

# PisaMedica

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

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - €3,00



## in questo numero:

**Dalla biopsia random  
alla mirata, prostata  
e diagnosi istologica**

*F. Francesca*  
U.O. Urologia SSN AOUP

**L'odontoiatria esce  
dai tavoli ministeriali**

*R. Trivelli*  
Presidente della Commissione  
Albo degli Odontoiatri di Pisa

**Il rapporto  
fra rischio e beneficio  
nelle procedure di imaging**

*A. Guglielmi - L. Coppola - E. Orsitto*  
U.O.C. Radiagnostica P.S. D.E.A. A.O.U. Pisana

# GLA. La vita è un viaggio che cambia in corsa.



Tua con DrivePass, da **279** euro al mese. Da oggi con un 1 anno di RCA inclusa.

- 35 canoni leasing da 279 euro\*
- 1 anno di assicurazione RCA
- 3 anni di manutenzione ordinaria e assicurazione furto incendio
- Anticipo 5.900 euro
- Dopo 3 anni puoi restituirla
- TAN fisso 5,9% e TAEG 7,16%

Riscatto finale € 15.049 e chilometraggio totale 80.000 km. \*DrivePass Leasing esempio per GLA 180 CDI Executive. Prezzo chiavi in mano € 27.460 (IVA, Messa su strada e contributi Mercedes-Benz Italia/Concessionaria inclusi, IPT esclusa). Importo totale finanziato € 21.560, importo totale dovuto dal consumatore € 25.343 (anticipo escluso), incluse spese istruttoria e attivazione polizza € 368, imposta di bollo € 16 e spese incasso € 4,27. Valori IVA inclusa. Salvo approvazione Mercedes-Benz Financial. Con assicurazione RCA per 12 mesi, assicurazione incendio e furto feel Star base per 36 mesi e manutenzione ServicePlus Compact per 36 mesi 80.000 km. Offerta soggetta a disponibilità limitata per contratti sottoscritti entro il 28 febbraio 2015 e immatricolazioni fino al 31 marzo 2015, non cumulabile con altre iniziative in corso. Lista concessionarie aderenti all'iniziativa e maggiori info su mercedes-benz.it. Fogli informativi e condizioni della polizza disponibili presso le concessionarie Mercedes-Benz e sul sito internet della Società. L'offerta è valida su tutta la gamma, motorizzazioni AMG escluse. La vettura raffigurata è una GLA Sport con cerchi in lega da 18" opzionali. Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Consumo combinato (km/l): 13,3 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 25,6 (GLA 180 CDI). Emissioni CO<sub>2</sub> (g km): 175 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 103 (GLA 180 CDI).



**Mercedes-Benz**  
The best or nothing.

**AUTO ITALIA GROUP**

**Auto Italia Group S.r.l. - Concessionaria Ufficiale di Vendita Mercedes-Benz**

Ospedaletto (PI), Via Pontecorvo 2, tel. 050.6399111

[www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it](http://www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it)

# Dalla parte del paziente

“**N**on siamo eroi, né angeli e nemmeno infallibili, ma siamo dalla vostra parte”. Anche noi, come tutti i nostri colleghi, aderiamo a questo importante messaggio dopo il congresso innovativo e propositivo di Rimini. Anche noi, ancor più, vogliamo guardare con coraggio e determinazione al futuro per l'intera categoria e soprattutto per i giovani, depositari della tutela della salute di domani dei nostri pazienti.

Il concetto di tutela della salute, quindi del patto che scaturisce fra il cittadino ed il proprio medico, fa di questo binomio, una sola entità. Sì, perché soltanto attraverso la reciproca fiducia e l'identità di vedute si possono esprimere al meglio i percorsi di prevenzione e cura.

Ma non basta. Tutti insieme, cari colleghi, dobbiamo volgere lo sguardo al domani con lungimiranza e fiducia: i mutamenti della società sono continui e necessitano di adeguamenti costanti del nostro sistema sanitario e dei suoi

operatori. Ogni cosa è perfezionabile e migliorare rappresenta un imperativo comune. Credere di essere giunti al traguardo è come mettere la testa sotto la sabbia. La politica dello struzzo non fa parte della nostra missione. Dobbiamo ricordare come la tutela della salute sia sì un diritto del cittadino ma, al contempo, un dovere dello Stato e noi siamo i suoi operatori.

Ci rendiamo conto delle difficoltà e degli ostacoli che troveremo nel cammino, non pochi e non facili. Gettare già la spugna è come arrendersi e mai arriveremo a tal punto. Burocrazia, politica ed economia sono sempre lì ad impedire di portare avanti il nostro pensiero e la nostra volontà. Rimini, però, è una bandiera a scacchi: si parte, insieme e niente e nessuno potrà fermarci. Al primo posto il paziente e la sua salute e noi al suo fianco. Ogni giorno, così facendo, potremo dire d'aver fatto il nostro dovere. Bene ha detto il nostro Presidente: “Non c'è medicina, sanità e salute, senza medici”.



## *PisaMedica*

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

Direttore Responsabile  
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale  
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico  
Giampaolo Bresci, Lina Mamei,  
Paolo Monicelli, Paolo Baldi,  
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,  
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,  
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,  
Donella Prosperi, Paolo Stefani,  
Stefano Taddei, Elio Tramonte,  
Franco Pancani, Roberto Trivelli,  
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,  
Filippo Graziani

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

Segreteria di redazione  
Francesca Spirito, Sabina  
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione  
ALFA&CO Comunicazione  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Foto di copertina  
concessa da G.M. Pileri

# Pisa Medica Online

**C**aro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. Pertanto, **a partire da settembre 2015**, i nuovi numeri di "Pisa Medica" verranno pubblicati in formato **PDF sfogliabile e potranno essere scaricati dal sito dell'Ordine** (selezionando dal menù la voce Pisa Medica).

**A partire da gennaio 2016** Pisa Medica diventerà **PisaMedica Online**, la trasposizione digitale della versione cartacea, disponibile per tutti i dispositivi mobili, che consentirà una ricerca celere ed efficiente di titoli, articoli, rubriche ed autori (in breve /medio periodo, verranno ovviamente inseriti tutti i numeri già pubblicati in 15 anni di vita della rivista).

Tutti gli iscritti verranno avvisati della pubblicazione dei nuovi numeri tramite e-mail: pertanto, si prega di comunicare e/o aggiornare il proprio indirizzo e-mail presso la segreteria dell'Ordine.

Per quanti ne faranno espressa richiesta, sarà comunque possibile mantenere l'invio cartaceo del bollettino in abbonamento postale, compilando il modulo disponibile sul sito dell'Ordine (vedi figura) e inviando la richiesta di "modalità di invio di Pisa Medica preferita", tramite fax al n 050. 937.463 oppure tramite e-mail a [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

*Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/07/2015, sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione di "Pisa Medica" verrà inviato esclusivamente all'indirizzo e-mail che risulta presente in anagrafica.*

The screenshot shows a web form titled "GIURAMENTO DI IPPOCRATE E.N.P.A.M. FNOMCEO ORGANI ISTITUZIONALI" and "ALBI PROFESSIONALI CODICE DEONTOLOGICO". It is for the "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa". The form includes a "Menu Principale" on the left with links like Home, Contatti, Modulistica, etc. The main content area is titled "Modalità di spedizione Pisa Medica" and contains a warning: "Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/04/2015 sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione del bollettino dell'Ordine verrà inviato all'indirizzo email presente in anagrafica." Below this, there are fields for "Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa", "codice fiscale", "nato/a a", "il", and "iscritto/a all'albo dei" (with radio buttons for "Medici" and "Odontoiatri"). A section asks to "chiede, a partire dal mese di settembre 2015, di ricevere il bollettino dell'Ordine 'Pisa Medica' in modalità:" with radio buttons for "Cartacea" and "Telematica". There is also a field for "in caso di ricezione telematica specificare l'indirizzo email". At the bottom, there is a consent statement: "Con l'invio del presente modulo accconsento al trattamento dei dati unicamente per la richiesta in oggetto. Consenso esplicito secondo il D.Lgs 196/2003." and a field for "Inserisci il codice di verifica".

## L'altra Marilyn

**D**i seguito presentiamo un'intervista a Liliana Dall'Osso, psichiatra, che con il collega Riccardo Dalle Luche è autrice del volume "L'altra Marilyn".

**D:** Sulla vita di Marilyn sono già stati scritti innumerevoli libri. Come mai anche lei ha deciso di affrontare questo argomento?

**LDO:** Non è tanto un libro su Marilyn, quanto un libro che, partendo dal "caso clinico" Marilyn, tenta di avvicinare il grande pubblico alle questioni essenziali della psichiatria e della psicoterapia di oggi.

**D:** In che modo?

**LDO:** Il germe del libro è stato un esercizio per i giovani specializzandi di tutta Italia che vengono alla riunione a Roma (Campus Angelini) che organizzo ogni anno da 10 anni. Avevo proposto in forma anonima il caso di Marilyn per farli lavorare su un caso complesso, cronico, nel quale a suo tempo sono stati fatti numerosi errori diagnostici e terapeutici. Soprattutto ho intravisto una interpretazione originale, verso cui inizialmente tutti hanno manifestato dissenso, ma in seguito hanno accolto con entusiasmo: il paradosso dell'autismo sottosoglia sotto la maschera della seduzione.

Successivamente ne ho parlato per caso, in treno, con un mio collega, Riccardo Dalle Luche. Ne è nata una discussione accorata e, dopo quindici giorni, alla fine, l'ho convinto della mia ipotesi. Quindi la decisione di scrivere un libro che fosse una sorta di autopsia psichiatrica di Marilyn: forse pochi sanno che l'attrice è stata oggetto della prima autopsia psicologica della storia forense.

*Innanzitutto abbiamo dovuto acquisire una documentazione clinica completa sul caso, riassumendola come una cartella clinica. Successivamente abbiamo affrontato tutti i punti critici, sia dal punto di vista diagnostico, che farmacologico e tossicologico ed infine psicoterapeutico. Ne è venuto fuori questo libro che è sia divulgativo, nel senso che parla a tutti della psichiatria più moderna partendo da un caso noto a tutti, sia scientifico, perché le soluzioni che proponiamo sono scientificamente fondate. Per ovvi motivi, le parti più tecniche, per gli addetti ai lavori, sono state messe nelle appendici, visto che il libro è stato pensato per essere di piacevole lettura per tutti.*

**D:** Ma perché proprio "il Caso Marilyn"?

**LDO:** Per una serie di motivi. Innanzitutto perché io e Dalle Luche siamo dei grandi appassionati di cinema e da anni a Pisa organizziamo dei veri e propri corsi di formazione didattica che partono dalla proiezione in sala di film d'autore; eravamo, per così dire, già colaudati. Il secondo motivo è che Marilyn, oltre ad essere un prototipo di un certo tipo di pazienti, le "pazienti borderline", complesse, gravi, con prolungato decorso di malattia, è anche il prototipo di quei personaggi che, forse proprio in virtù della loro diversità e dei loro stessi disturbi, hanno vite molto travagliate ma, nello stesso tempo, raggiungono le vette della celebrità e, spesso, scompaiono prematuramente - come recita il frammento di Menandro, "muore giovane chi è caro agli dei" - diventando dei miti immortali, pensiamo a Lady Diana, a Michael Jackson, a

James Dean.

**D:** E' molto cambiata la psichiatria dai tempi di Marilyn?

**LDO:** Direi che è totalmente cambiata! Ovviamente, l'essere umano è sempre lo stesso: di "Marilyn", ad esempio, ne vediamo moltissime oggi, c'è addirittura chi parla di "società borderline"; anche di medici come Ralph Greenson, l'ultimo degli psicoanalisti dell'attrice, che scrivono libri, articoli per riviste e giornali, appaiono di continuo in TV come esperti, ne esistono moltissimi anche oggi, bravissimi a sedurre il pubblico, applicano spesso pratiche non scientifiche e talora falliscono dal lato terapeutico.

**D:** In cosa è cambiata la psichiatria?

**LDO:** E' enormemente accresciuta la conoscenza del cervello e delle basi neurobiologiche dei disturbi psichici.

Siamo sempre più convinti che molti disturbi mentali nascono da alterazioni più o meno pervasive del neurosviluppo, che non va limitato alla vita intrauterina: il cervello muta continuamente fino alla fine dell'adolescenza e mantiene un certo grado di plasticità anche nella vita adulta. Dobbiamo focalizzare le terapie sulle alterazioni neurobiologiche che soggiacciono alle dimensioni sintomatologiche elementari, come l'insonnia, le ruminazioni, le ossessioni, i disturbi del contatto sociale e così via, non su generiche etichette diagnostiche come disturbi d'ansia o bipolari, pure idee platoniche di malattia.

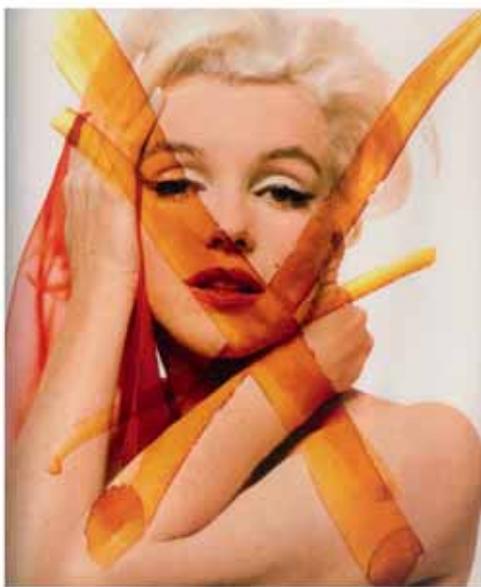
**D:** E sul piano delle terapie?

**LDO:** Dal punto di vista farmacologico abbiamo dei farmaci speci-

Liliana Dell'Osso Riccardo Dalle Luche

## L'altra Marilyn

Psichiatria e psicoanalisi di un *cold case*



Le Lettere

Il "caso Marilyn" rappresenta un prototipo ideale per interrogarsi sui concetti fondamentali della psichiatria e della psicoanalisi attuali, rivolgendosi anche a un pubblico di non specialisti. La storia dell'attrice, ricostruibile in modo dettagliato grazie all'enorme mole di studi biografici esistenti, consente di evidenziare la maggior parte delle problematiche di cui si occupa la psichiatria (panico, fobie, disturbi borderline e bipolari, farmacodipendenze, suicidio), e individua alcuni elementi psicopatologici che sono alla base sia del successo di massa, sia delle difficoltà di coniugarlo con un adattamento sociale adeguato. In questo senso Marilyn è anche il prototipo di tante celebrità *care agli dèi*, che sono andate incontro a una morte prematura o a una sparizione sociale dopo aver raggiunto le vette della notorietà, dell'originalità creativa.

Il libro parte da una ricostruzione minuziosa della psicopatologia autodistruttiva di Norma Jeane/Marilyn Monroe espandendosi in diverse direzioni: i pericoli degli interventi psicoterapeutici iperempathici, se non eroici, le criticità dell'attuale sistema diagnostico psichiatrico nei casi complessi, la necessità di formulare un ragionamento clinico innovativo fondato sulle acquisizioni più recenti delle neuroscienze, il parallelismo esistente tra la psicopatologia del doppio, della maschera e della personalità multipla e il mestiere dell'attore, il doppio volto del perfezionismo, qualità essenziale per il conseguimento del successo e della consacrazione come icone, ma anche fattore di grave rischio psicopatologico.

Il libro, opera di due psichiatri formati nella stessa Scuola di Psichiatria dell'Università di Pisa, ma che per trent'anni hanno perseguito strade diverse, cerca una sintesi e un superamento delle contrapposizioni di saperi e punti di vista propri della psichiatria clinico-biologica e della pratica psicoterapeutica guardando verso il futuro di un *mestiere*, quello di terapeuta della mente, sempre più affascinante e sempre più *possibile*.

*fici e sicuri, che non esistevano al tempo di Marilyn.*

*All'epoca la necessità di ricorrere alla sedazione con barbiturici fece moltissime vittime per overdose, accidentale o intenzionale, a scopo suicidario. Dal punto di vista delle psicoterapie, nessuno più oggi pensa di essere una specie di Sherlock Holmes che trova la "causa recondita" della malattia in qualche lontano evento di vita né tantomeno nessuno assolve una funzione onnipotente rispetto al paziente creando dipendenze patologiche. Gli psicoterapeuti lavorano insieme ad uno psichiatra curando l'importantissima parte relazionale della terapia, creando un campo psichico accogliente e rassicurante nel quale il paziente possa esprimersi liberamente ed essere accompagnato a superare i periodi più critici della malattia.*

D: Quindi voi ritenere che gli eventi

della vita non abbiano alcuna importanza nella genesi dei disturbi mentali?

LDO: *Al contrario! Noi pensiamo che in soggetti predisposti gli eventi della vita, come traumi, abusi, lutti, esperienze estreme ma anche piccoli fatti che colpiscono la persona quasi inavvertitamente, si imprimano e lascino tracce spesso permanenti e dolorose. Ho dedicato gli ultimi dieci anni allo studio del disturbo da stress post-traumatico, mettendo a punto un apposito questionario che è stato somministrato, ad esempio, ai sopravvissuti al terremoto di L'Aquila del 2009, ma anche ai soccorritori, al personale sanitario dell'emergenza e del pronto soccorso. Quello che è emerso e' che, a parità di esposizione ad un evento traumatico estremo, come una catastrofe naturale, esiste una vulnerabilità individuale a sviluppare una psicopatologia, che è spiccata nei*

*pazienti "borderline" come Marilyn.*

D: Nel vostro studio, quali altri aspetti sono emersi, partendo dall'analisi di Marilyn?

LDO: *Ci sono molte pagine dedicate al problema dell'identità, che era centrale in Marilyn per il noto conflitto tra la maschera/Marilyn e la povera/orfanella Norma Jeane, tra il falso sé e la persona sofferente, destrutturata e disturbata che lei era. Molti attori "si curano" proprio attrezzandosi professionalmente a gestire un proprio disturbo di identità; a Marilyn questo percorso è riuscito finquando l'effetto a cascata dei suoi disturbi non gliel'ha impedito, nonostante la grande determinazione a divenire una vera attrice, la costante presenza dei suoi maestri di recitazione sul set ed una cura dell'immagine che tutt'ora non ha pari ed è stata efficace sui media fino alla*

Liliana Dell'Osso è Professore Ordinario di Psichiatria e direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa.

Riccardo Dalle Luche è psichiatra e psicoterapeuta.

Marilyn non esiste, non è mai esistita, non è una persona reale! È una maschera, è una caricatura di femminilità, è l'idea di Norma Jeane della *femme fatale*, è un "falso sé" dietro il quale si intravede una donna infantile, dipendente, affettivamente instabile, forse perfino sessualmente confusa, ma anche scaltra, bugiarda, manipolatrice, incapace di una reale intimità e autenticità interpersonale.

«La Kitty (Marilyn) adorata dal mondo intero non esiste. È uno scherzo, un fantasma, una voluta di fumo. È una sopravvissuta che cammina su dei pezzi di vetro».

Arthur Millet, *Finishing the picture*.

«Credo proprio di essere un'apparenza» Marilyn Monroe, *Fragmenta*.



L'immagine di Marilyn vive ormai una propria autonoma esistenza, sganciata dalla sua vita reale o dalla sua arte, ideale di bellezza femminile, icona senza tempo.

€ 21,00



*fine: looking good feeling bad, per antonomasia.*

D: Insomma alla fine di tutto il percorso che ha portato a pubblicare questo studio che cosa si sente di suggerire?

LDO: Direi che troppo spesso sopravvivono e trovano consensi pratiche terapeutiche ed anche comportamenti pseudo-terapeutici privi di sostegno scientifico. Suggesterei quindi, anche se può non essere politicamente corretto,

di affrontare i problemi di carattere psichico per quello che sono e non per quello che si immaginano essere, e sempre sotto la guida di persone di sicura formazione e competenza.

## Commemorazioni



Si è spenta la Segretaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa degli anni 1950/1970.

Un ricordo doveroso le è dovuto specialmente da noi non più giovani medici di quegli anni che videro sorgere in Via Battelli la più congrua sede dei Medici che ospitava anche gli Ordini dei Farmacisti, degli Ingegneri e delle Ostetriche.

La signora Mirta Bertoni coniugata Degli Albizi contribuì in modo attivo e consistente ad attrezzare la nuova sede ed a renderla disponibile per tutti gli iscritti.

Il Suo contributo fu di alta professionalità ed estrema gentilezza

e cortesia.

L'Ordine dei Medici di Pisa esprime le più sentite condoglianze al collega Sergio Degli Albizi.

# Dalla biopsia random alla mirata, prostata e diagnosi istologica

**L**a diagnosi di carcinoma prostatico è istologica. Occorre cioè un prelievo biotico con conseguente esame istologico per fare diagnosi.

Da molti anni e ancor oggi la biopsia viene eseguita sotto guida ecografica, effettuando prelievi multipli "random" secondo schemi predefiniti (mapping) per via transrettale o transperineale. La scelta della via d'accesso non pare influenzare sensibilità e specificità della metodica. Negli anni si è assistito ad un progressivo aumento del numero dei prelievi eseguiti al fine di aumentare sempre di più la sua accuratezza diagnostica (*detection rate*). Si è passati dal cosiddetto mapping a sestante a 6 prelievi (secondo la tecnica di Stamey) a schemi biotici che prevedono un numero sempre maggiore di prelievi ampliando le zone prostatiche campionate. I migliori risultati nella diagnosi di carcinoma prostatico si ottengono utilizzando uno schema biotico che includa dai 10 ai 14 prelievi, effettuati dall'apice alla base prostatica, il più posteriormente e lateralmente possibile nella porzione periferica della ghiandola. In caso di ghiandole particolarmente voluminose il numero dei prelievi aumenta.

Occorre comunque ricordare che una biopsia negativa non significa necessariamente assenza di tumore. E' intuitivo che se il tumore o i tumori (il carcinoma prostatico

è tipicamente multifocale) sono di piccolo volume, l'ago biotico può non intercettare la neoplasia. Il risultato del mappaggio è in questi casi un falso negativo.

Consapevoli di questa realtà, in caso di primo mapping negativo la biopsia andrebbe ripetuta se:

- I valori del PSA sono persistentemente elevati e/o in ascesa;
- L'esplorazione rettale è sospetta;
- La diagnosi alla prima biopsia è incerta: ASAP (proliferazione microacinare atipica) e/o HG-PIN (neoplasia intraepiteliale) multifocale;
- E' stato riscontrato un carcinoma intraduttale come unico reperto;

Negli ultimi anni sono stati fatti progressi significativi nell'imaging della prostata grazie alla RM multiparametrica che fornisce immagini morfologiche, a elevata risoluzione spaziale (< 1 mm) attraverso l'utilizzo di sequenze pesate in diffusione (DWI), che valutano la cellularità/aggressività di eventuali lesioni, e sequenze effettuate dopo

somministrazione di mezzo di contrasto (DCE), che consentono di dare informazioni sulla perfusione/permeabilità dell'area sospetta migliorando notevolmente la specificità della metodica nella diagnosi del tumore prostatico. Una delle difficoltà riscontrate dal clinico con la risonanza magnetica della prostata, è l'eterogeneità delle immagini tra i diversi centri. Questo dipende dall'apparecchio utilizzato (1,5 T - 3 T), dalle bobine (numero di elementi, endorettale e bobina di superficie), aggiornamenti del software e protocolli impiegati. Questi fattori, sommati alla diversa esperienza del radiologo, hanno reso necessario la creazione di un sistema di standardizzazione e uniformità del referto. Pertanto, la Società Europea di Radiologia Urogenitale (ESUR) nel 2012 ha pubblicato il sistema PI-RADS (Prostate Imaging Report e Data System), volto a uniformare l'acquisizione, l'interpretazione e il referto della risonanza magnetica multiparametrica. Il sistema PI-RADS



---

definisce la probabilità di individuare un tumore prostatico nell'area presa in esame. I risultati della risonanza sono valutati assegnando ad ogni lesione un punteggio da 1 a 5 (1 e 2: reperti non sospetti; 3: reperto dubbio; 4: reperto sospetto; 5 reperto francamente sospetto).

La RM multiparametrica per lo studio prostatico rappresenta oggi un esame con doppia finalità per l'urologo: diagnostica e stadiante e di monitoraggio. Infatti, è indicata:

- nel caso di sospetto clinico-laboratoristico di tumore di prostata (PSA elevato) e una prima serie di biopsie random negative. La RM multiparametrica, infatti, consente di identificare focolai sospetti su cui effettuare prelievi biotipici mirati;

- nella stadiazione del tumore prostatico; consente di evidenziare o escludere un eventuale interessamento della capsula prostatica e delle vescichette seminali da parte di una lesione già diagnosticata mediante esame biotipico, consentendo un corretto approccio terapeutico;

- nel caso in cui, di fronte ad una diagnosi biotipica di tumore a basso rischio di progressione (tumore " clinicamente insignificante"), si decida di optare per la sorveglianza attiva.

La dimostrazione che la MRI multiparametrica presenta un'elevata

sensibilità nel riscontro di adenocarcinomi prostatici clinicamente significativi e che permette di rilevare tumori localizzati nella parte anteriore dell'organo, difficilmente riscontrabili con la ecografia transrettale, sta portando ad un sempre maggiore interesse, in ambito diagnostico, sul suo utilizzo prima della biop-

sia prostatica

Attualmente esistono tre modalità di esecuzione dell'esame:

- **COGNITIVE BIOPSY:** in questo caso la biopsia viene effettuata sulla scorta della valutazione delle immagini di mMRI prima dell'esecuzione dell'esame biotipico. Il radiologo disegna le aree sospette su un disegno schematico della prostata consentendo al clinico di eseguire le biopsie su quell'area. Si comprende come questo sistema sia dotato di imprecisione tanto maggiore quanto più piccola è il volume della area sospetta.

- **IN BORE BIOPSY:** la biopsia viene attuata durante l'esecuzione della risonanza magnetica direttamente dal radiologo. Occorrono però dei costosi aghi paramagnetici non essendo utilizzabili i tradizionali aghi d'acciaio per il campo magnetico indotto nel corso dell'esame.

- **FUSION BIOPSY:** rappresenta il compromesso tra le due tecniche precedenti. In questo caso l'immagine della prostata ottenuta in mMRI viene sovrapposta – "fusa" – con analogo immagine ottenuta con l'ecografia. Software dedicati consentono di realizzare questa sovrapposizione di immagini consentendo al clinico di eseguire biopsie sotto guida ecografica in aree identificate dalla mMRI e disegnate sulla immagine ecografica.

La biopsia prostatica MRI-US fusion su lesioni sospette (*targeted-biopsy*) alla MRI ha dimostrato una maggiore sensibilità diagnostica rispetto alla biopsia prostatica tradizionale eseguita sotto guida ecografica (*systematic biopsy*, 12 prelievi): la *detection rate* (DR) passa dal 30% circa del mappaggio tradizionale al 70% con

la fusion. Tutto ciò senza dimenticare la superiorità diagnostica nell'identificare i tumori clinicamente significativi (80%). Al momento, nell'attesa di una maggiore diffusione della metodica – apparecchi e radiologi dedicati - appare prudente associare le biopsie sistematiche a quelle mirate. Alcuni autori inoltre hanno proposto di eseguire la mMRI nei pazienti *naïve*, ovvero i pazienti mai sottoposti a biopsia prostatica, per aumentare il rilevamento di tumori aggressivi e ridurre l'over-detection dei foci non significativi. Al momento nel nostro paese non è proponibile per motivi economici e di disponibilità di apparecchi ma soprattutto di radiologi dedicati. Pertanto l'utilizzo della mMRI viene riservata a pazienti con almeno un precedente mappaggio prostatico tradizionale negativo ma con sospetto di avere un carcinoma.

Al momento non è chiaro se una mMRI negativa può giustificare l'omissione dell'esecuzione di una biopsia. Se il sospetto clinico rimane forte, appare ragionevole procedere con l'esecuzione del mappaggio tradizionale in assenza di aree individuabili alla mMRI.

In campo clinico la tecnologia di fusione delle immagini MRI ed ecografiche ha già trovato impiego in altri campi come la neuroradiologia.

L'utilizzo della MRI multiparametrica potrebbe essere in grado di ridurre il numero di biopsie prostatiche non necessarie, evitando diagnosi incidentali di microfocolai tumorali clinicamente non significativi a tutto vantaggio della qualità assistenziale per i nostri pazienti e delle esatte casse del sistema sanitario regionale.

## Immunoglobuline in neurologia: il corretto impiego endovenoso

**L**e immunoglobuline endovena (IVIg) sono dotate di una potente azione immunomodulante ed anti-infiammatoria, trovando pertanto impiego nelle patologie ad eziopatogenesi disimmune/disinfiammatoria del sistema nervoso centrale e periferico.

Dopo somministrazione endovena le Ig umane sono immediatamente e completamente biodisponibili e possiedono un'emivita di 18-32 giorni. Grazie ai moderni metodi di preparazione è possibile ottenere prodotti privi di contaminanti e di aggregati ad alto peso molecolare, responsabili in passato di importanti effetti collaterali (trasmissione di HCV, re-

azioni anafilattiche nelle donne in gravidanza). Nonostante ciò non può essere esclusa in linea teorica la possibilità di trasmissione di agenti virali come HAV, parvovirus B19 o la proteina prionica. Spesso le IVIg sono prescritte anche nei casi in cui la plasmferesi può avere simile efficacia: infatti, le IVIg sono più facilmente disponibili della plasmferesi nella maggior parte dei centri medici e l'inserimento di un catetere venoso non è necessario mentre la plasmferesi non è ovunque disponibile, richiede l'opera di personale esperto e in alcune situazioni può avere effetti collaterali più gravi.

La dose standard di immunomo-

dulazione è di 2 g/kg suddivisa, di solito, in 5 infusioni endovenose di 0,4 g/kg/die. In alcuni programmi di trattamento di malattie neurologiche viene suggerito che nei pazienti con risposta clinica inferiore alle sei settimane è opportuno il dosaggio di 1 g/kg una volta ogni tre settimane; in quelli in cui la risposta persiste da sei a otto settimane il dosaggio è di 0,5 g/kg ogni tre settimane; in quelli con risposta più lunga è preferibile il dosaggio di 0,25 g/kg ogni tre settimane.

Al fine di evitare l'utilizzo "off label" delle IVIg, per le malattie neurologiche si fa riferimento alle indicazioni d'uso fornite da due fonti ufficiali: 1) Linee Guida Eu-



ropee (EFNS: European Federation of Neurological Societies; European Journal of Neurology 2008 15: 893-908, I. Elovaara et al.); 2) Raccomandazioni per il corretto utilizzo di emocomponenti e plasmaderivati (Regione Toscana, Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per le Attività Trasfusionali; Anno 2007). Confrontando le Linee Guida della Regione Toscana e quelle dell'EFNS, le indicazioni al trattamento risultano sostanzialmente sovrapponibili, nonostante il sistema di valutazione del grado di raccomandazione sia diverso e l'EFNS contenga indicazioni aggiuntive per alcune patologie rispetto alla Regione Toscana (come per la Miastenia Gravis).

Per la Regione Toscana vengono distinti due livelli di forza: **Grado I**, raccomandazione forte in cui gli autori sono certi che i benefici sono superiori o inferiori ai costi in termini di rischio e di costo economico; **Grado II** in cui gli autori sono meno certi di quanto sopra, pertanto formulano una raccomandazione meno forte. Inoltre si distinguono 4 gradi di evidenza (A, B, C+ e C).

Tra le indicazioni riconosciute dalla Regione Toscana rientrano: la **Sindrome di Guillain Barré (Poliradicoloneuropatia Infiammatoria Acuta Idiopatica)** con **grado di raccomandazione IA** (dosaggio di 0.4g/kg/die per 3-7 giorni); dati di letteratura indicano che nella suddetta sindrome le IVIg hanno un effetto equivalente a quello della plasmaferesi ma con migliore tollerabilità. Il

trattamento deve essere iniziato preferibilmente entro le prime due settimane di malattia e può essere presa in considerazione una seconda dose dopo 14 giorni per i "non responders" o per i pz che mostrano deterioramento; la **Poliradicoloneuropatia Infiammatoria Cronica Demielinizzante (CIDP)** con **grado di raccomandazione IA**. In questo caso le IVIg dovrebbero essere somministrate per mantenere la forza del pz quanto più possibile normale senza ricadute e questo avviene più frequentemente al dosaggio di 0,4 g/Kg/die suddivise in diversi giorni con intervallo di circa 6 settimane. A seguito della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 143 del 23/06/2014, a partire dall'8/07/2014 i preparati **Ig Vena®** e **Venital®** sono stati inseriti nel "Registro AIFA dei farmaci sottoposti a monitoraggio" con l'indicazione al trattamento dei pazienti con diagnosi accertata di **Poliradicoloneuropatia Infiammatoria Cronica Demielinizzante (CIDP)**, per cui è possibile utilizzare tali preparati in regime di rimborsabilità del SSN. Le prescrizioni devono essere effettuate in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva riportati nella documentazione consultabile sul portale istituzionale dell'agenzia. Come outcome si valuta il miglioramento in almeno 3 su 5 scale di valutazione: il bilancio muscolare (MRC score), INCAT sensory sum score, Overall Neuropathy Limitations Scale (ONLS), test up-and-go (test del cammino di 10mt) e altra misura di disabili-

tà. Il ciclo può essere ripetuto in caso di ripresa della malattia o secondo il "time to relapse". Nei pz che non mostrano fluttuazioni per un anno è ragionevole ridurre il trattamento, riducendo le dosi o aumentando l'intervallo di tempo tra le somministrazioni, oppure sospenderlo; con livello di raccomandazione minore rientrano inoltre l'**Epilessia intrattabile dell'infanzia (Sindrome di West e di Lennox Gastaut)**, la **Neuropatia multifocale motoria**, la **Stiff Person Syndrome**, la **Miastenia Gravis**, la **Sindrome di Lambert Eaton** e la **Sclerosi multipla Gravis** (nelle ultime tre condizioni citate l'uso può essere preso in considerazione solo in pazienti con forme severe di malattia se altri provvedimenti non hanno avuto successo o non sono stati tollerati o sono controindicati).

Esistono diverse IVIg in commercio che si differenziano, oltre che nel prezzo, nella tollerabilità, variabile inter-individualmente. Le **IgVena Kedrion** costituiscono circa il 75% del mercato nazionale, essendo in gran parte fornite dalle regioni nel programma nazionale di autosufficienza di emoderivati ed è attualmente il prodotto utilizzato dalla Regione Toscana. Nell'ex USL5 Pisa, la richiesta personalizzata di IVIg avviene tramite modulo di richiesta interno approvato nella seduta della Commissione Terapeutica dell'Area Vasta Nord-Ovest del 02/07/2009 e tuttora impiegato, mentre per i pz con diagnosi di CIDP viene utilizzata la prescrizione on line attraverso l'apposito registro AIFA.

## Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

### Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*

Servizi fotografici per matrimoni, lauree, battesimi, reportages, still life, book fotografici

**Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine**

**Tel. 347.0750078**

**e-mail: vincenzopenne@email.it - [www.fucinafotografica.it](http://www.fucinafotografica.it)**

# Prevenire l'Alzheimer: ora qualcosa si muove

**L'**Alzheimer è una malattia progressiva ed inarrestabile: le cure finora disponibili a base di farmaci neurotrasmettitoriali che agiscono aumentando a livello cerebrale l'acetilcolina oppure riducendo la trasmissione glutammatergica si sono rivelate poco efficaci e capaci solo di migliorare i sintomi per i primi 2-3 anni di malattia. I progressi della ricerca degli ultimi 10 anni hanno confermato quanto si sospettava anche in passato: quando la malattia si manifesta clinicamente - in genere con disturbi della memoria - in realtà il cervello è già ammalato da tempo. La malattia inizia con i depositi di una proteina anomala nel cervello, l'amiloide, circa 10 anni prima, qualche ricerca suggerisce forse anche 20 anni prima. I farmaci antiamiloidi sono ormai disponibili in tutto il mondo anche se sempre in fase di sperimentazione; a Pisa ci sono attualmente 4 studi in corso con 3 farmaci antiamiloidi differenti per pazienti con malattia conclamata seppur in fase molto iniziale: 2 anticorpi monoclonali per via endovenosa che rimuovono i depositi di amiloide dal cervello ed un inibitore delle beta-secretasi per via orale, che previene l'accumulo di amiloide.

Ora si proverà a fermare la malattia prima che compaiano i sintomi, curando chi (ancora) non ce l'ha. Verrà somministrato un inibitore delle beta-secretasi per via orale - in anticipo sul manifestarsi dei sintomi della malattia a perso-

ne sane che nemmeno lamentano o presentano ai tests disturbi di memoria. **E' la prima volta che si cerca di prevenire l'Alzheimer in persone sane.**

In realtà uno studio simile è già in corso da 1 anno circa in Colombia dove 300 persone scelte da un'unica "famiglia" estesa - oltre 5.000 membri - in cui l'Alzheimer ad esordio giovanile geneticamente determinata è estremamente diffusa: i primi segnali a 40 anni, la piena malattia a 45 anni. Abitanti a Medellin e in remoti villaggi di montagna della zona, i membri della famiglia sotto

indagine sono segnati da una particolare mutazione genetica. Quelli che hanno tale mutazione possono essere lontani molti anni dalla comparsa dei primi sintomi ma l'incombere sicuro della malattia nei portatori del gene mutato è così pesante da indurli a tentare questa soluzione.

Invece lo studio EARLY appena iniziato a Pisa nella Neurologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, ed in altri in Italia e soprattutto all'estero - Europa e Nord America - si propone di offrire a persone sane oltre i 65 anni di età, oppure fra i 60 ed i 64 ma con un familiare col-



pito dall'Alzheimer, la possibilità di verificare mediante una semplice PET per l'amiloide la presenza di sostanza amiloide nel cervello. Nei casi in cui l'amiloide cerebrale supera i livelli ritenuti patologici (in media si ritiene intorno al 10% dei soggetti di questo gruppo di età esaminati) verrà offerto di partecipare ad un trattamento della durata di 5 anni con un farmaco anti-amiloide per via orale. Durante tale periodo le persone saranno monitorate e seguite dall'equipe in modo stretto per valutare l'eventuale insorgenza dei sintomi dell'Alzheimer. Il farmaco, un inibitore della beta-secretasi brevettato dalla Janssen è del tutto sicuro e privo di reali effetti collaterali perché già ampiamente provato in pazienti con Alzheimer conclamata in alcuni studi con risultati incoraggianti.

L'idea di fondo di questo studio rivoluzionario è che se si

somministra il farmaco all'inizio della malattia, quando ancora la sostanza amiloide non ha determinato un danno ai neuroni coinvolti nella memoria e nelle altre funzioni cognitive, si possa prevenire la malattia vera e propria cioè la perdita progressiva della memoria e del giudizio.

I risultati di questa ricerca potranno finalmente dimostrare in modo assoluto il ruolo dell'amiloide nello sviluppo della malattia, ritenuto fondamentale dalla maggior parte degli studiosi nel mondo, ma non ancora provato al 100%. Se i risultati saranno positivi si potrà prevenire e bloccare quella che è diventata un'epidemia che colpisce gli anziani nel mondo occidentale. Il 40% degli ultranovantenni, il 25% degli ultraottantenni ed il 14% degli ultrasessantenni hanno l'Alzheimer!

Fra le altre iniziative centrate sull'Alzheimer la Neurologia

di Pisa ha aderito all'iniziativa dell'Associazione Italiana Alzheimer che con il supporto della COOP di Firenze ha lanciato una raccolta fondi che finanzia un nutrito gruppo di assegni di ricerca (più di 20) in varie sedi universitarie ed ospedaliere in Italia. Il ricercatore di Pisa inizierà il suo progetto di ricerca sulla "Diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer" nel settembre 2016. Con questa ed altre iniziative, in particolare il Progetto di Area Vasta Nord Ovest per le malattie Neurodegenerative, Pisa si propone come nodo centrale della rete di assistenza e ricerca sia per la Demenza che per il Parkinson, sviluppando le possibilità fornite dalle eccellenze dell'ospedale nel campo dell'Imaging di Risonanza e Medicina Nucleare e della Neurobiologia sviluppata da tempo nei laboratori della Neurologia.

## contesti ideali per il vostro ufficio-studio **Medico** ed **Odontoiatrico\***

**VENDESI  
AFFITTASI**

**a pochi chilometri dal centro di PISA**  
presso il "Parco Commerciale Ospedaletto"



Lo spazio proposto è già attrezzato con spogliatoi, bagni e docce, rendendolo perfetto per:

**palestre riabilitative, e studi fisioterapici.**

Consistenza:  
P. T. mq 800 ca., Soppalco mq 460 ca.,  
c.e. «valore tipo» F kWh/mc a. 24,80

condizioni vantaggiose per trasferimenti o start-up.\*

**PRATO in via Valenti**

ottima visibilità, a pochi passi dalle fermate dei mezzi pubblici



Gli spazi ottimamente rifiniti, sono dotati di impianti elettrici, condizionamento, servizi e parcheggi di pertinenza.

Consistenza:  
Piano terra: sup. mq 330  
Piano 1° sup. da mq 260 ca.  
a mq 550 ca.,  
c.e. «valore tipo» E kWh/mc a. 30,74

**Info:**

☎ 0574.574495 • info@lefim.it • 🌐 www.lefim.it

**Lefim**  
Promotion Real Estate Development

## Chirurgia refrattiva: ecco il “percorso Pisa”

La chirurgia refrattiva è un tipo di chirurgia usata per correggere, intervenendo sulla cornea o sul cristallino, i vizi refrattivi dovuti ad un difetto di focalizzazione delle immagini sulla retina. Tali difetti sono la miopia, l'ipermetropia e l'astigmatismo; la loro entità viene espressa in diottrie e, nel caso dell'astigmatismo, anche da un asse (espresso in gradi), che ne indica l'orientamento. I suddetti difetti possono essere normalmente corretti con l'uso di occhiale e lenti a contatto. L'intervento chirurgico è generalmente consigliato solo quando tali ausili non sono ben tollerati: difetti elevati, difetti molto sbilanciati tra un occhio e l'altro, casi di intolleranza alle lenti a contatto o attività lavorative dove l'uso di lenti costituisca un problema. È indispensabile sottoporre il paziente che desidera affrontare un

intervento di chirurgia refrattiva, a tutti gli accertamenti diagnostici necessari a verificare lo stato di salute dei suoi occhi, l'esistenza delle condizioni anatomiche e fisiologiche ideali per conseguire un risultato soddisfacente, la presenza di controindicazioni relative o assolute alla chirurgia refrattiva. Tali esami vengono effettuati previa astensione dall'uso di lenti a contatto per almeno 10 giorni. Nella raccolta dell'anamnesi generale il medico indagherà se vi sono alcune patologie sistemiche che rappresentano una controindicazione all'intervento. Tra queste rientrano alcune patologie metaboliche, patologie del sistema immunitario, patologie del sistema endocrino ed emopoietico. Nella raccolta dell'anamnesi oculare il medico indagherà su pregressi processi infettivi o infiammatori degli annessi, pregresse cheratiti

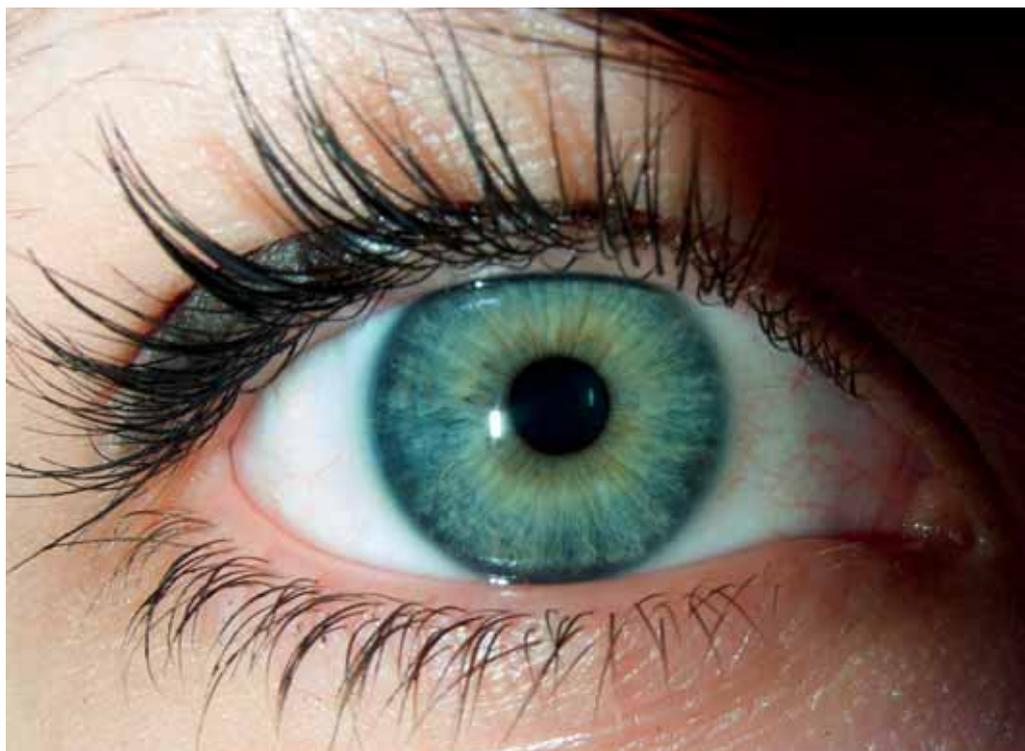
erpetiche, strabismo, cheratocono, distrofie corneali, uveite, glaucoma, cataratta, retinopatia su base metabolica, vascolare o regmatogena. La visita oculistica comprenderà la misurazione dell'acuità visiva naturale e corretta con lenti, la pressione intraoculare, la biomicroscopia del segmento anteriore e del fondo oculare, l'esame della refrazione in cicloplegia, la topografia corneale, la pachimetria, la pupillometria e la produzione lacrimale (Test di Schirmer).

I vizi refrattivi possono essere corretti ricorrendo a diversi tipi di intervento: la classificazione primaria è tra chirurgia corneale e intraoculare.

La prima si avvale dell'applicazione del laser ad eccimeri che asporta i tessuti per evaporazione con la precisione del millesimo di millimetro (micron) e può avvenire median-

te differenti tecniche: prk, lasik e ptk.

La tecnica **PRK** (PhotoRefractive Keratectomy) si basa sull'ablazione dello stroma anteriore dopo rimozione dell'epitelio corneale, strato che si rigenera nei primi giorni del decorso post-operatorio. L'intervento dura qualche minuto, compresa la preparazione del paziente, ossia l'anestesia della superficie corneale mediante gocce di collirio e la disepitelizzazione corneale. A fine intervento viene applicata una





La tecnica PRK

lente a contatto terapeutica, che verrà rimossa dopo circa 5 giorni, con il duplice scopo di favorire la rigenerazione epiteliale e ridurre la sintomatologia dolorosa dei primi giorni. Effetti collaterali nei primi giorni possono essere: fastidio, lacrimazione, senso di corpo estraneo e fotofobia. La stabilità refrattiva può richiedere dai 3 ai 6 mesi. La tecnica **LASIK** (Laser-Assisted In situ Keratomileusis) è un trattamento misto abbinato al laser ad eccimeri. Il laser acisce su uno

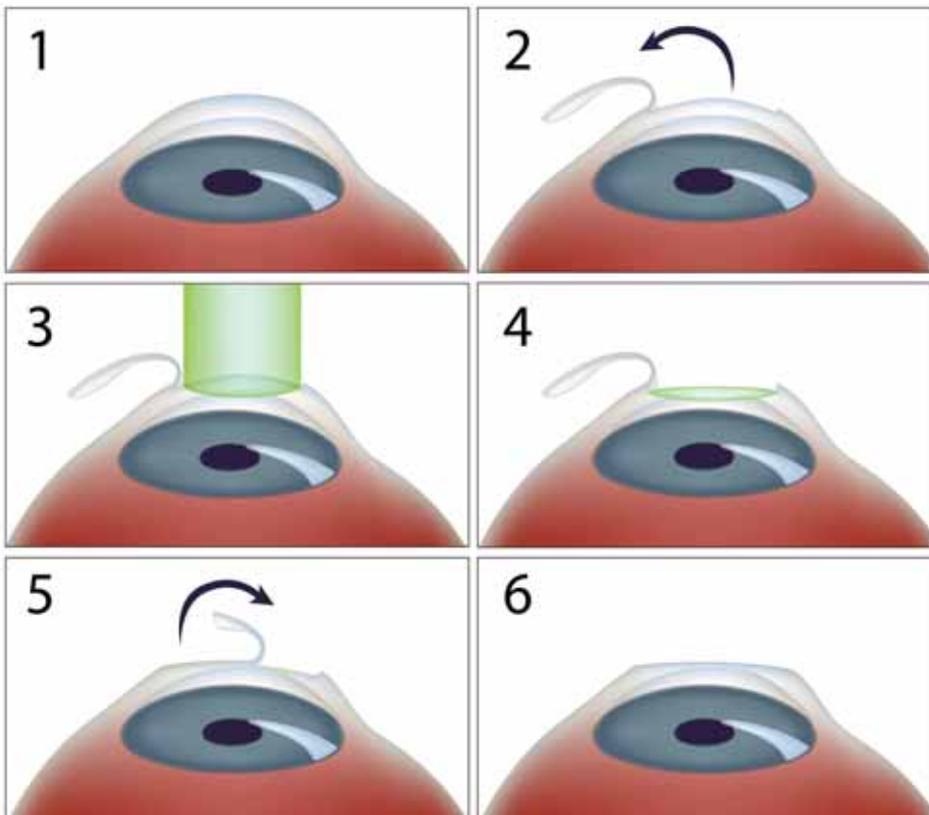
strato di stroma più profondo, dopo che il chirurgo ha creato una lamella di tessuto superficiale che viene ribaltata su se stessa per consentire l'esposizione del tessuto in profondità. Per creare il flap corneale il chirurgo può utilizzare un microcheratomo o il laser a Femtosecondi. Al termine del trattamento la lamella verrà riposizionata e potrà aderire perfettamente al tessuto sottostante in un breve periodo di tempo e senza punti di sutura. L'utilizzo del laser ad altissi-

ma frequenza detto a Femtosecondi consente di realizzare un lembo corneale di maggiore precisione e di spessore minore (anche soli 90 micron) rispetto al microcheratomo (140-160 micron). I vantaggi sono la completa assenza di dolore post-operatorio, l'immediato recupero visivo, una terapia post-operatoria cortisonica di breve durata, l'assenza di rischio di "haze" post-operatorio (opacità corneale) e la minore possibilità di regressione del risultato ottenuto.

La **PTK** o cheratectomia fototerapeutica è una tecnica che viene utilizzata per asportare tessuto corneale alterato nelle sue caratteristiche di trasparenza e regolarità (ad es. le erosioni corneali recidivanti, cicatrici da pregresse cheratiti). La chirurgia refrattiva intraoculare comprende tecniche che prevedono la sostituzione del cristallino naturale con uno artificiale (lente intraoculare) o l'impianto in un cristallino artificiale parallelo (lenti fache).

La chirurgia refrattiva intraoculare si esegue nel caso di cataratta o nel caso di un importante difetto di vista che non possa essere corretto lavorando sulla cornea.

Presso la Clinica Oculistica Universitaria, vengono effettuati trattamenti PRK, FEMTO-LASIK e PTK. È necessario prenotare una visita di idoneità all'intervento presso l'ambulatorio di chirurgia refrattiva inviando una mail all'indirizzo [eccimeri@ocupisa.it](mailto:eccimeri@ocupisa.it); al termine di tale visita il medico valuterà il tipo di tecnica più idonea al difetto refrattivo da correggere e inoltre comunicherà tutte le informazioni relative ai costi, alla terapia pre e post-operatoria ed ai tempi di recupero. Sono "mutuabili" e quindi assoggettati a ticket di 38 euro le tipologie di difetti refrattivi e/o corneali che rientrano nei criteri di esenzione regionale LEA (per ulteriori informazioni consultare il sito [www.ocupisa.it/box/refrattiva](http://www.ocupisa.it/box/refrattiva)).



La tecnica Lasik

# Endoscopia robotica a Pisa: Italia e Giappone insieme

**S**i è svolto con successo il primo Simposio Italia-Giappone sulla Colonscopia Robotica (sistema Endotics) nei giorni 22-23 Giugno 2016 presso le Aule della Azienda Ospedaliera-Universitaria pisana. Oltre ai massimi esperti in campo endoscopico del Giappone il Prof H. Ogata ed il Prof K. Ohtsuka erano presenti endoscopisti italiani e svizzeri a cui è stato dato il benvenuto dal Direttore Generale della A.O.U.P. Dr. Carlo Tomassini e dai Direttori della U.O. Gastroenterologia e Malattie del Ricambio Dr. Giampaolo Bresci e della U.O. Gastroenterologia Universitaria Prof. Santino Marchi. Il Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale e dei Trapianti Dr. Piero Bucciatti ha presentato l'organizzazione del Dipartimento da lui diretto sottolineando la stretta collaborazione tra i reparti di Gastroenterologia e Chirurgia. Successivamente il Direttore della S.O.D. di Endoscopia Dr. M. Bertini ha presentato un modello di prevenzione dei tumori del colon-retto con l'utilizzo del Sistema Endotics. Hanno fatto seguito interventi del Dr. Emanuele Tumino e Giuseppe Parisi che hanno presentato l'esperienza pisana. Durante il

Corso il Dr. Tumino ha mostrato il funzionamento del Sistema Endotics con dimostrazione in vitro ed in vivo.

Si sono chiusi i lavori del primo simposio Italia - Giappone sulla colonscopia robotica Endotics®: il sistema sviluppato da una collaborazione tra un'azienda del sistema universitario pisano (Era Endoscopy srl è uno spin-off della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) e l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa. Oltre ai massimi esperti del Giappone in campo endoscopico - i professori H. Ogata e K. Ohtsuka - erano presenti endoscopisti italiani e svizzeri a cui è stato dato il benvenuto dal direttore generale dell'Aou, Carlo Rinaldo Tomassini, il quale ha illustrato la strategia adottata dall'ospedale per l'introduzione di nuove tecnologie. I vantaggi ad esse legati devono essere valutati insieme ai costi e, quindi, queste novità vanno adottate in maniera particolare per rendere anch'esse economicamente accettabili e vantaggiose; tale fine il sistema Endotics® è stato introdotto in un paniere ristretto di nuove tecnologie strategiche dove la robotica la fa da padrone (vi è in-

cluso anche il sistema di chirurgia robotica Da Vinci).

Erano presenti anche i direttori Dottor Piero Bucciatti (direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale), Dottor Giampaolo Bresci (direttore dell'Unità Operativa di Gastroenterologia e malattie del ricambio), Professor Santino Marchi (Direttore dell'Unità Operativa di Gastroenterologia Universitaria) che hanno sottolineato l'importanza della collaborazione tra le due anime - ospedaliera e universitaria - al fine di fare emergere importanti sinergie con il territorio che favoriscono i processi di innovazione in un settore così importante e strategico per i cittadini quale è il sistema sanitario. A dimostrazione di ciò, il direttore della Sezione dipartimentale di Endoscopia, dottor Marco Bertini, ha presentato un modello di prevenzione dei tumori del colon-retto con l'utilizzo del sistema Endotics®, le cui caratteristiche di indolorezza (non richiede né anestesia né sedazione) e facilità di utilizzo, lo rendono particolarmente adatto per l'accettabilità dei pazienti e per l'impatto sui processi di gestione delle procedure complesse.

Durante i lavori, il Dott. Giuseppe



---

pe Parisi ha illustrato l'esperienza dell'ospedale di Pisa sui casi difficili. Infatti, purtroppo, vi sono pazienti in cui la colonscopia tradizionale è di difficile esecuzione. Le motivazioni possono essere diverse quali la conformazione anatomica particolarmente ricca di curve, la presenza di aderenze dovute all'età del paziente o ad esperienze chirurgiche – quali ad esempio il taglio cesario –, la particolare sensibilità al dolore ecc. In tutti questi casi, come ha dimostrato l'esperienza di Cisanello, il sistema Endotics® – conosciuto dalla popolazione come il Bruco – ha dimostrato di saper completare la procedura fino al cieco nel 97% ed oltre dei casi, con evidenti vantaggi per il paziente anche in termini di tempi di recupero post procedura che, in assenza di anestesia o sedazione, sono pressoché nulli.

I due giorni di lavori hanno previsto anche delle sezioni pratiche. Il dott. Emanuele Tumino ha introdotto le recenti novità del sistema Endotics® ed ha condotto una sezione di prove in vitro e in vivo.

Il Dott. Emanuele Tumino sostiene che le novità più importanti del nuovo sistema siano senza dubbio la nuova capacità interventistica, l'aumentata qualità dell'immagine ed il software. Infatti, la nuova sonda Endotics® è dotata di un canale operativo da 3mm che consente di effettuare anche biopsie e polipectomie.

Durante le prove in vitro, è stata illustrata anche la caratteristica del nuovo sistema di controllo a distanza EndoRemoTics, che consente ad un operatore più esperto, seduto davanti al proprio PC, di controllare le postazioni endoscopiche Endotics - in questo caso erano due - in cui si svolgono le procedure condotte da medici meno esperti.

Durante le sezioni in vivo, sono state effettuate due procedure su pazienti diversi. Tra i presenti, in particolare, il dott. Tumino ricorda i commenti dei colleghi ospiti giapponesi. Il prof. Ogata si è detto veramente impressionato dal sistema; in particolare,



ne ha apprezzato la sicurezza e la facilità di apprendimento. Anche il prof. Ohtsuka si è detto particolarmente impressionato dal fatto che Endotics® sia veramente indolore e di come questo abbia comportato una procedura veramente confortevole per entrambi i pazienti, che non hanno avuto alcun bisogno della re-

covery room. Entrambi, Prof Ogata e Ohtsuka, hanno apprezzato che ora il sistema Endotics® può effettuare trattamenti endoscopici: tale nuova caratteristica costituisce una grande differenza rispetto al modello precedente e, anche per questo, ritengono che il sistema avrà un grosso successo in Giappone.

# Nasce l'era della cybertherapy: il futuro si chiama realtà virtuale

**L'**Istituto Auxologico Italiano è la prima struttura ospedaliera al mondo a dotarsi di due stanze di tecnologia "Cave".

È la versione 2.0 della riabilitazione fisica e cognitiva, la tecnologia messa in campo **dall'IRCCS Auxologico Italiano di Milano**. L'Istituto ospedaliero - specializzato anche nella **ricerca sulla Realtà Virtuale Immersiva applicata alle terapie riabilitative** - ha presentato nel corso dell'**anno della Realtà Virtuale** l'atteso progetto che ha condotto alla realizzazione dei **Cave**, due ambienti adibiti per l'attuazione di programmi virtuali a sostegno dell'intervento terapeutico.

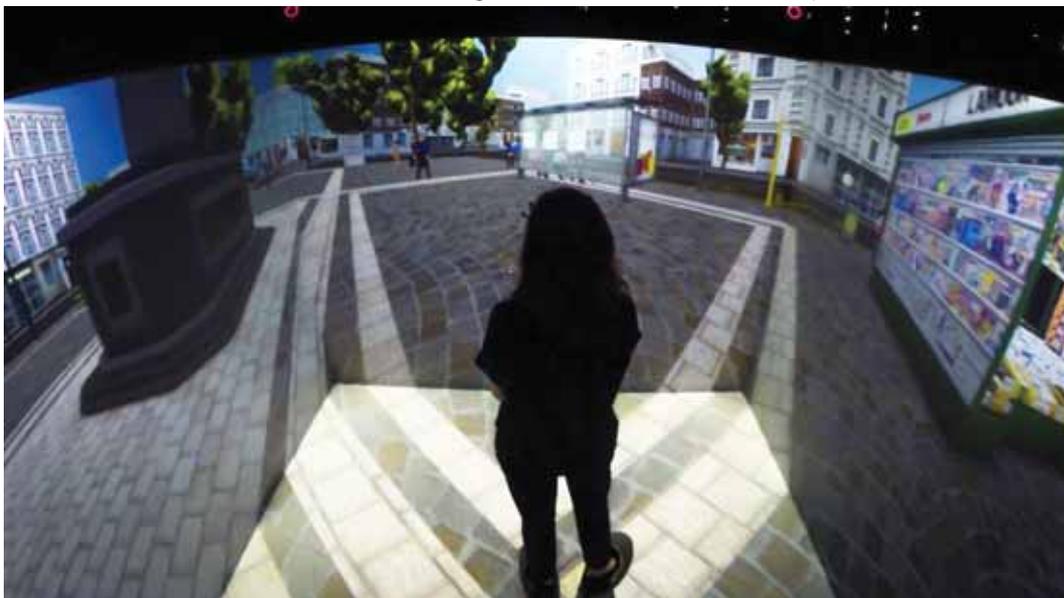
La Realtà Virtuale, ed in particolare la Telepresenza Immersiva Virtuale (TIV), offre un approccio innovativo per supportare il recupero funzionale delle abilità nei pazienti affetti da disturbi cognitivi nelle fasi iniziali, disturbi motori quali ictus o malattia di Parkinson, disturbi psicologici come ansia, fobie o stress. Questa

metodica consiste nell'esecuzione di programmi virtuali finalizzati a promuovere l'esercizio delle funzioni compromesse al fine di gestire, superare, ridurre o compensare i deficit. I programmi di riabilitazione TIV si basano sull'esecuzione di attività con livelli di difficoltà graduabili all'interno di un dispositivo immersivo (Cave) che simula in modo estremamente realistico e interattivo situazioni e contesti di vita quotidiana. Il trattamento riabilitativo mediante realtà virtuale consiste in sedute individuali di circa 30-45 minuti ciascuna, condotte da un terapeuta occupazionale o da un fisioterapista o da uno psicologo durante le quali il paziente, insieme al terapeuta, si muove e svolge semplici compiti e attività della vita quotidiana.

Grazie al Cave, una intera stanza virtuale dove si sperimenta la **Telepresenza Immersiva Virtuale (TIV)**, è possibile simulare i tipici scenari in cui vengono trattati alcuni disturbi tra cui quelli cognitivi nelle fasi iniziali, motori quali quelli conseguenti a ictus e Parkinson, o psi-

cologici come ansia, fobie, stress. Questo approccio innovativo consente, infatti, di migliorare l'efficacia dei programmi di riabilitazione per alcune funzioni compromesse, al fine di gestire, superare o ridurre tali deficit e consentendo al paziente di beneficiare del supporto terapeutico negli ambienti in cui si sviluppano comunemente i disturbi.

*"Il Cave costituisce uno strumento straordinario per la riabilitazione nel post ictus, nelle fasi iniziali della demenza senile o per la cura di malattie come il Parkinson. Grazie a questa tecnologia è infatti possibile, ad esempio, facilitare il ritorno a casa dell'anziano, simulando situazioni di vita quotidiana ma in un ambiente controllato"* - spiega **Marco Stramba-Badiale, direttore del Dipartimento Geriatrico-Cardiovascolare e del Laboratorio Sperimentale di Ricerche di Riabilitazione e Medicina Cerebrovascolare dell'Auxologico di Milano**.



Nel Cave vengono riprodotti su tre schermi e sul pavimento ambienti domestici ed esterni generati dal computer e con i quali il paziente può interagire utilizzando un joystick. Il paziente indossa dei particolari occhiali simili a quelli utilizzati per la visione tridimensionale (3D) al cinema o alla televisione e gli



nazionale in ambito medicale.

*“L'applicazione a fini terapeutici è la nuova frontiera della realtà immersiva – dichiara **Filippo Rizzante, CTO di Reply** – e questo progetto del CAVE di Auxologico ne è il primo esempio, unico in Italia. Forge Reply ha contribuito mettendo in campo le proprie com-*

vengono inoltre applicati sensori di posizione che rilevano i suoi movimenti per trasmetterli al computer. Tale approccio consente al paziente di sperimentarsi con successo negli esercizi e sviluppare gradi crescenti di autonomia, ulteriormente supportati dalla costante supervisione del terapeuta. La metodica utilizzata dai nostri terapeuti ha riscontri nella letteratura scientifica internazionale e si avvale di esperti di chiara fama nel campo.

Dal punto di vista strettamente tecnologico, il Cave è un sistema integrato che permette di ricostruire una realtà vera, considerando le sollecitazioni cognitive, uditive e visive (e nello sviluppo del progetto pure olfattive e tattili). Grazie alla visione 3D stereoscopica, legata a un sistema di tracciamento della posizione, il sistema permette una cor-

retta lettura degli spazi, dei volumi e delle distanze, dando così la netta sensazione di essere immersi all'interno della scena virtuale proiettata sugli schermi.

Il progetto del **Cave** è stato realizzato in intesa con il **Ministero della Salute** e in conto capitale di circa 1 milione di euro (50% a carico della struttura ospedaliera milanese). L'Auxologico si occupa, infatti, da oltre vent'anni della ricerca nelle applicazioni cliniche della Realtà Virtuale.

Forge Reply è il partner tecnologico scelto da Auxologico nella progettazione e realizzazione del CAVE, mettendo a disposizione competenze uniche ed altamente specializzate sull'integrazione di sistemi di realtà virtuale immersiva, declinabile per la prima volta sul territorio

*petenze specializzate nella progettazione di sistemi di realtà immersiva e realtà virtuale, dando la possibilità ai pazienti di poter fruire di un nuovo percorso riabilitativo basato su tecnologie innovative”.*

*“L'attenzione verso la Cybertherapy nasce dall'esigenza di trovare soluzioni d'avanguardia in ambito psicologico-riabilitativo” – ha aggiunto il **Prof. Giuseppe Riva, direttore in Auxologico del Laboratorio di Tecnologia Applicata alle Neuroscienze**, ricordando che “questa tecnologia è stata sperimentata in principio per curare i disturbi di ansia dei soldati americani reduci di guerra”. Giuseppe Riva arriva al compimento del progetto del Cave dopo 20 anni di studi sulla Realtà Virtuale, vantando il più cospicuo numero di pubblicazioni al mondo.*

## **I vantaggi rispetto alle tecniche tradizionali di riabilitazione**

I principali vantaggi della riabilitazione TIV rispetto alle tecniche tradizionali sono:

- la possibilità di situare l'esercizio riabilitativo in un ambiente che riproduce le caratteristiche degli ambienti di vita;
- la stimolazione multisensoriale;
- l'opportunità di adattare la difficoltà degli esercizi in modo dinamico rispetto alle abilità acquisite dal paziente;
- il monitoraggio sistematico degli indicatori di performance durante l'esercizio riabilitativo.

# Il fisco nella Roma di Ottaviano Augusto

Il periodo (giugno 2016) è ancora troppo “fresco” per poter raccontare serenamente di fisco a chi legge, il “tax day” è appena trascorso e allora meglio ricordare un altro fisco, quello dell’antica Roma, quello di Ottaviano Augusto, quello di colui che inventò “il fisco”.

Ottaviano, nato nel 63 avanti Cristo, primo imperatore di Roma, tra le tante imprese pose mano a riordinare la cosa pubblica e prima tra le altre “l’Amministrazione finanziaria” dello Stato Romano. Ottaviano Augusto fu buon amministratore a tal punto che al Senato lasciò un testamento nel quale erano esattamente dettagliati i soldati in servizio, le somme di denaro contenute nell’“*eararium*” e le somme contenute nelle casse imperiali, ciò che restava ancora da versare delle imposte indirette da parte degli “appaltatori” (oggi diremmo dai Concessionari della Riscossione).

Fu proprio Ottaviano a costituire il “*fiscus*” ovvero la cassa delle entrate dell’imperatore alimentata da entrate provinciali e demaniali e distinta dal patrimonio privato dell’imperatore. Al “*fiscus*” rimase affiancato il già costituito “*aerarium*” (la cassa del popolo) ovvero la cassa principale affidata a due pretori. L’imperatore Ottaviano Augusto infine creò un “*aerarium militare*” una cassa alimentata da una tassa

indiretta sulle vendite (gravante sul popolo) e una tassa sui beni trasmessi in eredità e sulle donazioni (che gravava sulle classi abbienti). Questa “cassa militare” doveva servire a pagare le spese di un esercito permanente ed a pagare i compensi ai veterani.

Fu Augusto a creare i “monopoli” sul sale, sullo zolfo e sul cinabro. Il sistema imperiale era finanziato essenzialmente da due tasse dirette: il “*Testatico*” (“*tributum capitis*”) e l’imposta fondiaria (“*tributum soli*”) che rivestiva importanza fondamentale dal momento che l’economia del mondo romano era essenzialmente agricola. Al “*tributum capitis*” impo-

sta personale proporzionale, erano soggetti tutti i residenti: infatti nell’intero territorio dell’impero venivano tenuti censimenti periodici nei quali ogni famiglia doveva presentarsi al paese di origine e dichiarare i propri redditi sui quali poi pagare l’imposta proporzionale. L’imposta fondiaria gravava invece sui terreni in proporzione alla produttività del suolo, e fu proprio questa tassa all’origine dell’istituzione del “catasto”, registro nel quale venivano catalogati tutti i fondi per estensione e qualità. Altre imposte vigevano al tempo dell’imperatore Ottaviano Augusto: i dazi doganali, l’imposta sulle successioni e l’imposta sulle manumissioni (imposta dovuta allorchè il dominus rendeva libero lo schiavo) un’imposta del 5% sul prezzo degli oggetti venduti e del 2% sul prezzo degli schiavi venduti, una tassa sulla esposizione e sul trasporto merci, una tassa sul celibato.....

Sono trascorsi oltre 2000 anni ma poco è cambiato, l’imperatore Augusto aveva già inventato le imposte che oggi hanno solo cambiato nome: Imu, Iva, Irpef, tassa di occupazione del suolo pubblico.....e addirittura il catasto!

(Fonte “*Economia e Finanza nell’antica Roma*”, “*Scritti di storia Repubblicana Augustea*”, “*Diritto Pubblico Romano*”)



# L'odontoiatra esce dai tavoli ministeriali

“**G**li Stati Generali dell'Odontoiatria – comunica il Presidente Nazionale delle CAO dott. Renzo - *non accettano più la logica dell'istituzione di tavoli tecnico-consultivi che non hanno alcuna reale funzione e pertanto chiedono l'instaurarsi di un rapporto diretto con il Ministro per dare seguito ad un effettivo confronto di idee*”.

Il Ministro della Salute è stato informato con una lettera che alleghiamo.

In pratica la classica (e per ora ultima) goccia che ha fatto traboccare il vaso è il documento approvato giovedì 9 giugno dalla Conferenza Stato Regioni che definisce le nuove regole per le **autorizzazioni sanitarie** degli studi odontoiatrici. Con il documento si indicano i requisiti minimi di qualità e sicurezza per l'autorizzazione all'idoneità strutturale, tecnologica e organizzativa delle strutture dove vengono erogate prestazioni odontostomatologiche.

Alla base c'è il lavoro di anni svolto dal Tavolo attivato presso il Ministero della Salute al quale hanno partecipato tra gli altri esponenti ordinistici, delle Università e delle Associazioni di categorie. Ne è scaturito un documento modificato dal Ministero della Salute e trasmesso alla Conferenza Stato Regioni che non ha tenuto conto delle modifiche proposte dalle componenti odontoiatriche che non ne sono state nemmeno informate.

Le modifiche avevano rilevanza per la categoria dal momento che si chiedeva tra l'altro che i requisiti indicati per le autorizzazioni avessero valore solo per le nuo-

ve attività e non per quelle già in essere e che venisse garantita la prosecuzione della attività anche nelle realtà attualmente autorizzate con le regole a suo tempo in vigore, pure in caso di passaggio di proprietà o cambio di intestazione come per fortuna è attualmente in essere nella nostra regione. Pensiamo per esempio solo all'impatto che avrebbe la normativa per gli studi situati in centri storici per la richiesta di adeguamenti strutturali e per l'abbattimento delle barriere architettoniche. Proprio in questi giorni il Consiglio Regionale Toscana ha proposto modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009 numero 51 “Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento”.

Noi abbiamo già presentato alla III Commissione consiliare di tutela della salute emendamenti migliorativi e comunque il nostro impegno a livello toscano è che resti perlomeno lo **status quo**.

In generale la questione mette in luce una situazione che si presenta sempre più frequentemente anche a livello di amministrazioni locali: la politica rinuncia troppo spesso ad un confronto concreto e che non sia solo di facciata, con le realtà odontoiatriche nello studio e nell'attuazione di provvedimenti che riguardano la salute orale. In questo modo la collettività perde un patrimonio di conoscenze e di progettualità che contribuirebbe ad un miglioramento qualitativo della salute di fasce sempre più estese di cittadini in difficoltà economica.

Eppure gli odontoiatri hanno sempre dimostrato disponibilità a col-

laborare con le istituzioni in un momento di crisi ed impoverimento che coinvolge strati significativi della nostra società.

Sul territorio Nazionale molti dentisti prestano la loro opera a vari progetti di volontariato che offrono un servizio gratuito alla collettività e attenuano il carico anche economico delle amministrazioni. Nella provincia di Pisa viene portato avanti da anni e rinnovato recentemente il progetto “Adotta il sorriso di un bambino” con il quale vengono adottati terapeutamente per le cure odontoiatriche ragazzi in grave difficoltà sociale ed economica affidati ai servizi sociali.

Alla III Conferenza della Professione medica e odontoiatrica organizzata dalla FNOMCEO e dalla CAO Nazionale “Guardiamo al Futuro: quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN?” organizzata dal 19 al 21 maggio a Rimini, presente la Ministra della salute Lorenzin, è stato lanciato un programma di odontoiatria solidale per far fronte a queste necessità da parte di una rete di dentisti “sentinella” impegnati gratuitamente nella prevenzione e in particolare nell'intercettare patologie orali anche gravi come i tumori della bocca o le complicazioni legate all'uso di anti-risorbitivi.

Fare prevenzione vuol dire anche abbattere i costi del sistema sanitario. “*Le nostre proposte sono rivolte a tutti, alla politica e agli amministratori*”, ha detto Giuseppe Renzo. Noi condividiamo sperando che il messaggio venga raccolto e che le nostre competenze tecniche e di rapporti umani possano essere utilizzate per migliorare il sistema della salute orale nel nostro paese.



UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI

**FNOMCeO**

*Il Presidente  
della Commissione per gli iscritti  
all'Alto degli Odontoiatri*

*Resp. Proced. : Dr. Marco Poladas*

*Resp. Istrut. : Sig.ra Verma Lisa*

GENT.MA ON.  
BEATRICE LORENZIN  
MINISTRO DELLA SALUTE NEL GOVERNO

E-MAIL: [segreteriaministro@sanita.it](mailto:segreteriaministro@sanita.it)

E.P.C.  
PREG.MO DOTT.  
RENATO ALBERTO MARIO BOTTI  
DIRETTORE GENERALE DELLA  
PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
- MINISTERO DELLA SALUTE -

E-MAIL: [DP.SEGRETERIA@SANITA.IT](mailto:DP.SEGRETERIA@SANITA.IT)

OGGETTO: "REQUISITI MINIMI DI QUALITÀ E SICUREZZA RICHIESTI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ALL'ESERCIZIO DELLE STRUTTURE SANITARIE DEPUTATE ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE"

Gent.ma Sig.ra Ministro,

in attesa di poterLa incontrare in occasione della riunione degli Stati Generali dell'Odontoiatria che si terrà a Roma presso la nuova sede della FNOMCeO Via Ferdinando di Savoia n° 1 il giorno **23 giugno 2016 alle ore 14.30** intendo informarla che sarà oggetto di approfondimento il documento relativo allo schema di intesa in materia tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento in materia di requisiti minimi di qualità e sicurezza richiesti per l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle strutture sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni odontostomatologiche.

Sulla questione la professione odontoiatrica si sta interrogando e le allego un documento che fornisce i primi elementi di criticità evidenziati.

In attesa di incontrarLa nella giornata del 23 giugno colgo l'occasione per salutarLa molto cordialmente.

All. n. 1

Giuseppe Renzo

---

---

## ALLEGATO LETTERA AL MINISTRO DELLA SALUTE

ON. BEATRICE LORENZIN

La professione odontoiatrica ritiene necessario evidenziare che nonostante fosse stato costituito con apposito decreto ministeriale (decreto dirigenziale 26 febbraio 2013) un Tavolo Tecnico che vedeva presenti i rappresentanti ordinistici della professione odontoiatrica, il testo definitivo sui "Requisiti minimi di qualità e sicurezza richiesti per l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle strutture sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni odontostomatologiche" presentato alla Conferenza Stato Regioni non è stato portato a conoscenza nella sua ultima stesura ai rappresentanti ordinistici stessi.

Tutto ciò premesso l'esame il testo licenziato dalla Conferenza Stato Regioni ad avviso dei rappresentanti della professione tradisce in buona parte le aspettative e le risultanze derivanti dal lavoro svolto per quasi un biennio del Tavolo Tecnico Ministeriale.

Nel confermare l'importanza di definire regole certe per tutti gli iscritti agli albi, le norme che facciano richiamo al rispetto e tutela del diritto alla salute della persona, presupposti imprescindibile che hanno indotto l'istituzione CAO – Organo ausiliario - chiamato a fornire il proprio contributo al tavolo, si conferma quanto più volte puntualizzato nel lungo iter.

In primis va sottolineato che lo stesso titolo dello schema del documento che fa riferimento ai "requisiti minimi di qualità e sicurezza" anziché ai "requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi" fa comprendere che si intende ancora una volta prevedere una autorizzazione all'esercizio professionale laddove il possesso della laurea, della abilitazione e dell'iscrizione all'Ordine professionale garantisce in pieno, ai sensi di legge, la qualità del professionista e la sua legittimazione all'esercizio professionale.

Nel testo della Conferenza si fa riferimento all'abbattimento delle barriere architettoniche senza comprendere che una immediata e retroattiva applicazione di questo requisito comporterebbe la immediata chiusura di moltissimi studi odontoiatrici con particolare riferimento a quelli ubicati nei centri storici delle città metropolitane e a molte strutture che per motivi burocratici avrebbero immensa difficoltà a rispondere a questo requisito. Inoltre nel ribadire quanto sopra (che nulla ha a che vedere con la sicurezza delle cure) è necessario chiarire che lo studio medico odontoiatrico non è un luogo aperto al pubblico.

Andrebbe sancito, così come emerso durante le faticose riunioni intervallate da incomprensibili periodi di assoluta assenza, che i requisiti (lo ribadiamo ancora e con più forza), specialmente quelli strutturali, devono valere soltanto per le nuove strutture e non essere applicati retroattivamente con il rischio di paralizzare l'assistenza odontoiatrica nel nostro Paese.

È ancora da sottolineare che seppure prevista la distinzione fra strutture sanitarie complesse facendo riferimento al numero di riuniti odontoiatrici presenti (superiori a cinque) e al numero dei professionisti odontoiatri operanti (superiori a tre unità) dall'altro questa distinzione non comporta sostanziali differenze in relazione ai requisiti necessari per l'apertura rispetto a quelli previsti per gli

---

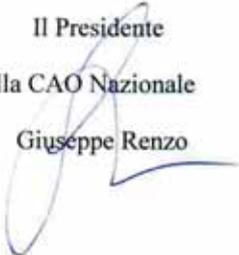
studi monoprofessionali a tutto svantaggio dell'esercizio libero professionale e sistematicamente favorevole all'ingresso dei capitali .

Si rileva ancora che nel testo proposto dalla Commissione ministeriale veniva chiaramente stabilito che la presentazione della documentazione, ove rispettati i requisiti richiesti, era già di per sé idonea all'apertura ed esercizio della struttura salvo difforme provvedimento regionale.

Nel nuovo testo si fa invece riferimento al rilascio del titolo autorizzativo che dovrebbe poi essere notificato all'interessato ai competenti uffici regionali ecc...

Si ritorna quindi al concetto amministrativo di autorizzazione peraltro ormai ampiamente superato dalla normativa di cui alla legge 241/90, nonché da costante giurisprudenza sia amministrativa che civile.

Il Presidente  
della CAO Nazionale  
Giuseppe Renzo



# Società Medico Odontoiatrica Legale della Toscana

Il Consiglio Direttivo della **SMOLT** ringrazia la Redazione di Pisa Medica per l'invito alla gestione di una rubrica, che si inaugura con questo numero del Bollettino, dedicata alla Odontostomatologia con riferimenti alla metodologia e criteriologia medico-legale.

Ci pare corretto presentarci. L'Associazione senza scopo di lucro SMOLT, fondata nel 2002, si propone di riunire i cultori della Medicina e Odontoiatria Legale con lo scopo di:

- promuoverne lo studio, la ricerca e lo sviluppo scientifico;
- promuovere lo scambio culturale ed interdisciplinare con analoghe Società o Associazioni Nazionali ed Internazionali;
- favorire rapporti di collaborazione e solidarietà tra gli operatori nel settore.

I nostri Soci sono Medici Chirurghi specialisti in Odontostomatologia e/o in Medicina-Legale, Medici Chirurghi non

specialisti, Odontoiatri con/ senza specializzazioni, tutti interessati ad approfondire le tematiche medico-legali connesse con lo svolgimento dell'attività odontoiatrica.

In quattordici anni di attività:

- il numero dei Soci è progressivamente aumentato;
  - abbiamo creato il sito web [www.smolt-toscana.com](http://www.smolt-toscana.com) dove possono essere consultati lo Statuto, Chi Siamo, le News e gli abstract dei principali eventi;
  - abbiamo ottenuto il riconoscimento giuridico dalla Regione Toscana;
  - siamo presenti nella Commissione Regionale per le Professioni ex L.73/08;
  - abbiamo creato costruttivi collegamenti con alcune Associazioni culturali del settore ed su altri stiamo lavorando.
- E' fin troppo ovvio che la migliore terapia è la prevenzione ed il contenzioso medico-legale in Odontoiatria non fa eccezione; la migliore prevenzione è, insieme, corret-

ta diagnosi, corretta terapia, corretto comportamento e molto altro. Per questo cerchiamo di mettere a fuoco nei nostri eventi quale sia il "modus operandi" più corretto e "preventivo del contenzioso" nella nostra attività professionale quotidiana. Purtroppo però non sempre questo è sufficiente e anche il miglior Professionista su piazza potrebbe trovarsi coinvolto, incolpevole, in fastidiosissimi e costosi contenziosi in cui viene chiamato a difendersi.

L'Odontoiatra, come e forse più di qualsiasi altro Specialista, si può difendere efficacemente solo se in possesso di una documentazione completa, chiara, dimostrativa ed ineccepibile. La SMOLT vi aiuterà anche in questo.

La nostra impostazione ideologica, assolutamente aperta ed indipendente da ogni condizionamento ed interesse, mira essenzialmente a trasformare il settore odontoiatrico-legale, finora considerato



---

“di nicchia” e ingiustamente riservato agli addetti ai lavori, in un patrimonio comune e condiviso da tutta la classe medica e odontoiatrica affinché lo possa utilizzare nella pratica professionale di tutti i giorni; cerchiamo di diffondere in modo comprensibile la cultura medico-legale al maggior numero possibile di Professionisti (Soci e non), al fine soprattutto di migliorare e rendere più sicuro, a tutti i livelli, l’esercizio professionale e l’approccio/rapporto col paziente, nel massimo rispetto della “Lege Artis” e della Deontologia professionale. Per far questo la SMOLT organizza e promuove incontri culturali, congressi e dibattiti (tutti gli eventi, con e senza Ecm, sono consultabili dal sito web) su moltissime tematiche di interesse specialistico odontostomatologico avvalendosi di relatori di prestigio nell’ambito delle varie specializzazioni di branca; questo ci

permette di conferire importanza, concretezza e valore alle nostre iniziative. Il compito che ci siamo prefissi non è facile e sappiamo bene che spesso ci costringe ad andare contro corrente rispetto alla convenienza economica del singolo Professionista e all’informazione commerciale di massa a volte distorta e/o succube di interessi economici. A tal fine la SMOLT ha iniziato, forse per prima in Italia, un percorso culturale innovativo che caratterizza i propri eventi: trattiamo, infatti, costantemente ogni argomento da un duplice punto di vista facendo seguire a relazioni su tematiche clinico-operative di interesse professionale corrente, una parte medico-legale specifica ed attinente all’argomento trattato, con richiami a leggi, normative, sentenze e possibilità di sereno e costruttivo contraddittorio con l’uditorio. Ma la SMOLT non si

ferma qui, suggerendo anche ai Professionisti le soluzioni per cercare di prevenire e/o ridurre il contenzioso attraverso comportamenti non solo corretti e conformi alle Linee Guida ed alla “Lege Artis”, ma anche rispettosi del cittadino e della dignità professionale. Ad oggi sono attive già tre Sezioni importanti, Firenze, Livorno e Pisa. Tutte le Sezioni lavorano sotto il coordinamento e controllo del Consiglio Direttivo SMOLT ma organizzano con grande autonomia eventi molto interessanti. Questa, in breve, la nostra formula che riteniamo vincente e ci auguriamo che seguita con interesse la nostra rubrica. Saremo lieti di trattare argomenti d’interesse dei lettori che ne facciano richiesta all’email [segreteriaasmolt@gmail.com](mailto:segreteriaasmolt@gmail.com)

Il CD SMOLT



# Il rapporto fra rischio e beneficio nelle procedure di imaging

L'evoluzione tecnologica e metodologica che ha interessato negli ultimi anni tutte le Strutture Sanitarie, insieme ai cambiamenti organizzativi orientati al conseguimento di una maggiore efficienza ed efficacia nei confronti del paziente, richiedono al personale sanitario l'acquisizione di una maggiore consapevolezza del proprio ruolo, sempre più perno di una moderna Radiologia.

L'esigenza di tecnologie innovative che rispondano alla domanda incalzante di salute del cittadino ha avviato un processo quasi incontrollabile. I produttori di apparecchiature

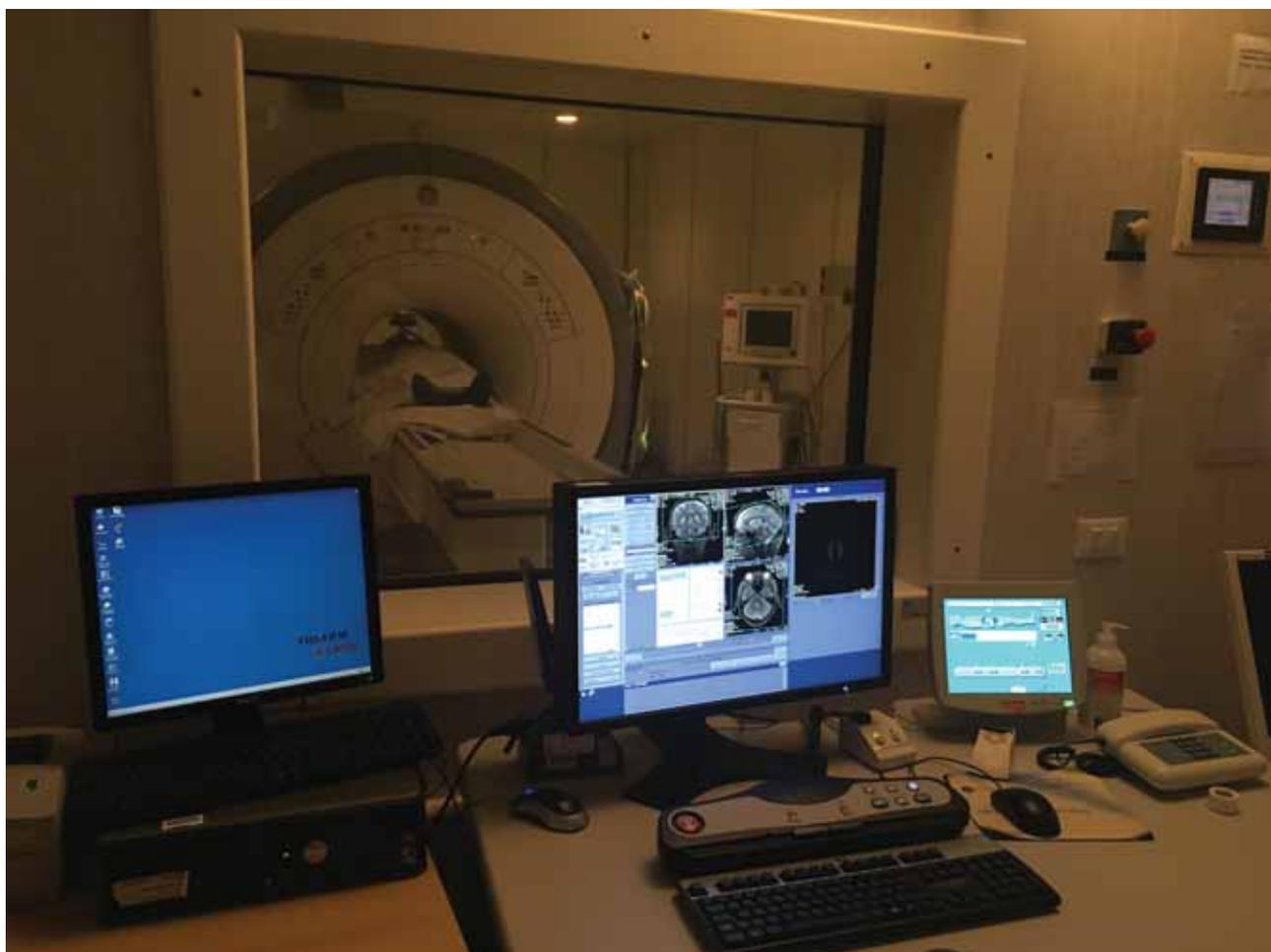
hanno investito e continuano ad investire sull'innovazione proponendo soluzioni che, fino a qualche anno fa, erano quasi impensabili. Siamo cresciuti con il progresso, le nostre competenze sono cambiate negli anni e siamo stati investiti di nuove responsabilità sul campo, nelle sale diagnostiche, sulle apparecchiature, nei rapporti con le altre professioni sanitarie.

Il medico, in passato, disponeva di soli cinque sensi per fare diagnosi; oggi, seppur indispensabile il contatto diretto con il paziente, sempre più spesso la diagnosi è effettuata ricorrendo ad indagini strumenta-

li (radiografie, TC, RM, ecografie, scintigrafie, etc). Spesso vengono richieste al medico curante le prescrizioni specifiche, per minimi problemi, per rassicurazione psicologica o per ottenere indennizzi medico-legali.

I medici, ogni giorno, prescrivono sempre più esami diagnostici ma anche i pazienti, nel desiderio di ottenere una diagnosi sempre più raffinata, effettuano un gran numero di indagini.

"Prevenire è meglio che curare" è divenuto quasi uno slogan pubblicitario in ambito sanitario: si assiste ad un aumento sia della dose in-



---

dividuale che della dose collettiva, soprattutto nei paesi industrializzati.

La riduzione della dose (Radioprotezione), a tal proposito, rappresenta un obiettivo fondamentale da raggiungere sia per le case produttrici di apparecchiature che per gli utilizzatori.

A differenza di un farmaco che ha una dose minima efficace e una dose massima, oltre la quale c'è sicuramente un effetto tossico, in radiologia non esiste una dose così piccola da essere innocua pertanto non c'è un esame radiologico gratuito dal punto di vista radiobiologico. Esiste, però, una relazione lineare tra dose e rischio di danno: maggiore è la dose che comporta un esame radiologico, maggiore è il rischio di danno; di conseguenza maggiore dovrà essere il beneficio atteso dall'esame per compensare il rischio. Vi è, inoltre, un effetto cumulativo: ogni esposizione si somma alle precedenti avvenute

nella vita dell'individuo, costituendo una sorta di storia dosimetrica del paziente; quindi il rischio globale va valutato sommando i rischi corsi nell'arco della propria esistenza, in base a tutti gli esami radiologici a cui ci si è sottoposti.

I pazienti, tuttavia, sembrano non percepire tale rischio e anche i medici sottostimarli, spesso, per non incorrere in problemi di tipo medico-legale. E' necessario un utilizzo responsabile delle tecnologie disponibili; ricordiamo la Direttiva Euratom 97/43 per la protezione dei danni da radiazione, che stabilisce, che ogni esame che impiega radiazione ionizzanti (R.I.), deve essere giustificato e che una tecnica non ionizzante (ad es. la risonanza magnetica o l'ecografia) deve essere preferita in tutti i casi in cui possa dare informazioni diagnostiche approssimativamente equivalenti a quelle della tecnica ionizzante (cioè radiografia, TC, scintigrafia o PET). E', dunque, importante evitare gli

esami inappropriati, cioè gli accertamenti inutili che rappresentano una frazione tra il 30 e il 50% di tutte le indagini con R.I. effettuate ogni anno. Gli esami inappropriati moltiplicano i costi, allungano le liste d'attesa, tendenzialmente peggiorano la qualità dell'assistenza e, soprattutto, pongono a rischio la salute del paziente. Ricordiamo ancora il D.l.s 187/2000 che impone sanzioni pecuniarie e penali a chi prescrive ed esegue esami con R.I. senza adeguata giustificazione. La legislazione Europea, inoltre, impone al medico radiologo di controllare e di registrare la dose di radiazione emessa in ogni esame per evitare sovraesposizioni. Vi sono, poi, le Linee Guida Nazionali che definiscono i criteri che giustificano gli esami, sulla base dei principi cardine della radioprotezione: per ridurre i rischi è necessario valutare l'effettiva necessità di esami diagnostici con R.I. (principio di giustificazione) e definire le moda-



---

lità di indagine più opportune per ottenere le informazioni volute con l'impiego della minima dose possibile (principio di ottimizzazione). Il medico, prima di prescrivere un esame con R.I., dovrebbe stabilire (e discutere con il paziente) la sua reale utilità, valutando se le informazioni possano essere reperite dai risultati di esami precedenti o attraverso indagini di altro tipo che non comportino l'uso di R.I.. La persona, inoltre, che deve sottoporsi all'esame ha il diritto/dovere di essere adeguatamente informata sui rischi che l'indagine proposta comporta e sulla possibilità di esami alternativi ugualmente efficaci. Istruzione e formazione in generale, e in particolare la formazione nel campo della radioprotezione, sono ampiamente riconosciute come componenti chiave dei programmi di giustificazione e di ottimizzazione.

È importante essere consapevoli dei possibili pericoli derivanti dall'esposizione a R.I.. Sottovalutare i rischi potrebbe determinare un'esposizione ingiustificata del paziente alle radiazioni e un concomitante incremento complessivo della dose alla popolazione. Al contrario, sopravvalutando i rischi da radiazioni può portare il professionista verso preoccupazioni sproporzionate, così da scoraggiare i pazienti a sottoporsi a procedure radiologiche necessarie.

Oggi, l'aggiornamento delle tecnologie esistenti è in grado di migliorare le prestazioni degli strumenti radiologici, nell'ottica di assicurare al paziente prestazioni sempre più accurate e con i minimi rischi possibili derivanti dall'esposizione a R.I..

Nuove tecniche di ricostruzione iterativa sono state proposte da oltre tre decenni per migliorare la qualità delle immagini TC e ridurre rumore quantistico, dose ed artefatti.

Tuttavia, solo di recente si è resa disponibile una potenza di calcolo sufficiente a garantire tempi di ricostruzione clinicamente accettabili: il metodo iterativo ha sostituito la retroproiezione filtrata.

Le differenti case produttrici hanno immesso sul mercato differenti software: l'ASIR e la MBIR della GE, l'IRIS e la SAFIRE della Siemens, iDose4 della Philips, l'AIDR della Toshiba. Tali software consentono una ricostruzione più accurata dei dati grezzi acquisiti dallo scanner, con conseguente riduzione della dose erogata al paziente mantenendo il valore diagnostico delle immagini.

Il futuro sarà sempre più rappresentato dalla R.M., metodica sensibile che non utilizza R.I.. Per aumentare le potenzialità di Imaging (e quindi quantità e qualità delle informazioni ottenibili) in R.M. verranno aumentati man mano le intensità dei campi magnetici e dei gradienti a R.F. (risonanze fino a 7 Tesla), verranno utilizzate bobine a R.F. Phased Array a 32 canali; inoltre ci si orienterà verso metodi alternativi di sfruttare l'effetto di risonanza migrando da un imaging morfologico ad uno funzionale. Poi, ancora, il 3T diventerà lo standard per l'uso clinico: sarà possibile utilizzare il segnale per aumentare il rapporto segnale/rumore, aumentare la risoluzione spaziale, diminuire i tempi di scansione.

Altra tecnica innovativa è la Whole Body DWI, molto promettente per la diagnosi, valutazione dell'estensione e monitoraggio delle lesioni cancerose e metastatiche, che permette di individuare a uno stadio primordiale la maggior parte dei tumori, attraverso ricostruzioni tridimensionali e panoramiche dell'intero corpo. Questa metodica di studio non impiega R.I., non prevede la somministrazione del M.d.C. ed è caratterizzata da un breve tempo di acquisizione.

Quest'ultima nasce come tecnica alternativa alla scintigrafia o alla P.E.T. ed è utilizzata con alti volumi di attività in appena tre centri al mondo, e solo all'I.E.O. è applicata anche alla prevenzione oncologica. Altra sfida tecnologica è la P.E.T./R.M., sistema ibrido dall'elevato potenziale diagnostico, caratterizzata dall'integrazione tra l'elevata risoluzione spaziale e di contrasto

fornita dalle immagini R.M. e la quantità di informazioni metaboliche fornite dalle indagini P.E.T.. Essa consente di erogare una minor dose radiante rispetto ad altri sistemi ibridi.

Diversi presidi ospedalieri, attraverso l'utilizzo di sistemi informatici per il monitoraggio della dose (es. Total Quality Monitoring; Dose Watch) e del M.d.C. (es. Certegra), facilitano un attento e costante controllo della corretta esecuzione delle procedure radiologiche, anche in vista del futuro obbligo di trascrivere la dose nel referto, come previsto dalla normativa EURATOM 2013/59 art.58b, la cui entrata in vigore definitiva è prevista per il 2018.

A tal proposito nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana nasce il Dose Team, un gruppo di professionisti formati da T.S.R.M., radiologi, fisici, ingegneri, epidemiologi, chirurghi, infermieri, con lo scopo di contribuire alla verifica ed all'ottimizzazione dei protocolli tecnici, monitorare le dosi erogate nelle procedure radiologiche, contribuire alla valutazione di nuovi dispositivi hardware e software, collaborare alla formazione del personale tecnico e alla didattica per gli studenti e promuovere ricerche scientifiche nel settore di competenza.

L'evoluzione tecnologica in continuo sviluppo deve necessariamente essere supportata da un'evoluzione professionale multidisciplinare. L'8 novembre 1895 nasce la Radiologia che, attraverso un percorso flebile e tumultuoso, si propone oggi con tutta la potenza delle attuali "macchine radiologiche" che sfidano ogni giorno le nostre capacità di discernimento e di intelligenza. Non si deve mai dimenticare che dietro ad ogni macchina, per quanto perfetta e complicata essa sia, vi deve essere un uomo in grado di governarla, un team, dei professionisti che si formano continuamente con scrupolo e professionalità, che rimangono al passo con le moderne tecnologie con lo scopo di fornire servizi di alta qualità e trarre il miglior beneficio per la società e il paziente.

---

## Prevenzione in andrologia: il ruolo del pediatra

**L**e patologie andrologiche riguardano una fascia rilevante della popolazione maschile. E' stato stimato che circa un italiano su tre risulta affetto da tali patologie, con percentuali variabili in rapporto all'età: il 27% dei soggetti di sesso maschile al di sotto dei 18 anni presenta problematiche riproduttive e/o sessuali, soprattutto criptorchidismo, varicocele, ipogonadismo, anomalie congenite e malattie sessualmente trasmesse; in età adulta il 40% degli uomini risulta affetto da patologie andrologiche, in particolare infertilità e problematiche sessuali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rende noto che l'infertilità interessa il 15% delle

coppie italiane (80 milioni di persone al mondo) e che, in circa il 50% dei casi, è il maschio ad avere qualche alterazione; inoltre, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), questa problematica aumenterà sempre di più e si stima che circa il 19% delle future coppie avrà problemi di infertilità e fino al 4% sarà sterile.

Molte delle patologie andrologiche che si manifestano in età adulta hanno origine prima dei 18 anni, talvolta addirittura durante la gestazione e l'età neonatale: la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e la prevenzione di tali condizioni assumono quindi un'importanza fondamentale; altrettanto importante è anche l'in-

dividuazione dei fattori di rischio implicati nello sviluppo delle patologie andrologiche e della sfera sessuale che si manifestano in età adulta.

La prevenzione delle problematiche di natura andrologica deve partire quindi precocemente, anzi molto precocemente, già in età pediatrica e addirittura in gravidanza: la salvaguardia della salute sessuale dei futuri uomini si fonda su una corretta informazione e formazione dei giovani e dei loro genitori in ambito andrologico da parte di un'assistenza sanitaria qualificata. Una opportuna informazione e la prevenzione possono ridurre le patologie andrologiche di oltre il 50% contri-





La salute andrologica dal bambino all'adulto.

Questi sono gli opuscoli che si possono trovare sul sito, sono materiali informativi semplici rivolti ai ragazzi.

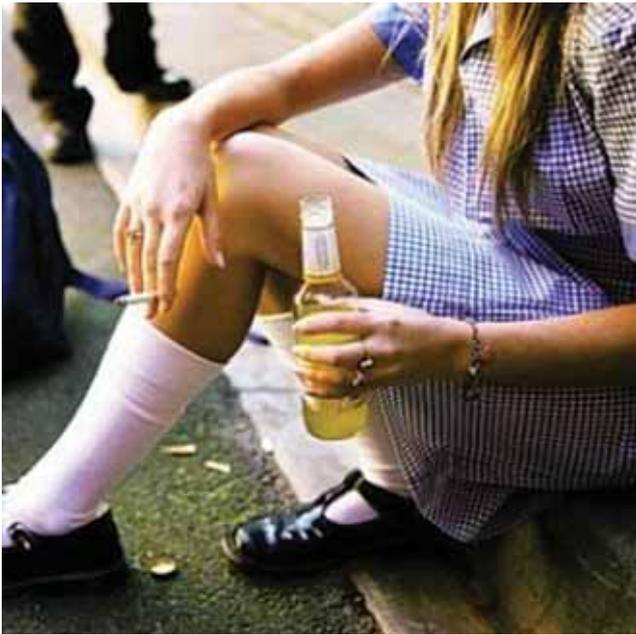
buendo a preservare la fertilità e a provocare una vera e propria rivoluzione culturale per cui la procreazione diventa non solo un bisogno della coppia ma dell'intera società, un prezioso strumento da usare consapevolmente ed autonomamente nell'ambito di un Paese, l'Italia, che invecchia progressivamente ed è caratterizzato da una soglia di sostituzione tanto bassa da mettere in serio pericolo il welfare nei prossimi anni.

Nonostante i notevoli progressi della scienza in tutti i suoi settori, la salute andrologica costituisce ancora una tematica poco affrontata per una serie di motivi storici

e culturali: molti giovani non sono affatto seguiti nel corso del loro sviluppo puberale, psicosessuale ed emozionale per cui le diagnosi in ambito andrologico sono spesso tardive così da ridurre in maniera sostanziale gli interventi terapeutici e la loro efficacia e peggiorare la prognosi del paziente. La salute andrologica non deve essere trascurata e merita l'interesse degli operatori sanitari, in particolare del pediatra, anche perché è venuta meno la visita di leva, unica forma di screening di primo livello per i giovani maschi.

La gonade maschile è estremamente suscettibile agli insulti esterni in epoca gestazionale e

anche dopo la nascita, fino alla pubertà: il pediatra che ha come "missione" la tutela della salute del bambino diviene così fondamentale nella prevenzione e nella diagnosi precoce delle patologie andrologiche con notevoli benefici che ripercuotono sulla collettività. E' opportuna inoltre l'istituzione di un filo diretto tra operatori sanitari ed adolescenti: i primi devono costituire un punto di riferimento per i giovani, una figura a cui porre interrogativi e da cui apprendere che uno stile di vita scorretto, il fumo, l'alcool, l'obesità e una sessualità poco consapevole costituiscono un rischio concreto per la propria fertilità.



santi, solventi industriali, inchiostri, vernici, sostanze adesive e molti altri. I più conosciuti, forse, sono gli ftalati, che derivano dalla plastica e possono essere presenti anche nei giocattoli dei bambini. È quindi molto importante cercare di ridurre al minimo i contatti dei bambini con queste sostanze.

6-12 mesi di vita, nei restanti casi è necessario intervenire quanto più precocemente per evitare che si possano creare dei danni al testicolo. Il pediatra, una volta identificata tale condizione, deve, laddove sia necessario, indirizzare il bambino verso il trattamento più indicato.

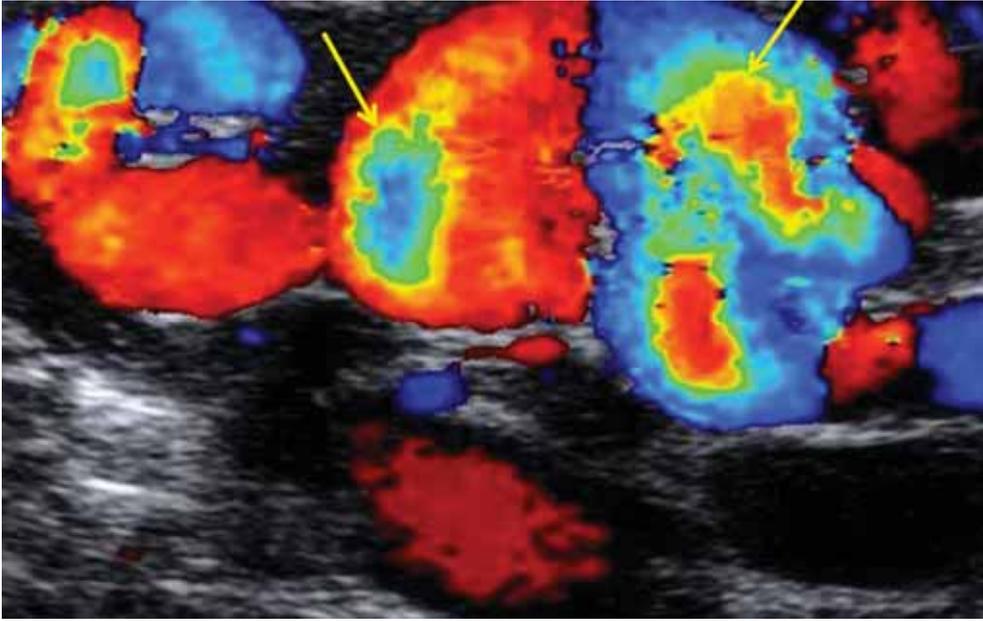
Un altro importante fattore di rischio per l'infertilità maschile è rappresentato **dal sovrappeso e dall'obesità**, condizioni che ad oggi interessano 1 bambino su 3 e che tendono a cronicizzare e a persistere nella vita adulta. Un bambino in sovrappeso o obeso alla pubertà ha uno squilibrio ormonale che può avere effetti negativi sia sullo sviluppo sessuale sia sullo sviluppo degli spermatozoi nel testicolo. L'infertilità si aggiunge quindi alle molte altre conseguenze negative dell'obesità contro la quale da anni i pediatri lottano.

Già nella vita fetale e successivamente nell'età dello sviluppo fino all'età adulta, alcune sostanze dette **endocrine disruptors** possono avere effetti negativi sulla futura fertilità maschile. Queste sostanze sono degli inquinanti ambientali presenti praticamente ovunque che possono interferire a livello ormonale. L'elenco di queste sostanze è molto lungo e comprende pesticidi, metalli pe-

Una problematica che sicuramente già alla nascita può seriamente interferire con la futura fertilità del ragazzo è rappresentata dal **criptorchidismo**, ovvero un testicolo che non si trova nello scroto. Questa condizione interessa il 3-5% dei neonati ed è più frequente nei bambini nati pretermine. Sebbene nell'80% dei casi il testicolo scende nello scroto spontaneamente entro i

Sappiamo anche che alcuni comportamenti piuttosto frequenti fra i ragazzi possono, in misura variabile, andare ad incidere sul futuro potenziale riproduttivo dell'adolescente. **L'abitudine al fumo di**





**sigaretta, l'uso di marijuana, l'abuso di bevande alcoliche e il consumo di sostanze stupefacenti** sono state associate a danni genetici a livello del DNA degli spermatozoi e ad alterazioni della loro mobilità e quindi ad una riduzione della fertilità maschile.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità il 20% dei ragazzi italiani fuma **sigarette** e l'87% dei fumatori inizia a fumare prima dei 20 anni. Il 20% circa degli adolescenti fa anche uso di **marijuana**, sostanza d'abuso che negli ultimi anni ha registrato un aumento dei consumi fra i giovani. L'abuso di **alcol** interessa il 64% degli adolescenti e fino al 10% in maniera abitudinaria. Se consideriamo che negli adolescenti è molto frequente il **policonsumo** di fumo, alcol e marijuana (fino al 64% dei ragazzi) è chiaro come questi fattori di rischio, sommandosi l'un l'altro, possano in qualche modo danneggiare i testicoli, in un'età delicata che è quella della maturazione e dello sviluppo. È quindi fondamentale che il pediatra, l'adolescentologo, ma anche le istituzioni, nell'ottica della prevenzione, facciano conoscere ai giovani l'impatto che questi loro comportamenti potranno avere sulla loro fertilità futura.

Un altro fattore di rischio per infertilità è rappresentato dalle **ma-**

**lattie sessualmente trasmesse (MST)**. Ogni anno in Italia il 19,5% dei nuovi casi di MST viene diagnosticato in giovani fra i 15 e i 24 anni. Alcune MST (come la chlamydia, la gonorrea, la sifilide, l'HIV, gli herpes-virus e soprattutto il virus del papilloma umano), che nel ragazzo possono essere asintomatiche, hanno la capacità di raggiungere il testicolo e di danneggiarlo. Purtroppo spesso i giovani non conoscono proprio le MST più comuni e soprattutto i molti rischi che si possono correre ad avere rapporti sessuali non protetti. È fondamentale quindi che i pediatri, le istituzioni e le famiglie educino i ragazzi ad una sessualità responsabile.

Il **varicocele**, ovvero la dilatazione di alcune vene del testicolo, è una delle condizioni frequente fra gli adolescenti (circa il 20% ne sono affetti) e, allo stesso tempo, è uno dei fattori di rischio più importanti per l'infertilità. Nonostante sia così comune, spesso non viene diagnosticato o la sua diagnosi avviene per caso perché questa condizione non viene indagata abbastanza. È importante che il ragazzo sia periodicamente visitato anche durante l'adolescenza per verificare che non sia affetto da questa patologia così frequente e per trattarla in maniera tempestiva quando neces-

sario.

Risulta chiaro da quanto osservato la possibilità di prevenire la maggior parte di questi fattori di rischio, sia con una diagnosi e un trattamento precoce delle condizioni mediche (come nel caso del criptorchidismo e del varicocele), sia attraverso la sensibilizzazione dei giovani all'adozione di comportamenti più responsabili.

Dovrebbero essere istituiti percorsi formativi finalizzati a tutelare la salute sessuale dei giovani che coinvolgono le Università, le Aziende Ospedaliere, i Dipartimenti Materno-Infantile, i Consultori. Tali percorsi dovranno prevedere l'istituzione di corsi per Pediatri di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale, figure privilegiate in quanto in grado di stabilire un rapporto fiduciario con il cittadino; tali corsi sono finalizzati a sensibilizzare gli operatori sanitari in ambito andrologico e della salvaguardia della salute riproduttiva e sessuale in generale, a fornire al pediatra gli strumenti necessari ad effettuare un Bilancio di Salute con riferimento all'apparato riproduttivo al termine dello sviluppo puberale e a formare gli operatori sanitari in modo che questi possano informare i cittadini sia nel proprio studio che attraverso la diffusione di informazioni e materiali qualificati anche nell'ambito di campagne ministeriali per la tutela della fertilità.

**Estesa concretamente ai bambini e agli adolescenti, la prevenzione andrologica rappresenterebbe un importante progresso sociale e culturale volto a tutelare la salute e il potenziale riproduttivo delle future coppie italiane.**

---

# L'Ordine informa

## Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

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

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

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

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

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

Procedura di attivazione:

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

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

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

### **Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica**

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



Un futuro di  
qualità per i  
nostri figli e un  
mondo senza  
distrofia muscolare di  
Duchenne e Becker

## Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

*Siamo un'associazione di genitori con figli affetti da distrofia muscolare di Duchenne e Becker.*

Dal 1996 lavoriamo per migliorare il trattamento, la qualità della vita dei nostri ragazzi e delle famiglie attraverso la ricerca, l'educazione, la formazione e la sensibilizzazione. Condividiamo la nostra battaglia con famiglie di tutto il mondo, riunite nella Federazione United Parent Projects Muscular Dystrophy (UPPMD).

*La distrofia muscolare di Duchenne e Becker è una grave malattia rara per la quale non c'è ancora una cura.*

La Duchenne è la forma più grave delle distrofie muscolari perché si manifesta già in età pediatrica e causa una progressiva degenerazione dei muscoli. Crescendo i ragazzi perdono la capacità di muoversi, nutrirsi e respirare autonomamente. La Becker è una variante più lieve, il cui decorso varia però da paziente a paziente.

*Quando al proprio figlio viene diagnosticata questa grave malattia rara, la famiglia deve imparare a confrontarsi con una patologia che investe ogni aspetto della quotidianità.*

In questi anni, abbiamo imparato che l'informazione fa la differenza tra la vita e la morte. Per questo, nel 2002, abbiamo aperto il Centro Ascolto Duchenne che segue oltre 600 famiglie con programmi personalizzati. Il servizio, completamente gratuito, fornisce assistenza, consulenza psicologica, educativa, legale, informazioni e formazione per i genitori. Il Centro Ascolto Duchenne collabora attivamente con medici di base, pediatri, specialisti e affianca insegnanti, operatori sanitari e sociali per costruire percorsi di integrazione e servizi dedicati.



**Grazie ad un protocollo con Assofly Onlus, Parent Project Onlus ha aperto una sede regionale anche a Pisa.**



**[www.parentproject.it](http://www.parentproject.it)**

**Per destinare il 5X1000:**

*firma nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ecc." C.F. 05203531008*

**Per fare una donazione:**

*c/c postale 94255007*

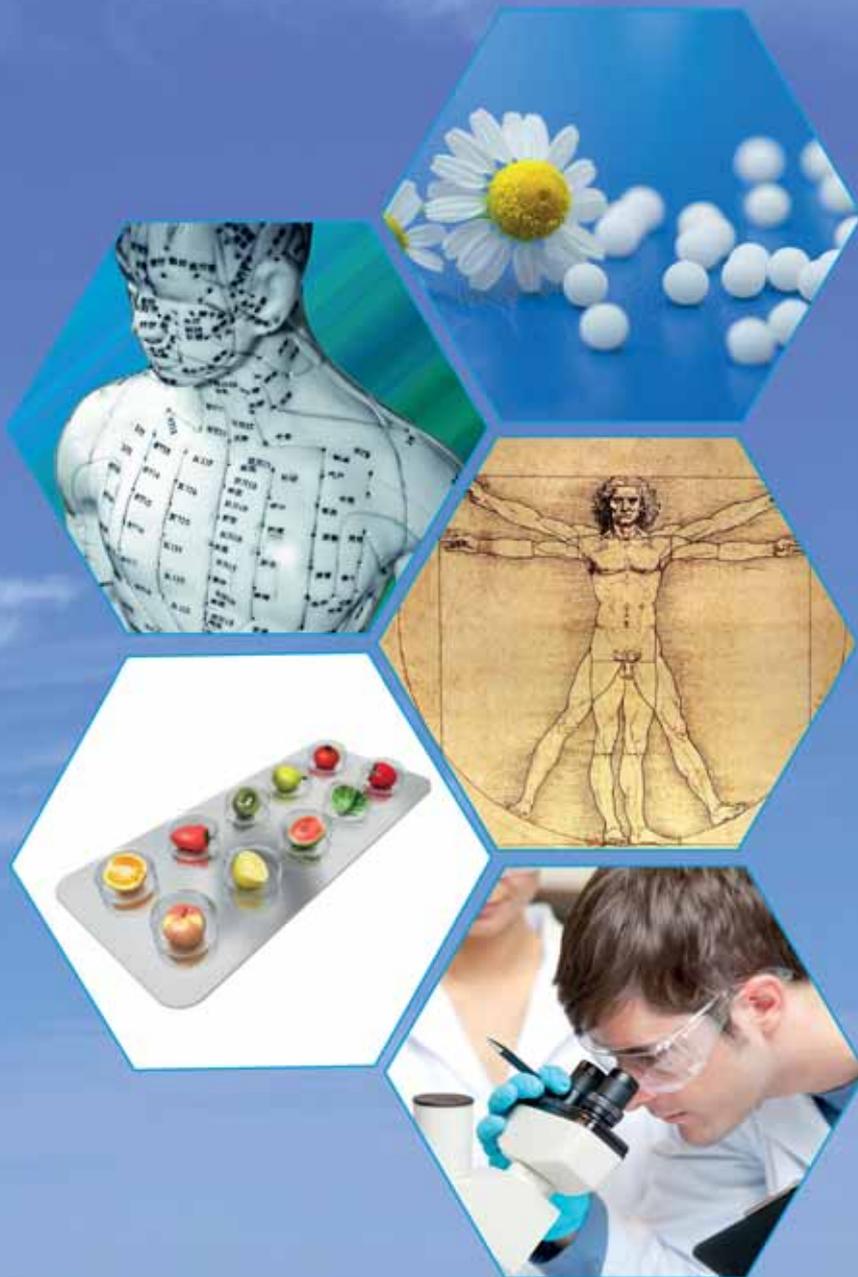
*BCC Ag. 19*

*IBAN IT 38 V 08327 03219 000000005775  
intestati a Parent Project Onlus*



# Igea Network

[www.igeanetwork.eu](http://www.igeanetwork.eu)



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