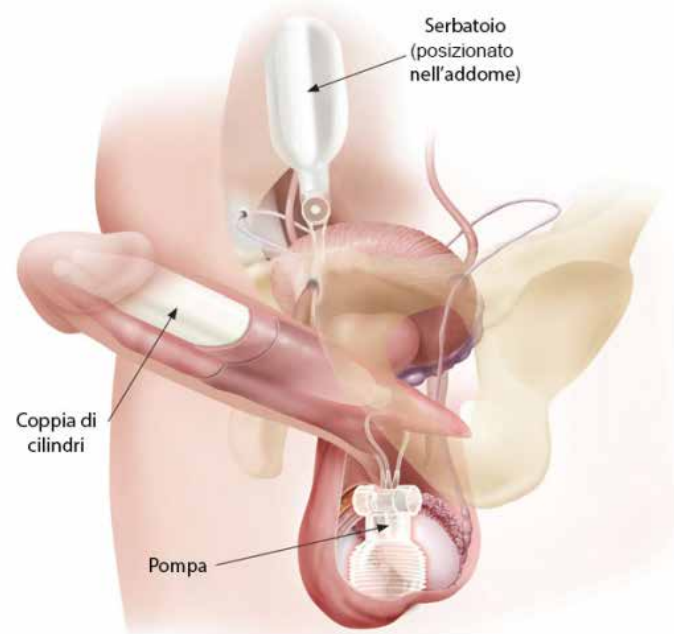
Ovviamente dopo l'intervento è necessario un periodo di riposo anche se progressivamente possono essere riprese tutte le normali attività evitando sforzi eccessivi. Appena possibile il paziente viene istruito su come gonfiare e sgonfiare la protesi in modo da iniziare ad utilizzarla non prima di 4-6 settimane dall'intervento. All'inizio tale manovra può risultare complessa e non spontanea ma progressivamente con il passare del tempo e l'utilizzo della protesi diviene un gesto naturale che richiede pochi secondi.

L'impianto di una protesi peniena è un intervento molto delicato dal punto di vista tecnico per le varie componenti da impiantare e collegare, ma non rischioso dal punto di vista chirurgico. Il rischio maggiore dell'impianto di una protesi come per ogni materiale estraneo all'organismo è quello di una infezione, con conseguente possibile rigetto del dispositivo. Per ridurre al massimo questo rischio è assolutamente necessario che l'intervento sia eseguito in ambienti adeguati e certificati, con l'assoluto rispetto di numerose norme di sterilità e da urologi esperti in questo tipo di chirurgia in grado di ridurre significativamente il tempo operatorio. Ovviamente viene eseguita una specifica profilassi antibiotica seguita da una terapia antibiotica a domicilio. Il secondo rischio ma minore è quello di una rottura meccanica delle diverse componenti; è un evento raro ma che necessita ovviamente della revisione della protesi e sostituzione della componente difettosa.

La protesi peniena permette, attivandola premendo alcune volte la pompa, di avere una erezione artificiale quando richiesto dal paziente con completa soddisfazione sia dell'uomo che della partner. Non ci sono limitazioni al suo utilizzo né particolari attenzioni o rischi. Una volta attivata permette un rapporto normale della durata voluta; se l'orgasmo era conservato e presente prima dell'impianto non viene modificato o alterato dall'intervento, lo stesso accade per l'eiaculazione che non viene alterata o modificata. Al termine del rapporto premendo sulla valvola posta sulla pompa la protesi viene rapidamente sgonfiata senza difficoltà, tale manovra è un semplice gesto che diviene con il tempo naturale e immediato.

Una volta impiantata la protesi di solito dura per sempre, non è prevedibile una durata del funzionamento non essendoci componenti da sostituire o usurabili, in ogni modo è utilizzabile quasi sempre fino al termine delle esigenze della vita sessuale.

L'impianto della protesi difficilmente può essere eseguito attraverso il servizio sanitario nazionale, se non in casi molto selezionati.



La maggior parte delle protesi viene infatti impiantato nelle strutture private con costi estremamente variabili.

Non tutti gli specialisti urologi, sia pubblici che privati eseguono interventi di impianto di protesi essendo necessaria una formazione particolare certificata ed una esperienza specifica.

Il prezzo dell'impianto è purtroppo elevato poiché solo la protesi costa oltre 10.000 euro ai quali vanno aggiunte tutte le altre spese (sala operatoria, personale ecc).

Prima di decidere di eseguire un impianto di protesi è importante avere un colloquio approfondito con l'urologo esperto nel settore in modo da ottenere tutte le spiegazioni necessarie, valutare il singolo caso per avere l'indicazione corretta e la scelta del dispositivo più idoneo, anche se generalmente viene preferita la protesi tricomponente.

Solo dopo questo colloquio si potrà procedere con l'intervento in modo da avere chiari tutti i benefici e i rischi dell'impianto. E' molto importante valutare tutti gli aspetti, avere un dialogo aperto e sincero con l'operatore al quale esporre ogni dubbio e domanda, senza alcuna fretta di prendere una decisione che è ovviamente molto importante e fondamentale per il futuro.

DOTT. MASSIMO CECCHI

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa ed ha successivamente conseguito la specializzazione in Urologia, in Chirurgia Generale, in Andrologia. E' membro della Società Italiana di Urologia, della European Association of Urology, e dell'American Urological Association ha frequentato l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, la Urologische Klinik recht der Isar dell'Università di Monaco, il Royal Hallamshire Hospital di Sheffield, il Southwest Impotence Center a Fort Smith (Arkansas-Usa), la Duke University a Durham (North Carolina-Usa), la University of South California di Los Angeles (USA). L'attività di ricerca si è concretizzata in oltre 360 pubblicazioni scientifiche.

Direttore della Urologia della ASL Versilia dal 2002 al 2020. Nella sua attività chirurgica ha eseguito personalmente oltre 15.000 interventi.

CERVELLO

Noi siamo la nostra memoria

Quante volte ci troviamo a vivere l'esperienza soggettiva di perdita della memoria? quella sensazione che l'informazione sia lì, vicina alla consapevolezza eppure ancora lontana e impossibile da recuperare con la velocità che servirebbe. La smemoratezza preoccupa ed oggi forse più che in passato, spaventa. Cosa succede al nostro cervello in quei momenti? Il cervello è una macchina molto complessa ed è formato da cellule che si chiamano neuroni. La loro forma e la loro particolare caratteristica li rende molto simili a dei

trasmettitori. La loro funzione è infatti quella di trasmettere e ricevere informazioni che provengono da ogni parte del corpo o dall'esterno. Una delle funzioni più importanti del nostro cervello è la memoria. Noi di fatto, siamo la nostra memoria, qui custodiamo la storia della vita, le conoscenze, gli affetti ed i dolori. La memoria è così importante per la sopravvivenza dell'individuo che il cervello ha acquisito modi diversi per ricordare o rievocare le informazioni. In particolare, il nostro cervello ci fa ricordare meglio le esperienze che hanno un significato emotivo. In pratica, memoria ed emozioni viaggiano insieme. Ad esempio, siamo in grado di ricordare sia le parole che i suoni. Quando ascoltiamo una musica che per noi ha un significato, l'armonia ci riporta là in quel momento particolare della vita. Ricordiamo gli odori, i profumi che ci permettono di rievocare le immagini del passato come l'odore della torta di mele fatta dalla nonna, l'odore dell'abbronzante che ci trascina nell'estate anche se è gennaio, l'odore dello zucchero filato che ci ricorda il carnevale ed altro. Ricordiamo le sensazioni, come l'ansia prima degli esami o il batticuore del primo bacio. La memoria usa anche le coordinate spaziali che ci permettono di orientarci in strada o dove abbiamo appoggiato le chiavi di casa. Ricordare è così importante per la nostra vita che il nostro cervello usa diverse strategie per trattenere e recuperare le informazioni. Le emozioni possono influenzare la memoria, determinando quali informazioni vengono codificate, conservate e recuperate. Allo stesso tempo, la memoria può influenzare le emozioni, consentendo di richiamare e rivivere esperienze emozionali passate. Gli eventi ed esperienze che evocano un'emozione intensa o significativa tendono ad essere memorizzati in modo più efficace rispetto a quelli che non suscitano una risposta emotiva. Questo fenomeno, noto come "effetto dell'incidenza emozionale" (Morganti, 2012), implica che le emozioni possono agire

come un "segnale" per il sistema di memoria, determinando quali informazioni sono ritenute rilevanti e meritevoli di conservazione. Ad esempio, le esperienze che provocano paura, gioia intensa o tristezza profonda tendono ad essere ricordate in modo più vivido (Le Doux, 2016). D'altra parte, la memoria può influenzare le emozioni attraverso il processo di recupero ed interpretazione di esperienze passate. Il richiamo di memorie emozionalmente

cariche può portare alla rievocazione delle emozioni associate a quelle esperienze. Ad esempio, il ricordo di un evento traumatico può scatenare una risposta emotiva intensa, come la paura o l'ansia (LeDoux, 2016). Allo stesso modo, il recupero di ricordi felici o gratificanti può suscitare emozioni positive. La memoria nel cervello, si trova un po' dappertutto. Le informazioni e le emozioni vengono tracciate nel nostro cervello insieme. La memoria è una funzione composta da vari sottosistemi. Apprendere e recuperare le in-

formazioni include una fase di codifica, consolidamento (ad esempio la ripetizione), immagazzinamento, recupero e attenzione. Si descrive una memoria a breve termine e una memoria a lungo termine. Le memorie del passato risultano essere più resistenti al decadimento perché sono state codificate più a lungo ed in modi diversi. Le modalità di codifica sono in base alle conoscenze (semantica), le percezioni (percettiva), gli eventi (episodica), le procedure (procedurale) eccetera. Questo spiega perché è molto difficile anche in presenza di patologia, eliminare l'intero processo di memoria anche se può alterarsi parzialmente. Le persone che soffrono di smemoratezza per questo motivo generalmente fanno ricordare eventi del passato. Le memorie più a rischio di decadimento sono quelle più recenti perché meno codificate. Le informazioni del passato sono costantemente consolidate e ciò le rende più stabili nel tempo. Da qualche decennio, viene prestata particolare attenzione a quelle patologie (lesioni vascolari, tumorali, traumatiche, tossiche, infiammatorie, neurodegenerative ed altro) che producono un'alterazione delle funzioni cognitive determinando limiti alle autonomie. Le persone che soffrono di questi disturbi portano storie di disagio, caratterizzate dalla sensazione di non essere più gli stessi, di non saper prendere decisioni, rendendo arduo anche la semplice organizzazione di una giornata, come fare una spesa o preparare un pasto. Per comprendere le possibili cause è necessaria una visita neurologica ed indicata una valutazione neuropsicologica tramite la quale il clinico, intervista il cervello con test e/o questionari e ne analizza il suo funzionamento. Infine, è utile anche indagare l'aspetto emotivo ed emozionale della persona per non confondere un disturbo ad esempio depressivo, con un decadimento della memoria patologico. Oggi è dimostrato che un trattamento riabilitativo sulle funzioni cognitive anche nelle persone con decadimento patologico, è in grado di rallentare il processo di deterioramento. All'inverso, laddove non siano presenti processi patologici in atto, possiamo mantenere in salute il nostro cervello nutrendolo di stimoli emotivamente significativi collocati in una cornice di vita sana.

Brunella Bartolini

Psicologa/Psicoterapeuta P-TSTA in Analisi Transazionale Neuropsicologa Clinica ASL TNO (SUD)

Psicoterapeuta. Didatta e supervisore. Neuropsicologa clinica, esercita la sua attività presso il dipartimento di riabilitazione area sud ASLTNO. In questo ambito ha un'esperienza pluridecennale. Si occupa di diagnosi neuropsicologica e progettazione dell'intervento riabilitativo.



ESTETICA E CERVELLO

Il Doppio Mento



L'eccesso di tessuto adiposo sottomentoniero, definito colloquialmente "doppio mento" o con un termine più arcaico (che indica in qualche modo l'avidità di cibo dell'individuo) "pappagorgia", rappresenta oggi una delle più comuni preoccupazioni estetiche tra i pazienti, infatti in un recente sondaggio condotto dall'American Society for Dermatologic Surgery è stato identificato come uno dei princi-

pali "fastidi" al pari della lassità cutanea o delle rughe periorculari. Quando parliamo di "doppio mento" ci riferiamo a quella condizione in cui un paziente presenta un angolo cervicomentale (angolo ideale che si forma tra mento e collo) ottuso, molto spesso superiore ai 120°, a cui si associa la scomparsa dell'angolo mandibolare e del profilo della mandibola, come conseguenza si perdono quei confini anatomici tipici della transizione tra volto e collo, che hanno un ruolo fondamentale nell'estetica globale del volto. Esistono diversi sistemi di classificazione per valutare la gravità di questo fenomeno e quasi tutte si basano sull'analisi di: lassità cutanea, scivolamento del grasso sottomentoniero, comparsa di bande plasmatiche e angolo cervicomentale. Le cause della comparsa del "doppio mento" sono da ricercarsi principalmente nell'invecchiamento che ovviamente avrà un impatto differente su quest'area in base anche alle caratteristiche individuali; quei pazienti, infatti, che presentano un collo sottile, un buon supporto scheletrico ed un collo sufficientemente lungo andranno incontro a cambiamenti meno evidenti rispetto a quelli che presentano un collo massiccio, corto e con una struttura mandibolare sfuggente. La cute va incontro ad un invecchiamento cronologico dovuto al passare del tempo, a cui si somma il cosiddetto photoaging, cioè l'invecchiamento prodotto dal danno cronico causato dall'esposizione solare (in particolare i raggi ultravioletti). La pelle quindi tende ad assottigliarsi, appare più secca, compaiono le rughe, perde elasticità e soprattutto diviene lassa; l'aumento della lassità associata all'azione di fattori esterni come la gravità, che esercita una costante azione di allungamento verso il basso della cute e dei tessuti sottostanti, provoca un cedimento generale in quest'area svolgendo un ruolo chiave nella comparsa del "doppio mento". Il tessuto adiposo sottocutaneo può avere negli individui una differente distribuzione in quest'area; la sua quantità tende quindi ad aumentare all'aumento del peso del paziente, quando ciò si accompagna dall'aumento della lassità cutanea tipica dell'invecchiamento si osserva un aumento dell'angolo cervicomentale che rende ancor più evidente la pappagorgia. Infine, il muscolo platisma che separa il tessuto adiposo sottocutaneo dalle strutture più profonde del collo. Si origina alla base del collo e si estende come due sottili lamine fino ad inserirsi sul bordo della mandibola. Le sue due lamine possono infatti unirsi completamente sul piano mediano rivestendo per intero la regione sottomentoniera, possono unirsi soltanto nel tratto finale in prossimità della mandibola oppure risultare completamente separate. Con l'invecchiamento il muscolo perde di tono e contribuisce ad esacerbare ulteriormente il "doppio mento".

Esistono diverse metodiche per rimuovere l'eccesso di tessuto adiposo sottomentoniero.

La Criolipolisi è una tecnica non invasiva che sfrutta la maggiore sensibilità degli adipociti al freddo per promuovere una apoptosi selettiva di queste cellule. Questo effetto viene ottenuto applicando nell'area

da trattare un manipolo che mantiene una temperatura di -10 °C per 45 minuti. Generalmente sono previste 1-2 sedute che determinano una riduzione sino a 2 mm dello spessore del tessuto adiposo. Gli svantaggi di questo trattamento, oltre ovviamente alle possibili complicazioni, sono rappresentati dalla necessità di effettuare più sedute, dalla mancanza di

un preciso controllo nella riduzione del grasso ma soprattutto dall'incapacità di produrre una contrazione della cute. La Lipolisi Chimica viene invece ottenuta attraverso iniezioni nell'area bersaglio di acido desossicolico che promuove la distruzione delle membrane cellulari degli adipociti. Parliamo quindi di un trattamento microinvasivo che richiede dalle 2 alle 4 sedute per ottenere il risultato desiderato. Attraverso le iniezioni è possibile controllare con più accuratezza l'area e la quantità di tessuto adiposo da rimuovere, va però sottolineato come per i 7-14 giorni successivi compaia un importante edema dell'area trattata accompagnato spesso da eritema, ematomi, dolore e perdita di sensibilità. Tecniche Termiche. Vi sono poi dispositivi, seppur con tecnologie differenti, che utilizzano il calore per coagulare gli adipociti e stimolare la produzione di collagene producendo la contrazione della rete fibrosettale del collo. Tali dispositivi impiegano piccole sonde percutanee che riscaldano selettivamente il tessuto adiposo e stimolano la neocollagenesi e la contrazione della cute attraverso energia a radiofrequenza fino a raggiungere una temperatura terapeutica di 50-70. Un effetto analogo può essere ottenuto con dispositivi dotati di fibre ottiche che impiegano quina energia laser. Questi trattamenti presentano diversi vantaggi: richiedono una singola seduta, permettono di controllare l'area e la quantità di tessuto adiposo rimosso ma soprattutto garantiscono una contrazione della cute, inoltre permettono di trattare anche le zone adiacenti come la linea della mandibola e possono essere integrati con "microliposuzioni" per raggiungere risultati ancor più stupefacenti. La Liposuzione è considerata ancor oggi il "gold standard" poiché offre la possibilità di rimuovere tanto tessuto adiposo quanto è necessario per raggiungere il risultato migliore. Può inoltre, come detto in precedenza, essere impiegata in sinergia con altri dispositivi che assicurino anche la contrazione della cute nell'area trattata. Il trattamento nella maggior parte dei casi prevede una anestesia locale a livello della zona da trattare; quindi, attraverso una piccola incisione viene inserita una cannula direttamente nel tessuto adiposo e si procede ad una tunnellizzazione ed all'aspirazione del grasso in eccesso. Trattandosi di un piccolo intervento chirurgico, seppur molto bassi, presenta ovviamente dei rischi. Nella maggior parte dei casi questo trattamento è riservato a quei pazienti che presentano una condizione di partenza più grave.



Carlo Giuseppe Bonuccelli

Laureato con lode in medicina e chirurgia all'Università di Pisa. Ha frequentato un master quadriennale di medicina e chirurgia estetica presso l'Università di Bologna. Partecipa con regolarità come relatore ai principali congressi nazionali ed internazionali di medicina estetica. E' docente e trainer a diversi Master. Dal 2019 è membro del comitato scientifico SIES (Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica). Lavora presso diversi studi a Firenze, Milano, Pescia, Parma e Camaiore. Mail: carlog.bonuccelli@yahoo.it



www.concredito.it

VIAREGGIO - Via Scirocco 53 - Tel. 0584 393444

La Desertificazione Bancaria

Dagli utili trimestrali delle società quotate e venuta una spinta alla borsa e ai livelli occupazionali, ma le banche in questa congiuntura continuano a chiudere gli sportelli per contenere i costi fissi mentre i loro utili volano a 6,36 miliardi (più 26 percento rispetto al 31/3/2023). Vediamo in particolare che le aziende, quotate in borsa valori a Milano, registrano 16 miliardi di utili nelle trimestrali pubblicate (solo le prime 40 aziende quotate a piazza affari). Le prime 7 banche italiane salgono di un ulteriore 26 per cento rispetto ad un 2023 con utili record. La grande industria segna quindi risultati molto positivi che fanno ben sperare per la crescita del PIL attesa (il prodotto interno lordo è già salito di più 0,3 nel primo trimestre). Quello che non conforta affatto sono i dati degli impieghi bancari, soprattutto per le Pmi, e le chiusure degli sportelli bancari che continuano inesorabilmente (3289 sono i comuni italiani che non hanno più una filiale di banca). Gli impieghi bancari soprattutto a fine aprile 2024 erano 1436 miliardi, il livello più basso dal 2019 ad oggi secondo i dati banca d'Italia. La flessione dei prestiti è ormai in atto dal 2023 e preoccupa perché non è ragionevolmente certo, secondo i dati UBS, banca d'Italia, ABI e analisi dei sindacati bancari, che 'il cavallo non beve' come ha dichiarato qualche esponente bancario... il calo dei prestiti per le imprese, soprattutto piccole e medie quelle che hanno più bisogno per fare investimenti, non aiuta infatti consumi e crescita produttiva. Sono in calo, e questo però non è certo negativo, gli interessi praticati dalle banche: il mercato aveva già anticipato la diminuzione dello

0,25% dei tassi da parte della BCE, realizzato a giugno. Gli sportelli che chiudono invece sono l'altro problema significativo che viene prodotto dalla politica degli istituti di credito nel nostro paese. Sono **3289 i comuni senza uno sportello di una banca in Italia**: il dato riguarda quasi 4 milioni e mezzo di persone e oltre 265.000 imprese (dati calcolati dal sindacato bancario della Cisl e non confutati dall'associazione bancaria italiana). L'osservatorio sulla **desertificazione bancaria** della Cisl calcola dettagliatamente che è già oggi senza servizi bancari un quarto del territorio nazionale. Mentre i primi 7 gruppi bancari del nostro Paese nel primo trimestre registrano utili per oltre 6 miliardi l'osservatorio dell'altro sindacato più importante, la CGIL, rileva che la politica delle banche avrebbe dovuto, di conseguenza,



BANCA PROGETTO SUPPORTA LE PMI

Vediamo in sintesi le possibilità che Banca Progetto, importante banca fintech, offre quali tipologie di finanziamento alle imprese. 1/) PROGETTO LIQUIDITA' finanziamento con garanzia pubblica MCC con un piano di rimborso rateale massimo 5 anni; PROGETTO INVESTIMENTI finanziamento per la realizzazione di investimenti materiali e immateriali con rimborso a medio-lungo termine; 2) PROGETTO FACTORING pro-soluto a titolo definitivo e pro-solvendo e' la soluzione per lo smobilizzo dei crediti commerciali nei confronti dei debitori italiani ed esteri; questa operatività di factoring è ancora più interessante se trattasi di debitori pubblici quando i pagamenti rischiano di allungarsi in maniera significativa; 3) PROGETTO ANTICIPO CREDITI FISCALI è un contratto di factoring pro-soluto per la cessione del credito IVA a titolo definitivo, da incassare con largo anticipo ottimizzando i flussi di cassa della azienda che ha maturato il credito. Richiedere un finanziamento è semplice e veloce. Banca Progetto si prefigge di affiancare le imprese nella loro crescita e consolidamento, collaborando con il management, partecipando alla creazione di valore e sostenendo le esigenze di competitività. Abbiamo riepilogato le operazioni più ricorrenti per le PMI per fare cosa utile, disponibili poi sempre e ovviamente a fissare un appuntamento con le imprese potenzialmente interessate per approfondire ed eventualmente istruire le varie opzioni a cui l'azienda si dimostrerà più interessata. L'agenzia di Banca Progetto, è a disposizione per un incontro che consenta di approfondire le esigenze delle PMI. **Aura Intermedia srl**. Agente monomandatario di banca Progetto - Sede di Viareggio Via garibaldi tel. 0584 393444

risultare più attenta ai problemi del paese reale e del suo sviluppo possibile.... Occorre osservare che le scelte della BCE insieme alla perdurante scarsa remunerazione dei depositi (le banche corrispondono mediamente come noto meno dell'1 per cento sui conti correnti creditori) ha mantenuto elevato il livello dei ricavi finanziari degli istituti di credito (gestione dei tassi attivi e passivi) senza spingerli così ad investire in finanziamenti a favore delle imprese, piccole e medie in particolare, pur meritevoli di credito per i loro investimenti produttivi. Concludendo la chiusura delle filiali danneggia soprattutto i cittadini utenti e le piccole imprese che non usano correntemente l'home banking e che sono circa, senso il sindacato Cisl, circa la metà degli italiani. La desertificazione bancaria poi ovviamente non è omogenea e svantaggia il mezzogiorno e i centri rurali: preoccupa infine che oltre ai 4,5 milioni di italiani rimasti senza una banca sul loro territorio ce ne sono altri 6 milioni che vivono in comuni con una sola filiale bancaria, senza cioè una ' sana e positiva ' concorrenza..... sono temi questi che dovrebbero, crediamo, essere attenzionati non solo da sindacati e ABI ma anche dalle autorità di governo e monetarie.... Lo sviluppo economico possibile si realizza con gli investimenti delle aziende, in particolare nel nostro Paese quelle piccole e medie che rappresentano il tessuto produttivo largamente prevalente: in questo contesto la disponibilità delle banche è fondamentale essendo il credito la principale fonte di finanziamento delle PMI, piccole e medie imprese che non hanno strutturalmente da sole autonome e sufficienti risorse finanziarie per accompa-

gnare investimenti che rappresentano indiscutibilmente la premessa per una crescita produttiva e occupazionale... su questi temi è auspicabile una propositiva discussione, ma soprattutto rapide iniziative dai centri decisionali competenti.



Gianfranco Antognoli

consulente indipendente del credito e già professore a contratto della facoltà di economia alla università di Pisa per 'Banca e comunicazione'.

La Malattia di Parkinson



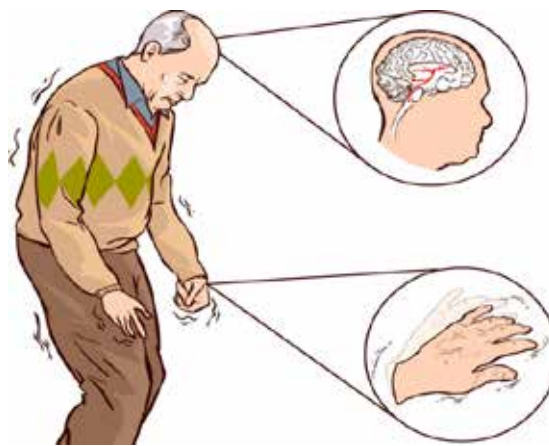
La malattia di Parkinson è la seconda più frequente malattia degenerativa del cervello, dopo la demenza di Alzheimer. Si stima che in Italia ne soffrono circa 150.000 individui ed in Toscana circa 5 su 1000 abitanti, cioè 18.000 persone.

Il numero di nuovi casi sembra in aumento e questo fa sospettare l'intervento di fattori ambientali tossici nella sua insorgenza; tuttavia le cause del Parkinson rimangono ignote. Esordisce intorno ai 65 anni di età, ma non è soltanto una malattia degli anziani; può infatti inte-

ressare anche individui giovani (sotto i 50 anni). In questo caso si tratta in genere di forme geneticamente determinate e trasmissibili che riguardano un paziente su 10 (in alcune aree geografiche fino a 1 paziente su 3). Si conoscono circa 15 geni implicati nelle forme ereditarie di Parkinson giovanile. Sia nella forma classica che nelle forme geneticamente determinate, vengono colpite principalmente le cellule cerebrali (neuroni) che producono dopamina, un trasmettitore chimico che comunemente si associa al piacere, ma che è importante anche nella organizzazione dei programmi di movimento e nell'armonizzare tra loro le funzioni motorie, affettive e cognitive. Non è un caso che i pazienti affetti da Malattia di Parkinson oltre alle difficoltà di movimento spesso hanno anche disturbi del tono dell'umore e in fase avanzata anche disturbi cognitivi. Questi neuroni si riempiono di una forma anomala di una proteina normalmente presente al loro interno e che si chiama alfa-sinucleina che accumulandosi progressivamente, forma grovigli di filamenti proteici che finiscono per soffocare la cellula. L'esordio della malattia di Parkinson può essere preceduto da una serie di sintomi che possono anche presentarsi fino a 5-10 anni prima; si tratta ad esempio di alterazione dell'olfatto (i pazienti non percepiscono più gli odori), stipsi, depressione, disturbi del sonno (insonnia, sogni agitati).

Si ammalano più i maschi delle femmine ma non sappiamo perché; nelle donne spesso la malattia è più grave e si complica più facilmente.

I sintomi classici sono rappresentati da lentezza dei movimenti, rigidità degli arti e del tronco, tremore che si manifesta tipicamente quando gli arti sono in posizione di riposo, difficoltà di equilibrio e di deambulazione. È necessario che siano presenti almeno due di que-



sti sintomi per poter diagnosticare la malattia. Il tremore non è sempre presente. Tuttavia nel corso della malattia, che come tutte le forme degenerative ha un andamento progressivo, si presentano sintomi non motori tra loro variamente asso-

ciati che rendono il Parkinson una malattia di grande complessità con la conseguente necessità di coinvolgere nel percorso terapeutico-assistenziale oltre al neurologo, anche altri specialisti.

Non è raro che la malattia venga diagnosticata in ritardo perché non abbiamo test di laboratorio o esami di neuroimmagini che ci permettano la certezza della diagnosi.

Per quanto riguarda la terapia della malattia di Parkinson possiamo contare su un sufficiente numero di farmaci che contrastano efficacemente i sintomi della malattia e che consentono ai pazienti di condurre una vita autonoma per molti anni. Se correttamente utilizzati essi consentono al paziente di avere un'aspettativa di vita non diversa dai pazienti non affetti, come dire che di Parkinson non si muore. Si tratta di sostanze come la L-dopa o i dopamino-agonisti, per citare quelle più frequentemente utilizzate, che riproducono nel cervello gli effetti della dopamina mancante. Nelle fasi più avanzate si può ricorrere a terapie complesse anche di tipo chirurgico. In queste fasi i pazienti possono trarre giovamento anche dalla somministrazione continua per molte ore al giorno di L-dopa o dopaminoagonisti per via sottocutanea o per via intraduodenale mediante micropompe infusive portatili. Ma la domanda che più frequentemente viene posta dai pazienti al momento della diagnosi è se esistono farmaci in grado di rallentare il decorso della malattia. Purtroppo ad oggi nessun farmaco tra quelli che negli ultimi 15-20 anni sono stati studiati ha dimostrato con certezza di esercitare un tale effetto. Tuttavia le sperimentazioni proseguono e buone prospettive vengono da farmaci che agiscono riducendo la formazione dell'alfa-sinucleina. Per chiudere con una nota positiva questa breve panoramica sul Parkinson, segnaliamo alcuni recenti studi che dimostrano come una attività fisica sostenuta e continua nel tempo per almeno 150 minuti alla settimana è in grado di migliorare i sintomi della malattia ed anche di rallentare il decorso. Si tratta di un approccio non farmacologico e poco costoso che oggi proponiamo a tutti i pazienti a partire dalle fasi iniziali di malattia in associazione ai farmaci.

Paolo Del Dotto

Neurologo specializzato presso la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa. Ha trascorso 3 anni (dal 1995 al 1998) presso i National Institutes of Health di Bethesda (USA) come Research Fellow. Dirigente Medico presso la UOC Neurologia del Versilia. Dal 2014 ne è Direttore. Ha partecipato a numerosi congressi internazionali, autore di circa 70 pubblicazioni. Coordinatore della sezione toscana della Società Italiana di Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia Ospedaliera



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

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**

**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, riempi con il codice fiscale ARNO **93005860502** e firmala.

USA IL CERVELLO SOSTIENI LA RICERCA

Usa il CERVELLO

**SOSTIENI LA RICERCA,
DIVENTA SOCIO ARNO**
Associazione Ricerca Neurologica
riceverai gratuitamente
Amici del Cervello News

ARNO Associazione Ricerca Neurologica

Presidente

Gianfranco Antognoli

Presidente Onorario

Alberto Muratorio

Direttore Scientifico

Ubaldo Bonuccelli



- **per diventare socio ARNO**
- **per effettuare donazioni**
- **per conoscere le ultime iniziative e novità della ricerca**

CONSULTA IL NUOVO SITO

WWW.ARNONEUROLOGIA.IT