

PisaMedica

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

Sped. a. p. 45% - art. 2 comma 20/b - Legge 662/96 Filiale di Pisa - €2,00



in questo numero:

Il trapianto di fegato nella Regione Toscana

F. Filippini
DAI di Trapiantologia Epatica,
Epatologia e Infettivologia A.O.U.P.

La prevenzione del rischio biologico negli studi dentistici

R. Pellegrini
Libero Professionista
Specialista in Odontostomatologia - Tutor 81/08

L'ecografia polmonare nello scompenso cardiaco

L. Gargani
Scuola di Specializzazione in Cardiologia
Università di Siena - Istituto di Fisiologia Clinica
CNR e Fondazione G. Monasterio Pisa

Il nuovo Centro Servizi "L'Aeroscalo": l'edificio più moderno e tecnologico nel cuore dell'area di sviluppo di Pontedera.



Cinque piani di aree direzionali, un piano terra destinato ad attività commerciali, tutti tecnologicamente attrezzati. Superfici variabili con dimensioni che vanno dai 64 mq. sino ad oltre i 1200 mq. o più. "Semplici numeri" che sono alla base del nostro progetto accuratamente predisposto per rispondere alle nuove sfide del mercato. Tutto questo nel più prestigioso ed ipertecnologico edificio, a due passi dal centro di Pontedera, nella nuova zona industriale sorta al centro di una rete viaria ed infrastrutturale che non ha eguali nell'intera regione.

Come abbiamo tradotto il concetto di spesa in INVESTIMENTO

Qualità ed innovazione nelle scelte costruttive, risparmio energetico e spinta alla esclusiva caratterizzazione lo rendono unico sul territorio, sia per contenuto tecnologico che per posizione.

I minori costi per le comunicazioni e per la connettività, i ridotti consumi per il riscaldamento ed il raffreddamento, per effetto delle tecnologie adottate e degli accordi fatti dal consorzio con fornitori di servizi e di energia consentono di garantire i più bassi costi di gestione.

Le dotazioni tecnologiche, l'elevato comfort ottenuto con le caratteristiche di involucro e la sua collocazione al centro dell'area industriale lo rappresentano come esclusiva destinazione per chiunque intenda risolvere esigenze di razionalizzazione delle proprie attività professionali e per integrarle con interessanti opportunità di investimento.

Tutto questo garantisce parametri interessanti di redditività anche nel caso di successiva locazione.

La sua posizione lo rende facilmente raggiungibile da ogni punto sia della zona industriale che della città; la vicinanza al centro cittadino e gli ampi parcheggi ne consentono

l'impiego anche per destinazioni a servizio al pubblico. La posizione strategica raccorda efficacemente le nuove aree industriali al centro della città ed al territorio circostante; il tutto completato da un apparato infrastrutturale unico per la presenza di arterie e snodi che integrano le diverse forme di mobilità disponibili: aerea, marittima, stradale, ferroviaria. Inoltre su richiesta del cliente, la consegna dell'unità immobiliare potrà essere comprensiva dell'arredamento dei locali.

Per vedere il video sul cellulare

Solo per cellulari con fotocamera e connessione al web

- 1) Invia un SMS al 345.6737562 con scritto CAMPUS
- 2) Riceverai un SMS con il link per scaricare la versione di lettore QR per il tuo cellulare
- 3) Clicca il link, il software "i-nigma" si autoinstalla
- 4) Lancia il programma e inquadra con la fotocamera del cellulare il codice QR
- 5) Il cellulare si collega al sito web con i contenuti multimediali



Inizio consegne: Giugno 2011



Contattateci o visitate i nostri uffici presso CNA di Pontedera in Via Brigate Partigiane, 2
Tel. 0587 59038 - Fax 0587 52044 - cell. 345.6737562 - www.progettocampuspontedera.it

Federalismo e salute: a chi giova?

Tanto tuonò che piovve. Era chiaro che procedendo, a torto od a ragione, nella politica del federalismo, ogni nodo nel campo della tutela della salute sarebbe giunto inesorabilmente al pettine. Le Regioni gestiscono da sempre il proprio bilancio secondo programmi individuali ed esigenze locali. Questo è nel loro diritto istituzionale. Anche in tema d'assistenza sanitaria differenze ce ne sono, soprattutto sul piano organizzativo. C'è chi è più avanti e chi meno. Ma il rischio di radicalizzare il problema è facilmente intuibile.

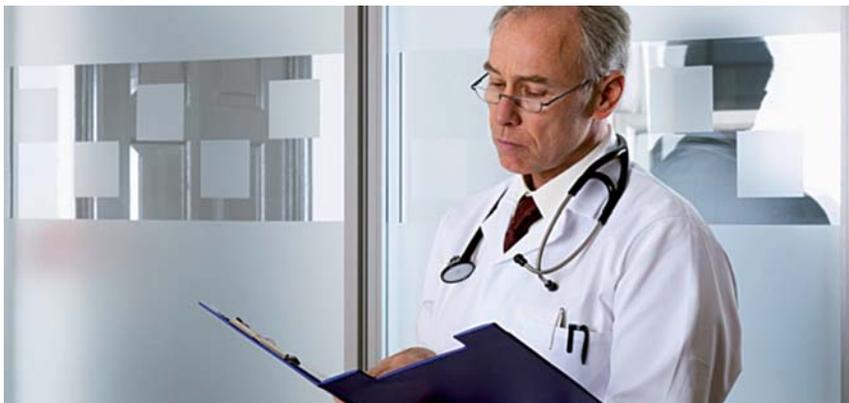
Avremo da un lato regioni di serie A e di serie B. Ben vengano le disposizioni del Parlamento che controllano a stretto giro l'attività degli enti locali, prevedendo grosse sanzioni ai bilanci in rosso. E' una dimostrazione della necessità di una costante verifica centralizzata. E' un pò come l'Unione Europea che si fa garante dello spirito che l'ha vista nascere. Non si può andare ognuno per conto proprio, perché alla fine un elemento come l'euro, con buchi in un Paese od in altro, finisce per indebolirsi a scapito della sicurezza collettiva.

Ecco quindi che il tutto, traslato in tema di salute, non può esimersi dal sottolineare l'importanza di un equi-

librio. La conferenza Stato - Regioni è allora lo strumento che deve garantire un raccordo a tutela soprattutto dei cittadini, uguali da nord a sud, agendo attivamente con azioni di stimolo ed al contempo di controllo.

Quando nacquero le Regioni, 40 anni fa, gli Assessorati alla Sanità avvertirono da subito il bisogno di coordinarsi fra loro proprio per uniformare intendimenti e programmi. Si comprese infatti che la salute è un bene comune: un divario marcato avrebbe come prima conseguenza la migrazione nelle regioni più funzionali di cittadini delusi e preoccupati di quanto e come il proprio ente locale gestisce la loro salute.

Dal canto nostro, ribadiamo il concetto che la salute è uguale per tutti e che, nell'autonomia operativa e gestionale di ciascuna, sosteniamo l'impegno di tutti per il bene comune. Federalismo può essere una parola vuota, priva di contenuti oppure il contrario: dipende quale sia il valore pratico che le si voglia dare. Parliamo pure di federalismo, quindi, ma ricordiamoci che se uno di noi per ragioni di lavoro deve cambiare residenza da una regione in attivo in una regione in rosso, poi non può lamentarsi.



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 Mameli,
Paolo Monicelli, Paolo Giuseppe Baldi,
Carlo Borsari, Piero Bucciantti,
Antonio De Luca, Sergio Ghione,
Cataldo Graci, Eugenio Orsitto,
Mario Petrini, Paolo Rindi, Massimo Seccia,
Elio Tramonte, Teresa Galoppi,
Franco Pancani, Maria Cecilia Villani,
Gabriele Bartolomei, Paolo Graziani

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini,
Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

L'Ordine informa

Dopo lunghe trattative, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è riuscita a stipulare una convenzione con i più importanti gestori di posta elettronica certificata in modo da consentire agli iscritti agli Ordini italiani di adempiere all'obbligo di legge* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC. L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita agli iscritti, ha attivato la convenzione nazionale con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, in modo da consentire, a chi fosse interessato, di acquistare una casella di Posta Certificata al costo di **€ 5.50 per la durata di 3 anni** (il costo minimo della PEC fuori convenzione è di circa € 5 l'anno).

Nella convenzione è prevista la comunicazione dell'attivazione della PEC all'Ordine da parte del gestore Aruba stesso senza ulteriori oneri per gli iscritti.

Naturalmente chi non fosse interessato alla convenzione può optare per un qualsiasi gestore a proprio piacimento, con l'unico obbligo di comunicare all'Ordine l'avveunta attivazione della PEC.

SI INVITANO PERTANTO TUTTI GLI ISCRITTI A DOTARSI DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA*

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

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

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

**Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008, pubblicato sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato debbano dotarsi di una casella PEC e comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.*

Intervista al nuovo assessore alla Sanità Toscana

Daniela Scaramuccia, ingegnere nucleare della società di consulenza McKinsey&Company è una donna giovane, 37 anni, con esperienza nel privato, proveniente da un'altra regione. A lei il compito gravoso di affrontare riforme importanti come la riduzione del numero delle Asl. E' nata ad Ivrea nel 1973 e ha compiuto gli studi nel corso di Laurea in Ingegneria Nucleare presso il Politecnico di Torino. Sposata, nel 2001 è entrata alla McKinsey&Company, una delle più note società di consulenza strategica e direzionale, dove si è occupata di sanità pubblica, di sostenibilità economica e ottimizzazione dei percorsi ospedalieri. Già dalle sue prime apparizioni nel settore di sua pertinenza, ha riscosso positivi consensi tra gli addetti ai lavori, principalmente per la sua grande capacità nel "saper ascoltare" ed affrontare il confronto con spirito collaborativo.

Qual è stata la sua prima sensazione quando le è stato offerto il nuovo incarico?

La prima reazione è stata di incredulità e timore di non essere all'altezza dell'incarico che mi veniva proposto. In passato mi sono occupata di sanità pubblica, ma come consulente, seguendo progetti sull'analisi di sostenibilità economica, l'ottimizzazione dei percorsi intraospedalieri dei pazienti, il miglioramento della produttività degli ospedali. Devo dire che l'idea di passare dal lavoro di consulente a un lavoro che ti fa incidere concretamente sulle scelte per la salute del cittadino, mi è sembrata una bella opportunità. E l'ho colta.

Pur nell'ambito di una situazione difficile del settore salute, la Toscana ha rappresentato un modello di gestione, anche nell'equilibrio pubblico-privato. Cosa c'è, secondo lei, da migliorare o da cambiare?

Le aziende della sanità privata, benché con una minore concentrazione rispetto ad altre regioni, svolgono anche in Toscana un ruolo importante, rappresentano un'opportunità ed infatti l'integrazione con il sistema pubblico esiste attraverso l'accreditamento e il convenzionamento.

Il ricorso maggiore alla sanità privata non può essere visto solo in termini di compensazione di alcune carenze pubbliche, perché non vogliamo rinunciare a migliorare le prestazioni del servizio sanitario pubblico (tempi di attese, tecnologie) su cui siamo particolarmente impegnati, e perché l'inte-

grazione deve avvenire in maniera mirata e ragionata, in quanto l'obiettivo è quello di mettere al centro la persona con il suo bisogno di cura. Dovremo poi presidiare affinché sia nel pubblico che nel privato ci sia un sistema di qualità e di controlli adeguato.

Dopo un percorso di quasi quarant'anni, il passaggio completo delle strutture sanitarie all'ospedale di Cisanello, ritenuto ormai prossimo, è slittato ufficialmente intorno al 2015.

Cos'è che ha determinato lo slittamento dei termini? Cinque anni non sono troppi per dare una data certa?

Il fatto che qualcuno avesse già cominciato a immaginare il trasferimento dell'ospedale quarant'anni fa non significa che il progetto risalga a quella data. In realtà l'embrione dell'attuale Cisanello comincia a svilupparsi alla fine del 2002, nel 2004 prende forma, ma è solo nel 2007 che si concretizza l'idea di procedere su un progetto unitario e non più per sezioni.

Questo cambio di prospettiva, che avviene nel 2007, è lo snodo fondamentale da cui ripartire. Da allora sono stati sostanzialmente rispettati i tempi indicati nel cronoprogramma e tutte le parti ultimate sono già utilizzate. La prossima struttura ad entrare in funzione sarà, nei prossimi mesi, il Dipartimento DEU, con cui sarà completato il trasferimento nel cosiddetto primo potenziamento.

È ragionevole affermare che saranno rispettati i tempi previsti anche per la realizzazione della piastra diagnostica

(2013) e il completamento dei lavori strutturali del secondo potenziamento (2015).

Si parla della necessità di un federalismo della salute, marcando ancor più il divario fra regioni ricche e povere, brave o meno. Qual è il suo pensiero in proposito?

Il sistema sanitario è già un sistema federalista in Italia, perché esiste una forte delega di potere alle Regioni. Questo ha portato dei grossi benefici alla crescita del sistema, perché ha avvicinato i luoghi istituzionali della responsabilità al cittadino, ma al tempo stesso ha evidenziato come nel nostro sistema ci siano grosse differenze tra Regioni, sia in termini di qualità dei servizi sia in termini di efficienza e contenimento dei costi. Quindi il problema del divario tra Regioni già esiste ed è anzi il grosso problema del nostro Servizio sanitario nazionale.

L'entrata in funzione del federalismo riguarderà soprattutto il versante delle entrate e dell'autonomia finanziaria. Esso rappresenta una sfida alle capacità di governo delle Regioni e se le Regioni meno virtuose non sapranno raccogliere questa sfida, il divario potrà anche aumentare.

Col federalismo, il problema principale è individuare una modalità equa di distribuzione del fabbisogno e assicurare la sua copertura attraverso meccanismi di perequazione. Le Regioni dovranno mostrare una capacità di collaborazione, al fine di trasferire esperienze e capacità nelle aree che presentano risultati peggiori.

F. Filippini - G. Arenga - L. Baldoni - E. Balzano - G. Biancofiore - M. L. Bindi - M. Bisà - P. Carrai - G. Catalano - L. Coletti - P. De Simone - J. Ducci - M. Esposito - A. Ferrara - D. Ghinolfi - L. Meacci - M. Montagnani - R. Mozzo - S. Petruccelli - G. Tincani e tutto il Personale Infermieristico del Coordinamento Trapianto Fegato, del reparto di Degenza Protetta e della Sala Operatoria della U.O. Chirurgia Generale e Trapianti e della SOD Anestesia e Rianimazione DAI di Trapiantologia Epatica, Epatologia e Infettivologia A.O.U.P.

Il trapianto di fegato nella regione Toscana

Il sistema donazione e trapianti della regione Toscana è entrato, a buon titolo, nella fase di piena maturità e appartiene di diritto ai sistemi più avanzati in ambito nazionale e internazionale. Ne sono espressione i risultati delle attività annuali di donazione e trapianto, che collocano la nostra Regione tra le prime al mondo ed hanno contribuito ad annullare il divario perdurante con il resto dell'Occidente. Con riferimento al 2009, la Toscana ha registrato 48 donatori cadavere effettivi per milione di popolazione, rispetto alla media nazionale pari a 21,2 pmp. Tali valori sono superiori a quelli raggiunti dalla Spagna (34,4 pmp) e dagli USA (22,4) nello stesso anno. I progressi raggiunti in campo trapiantologico non rappresentano soltanto il risultato del miglioramento globale del sistema Sanità regionale, ma anche l'adeguamento dei livelli di assistenza alle istanze espresse dalla società civile. In senso squisitamente sociologico, il successo della trapiantologia è un risultato collettivo, ove trovano voce tutte le componenti della moderna società, dai cittadini, agli operatori professionali, ai legislatori, agli amministratori pubblici.

I momenti decisivi per il progresso conseguito sono stati, a livello nazionale, la legge 91 del 1° aprile 1999, e, a livello regionale, il piano di riorganizzazione regionale iniziato con le Azioni Programmate Donazione-Trapianto del 1996, 1999, 2001 fino all'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) nel 2003. La legge nazionale 91/1999 ha istituzionalizzato i livelli di organizzazione che compongono la rete trapiantologica italiana e ne ha definito chiaramente gli ambiti di competenza: il Centro Nazionale Trapianti (CNT),

le organizzazioni interregionali (Nord Italia Transplant program (NITp), Associazione InterRegionale Trapianti (AIRT) e Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST)), i coordinamenti regionali e i coordinamenti locali alla donazione istituiti presso ciascuna delle aziende sanitarie del territorio nazionale. Mentre il CNT ha il compito di indirizzare le strategie nazionali e i coordinatori regionali quello di operare un governo clinico regionale, le tre organizzazioni interregionali (NITp, AIRT e OCST) e i coordinatori locali operanti a livello locale rappresentano il braccio operativo dell'intera rete trapiantologica italiana. La creazione di una rete così strutturata, imperniata sulle realtà organizzative locali e regionali venutesi a creare storicamente, ha favorito lo sviluppo della attività donative e trapiantologiche, integrandole nelle finalità e attività del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Ancor prima della legge 91/1999, nel 1996 la Regione Toscana aveva avviato un programma di ristrutturazione organizzativa delle attività di donazione e trapianto al proprio interno, mediante il varo di tre consecutive Azioni Programmate Donazione-Trapianto (1996, 1999, 2001). Tali Azioni Programmate avevano introdotto in Toscana il modello dei coordinamenti locali alla donazione affidandoli a personale sanitario a tempo pieno e collocandoli in termini di responsabilità entro le Direzioni aziendali delle istituzioni ospedaliere. E' sempre con tali Azioni Programmate che nel 1996 la Regione si dota di nuovi programmi trapianto, come quello di fegato istituito presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Nel 2003, infine, la Toscana si è dotata di una struttura di governo clinico delle attività di

donazione e trapianto – l'OTT – che presiede alla coordinazione e integrazione operativa e funzionale di tutte le strutture e gli operatori della rete regionale, nonché alla programmazione e controllo delle attività.

Il programma trapianto di fegato: *vision e mission*

La nascita del programma trapianto di fegato della regione Toscana ha avuto luogo, quindi, in un momento in cui le autorità sanitarie regionali iniziano un percorso di modernizzazione della rete sanitaria regionale e di adeguamento ai progressi tecnici e scientifici, unitamente alle cresciute aspettative di salute della popolazione di assistiti. Tale chiave di lettura è estremamente importante per comprendere appieno le ragioni dell'inserimento, avvenuto gradualmente nel corso degli anni successivi, del programma trapiantologico epatico nel contesto delle attività sanitarie della Toscana, integrandolo con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. Il primo processo è consistito nell'integrazione intra-ospedaliera all'interno della stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, mediante la collaborazione istituzionalizzatasi con le UU.OO. aziendali di Epaologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Anatomia-Patologica, Centro Sangue e Laboratorio. Tale processo ha condotto alla creazione di una rete funzionale intra-ospedaliera che permettesse la realizzazione di un percorso intra-aziendale dedicato ai pazienti epatopatici. Il secondo processo è consistito nella realizzazione di una rete regionale integrante le strutture specialistiche delle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie regionali, con lo scopo di creare un

percorso regionale integrato dedicato alla gestione dei pazienti affetti da epatopatie acute e croniche e, recentemente, alla gestione del trauma epatico maggiore. In tal modo la Toscana si è dotata non solo di un centro trapianti di fegato, ma di un percorso dedicato alla gestione dei pazienti regionali e extraregionali affetti da patologie epatiche di interesse epatologico. Sin dall'inizio del proprio percorso, infatti, le competenze trapianto logiche regionali sono state impiegate nell'assistenza non solo dei cittadini toscani, ma anche di pazienti provenienti dalle altre regioni italiane e da Paesi europei ed extra-europei, a tal punto che, all'atto della presente pubblicazione, la popolazione di assistiti che si è rivolta presso il Centro trapianti di fegato di Pisa rappresenta il 45% circa dell'intera coorte di pazienti trattata dall'inizio dell'attività. Tale sviluppo non avrebbe potuto aver luogo senza l'interazione tra le realtà sanitarie locali e l'amministrazione regionale, tra Centro e periferia, tra operatori sanitari, amministratori, detentori di interesse (*stakeholders*), pazienti e le loro famiglie: ossia un programma di governo clinico regionale.

L'attività

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio 1996 e il 31 dicembre 2009 sono state realizzate 1100 procedure di trapianto di fegato presso la nostra istituzione (Fig. 1). L'analisi condotta sulle prime 1000 procedure eseguite dall'inizio dell'attività fino al 14 febbraio 2009 dimostra come le procedure de novo sono state 959

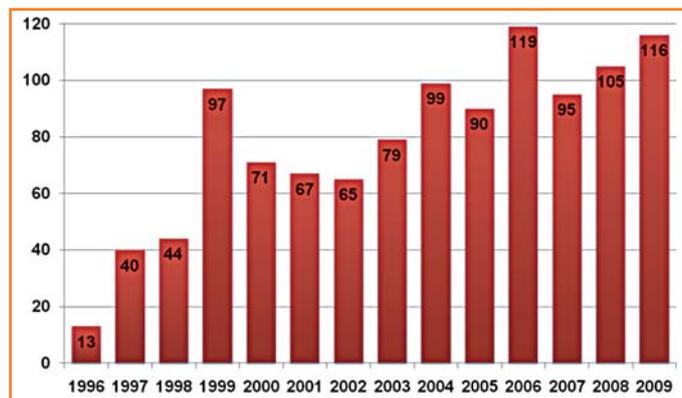


Figura 1 L'attività trapianto di fegato presso il Centro di Pisa

e i re-trapianti 41. La popolazione di pazienti trapiantati (#959) aveva un'età media di 51 anni, mentre i maschi erano 710 (74.1%) vs. 249 (25.9%) donne. L'indicazione al trapianto di fegato primario nei 959 pazienti è rappresentata in Figura 2. Trecentosedici pazienti (32.9%) sono stati trapiantati per carcinoma epatocellulare (HCC); 249 (25.9%) per cirrosi correlata al virus dell'epatite C (HCV); 121 (12.6%) per cirrosi secondaria al virus dell'epatite B (HBV); 79 (8.2%) per cirrosi alcolica; 52 (5.4%) per cirrosi autoimmunitaria/biliare; 39 (4%) per epatite fulminante di differente etiologia; 16 (1.6%) per cirrosi criptogenetica e 87 (9.1%) per epatopatia cronica di altra natura (Fig. 2). In considerazione, tuttavia, dello stato virale, 355 (37%) pazienti erano portatori di infezione HCV-correlata, 175 (18.2%) di infezione HBV, 79 (8.2%) di infezione HCV-HBV,

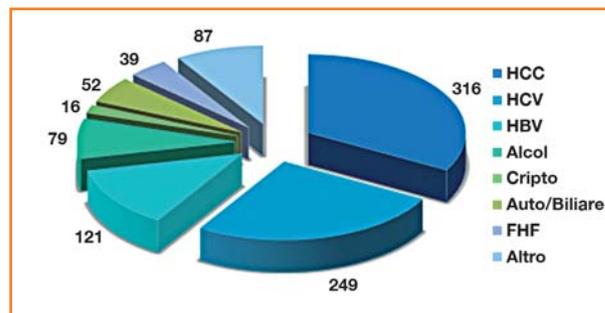


Figura 2 Indicazioni a trapianto di fegato primario presso il Centro di Pisa (#959 pazienti)

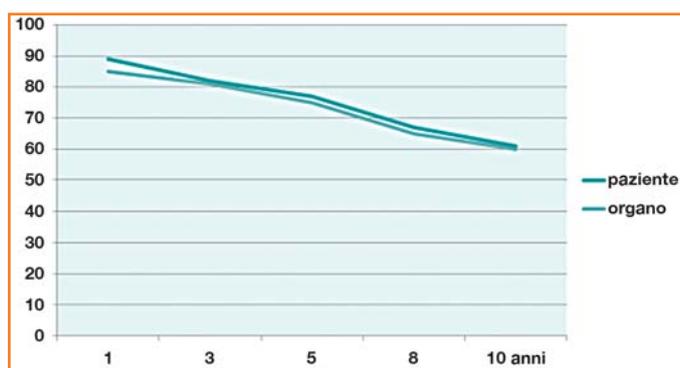


Figura 3 Indicazioni a trapianto di fegato primario presso il Centro di Pisa (#959 pazienti)

per cirrosi correlata al virus dell'epatite C (HCV); 121 (12.6%) per cirrosi secondaria al virus dell'epatite B (HBV); 79 (8.2%) per cirrosi alcolica; 52 (5.4%) per cirrosi autoimmunitaria/biliare; 39 (4%) per epatite fulminante di differente etiologia; 16 (1.6%) per cirrosi criptogenetica e 87 (9.1%) per epatopatia cronica di altra natura (Fig. 2). In considerazione, tuttavia, dello stato virale, 355 (37%) pazienti erano portatori di infezione HCV-correlata, 175 (18.2%) di infezione HBV, 79 (8.2%) di infezione HCV-HBV, mentre 350 (36.5%) pazienti non erano portatori di infezione da virus epatitici maggiori. La figura 3 illustra i tassi di sopravvivenza attuale sec.

Kaplan-Meier per paziente e organo trapiantato. La sopravvivenza del paziente è dell'89%, 77%, 61%, mentre quella dell'organo trapiantato dell'85%, 75% e 60%, rispettivamente a 1, 5 e 10 anni dal trapianto (Fig. 3). Tali valori sono comparabili a quelli dell'esperienza nazionale, europea e nordamericana.

L'architettura del percorso trapianti di fegato

In ottemperanza ai principi di universalismo, equità, uguaglianza e sussidiarietà propri del SSN e del Sistema sanitario regionale, il percorso trapianti di fegato è accessibile da parte di tutti i cittadini italiani, nonché dai cittadini dell'Unione Europea e dei Paesi extraunitari, purché in osservanza delle vigenti normative regionali e nazionali. I medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti delle strutture assistenziali regionali possono riferire all'attenzione del Centro trapianti di fegato pazienti epatopatici acuti e cronici, mediante riferimento telefonico diretto o previo inoltrò di

documentazione clinica cartacea su apposito modulo (ottenibile presso la nostra struttura www.trapianto-fegato@ao-pisa.toscana.it). A tale contatto preliminare fa seguito la prima visita presso la nostra struttura, a seguito della quale il paziente è ritenuto eleggibile ad iniziare il percorso di valutazione pre-trapianto, o controindicato in maniera definitiva o temporanea. Se eleggibile, il paziente effettua la valutazione multidisciplinare pre-trapianto presso la nostra struttura o le strutture della rete regionale. Tale valutazione ha generalmente luogo in regime ambulatoriale, mentre il regime di ricovero è riservato a pazienti in particolari condizioni cliniche di severità e/o urgenza. Una volta terminato il percorso di valutazione, che usualmente è completato in cinque giorni lavorativi, l'eleggibilità del paziente al trapianto di fegato è discussa collegialmente tra i membri dell'equipe chirurgica, epatologica, anestesio-logica-rianimatoria e psicologica. Sulla base di decisione collegiale, il paziente è considerato trapiantabile o non trapiantabile, in quest'ultima evenienza in modo definitivo o transitorio. I pazienti considerati trapiantabili sono inseriti in lista d'attesa mediante registrazione nel software del data base regionale. Nel caso di giudizio di non trapiantabilità, si provvede ad indicare al paziente l'iter terapeutico ritenuto più appropriato. Il riferimento di pazienti urgenti avviene mediante segnalazione telefonica diretta al personale medico reperibile 24h e il successivo allertamento delle competenti strutture assistenziali ospedaliere ed extraospedaliere.

All'atto della segnalazione di un potenziale donatore di organi in regione o presso strutture ospedaliere extra-regionali, nei casi previsti dalle normative e dagli accordi vigenti, il centro regionale trapianti della Toscana provvede ad allertare il Coordinamento trapianti di fegato nella persona del suo medico reperibile. Questi provvede a sua volta ad allertare il sistema operativo mediante l'infermiere di coordinamento reperibile (*on call*). Entrambe le figure

interagiscono strettamente nella coordinazione delle attività cliniche e logistiche necessarie per il corretto espletamento del processo di donazione e trapianto, nella valutazione delle caratteristiche cliniche del potenziale donatore, nella valutazione e selezione dei potenziali riceventi e nella gestione di eventuali urgenze cliniche. L'allocazione delle risorse donative e la selezione dei potenziali riceventi in lista d'attesa avviene secondo il principio dell'ottimizzazione delle risorse e della combinazione accurata tra caratteristiche del donatore e del ricevente. Il processo ha solitamente luogo mediante l'allerta e l'interazione di numerose strutture ospedaliere e extra-ospedaliere e la messa in comune di competenze, esperienze e patrimonio tecnico-conoscitivo da parte di numerosi operatori sanitari, infermieri e medici. All'atto della dimissione dalle nostre strutture ospedaliere, il paziente è seguito presso il Coordinamento trapianti di fegato in collaborazione con i referenti territoriali, siano essi i medici di medicina generale o gli specialisti ospedalieri.

Le indicazioni al trapianto di fegato, i meccanismi e le modalità organizzative di interazione dei partecipanti della rete regionale del paziente epatopatico sono state canonizzate in protocolli condivisi, approvati dalle strutture di governo clinico regionale e reperibili presso la nostra struttura e presso le strutture regionali (www.regione.toscana.it/ott).

Discussione

A fronte di un miglioramento costante, il settore trapiantologico è divenuto progressivamente sempre più complesso, in virtù dell'accrescersi del patrimonio tecnico-conoscitivo e delle sue ricadute organizzative, economiche, sociali ed etiche. Se alcuni anni fa la comunità scientifica si confrontava prioritariamente sulle strategie da attuare per incrementare il numero di donazioni e diffondere la pratica dei trapianti, oggigiorno il dibattito pone l'accento sulle problematiche organizzative al fine di migliorare ulteriormente il livello di donazione, i risultati del trapian-

to, nonché sulle strategie necessarie per l'ottimizzazione delle risorse economiche e per una contestuale implementazione delle norme di qualità e sicurezza. La nascita di una coscienza civica regionale – recepita dalle modifiche apportate al titolo V della Costituzione - unitamente alle esigenze di contenimento della spesa sanitaria ed alla limitatezza delle risorse, hanno condotto a ripensare la Sanità in termini di produttività locale. Tale principio, tuttavia, deve integrarsi efficacemente con la salvaguardia degli interessi della collettività nazionale e con i principi di sussidiarietà e di equità su cui si fonda il SSN. Pur nel rispetto delle autonomie organizzative regionali, il sistema trapianti deve garantire a tutti i cittadini equità di accesso, omogeneità di cure e standard uniformi di sicurezza e di qualità. Questi obiettivi sono raggiungibili mediante la certificazione delle procedure e l'accreditamento delle istituzioni sanitarie e dei percorsi assistenziali, diffondendo i principi della qualità totale a tutto il settore trapiantologico.

Nel campo della qualità l'Italia dei trapianti ha già ottenuto ruoli da capofila in Europa. Il CNT, nella sua costante ed efficace opera di indirizzo, programmazione e verifica, ha attivato dal 2003 i processi di verifica (*audit*) e di certificazione nazionale dei centri di trapianto di organo e dei centri di conservazione dei tessuti e delle cellule. Il primo programma ad essere sottoposto a tale verifica su tutto il territorio nazionale è stato quello di trapianto di fegato. Le conclusioni dell'*audit* del CNT testimoniano che i risultati di tale attività sono superiori a quelli dei Paesi occidentali per sopravvivenza, qualità di vita ed efficienza nell'offerta terapeutica. In particolare, a colpire maggiormente è stata l'efficienza della rete nazionale nel soddisfare la domanda di trapianto in condizioni di urgenza, grazie allo sforzo congiunto delle tre organizzazioni interregionali ed alla continua azione di monitoraggio esercitata sempre dal CNT in collaborazione con i coordinamenti regionali. Nonostante le

L'ecografia polmonare nello scompenso cardiaco

Negli ultimi anni l'ecografia polmonare è stata proposta come un metodo semplice e semi-quantitativo per valutare la congestione polmonare nei pazienti con scompenso cardiaco. La metodica è relativamente nuova e tuttora poco conosciuta. L'approccio ultrasonico per la valutazione del polmone può apparire inoltre controintuitivo, essendo noto a tutti che, come afferma l'ultima edizione dell'Harrison, testo di riferimento di medicina interna, «poiché l'aria dissipa rapidamente l'energia ultrasonora, l'ecografia non è utile per la valutazione del parenchima polmonare». E' vero infatti che in condizioni normali l'aria nei polmoni rappresenta una cortina impenetrabile per

le onde ultrasoniche. E' altrettanto vero però, che la situazione cambia completamente nel polmone del paziente con scompenso cardiaco: la presenza di acqua nei setti interlobulari sottopleurici aumenta lo spessore dei setti, normalmente al di sotto della risoluzione del fascio ultrasonoro, e crea salti di impedenza acustica che generano delle strie iperecogene verticali, dette comete ultrasoniche polmonari o linee B. In termini biofisici, ciò che succede è la riflessione all'interfaccia acustica aria-acqua sul setto interlobulare subpleurico imbibito, che poi genera il segnale (la testa della cometa-linea B) e riverberi artefattuali (la coda). La loro presenza, sede e numero, consente la rilevazione, localizzazione e semi-

quantificazione dell'acqua polmonare extravascolare. Agli ultrasuoni, il polmone normale è "nero", quello patologico (con acqua interstiziale) è a strisce "bianco-neri" (dove le strisce bianche sono le linee B, Figura 1), e quello con patologia avanzata (con acqua anche a livello alveolare) è "bianco". Studiate inizialmente in Terapia Intensiva, le linee B negli ultimi anni sono entrate nei reparti di Cardiologia, soprattutto per la valutazione del paziente con scompenso cardiaco, dove l'acqua polmonare extravascolare è un fattore di riconosciuta importanza diagnostica e prognostica. E' infatti noto che l'identificazione della congestione polmonare, prima delle manifestazioni cliniche di malattia, può potenzialmente prevenire l'ospedalizzazione e rallentare la presenza dello scompenso, consentendo di implementare precocemente procedure terapeutiche potenzialmente salvavita. Nella pratica clinica il medico utilizza soprattutto la radiografia del torace, che però è relativamente poco accurata, soggetta a sostanziale variabilità di lettura intere e intra-osservatore, utilizza radiazioni ionizzanti, ed è dipendente dalla disponibilità dell'apparato radiologico. La radiografia del torace rimane il miglior test disponibile per lo screening dell'edema polmonare, ma difficile da interpretare e impreciso, soprattutto se eseguita al letto del paziente, tanto che le stesse linee guida dell'American Heart Association/American College of Cardiology, affermano che la radiografia del torace «non è raccomandata per la gestione clinica del paziente con scompenso cardiaco». L'aspetto più interessante del rilevamento delle linee B con ecografia polmonare è l'estrema semplicità di questa metodica. Le linee B possono essere infatti studiate sia con sonda cardiaca che addominale (settoriale o convex), con varie tipologie di macchina (dal portatile ad 15,000 € all'ecografo superaccessoriato da 300,000 €). Viene fatta una scansione del torace secondo lo schema illustrato in Figura

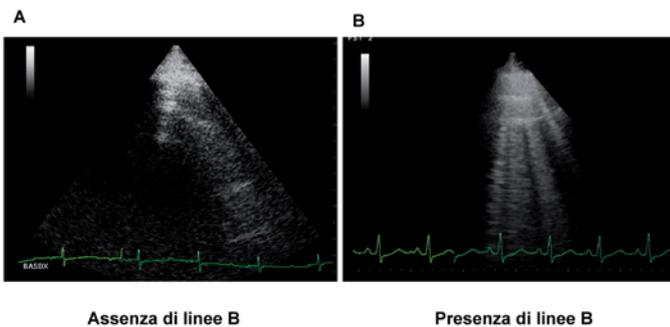


Figura 1A Quadro ecografico polmonare tipico di assenza di congestione polmonare. Si noti la linea pleurica, indicata dalla freccia.
Figura 1B Quadro ecografico polmonare tipico di presenza di congestione polmonare. Le linee B sono indicate dalle frecce

Ascellare media	Ascellare anteriore	Emi-claveare	Para-sternale	Spazio intercostale	Para-sternale	Emi-claveare	Ascellare anteriore	Ascellare media
				II				
				III				
				IV				
				V				

Figura 2 Schema per la valutazione e conteggio delle linee B. (Modificata da Jambrik Z et al. Am J Cardiol. 2004; 93:1265-70)

2 anche se, in urgenza, l'esame potrà essere più sommario, con rapida scansione a livello dei vari spazi intercostali, o eventualmente limitato agli spazi lungo le linee ascellari a destra, dove si addensano con più facilità le comete cardiogene. La valutazione può essere fatta anche sul torace posteriore e non risente del decubito (clino o ortostatico). Per l'ecografia polmonare non sussistono inoltre problemi di finestra acustica, che rendono a volte problematica l'ecografia cardiaca. Le linee B sono direttamente correlate all'accumulo di acqua extravascolare polmonare. Dal punto di vista emodinamico, aumentano all'aumentare dei segni di congestione polmonare alla radiografia del

torace. Sono correlate con i valori di acqua extravascolare polmonare misurata invasivamente, e con la pressione di incuneamento dei capillari polmonari, misurata sia invasivamente, che indirettamente con tecnica ecocardiografica. Dal punto di vista clinico, il numero di linee B aumenta all'aumentare della gravità della dispnea. All'ecocardiografia, l'aumento delle comete è legato alla riduzione della frazione di eiezione e, per ogni dato livello di disfunzione sistolica, è soprattutto legato alla gravità della disfunzione diastolica. Sono anche correlate al livello di peptidi natriuretici cardiaci, e mostrano un'abilità nel predire l'origine cardiaca della dispnea non molto inferiore a quella degli stessi peptidi.

Possono aumentare rapidamente nel giro di pochi minuti, ad esempio durante stress fisico, o rapidamente diminuire, ad esempio a seguito a terapia diuretica. Inoltre, hanno un chiaro valore prognostico.

Linee B sono presenti anche nell'edema polmonare non cardiogeno, come nell'ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), dove rappresentano un segno molto precoce di alterazione della membrana alveolo-capillare, come dimostrato da esperienze cliniche e, sperimentalmente, nel modello animale. Sempre nell'ambito dell'edema polmonare non cardiogeno, le linee B sono state individuate anche in contesti del tutto diversi, come nell'edema polmonare da altitudine e in quello degli apneisti, che presentano un aumento del numero di comete dopo l'immersione, con normalizzazione del quadro e ritorno ai valori normali il giorno successivo all'immersione.

Il limite principale della metodica è rappresentato dal fatto che, essendo un segno di ispessimento dell'interstizio polmonare, le linee B non sono specifiche per la congestione polmonare, e non sono quindi affidabili in caso di interstiziopatia diffusa. In situazione di emergenza/urgenza, le linee B possono comunque fornire informazioni utili, dalla diagnostica differenziale della dispnea, all'integrazione dei dati dell'ecografia toracica per la diagnosi di versamento pleurico, pneumotorace, embolia polmonare, addensamento polmonare. E' comunque indubbio che il campo di applicazione principale per i cardiologi, rimarrà quello dello scompenso cardiaco, dove la semplicità della tecnica "verde" (non-ionizzante, senza rischi per l'operatore e per il paziente, senza impatto ambientale) e "leggera" (portatile, a basso costo) ne faranno un compagno indispensabile nella gestione del paziente scompensato, in tutte le fasi della patologia: per la diagnosi, durante il ricovero, a domicilio, e nella stratificazione prognostica, nel segno di una scelta di sostenibilità culturale, logistica, economica e biologica.



C. Bartolozzi Direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Pisa

Inaugurato a Pisa il primo impianto della Angio Suite in Italia

E' stata inaugurata, lo scorso 20 maggio 2010, all'interno della Sezione Dipartimentale di Radiologia Interventistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana di Cisanello, diretta dal Dr. Roberto Cioni, la nuova Angio-suite. Per l'occasione erano presenti il Direttore Generale Dr. Carlo Rinaldo Tomassini, il Preside della Facoltà di Medicina dell'Università Prof. Luigi Murri, il Direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Università Prof. Carlo Bartolozzi, il Direttore del Dipartimento di Scienze Oncologiche e Radiologiche Dr.

Fabio Falaschi; la angio-suite (sala angiografica ibrida) e il nuovo angiografo Innova 4100 GE sono stati inaugurati ufficialmente dal neo Assessore regionale al Diritto alla salute, Ing. Daniela Scaramuccia.

La Radiologia Interventistica pisana si è sviluppata all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel corso degli anni, grazie all'attività di ricerca portata avanti dall'Istituto di Radiodiagnostica diretto dal Prof. Carlo Bartolozzi che presto intuì le enormi potenzialità di questa branca interventistica per la diagnosti-

ca, ma soprattutto la sua funzione fondamentale di supporto a tutti i settori della chirurgia tradizionale e mini-invasiva, e in special modo con riguardo all'angiografia vascolare. Nel 2008 tutta questa gamma di complesse attività ad altissima tecnologia è stata convogliata in una Sezione dipartimentale di Radiologia Interventistica, diretta dal Dr. Roberto Cioni, attigua alla Radiodiagnostica I Universitaria diretta dal Prof. Bartolozzi, e strettamente integrata con essa. Le due strutture condividono gli ambienti di lavoro, le macchine e parte del persona-

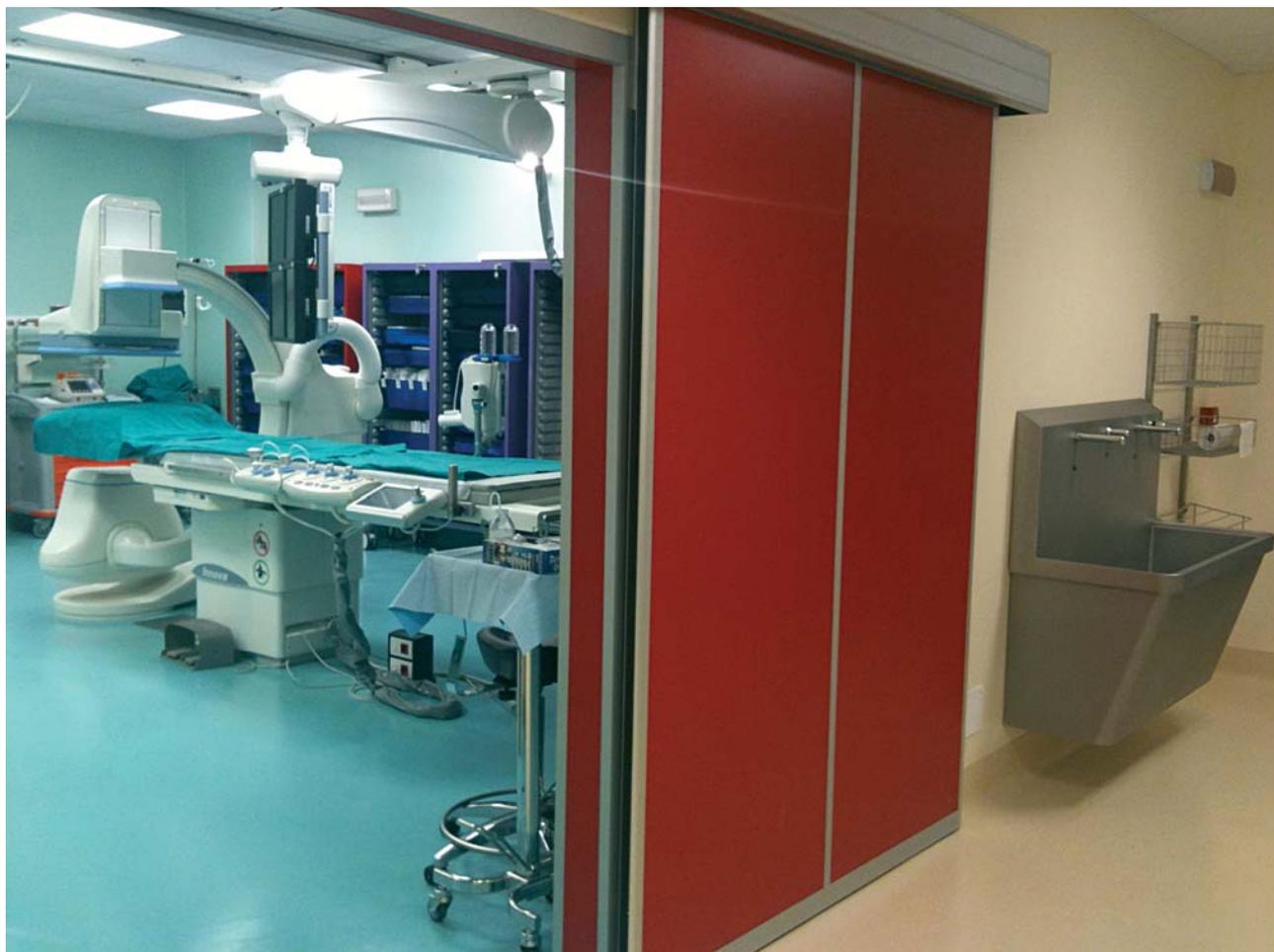


Foto 1 Nuova Angio Suite con Angiografo Innova 4100 IQ Pro GE



Foto 2 Equipe a lavoro nella nuova Angio Suite

le sanitario; i medici interventisti, a rotazione, dedicano parte del loro tempo di lavoro alle diverse metodiche diagnostiche.

Negli anni novanta i medici radiologi "angiografisti" lavoravano presso la Cardiologia e la Neuroradiologia dell'ospedale Santa Chiara. Poi nel 1996 avvenne il trasferimento a Cisanello, nel Dipartimento Immagini, dove fu allestita la prima sala angiografica dedicata ai distretti periferici. Da allora sono stati fatti molti passi avanti, e la nuova sala angiografica, che è stata inaugurata all'interno del Primo Potenzamento (Edificio 30) dell'ospedale di Cisanello, è il frutto di anni di ricerca e di investimenti in un settore ormai di frontiera, indispensabile per un ospedale di rilievo nazionale e ad alta specializzazione come quello di Pisa.

Con la nascita della Sezione, al vecchio angiografo Siemens è stata affiancata una macchina di nuova concezione e di elevata tecnolo-

gia, il sistema Innova 4100IQ PRO di General Electric Healthcare. L'installazione è la prima in Italia. E' stata presentata per la prima volta al Congresso Mondiale di Radiologia RSNA 2009 e la nuova generazione di sistemi 4100IQ abbinata all'innovativa Advantage Workstation® VolumeShare™ 4 si presenta come una soluzione completa per l'imaging angiografico. Fornisce infatti ai radiologi interventisti gli strumenti necessari per consentire un autentico salto di qualità nelle procedure diagnostiche e in quelle interventistiche per via percutanea. Il sistema è attualmente dotato di applicazioni software all'avanguardia, che non si limitano ad offrire dettagli anatomici precisi, ma contribuiscono a semplificare e velocizzare le procedure diagnostiche e interventistiche più complesse. E' un sistema adatto all'esecuzione di un elevato numero di procedure, incluse quelle di imaging angiografico periferico, onco-

logico e neurologico. Con questa apparecchiatura si ottengono immagini caratterizzate da un'eccellente risoluzione spaziale associate a minimi carichi di dose radiogena. E' possibile inoltre eseguire una comparazione pre e post-intervento fra volumi diversi provenienti anche da diverse metodiche di imaging come la RM e la TC.

Il nuovo sistema consente inoltre di acquisire ed elaborare immagini in 3D, fornendo dettagli anatomici sempre più accurati e una mole di informazioni senza precedenti.

L'investimento della Regione Toscana e dell'AOUP di circa 1.200.000 euro ha consentito di trasformare gli ambienti della vecchia "accettazione pazienti" del Dipartimento Immagini in una "angio suite", un ambiente con le caratteristiche di una vera e propria sala operatoria con percorsi separati e filtrati per il personale sanitario, i pazienti barel-

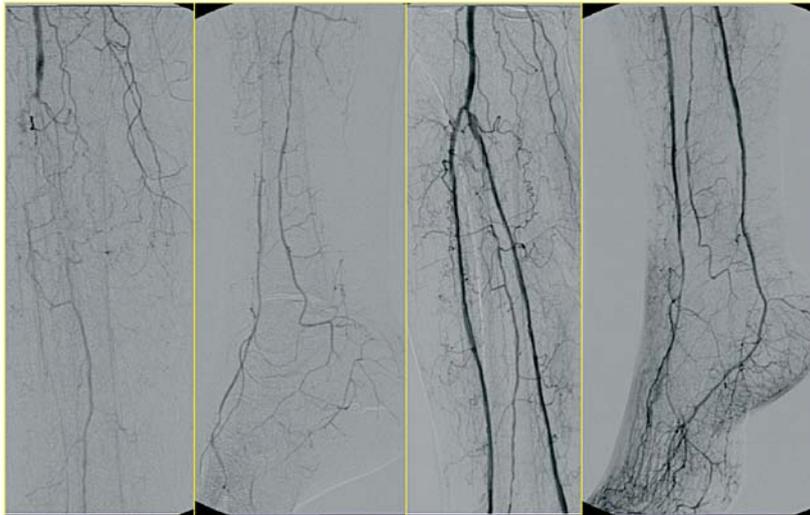


Foto 3 Intervento di salvataggio di gamba in paziente diabetico

chirurgiche e, ove necessario, con assistenza anestesiológica. I macchinari angiografici della Sezione, così come tutta la strumentazione della Radiodiagnostica I Universitaria, sono connessi al sistema "RIS PACS" grazie alla ristrutturazione della rete dell'edificio in una rete ad alta velocità. Le immagini prodotte dal nuovo angiografo "GE Innova" o dalla TC 64 strati vengono trasmesse ad 1 GB di velocità e possono essere inviate in tempo reale in tutti i reparti e in tutte le aule dell'ospedale. E' possibile trasmettere in diretta audio e video, a scopo didattico, un intervento eseguito in sala angiografica fino alle aule della Radiologia in Santa Chiara. Tale sistema di telecomunicazione supporta annualmente anche il campus di Radiologia Interventistica (evento formativo di rilievo nazionale, giunto quest'anno alla V edizione) che ha sede a Pisa e che

lati e i materiali.

Il progetto, più volte revisionato, ha incluso nello stesso ambiente protetto, sterile e accessibile solo al personale autorizzato, anche l'altra

sala angiografica. Così oggi è possibile eseguire interventi vascolari ed extra-vascolari contemporaneamente su due sale angiografiche, delle quali una con caratteristiche

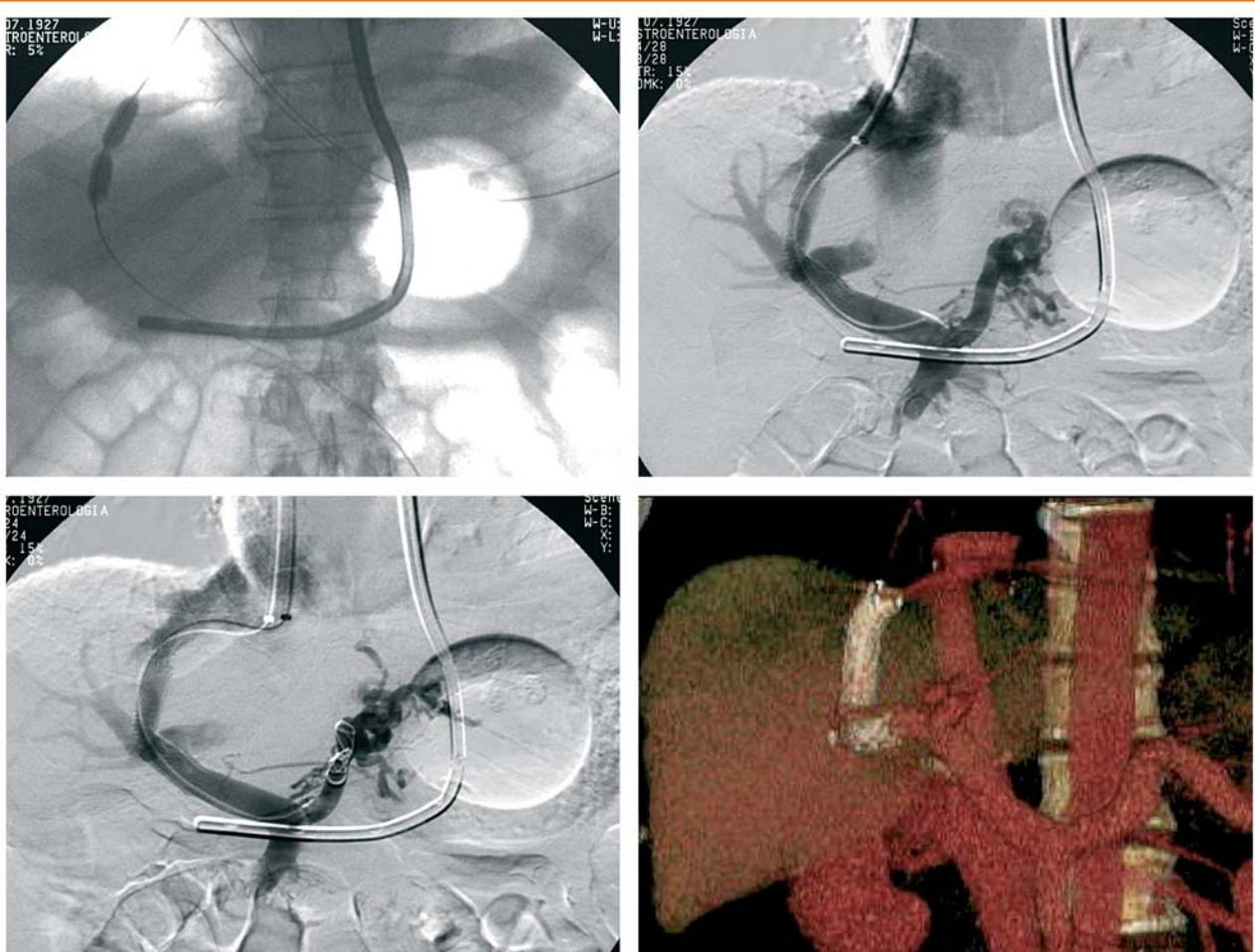


Foto 4 TIPS in urgenza per il controllo dell'emorragia da varici esofagee in paziente candidato a trapianto di fegato

vede interventi live eseguiti in sala angiografica dal personale della Sezione, per gli specializzandi di tutte le scuole di specializzazione in Radiologia italiana.

Con la creazione dell'angio-suite si prevede un incremento dell'attività, grazie all'impiego contemporaneo dei due angiografi. Si registra già, ad esempio, una crescente richiesta di interventi in ambito biliare per la gestione delle complicanze nei pazienti trapiantati. Attualmente ogni anno il numero di pazienti trattati varia da 1100 a 1400 con un totale di circa 4000 fra indagini e interventi. Settimanalmente vengono eseguiti 5 interventi di ri-vascularizzazione a scopo di salvataggio di arto o di piede, nei pazienti diabetici; vengono impiantati stents nei principali distretti vascolari, come nelle arterie renali, per la gestione dell'ipertensione arteriosa derivata; vengono eseguiti annualmente quasi 500 indagini e interventi su pazienti pre-trapianto, per ridurre il rischio di fuoriuscita dalla lista, o nel post trapianto, per la gestione delle complicanze. In questa ottica la chemio-embolizzazione epatica per l'epatocarcinoma (6 interventi a settimana) e la TIPS (shunt porta cava intraepatico, eseguito con accesso giugulare per via transcadiaca) appaiono di grande utilità per i pazienti che si aggravano nell'attesa del trapianto.

E' inoltre in espansione l'attività in ambito oncologico con le terapie loco regionali intra-arteriose. Nei prossimi mesi sarà iniziata, infatti, in collaborazione con la Medicina nucleare e con l'Oncologia, la terapia radiometabolica intra-arteriosa con particelle di vetro caricate con ittrio90 per la

terapia dei tumori epatici avanzati, una terapia sperimentale che è attualmente in uso routinario solo a Bologna e Milano.

La Sezione garantisce infine un servizio di reperibilità 24 ore su 24 per la gestione delle urgenze e emergenze con una media di circa 500 interventi l'anno, che vanno dalla embolizzazione di una arteria lesionata con emorragia in atto, al posizionamento di endoprotesi in aorta rotta o in fase di rottura, alla disostruzione di strutture vascolari o protesiche ostruite in modo acuto,

al posizionamento di filtri cavali per ridurre il rischio di embolia polmonare recidivante.

L'investimento a favore della Sezione di Radiologia Interventistica con la nuova Angio-suite e il primo In-nova 4100 impiantato in Italia, tende a migliorare le già ottime performance di cui hanno beneficiato cittadini non soltanto toscani, ed a incrementare ulteriormente il tasso di alta tecnologia e specializzazione di cui è dotata l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Dacci il Cinque!

Senza spendere nulla puoi destinare una quota pari al 5 per mille della tua IRE a sostegno dell'**Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti ONLUS** Sezione Provinciale di Pisa

Inserisci il codice fiscale n. 8000285053 nell'apposito spazio all'interno dei moduli per la dichiarazione dei redditi

firma per la solidarietà!

Detrazioni e deduzioni fiscali 2010

Con l'approssimarsi della compilazione del Modello unico 2010 per l'anno di imposta 2009, vediamo brevemente alcune detrazioni e alcune deduzioni da scomputare dalla prossima dichiarazione dei redditi.

Prima di tutto è opportuno distinguere le detrazioni dalle deduzioni: gli oneri detraibili danno il diritto a detrarre il 19% delle spese sostenute, gli oneri deducibili si calcolano in diminuzione del reddito.

Tra le spese detraibili (che danno il diritto alla detrazione del 19% di quanto sostenuto) ci sono le spese sanitarie di qualunque genere (generiche, specialistiche, chirurgiche, farmaceutiche ecc.), alle quali si applica la franchigia di € 129,11 (ovvero è detraibile la quota eccedente € 129,11). Se le spese mediche sostenute nell'anno eccedono € 15.493,71 si ha la possibilità di ripartire l'importo in quattro rate costanti. Le spese per prestazioni effettuate da dietisti possono essere detratte se prescritte da un medico, parimenti le spese per prestazioni svolte da un chiropratico sono detraibili se prescritte da un medico ed eseguite in centri autorizzati e sotto la responsabilità tecnica di uno specialista. Le spese mediche sostenute all'estero sono detraibili come quelle sostenute in Italia a condizione che siano accompagnate dalla traduzione, traduzione giurata se la documentazione comprovante le spese mediche è redatta in lingue diverse dal tedesco, francese, inglese, spagnolo, per le quali è invece sufficiente la traduzione sottoscritta dallo stesso contribuente.

I premi assicurativi pagati a fronte di assicurazione sulla vita e contro gli infortuni sono detraibili nella misura del 19% fino ad un massimo di €

1.291,14 per le assicurazioni sottoscritte fino al 31 dicembre 2000, in questo caso deve trattarsi di assicurazione stipulata per un periodo non inferiore a cinque anni senza la possibilità di concessione di prestiti. Per i contratti stipulati dal 1 gennaio 2001 l'importo massimo detraibile € 1.291,14 ma il contratto deve avere ad oggetto il rischio morte o invalidità permanente non inferiore al 5% ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti quotidiani e la società di assicurazione non deve avere facoltà di recesso.

Sono detraibili anche le spese per gli addetti all'assistenza personale (così dette badanti) nei casi in cui il contribuente non sia autosufficiente nel compimento degli atti della vita quotidiana, l'importo massimo sul

quale calcolare la detrazione del 19% è di € 2.100,00 a condizione che il reddito del contribuente non superi € 40.000,00.

Tra gli oneri deducibili (ovvero quelli che si sottraggono al reddito) ci sono i contributi versati al Servizio Sanitario Nazionale che sono compresi nel premio pagato per l'assicurazione RC auto, i contributi versati per l'assicurazione obbligatoria Inail riservata alle persone componenti il nucleo familiare per la tutela contro gli infortuni domestici (così detta assicurazione casalinghe), i contributi versati per i collaboratori familiari per la parte rimasta a carico del datore di lavoro nella misura massima di € 1.549,37.

(Fonte: "La Settimana Fiscale" n. 17 del 7 Maggio 2010)



La chirurgia nel Rinascimento

Il vasto movimento di rinascita che animò il Rinascimento, si manifestò anche in campo chirurgico e questa branca della medicina viene ad assumere un ruolo più importante, rispetto ai secoli precedenti. Questa arte, finora praticata dalle mani dei barbieri, viene considerata degna dei medici, i quali cominciano ad esercitarla con successo.

Migliorate le conoscenze anatomiche, sempre maggiore la diffusione di trattati anche arricchiti di iconografia chirurgica, aumentato lo strumentario, tutto ciò portò a migliorare le condizioni operative e a dare un nuovo volto alla chirurgia del Cinquecento.

Fra i nomi più illustri da ricordare, citiamo anzitutto Giovanni DA VIGO (1450-1515 ca.), nato a Rappallo; fu chirurgo di papa Giulio II ed autore di un libro *Practica copiosa in arte chirurgica*, stampato a Roma nel 1514, che ebbe un grande successo e molte riedizioni. Rimise in onore la medicazione semplice delle ferite, che lavava con vino rosato e suturava subito, badando che non restassero corpi estranei tra i margini. Credè però che le ferite da arma da fuoco fossero velenose e quindi si doveva adeguatamente

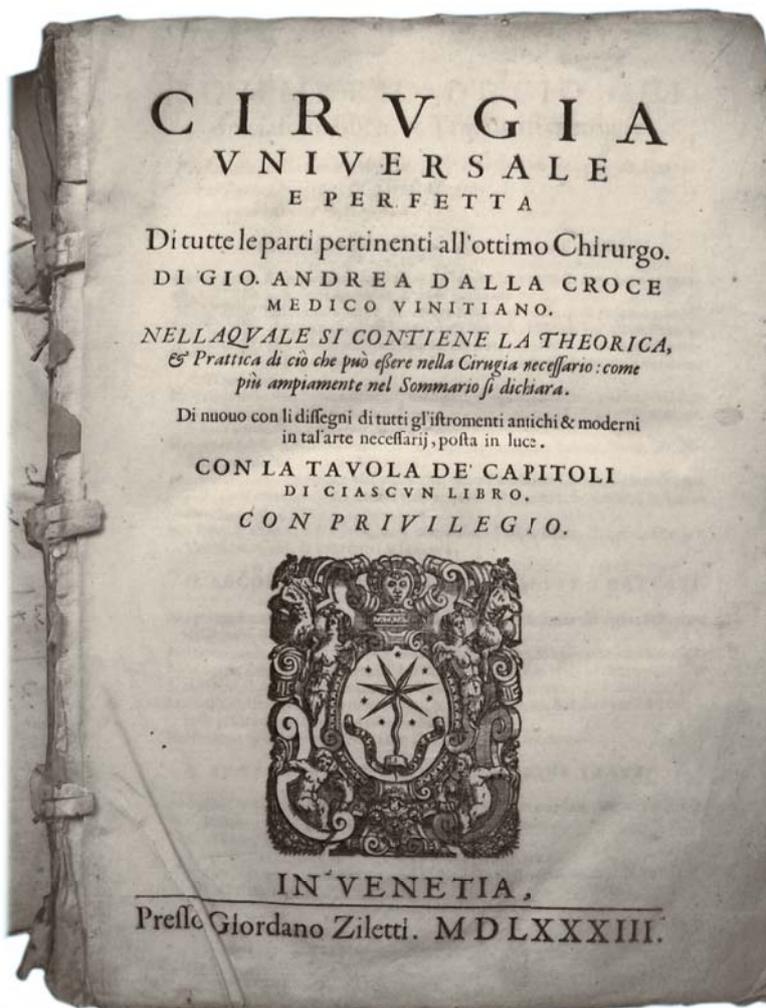
trattarle con olio bollente o ferri roventi.

Suo allievo fu Mariano SANTO di Barletta, nato intorno al 1490, celebre al suo tempo come abilissimo litotomo (operatore cioè di calcoli vescicali), ideatore di un metodo operativo, il taglio laterale invece di quello mediano, che eseguiva con un complesso di ferri da lui chiamato "apparatum magnum", che fu poi generalmente adottato. La sua opera più nota è il *Compendium in Chirurgia*, edito nel 1514. Famo-

so fu pure Michelangelo BIONDO (1497-1565), che esercitò l'arte a Roma e a Napoli, ricordato per i suoi metodi migliorativi nella medicazione delle ferite, per le quali era fautore della cura con l'acqua fredda.

Figura di grande rilievo fu poi Giovanni Andrea DELLA CROCE (1515 ca.-1575), veneziano; istruito nella pratica dal padre che era però un semplice "barbiere circoico"; dopo aver compiuto gli studi, versatissimo in latino, greco ed arabo, fu

accolto come membro del Collegio chirurgico di Venezia, ove nel corso degli anni raggiunse una posizione di rilievo. Dopo aver esercitato per alcuni anni a Feltre, ritornò in patria; qui si sposò, ma non risulta che ebbe figli. Morì a sessant'anni, con tutta la sua famiglia, forse di peste. La sua opera maggiore è *Chirurgiae universalis opus absolutum* (Venezia 1573), scritto che ebbe una grandissima diffusione; è un ampio trattato in cui fra l'altro si trovano descritti ed accuratamente raffigurati tantissimi strumenti usati ai suoi tempi, come coltelli, scalpelli, siringotomi, trapani, pinze delle forme più varie, seghe ed altri taglianti, alcuni dei quali di nuova invenzione.



G. A. Della Croce, *Cirurgia universale*, In Venetia, 1583

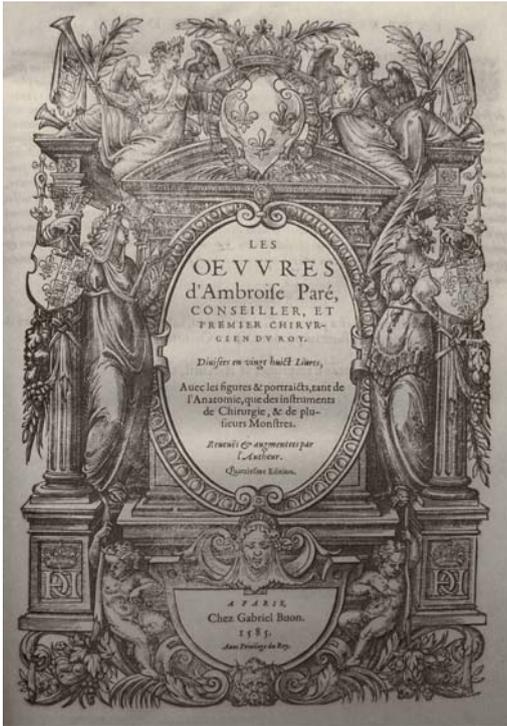


G. A. Della Croce, *Cirugia universale*, In Venetia, 1583

Particolare importanza in questa opera viene data alla trapanazione del cranio. E' ancora da ricordare, per i contributi da lui apportati, Leonardo BOTALLO (1530 - 1587), che visse quasi sempre a Parigi, anche come medico di Carlo IX ed Enrico III che, oltre ad essere provetto anatomico, fu autore anche di un trattato, pubblicato a Lione nel 1560, il *De curandis vulneribus sclopetorum*, sul modo in cui si dovevano trattare le ferite da arma da fuoco, negando inoltre che fossero velenose, come da tutti ritenuto; non si dovevano quindi bruciare, ma medicare in modo semplice. Dello stesso argomento si occuparono anche Bartolomeo MAGGI (1516-1552), che insegnò chirurgia ed anatomia nell'università di Bologna, che deve la sua fama all'opera *De vulnerum sclopetorum*, pubblicata però postuma, piena di un gran numero di esperienze, di prove e di osservazioni; ideò anche un nuovo metodo per le amputazioni e fu un convinto sostenitore anche lui che nelle ferite da arma da fuoco si dovessero

usare sostanze lenitive, come l'albume d'uovo, il miele rosato e l'altea, in luogo delle causticazioni; Alfonso FERRI (1515-1595) che fu un chirurgo assai ingegnoso, ideatore di molti strumenti utili ad operare e Leonardo FIORAVANTI, curiosa figura di medico seguace delle idee di Paracelso, che fu anche chirurgo e che pubblicò nel 1558 un trattato su questa arte, diviso in tre libri. Altra grande figura di allora fu pure il fiorentino Guido GUIDI (1500-1552), già ricordato a proposito dei medici del '500, autore di una *Chi-*





A. Paré, *Les Oeuvres*, Paris, 1585

urgia e Graeco in Latinum conversa con commentariis, impreziosita da tanti bellissimi disegni.

Nel tardo Rinascimento grande fama acquisì Gaspare TAGLIACCOZZI (1545-1599), che insegnò a lungo nello Studio bolognese ed il cui nome è legato alla storia della chirurgia plastica, di cui può essere considerato il vero fondatore. Fu il primo infatti a scrivere su questa materia un trattato in modo scientifico, descrivendo in particolare la ricostruzione del naso e dell'orecchio mediante un lembo di pelle del braccio: la sua opera ha il titolo *De Curatorum Chirurgia per insitionem*. Numerosi gli strumenti da lui ideati, adatti ai suoi interventi. Ebbe molti avversari, che a lungo combatterono le sue idee.

All'estero, una delle figure più rappresentative di quei tempi fu indubbiamente il francese Ambroise PARE' (1517 ca.-1590). Nato da modesta famiglia artigiana, fu apprendista barbiere, cioè addetto ad operare salassi od altre piccole operazioni. Recatosi a Parigi, studiò con impegno facendo pratica nelle sale del famoso ospedale Hôtel-Dieu. Personaggio geniale, lavoratore instancabile, dotato di

scarsa cultura ma di una grande pratica, entrò come barbiere nelle armate francesi che combatterono allora a lungo in Italia e così visse per quasi trenta anni questa vita militare, acquisendo una grandissima esperienza. Molto stimato ed apprezzato, fu poi anche chirurgo dei re di Francia. Pubblicò un famoso libro su questi argomenti, dal titolo *La Méthode de traicter les playes par harquebuses et autres bastons à feu*, in cui riporta tutta l'esperienza da lui fatta sui campi di battaglia e nella vita civile e che contiene inoltre una descrizione dettagliata circa i bendaggi, le fasciature ed il trattamento delle fratture e distorsioni. Suo il detto "Io l'ho medicato, Dio l'ha guarito". Tutti i suoi



scritti furono poi raccolti nelle *Oeuvres*, stampate nel 1575. A lui si deve fra l'altro l'abolizione del trattamento delle ferite con cauterizzazioni od olio bollente, come fino allora effettuato, che sostituì con l'impiego, indubbiamente molto meno traumatico, di un unguento a base di giallo d'uovo, miele rosato e trementina. Innovativi e chiari i suoi consigli per la trapanazione del cranio, sulla toracentesi, sulle ferite dei visceri addominali. Ugonotto, scampò miracolosamente alla strage della notte di san Bartolomeo del 24 agosto 1572.

In Germania si deve citare Wilhem FABRY o

Fabricius HILDANUS (1560-1624), autore di varie opere fra cui le *Observationes medico-chirurgicae*; da



F. Hildanus, *Opera*, Francofurti, 1682

ricordare ancora, lo svizzero Felix WUERTZ (1508-1574), autore di una *Practica* in cui trattò particolarmente di ferite, fratture e lussazioni, lo scozzese Peter LOWE (1559-1610), l'inglese Thomas GALE (1507-1587), che scrissero con successo alcuni libri di pratica chirurgica ed il francese Lorenzo JOUBERT (1529-1582), che stampò nel 1561 un libro dal titolo *Paradoxis* in cui confutò alcuni errori di Galeno e

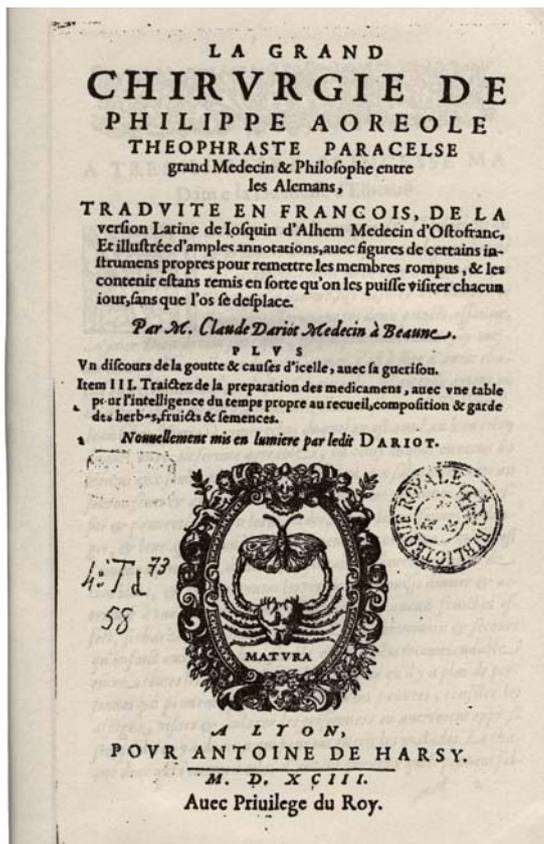
che curò anche l'edizione delle opere di Guy de Chauliac.

Da ricordare infine, per quanto attiene il problema dell'anestesia, che continuò la ricerca per alleviare il dolore degli operandi, impiegando spugne imbevute di succo di mandragora, giusquiamo, cicuta, papavero ed elleboro.

Come si può vedere da queste brevi notizie, l'argomento più caratteristico della chirurgia del '500 fu indubbiamente quello della cura delle ferite da arma da fuoco, dapprima considerate come avvenute e quindi trattate per mezzo di ferro infuocato e di olio bollente e solo successivamente in modo più blando ed anche più efficace. I mezzi farmaceutici allora impiegati erano specialmente gli unguenti, a



F. Wuertz, *Practica*, Strasburgo, 1547



T. Paracelso, *La grand chirurgie*, Lyon, 1593

base di erbe aromatiche e resine; regina poi l'acqua vulneraria, composta da una quarantina di erbe odorose, infuse nel vino e distillate; tra le sostanze minerali, ricordiamo anche l'impiego del sublimato corrosivo per le sue proprietà antiputrefattive.

Nella tabella seguente ricordiamo altri autori che si occuparono di chirurgia in questo secolo

Gabriele Falloppio	<i>De parte medicinae quae chirurgia nuncupatur</i> , 1571
G. Fabrizi d'Acquapendente	<i>Pentatheucos chirurgicum</i> , 1592 / <i>Opera medico-chirurgica</i> , 1617
Teofrasto Paracelso	<i>Grosse Wundartzney</i> , 1536 / <i>Chirurgia vulnerum</i> , 1549
G. Battista Carcano	<i>De vulneribus capitis</i> , 1583
Hans Gersdorff	<i>Feldtbuch der Wundartzney</i> , 1527
Conrad Gesner	<i>De chirurgia scriptores</i> , 1555
G.P. Passeri	<i>De caussis mortis in vulneribus</i> , 1590
Giambattista Cortesi	<i>Tractatus de vulneribus capitis</i> , 1632
Pierre Franco	<i>Petit traitè de chirurgie</i> , 1556
Ippolito Bosco	<i>De vulneribus à Bellico fulmine</i> , 1596

Ruoli e compiti dell'OMCeO nel nuovo sistema ECM

Si è svolto a Roma il 23 e il 24 Aprile scorso presso il Ministero della Sanità il seminario nazionale FNOMCeO sui "Ruoli e compiti degli Ordini Professionali nel nuovo sistema ECM".

Vorrei con questo articolo fare partecipi tutti gli iscritti del nostro Ordine di Pisa di quanto è stato detto, e soprattutto delle novità che (ci auspichiamo!) ci saranno nel prossimo futuro e che riguarderanno tutti noi. Siamo consapevoli che il sistema ECM, pur partendo con le migliori intenzioni, ha rivelato in questi anni parecchie falle; soprattutto non ha soddisfatto pienamente noi medici, che siamo andati spesso qua e là alla ricerca degli ECM solo per obbligo, ma senza una reale pianificazione della nostra crescita professionale.

Questo disagio è stato pienamente percepito dalla Commissione ECM presso il Ministero delle Sanità, che finalmente ha assunto il ruolo di "governance" che prima mancava. L'obiettivo della commissione è quello di restituire al professionista la scelta di quali corsi di formazione seguire grazie allo "strumento ECM".

In questo sistema, un ruolo preminente sarà svolto dagli Ordini Professionali, che avranno il compito di certificare gli ECM, di raccogliervi e in-

viarli al data base nazionale, di controllo sul territorio oltretutto il ruolo di provider.

Quindi la vera novità sarà che nel riordino del sistema ECM, l'Ordine Professionale avrà un ruolo di garante degli ECM, avendo il compito di valutare la appropriatezza degli eventi formativi e di fare da tramite tra gli iscritti e la Commissione. Gli Ordini Professionali dovranno inoltre raccogliere i crediti ECM nei cosiddetti "Dossier formativi" che ciascun iscritto avrà e che potrà consultare presso il proprio Ordine di appartenenza. Gli Ordini dovranno infine trasmettere i dossier formativi dei propri iscritti al Data base nazionale, il COGEAPS, che sarà una vera e propria anagrafe nazionale.

Il COGEAPS è il Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie che ha il compito di raccogliere tutti i crediti formativi, anche quelli conseguiti all'estero, ed è già adesso uno strumento utilissimo di Ordini e Collegi Professionali. Purtroppo la mole di lavoro per recu-

perare in questo data base i crediti formativi relativi agli anni passati è veramente immensa e quindi non potrà, a quanto pare, essere utilizzato come strumento, diciamo così, retroattivo: ci è stato spiegato infatti dai tecnici informatici che hanno messo a punto questo sistema, che molti dei crediti conseguiti da eventi accreditati a livello regionale non si sono potuti reperire, per cui sarà difficile "ricostruire" il curriculum formativo di ciascun medico negli anni precedenti al 2008, ma abbiamo avuto la netta impressione che questo strumento si rivelerà utilissimo negli anni a venire, a cominciare già dal prossimo triennio.

L'idea che ci siamo fatti, comunque, è che ci sia da parte della Commissione una effettiva volontà di far funzionare bene questo sistema pur con i tanti problemi che questo comporta.

Uno di questi è senz'altro rappresentato dal conflitto di interessi e dagli sponsor di cui si è parlato a Roma. La spinta commerciale di

per sé non è negativa, anzi deve servire da stimolo, quindi lo sponsor serve, ma ci vuole un controllo da parte della Commissione al fine di assicurare la trasparenza delle fonti di finanziamento e delle relazioni tra impresa che sponsorizza e soggetto spon-



sorizzato. Occorrono perciò regole per individuare idonee soluzioni per il finanziamento del piano nazionale e dei piani regionali per la formazione continua.

A tal proposito, la collaborazione tra i livelli istituzionali nazionali e regionali nel campo della formazione continua è supportata in sede di Commissione dal Comitato Tecnico delle Regioni, che assicura la partecipazione di tutte le Regioni e Province autonome attraverso componenti designati da parte della Commissione salute. Il Comitato opera riguardo alla valutazione dei contenuti di carattere prescrittivi riguardante la formazione continua, coordina e sviluppa gli obiettivi formativi nazionali con quelli regionali, elabora proposte utili all'attuazione del programma ECM, quindi è uno strumento estremamente importante.

Allo stato attuale, purtroppo, abbiamo constatato durante i 2 giorni del seminario, che per quanto riguarda il sistema ECM l'Unità d'Italia... deve ancora venire, altro che cento-cinquantenario!

Ci sono Regioni virtuose, anzi virtuosissime, che hanno già in funzione un loro data base per l'anagrafe ECM dei propri iscritti consultabile on line, come l'Emilia Romagna, Regioni che producono crediti addirittura in eccesso rispetto alle esigenze dei propri medici come l'Abruzzo, e ancora la Liguria, la Lombardia, il Friuli e ci sono Regioni purtroppo sempre situate a sud, dove la situazione è addirittura drammatica, come la Basilicata, che deve mandare i propri iscritti fuori Regione, perché non è in grado di attuare alcun piano formativo.

La nostra Regione si colloca in una posizione tutto sommato abbastanza buona, ma sicuramente c'è ancora molto da fare, e durante il seminario è emersa chiara la volontà di venire incontro e di aiutare tutte le Regioni, più che reprimere

chi i crediti formativi non li attua.

Permettetemi infine una parola per quanto riguarda i liberi professionisti. Chi scrive queste righe è un medico dentista che esercita la professione da 20 anni, e vi assicuro che non sempre è facile per noi trovare il tempo e sostenere i costi per la formazione professionale, ma (e i colleghi come me lo sanno bene) è necessario farlo, se vogliamo offrire ai nostri pazienti prestazioni sempre al meglio della qualità.

Bene ha detto a Roma il nostro presidente CAO nazionale dott. Renzo, che noi siamo da sempre stati obbligati alla formazione professionale e non solo dall'articolo 19 del Codice Deontologico e dall'art. 3 della legge istitutiva 233/44, ma soprattutto perché noi liberi professionisti da sempre ne abbiamo avvertito l'esigenza, e per tutti questi anni ne abbiamo sopportato i costi in termini di tempo e di denaro.

Ora, dal momento che nel riordino del sistema ECM siamo coinvolti direttamente anche noi, mi sembra giusto, come ha ben puntualizzato il dott. Renzo, che anche noi, al pari degli operatori sanitari delle strutture pubbliche, possiamo avere delle agevolazioni, traducibili in una totale detraibilità fiscale, nell'individuazione degli obiettivi formativi, e non da ultimo, nel debito complessivo dei

crediti diversamente individuati. In altre parole la possibilità per noi liberi professionisti di poter accumulare crediti "blended", derivati cioè da diverse fonti formative.

Per quanto riguarda gli obiettivi formativi, infatti, l'accordo Stato Regione del 05-11-09 prevede che quelli di rilievo regionale aziendale siano stabiliti dalle Regioni e dalle aziende sanitarie e tengano conto dei piani sanitari regionali e delle specifiche "mission" aziendali. Quello che dovrebbe essere per i liberi professionisti, secondo il dott. Renzo, è il coinvolgimento attivo delle federazioni nazionali e degli Ordini e Collegi professionali, ma gli obiettivi di libera scelta dell'operatore sanitario dovrebbero discendere direttamente dalla capacità dell'operatore stesso di riconoscere le proprie esigenze formative.

Per concludere, l'impressione che ho avuto da questo seminario è stata veramente positiva, e lo spirito di apertura e collaborazione che ho colto da parte della dott.ssa Linetti in primis e di tutta la Commissione ECM deve secondo me spronarci a cogliere questa opportunità per far sì che finalmente il sistema ECM divenga uno strumento efficace per noi medici, liberi professionisti e non.



La prevenzione del rischio biologico negli studi dentistici

A tutt'oggi il rischio biologico è quello più rilevante negli studi odontoiatrici per ciò che riguarda la salute degli addetti e dei frequentatori dello studio.

Per la sua natura è un rischio che può senza dubbio essere ridotto ai minimi termini applicando con rigore e precisione delle misure di comportamento adeguate che sono da tempo ben conosciute e codificate nella pratica medico-chirurgica.

Tuttavia anche queste non possono garantire una certezza oggettiva sul controllo del risultato neppure verificando tutte le fasi di sterilizzazione con i vari tests che possono, essendo indiretti, confermare che ogni fase del processo di sterilizzazione è avvenuta secondo i criteri stabiliti ma non che il risultato è stato ottenuto. Chi può dire che anche avendo un'autoclave di tipo B tutte, proprio tutte, le parti del contenuto sottoposto a sterilizzazione siano state raggiunte nello stesso modo dalle variazioni di pressione/temperatura? Inoltre, a parte la sterilizzazione vera e propria, anche disinfettando tutte le superfici, anche usando dove possibile i dispositivi monouso, anche disponendo di opportuni mezzi di ricambio dell'aria chi ci dice che una qualche gocciolina di Pfludge con dentro tre virus dell'epatite (tre virus sono sufficienti a infettare se entrano in circolo!) non sia uscita dalla porta e non sia rientrata dalla finestra? Inoltre può esistere sempre qualche organismo non ancora conosciuto che presenta delle difficoltà nuove di eliminazione come per esempio è successo di recente con il prione della BSE. Quindi di fatto, a titolo di esempio, mentre con un impianto di messa a terra e con

delle apparecchiature a norma noi potremo essere sicuri di non ledere il paziente tramite folgorazione non potremo mai essere sicuri al 100% di non trasmettere una malattia. Potremmo ridurre i rischi veramente al minimo ma mai azzerarli.

Da ciò discendono alcune conseguenze importanti:

- L'obbligo legale di non trasmettere una qualche infezione è un obbligo di mezzi e non di risultati
- Nel medico, a causa delle considerazioni sopraesposte, consegue anche un senso di insicurezza riguardo a questo problema.

Le reazioni degli operatori a quanto sopra esposto possono portare a due tipi di comportamento:

- Sottovalutazione del problema con semplificazione delle procedure od inosservanza in parte delle stesse: atteggiamento senza dubbio di cui si può dire tutto fuorchè che sia professionalmente corretto.
- Sopravalutazione del problema con esecuzione quasi maniacale delle stesse procedure: condotta professionalmente ineccepibile ma pericolosa, ed ora vedremo per quali ragioni.

Dobbiamo considerare che:

- le corrette procedure per l'igiene e la sterilizzazione fanno parte del bagaglio culturale di base di ogni medico e che sono ormai non solo sono conosciute ma anche consolidate nella pratica quotidiana.
- Che queste procedure implicano una catena di operazioni ognuna critica nella sua esecuzione RIPE-TITIVA.
- Che è provato che la maggior parte degli incidenti sul lavoro, quando sono poste in essere le misure

corrette dal punto di vista della sicurezza, dipende dalle mancanze di attenzione da parte dei lavoratori.

Sono tre punti che visti insieme possono giustificare la posizione di alcune organizzazioni odontoiatriche rispetto alla necessità o meglio, alla non necessità, della figura del medico competente nelle strutture piccole o medio piccole, che in Italia per ora sono la stragrande maggioranza. Visto che è l'attenzione il fattore critico di tutta la procedura di sterilizzazione la preparazione e la motivazione degli addetti sembra il fattore principale da curare promuovendo, nello spirito della legge 81/08, una nuova cultura della sicurezza. Ben poco, secondo questo punto di vista, potrebbe aggiungere in queste strutture la figura del medico competente. Diversa naturalmente sarebbe la situazione nelle strutture di maggiore dimensione dove una figura di ausilio tecnico come il medico competente potrebbe essere di ausilio, restando comunque di esclusiva responsabilità del direttore sanitario la organizzazione e la gestione della sicurezza sui luoghi di lavoro. La legge 81/08 non prevede negli studi odontoiatrici l'obbligo della figura del medico competente in quanto l'oggetto del lavoro del dentista non è il rischio biologico, come sarebbe per esempio nei laboratori d'analisi, pur essendo ovviamente presente come rischio ma naturalmente, come sempre, molto dipende dalla interpretazione della legge e quindi la questione, seppur razionalmente possa sembrare definita, in realtà presenta ancora dei margini di incertezza per le differenti interpretazioni che vengono date alla normativa.

La chiusura dei Centri Odontoiatrici low-cost

Tutti i mezzi di comunicazione da molti mesi calcano la mano sul concetto di odontoiatria low-cost senza considerare adeguatamente l'aspetto qualitativo delle prestazioni professionali. Richiederebbe un lungo articolo la trattazione dei singoli profili di questa importante problematica, ma un episodio può nella pratica essere molto didascalico. Recentemente è venuta alla ribalta nazionale l'improvvisa chiusura di alcuni centri odontoiatrici low-cost gestiti da imprenditori stranieri, con gravi disagi per i pazienti, che erano costretti ad anticipare i pagamenti dei cicli di prestazioni ora interrotti (direttamente o tramite finanziarie) e per gli odontoiatri

e le assistenti di studio rimasti da un giorno all'altro senza lavoro e con stipendi arretrati che non recupereranno mai più. Il proliferare di mega-strutture odontoiatriche, spesso con investimenti di capitali di dubbia provenienza e alla ricerca di facile remunerazione, che attirano pazienti grazie a massicci investimenti pubblicitari e offerte di "prestazioni civetta" gratuite, costituisce un fenomeno che danneggia ulteriormente l'immagine dell'odontoiatria italiana, se tutti noi odontoiatri non chiariamo e diffondiamo ai nostri pazienti un messaggio forte e chiaro: la valenza del rapporto esistente tra il dentista e il suo paziente. La crisi ha creato difficoltà a tutti, ma

un professionista è legato ad un rapporto fiduciario con i propri pazienti ed ha come primo obiettivo la tutela della loro salute, li aiuta nella dilazione dei pagamenti, in caso di difficoltà cerca di ridurre le spese e di ridurre i costi, rendendo più efficiente la gestione del proprio studio odontoiatrico, perciò difficilmente i pazienti incontreranno professionisti in fuga, vanificando anni di studi e di investimenti ottenuti con sacrificio ed abnegazione intellettuale. Pertanto per sottolineare l'aspetto etico e non solo commerciale del rapporto odontoiatra/paziente ritengo opportuno allegare la circolare del Presidente CAO Nazionale Dott. Giuseppe Renzo sul tema in oggetto.



FNOMCeO

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

Dr. M. Poladas
Dott.ssa R. Buonpane

FNOMCEO 10/06/10
RGP. 0006457 2010
Cl. 20.01/13

Ai presidenti delle Commissioni Provinciali
degli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Indirizzi e-mail: ORDINI
Indirizzi e-mail: PERSONALI

Oggetto: Strutture "Low-Cost"

Cari Colleghi,
notizie giornalistiche sempre più preoccupanti confermano la correttezza della posizione che abbiamo sempre assunto di contrasto al proliferare di iniziative di "odontoiatria low cost" che dietro la "consueta motivazione" di abbassare i

costi nascondevano soltanto il desiderio di guadagni immediati a tutto scapito di una vera tutela della salute odontoiatrica.

La magistratura, mi auguro, farà i suoi accertamenti e le gravi conseguenze che si stanno verificando troveranno i responsabili a cui addebitare penalmente e civilmente i gravissimi danni causati.

Nel contempo, anche gli Ordini, svolgeranno, come sempre al meglio il proprio ruolo, nei limiti e nel rispetto delle norme di legge e dei dettami del codice deontologico.

Nel recentissimo Consiglio Nazionale del 4 Giugno u.s., avevamo deciso all'unanimità l'intervento di tutti i Presidenti CAO al fine di convocare i direttori sanitari di queste cliniche: Vitaldent, Dental Pus e quant'altro, allo scopo di rendere edotti i giovani colleghi che spesso vengono coinvolti in questi incarichi, sfruttando anche la loro ingenuità, sulle responsabilità penali che la legge attribuisce loro per quanto concerne la qualifica degli operatori che lavorano nei centri, la diffusione di messaggi pubblicitari distorsivi ed ingannevoli e l'adeguatezza delle strutture sanitarie.

La questione assume ora ulteriore urgenza considerando quanto si sta verificando e pertanto, oltre a rinnovarvi l'invito ad attivarvi per dare concreta attuazione alle decisioni del nostro Consiglio Nazionale, Vi invito a dare collaborazione attraverso l'apertura di un dibattito permanente fra noi su queste problematiche che stanno dimostrando tutta la loro pericolosità con il conseguente allarme sociale.

Non posso esimermi dal ricordare le molte istituzioni, prima fra tutte l'Antitrust, che ci hanno sempre accusato di corporativismo, "inneggiando" alla libera concorrenza che avrebbe finalmente ricondotto alla ragione i dentisti italiani troppo esosi e chiusi nei loro privilegi!

Quello che sta accadendo, Vi allego le notizie riportate in più occasioni dal Corriere della Sera, è la migliore dimostrazione che forse non sbagliavamo quando pur fra tante difficoltà denunciavamo i problemi di un'odontoiatria "imprenditoriale", dimentica della sua natura di professione intellettuale fatta secondo le regole del commercio e della vendita e non della deontologia professionale.

Nel ringraziarVi per quello che potrete fare. Vi saluto cordialmente.



Giuseppe Renzo

ARCHIVIO FNOMCeO

Il decreto del 17 dicembre 2009: il Sistema Sistri

In seguito alla comunicazione n. 36 del 29 Aprile 2010 a firma del Presidente FNOMCeO Dott. A. Bianco e del Presidente CAO Dott. G. Renzo relativa al Decreto 17.12.2009 – Sistema SISTRI e sua applicabilità ai medici ed agli odontoiatri, riteniamo opportuno sottolineare della stessa quanto segue:

“... Si ribadisce che per quanto riguarda i medici e gli odontoiatri che non esercitano in forma di impresa o di ente compresi quelli che esercitano la loro attività in forma di associazione professionale, che è considerata come

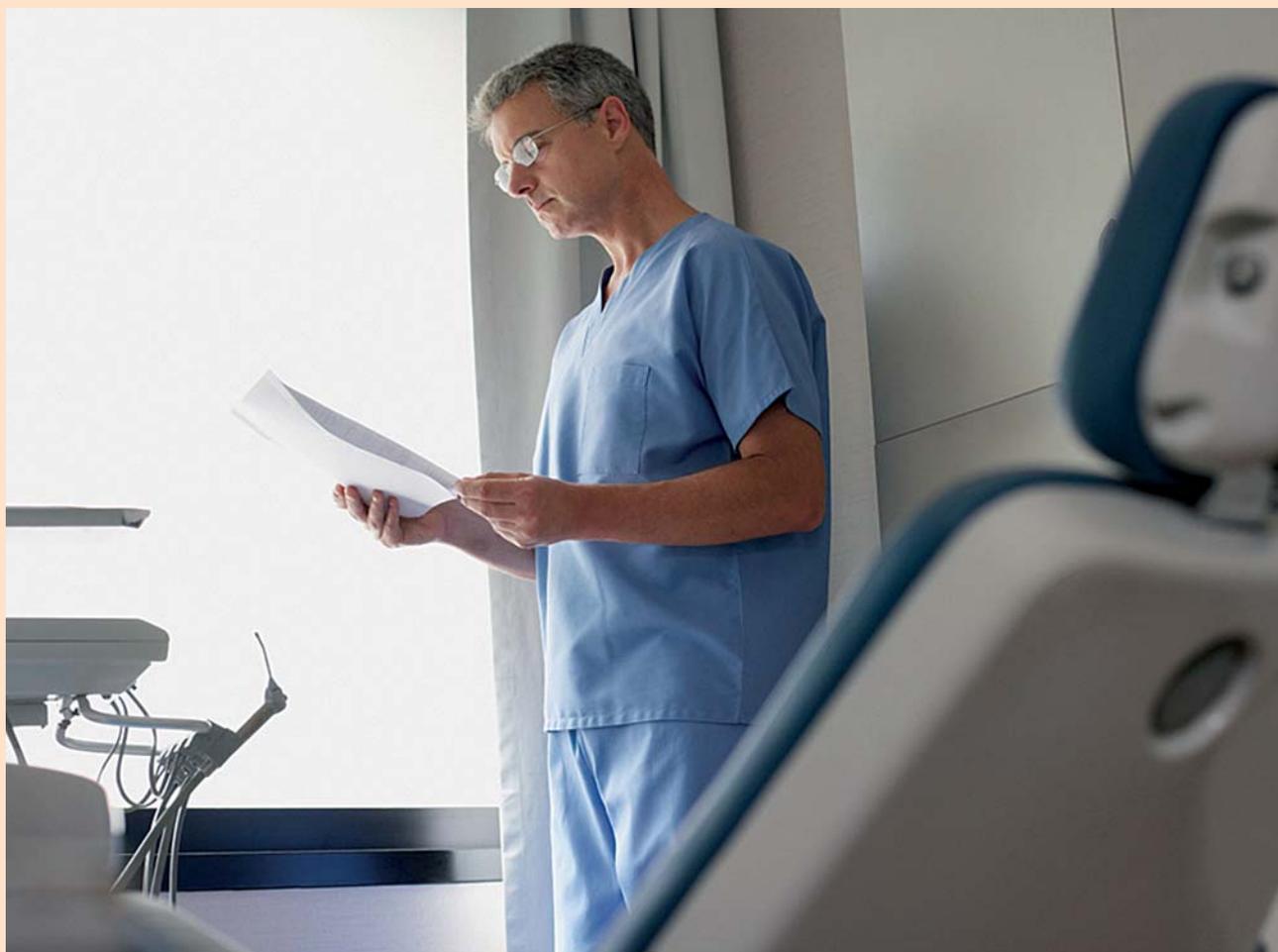
semplice attività sanitaria professionale, costoro non devono aderire al sistema SISTRI.

Come già esplicitato nella precedente comunicazione n. 33 il nuovo sistema di tracciamento digitale dei rifiuti comporta esclusivamente delle ricadute sugli adempimenti dei professionisti rispetto alla precedente normativa per quanto concerne la fornitura e tenuta dei dati (art. 6 del Decreto 17 Dicembre 2009 del Ministero dell'Ambiente).

I medici ed odontoiatri dovranno fornire al delegato dell'impresa di trasporto i dati necessari alla

compilazione della Scheda Sistri – Area Movimentazione, una copia della scheda firmata dal produttore viene consegnata al conducente del mezzo di trasporto mentre altra copia rimane presso il produttore che deve conservarla per 5 anni.

Il gestore dell'impianto di recupero o smaltimento trasmetterà al produttore dei rifiuti copia della scheda SISTRI completa della presa in carico del rifiuto pericoloso attestante l'assolvimento delle responsabilità da parte di tutti i soggetti interessati...”.



Enrico Tozzi Direttore Emerito del Centro di Eccellenza Regionale di Chirurgia Protetica di Calambrone
Specialista e Consulente Medico-Scientifico delle Terme di Casciana

Il percorso termale nel tempo e nel benessere

Le terme di cui il nostro Paese è ricco, rappresentano uno dei più diffusi metodi di cura tramandati da antiche popolazioni fino ad oggi.

L'acqua è da sempre considerata elemento vitale di primaria importanza, sia per sussistenza dell'uomo che per lo sviluppo della civiltà. Infatti la nascita e l'evoluzione di molte popolazioni è strettamente legato ai corsi d'acqua. Oltre a essere il maggiore costituente corporeo ed elemento essenziale per la vita, l'acqua ha ricoperto, nella storia, valori simbolici, culturali e religiosi: pensiamo al battesimo dei cristiani, al bagno nel Gange degli Induisti, ai pellegrinaggi presso le fonti benedette. Inoltre l'uomo, dall'antichità, ha riconosciuto all'acqua la capacità di prevenire e curare malattie. Particolarmente apprezzate, come dono di divinità, le sorgenti calde e saline. Già nel V° secolo a.C. erano conosciute le proprietà benefiche di acque sulfuree e calciche per attenuare i dolori muscolari e articolari

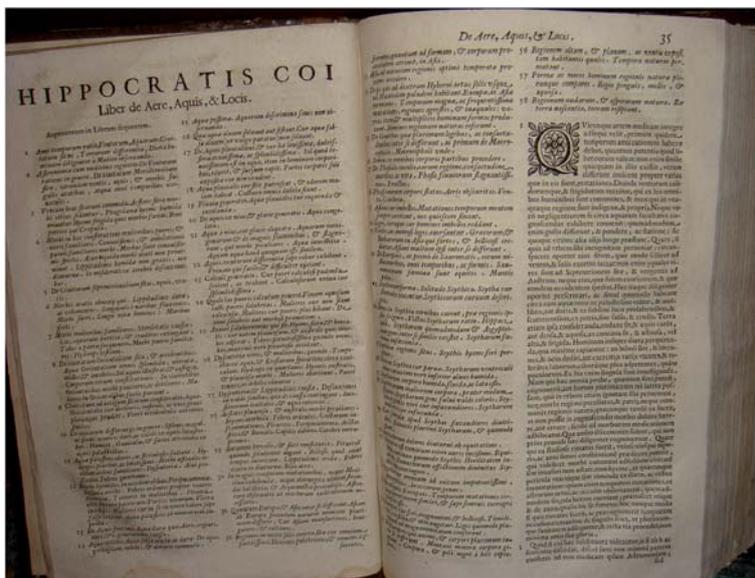
e curare alcune malattie della pelle. Ippocrate (460 a.C. – 370 a.C.) dedicò allo studio degli effetti igienici e curativi di questo elemento sull'organismo umano, ampie parti del suo Corpus Hippocraticum, il primo testo di medicina della storia, composto di circa 60 trattati, che ha influenzato lo sviluppo scientifico fino al 1500 d.C. Nel trattato "uso dei liquidi" Ippocrate decantava le virtù delle acque

minerali e delle sorgenti calde, incoraggiando il ricorso alle Terme.

Se i Greci furono i primi ad apprezzare le acque termali e l'uso dei bagni, ai Romani va riconosciuta l'Istituzione delle Terme, come strutture pubbliche. La parola Terme deriva dal greco termos: caldo. A Roma l'uso dei bagni introdotto dopo la pestilenza del 293 a.C. coincise con la diffusione del culto del dio Esculapio, dio patrono della medicina, figlio di Apollo e nipote di Zeus. I santuari di Asclepio erano costituiti da una fonte o da un pozzo, circondati da un bosco. I suoi sacerdoti stabilivano terapie basate sull'igiene personale, sul clima e uso di acque. In quel periodo alcuni imprenditori romani, ispirati ai precedenti greci, costruirono i primi edifici termali, chiamati "Balneum", bagno, dal greco "balneion". I primi impianti erano modesti, ma offrendo la possibilità di fare bagni caldi a prezzi irrisori, ebbero grande successo di pubblico. Plauto nelle sue commedie (II° sec. A.C.) ci dice che la frequentazione

dei bagni era diventata abituale. Ma il periodo aureo dei bagni cominciò con Agrippa (63 – 12 a.C.): questi, genero di Augusto, nominato "Edile" rese gratuito l'accesso ai balnea di Roma e fece costruire vicino al Pantheon il primo edificio termale di nuovo tipo (Terme di Agrippa), di enormi dimensioni, ricchezza di impianti e ornamenti. Dopo Agrippa gli imperatori romani fecero a gara per superare i loro predecessori, con Terme sempre più grandiose: dal 65 al 315 d.C.: Nerone, Tito, Domiziano, Commodo, Caracalla, Diocleziano e Costantino si distinsero. Alcune Terme erano in grado di contenere 6000 persone: si trattava sempre di un Centro plurifunzionale, comprendente centri sportivi, piscine, parchi, librerie, piccoli teatri per ascoltare poesie e musica e una grande sala per le feste: una città nella città con ristoranti e locande per riposare o passare una "piacevole compagnia". A Roma erano aperti 873 bagni pubblici, tra questi in un tripudio di marmi e mosaici le Terme di Ca-

racalla ospitavano fino a 2300 persone: "balnea vina venus corrumpunt corpora nostra sed vitam faciunt", ovvero: "I bagni, il vino, l'amore ci mandano in malora, ma fanno bella la vita". A Roma era disponibile il doppio dell'acqua di oggi; serviva per le terme, i bagni, le fontane, le naumachie (grandi piazze allagate, per le battaglie navali). Insomma una vera civiltà dell'acqua. Negli assedi, in guer-



Summa Ippocratica



ra, i Romani resistevano più a lungo di qualsiasi altro popolo, proprio per l'igiene; costruivano gli accampamenti dove erano corsi d'acqua e prima di iniziare un assedio costruivano docce e servizi igienici. Questo portava anche ad una minore incidenza di malattie infettive.

Dopo la caduta dell'Impero Romano nel 476 d.C. le terme sopravvissero con difficoltà, per iniziare il declino dal 537 d.C. con l'assedio dei Goti che tagliarono gli acquedotti di Roma. Oltre al decadimento delle strutture, il colpo di grazia fu dato dal Cristianesimo, che, dopo il Concilio di Efeso (431 d.C.), nel trionfo del pudore e dell'austerità, invitava a fuggire le occasioni edonistiche e determinò il tracollo delle Terme intese come fenomeno culturale e sociale. Il Cristianesimo non fu aprioristicamente ostile alle Terme, consentendone l'uso terapeutico, ma ne vietava l'uso frivolo.

Nel medioevo le acque termali avevano del tutto perso il significato ludico e di benessere mantenendo solo una valenza igienica e, in qualche caso, terapeutica. Dopo secoli di trascuratezza furono per primi gli Arabi a rivalutare il significato sociale delle acque, ma non si realizzò l'espansione nel mondo occidentale. I Crociati, al ritorno dalla Pale-

stina introdussero in Europa i bagni termali e le stufe vaporose, ma diffusero anche terribili malattie infettive, contratte in Oriente, di conseguenza gli stabilimenti termali furono prima temuti, poi chiusi. Nel 1400 si riprese a restaurare e frequentare i centri termali, ma le terribili epidemie conseguenti le guerre allontanarono la popolazione dalle terme. La scoperta della stampa favorì la divulgazione delle informazioni e ciò portò ad un più ampio utilizzo delle cure idrologiche, ma senza grandi impulsi edilizi. L'Italia divenne comunque centro di eleganza e buon gusto. Da qui partirono i dettami della moda, le più originali formule di prodotti di bellezza. Il primo grande laboratorio per la confezione di creme e profumi fu quello di Santa Maria Novella a Firenze (1508), dove i frati si specializzavano nella conoscenza ed elaborazione di erbe e droghe medicinali, applicabili anche in cosmesi. Caterina dei Medici, divenuta Regina di Francia, introdusse il modello italiano alla corte parigina, divenendo fautrice della bellezza barocca. Dopo la pace di Westfalia (1648) cessati gli orrori delle guerre e le epidemie si tornò in tutta Europa a ricercare le sorgenti termali, ad analizzare le acque prodigiose ed innalzare sontuosi stabilimenti termali,

comodi ed eleganti, nei pressi delle sorgenti. Il 1700 vide infine affermarsi il metodo scientifico e sperimentale sulla composizione delle acque termali e rinacque il termalismo moderno. Dal 1800 col progredire delle scienze cliniche, fisiche e biologiche l'acqua termale assume il suo vero ruolo di farmaco e sistema di vita. Gli stabilimenti termali, tornano, come nella Roma Imperiale, ad essere luoghi di svago sociale e culturale e veri Centri di benessere. Nasce il termalismo d'élite con frequentazione non più soltanto popolare, ma anche per le classi più abbienti. Nel secolo appena trascorso esse vedono la frequentazione assidua dei ceti medi, grazie alle convenzioni avviate nel periodo post-bellico tra Sistema Sanitario Nazionale e Istituti Termali. Nel frattempo ha preso nuova dimensione la visione olistica dell'Uomo, che considera l'essere umano come insieme, composto da una dimensione fisica e psichica. Ai nostri giorni le Terme sono il luogo più idoneo per il raggiungimento delle condizioni di completo benessere e di lotta allo stress.

SPA: la parola magica che identifica gli ambienti del benessere. Andate a Dubai o in qualsiasi grande città orientale o occidentale; molti alberghi offrono ai loro clienti un ambiente

SPA. "Salus per aquam". Un termine generico che include in genere un hammam, una sauna, una piscina, idromassaggi e quant'altro possa servire al relax dei clienti, al ripristino del loro equilibrio psico-fisico, alla lotta contro lo stress. Ma pochissimi di questi Centri, spesso lussuosi e intriganti nelle varie offerte di massaggi e trattamenti, offrono un vero ambiente termale. La vera SPA Termale sfrutta sorgenti termali minerali in loco. In alcuni casi assume il significato di Medi-Spa o Medical-Spa: cioè un ambiente distensivo, rilassante, munito di acque termali e di tutti i trattamenti adeguati al recupero dallo stress, in cui il ruolo significativo è coperto dalla presenza medica altamente specializzata; accanto ai tradizionali trattamenti in acqua, ai massaggi, alle prestazioni di bellezza, ci sono studi medici attrezzati per check-up approfonditi, servizi di medicina estetica, strutture per l'analisi posturale della persona.

Le Terme di Casciana per antica tradizione già svolgevano tre funzioni: 1) trattamenti termali classici: bagni in acqua termale, idromassaggi, fanghi terapeutici, trattamenti manuali di scuola occidentale ed orientale. 2) trattamenti benessere: tutto ciò che riguarda l'estetica femminile ed oggi anche maschile: maschere, pulizia approfondita del viso e di altre parti del corpo, depilazioni, massaggi estetici e antistress, pedicure specializzato etc. 3) Riabilitazione di patologie neurologiche ed ortopediche, specialmente

riabilitazione dei grandi interventi articolari: protesi di anca, ginocchio, spalla.

Il Centro di Riabilitazione termale di Casciana è, in Italia, tra i più attrezzati ed organizzati, con camere di degenza, convenzione con le strutture alberghiere limitrofe per altre degenze alberghiere. Il Servizio Sanitario regionale si fa carico di trattamenti gratuiti molto complessi, di eccellenza.

Nel luglio 2007 Le Terme di Casciana hanno visto un significativo ampliamento edilizio strutturale, con l'apertura delle **Terme Villa Borri**: un complesso alberghiero a 4 stelle, con ampie camere, invero appartamenti, con nuove piscine coperte e ambienti di elevata qualità tecnologica, inseriti in palazzine del '700 ristrutturate secondo le caratteristiche di epoca ed arredate con gusto raffinato, anche con arredi di antiquariato. Le piscine coperte, di grandi dimensioni sono provviste di numerosi percorsi con getti di idromassaggio. Presente un hammam con produzione di ghiaccio all'esterno, docce aromatiche; particolare la piscina del sale con acque ipertoniche che mantengono il corpo in sospensione, con due lettini da massaggio, per eventuali massaggi di coppia. Grandi sale per massaggio e trattamenti estetici, poi salotti per relax, somministrazione di tisane, servizi igienici da hotel di lusso. Infine assistenza tecnica di elevata professionalità e assistenza medica continuativa.



Villa Borri

Oggi la medicina termale è una scienza che utilizza, al pari di ogni altra disciplina medica, presidi diagnostici e terapeutici di elevato livello. Questo approccio rigoroso è dettato dalla volontà e necessità di sfruttare appieno le proprietà terapeutiche del patrimonio idrominerales. Presso il nostro Centro Termale la ricerca nasce da basi di stretta collaborazione tra le cattedre di Dermatologia, Idrologia, Farmacologia, Biochimica, Ortopedia, Riabilitazione Funzionale e Fisiologia. E' stretto il rapporto con le strutture ortopediche e dermatologiche di eccellenza della nostra regione. Da questi rapporti di collaborazione nasce l'approfondimento dei meccanismi d'azione della terapia termale e delle sue numerose potenzialità, al passo col progresso scientifico.

Oggi un vero Centro Benessere Termale non può identificarsi col retrobottega di un centro estetico, di un parrucchiere, di un hotel, per quanto lussuoso ed intrigante: le moderne stazioni termali si vanno sempre più configurando come presidio medico a tutti gli effetti e ad alta efficacia e professionalità. Nella vera struttura termale di eccellenza si recuperano incentivi e motivazioni che entrano in sinergia con le cure tradizionali, contribuendo a determinare la precoce risoluzione di patologie e stati invalidanti fisici o da stress. In esse si riscopre la necessità della prevenzione, come d'altra parte già avevano intuito nell'antica Roma: le acque termali riportano la medicina alle sue origini dove il malato è visto in una dimensione olistica di psiche e corpo, insomma una riumanizzazione del tutto che è l'UOMO.



C. Pizzanelli - F. Giorgi - V. Pelliccia - A. Iudice - L. Murri U.O. Neurologia A.O.U.P.
R. Galli U.O. Neurofisiopatologia Presidio Ospedaliero F. Lotti Pontedera Azienda U.S.L. 5 Pisa

Epilessia: se il farmaco non va, ok la stimolazione del vago

L'epilessia è una patologia neurologica comune e riguarda tutte le età ed entrambi i sessi, con elevati tassi di incidenza e di prevalenza. Tali misure epidemiologiche connotano la frequenza di malattia; in particolare l'incidenza si riferisce al numero di pazienti con epilessia di nuova diagnosi per anno, mentre la prevalenza riguarda il numero di persone con epilessia attiva nella popolazione generale ad un dato tempo. L'incidenza dell'epilessia in Italia è di circa 100 nuovi casi ogni 100.000 abitanti per anno, mentre la prevalenza è di circa 1 caso ogni 100 abitanti; in totale, pertanto, in Italia vivono attualmente circa 500.000 persone con epilessia.

La maggior parte delle persone con epilessia presenta un buon controllo delle crisi a seguito della terapia antiepilettica, con uno o più farmaci, mentre una percentuale abbastanza consistente - approssimativamente compresa tra il 20 ed il 30% dei pazienti - presenta una farmacoresistenza. Questi ultimi pazienti con-

tinuano ad avere crisi nonostante siano trattati con una appropriata ed adeguata terapia antiepilettica. Oltre ai farmaci, una possibilità di trattamento per le forme farmacoresistenti è rappresentato dalla chirurgia dell'epilessia secondo due diverse modalità: i) la chirurgia resettiva del focolaio epilettico oppure ii) la stimolazione del nervo vago (VNS). I pazienti con un unico focolaio epilettico ben definito sono candidati alla chirurgia resettiva dell'area epilettogena, quando questa non coincide con un'area cerebrale *eloquente*, la cui resezione determinerebbe l'instaurarsi di importanti deficit neurologici permanenti. Quando invece l'area epilettogena non è ben definibile, è multipla o coincide con una regione corticale *eloquente*, la VNS rappresenta una possibilità terapeutica mediante l'impianto di un dispositivo con azione di neuro-modulazione centrale, attraverso la stimolazione periferica intermittente del nervo vago.

Nel 1997 la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato la VNS

come "terapia aggiuntiva per ridurre la frequenza di crisi in soggetti adulti e in adolescenti di età maggiore ai 12 anni con crisi focali refrattarie ai farmaci antiepilettici".

Cenni storici e primi studi clinici sulla stimolazione vagale

A Pisa, negli anni '50 del secolo scorso, fu applicata per la prima volta la procedura della stimolazione vagale a livello sperimentale. Nei laboratori di Fisiologia,, diretti dal professor Moruzzi, si studiarono infatti gli effetti prodotti dalla VNS sull'elettroencefalogramma (EEG) nell'animale da esperimento; la stimolazione periferica del nervo vago fu impiegata come modalità relativamente non invasiva e ben tollerata di "accesso" al Sistema Nervoso Centrale (SNC) - ed in particolare alla corteccia cerebrale. I risultati ottenuti indicarono che le basse frequenze di stimolazione del nervo vago producevano un effetto di sincronizzazione dell'EEG, mentre le alte frequenze producevano una desincronizzazione dei tracciati. La

<i>Autori-anno</i>	<i>Modello di epilessia</i>	<i>Effetto della VNS</i>
Stoica and Tudor, 1967-1968	Applicazione topica di stricnina in corteccia cerebrale	Riduzione EEG spikes del focus epilettico
Zabara, 1985-1987	Nel cane induzione di crisi mediante infusione di stricnina o pentilentetrazolo	Cessazione delle crisi
Woodbury&Woodbury, 1990	Nel topo induzione di crisi mediante pentilentetrazolo, acido 3 mercaptopropionico o elettroshock massimale	Cessazione delle crisi
Lockard et al., 1990	Nella scimmia induzione di crisi mediante applicazione di idrossido di alluminio in corteccia sensitivo-motoria con sviluppo di anomalie EEG e crisi focali motorie con secondaria generalizzazione	Riduzione o cessazione delle crisi

Tab.1 Principali modelli sperimentali di epilessia in cui fu applicata la stimolazione vagale

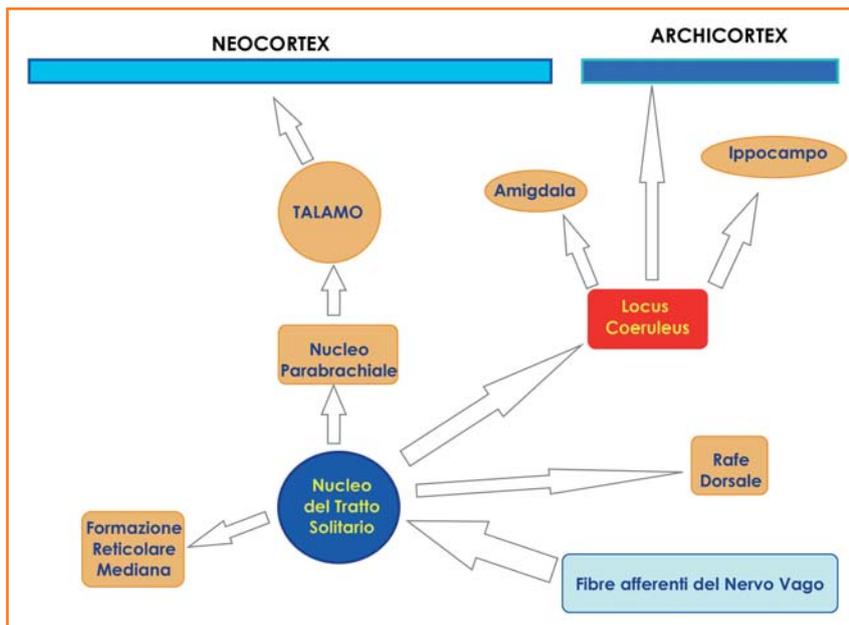


Fig.1 Schema rappresentativo delle principali proiezioni del nervo vago al SNC

Per l'effetto antiepilettico della VNS è rilevante la componente delle fibre afferenti del nervo vago che terminano nei nuclei del complesso dorsale bulbare del vago; tra questi il nucleo del tratto solitario è quello che riceve il maggior contingente di fibre. Questo nucleo a sua volta proietta a numerosissime strutture bulbo-ponto-cerebellari, tra cui il nucleo parabrachiale, i nuclei del rafe dorsale, la formazione reticolare ed il locus coeruleus. Superate queste stazioni di relais sottocorticali, viene raggiunta la corteccia cerebrale. Le più importanti proiezioni corticali sono quelle che originano dal locus per l'archicortex. Altre proiezioni sono dirette alla neocortex attraverso un passaggio talamico.

desincronizzazione delle frequenze EEG fu ritenuta il meccanismo attraverso cui si produceva un'inibizione alla sincronizzazione della scarica epilettica, ottenendo, di fatto, un effetto antiepilettico. Questa teoria della "desincronizzazione corticale" fu quindi alla base dell'applicazione della VNS all'epilessia. Negli anni seguenti la VNS fu studiata in numerosi modelli sperimentali di epilessia: le crisi epilettiche, provocate chimicamente - mediante infusione di chemoconvulsivanti - o elettricamente - mediante elettroshock massimale - che risultavano variamente inibite quando l'animale era sottoposto a VNS (Tab.1).

Sulla base di queste evidenze sperimentali, negli anni '80-'90 furono condotti trial clinici al fine di verificare l'effettiva efficacia antiepilettica e la tollerabilità della VNS anche nell'uomo. Un trial pilota fu condotto nel 1988 con il primo impianto

nell'uomo; successivamente furono effettuati due trial pivotali, entrambi multicentrici, in doppio-cieco, randomizzati, denominati EO3 e EO5, rispettivamente condotti in 114 e 199 pazienti. In entrambi gli studi fu osservato che le alte frequenze di stimolazione (30 Hz, 500 msec, fino a 3.5 mA) determinavano una riduzione delle crisi in percentuali maggiori di pazienti rispetto alle basse intensità (1 Hz, 130 msec, < 3.5 mA). I risultati di questi studi condussero all'approvazione della VNS come terapia per l'epilessia farmaco-resistente in U.S.A. ed in Europa nel 1997.

Meccanismo d'azione (Fig.1)

Il nervo vago è costituito per l'80% da fibre afferenti viscerali e per il restante 20% da fibre efferenti. Per l'effetto antiepilettico della VNS è rilevante la componente delle fibre afferenti. Esse veicolano informazio-

ni concernenti le sensazioni viscerali provenienti da faringe, laringe, trachea, visceri toraco-addominali, le sensazioni somatiche provenienti da una piccola area cutanea dell'orecchio esterno, e sensazioni gustative provenienti dai recettori gustativi posti nella porzione periepiglottica della faringe. Tali afferenze terminano nei nuclei del complesso dorsale bulbare del vago; tra questi il nucleo del tratto solitario rappresenta la struttura che riceve il maggior contingente di fibre. Questo nucleo a sua volta proietta a numerosissime strutture bulbo-ponto-cerebellari, tra cui il nucleo parabrachiale, i nuclei del rafe ed il locus coeruleus. Quest'ultima struttura, il locus coeruleus, rappresenta la principale struttura noradrenergica nel SNC, e le sue abbondanti efferenze raggiungono diffusamente l'intera corteccia cerebrale. Un ruolo fondamentale per l'effetto antiepilettico della VNS è svolto proprio dalle connessioni che comprendono il locus coeruleus: circa dieci anni fa, è stato infatti dimostrato che la sua ablazione è associata alla soppressione dell'effetto antiepilettico della VNS e che quindi l'effetto antiepilettico della VNS dipende dall'integrità del locus coeruleus. E' interessante osservare che questo dato è in linea con le numerose evidenze prodotte in ambito sperimentale relative al ruolo antiepilettico svolto dalla noradrenalina endogena in svariati modelli sperimentali di epilessia. Il meccanismo noradrenergico potrebbe spiegare anche l'effetto antidepressivo della VNS che è stato dapprima osservato nei pazienti epilettici trattati con VNS, ma poi specificamente anche nei pazienti depressi (per cui dal 2005 la VNS ha l'indicazione anche per il trattamento della depressione farmaco-resistente). Mediante l'attivazione del locus coeruleus, con conseguente aumento di produzione di noradrenalina, potrebbe essere compensato il 'deficit noradrenergico', che rappresenta uno dei substrati neurobiologici putativi alla base della depressione; a tale riguardo, l'aumentato tono noradrenergico

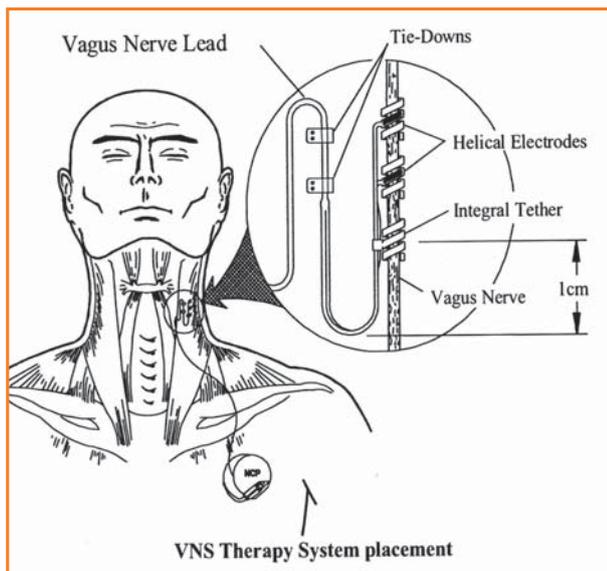


Fig.2 Dispositivo: sede di impianto e connessione con il nervo vago

prodotto dalla VNS potrebbe richiamare lo stesso potenziamento noradrenergico ottenuto con i farmaci antidepressivi di ultima generazione mediante l'inibizione selettiva della ricaptazione di noradrenalina.

Dispositivo per la VNS e procedura di impianto (Fig.2)

Il dispositivo per la VNS è simile ad un pacemaker cardiaco. Viene impiantato chirurgicamente sotto la clavicola in una tasca sottocutanea ubicata nella zona superiore sinistra del torace. Una volta che il nervo vago di sinistra è stato esposto nel collo, un elettrocateretere viene posizionato sul nervo vago mediante due elettrodi bipolari ad elica fissati intorno al nervo distalmente al ramo del laringeo ricorrente. L'elettrocateretere viene fatto passare mediante un tunnellizzatore sotto la clavicola tra il sito di incisione nel collo e la tasca subclaveare, e qui viene connesso con il generatore (v. Figura). Viene utilizzato il nervo vago di sinistra perché, anatomicamente, possiede un minor contingente di fibre dirette al sistema di conduzione cardiaco rispetto al nervo vago controlaterale. L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale ed ha una durata di 1-2 ore. Successivamente i vari parametri di stimolazione del dispositivo possono essere programmati dall'esterno mediante

computer. In genere l'intensità della stimolazione iniziale è di 0.25 mA e di regola si eseguono incrementi successivi di 0.25 mA fino a 1.25-2.00 mA nell'arco di alcune settimane. I parametri più comuni di stimolazione sono i seguenti: frequenza di 20-30 Hz, ampiezza dell'impulso di 250-500 µsec, fase on di 30 sec, fase off di 3-5 min. Durante la fase on si ha una

stimolazione intermittente del nervo vago, che si interrompe durante la fase off. Oltre a tale modalità automatica di stimolazione, vi è la possibilità anche per il paziente di attivare il dispositivo "a richiesta" dall'esterno mediante un magnete che, fatto passare in corrispondenza della regione sub-claveare sinistra, produce una fase on di stimolazione; tale procedura può essere impiegata da quei pazienti con crisi focali che avvertono l'inizio della crisi ed hanno così il tempo di effettuare la manovra.

Indicazioni alla terapia con VNS

L'efficacia antiepilettica della VNS è stata dimostrata in pazienti con crisi focali farmaco-resistenti, tanto che l'indicazione FDA è rivolta a

tale gruppo di pazienti. Fin dall'inizio sono stati comunque trattati anche pazienti con crisi generalizzate. In particolare, una discreta efficacia della VNS è stata riscontrata nella sindrome di Lennox-Gastaut, una delle più gravi sindromi epilettiche dell'età pediatrica caratterizzata da crisi catastrofiche, sia toniche che atoniche; confrontando VNS e callosotomia, sono stati evidenziati risultati sovrapponibili tra i due trattamenti in termini di efficacia, e sicuramente superiori, a vantaggio della VNS, in termini di tollerabilità. A tale riguardo, la Regione Toscana ha recepito la VNS nell'ambito delle Linee Guida per la Diagnosi ed il Trattamento delle Epilessie, come trattamento per la sindrome di Lennox-Gastaut, da praticarsi prima della callosotomia.

Gli studi condotti nell'adulto anche a lungo termine hanno globalmente confermato l'efficacia della VNS: circa 1/3 dei pazienti risulta responder (cioè ha una riduzione delle crisi >50%), circa 1/3 ha una riduzione delle crisi compresa tra il 20 e il 50%, mentre i rimanenti non presentano una risposta alla VNS. Nell'ambito dei pazienti responder vi è una piccola percentuale di soggetti -circa il 10%- che mostra un completo controllo delle crisi. Nonostante la numerosità dei soggetti impiantati nel mondo, non sono stati ancora individuati chiaramente i marcatori clinico-strumentali predittivi di una maggiore risposta alla VNS.

L'efficacia terapeutica della VNS è stata osservata anche nei bambi-

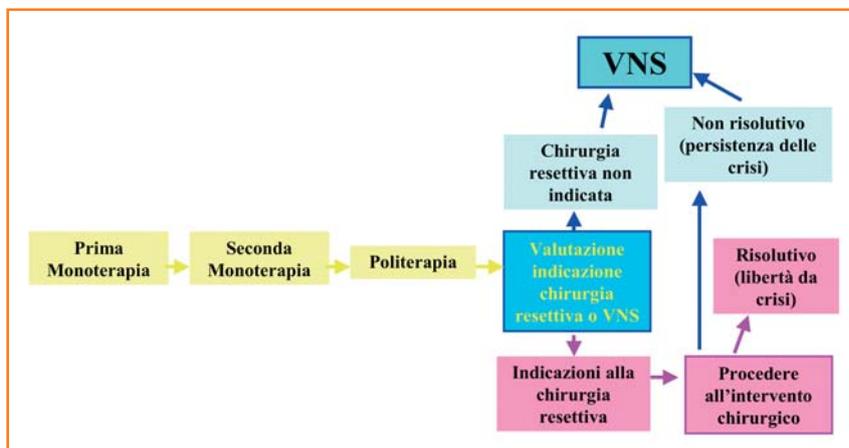


Fig.3 Sequenza di trattamento per la VNS

ni con epilessie farmacoresistenti; anzi, in questa fascia di età, gli studi di follow-up dimostrano una efficacia a lungo termine anche maggiore di quanto osservato negli adulti, con percentuali di riduzione delle crisi talora straordinarie (riduzione media delle crisi del 61% a 24 mesi e del 71% a 36 mesi).

L'algoritmo da seguire prima di proporre ad un paziente la terapia con VNS prevede il passaggio attraverso una terapia farmacologica - dapprima mono- poi politerapia; successivamente, una volta evidenziata la farmacoresistenza, il paziente può essere valutato per un'eventuale chirurgia dell'epilessia di tipo resettivo (v. introduzione) oppure, nel caso questa non sia indicata, per l'impianto dello stimolatore vagale. Anche al paziente operato senza successo di chirurgia resettiva è possibile proporre il trattamento con stimolatore vagale (Fig.3).

E' interessante sottolineare che l'associazione di epilessia e depressione nello stesso soggetto è piuttosto comune e non può essere considerata solo casuale. A sostenere la presenza di tale comorbidità è, per esempio, l'impiego di alcuni farmaci antiepilettici nel trattamento dei disturbi dell'umore. Un altro aspetto, conosciuto in buona misura dagli epilettologi, è il fenomeno della cosiddetta normalizzazione forzata, cioè la comparsa di disturbi dell'umore o del comportamento in pazienti con epilessia in cui sia stato ottenuto un completo controllo delle crisi. Infine, come già accennato sopra, è probabile che epilessia e depressione condividano meccanismi neurobiologici simili, per esempio un deficit di noradrenalina.

Tollerabilità

Sul piano della tollerabilità, la VNS mostra un profilo favorevole, sia per quanto riguarda i rischi immediati connessi alla procedura chirurgica dell'impianto che gli effetti collaterali a lungo termine. La maggior parte degli effetti avversi conseguenti all'impianto, peraltro rari, sono infezioni, paresi delle corde vocali, ipostenia della muscolatura faciale

inferiore ed, in rarissimi casi, bradicardia ed asistolia. Le infezioni sono descritte nel 3-6% dei pazienti impiantati, sono state trattate con antibiotici orali e raramente hanno richiesto la rimozione del generatore o degli elettrodi. La comparsa di asistolia ventricolare è stata descritta in cinque pazienti nel corso del test effettuato sul dispositivo al momento dell'impianto in sala operatoria. Negli stessi pazienti non sono stati osservati altri episodi di asistolia dopo l'intervento e tutti sono stati alla fine impiantati e trattati con VNS. E' stato calcolato che tale evento avverso ha un'incidenza di circa lo 0.1% e che è correlato alla stimolazione indiretta dei nervi cervicali cardiaci, al posizionamento anormale degli elettrodi, al malfunzionamento del dispositivo o ad una reazione idiosincrasia del soggetto.

Nella stimolazione cronica intermittente i più comuni effetti avversi della VNS sono caratterizzati da tosse, raucedine, alterazione della voce, dolore alla gola; essi sono correlati allo stimolo e tendono a migliorare nel tempo. L'alterazione della voce è un effetto talmente comune da poter essere considerato dal paziente quasi un indice di funzionamento del dispositivo, piuttosto che un vero e proprio effetto collaterale. Raramente sono stati osservati dispnea, vomito, parestesie, infezioni.

Esperienza pisana

Se si pensa che le persone trattate con VNS oggi nel mondo sono circa 50.000, è chiaro che la metodica della VNS rappresenta una modalità ormai consolidata e diffusa di trattamento dell'epilessia farmacoresistente nella pratica clinica.

In Italia, uno dei primi centri ad avere utilizzato la VNS è stato il nostro Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi ed il Trattamento dell'Epilessia della Clinica Neurologica di Pisa. Qui, nel 1995, è stato impiantato il primo paziente. Nel corso degli anni successivi, dopo un'attenta selezione, sono stati sottoposti ad impianto altri pazienti per un totale di 29 pazienti, tuttora seguiti con periodiche visite ambula-

toriali. Ogni 3-6 mesi viene valutato il corretto funzionamento del generatore mediante un dispositivo di interfaccia tra un computer dedicato ed il generatore stesso; mediante questo dispositivo è inoltre possibile modificare dall'esterno i parametri di stimolazione della VNS alla ricerca di quelli più "adatti" per il singolo paziente.

La durata media del generatore di impulsi era di circa 5 anni per i primi modelli, mentre per i modelli più moderni di circa 10 anni. Questo aumento di durata del generatore si è accompagnato negli anni anche all'utilizzo di tecnologie più sofisticate ed alla produzione di dispositivi sempre più sottili, più leggeri e "meno ingombranti". Nella nostra casistica, dopo il primo impianto, 7 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di sostituzione del generatore per esaurimento della batteria, senza complicanze. L'esaurimento del generatore si è manifestato per lo più con un aumento delle crisi o con una mancata percezione dell'attività del generatore (è la regola che il paziente riferisca una transitoria raucedine nelle fasi on della stimolazione); in un caso particolare, in cui la VNS aveva mostrato una straordinaria efficacia rendendo la paziente libera da crisi, l'esaurimento della batteria si è manifestato con la ricomparsa delle crisi.

Dei 29 pazienti sottoposti a VNS presso la Clinica Neurologica di Pisa, 26 sono affetti da epilessie focali sintomatiche o criptogeniche e 3 da epilessie generalizzate sintomatiche. Le forme focali comprendono epilessie del lobo temporale o frontale o forme multifocali, mentre le epilessie generalizzate sono rappresentate da sindromi di Lennox-Gastaut o Lennox-like. I pazienti impiantati hanno tutti una lunga durata di malattia, una storia di numerosi tentativi terapeutici con farmaci antiepilettici senza successo ed un'età media all'impianto di circa 45 anni. Oltre all'elevata frequenza di crisi, in media plurisettimanali, tutti i pazienti presentano crisi con caduta. Come ben comprensibile, questo tipo di crisi è particolarmente invalidante e

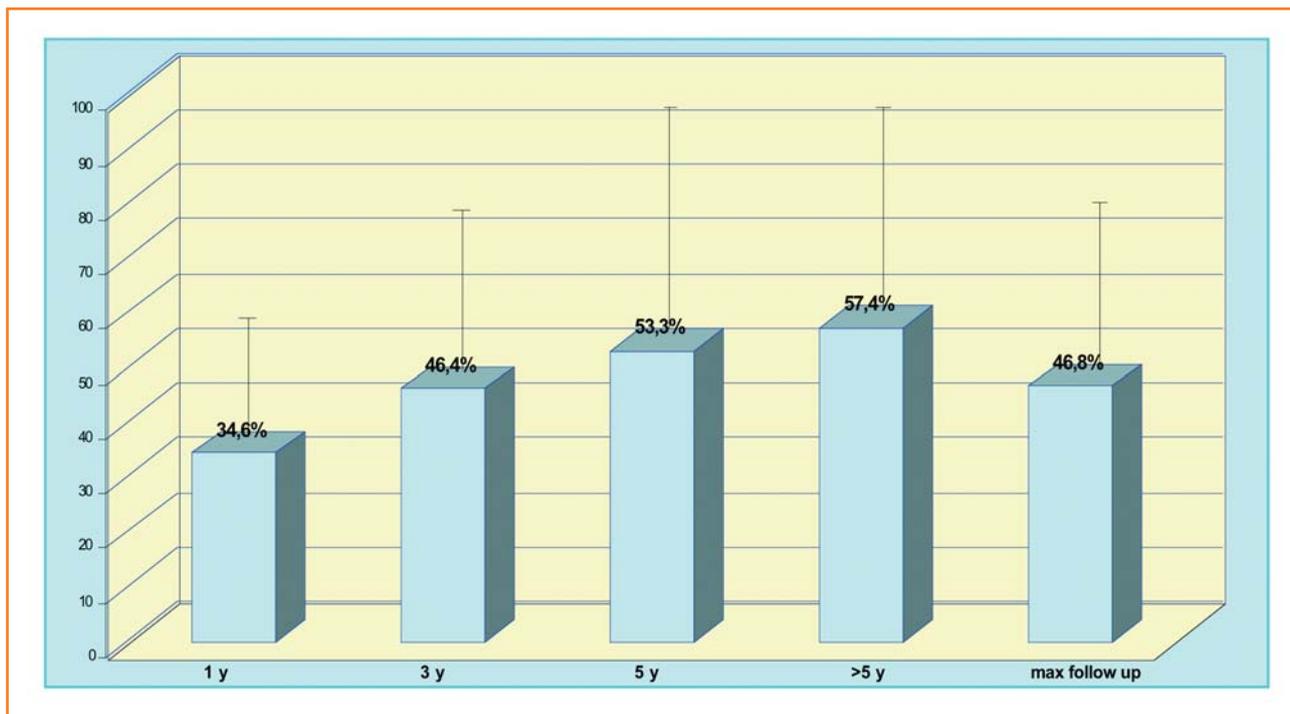


Fig.4 Percentuale media di riduzione della frequenza di crisi ai vari tempi

limitante l'autonomia del paziente; quando poi la caduta avviene senza alcun preavviso, come nei *drop attack*, questa è una condizione a rischio di patologia traumatica grave. Globalmente, nei pazienti seguiti presso il Centro di Pisa, si è osservata una riduzione delle crisi di circa il 35% dopo un anno ed un incremento dell'efficacia nel corso degli anni successivi con una riduzione media di circa il 45% al massimo follow-up (Fig.4). Anche la percentuale di responder (cioè i pazienti con riduzione di crisi > 50%) è aumentata negli anni, ed è risultata di circa il 50% dopo 3 anni di stimolazione. Pur essendo un numero limitato di casi, i pazienti che hanno mostrato i risultati migliori sono quelli con epilessie temporali e con sindrome di Lennox-Gastaut. In particolare una discreta efficacia si è osservata nelle crisi con caduta, con una riduzione di circa il 40%.

Un altro aspetto rilevante osservato in questa casistica è un effetto positivo prodotto dalla VNS sull'umore, sulla vigilanza e globalmente sulla qualità di vita. In alcuni pazienti che mostravano disturbi dell'umore o del comportamento in comorbidità all'epilessia è stato segnalato dai

familiari un notevole miglioramento della patologia psichiatrica. In alcuni pazienti con ritardo mentale e disabilità motorie è stata rilevata una maggiore partecipazione alla vita familiare ed un miglioramento degli aspetti cognitivi e motori.

Per quanto riguarda la tollerabilità, non si sono osservati in linea generale effetti collaterali gravi. Quale complicanza a lungo termine della presenza di un dispositivo estraneo, si è verificata in un paziente, a più di 10 anni dall'impianto, l'infezione della tasca sottocutanea, mentre in un altro paziente si è verificata la dislocazione del generatore nella tasca d'impianto come conseguenza di un trauma toracico. In entrambi i casi si è resa necessaria la rimozione del pacemaker.

Altre prospettive di utilizzo della VNS

Negli ultimi anni si è diffuso un consistente interesse per la VNS applicata a malattie di interesse neuropsichiatrico diverse dall'epilessia. In particolare, visti anche gli effetti positivi sul tono dell'umore e sulla qualità di vita osservati nei pazienti con epilessia e trattati con VNS, uno dei principali campi di applicazione

è stato quello della depressione. Del resto, gli studi di neuroimmagine funzionale hanno dimostrato che la VNS produce un'attivazione di regioni cerebrali limbiche e paralimbiche, note come aree di modulazione del tono dell'umore. I risultati di efficacia ottenuti dai trial clinici effettuati in pazienti con depressione farmaco-resistente hanno condotto alla recentissima approvazione della metodica da parte della FDA anche per il trattamento della depressione. Inoltre, sulla base dell'osservazione di un miglioramento del livello di vigilanza e di alcuni test di memoria osservati nei pazienti con epilessia e trattati con VNS, si è ipotizzato che tale stimolazione possa avere un ruolo nei meccanismi di allerta, di apprendimento e di memoria. Sono attualmente in corso studi clinici volti a valutare un possibile impiego della VNS nei pazienti con malattia di Alzheimer.

Il beneficio prodotto dalla VNS in altre patologie come la cefalea, l'obesità, il dolore, il tremore cerebellare resta limitato ad alcune osservazioni aneddotiche o a ristretti numeri di pazienti che appaiono di estremo interesse e meritano di essere ampliate.

Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

L'

acqua oligominerale San Carlo è un'acqua sorgiva purissima che grazie alle sue caratteristiche chimico - fisiche, possiede un elevato potere depurativo. Può essere utilizzata quotidianamente senza alcuna controindicazione. Il suo impiego a digiuno e a determinati dosaggi, trova indicazione nel trattamento delle seguenti patologie:

- **Calcolosi delle vie urinarie**
- **Infezioni delle vie urinarie (pielite, pielonefrite, cistite)**
- **Patologie gastroenteriche (dispepsia biliare, colon irritabile, stitichezza cronica)**
- **Affezioni del metabolismo (iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità)**
- **Iperensione arteriosa**



LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

- Purezza batteriologica
- Costanza di portata
- Costanza di temperatura

Temperatura alla sorgente	13.4 °C
Residuo fisso a 180°C	58 mg/l
Esponente attivo ione idrogenato alla sorgente	(pH) 5.7
Conducibilità elettrica specifica 20°C	76
Anidride carbonica (CO ₂) libera alla sorgente	28.7 mg/l
Ossidabilità sc.Kubel (O ₂)	0.3 mg/l
Sodio	9 mg/l
Potassio	0.36 mg/l
Magnesio	2.8 mg/l
Calcio	2.4 mg/l
Cloruro	13.5 mg/l
Nitrati	9.6 mg/l
Ione Idrogenocarbonato	12.2 mg/l
Solfati	2.5 mg/l
Silice	9.2 mg/l

Autorizzata con D.M.n.547 del 10/11/1950

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA
di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG
für



DAL 1868
Acqua Minerale Naturale
ULIVETO
Aiuta la Digestione

Nel comune di Vicopisano, circondato dal verde degli ulivi, dove le colline toscane degradano verso le rive dell'Arno, sorge un borgo che deve la sua storia e il suo sviluppo alla Fonte dell'acqua che porta il suo nome: Uliveto. Un documento del Mille, riportato da Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) ci narra che già a quei tempi erano noti gli effetti non solo dissetanti ma soprattutto salutistici di quest'acqua.



L'acqua minerale Uliveto per la composizione unica di preziosi minerali, la microeffervescenza naturale e il gusto inconfondibile, aiuta a digerire meglio e ci fa sentire in forma.

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

