

PisaMedica

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

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - € 2,00



in questo numero:

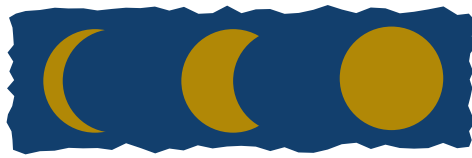
**Chiarimenti
certificati on line
(Circolare Brunetta 2/2010)**

**La parodontite ed il suo
rapporto con gli Stili di Vita**

F. Graziani - S. Cei
S. Gennai - M. Gabriele
U.O. di Odontostomatologia
e Chirurgia Orale A.O.U.P.

**Il trapianto di rene in Italia,
fra presente e futuro**

U. Boggi
Direttore U.O. Chirurgia Generale
e Trapianti A.O.U.P.



ProgettoLuce

associazione no profit



ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

Lo scopo di "Progetto Luce" è quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da glaucoma e da degenerazione maculare senile, ed in particolare:

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.
2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti afflitti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e fattivo scambio di comuni esperienze di vita.
4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente
5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.
6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.
7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

Segreteria Organizzativa:

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / info@progettoluceonline.org

Segreteria Scientifica:

U.O. Oculistica Universitaria / Nuovo Ospedale S. Chiara A.O.U.P. Presidio Ospedaliero di Cisanello, Edificio 30,
Via Paradisa 2 56124 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 554 088 / progettoluce@unipisa.it

www.progettoluceonline.org

Medicina di genere: il medico deve sapere

La Medicina di Genere deve sempre più far parte della cultura del medico moderno e del rapporto informativo e fiduciario con il paziente. Ad ogni livello professionale, è infatti nostro dovere - non solo etico - entrare in un'ottica innovativa che, certamente, rappresenta una svolta irrinunciabile in tema di sicurezza per il medico ed il cittadino.

Oggi che è finalmente assunta a materia scientifica a tutto campo, non è più possibile nascondersi dietro il classico dito del pressapochismo e dell'ignoranza. Dobbiamo, invece, essere in grado di rispondere in maniera compiuta e fattiva alle esigenze ed agli interrogativi che ci vengono rivolti.

La scienza - non è una novità - è in costante divenire. Sono piccoli, ma infiniti passi in avanti, di cui dobbiamo prendere continuamente atto. Ma questo progresso porta spesso alla costruzione di una materia così articolata e complessa, tale da porre a ciascuno dubbi alle proprie

certezze e certezze ai propri dubbi. Non è una frase fatta e lungi da noi imboccare la strada della retorica. Dobbiamo in sostanza riflettere e non sottovalutare. Si apre adesso una fase del tutto nuova che, sicuramente, ci farà scoprire scenari impensabili alle nostre conoscenze. Sta dunque a noi sentirsi pronti a recepire l'ineluttabilità dell'avvenire, senza continuare ad ancorarci al passato.

L'Ordine, dal canto suo, propone fin d'ora la massima disponibilità ad ogni livello per tracciare le linee d'un programma moderno e funzionale di aggiornamento. Al contempo, si adopererà per sensibilizzare le competenti strutture istituzionali a convogliare idee e propositi in un percorso sinergico. Non volgere lo sguardo al futuro, è come coprirsi gli occhi sperando di non cadere durante il cammino.

Pisa lancia la sua proposta. Siamo certi che saremo ancora una volta i capofila dell'innovazione.



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, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio
Petri, Angelo Baggiani, Cataldo
Graci, Amalia Lucchetti, Antonio
De Luca, Stefano Taddei, Paolo
Baldi, Franco Pancani, Gabriele
Bartolomei, Teresa Galoppi,
M. Cecilia Villani, Roberto Trivelli

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 Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Alberto Martini
www.albertomartini.com

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*.

*Si ricorda a tutti gli iscritti che ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dotarsi di una casella PEC non è possibile usufruire delle caselle tipo **@postacertificata.gov.it** o di quelle rilasciate gratuitamente da INPS e ACI, in quanto non consentono la comunicazione fra soggetti diversi dalla Pubblica Amministrazione.*

*Allo stesso modo si ricorda che gli indirizzi email forniti da ASL, AOUP, CNR etc ai propri dipendenti **NON** equivalgono alla Posta Elettronica Certificata e pertanto è necessario dotarsi di un nuovo indirizzo PEC.*

Ulteriori informazioni sono a disposizione sul sito dell'Ordine www.omceopi.org

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.*

Chiarimenti certificati on line (Circolare Brunetta 2/2010)

In attesa della pubblicazione della circolare n. 3 del Ministro Brunetta, pubblichiamo un breve vademecum sulle certificazioni online. Il testo Completo della circolare n. 2/2010 è disponibile sul sito dell'Ordine dei Medici di Pisa (www.omceopi.org). Non appena verranno rese pubbliche ulteriori novità sull'argomento, verranno rese immediatamente disponibili sempre sul sito dell'Ordine.

A chi non si deve fare il certificato on line la norma non riguarda direttamente il personale in regime di diritto pubblico di cui l'art. 3 del medesimo decreto: 1. magistrati e avvocati dello Stato, 2. professori universitari, 3. personale appartenente alle forze armate, 4. le forze di polizia, 5. corpo nazionale dei vigili del fuoco, 6. personale delle carriere diplomatica, 7. personale delle carriere prefettizia, 8. altre categorie che, ai sensi del menzionato art. 3, sono disciplinate dai propri ordinamenti); per queste categorie rimane vigente la tradizionale modalità cartacea, fermo restando che il nuovo sistema potrà trovare applicazione anche nei confronti di queste categorie di personale a seguito di approfondimenti istruttori e dell'adozione delle misure del caso. In conclusione, per le categorie di personale ad ordinamento pubblicistico, non soggette al regime del d.lgs. n. 165 del 2001 **i medici compilano i certificati e gli attestati di malattia in forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma**, con le consuete modalità di produzione o trasmissione a parte del dipendente interessato.

A chi si deve fare il certificato on line Tutti gli altri soggetti es: Insegnanti, professori, ospedalieri, bancari, contadini ecc. (quindi a tutte le categorie non rientranti nel precedente elenco)

Chi deve fare il certificato? Il nuovo regime di trasmissione telematica dei certificati riguarda i medici **dipendenti** del servizio sanitario nazionale e i **medici convenzionati** con il servizio sanitario nazionale (medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta), nonché i **medici liberi professionisti**.

Il Dipartimento della digitalizzazione della pubblica amministrazione e le altre Amministrazioni competenti si stanno impegnando per la sua estensione generalizzata e il processo di distribuzione delle credenziali di accesso al sistema telematico ai medici privati è in corso. nelle more, i **dipendenti pubblici** che, in linea e nei limiti di quanto previsto nel comma I d l'art. 55 *septies* del d.lgs. n. 165 del 2001, **si rivolgono ad un medico privato per la certificazione dell'assenza dovranno chiedere al medico il certificato o l'attestato in forma cartacea e li recapiteranno all'amministrazione secondo le tradizionali modalità**. Quindi, sino alla compiuta messa a regime del sistema, **le amministrazioni sono tenute ad accettare i certificati e gli attestati medici in forma cartacea provenienti da medici liberi professionisti**, sempre che siano rispettate le condizioni previste nel citato art. 55 *septies* comma I. Rimane fermo, naturalmente, che la giustificazione dell'assenza avverrà invece mediante certificazione telematica ogni qualvolta i medici privati siano già in possesso delle credenziali di accesso e degli altri strumenti necessari per l'invio telematico.

Da quando? Il Dipartimento della digitalizzazione della pubblica amministrazione e le altre Amministrazioni competenti si stanno impegnando per la sua estensione generalizzata e il **processo di distribuzione delle credenziali di accesso al sistema telematico ai medici privati è in corso**. nelle more, i dipendenti pubblici che, in linea e nei limiti di quanto previsto nel comma I d l'art. 55 *septies* del d.lgs. n. 165 del 2001, si rivolgono ad un medico privato per la certificazione dell'assenza dovranno chiedere al medico il certificato o l'attestato **in forma cartacea e lo recapiteranno all'amministrazione secondo le tradizionali modalità**. Quindi, **sino alla compiuta messa a regime del sistema, le amministrazioni sono tenute ad accettare i certificati e gli attestati medici in forma cartacea provenienti da medici liberi professionisti**, sempre che siano rispettate le condizioni previste nel citato art. 55 *septies* comma I.

Dimissioni Ospedaliere e Pronto Soccorso

La commissione ha preso atto dell'esistenza di queste criticità per l'applicazione del sistema di trasmissione telematica dei certificati, contestualmente ad altre problematiche organizzative, ed ha segnalato la necessità di individuare adeguate soluzioni e di attuare un monitoraggio con il concerto delle amministrazioni coinvolte per verificare la funzionalità del servizio. Si chiarisce pertanto che, durante questo periodo di monitoraggio e sino a quando non saranno decise le misure ad hoc da seguire in queste situazioni, **per i certificati di ricovero, di dimissione e di pronto soccorso, i medici continueranno ad elaborare certificati in forma cartacea**, i dipendenti continueranno a recapitare o consegnare tempestivamente i certificati e gli attestati all'amministrazione di appartenenza e **le amministrazioni li accetteranno secondo le tradizionali modalità**.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA

Via Battelli, 5 – 56127 Pisa – tel 050.579714 fax 050.973463
www.omceopi.org - e-mail: segreteria@omceopi.org - Posta Elettronica Certificata: segreteria.pi@pec.omceo.it

Pisa, 20/01/2011
Prot. n. 14

Al Direttore Generale AOUP
Al Direttore Sanitario AOUP
Al Direttore Generale ASL5 Pisa
Al Direttore sanitario ASL5 Pisa
Al Direttore dell'Istituto di Fisiologia
Clinica del CNR di Pisa
Al Preside della Facoltà di Medicina e
Chirurgia – Università di Pisa

e p.c. Alle OO.SS. dei Medici Ospedalieri e del
Territorio della provincia di Pisa

Oggetto: certificazioni di malattia on-line

Giungono tutt'ora a questo Ordine frequenti segnalazioni circa il mancato utilizzo della procedura di certificazione telematica da parte di alcuni reparti ospedalieri.

In particolare risulta all'atto delle dimissioni del paziente, che la prassi dei medici ospedalieri sia quella di rimandare il paziente al medico di famiglia per il rilascio della certificazione di malattia.

Orbene, anche le recenti circolari del Ministro per l'Innovazione e la Pubblica Amministrazione confermano che sono tenuti alla certificazione telematica o, ove non possibile, cartacea, non solo i medici convenzionati, ma tutti i medici del SSN.

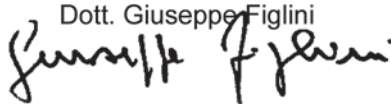
Inoltre la normativa pertinente prevede drastiche sanzioni nei confronti dei medici inadempienti, siano essi convenzionati o dipendenti del SSN.

Alla luce di tutto quanto precede, l'Ordine chiede a tutti i soggetti in indirizzo di promuovere, nel rispettivo ambito di competenza, la conoscenza e l'attuazione delle disposizioni inerenti le certificazioni telematiche, in modo da evitare contrasti fra colleghi ospedalieri e territoriali, sia l'irrogazione di sanzioni particolarmente severe.

L'Ordine si dichiara altresì disponibile ad un incontro con le SV, se ritenuto opportuno, per eventuali ulteriori chiarimenti.

Auspicando un'ampia collaborazione per superare questa problematica si saluta cordialmente

Il Presidente
Dott. Giuseppe Figliani



Malattie neuromuscolari, vita e qualità di vita

Il concetto di qualità della vita è divenuto un elemento importante per la definizione e la valutazione dei servizi sanitari e psico-sociali. Specie in Paesi con maggiore possibilità e necessità di approfondimento analitico di tale problema, la promozione della qualità della vita è considerata il vero obiettivo del singolo e di una popolazione, anche nell'assistenza "sociale", nel trattamento e nella prevenzione delle malattie. Infatti, attualmente, nel concetto di qualità della vita, ampio spazio occupa l'aspetto correlato alla salute, in cui si attribuisce importanza all'impatto degli interventi medici o delle condizioni mediche sul benessere fisico, psicologico e sociale dell'individuo malato.

È sempre più evidente che uno stato di malattia determina sofferenza e disagio in rapporto a come la persona percepisce la propria condizione di vita ottimale. Si può quindi definire qualità della vita come "qualsiasi cosa il paziente definisca come tale". La medicina, nelle sue ricerche applicative, si avvale della misurazione di parametri connessi allo stato di salute, analizzando, ad esempio, efficacia e effetti collaterali di procedure terapeutiche e, in specie, di farmaci. Tuttavia, benché in ambito medico è possibile misurare "quantitativamente" (per esempio attraverso la somministrazione di questionari) l'efficacia dell'operato specifico, per esempio in termini di anni di sopravvivenza, misurare una qualità può sembrare una palese contraddizione. E' abbastanza intuitivo che un'esperienza di vita è cosa assai diversa da una durata puramente cronologica o, peggio, da un'idea convenzionale. La vita della singola persona non è solo un concetto biologico, bensì un siste-

ma di esperienze straordinarie ed irripetibili in continua elaborazione e rinnovamento dei propri valori.

Negli ultimi anni, parallelamente con il diffondersi dell'idea che la qualità della vita sia un concetto più immanente che contingente, che va oltre la mera valutazione dell'impatto che la malattia e le terapie hanno sulla salute fisica, si è iniziato a considerare la qualità della vita come un costrutto prevalentemente soggettivo, che considera le aspettative, i desideri, la spiritualità, le mete personali.

Quali caratteristiche dovrebbe avere un questionario per la valutazione della qualità della vita dei pazienti con patologie croniche in generale e, in particolare, malattie neuromuscolari?

Tale questionario dovrebbe considerare la qualità della vita come un concetto multidimensionale, contenere domande che riguardano la dimensione esistenziale della qualità della vita (senso della vita, senso di colpa, religiosità, credenze su cosa accadrà dopo la morte, eccetera), considerare la totalità della persona, considerare il ruolo del dolore, riflettere sul ruolo dei familiari. Al tempo stesso, il questionario sulla qualità di vita dovrebbe risultare agevole nella somministrazione al paziente, partendo dal presupposto che il malato è un'attendibile fonte di dati in grado di fornire un punto di vista unico, non recuperabile con altre modalità di raccolta dati e complementare su molte aree a quelle cliniche. Una conseguenza ovvia dell'utilizzo dei sistemi "qualità della vita" per procedure e terapie è la possibilità di trasposizione di tali strumenti di analisi a differenti organizzazioni sanitarie e ai singoli medici, anche e soprattutto comparati-

vamente. Una metodologia "qualità della vita" può divenire quindi uno strumento di controllo interno delle singole strutture, ma anche di confronto tra strutture e località geografiche assai diverse, rappresentando anche un mezzo di misurazione di outcomes in trials terapeutici, accanto ai dati obiettivi ricavati dallo stato clinico di salute. Attraverso tali questionari è anche possibile valutare la percezione del paziente riguardo al rapporto "diretto" col medico e col personale infermieristico, che più frequentemente interagisce nella quotidianità con il paziente.

In campo medico i tentativi di elaborare dei modelli utili alla quantificazione della qualità di vita sono stati indirizzati soprattutto a persone affette da malattie croniche con costi di assistenza e cura relativamente elevati. Sono stati intrapresi studi nell'ambito delle malattie rare e in particolare delle malattie neuromuscolari. Una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti. Nonostante la definizione di "rarità", il numero di Malattie Rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7000 e le 8000, colpendo milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa.

Le malattie neuromuscolari sono malattie rare, i cui sintomi e segni sono attribuibili ad alterazioni anatomico-patologiche, biochimiche ed elettrofisiologiche a carico dei componenti dell'unità motoria: il nervo motore, la fibrocellula muscolare e la placca neuromuscolare. Tali alterazioni possono essere imputabili a numerose cause e rappresentare condizioni geneticamente determinate, come le distrofie muscolari, essere su base neurodegenerativa come la sclerosi laterale amiotro-

fica, o il risultato di un evento patogenetico acquisito. Le malattie neuromuscolari hanno un notevole impatto sia sotto il profilo della complessità dell'intervento assistenziale che delle implicazioni anche in ambito sociale, in considerazione della giovane età dei soggetti colpiti, della insorgenza di precoci disabilità motorie e dell'ampio coinvolgimento del caregiver e della famiglia. Allo stato attuale, la prognosi e la qualità della vita del paziente affetto da malattia neuromuscolare dipendono in misura essenziale dall'accuratezza e dalla frequenza dei monitoraggi clinici e dal livello di efficienza di tutti i presidi terapeutici e riabilitativi volti a prevenirne le complicanze, all'interno di un corretto programma di prevenzione-trattamento.

L'approccio multidisciplinare, come in altri settori della medicina, risulta perciò a maggior ragione necessario nell'ambito delle malattie neuromuscolari, a causa delle frequenti complicanze cui vanno incontro tali pazienti: per cui, accanto alla figura centrale del neurologo, si delineano le importanti consulenze in ambito cardiologico, pneumologico, riabilitativo, anestesilogico, ortopedico, odontoiatrico, nutrizionale e, non certo per ultimo, psicologico e socio-assistenziale.

Tra le variabili che condizionano la qualità della vita di un paziente con malattia neuromuscolare possiamo distinguere fattori intimamente legati alla malattia di base e fattori legati all'impatto che i sintomi causati dalla malattia hanno sul malato.

Le malattie neuromuscolari si esprimono con sintomi spesso molto gravosi per il paziente. La fatica, per esempio, è il sintomo che più spesso questa tipologia di pazienti lamenta, insieme al deficit di forza, che a seconda della malattia può essere diffuso o localizzato a particolari distretti corporei, limitando a volte notevolmente la vita del paziente. I pazienti neuromuscolari fanno molto spesso esperienza del dolore, causato sia da processi patogenetici propri della malattia di base, sia anche dalla spasticità, dall'infermità e dalle deformazioni

muscolo-scheletriche che essa produce. Le malattie neuromuscolari possono avere inoltre un profondo impatto sull'immagine che il malato ha di sé stesso. L'aspetto fisico può modificarsi a seguito della atrofia muscolare e delle deformazioni scheletriche conseguenti. Il deficit di forza progressivo conduce a vari gradi di disabilità e talvolta può rendere necessari interventi di tipo invasivo come la tracheostomia e la gastrostomia percutanea, rendendo il paziente dipendente dall'aiuto altrui nei comuni gesti della vita quotidiana, con conseguente senso di impotenza, insicurezza ed inadeguatezza.

I pazienti neuromuscolari sono da considerarsi particolarmente "fragili" anche per la frustrazione che spesso incontrano nell'iter diagnostico di una malattia che risulta rara, ancora ad oggi non sempre definitivamente "etichettabile" e non sempre riconosciuta sia in ambito sanitario non specialistico che socio-assistenziale. Inoltre, anche quando l'obiettivo di ottenere una precisa diagnosi molecolare viene raggiunto, il paziente incontra il disagio di sentirsi portatore di un difetto potenzialmente trasmissibile che apre inevitabili problematiche all'interno del contesto familiare.

La validazione di questionari creati allo scopo di indagare il concetto personale di "qualità di vita" del paziente neuromuscolare è iniziata a partire dalla metà degli anni Ottanta. Sono stati proposti e validati una serie di questionari somministrati, per lo più, con l'impiego di domande a risposta multipla che possono essere analizzate in maniera quantitativa.

Tali sistemi di analisi a punti permettono di scomporre il dato generale nei suoi diversi aspetti, i cosiddetti "domini"; in tal modo è possibile valutare il peso che rivestono ad esempio il dolore o la funzione, o ancora lo stato emotivo o la vitalità nel definire un concetto complesso come lo stato di salute. Uno dei più utilizzati è il questionario SF-36 (short form 36), risultato di un ampio studio (MOS, Medical Outcomes

Study) partito nella metà degli anni Ottanta e terminato con la pubblicazione del prodotto nel 1992. Altri questionari comunemente utilizzati sono il McGill Quality of life questionnaire, questionario interattivo specifico per persone con malattie in fase terminale dove non ci sono sintomi pre-definiti, ma è il paziente che riporta qual è il/i sintomo/i prevalente/i e che indica l'intensità del sintomo, e il McGill Pain Questionnaire, questionario di autosomministrazione costituito da alcune serie di parole idonee a descrivere diversi caratteri del dolore che, ad oggi rappresenta uno dei più completi questionari sul dolore. Si è recentemente concluso anche in Italia uno studio multicentrico finanziato dal Telethon, in cui ha partecipato anche il Centro per le Malattie Neuromuscolari della Clinica Neurologica di Pisa, che ha portato alla validazione in Italia del Individualized Neuromuscular Disease Quality of Life (INQoL), questionario sviluppato e validato per la prima volta in Inghilterra dal gruppo guidato da Michel Rose, finalizzato alla misurazione della qualità della vita specificamente pensato per i pazienti adulti affetti da malattie neuromuscolari. Il questionario è capace di rilevare le modifiche di qualità della vita che avvengono nel corso della storia naturale di malattia o dopo un qualsiasi trattamento sia farmacologico che riabilitativo, quale misura sensibile ai cambiamenti. Il questionario prevede un'autosomministrazione e va a valutare l'impatto soggettivo dei sintomi sulle attività di vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali sia all'interno della famiglia che in ambito sociale.

L'esperienza di malattia coinvolge il paziente in maniera intima, totale e difficilmente descrivibile. Virginia Woolf scrive nel suo saggio intitolato *"sulla malattia"*: "di quali proporzioni mutamento spirituale produce la malattia, quanto stupefacenti, allorché le luci della salute si spengono, i territori vergini che allora si dischiudono, quali lande deserte dell'anima espone un piccolo attacco di influenza, quali precipizi e



prati, sparsi di vividi fiori rivela un minimo aumento della temperatura, quali antiche e resistenti querce sono sradicate in noi nell'atto della nausea, come precipitiamo nel pozzo della morte e sentiamo le acque della dissoluzione chiudersi sopra le nostre testeil corpo interviene giorno e notte; si smussa o si affila, si scolorisce o scolora, si volge in cera nel calore di giugno, s'indurisce in sego nell'oscurità di febbraio. La creatura che vi sta rinchiusa può solo vedere attraverso il vetro, imbrattato o roseo; non può separarsi dal corpo come il coltello dalla guaina o il seme dal baccello per un solo istante; deve attraversare tutta l'interminabile successione dei mutamenti, il caldo, il freddo, l'agio e il disagio, la fame e la soddisfazione, la salute e la malattia... alle grandi guerre che il corpo, servito dalla mente, muove, nella solitudine della camera da letto, contro gli assalti della febbre o l'avvicinarsi della malinconia, nessuno bada. Non ci vuole molto a capire il perché. Guardare simili cose in faccia richiede il coraggio di un domatore di leoni; una vigorosa filosofia; una ragione radicata nelle viscere della terra... basta che il malato tenti di spiegare a un

medico la sofferenza che ha nella testa perché il linguaggio si prosciughi di colpo... egli sarà costretto a coniare qualche parola e, tenendo il suo dolore in una mano e un grumo di puro suono nell'altra, pressarli insieme in modo tale che alla fine ne salti fuori una parola del tutto nuova. Probabilmente sarà qualcosa di ridicolo... l'esperienza non si può comunicare e, come accade per le cose mute, la propria sofferenza serve solo a risvegliare nella mente degli amici il ricordo delle loro influenze, dei loro malanni... <<sono a letto con l'influenza>>: una frase simile che cosa comunica di quella grandiosa esperienza? Di come il mondo abbia mutato forma? E gli arnesi del mestiere siano diventati estranei? E i suoni della festa struggenti come una giostra che si ode in lontananza, oltre i campi? E gli amici cambiati, alcuni assumendo una strana bellezza, altri abbassati alla deformità dei rospi, mentre l'intero paesaggio della vita rimane bello e remoto, come la sponda che si vede dalla barca a largo..." (Virginia Woolf, Bollati Boringhieri Editore, 2006).

Per queste ragioni un'estrema importanza riveste quindi la possibilità

del medico di essere consapevole dell'impatto sul paziente delle malattie neuromuscolari, patologie a decorso cronico in cui il rapporto con la struttura sanitaria e il clinico è duraturo nel tempo e assume un carattere, più che in altre patologie, di reciproca condivisione ed in cui i fattori da misurare per valutare l'appropriatezza degli interventi non sono quindi solo la semplice sopravvivenza, ma riguardano vari aspetti come la compromissione funzionale, lo stato generale di salute o la soddisfazione della cura che, nella maggior parte dei casi, non rappresenta una risoluzione.

L'impostazione di un questionario sulla qualità della vita deve quindi tenere conto di diversi problemi che coinvolgono in maniera quasi completa tutti gli aspetti della "filosofia" della medicina, scomponendo l'esperienza del paziente nei suoi diversi aspetti, valutando la personale percezione di "qualità della vita", il peso che rivestono ad esempio il dolore o la disabilità, sia nella propria idea del sé che nella vita di relazione o ancora lo stato emotivo di fronte alle aspettative di vita, sia in termini di durata che, soprattutto, di affermazione.

Inquinamento ambientale e salute

Recentissimi studi, pubblicati sul numero di ottobre di *Diabetes care ed Environmental Health Perspectives*, riportano in prima linea l'importanza dell'inquinamento ambientale ed i gravissimi effetti che esso comporta per la salute umana. Ai rischi, universalmente accettati dalla comunità scientifica, che l'inquinamento atmosferico comporta per le malattie cardiache e polmonari, si aggiungono ora anche quelli che le due recentissime ricerche rivelano: vivere in città inquinate aumenta notevolmente il rischio di ammalarsi di **diabete** e di **cancro alla mammella**.

DIABETE E POLVERI SOTTILI

Per quanto attiene il diabete gli studiosi hanno incrociato i dati sui livelli di inquinanti presenti nell'aria e sulla diffusione del diabete in diverse contee degli Stati Uniti forniti da fonti affidabili quali l'APA e i Cdc. L'inquinante considerato sono state le polveri sottili, nello specifico il PM2,5 (complesso di particelle di dimensioni inferiori a 2,5 milionesimi di millimetro). Dalla ricerca emerge che per ogni incremento di 10 microgr. per metro cubo di PM2,5 su una popolazione di 1 milione di persone si può registrare un aumento di 10 mila diagnosi di diabete, pari a un aumento della prevalenza totale del diabete dell'1%. Anche se non si dispongono dati individuali e non si può perciò dimostrare la causalità, né si può sapere esattamente quale sia il meccanismo che porta queste persone a sviluppare il diabete, uno degli Autori afferma: «risulta chiaro in tutti i nostri modelli che l'inquinamento è un forte predittore della malattia». Da questo studio emerge inoltre un dato ancor più interessante in termini di salute pubblica, e cioè che non è necessa-

rio che gli inquinanti presenti nell'aria superino i limiti stabiliti dalla legge, anche nelle città "normalmente" inquinate da auto o industrie l'incidenza di diabete si innalza.

BIOSSIDO DI AZOTO E CANCRO ALLA MAMMELLA

Questa volta l'inquinante misurato dai ricercatori della McGill University è stato il biossido di azoto (NO2), agente strettamente associato al traffico e in generale ai processi di combustione. Tale studio ha evidenziato un aumento del rischio di sviluppare cancro al seno per le donne che vivono in luoghi in cui l'aria è particolarmente ricca di questo inquinante. Lo studio è stato condotto a Montreal per un totale di circa 800 donne. I risultati hanno evidenziato che il rischio di cancro al seno aumenta di circa il 25% per ogni aumento di 5 parti per miliardo di NO2. In pratica, ha concluso uno degli Autori, che «per le donne che vivono nelle aree con i più alti livelli di inquinamento il

rischio di sviluppare il cancro al seno è quasi doppio rispetto a quelle che vivono nelle aree meno inquinate». La foto dal satellite (Fig. 1) ci indica che la Valle dell'Arno, dove noi viviamo, pur non ai livelli della Pianura Padana, risulta comunque essere una delle aree d'Italia più inquinate da NO2. Anche per questa sola ragione, risulta necessario, su questo territorio, non aumentare le combustioni in generale, a cominciare da quelle totalmente evitabili quali l'**incenerimento dei rifiuti** che comportano la formazione di inquinanti aereodispersibili sia primari che secondari (cioè che si originano per interazioni fisico-chimiche in atmosfera). Gli inceneritori al contrario di quanto si lascia comunemente intendere, sono una fonte non trascurabile di particolato: studi condotti in Svezia e a Parigi hanno valutato che il 17- 32% di PM2.5 provenga da questi impianti. L'attenzione dei ricercatori è rivolta sempre più a valutare, tuttavia, i rischi del particolato

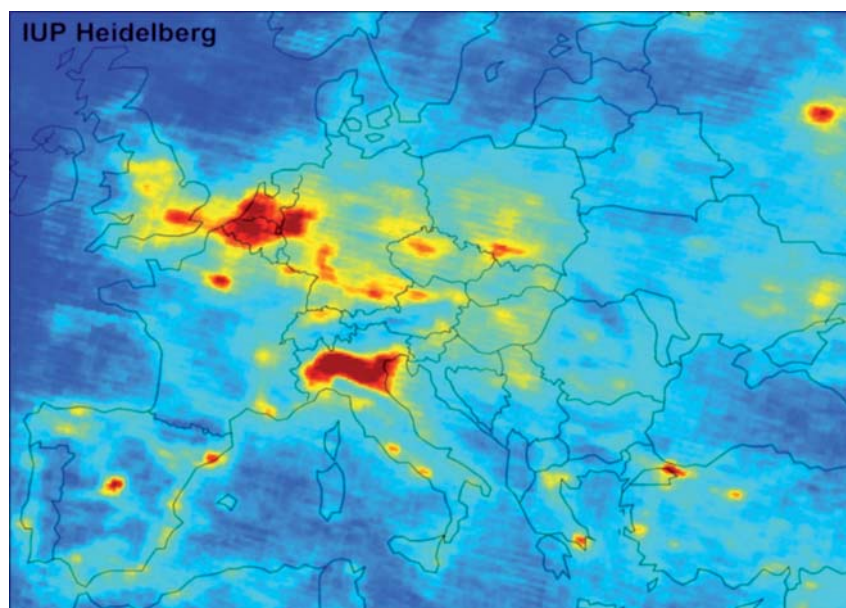


Fig. 1: Concentrazione degli ossidi di azoto NO2

ultrafine (inferiore al decimo di micron), che grazie a queste dimensioni, simili ai virus, è in grado di veicolare gli inquinanti (molecole di diossine e metalli pesanti per es) direttamente nel sangue. Risultando, infatti, non essere totalmente trattenuto né dai filtri degli impianti né dai filtri



dell'albero respiratorio, determina reazioni infiammatorie croniche a carico di svariati sistemi come il cardiocircolatorio e il neurologico. Si stanno inoltre accumulando evidenze sulla possibilità che tali particelle possano, attraverso il nervo olfattivo, giungere direttamente ai lobi frontali ed essere responsabili del drammatico aumento di patologie neurodegenerative quali Parkinson ed Alzheimer. Per quanto riguarda gli altri inquinanti emessi dagli inceneritori ritroviamo diossine, furani e bifenili, composti estremamente tossici (agiscono legandosi ai recettori nucleari e, alterando la trascrizione genetica, determinano patologie endocrine, riproduttive, immunitarie ed oncologiche), liposolubili (per questo più tossici per le donne e di conseguenza per feti e neonati), persistenti (7-10 anni nei tessuti fino a 100 anni sotto terra) e bioaccumulabili. Le conseguenze esplicate da ciascuno di essi possono essere diverse e più gravi in relazione alla predisposizione individuale e alle varie fasi della vita e sono soprattutto pericolose per gli organismi in accrescimento. Considerare l'incenerimento come pratica virtuosa per smaltire i rifiuti vuol dire mistificare la realtà e ignorare studi allarmanti sull'alta incidenza tumorale nelle aree prossime ad inceneritori che riguardano non solo l'Italia, ma anche la Francia e l'Inghilterra. A questo proposito si segnala l'ennesimo recentissimo studio condotto nell'area di ricaduta dell'inceneritore di Besençon dove si osserva una correlazione statisticamente significativa fra concentrazioni sieriche di sostanze diossino-simili e PCB ed

insorgenza di linfoma Non-Hodgkin.

CONCLUSIONI

Le profonde modificazioni associate all'industrializzazione ed al modello di vita occidentale sono ormai sotto gli occhi di tutti: urbanizzazione, trasporti, produzione/consumo di energia, telecomunicazioni, agricoltura intensiva, hanno radicalmente cambiato il nostro habitat, accompagnandosi ad un indubbio miglioramento dell'attesa di vita. Tuttavia, assistiamo anche ad una crescente incidenza non solo di patologie cronico/degenerative, ma anche di disordini riproduttivi, respiratori, neuropsichici che colpiscono sempre più diffusamente le popolazioni e rischiano di vanificare i risultati positivi raggiunti. Tutto ciò comporta infatti sia un crescente "carico" di sofferenza umana ma anche un peso economico sempre maggiore ed ormai difficilmente sostenibile per i costi sanitari ed assistenziali (le dosi di farmaci di Classe A assunti giornalmente sono aumentate dal 2000 al 2009 del 60%). Sempre per quanto attiene l'Italia, l'incidenza dei tumori, nel loro complesso, depurata del fattore invecchiamento, è in crescita. Il dato che però deve maggiormente far riflettere è l'aumento di cancro anche fra adolescenti e bambini: fra 0 a 14 anni si è registrato, nel nostro paese, nel periodo 1988-2002, un aumento medio percentuale annuo di incidenza per tutti i tumori del 2%; nei primi 12 mesi di vita l'incremento annuo è addirittura del +3.2%. Fra le neoplasie (0-14 anni) in cui si registra il maggior incremento in Italia vs Europa vi sono i linfomi (+4.6% vs 0.6%)

e le leucemie (+1.6% vs 0.6%). Questi andamenti, non spiegabili né con stili di vita né con miglioramenti diagnostici, devono indurci a riflettere sul rischio rappresentato dalla crescente esposizione dell'infanzia ad agenti tossici, mutageni e cancerogeni. Ma non solo l'esposizione del bambino

pare essere il problema, bensì quella delle madri e dei padri (e se sono danneggiati i gameti si può anche temere una propagazione transgenerazionale del cancro). A questo proposito sta sempre più emergendo nella letteratura che l'esposizione durante la vita fetale e neonatale condiziona lo stato di salute che l'individuo avrà da adulto. Nel 2005 alcuni biochimici hanno disegnato una sorta di processo in cui delle segnature epigenetiche in alcuni punti chiave del genoma, sotto stress in presenza di cancerogeni, finiscono per aprire la strada a vere e proprie mutazioni genetiche. Appare sempre più chiaro che a degenerare non sono le cellule adulte ma soprattutto le cellule staminali dei vari tessuti che risultando esposte ad una continua sollecitazione sono costrette a riparare lesioni e danni. Probabilmente le traslocazioni (come quelle tipiche di leucemie e linfomi dei soggetti sottoposti alle diossine di Seveso) rappresentano un tentativo delle cellule di reagire con modifiche del loro assetto genetico che permetta loro di proliferare per sostituire le cellule danneggiate.

Purtroppo siamo molto indietro nella tutela della salute e se è ormai chiaro che i "limiti di legge" non tutelano nessuno e tanto meno i bambini, è ancor più sconvolgente che notizie come quella relativa a un Decreto di Legge (Legge n.155 del 13/8/2010) con cui è stato posticipato al 31 dic. 2012 il divieto di superamento del livello di un nanogrammo a metro cubo per il benzo(a)pirene, cancerogeno certo per l'uomo, passino sotto totale silenzio.

Il DEA a pieno regime

Il nuovo DEA, Dipartimento di Emergenza-Accettazione di Cisanello, dall'8 dicembre scorso è finalmente realtà. Ci sono voluti mesi di intenso lavoro, riunioni, liste di programmazione, simulazioni, oltre alla messa a punto dei locali, agli arredi e al collaudo delle apparecchiature elettromedicali. Un lavoro di squadra senza sosta e senza risparmiarsi, nell'ottica che bisognava adattarsi quanto prima al nuovo modello organizzativo in spazi nuovi e ad alta tecnologia, fornendo

all'utenza una risposta assistenziale ancora più efficace. Questo è stato il leit-motiv che ha pervaso tutti gli operatori del DEA ma anche quelli delle altre Unità operative che sono state collocate all'interno dell'edificio, perché strettamente collegate con i percorsi di emergenza-urgenza.

E adesso le ambulanze del 118 sfrecciano dirette a Cisanello, passando dal ponte alle Bocchette per fermarsi davanti alla camera calda, dove si aprono in automatico le porte basculanti al passaggio delle barelle.

Il lavoro all'interno è cambiato. Non solo spazi più confortevoli anche per l'attesa e la degenza ma soprattutto maggiore integrazione disciplinare e ottimizzazione delle risorse grazie al fatto di avere tutte le specialità riunite in un unico stabile.



Massimo Santini
Direttore del Pronto Soccorso

All'interno un frenetico via vai, con le difficoltà quotidiane dovute a picchi di accessi troppo elevati o a qualche attesa prolungata per un posto letto nei reparti di degenza. Ma si tratta di problematiche che non intaccano la qualità assistenziale del nuovo Dipartimento. La struttura è stata realizzata dalla società INSO, con il supporto dell'ESTAV per le forniture, e accoglie al suo interno il cuore pulsante dell'ospedale di Pisa. Fino all'8 dicembre scorso, infatti, il Pronto soccorso era al Santa Chiara, la sede storica dell'ospedale a due passi dalla Torre di Pisa, e con esso la Radiodiagnostica PS, le Neurochirurgie, la Neuroradiologia, le Anestesi e Rianimazioni, la Chirurgia Generale e d'Urgenza, la Traumatologia. Erano distanziate di poche centinaia di metri, in uno stesso perimetro ospedaliero ma in padiglioni differenti. Ora tutte queste specialistiche legate direttamente all'emergenza-urgenza



La cerimonia del taglio del nastro



I protagonisti



Il tavolo delle Autorità

sono sotto lo stesso tetto. E questa integrazione ha significato una rivoluzione mentale, oltretutto materiale, che ridisegna l'ospedale di Pisa e fa del nuovo DEA uno fra i più grandi d'Europa. Il trasporto dei pazienti è avvenuto nelle ore notturne, su percorso dedicato, in ambulanze scortate dalle forze dell'ordine, in modo tale da garantire la massima sicurezza ed efficienza. Questo passaggio fondamentale rappresenta anche l'ultima tranche di una prima grande fetta di trasferimenti che sta portando, in questi ultimi anni, tutti i reparti dallo stabilimento di Santa Chiara a quello di Cisanello e che terminerà con il completamento della parte nuova dell'ospedale ancora da realizzare (la piastra diagnostica, il II potenziamento, il polo didattico di Medicina, la cittadella dei servizi). Con questa tappa del DEA, 2/3 dell'ospedale sono a Cisanello (1000 posti letto su un totale di 1500) e il Santa Chiara, per tutta la durata dei lavori del completamento definitivo del nuovo ospedale, si caratterizzerà come polo specialistico per la clinica medica, l'oncologia, la psichiatria e il settore materno-infantile, con un indice di interdipendenza fra i due presidi ospedalieri che si andrà sempre più riducendo. L'Azienda si è preparata da mesi a questo appuntamento di fine anno con l'attivazione di gruppi di lavoro dedicati ognuno a un settore ben preciso. E' stato attivato anche uno specifico piano di formazione per gli operatori interni e del 118, per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le associazioni

di volontariato. E' stata attivata una campagna di comunicazione con gli strumenti principali (cartelloni, locandine, spot televisivi e radiofonici, inserzioni sui giornali) per informare capillarmente la cittadinanza e contempora-

neamente è partita una campagna con le istituzioni, le scuole, i distretti socio-sanitari dell'Azienda Usl 5, le farmacie. Il nuovo DEA è anche facilmente raggiungibile dalla rotatoria posta sul Ponte alle Bocchette, con accesso sia dalla superstrada Fi-Pi-Li sia dal centro città. In Toscana, il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pisa è quello che, annualmente, accetta il maggior numero di utenti. Nel 2009 sono stati accettati 82.129 utenti, il 20% dei quali in condizioni di emergenza-urgenza. Si prevede che nel 2011, con l'incorporazione del Pronto soccorso ortopedico e pediatrico nella struttura del DEA, gli accessi saranno circa 100.000. Già il confronto del primo mese di attività nella nuova sede, rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso, segna quasi + mille accessi. Netto anche l'incre-

mento degli esami di Radiodiagnostica. Il Pronto Soccorso offre inoltre un servizio di accesso facilitato alla visita (il cosiddetto Fast Track) per le urgenze specialistiche immediatamente diagnosticate (pediatriche, oculistiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, dermatologiche, psichiatriche e traumi minori ortopedici). Nel 2009 hanno usufruito del Fast-Track 32.546 utenti (il 39% degli accessi totali). Altri fiori all'occhiello del nuovo DEA: i braccialetti di riconoscimento per i pazienti già passati dal Triage, i monitor con tracker sullo stato di avanzamento dell'iter assistenziale, l'integrazione della cartella clinica elettronica del PS con le procedure Fast Track, la disponibilità in tempo reale dei posti letto degli altri reparti. Il Pronto Soccorso ortopedico, invece, con medici e infermieri presenti nelle 24 ore, è dotato di radiodiagnostica dedicata, sale visite e sale d'attesa, necessarie al trattamento di circa 20.000 utenti l'anno con traumatismi minori. Infine, il Pronto Soccorso pediatrico, attivo 24 ore al giorno, fornisce risposta ai bisogni di salute dell'utenza da 0 a 18 anni, e può inoltre contare sulla disponibilità di quattro letti di osservazione breve intensiva, collocati nel reparto di Medicina d'Urgenza. Nel 2009 in regime di Fast Track sono stati visitati 7.970 pazienti in età pediatrica.



Orsitto con alcune infermiere tra le quali la Caposala del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Arena Virga

Neurochirurgia mininvasiva

L'approccio sovraorbitario transciliare

La tendenza alla riduzione della invasività è ormai un aspetto basilare della moderna medicina e rappresenta la naturale evoluzione dell'ippocratico brocardo "primum non nocere", che ha posto per secoli il medico davanti alla scelta se trattare o meno un paziente e lo ha spinto comunque a privilegiare il trattamento che presenta meno complicanze. Anche in ambito chirurgico abbiamo assistito nell'ultimo secolo al progressivo sviluppo di nuove strategie, atte non solo al raggiungimento di obiettivi sempre più complessi, ma anche alla loro realizzazione con tecniche sempre meno invasive. In una specialità relativamente giovane come la Neurochirurgia, l'ultimo trentennio è stato caratterizzato da una vera rivoluzione tecnica e tecnologica. In questo contesto, la Neurochirurgia Mininvasiva svolge un ruolo ormai fondamentale, ponendosi come obiettivo il trattamento della patologia in questione riducendo al minimo il trauma sia sul tessuto nervoso sano, sia sulle strutture superficiali. L'approccio sovraorbitario si inserisce nel crescente panorama di approcci neurochirurgici più moderni, quale strada alternativa al classico (e sempre attuale) approccio pterionale ed all'approccio subfrontale tradizionale.

Note tecniche

L'incisione cutanea viene effettuata, senza tricotomia, nel contesto del sopracciglio (*fig. 1*) o, se presente, nel fondo di una grossa ruga ad esso vicina; si esegue la dissezione dei tessuti molli, avendo cura di non danneggiare strutture come il ramo temporale del nervo faciale ed il nervo sovraorbitario; si esegue

la craniotomia fronto-latero-basale di circa 2 x 3 cm (*fig. 2*), si incide il piano durale e si prosegue l'intervento sotto magnificazione microscopica e con tecnica microchirurgica.

L'approccio, a dispetto delle sue ridotte dimensioni superficiali, consente una ottima visualizzazione del tetto dell'orbita, della regione ottico-chiasmatica, del tratto prossimale della scissura silviana, della a. carotide interna para- e sovra-clinoidea e della metà anteriore del poligono del Willis. E' possibile inoltre la visualizzazione di strutture controlaterali, della sezione posteriore del poligono arterioso e della cisterna interpeduncolare. Le indicazioni spaziano pertanto dal campo tumorale, a quello vascolare, raramente a quello traumatologico. Possono essere trattati per questa via: neoplasie del basicranio anteriore: meningioma del tetto dell'orbita, della doccia olfattoria (*fig. 3*), jugum e planum sfenoidale. Neoplasie delle strutture ottico-chiasmatiche. Craniofaringioma.



Figura 1: Sovraorbitario - Fine intervento

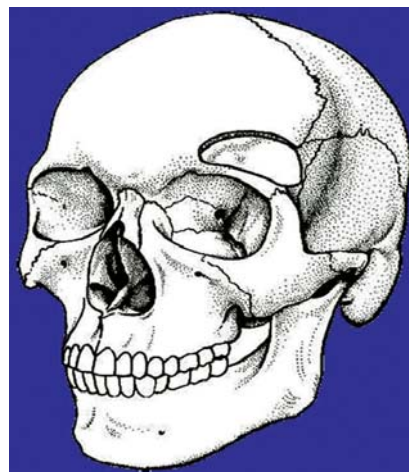


Figura 2: Schema approccio sovraorbitario

Cisti di Rathke. Neoplasie intracerebrali della regione fronto-basale
aneurismi delle arterie carotide

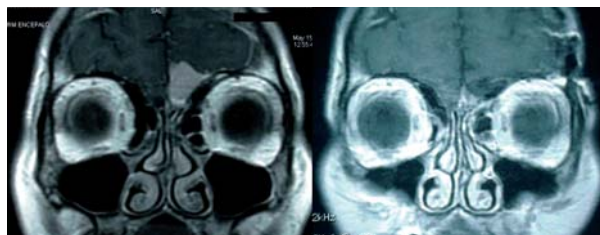


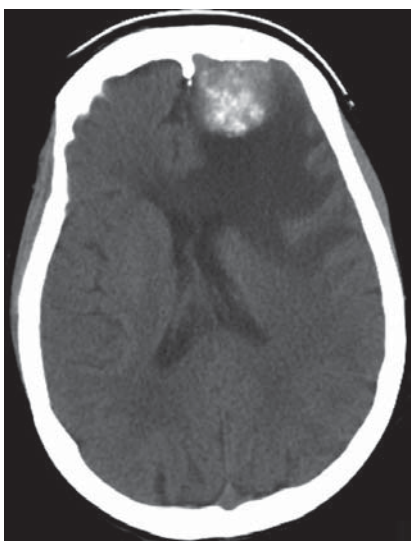
Figura 3: Meningioma doccia olfattoria - Pre - Post



Controllo a due anni

interna, cerebrale media, complesso della comunicante anteriore, cerebrale posteriore; accessoriamente per aneurismi delle arterie basilare, cerebellare antero-inferiore. Malformazioni vascolari della regione fronto-basale.

L'introduzione del microscopio operatorio, avvenuta in NCH negli anni '60, è considerata la più importante innovazione tecnologica nella storia di questa chirur-



Meningioma tetto orbitario

gia. L'utilizzo di questo indispensabile strumento consente una esecuzione più accurata dell'intervento per tre ordini di motivi. La *magnificazione delle strutture*, primo motivo per cui fu utilizzato, consente di osservare gli oggetti ingranditi anche più di 20 volte, con prevedibili vantaggi nella precisione del gesto chirurgico. *Riduzione della distanza interpupillare*. Gli spazi limitati del campo neurochirurgico non consentirebbero una visione stereoscopica, e quindi tridimensionale, dato che essa dipende strettamente dalla visione binoculare e richiede quindi una certa dimensione del foro di osservazione. Attraverso il sistema di lenti dei microscopi è possibile ridurre virtualmente la distanza interpupillare e consentire la visione stereoscopica anche in corridoi chirurgici molto angusti, quali sono quelli della moderna neurochirurgia. *Luce coassiale*. La luce delle tradizionali lampade scialitiche sul campo microchirurgico verrebbero oggi quasi completamente oscurate dalla testa e dalle mani degli operatori. Il microscopio possiede una fonte di

del chirurgo, molto vicina al campo chirurgico e quindi priva di ostacoli. Ad un certo punto di questa evoluzione tecnica, quando l'invasività sul tessuto nervoso era già notevolmente ridotta, l'ampiezza dell'esposizione cerebrale (quindi del lembo cutaneo e della craniotomia) era decisamente sproporzionata alla taglia della lesione da trattare. Venne così presa in considerazione da alcuni autori degli anni '70, fra cui Wilson (primo autore ad utilizzare il termine "key-hole surgery"), Brock e Yaşargil, la possibilità di ridurre, a parità di risultato, anche le dimensioni della craniotomia e quindi l'invasività globale, ottenendo fra le altre cose un migliore risultato estetico. Nasce così la Neurochirurgia Mininvasiva ed il cosiddetto "key-hole concept", portato alle sue più raffinate realizzazioni dal Prof. Axel Perneczki, Università di Mainz, Germania: per quanto piccola la craniotomia di accesso, è possibile osservare le strutture intracraniche "... come dal buco della serratura".

L'approccio sovraorbitario transcliviale rappresenta uno dei più concreti risultati di questo progresso tecnico/tecnologico e consente, insieme ad altre innovazioni disponibili presso la Neurochirurgia 2 Ospedaliera – AOUP, quali la neuronavigazione, la fluorangiografia intraoperatoria, awake craniotomy, di trattare, in casi selezionati, con minori complicanze ed in tempi spesso più brevi sia in termini di intervento che di degenza, patologie che, fino a pochi anni fa, richiedevano approcci decisamente più invasivi.

Lo spesometro

I nuovo accertamento sintetico si chiama “Spesometro”, e la parola stessa spiega di che cosa si tratti.

I contribuenti italiani avevano imparato a districarsi tra i coefficienti moltiplicatori del “Redditometro”, sapevano che acquistando un’imbarcazione o una potente autovettura il fisco avrebbe fatto loro i conti in tasca per verificare se il reddito dichiarato consentisse il mantenimento del bene, ma lo spesometro è strumento nuovo e più potente nelle mani dell’Amministrazione Finanziaria.

Esemplificando: ai contribuenti persone fisiche che acquisteranno un bene di valore superiore a 3.600,00 euro iva inclusa (per gli acquisti di beni o prestazioni soggetti a fatturazione la soglia è prevista invece a 3.000,00 euro) verrà richiesto a partire dal 1° maggio 2011 il codice fiscale.

Il negoziante entro l’anno successivo provvederà a comunicare telematicamente all’Agenzia delle Entrate tutti i riferimenti della vendita ivi compreso e soprattutto il codice fiscale di chi ha effettuato l’acquisto.

I limiti sono riferiti al valore globale della prestazione (o del bene) ed in caso di pagamenti frazionati, la comunicazione andrà inviata ugualmente.

Questa enorme banca dati affluirà all’Amministrazione finanziaria che potrà comparare i dati già in suo possesso riferiti al reddito del contribuente con le spese da questi sostenute e verificarne la congruità.

Nelle intenzioni del legislatore vi è pertanto la volontà di verificare se un certo soggetto che dichiara un certo reddito annuale abbia la possibilità di sostenere determinati consumi, le informazioni che affluiranno riguarderanno ogni tipo di spesa.

La norma istitutiva ha previsto che anche le operazioni effettuate nell’anno 2010 dovranno essere comunicate, ma con dei limiti: se eseguite tra soggetti in possesso di partita iva e se superiori a 25.000,00 euro al netto dell’iva.

In caso di accertamento, il contribuente potrà comunque giustificare la maggiore capacità di spesa in virtù di ulteriori entrate rispetto a quanto dichiarato nella dichiarazione dei redditi quali: il possesso di titoli finanziari, la presenza di un coniuge con redditi elevati, donazioni e vincite al lotto, entrate che dovranno essere supportate da idonea documentazione.

L’altro tipo di accertamento sintetico, cioè quello da “Redditometro” non è stato sostituito dallo “Spesometro” ma anzi è stato potenziato e sempre più va assomigliando agli “Studi di Settore” strumento ben noto ai titolari di partita iva, applicandosi a campioni di contribuenti selezionati per omogeneità territoriale e composizione del nucleo familiare.

L’Agenzia delle Entrate metterà a disposizione dei contribuenti un software con il quale sarà possibile verificare se il proprio reddito è congruo rispetto al redditometro e in caso contrario sarà possibile adeguarsi dichiarando un maggior reddito.

I due metodi di accertamento saranno alternativi precisa l’Agenzia e la scelta su quale metodologia di accertamento applicare verrà fatta in base alle risultanze istruttorie....

(Fonte: Il Sole 24 Ore)



Medicina del Seicento: le scuole iatromeccanica e iatrochimica

Nel campo delle concezioni patologiche, nel corso del '600, sulla spinta delle ricerche sperimentali applicate allo studio dei fenomeni biologici e clinici, si assiste al sorgere di due grandi scuole mediche: gli iatromeccanici e, in contrapposto, gli iatrochimici.

Caposcuola del primo indirizzo di pensiero fu indubbiamente Santorio SANTORIO. Nato a Capodistria nel 1561, iniziò qui i suoi primi studi, che poi continuò a Venezia. A 14 anni si portò nello Studio padovano, occupandosi prima di filosofia e poi volgendosi alle discipline mediche; si laureò nel 1582. Cinque anni dopo fu richiesto dal re di Polonia ed in questo paese ben presto acquisì grande fama, come clinico avveduto e colto, spesso richiesto da nobili e principi.

Nel 1611 tornò in Italia e fu nominato lettore di medicina teorica nello Studio di Padova, con il notevole stipendio di 800 ducati; in questa città rimase a lungo, esercitando con molto successo la sua professione. In questo periodo pubblicò i suoi primi studi e ricerche, suscitando l'invidia dei colleghi. Per questa situazione venutasi a creare, rinunciò all'insegnamento, tornando ad abitare a Venezia, coltivando con successo l'arte medica, che gli permise una vecchiaia agiata. Ideò anche nuovi strumenti, anche chirurgici, ed il pulsilogio

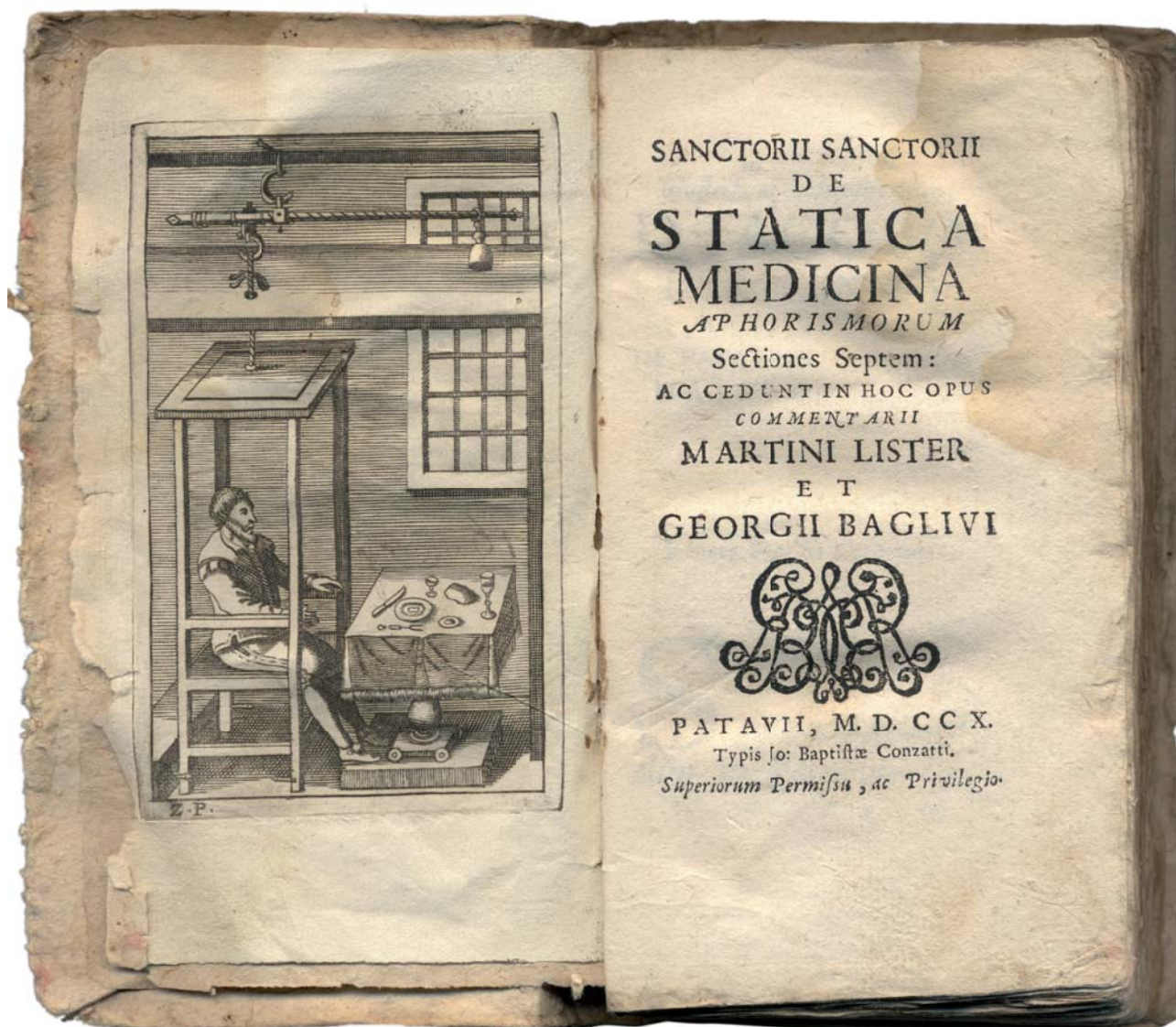
per rilevare il ritmo del polso. Morì in questa città il 22 febbraio 1636.

Le sue prime opere sono il *Methodi vitandorum errorum*, del 1602, cui

fecero seguito alcuni commentari alle opere di Galeno, Avicenna ed Ippocrate. Lo scritto suo più famoso è il *De Statica Medicina*, edito a



S. Santori, *Commentaria*, Venetiis, 1660



SANCTORII SANCTORII
DE
**STATICA
MEDICINA**
APHORISMORUM
Sectiones Septem:
ACCEDUNT IN HOC OPUS
COMMENTARII
MARTINI LISTER
ET
GEORGH BAGLIVI

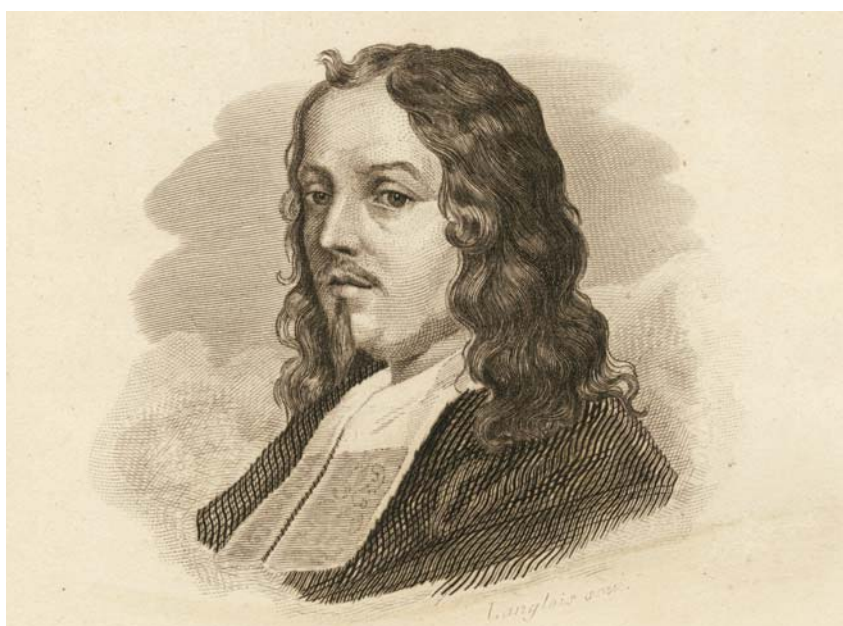


PATAVII, M. D. CC. X.
Typis Jo: Baptistæ Conzatti.
Superiorum Permissu, ac Privilegio.

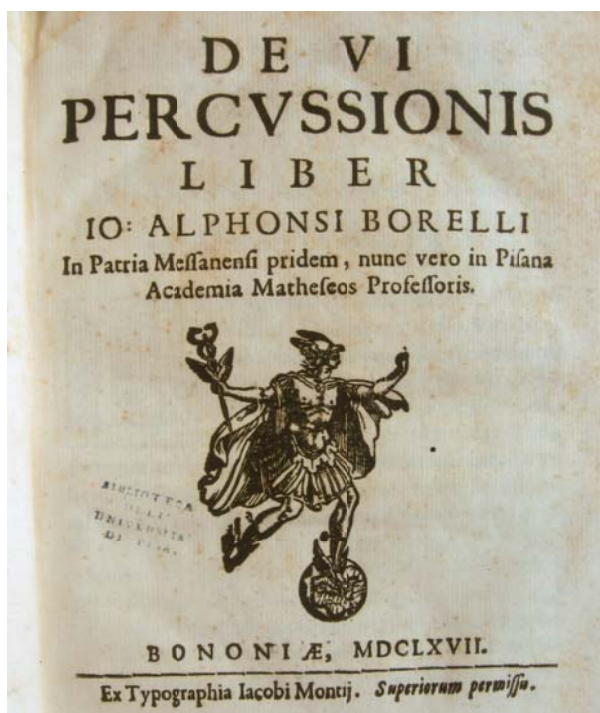
S. Santori, *De Statica Medicina*, Patavii, 1710

Venezia nel 1614: in questo vengono esaminati i processi del ricambio dell'uomo, sia in condizioni fisiologiche che patologiche, messi in rapporto alla traspirazione che avviene attraverso la cute, la "perspiratio insensibilis". Questa viene indagata e misurata con il metodo della pesata, impiegando una grande bilancia appositamente costruita. Di qui tutta una serie di brevi aforismi, in cui vengono riassunte tutte le sue osservazioni.

Il libro ebbe subito un grande successo e molte successive edizioni ed indubbiamente rappresentò una svolta nuova ed anche incredibile nel pensiero medico di quei tempi. Numerosi furono i suoi seguaci che continuarono ed approfondirono questo tipo di ricerche.



Ritratto di G.A. Borelli



G.A. Borelli, *De Vi Percussionis*, Bononiae, 1667

Altro caposcuola della iatromeccanica fu Gian Alfonso BORELLI, che considerò come fondamentali nello studio del corpo umano le leggi della meccanica e della statica. Nato nel 1608 a Castel Nuovo di Napoli, nulla si conosce della sua giovinezza; in gioventù era a Roma, ove seguì le lezioni del matematico Castelli; non si sa ove si laureò in medicina. Negli anni compresi fra il 1637 ed il 1639 si trasferisce a Messina, come lettore di matematica. Nel 1656 si porta a Pisa, sempre con lo stesso insegnamento, e qui si occupò anche di anatomia e fisiologia. Nel 1658 si reca a Roma, per incarico granducale, per tradurre ed interpretare un prezioso codice arabo da poco scoperto, riguardante gli scritti di Apollonio, poi stampato a Firenze nel 1661. Nel 1667 tornò a Messina ma cinque anni dopo fu costretto all'esilio perchè sospettato di cospirazione antispagnola. Andò allora nuovamente a Roma, ove trovò protezione ed aiuto dalla regina M. Cristina di Svezia. Gli ultimi anni della sua vita li trascorse in miseria; morì il 31 dicembre 1679 di polmonite.

Fu membro dell'Accademia del Ci-

mento e di altre associazioni italiane; di carattere difficile e puntiglioso, che lo portò ad avere pochi amici, conobbe la maggior parte degli scienziati del suo tempo. Molteplici i suoi interessi culturali, che lo portarono a dedicarsi alla fisica, alla biologia, all'astronomia.

Delle sue opere riguardanti la medicina, ricordiamo la *Causa delle febbri maligne*, stampata a Pisa nel 1653; il suo scritto più fa-

moso è però il *De motu animalium*, edito postumo a Roma in due volumi negli anni 1680-81, frutto di tanti anni di esperienze e di studi.

Nel suo pensiero, il corpo umano viene considerato come una macchina che agisce secondo precise leggi e così, circolazione, respirazione, movimento, sono tutti fatti meccanici. I suoi concetti basilari su questa materia sono che è l'anima la causa effettiva dei moti animali e che questa opera agendo sopra i muscoli, tramite i nervi. Tutto ciò viene esposto con tutta una serie di esempi e calcoli matematici, condotti per valutare la forza motrice dei singoli muscoli. Nella seconda parte, formula tutta una serie di ipotesi con cui spiegare, sempre come semplici fatti meccanici, la respirazione, la circolazione e la digestio-



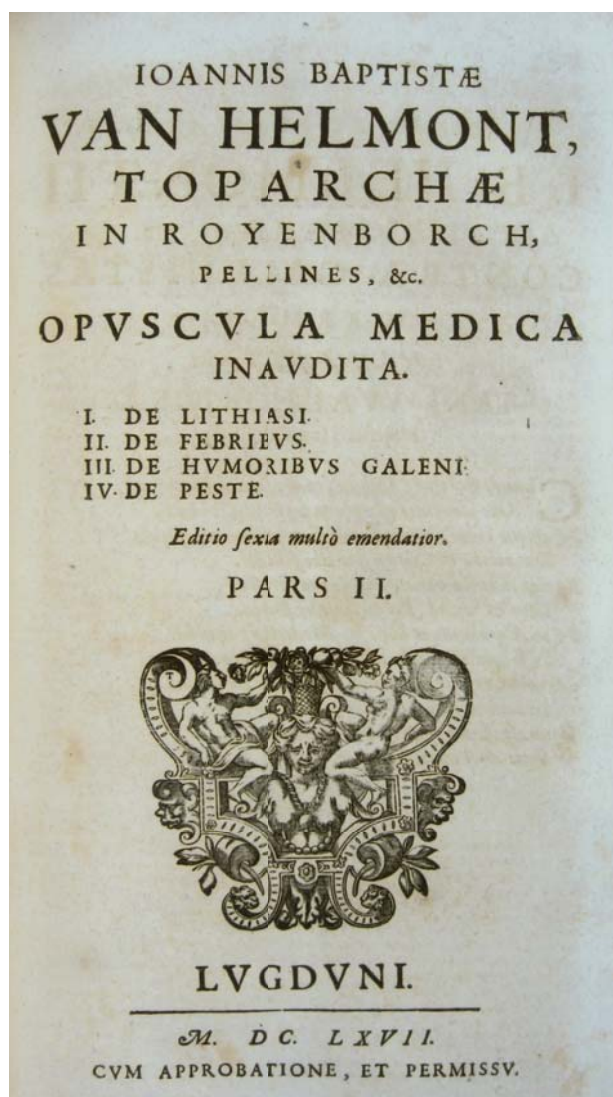
G.A. Borelli, *De motu animalium*, Leida, 1685

ne.

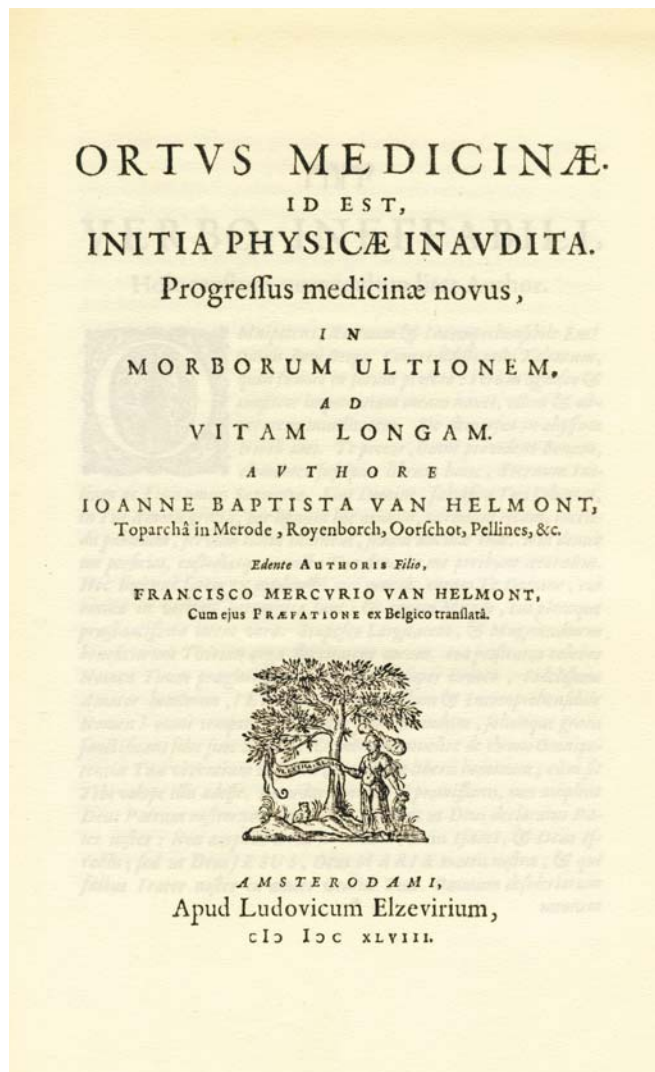
Terzo personaggio da ricordare è Jean Baptiste VAN HELMONT, una delle figure più interessanti ed eclettiche della medicina del XVII secolo. Nacque a Bruxelles nel 1577, studiò a Lovanio ove ebbe ben presto una cattedra di chirurgia; in seguito viaggiò molto, visitando vari paesi. Ebbe una vita agitata, anche a causa delle feroci persecuzioni dei suoi nemici che, per le sue astruse teorie e le visioni mistiche, lo accusarono più volte, denunciandolo anche all'Inquisizione. Morì nel 1644.

Le sue teorie dei fermenti si riallacciano a Paracelso, di cui fu un convinto seguace. Il suo pensiero, non privo di idee geniali ma spesso piuttosto oscuro, risulta un insieme di verità intuite ed idee occulte. Punto fondamentale è per lui l'ar-

cheo, il principio attivo, che ha sede nello stomaco, di cui esistono vari tipi: quello "fabbro", che agisce sulla generazione; quello "influo", che stava a rappresentare l'attività divina nell'uomo; quello "insito", che regola i fenomeni fisici e psichici, e così via. A questi archei si accompagnavano altre



J.B. Van Helmont, *Opuscula Medica*, Lugduni, 1667



J.B. Van Helmont, *Ortus Medicinæ*, Amsterodami, 1648

due entità, che con il primo formano una specie di triade, il "gas" (cioè la materia aeriforme che si sviluppa nei processi fermentativi) ed il "blas" (che determina il movimento, sia volontario che naturale, che accompagna ogni trasformazione di energia).

Tutta l'essenza della vita è basata su fenomeni puramente chimico-fermentativi. Ritene inoltre esistere nell'uomo sei tipi di digestioni, tutte su

base fermentativa.

La malattia non è dovuta ad una discrasia degli umori, ma è un essere realmente esistente, con proprietà diverse, prodotta da fermenti alterati, nata dalle modificazioni dell'archeo. Queste idee si ripercuotono poi nella sua terapia ed i medicinali devono cercare di riportare alla norma il disordine dei processi fermentativi dell'organismo ai quali presiedeva l'archeo; ogni farmaco dovrà però essere "appropriato" e capace di produrre effetti che sono stati preveduti solo da Dio.

Come si può vedere, sono dottrine certamente non facili da capire.

Tutto il suo pensiero si trova esposto nell'*Ortus medicinæ*, la sua opera principale, pubblicata dopo la sua morte ad Amsterdam nel 1648, a cura del figlio.

E.C.M. e liberi professionisti

Il tema è vasto, e spazia da coinvolgimenti ordinistici fino a comprendere interessi puramente associativi. È quindi opportuno, vista l'importanza dell'argomento, fare brevemente il punto della situazione soprattutto dal punto di vista ordinistico, in quanto teso alla tutela della salute dei cittadini ed all'innalzamento culturale degli iscritti.

Sono passati molti anni da quando all'interno della categoria si è iniziato a discutere di ECM. È inutile sottolineare come l'aggiornamento professionale – teorico e pratico – sia da sempre stato un impegno etico per ogni iscritto all'Ordine e sia stato al tempo stesso anche un impegno pratico perché sviluppa un corretto confronto con i colleghi e con i pazienti in un libero “mercato” professionale. Col passare degli anni questo impegno culturale è diventato sempre più pressante per le mutate condizioni sociali, per la maggiore competitività presente all'interno della professione, per la maggiore conflittualità fra professionista e paziente. Da questo insieme di fattori, che tendono ad aumentare le richieste di aggiornamento, è nato un mercato dove spesso l'aspetto economico prevale sull'aspetto culturale. Conseguentemente la categoria odontoiatrica, composta soprattutto da liberi professionisti, è certamente concorde nella ricerca dell'aggiornamento, ma non lo è sul come sino ad oggi è organizzato il sistema ECM. Questo è il vero motivo per cui, in tempi in cui non risultava da norme legislative certe l'obbligo di adesione per la libera professione al sistema ECM, le associazioni di categoria avevano cercato di evitare ai propri aderenti la costrizione burocratica di siffatto meccanismo. La legge 244/2007 e il successivo Accordo Stato-Regioni hanno però imposto anche ai Libe-

ri Professionisti l'obbligo di seguire i percorsi formativi ECM ed acquisire i relativi crediti, pur prevedendo garanzie normative, agevolazioni sui costi sopportati e debito complessivo dei crediti diversamente individuati rispetto ai sanitari dipendenti o convenzionati.

Per l'aspetto economico è stato chiesto ai ministeri interessati la piena deducibilità dei costi sostenuti come misura indispensabile per impostare correttamente il sistema, ma non si è avuta in proposito alcuna risposta. Ad oggi non c'è alcun meccanismo di compensazione, che consenta l'intero recupero dei costi sostenuti sia per la partecipazione agli eventi formativi sia per la chiusura dello studio nelle giornate dedicate all'aggiornamento. È da evidenziare che i dipendenti e i convenzionati, che partecipano ai corsi ECM in orari lavorativi, sono regolarmente retribuiti.

Un altro aspetto da sottolineare sono i meccanismi sanzionatori non ancora individuati, per cui vengono lasciate le iniziative in proposito agli Ordini con prevedibili diversità da sede a sede. Non si prevedono per ora particolari garanzie normative, ma un sistema ancor più rigido e burocratizzato per il libero professionista, posto in posizione subordinata rispetto al sistema (vedasi la compilazione del Dossier Formativo Individuale). Il “dossier formativo individuale”, è un programma triennale del proprio aggiornamento, che dovrà essere compilato da ogni libero professionista. La coerenza e l'adequatezza di tale dossier individuale sarà valutato da un'apposita commissione ordinistica. È chiaro che anche questo meccanismo sarà certamente una ulteriore variabile critica del sistema.

Sembra certo che nel 2011 il sistema dovrebbe andare a regime ma fino ad ora sono emerse soprattutto rego-

le ed indicazioni negative per i liberi professionisti. Si vedano in proposito le conclusioni della 2^a Conferenza Nazionale sulla formazione continua in medicina di Cernobbio. Lì oltre al sopra menzionato mancato recupero dei costi, elemento non secondario, non è prevista una modalità di acquisizione dei crediti che favorisce le peculiarità della libera professione, anzi è stata indicata la necessità di acquisire il massimo della percentuale dei crediti in modalità “blended” (formazione integrata in modalità FAD e Residenziale) certamente più onerosa rispetto alla formazione prevista per altri operatori. Inoltre, come già sottolineato, non sono individuate sanzioni precise per i liberi professionisti che non acquisiscono crediti, a meno che gli Ordini non applichino le norme sull'aggiornamento obbligatorio previste dal Codice Deontologico con prevedibili e già ricordate disomogeneità.

In sostanza non si prevedono particolari garanzie normative in tutto ciò, ma c'è un sistema rigido e burocratizzato che porrà il libero professionista in posizione subordinata rispetto all'intero meccanismo. Essendo compito dell'Ordine di gestire in maniera omogenea il sistema su tutto il territorio nazionale e uniformemente nei confronti di tutti gli iscritti, da considerare figli con pari diritti e doveri, a questo punto sarà opportuno apportare modifiche al regolamento generale ed attribuire compiti certi all'Ordine.

Al momento gli Ordini sono deputati ad essere controllori del sistema; a loro non è permesso diventare Provider, anche se aspirano ad esserlo. Essi desiderano cioè fornire agli iscritti eventi formativi anche di tipo culturale, e non solo etici o deontologici come previsto dalla norma. Ciò fa nascere però un conflitto di interesse all'interno dell'Ordine, che sarebbe al

tempo stesso fornitore e controllore del sistema. A questo punto chi controllerebbe il controllore? Però è da sottolineare che questo nuovo compito degli Ordini - una volta trovata la soluzione a questa sovrapposizione - potrebbe essere una alternativa au-

spicabile per la libera professione in quanto consentirebbe di fornire aggiornamenti a costi certamente contenuti.

Al momento - ricapitolando - al di là di auspicabili soluzioni od ipotetiche variabili non si riesce ad intravedere

ancora prospettive positive, per cui si rischia di mettere in piedi una struttura contro i migliori intendimenti di aggiornamento dei liberi professionisti, che sono la parte preponderante degli iscritti all'Albo, e contro la reale tutela della salute orale dei cittadini.

Avviso per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Continua con insistenza la campagna pubblicitaria sulla postura corretta da parte dell'Associazione P.E.A.S. diretta a reclutare aderenti fra gli iscritti al nostro Albo.

Già nel n. 47 di Pisa Medica la C.A.O. unanimemente ha espresso il proprio parere negativo in merito, pubblicando la circolare FNOMCeO del 22.09.10 ed evidenziando la criticità di questa iniziativa nei confronti degli articoli 56, 57 e 65 del nostro Codice Deontologico. Pertanto invitiamo caldamente i Colleghi - prima di prendere iniziative autonome - a chiedere chiarimenti in merito alla Sede dell'Ordine e ai componenti della Commissione Odontoiatri.

Società Italiana di Parodontologia Sorridi a un nuovo stile di vita

Cara/o Collega,

desideriamo invitarTi a partecipare attivamente al **Progetto Stili di Vita della SIdP**. Questo progetto voluto dal nostro Presidente - Prof. Luca Francetti - patrocinato dalle più alte cariche istituzionali e ordinistiche ha l'obiettivo di promuovere stili di vita sani.

Il dentista ha fatto ormai da anni della prevenzione un elemento qualificante della propria attività professionale. L'obiettivo del progetto è di mettere questo importante bagaglio culturale al servizio della società italiana facendoci promotori di un messaggio di prevenzione più ampio che includa la promozione di stili di vita sani presso i nostri pazienti.

Uno Stile di Vita sano non solo aiuta a prevenire la parodontite e a mantenere la bocca sana, ma ha anche un effetto di primaria importanza sulla prevenzione delle grandi patologie croniche: diabete, aterosclerosi, cancro. Il dentista è l'operatore sanitario che più frequentemente vede la popolazione adulta sana, il nostro impegno ha quindi il potenziale di contribuire in modo decisivo agli sforzi di preservare il benessere e la salute dei cittadini.

Ti chiediamo quindi di partecipare attivamente a questo importante progetto e Ti invitiamo personalmente a prender parte alle manifestazioni scientifiche che hanno l'obiettivo di consolidare le nostre conoscenze in questo campo. Confidiamo che queste Ti trasmetteranno il nostro entusiasmo e la consapevolezza dell'importanza del Tuo impegno.

In allegato troverai il programma della conferenza che si terrà a **Pisa, sabato 9 aprile 2011**, accompagnato dalla scheda di iscrizione e da un questionario che la SIdP invita a compilare con l'obiettivo di comprendere le abitudini degli Odontoiatri nei confronti della terapia parodontale. In alternativa, puoi compilare questa stessa scheda anche online, accedendo alla Sezione "I Progetti" tra le Sezioni Principali del sito della SIdP, www.sidp.it.

Qualora tu abbia già effettuato l'iscrizione, Ti preghiamo considerare nulla la presente comunicazione. Le conferenze sono accreditate ECM per le figure professionali dell'Odontoiatra e dell'Igienista Dentale. Ti aspettiamo!

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Parodontologia

Luca Francetti, Alberto Fonzar, Federico Bernardi, Nicola M Sforza, Mauro Farneti

Il Coordinatore del Progetto

Pierpaolo Cortellini

Segreteria SIdP – tel. 055 2009154 – e-mail: segreteria@sidp.it

15) Che tipo di antisettico orale prescrivi di solito?

☐ Fluoruro amminico/stannoso	☐ Cloridrina con alcool	☐ Cloridrina senza alcool
☐ Triclosan	☐ Etilcloridrina con alcool	☐ Etilcloridrina senza alcool
☐ Clorexidina senza alcool	☐ Clorexidina con alcool	☐ Altro

16) In che percentuale di pazienti utilizzi la terapia antimicrobica locale?

☐ meno del 5%	☐ 5 - 15%	☐ 15 - 30%
☐ 30 - 50%	☐ più del 50%	

17) Che tipo di antimicrobico locale utilizzi di solito?

☐ Povidone gel	☐ Dossidrina gel	☐ Minociclina microsfere
☐ Minociclina unguento	☐ Metronidazolo Gel	☐ Tetraciclina fibre
☐ altro		

18) In quali delle seguenti situazioni cliniche prescrivi l'uso di antibiotici sistemici?

☐ Parodontiti croniche dell'adulto	☐ Parodontiti ad insorgenza precoce	☐ Gingiviti
☐ Ascessi	☐ Gingivite parodontiti recorrenti	

19) In che percentuale di pazienti con malattie parodontali prescrivi l'uso di antibiotici sistemici a supporto della terapia meccanica?

☐ meno del 5%	☐ 5 - 15%	☐ 15 - 30%
☐ 30 - 50%	☐ più del 50%	

20) Indica quale fra le seguenti molecole con attività antibiotica utilizzi più frequentemente (indicare al massimo 5 molecole)

☐ Metronidazolo	☐ Dossidrina	☐ Tetraciclina HCL
☐ Amoxicillina	☐ Amoxicillina	☐ Clotrimazolo
☐ Penicillina	☐ Eritromicina	☐ Clindamicina
☐ Amoxicillina clavulanato	☐ Clindamicina	☐ Clindamicina
☐ Automicina	☐ altro	

21) Indica quale fra le seguenti molecole con attività antidolorifica utilizzi più frequentemente (indicare al massimo 5 molecole)

☐ Diclofenac (Moltan, Diclofenac)	☐ Indometacina (Indoxan, Metacore)	☐ Naprossene (Naprossene Sodio, Sinflex)
☐ Ketorolac (Im, Lidol, Toradol)	☐ Paracetam (Procum, Feldene)	☐ Fluorfenone (Froben)
☐ Nimesulide (Aulin, Nimesulide)	☐ Ketoprofene (Duro, Oki)	☐ Etoprofen (Brufen, Cibalgin, Moment 2000)
☐ Paracetamolo (Tachipirina, Effergal)	☐ Dexametazone (Desato, Enantyl, Ketaset)	☐ altro

SCHEDA DI ISCRIZIONE

ALLA CONFERENZA

Cognome _____
 Nome _____
 Professione _____
 Indirizzo _____
 Cap _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____
 Intendo partecipare alla conferenza organizzata a _____
 Regione _____
 Città _____
 Data di svolgimento _____

Autizzo la Società Italiana di Parodontologia ad utilizzare le informazioni da me fornite con il presente modulo al fine di sottoporre, anche da parte di altre Società di comprovata serietà e professionalità, proposte scientifiche e informative nel rispetto della Legge n. 159 del 30/06/2003.
 (barrare la casella solo se non si intende dare il consenso all'utilizzo dei propri dati)

Caro/a Collega,

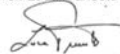
la **SIdP** ti invita a partecipare a questo incontro culturale gratuito, nel quale sarà discusso il rapporto tra gli stili di vita, le parodontiti e le malattie sistemiche ad esse correlate. Queste patologie, la cui eziopatogenesi è multifattoriale, condividono numerosi fattori di rischio legati agli stili di vita (ad esempio la cattiva igiene orale, il fumo, gli errori alimentari e la vita sedentaria) oppure legati al patrimonio genetico (in termini di maggiore suscettibilità a contrarre o sviluppare una malattia).

Il materiale didattico è stato preparato, discusso ed approvato dai Soci Attivi della **SIdP** e sarà presentato a nome della Società Italiana di Parodontologia.

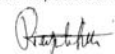
Per avere accesso alla conferenza, ti invitiamo a compilare il questionario e la scheda di iscrizione contenuti in questo programma, inviando il modulo debitamente compilato all'indirizzo della Segreteria Organizzativa tramite fax (n. 055 2462270) o posta. In alternativa, puoi compilare quanto sopra anche online accedendo alla sezione "Progetti" tra le sezioni principali del sito della **SIdP**, www.sidp.it, possibilmente almeno due settimane prima dello svolgimento della conferenza.

La conferenza è accreditata ECM per le figure professionali dell'Odontoiatra e dell'Igienista dentale.

Il Presidente **SIdP** e Promotore del Progetto
 Prof. Luca Francetti



Il Coordinatore del Progetto
 Dott. Pierpaolo Cortellini



Si ringraziano:



Promuovi la tua immagine di Odontoiatra e di Igienista dentale aderendo al "Progetto Stili di Vita" della Società Italiana di Parodontologia.

"Sorridi
 a un nuovo
 stile di vita"

Josefa Idem
 Campionessa olimpionica
 di canoa



Progetto Stili di Vita

SIdP
 Società Italiana di Parodontologia
www.sidp.it

L'igiene orale è una delle buone abitudini che migliora la tua salute e accende il tuo sorriso. Adotta uno stile di vita sano: è una scelta vincente.

Pisa

Sabato, 9 aprile 2011 ore 9:00

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
 Via Battelli, 5

Con il patrocinio di:



Progetto Stili di Vita

Pisa

Sabato, 9 aprile 2011

I partecipanti riceveranno:

- una pubblicazione sugli stili di vita contenente informazioni e consigli pratici da trasferire ai tuoi pazienti;
- un poster da appendere nella sala d'attesa;
- un CD contenente la pubblicazione sugli stili di vita, la revisione della letteratura, informazioni sulla **SIdP** e sul Progetto Stili di Vita e l'elenco dei Centri antifumo su territorio nazionale;
- la scheda di valutazione della manifestazione e il questionario di verifica dell'apprendimento ai fini ECM;
- l'attestato di partecipazione.

La certificazione attestante l'acquisizione dei crediti verrà inviata dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.

Segreteria Organizzativa:

PROMO LEADER SERVICE
 Via della Mattonella, 17
 50121 Firenze
 Tel. 055 241131 - 055 2462267
 Fax 055 2462270
 E-mail: progettostilidivita@promoleader.com

Programma

09.00-10.00	Gli stili di vita e le parodontiti
10.00-11.30	Gli stili di vita e la loro influenza sulla salute sistemica e del cavo orale
11.30-12.00	Raccomandazioni cliniche
12.00-12.30	Tavola rotonda e discussione

Relatori:

PIERPAOLO CORTELLINI, Firenze
 (Responsabile Regionale)

STEFANO CHIEFFI, Firenze

DEBORA FRANCESCHI, Firenze

FILIPPO GRAZIANI, Pisa

ANTONELLA LABRIOLA, Firenze

GIOVAN PAOLO PINI PRATO, Firenze

QUESTIONARIO per Odontoiatri

La Società Italiana di Parodontologia (SIdP) è interessata a comprendere le abitudini degli Odontoiatri italiani nei confronti della terapia parodontale. Tu puoi aiutarci dedicando pochi minuti del tuo tempo per compilare questo questionario.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate: cerca di rispondere nel modo più veritiero possibile. Si prega di barrare la risposta desiderata. Grazie per la tua collaborazione.

1) Svolgi attualmente la professione di dentista generico?

☐ sì ☐ no

2) Da quanti anni svolgi la professione odontoiatrica?

☐ da meno di 5 anni ☐ da 5 a 10 anni ☐ da 10 a 15 anni
☐ da 15 a 20 anni ☐ da 20 a 25 anni ☐ da più di 25 anni

3) Hai il computer all'interno dello studio?

☐ sì ☐ no

Se sì, viene utilizzato per:

☐ agenda ☐ cartella clinica/paziente ☐ contabilità
☐ gestione magazzino ☐ navigazione internet ☐ gestione immagini/sistema radiologico digitale

4) Hai mai effettuato acquisti on line?

☐ sì ☐ no

Se sì, per:

☐ materiale odontoiatrico ☐ altre attività private non legate alla professione
☐ iscrizione a congressi/corsi di aggiornamento

5) Offri prestazioni ortodontiche ai tuoi pazienti?

☐ sì ☐ no

Se sì, in quali modalità:

☐ eserciti tu la prestazione ortodontica ☐ consulente interno ☐ consulente esterno

Se sì, chi acquista materiale ortodontico?

☐ titolare dello studio ☐ consulente esterno ortodontista

6) Quanti dentisti, oltre a Te, operano nello studio dove lavori prevalentemente?

☐ nessuno ☐ uno ☐ due ☐ tre o più

7) Quanti igienisti operano nel tuo studio?

☐ nessuno ☐ uno ☐ due ☐ tre o più

8) Che tipo di formazione universitaria hai ricevuto?

☐ Laurea in medicina ☐ Laurea in odontoiatria ☐ Laurea in medicina e specialità in odontoiatria

9) Quanto tempo hai dedicato a corsi o conferenze di aggiornamento in odontoiatria negli ultimi 12 mesi?

☐ meno di 2 ore ☐ da 2 a 5 ore ☐ da 5 a 10 ore
☐ da 10 a 20 ore ☐ più di 20 ore

10) Che percentuale di pazienti hai trattato con terapia parodontale nell'ultima settimana di lavoro?

☐ meno del 5% ☐ 5 - 15% ☐ 15 - 30%
☐ 30 - 50% ☐ più del 50%

11) Che tipo di strumenti utilizzi prevalentemente per la pulizia radicolare profonda durante la terapia causale?

☐ strumenti manuali (curette) ☐ strumenti meccanici (sonica/ultrasonica) ☐ entrambi

12) Pensi che gli spazzolini sonici siano più efficaci di quelli manuali nella rimozione della placca batterica e nella prevenzione delle gengiviti?

☐ sì ☐ no

13) Nel caso di prescrizione di spazzolini manuali preferisci consigliare spazzolini con durezza:

☐ extra morbida ☐ morbida ☐ media ☐ dura

14) In che percentuale di pazienti suggerisci l'uso di antisettici orali a supporto della terapia parodontale?

☐ meno del 5% ☐ 5 - 15% ☐ 15 - 30%
☐ 30 - 50% ☐ più del 50%

La parodontite ed il suo rapporto con gli Stili di Vita

La parodontite rappresenta una delle patologie infiammatorie croniche a più elevata prevalenza nella popolazione dei Paesi occidentali: si stima che essa interessi, nella sua forma grave, circa il 10-15% dei soggetti adulti mentre un'ulteriore percentuale, compresa tra il 25 ed il 35%, sarebbe affetta da una forma lieve. Essendo la principale causa della perdita di elementi dentali, è frequentemente responsabile di un grave deficit funzionale e nello stesso tempo è in grado di influenzare in modo negativo la vita di relazione con un importante impatto sulla sfera psicologica, compromettendo il sorriso e determinando alitosi.

Recentemente sono stati pubblicati numerosi studi clinici e sperimentali che hanno evidenziato una stretta correlazione tra le parodontiti e alcune malattie sistemiche molto diffuse.

Questi studi ipotizzano che le malattie parodontali possano avere effetti sistemici diretti, attraverso la disseminazione per via ematica di batteri patogeni o effetti sistemici indiretti, attraverso il ruolo negativo esercitato dalla infiammazione sistemica.

E' importante sottolineare che sia le parodontiti che le malattie sistemiche correlate rappresentano fenomeni patologici la cui eziopatogenesi è multifattoriale, condividendo numerosi fattori di rischio legati agli stili di vita (ad esempio la cattiva igiene orale, il fumo, gli errori alimentari) oppure legati al patrimonio genetico e dipendenti da una maggiore suscettibilità nei confronti di una determinata malattia.

Sindrome metabolica, diabete e obesità

Numerosi studi clinici ed epidemiologici hanno contribuito ad identificare una serie di fattori che aumentano il rischio di sviluppare alcune gravi patologie come il diabete e le malattie cardiovascolari.

La coesistenza di fattori come l'obesità, la resistenza insulinica, l'alterazione del metabolismo lipidico, l'ipertensione ed

uno stato pro-infiammatorio vengono in genere definiti sindrome metabolica (SM). Tale sindrome viene considerata una condizione pre-clinica e predittiva di malattia futura. Recenti studi clinici hanno valutato la relazione tra malattia parodontale e SM. E' interessante notare che parodontite apparrebbe predittiva di SM con un aumento dei parametri infiammatori sistemici, livelli di lipidi e glucosio. Inoltre altri studi hanno fatto emergere un'associazione fra parodontite ed obesità. Un vasto campione di 706 soggetti è stato valutato dal punto di vista parodontale e del peso corporeo. La parodontite era presente nel 50.7% dei maschi e nel 35.3% delle femmine, evidenziando una relazione diretta fra l'aumentare del BMI e la presenza di parodontite. Genco e collaboratori hanno invece analizzato l'associazione parodontite-obesità in 12.367 soggetti non diabetici nell'ambito del progetto NHANES III. In questo studio il BMI era associato alla gravità della parodontite ed in particolare i livelli sierici di TNF- α erano predittivi sia della parodontite che dell'obesità. E' stato pertanto ipotizzato che il TNF- α prodotto dagli adipociti favorisca uno stato iper-infiammatorio che aumenta sia il rischio di parodontite che la resistenza insulinica.

Il diabete non compensato è riconosciuto essere un fattore di rischio per la progressione della parodontite. L'incidenza della parodontite è maggiore nei gruppi diabetici e la durata del diabete appare essere un fattore predittivo del rischio di parodontite. Shlossman e collaboratori pubblicarono i risultati di uno studio su 3219 Indiani Pima (popolazione ad alto rischio di diabete) controllati per un periodo di almeno 5 anni, anche in questo caso l'incidenza della parodontite era in relazione alle condizioni diabetiche.

Da un punto di vista patogenetico, il diabete non compensato è in grado di agire a diversi livelli nella progressione della parodontite con alterazioni microbiologiche che favoriscono la selezione dei batteri parodontopatogeni, alterazioni

della risposta dell'ospite con riduzione dei fenomeni di diapedesi e chemiotassi dei polimorfonucleati, ed alterazioni tissutali nel connettivo parodontale con deposizione di prodotti metabolici del glucosio (Advanced Glycation end-Products AGEs).

Recentemente è stato anche ipotizzato che l'associazione diabete-parodontite possa essere di tipo bi-direzionale e che il controllo dell'infezione parodontale e dell'infiammazione ad essa associata possa contribuire a migliorare il livello di controllo glicemico nei diabetici. Alcune citochine pro-infiammatorie prodotte nei siti colpiti da parodontite, quali IL-6 e TNF- α , favorirebbero infatti lo sviluppo di meccanismi di insulino-resistenza.

Patologie cardio-vascolari

Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di morte nei paesi industrializzati e sono una importante causa di inabilità. Diversi studi hanno riportato un'associazione fra la parodontite e le malattie cardiovascolari, anche dopo il bilanciamento per i comuni fattori di confondimento statistico. I possibili meccanismi di interazione fra le due patologie potrebbero essere associati alla carica batterica sottogengivale e/o alla produzione di mediatori infiammatori che si riversano nel torrente ematico. Alcuni studi sperimentali supportano la plausibilità biologica di tale associazione, dimostrando la capacità dei parodontopatogeni di indurre aggregazione piastrinica, la formazione di cellule schiumose e lo sviluppo dell'ateroma. Altri studi inoltre dimostrano l'efficacia della terapia parodontale nel ridurre i livelli di proteina C-reattiva, e nel migliorare la funzione endoteliale.

Le malattie cardiovascolari e gli eventi acuti ad essi correlati (ictus, infarto, ecc.) in genere occorrono dopo anni di alterazione silente delle pareti vascolari. L'ecografia dei vasi rappresenta con la misura degli spessori dell'intima-media un mezzo efficace per valutare le fasi precoci dell'aterosclerosi. In partico-

lare la valutazione dello spessore della tonaca intima media carotidea (IMT carotideo) permette di monitorare l'aterosclerosi sistemica che ancora non ha determinato sintomi clinici (aterosclerosi sub-clinica). Valori di IMT aumentati rispetto al normale sono fortemente associati ad un aumentato rischio cardiovascolare. Alcuni studi hanno riportato un'associazione fra IMT carotideo e parodontite nella popolazione superiore ai 50 anni. Inoltre, la parodontite grave è associata ad aterosclerosi sub-clinica in giovani adulti e potrebbe predire un aumento di rischio cardiovascolare in individui altresì sani.

Il fumo come fattore di rischio per la salute parodontale

Dal 1950 ad oggi sono comparsi nell'ambito della letteratura internazionale una serie di lavori scientifici che hanno chiaramente identificato il fumo come fattore di rischio per la malattia parodontale. Nel 1999, l'American Academy of Periodontology ha pubblicato un position paper nel quale si evidenziava come l'uso di tabacco rappresenti un'importante variabile in grado di influire sulla prevalenza e la progressione delle diverse forme di malattie parodontali. Sono state infatti osservate maggiori profondità di sondaggio, di perdita di attacco e di osso di supporto in soggetti fumatori rispetto ai non fumatori e l'entità di distruzione tissutale risultava correlata alla durata ed alla quantità di tabacco usato nelle sue diverse forme (generalmente sigarette). E' stato inoltre osservato che il pattern microbiologico dei soggetti fumatori risultava prevalentemente caratterizzato da forme parodontopatogene rispetto ai non fumatori. Nella stessa revisione è stato anche riportato l'effetto negativo mostrato dal fumo di sigaretta sul tipo di risposta immunitaria manifestata. La risposta alle comuni terapie parodontali è alterata nei soggetti fumatori, rivelando una chiara differenza tra i soggetti fumatori e quelli che non hanno mai fumato o che hanno smesso di recente.

I meccanismi di azione del fumo di sigaretta e dei suoi prodotti derivati dalla combustione della nicotina sono stati descritti da Palmer e coll. in una revisione della letteratura in occasione del 5° Workshop della Federazione Europea di Parodontologia. Da tale revisione si evidenzia come il fumo abbia un effetto diretto sui meccanismi infiammatori e

di risposta immunitaria. Studi istologici hanno riportato alterazioni vascolari nell'ambito dei tessuti parodontali di soggetti fumatori. In particolare, il fumo è in grado di indurre una neutrofilia sistemica, sebbene la tras migrazione attraverso la parete vascolare (diapedesi) risulti impedita. A questo evento si accompagnano fenomeni di alterazione della chemiotassi e della fagocitosi e un rilascio abnorme di proteasi dalle stesse cellule neutrofile che così partecipano in modo determinante ai meccanismi di riassorbimento osseo. A ciò si aggiunge un ridotto livello di citochine, enzimi e cellule polimorfonucleate, nonché un'alterata proliferazione ed adesione fibroblastica e citotossicità, il che descrive una spiccata capacità del fumo ad alterare sia la risposta immunitaria cellulo-mediata che quella umorale.

Una più recente revisione sistematica che ha incluso 105 studi scientifici eseguiti su un totale di circa 90.000 individui appartenenti a diverse etnie e popolazioni ha mostrato con forte evidenza che la condizione di salute parodontale dei soggetti fumatori risulti essere inferiore rispetto ai soggetti non fumatori. Infatti, il 100% dei 70 studi cross-sectional, il 100% dei 14 studi caso-controllo e il 95% dei 21 studi di coorte hanno riportato un'evidente differenza in termini di profondità di tasca, perdita di attacco e di supporto osseo. Inoltre, considerando gli studi clinici di intervento, si è potuto osservare come i soggetti fumatori affetti da parodontite trattati secondo le comuni tecniche terapeutiche (chirurgiche e non) mostrino risultati clinici inferiori rispetto ai soggetti non fumatori. Tuttavia, Thomson et al. hanno osservato, attraverso uno studio di coorte svolto in Nuova Zelanda su 810 giovani pazienti, che i soggetti fumatori che smettono di fumare mostravano un significativo e rapido miglioramento delle proprie condizioni cliniche.

Esercizio fisico e malattie parodontali

Studi clinici epidemiologici mostrano che le persone più anziane (sopra i 75 anni), con una condizione fisica deficitaria, sono a più alto rischio di sviluppare una malattia orale placca-dipendente (carie e malattie parodontali) poiché la disabilità fisica può influire sulla loro capacità di mantenere livelli di igiene orale accettabili e sulla possibilità di accedere al trattamento odontoiatrico.

E' stato suggerito inoltre che, nelle persone oltre gli 80 anni, l'infiammazione cronica possa essere considerata un importante fattore di rischio per la perdita di massa e potenza muscolare. Si potrebbe ipotizzare quindi che malattie infiammatorie croniche, come le malattie parodontali, possano esercitare una qualche influenza sulla potenza muscolare ed efficacia delle estremità degli arti. In realtà, una chiara associazione tra salute parodontale e benessere fisico, in pazienti anziani, è dimostrata solo su pochi studi clinici. In questo studio, è stata condotta una sperimentazione clinica con modello cross-sectional su 630 soggetti con età compresa tra i 23 e gli 83 anni per un periodo di osservazione di 5 anni. Per isolare i singoli possibili fattori di rischio (età, fumo, diabete, salute generale e forma fisica) si è proceduto ad un'analisi statistica secondo modelli logistici ordinali. I risultati mostrano una stretta associazione tra scarsa forma fisica, con ridotta capacità aerobica, e alti livelli di indici di malattia parodontale. Tale associazione è indipendente dall'influenza degli altri fattori di rischio convenzionali quali fumo e diabete.

Il possibile meccanismo d'azione proposto dagli autori è che l'infiammazione parodontale sia in grado di determinare l'interruzione della continuità mucosa della cavità orale con ingresso nella circolazione della flora batterica orale e conseguente attività patogena opportunistica.

Recentemente è stato eseguito uno studio clinico su 441 soggetti non fumatori con età compresa tra i 55 e 96 anni con l'obiettivo di valutare l'associazione tra salute parodontale e scarsa forma fisica. Lo stato di forma fisica di ciascun soggetto è stato misurato, in accordo con le indicazioni della letteratura geriatrica con la capacità di stringere la mano (in Kg) e con la capacità di restare in piedi su una sola gamba (in minuti) ad occhi aperti. Dopo aver "corretto" i dati per età, sesso e indice di massa corporea, l'analisi di regressione multipla ha mostrato che la parodontite grave è significativamente associata ad un livello ridotto di forma fisica. Questo ultimo elemento è anche significativamente associato ad una riduzione della funzione masticatoria. Questi dati sono in accordo con uno studio clinico precedente in cui la riduzione della capacità di potenza muscolare della mano è mag-

giore nei soggetti affetti da parodontite rispetto ai soggetti con parodonto sano. Una possibile spiegazione patogenetica di questi risultati potrebbe essere che, alti livelli di IL-6, sempre correlati ad una ridotta potenza e capacità muscolare, potrebbero essere indotti dall'attivazione di un maggior numero di recettori per IL-6 presenti nei tessuti parodontali in caso di parodontite.

Dall'analisi della letteratura sull'argomento e, con i limiti legati alla difficoltà di isolare o di vedere rappresentati in ciascuno studio clinico tutti i diversi fattori di rischio per le malattie parodontali e per lo stato di forma fisica, è possibile riconoscere un'associazione tra salute orale e condizioni fisiche generali, benché la consistenza dell'evidenza scientifica non permetta di giungere a conclusioni definitive relativamente ai rapporti di causalità. Alla luce delle precedenti considerazioni lo stato di salute orale, e parodontale in particolare, per la sua relativa facilità nell'essere esaminato ed eventualmente modificato attraverso il trattamento terapeutico, potrebbe essere impiegato come mezzo di screening per individuare soggetti a rischio di peggioramento dello stato di salute generale.

Stress, depressione e malattia parodontale

Come molte malattie croniche lo sviluppo della malattia parodontale è legato anche a condizioni che alterano la resistenza dell'ospite nei confronti dei batteri parodontopatogeni. D'altra parte, la variazione nel grado di severità della malattia parodontale sembra non essere completa-

ri psicologici quali lo stress, l'ansia e la depressione, possano avere un ruolo nel chiarire tale variabilità, in particolare determinando un'alterazione della reazione infiammatoria indotta dall'accumulo di placca, a sua volta controllata dal rapporto fra sistema immunitario e attività neuroendocrina.

Data la relazione fra esperienze psicologiche negative ed attività immunitaria, non è sorprendente riscontrare diversi studi clinici osservazionali ed epidemiologici in cui vengano descritti legami esistenti fra stati psicologici negativi, in particolare depressione, e insorgenza e progressione della patologia parodontale.

Le ricerche basate su studi cross-sectional propongono che lo stress sia positivamente correlato così come gli stati depressivi, con la severità della malattia parodontale,

L'attivazione cronica dell'asse adreno-ipotalamo-ipofisario può influenzare l'inizio e la progressione della parodontite attraverso la disregolazione del cortisolo circolante (CORT) e di altri glucorticoidi che hanno effetto sulla risposta immunitaria e sull'attività linfocitaria. Rosania et al. suggeriscono che i livelli di stress, lo stato depressivo ed i livelli di CORT sono correlati, secondo una certa consistenza, alla malattia parodontale, indipendentemente dal grado di igiene orale del soggetto. Gli autori, dunque concludono legando la parodontite a modificazioni immunologiche e comportamentali derivati da particolari stati psicologici. La letteratura conduce quindi verso l'opportunità di considerare una correlazione fra fattori psico-

sociali e malattia parodontale.

Conclusioni

1. l'associazione tra parodontite e diverse malattie sistemiche quali patologie cardiovascolari e diabete mellito può considerarsi una evidenza scientifica. Vi sono evidenze che tale patologia possa essere associata anche a stress, depressione ed attività fisica, mentre è ormai assodata la correlazione con l'abitudine al tabagismo. La parodontite, il diabete e le malattie cardiovascolari sono malattie croniche e multifattoriali e condividono diversi stili di vita/fattori di rischio simili.

2. La terapia parodontale, oltre ad i benefici effetti sulla salute gengivale e la sopravvivenza dentaria (Foto 1 e 2), riduce la risposta infiammatoria sistemica e migliora quindi la funzione endoteliale (marcatori di rischio cardiovascolare). Attraverso la terapia parodontale, si cura direttamente la patologia di interesse e indirettamente si potrebbe agire in senso profilattico sulle patologie sistemiche come sindrome metabolica e malattie cardiovascolari tramite la riduzione dell'infiammazione sistemica che accompagna la terapia parodontale.

3. Il professionista del settore dentale (odontoiatra e igienista dentale) è fra i sanitari specialisti più visitati dagli italiani. Esistono dati convincenti circa la possibilità di prevenire non solo la parodontite ma anche patologie importanti quali il diabete e le patologie cardiovascolari, modificando gli stili di vita. E' pertanto indubbio il suo possibile ruolo nel favorire e promuovere uno stile di vita salutare da parte del paziente.



Foto 1: Terapia parodontale chirurgica rigenerativa di un difetto intra-osseo. Apposizione di osso bovino demineralizzato e fattori di crescita autogeni (1d). Guarigione a 6 mesi clinica (1f) e radiografica (1g).



Foto 2: Ricostruzione parodontale chirurgica dei tessuti molli. Ricopertura radicolare con lembo di avanzamento coronale senza innesto (2d). Comparazione dei risultati tra baseline (2e) e 2 mesi (2f).

La neurologia in Valdera

L'UO di Neurofisiopatologia AUSL 5 di Pisa fa parte dell'Area Medica del P.O. "F. Lotti" di Pontedera con le U.U.O.O. di Medicina (I e II), Cardiologia, Oncologia, Medicina Fisica e Riabilitativa e le Sezioni Week hospital e Dialisi.

Vi operano un direttore di struttura complessa, 5 dirigenti medici, 7 tecnici di neurofisiopatologia, di cui uno con ruolo di coordinatore e 3 O.S.S. Presso questa UO sono attivi un ambulatorio di neurologia generale e altri specialistici (epilessia, disturbi cognitivi, disordini del movimento, cefalee, sclerosi multipla e malattie demielinizzanti); vi si praticano poi esami strumentali quali elettroencefalografia, elettromiografia, risposte tardive e riflesse (foto 1); ecodoppler carotideo e vertebrale, doppler transcranico basale e con ricerca microemboli (foto 2); elettroencefalografia di base, dopo deprivazione di sonno notturno, nelle 24 ore sec. Holter, video-elettroencefalografia per adulti e bambini, elettroencefalografia neonatale. La valutazione neuropsicologica per i disturbi cognitivi attualmente è riservata a pazienti già diagnosticati, poichè in Azienda esiste una UO di Psicologia (Tab.).

L'orario è dal lunedì al venerdì dalle ore 7.00 alle 17.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Presso tale UO sono stati riconosciuti i Centri di Riferimento indicati dalla regione Toscana per la diagnosi e terapia della malattia di Parkinson e dei Disturbi del Movimento e della Sclerosi Multipla e delle malattie demielinizzanti, che consentono ai cittadini della Valdera di disporre di tutti i presidi terapeutici senza dover emigrare verso altre strutture.

Il Centro per la diagnosi e terapia della malattia di Parkinson ha tra gli obiettivi futuri la selezione di pazienti

in fase avanzata adeguati per trattamento chirurgico (Deep Brain Stimulation-DBS) assicurando un adeguato follow up post-intervento.

Vi è poi attiva collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze della AOUP per la selezione dei pazienti con epilessia farmaco-resistente candidati all'impianto di stimolatore vagale (VNS).

Per le visite neurologiche ordinarie e per l'EEG basale è previsto un accesso diretto, purchè il p. si presenti allo sportello entro le ore 7.30 dal lunedì al venerdì munito di impegnativa del MMG, mentre tutte le altre prestazioni sono prenotabili presso il CUP o la UO stessa. Nonostante la U.O. non disponga di letti di degenza ordinaria, l'attività svolta è integrata con quella delle U.U.O.O. di Medicina Generale di questo presidio e del P.O. di Volterra. Vi è anche una continua collaborazione con gli altri reparti dello stesso P.O. incluso il DEU, presso i quali gli specialisti neurologi prestano attività di consulenza.

Inoltre, dalle ore 8.00 del giorno prefestivo alle ore 8.00 del giorno lavorativo e dalle ore 14.00 del giorno prefestivo

alle ore 8.00 del giorno lavorativo è attiva una reperibilità rispettivamente degli specialisti neurologi e dei tecnici di Neurofisiopatologia della UO tesa alla partecipazione alla commissione per l'accertamento della morte cerebrale (CAM).

In occasione di visita ambulatoriale lo specialista neurologo può richiedere un ricovero in regime di urgenza o in regime ordinario programmato in Week Medicine (con degenza dal lunedì al venerdì); altresì il paziente può essere avviato agli ambulatori specialistici della UO, programman-



Figura 1



Figura 2

do la data della visita in base al timing ritenuto opportuno.

Sia nel caso di un ricovero in urgenza che programmato in Week Medicine, il paziente viene dimesso con una lettera di dimissione indicante la diagnosi, l'esito degli esami effettuati, una terapia ad hoc e la data per la visita neurologica di controllo.

Nell'ambito dell'ospedale "per intensità di cure" sono previsti letti di degenza per patologie di interesse neurologico in area a media intensità assistenziale e letti dedicati al trattamento dello stroke in area a elevata intensità assistenziale (area sub-intensiva), come indicato dal Percorso Ictus Aziendale.

La UO Neurofisiopatologia ha collaborato con le UU.OO. di Neurologia dell'Area Vasta NORD-Ovest (AAS-SLL 1, 12, 2, 6, AOUP) alla stesura del "percorso assistenziale ictus" e di un documento di standard prodotto/servizio, volto a illustrare i servizi offerti da tali U.U.O.O. basandosi su criteri di qualità.

Vi è inoltre costante collaborazione con la U.O. Neurochirurgia Ospedaliera della AOUP e, per i pazienti valutati dai neurologi della UO, è possibile effettuare il martedì mattina, presso la UO stessa, consulenza neurochirurgica.

La UO partecipa poi alla segnalazione di malattie neurologiche rare al Registro Toscano per le Malattie Rare. Da alcuni anni svolgono presso la UO Neurofisiopatologia il tirocinio medici specialisti in formazione iscritti al I anno della scuola di Specializzazione in Neurofisiopatologia e studenti iscritti al Corso di Laurea per Tecniche Neurofisiopatologiche dell'Università di Pisa.

L'attività della UO viene svolta in modo equo e trasparente, nel rispetto della privacy e con una corretta gestione del rischio clinico. Curati sono poi la formazione del personale, il processo di accreditamento, il progetto HPH ("Health Promoting Health") e, nei limiti della mission aziendale, l'attività scientifica.

La UO di Neurofisiopatologia, inoltre, cura la continuità "ospedale-territorio" in virtù dei contatti con le Società della Salute delle Zone Pisane

	<i>Prestazioni pazienti ambulatoriali</i>	<i>Prestazioni pazienti ricoverati nel P.O.</i>
Ecodoppler TSA	2753	418
Doppler transcranico	126	19
Doppler transcranico con monitoraggio microemboli	42	4
EEG basale	1260	304
EEG Holter	195	24
Video-EEG	9	5
EEG dopo deprivazione di sonno notturno	54	0
EEG con polisonnografia	159	400
Velocità conduzione motoria	17559	503
Velocità conduzione sensitiva	15355	367
Risposte tardive e riflesse	1460	31
Elettromiografia	6447	211
Test Desmedt	17	1
Test ipereccitabilità neuromuscolare	105	10
Visite neurologiche generali	3779	569
Visite ambulatorio epilessia	263	
Visite ambulatorio Sclerosi Multipla e mal. Demielinizzanti	188	
Visite ambulatorio malattia di Parkinson e disturbi movimento	375	
Visite ambulatorio disturbi cognitivi	1078	
Visite ambulatorio cefalea	129	
Colloqui	281	
Consulenze neurologiche nei reparti		313
Rachicentesi		21
Test di responsività dopaminergica		6
Totale	51634	3206

Tab. Prestazioni effettuate nell'anno 2010

e Valdera, tramite la partecipazione di spec. Neurologo alla commissione per la valutazione di non autosufficienza per i pazienti con patologie neurologiche complesse all'interno della commissione di unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), effettuando inoltre visite in sede alla UVM o, quando necessario, a domicilio del paziente. I neurologi della UO collaborano, inoltre, a periodiche commissioni per stesura e rinnovo dei Piani Assistenziali Integrati (PAI) all'interno dei Centri Diurni e delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) delle Zone Pisane e Valdera e per i pazienti ricoverati come "modulo 3" (cognitivo-comportamentale).

I Dirigenti Medici della UO partecipa-

no poi alla commissione per accertamento invalidità civile e svolgono consulenze neurologiche presso la casa Circondariale Don Bosco di Pisa. Quanto prima saranno svolti presso la stessa sede accertamenti diagnostici neurofisiologici grazie a due tecnici neurofisiopatologi.

Fra i progetti futuri in cui la UO è coinvolta vi sono, oltre alla riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cure, l'obiettivo di uniformare l'offerta neurologica fra le tre Zone della AULS 5-Pi (Pisana, Valdera, Alta Val di Cecina) intensificando i rapporti di collaborazione con l'Auxilium Vitae di Volterra e con le strutture di eccellenza presenti in Valdera, primo fra tutti il Polo S. Anna.

Il trapianto di rene in Italia, fra presente e futuro

Il trapianto di rene rappresenta, senza dubbio, la terapia migliore per i pazienti in insufficienza renale cronica. Rispetto alla dialisi, infatti, il trapianto di rene migliora la qualità della vita e prolunga la durata della vita stessa. Inoltre, da un punto di vista di economia sanitaria, il trapianto renale ha costi diretti ed indiretti inferiori rispetto alla permanenza in dialisi. Gli effetti benefici del trapianto sono tanto maggiori quanto prima l'intervento viene eseguito, quindi anche prima dell'inizio della dialisi quando la funzione renale sia compromessa irrimediabilmente. Periodi di attesa anche di soli sei mesi si associano ad una riduzione della durata di funzione dell'organo trapiantato e della aspettanza di vita del paziente, quale conseguenza degli effetti sistemici dell'uremia cronica.

Quindi, idealmente, sarebbe opportuno trapiantare tutti i pazienti uremici quanto prima. Anche considerando che non tutti i pazienti uremici sono in grado di ricevere un trapianto (per età, per patologie concomitanti etc.), il numero di possibili riceventi eccede di gran lunga il numero di organi disponibili per il trapianto. Questa disparità è così grande che il sistema più evoluto ed efficiente, associando donazione da cadavere e da vivente, potrebbe al massimo coprire il numero di nuovi ingressi in lista di attesa senza intaccare le dimensioni della lista stessa. Dobbiamo quindi accettare di discostarci dall'ideale di trapiantare tutti e subito, accettando un periodo di attesa più o meno lungo, variabile in base anche alle caratteristiche del singolo paziente. E' però eticamente importante fornire un'opportunità a tutti.

In Italia, negli ultimi 20 anni, è stato fatto un grande lavoro sul versante della donazione cadavere, pur non

riuscendo ad ottenere livelli di attività omogenei nelle diverse regioni. Progressivamente il tasso di donazione, stimato per milione di abitanti, si è alzato dal 5,8 del 1992 al 19,6 del 2009. All'aumento del numero di donatori è però corrisposto il loro invecchiamento. Gli ultimi dati dimostrano un'età media del donatore cadavere prossima ai 70 anni. Nel 2010, inoltre, per la prima volta dopo molti anni si è assistito ad una flessione del numero assoluto di donatori (circa 18 per milione di abitanti). Dal momento che i donatori "anziani" decedono spesso per una causa cerebrovascolare acuta (come l'ictus), le patologie cardiovascolari concomitanti riducono la valenza funzionale dei reni. Infatti il numero di trapianti renali in Italia è aumentato meno rispetto a quello dei donatori cadavere, e nel 2011 è tornato sostanzialmente ai livelli dei primi anni 2000. Di fatto si è creata una situazione per certi versi paradossale per cui ad una buona disponibilità di reni anziani per pazienti (relativamente) anziani (oltre i 55-60 anni), si associa una grave carenza di reni giovani per pazienti giovani (sotto i 40 anni). Se poi il paziente giovane ha caratteristiche biologiche particolari, che richiedono un donatore molto selezionato, l'opportunità di trapianto si riduce molto.

Il trapianto di rene da donatore vivente rappresenta quindi una strada aggiuntiva, e non alternativa, rispetto a quello da cadavere. Questa opportunità dovrebbe essere portata alla conoscenza

di tutti i pazienti, anche in considerazione del fatto che i reni trapiantati da donatore vivente hanno una durata circa doppia rispetto a quelli da cadavere. In particolare, però, il trapianto da donatore vivente è opportuno nei pazienti giovani per i quali, talvolta, può essere l'unica concreta opportunità. In Italia, purtroppo, il trapianto renale da donatore vivente è stato sviluppato in modo minimo ed assai inferiore rispetto a molti altri Paesi europei ed agli USA. Ad esempio, in Italia si eseguono circa 1-1,5 trapianti di rene da donatore vivente per milione di abitanti per anno. In UK, Svezia, Olanda, Svezia, Norvegia, il tasso è superiore a 10 e talvolta prossimo a 20. La ridotta attività di trapianto renale da vivente in Italia è spiegato, almeno in parte, dal timore che un maggior sviluppo di questa attività potrebbe ridurre la "spinta" a sviluppare la donazione da cadavere, anche se molte esperienze estere dimostrano il contrario. Altri timori riguardano i rischi cui viene esposto il donatore vivente che però, curiosamente, sono più bassi di quelli cui vengono esposti gli operatori ed i volontari sani coinvolti nella donazione cadavere (rischio di morte di donatore vivente di rene: 0.03%) (rischio di morte di operatore o volontario sano coinvolto nella



La donazione renale da vivente, oltre ad offrire una concreta possibilità di trapianto, consente di sviluppare strategie organizzative e di mettere in atto protocolli medici che consentono di trapiantare le persone più deboli, cioè coloro che per ragioni anagrafiche e biologiche hanno limitate possibilità di trovare un donatore compatibile. Infatti, essendo il trapianto da vivente programmabile, è possibile preparare con terapie farmacologiche i pazienti rendendo possibile il trapianto di reni altrimenti incompatibili. Il trapianto da vivente rende possibili anche strategie organizzative che consentono lo scambio di reni fra coppie affettive incompatibili, creando coppie biologiche compatibili. Si tratta della c.d. "donazione crociata" praticata in Italia, per ora,

L'ultima evoluzione della donazione crociata è quella che prevede la partecipazione oltre che di coppie incompatibili, per le quali quindi non è possibile un trapianto diretto, anche di coppie compatibili che, volontariamente, accettano di entrare nel programma di donazione crociata per consentire di trapiantare anche pazienti di difficilissima trapiantabilità. In altri termini, esistono persone che per essere trapiantate richiedono la disponibilità di donatori che potrebbero essere definiti "donatori universali". Questi donatori proprio perché "universali" sono sempre compatibili con un proprio parente e quindi non entrano mai nel programma di donazione crociata a causa della "incompatibilità". In conseguenza di ciò, i pazienti che richiederebbero questi donatori si trovano in gravi difficoltà, se non ne dispongono già all'interno della propria famiglia.

con successo in alcuni centri USA, è stata recentemente affrontata in un simposio tenuto a Pisa il 21 Gennaio 2011 con la partecipazione di giuristi, medici legali, psichiatri, eticisti, ed altre figure tecniche del mondo dei trapianti. Il risultato del convegno è stato permissivo rispetto all'avvio di questo programma. Si tratterebbe di un grande avanzamento organizzativo che offrirebbe una possibilità di trapianto a chi oggi non ne ha o ne ha poche.

Si può concludere che il trapianto di rene continua ad evolvere. La lapalissiana necessità di disporre di donatori per eseguire i trapianti, deve continuare a motivare tutti ad esplorare con impegno e rigore morale sia la donazione da cadavere che quella da vivente. Queste due strade non sono alternative ma bensì sinergiche. Se per la donazione cadavere già molto è stato fatto, per la donazione da vivente moltissimo resta da fare. Il punto di partenza sembra essere l'informazione.



BUSTI SU MISURA - CALZE ELASTICHE
Esposizione articoli per disabili, carrozzine a motore,
normali, deambulatori, montascale ecc.

di Guidi Silvia & C. snc via di Pratale ang. via Foscolo 2A tel. 050 - 571111 PISA

Importanti informazioni di sicurezza sui medicinali

Dronedarone
Sono stati riportati casi di danno epatico, inclusi due casi di insufficienza epatica con necessità di trapianto, in pazienti trattati con dronedarone. Alcuni di questi casi si sono manifestati subito dopo l'inizio del trattamento.

Ai pazienti a cui viene prescritto dronedarone, devono essere effettuati test di funzionalità epatica:

- prima dell'inizio della terapia,
- su base mensile per sei mesi,
- al 9° e al 12° mese, e successivamente su base periodica.

I pazienti che attualmente stanno assumendo dronedarone devono essere contattati in modo da poter effettuare i test di funzionalità epatica e successivamente dovranno essere esaminati, come descritto sopra, in base a quando è iniziato il trattamento.

Se i livelli di alanina amino transferasi (ALT) sono elevati a ≥ 3 volte il limite superiore di normalità (ULN), tali livelli dovranno essere rimisurati entro 48-72 ore.

Se i livelli di ALT sono confermati a $\geq 3 \times$ ULN dopo la rimisurazione, il trattamento con dronedarone deve essere sospeso.

Ai pazienti deve essere consigliato di contattare immediatamente gli operatori sanitari in caso di segni o sintomi di danno epatico.

La prescrizione di Dronedarone è a carico del SSN solo se prescritta da medico cardiologo, internista, geriatra e medico di medicina d'urgenza su piano terapeutico AIFA e trova indicazione nel trattamento di pazienti adulti clinicamente stabili

con una storia di fibrillazione atriale oppure con fibrillazione atriale non permanente in corso (FA), per prevenire una recidiva di FA o per diminuire la frequenza ventricolare.

Il PT AIFA del Dronedarone è disponibile sul sito della asl5 all'indirizzo: www.usl5.tosca-na.it/farmaceutica/pianiterapeuticiAIFA.

Oxatomide (Tinset 2.5%) gocce orali sospensione per impiego nei bambini

Approvate dall'AIFA alcune modifiche agli stampati del medicinale Tinset 2.5% gocce orali sospensione, atte a ridurre nei bambini il rischio di sovradosaggio per errore posologico o ingestione accidentale. Si ricorda infatti che tale medicinale è controindicato all'uso nei bambini di età inferiore ad 1 anno.

Le reazioni avverse segnalate, tra cui sopore, tachicardia e allungamento dell'intervallo QT, sono state gravi e si sono manifestate a carico del sistema nervoso centrale e del cuore.

Tutti i casi segnalati hanno avuto come esito la risoluzione della sintomatologia dopo sospensione del trattamento. Si ricorda quindi che **la posologia approvata da utilizzare nei bambini di età uguale o superiore**

re a 1 anno, per ogni indicazione, equivale a 1 goccia ogni 2 kg di peso corporeo due volte al dì, secondo lo schema posologico riportato in tabella 1.

Rosiglitazone (Avandia, Avandamet e Avaglim)

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha completato una revisione del profilo di beneficio/rischio dei medicinali contenenti rosiglitazone (Avandia, Avandamet e Avaglim) a causa del rischio cardiovascolare.

Il CHMP ha concluso che i benefici di rosiglitazone non superano più i rischi e ne ha raccomandato la **sospensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio nell'Unione Europea**.

Questi medicinali non sono più in commercio da settembre 2010.

Il CHMP, a seguito del completamento di una più recente revisione che ha incluso studi pubblicati recentemente, ha espresso l'opinione secondo la quale rosiglitazone è associato ad un aumento del rischio cardiovascolare.

Peso	N° gocce	N° somministrazioni
12 kg	6 gocce	2 volte al dì
14 kg	7 gocce	2 volte al dì
16kg	8 gocce	2 volte al dì
20 kg	10 gocce	2 volte al dì
24 kg	12 gocce	2 volte al dì
28 kg	14 gocce	2 volte al dì
32 kg	16 gocce	2 volte al dì
36 kg	18 gocce	2 volte al dì
40 kg	20 gocce	2 volte al dì
44 kg	22 gocce	2 volte al dì
48 kg	24 gocce	2 volte al dì

Tabella 1

Note AIFA

Nota AIFA 91

Con Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2 novembre 2010, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12.11.10 viene introdotta la nota AIFA n. 91 in vigore dal 13 novembre 2010, relativa alla prescrivibilità del febuxostat che viene limitata al trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti.

Nella stessa Gazzetta Ufficiale, viene pubblicato il provvedimento dell'AIFA con il quale vengono definiti il regime di rimborsabilità e il prezzo di vendita del medicinale **Adenuric®**, a base appunto di febuxostat, autorizzato con procedura centralizzata europea.

Modifica Note AIFA 36 (ORMONI ANDROGENI) e Nota AIFA 39 (ORMONE DELLA CRESCITA)

Dal 19 novembre 2010 è in vigore la modifica delle Note AIFA 36 (ormoni androgeni) e 39 (somatropina).

Nella Nota AIFA 36 sono stati eliminati il principio attivo metiltestosterone e la condizione pubertà ritardata.

Per la condizione "ipogonadismi maschili primitivi e secondari" è stato inserito il background con la bibliografia di riferimento, precedentemente non presente. Nella Nota AIFA 39 è stata aggiunta la condizione età neonatale. Per entrambe le note viene confermata la necessità di diagnosi e piano terapeutico.

A Pisa, le strutture specialistiche autorizzate alla Diagnosi, al rilascio del Piano Terapeutico e alla prescrizione a carico del SSN individuate dalla Regione Toscana sono (ai sensi della

DGRT 777/2009):

- per la Nota AIFA 36:

Azienda Usl 5 Pisa:

U.O. Urologia Ospedale Lotti di Pontedera; Sezione Urologia Ospedale di Volterra U.O. Pediatria; Sezione Urologia Ospedale di Volterra

Azienda Ospedaliera Pisana:

UU.OO. Endocrinologia; UU.OO. Urologia, UU.OO. Pediatria e U.O. Andrologia

- per la nota AIFA 39

Azienda Usl 5 Pisa:

UU.OO. Medicina I e II Ospedale Lotti di Pontedera; U.O. Medicina Generale Ospedale di Volterra e U.O. Pediatria Ospedale lotti di Pontedera

Azienda Ospedaliera Pisana:

UU.OO. Endocrinologia, UU.OO. Medicina Generale e UU.OO. Pediatria

Il fac-simile del Piano terapeutico per la prescrizione dei farmaci ai sensi delle Note AIFA 36 e 39 è disponibile sul sito della asl5 all'indirizzo: www.usl5.toscana.it/farmaceutica/pianoterapeutico

Modifica Nota AIFA 75

Dal 30 novembre 2010 è in vigore la modifica della **Nota AIFA 75**. La rimborsabilità per **alprostadil** è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da lesioni permanenti e complete del midollo spinale o del plesso pelvico iatrogene, traumatiche o infiammatorie/degenerative. Per gli **inibitori della PDE5** (sildenafil, tadalafil, vardenafil) la rimborsabilità è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da danno transitorio o parziale del midollo spinale o del plesso pelvico secondo un piano terapeutico specialistico (andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo). Sildenafil, vardenafil, tadalafil sono in classe C. La rimborsabilità è demandata a determinazione da parte delle Regioni o delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Nella Regione Toscana, i medicinali contenenti:

- **sildenafil** (VIAGRA®), **tadalafil** (CIALIS®), **vardenafil** (LEVITRA®) nei dosaggi esistenti in commercio sono concedibili a favore degli assistiti medullosesi e ai soggetti sottoposti a prostatectomia radicale con tecnica Nerve – Sparing ai sensi della **DGRT 908/2006**. La prescrizione di tali farmaci dovrà essere effettuata esclusivamente dagli specialisti



urologi, dagli specialisti andrologi e dagli specialisti delle Unità Spinali dipendenti dal Servizio Sanitario della Regione Toscana, sulla base di un programma terapeutico.

- **alprostadil** (CAVERJECT®) sono concedibili nei dosaggi esistenti in commercio a favore degli assistiti Toscani sottoposti a prostatectomia radicale extracapsulare o nerve sparing non responders alle Fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5) (a base di Sildenafil, Vardenafil e Tadalafil), nei dosaggi esistenti in commercio ai sensi della DGRT 509/07. La prescrizione di tali farmaci dovrà essere effettuata esclusivamente dagli specialisti urologi e andrologi dipendenti dal Servizio Sanitario Regionale attraverso un piano terapeutico programmato.

I medicinali a base dei principi attivi sopra menzionati sono erogati sulla base di un Piano individuale di trattamento rilasciato da un medico dipendente o convenzionato con il SSR **esclusivamente con distribuzione diretta da parte delle strutture aziendali della ASL n.5.**

Il paziente con il Piano di trattamento in corso di validità può presentarsi:

- al punto di distribuzione farmaci aperto presso la U.O. Farmaceutica Ospedaliera di Pontedera
- alla Farmacia interna dell'Ospedale di Volterra
- al punto di distribuzione farmaci aperto presso la U.O.C. Farmaceutica Territoriale di Pisa – Via Zamenhof

e ritirare i medicinali in modo frazionato nel rispetto del limite di validità e dello schema posologico indicati nel Piano medesimo

Abolizione Nota AIFA 78

Dal 5 dicembre 2010 la Nota AIFA 78 relativa alla prescrizione dei colliri anti-glucoma risulta abolita.

L'AIFA, nell'abolire definitivamente la Nota 78, invita i medici che prescrivono i farmaci antiglucoma ad attenersi ad alcune raccomandazioni:

- Il trattamento a base di beta-bloccanti va considerato di prima scelta. I farmaci di seguito elencati, in monoterapia o in terapia di combinazione, andrebbero utilizzati quando il beta-bloccante non è tollerato o la risposta ad esso si dimostri insufficiente.

Travoprost + Timololo
Travoprost
Latanoprost + Timololo
Latanoprost
Dorzolamide + Timololo
Dorzolamide
Brimonidina
Brimonidina + Timololo
Bimatoprost + Timololo
Bimatoprost
Apraclonidina

I Betabloccanti topici sono di solito i farmaci di prima scelta. Per controllare la pressione intraoculare può essere necessario combinare questi farmaci o aggiungerne altri, come per esempio miotici, simpaticomimetici e inibitori dell'anidasi carbonica. La dorzolamide e la più recente brinzolamide sono inibitori topici dell'anidasi carbonica. Sono registrati per l'utilizzo in pazienti resistenti o con controindicazione ai betabloccanti. Possono essere utilizzati da soli o in aggiunta a betabloccanti topici.

Latanoprost e travoprost sono analoghi delle prostaglandine che aumentano il deflusso uveo-sclerale. Di recente è stato introdotto anche il bimatoprost. Sono usati per ridurre la pressione intraoculare in caso di ipertensione oculare o glaucoma ad angolo aperto.

La brimonidina è un agonista selettivo alfa 2 adrenergico registrato per l'abbassamento della pressione intraoculare nel glaucoma ad angolo aperto e nell'ipertono oculare in pazienti per i quali i betabloccanti sono controindicati; può essere utilizzata anche in associazione quando il betabloccante da solo non consente di raggiungere un'adeguata pressione intraoculare. L'apraclonidina è un altro agonista alfa 2 adrenergico. La moderna strategia della terapia del glaucoma cronico semplice

ad angolo aperto, come suggerita dall'European Glaucoma Society (EGS), prevede l'impiego di un farmaco in monoterapia per il raggiungimento della *target pressure* individuata per ciascun paziente. Se il primo farmaco usato non è efficace nel ridurre la pressione intraoculare o se non è tollerato, si sostituisce con un altro farmaco. Se invece il primo farmaco è ben tollerato ed efficace, ma non sufficiente a raggiungere la *target pressure*, le linee guida prevedono l'aggiunta di un altro farmaco a quello in uso. Questi concetti sono ribaditi anche nelle linee guida dell'American Academy of Ophthalmology.

Inoltre, nel proseguimento con la terapia, in caso di progressione dei danni al nervo ottico e al campo visivo, la *target pressure* dovrebbe essere rivalutata; ulteriori aggiustamenti della *target pressure* potrebbero essere presi in considerazione se il paziente è rimasto stabile per almeno cinque anni o in presenza di effetti collaterali.

Una revisione sistematica e 2 studi randomizzati successivi hanno trovato prove limitate che in soggetti con glaucoma primario ad angolo aperto o ipertensione oculare il trattamento medico con farmaci per uso topico riduce la pressione intraoculare rispetto a placebo od osservazione clinica. La revisione e uno degli studi non hanno rilevato differenze significative fra trattamento medico e placebo in termini di alterazioni del campo visivo a 1-3 anni di follow up, mentre l'altro studio ha riportato che in soggetti con ipertensione oculare ma senza segni di glaucoma il trattamento medico riduce il rischio a 5 anni di sviluppare un glaucoma primario ad angolo aperto rispetto alla sola osservazione clinica.

L'assorbimento sistemico degli inibitori dell'anidasi carbonica (dorzolamide e brinzolamide) può in rari casi dare **effetti indesiderati** di tipo sulfamidico; se gravi, tali effetti possono richiedere la sospensione del trattamento.

I pazienti in terapia con latanoprost e travoprost devono essere

controllati per verificare la comparsa di alterazioni della colorazione dell'occhio, dato che il latanoprost può incrementare la pigmentazione (bruna) dell'iride; è richiesta particolare attenzione negli occhi con iridi di colore disomogeneo e in caso di trattamento in un occhio solo.

Le note AIFA in vigore sono disponibili sul sito della asl5 all'indirizzo: www.usl5.toscana.it/farmaceutica/noteAIFA.

Piani Terapeutici AIFA

Modifica PT Eritropoietine (ex nota 12) e Fattori di crescita granulocitari (ex Nota 30 e 30 bis)

Dal 19 novembre 2010 i Piani Terapeutici AIFA per la prescrizione di eritropoietine (ex Nota 12) e fattori di crescita granulocitari (ex Nota 30 e 30 bis) risultano modificati con l'aggiunta della specifica "originatori e

biosimilari". Inoltre nel primo è stato aggiunto il principio attivo epoetina teta.

Modifica PT Ranolazina

Dal 31 ottobre 2010 dal PT AIFA per la prescrizione di ranolazina sono state eliminate le seguenti voci: data della diagnosi di malattia coronarica, pregresso IMA (si/no), rivascolarizzazione (si/no), terapia antiangioplastica, numero di episodi di angina/die e uso di nitrati/settimana.

I nuovi modelli di PT sono disponibili sul sito della asl5 all'indirizzo: www.usl5.toscana.it/farmaceutica/pianiterapeuticiAIFA.

Altri argomenti di interesse

Prescrizione dei medicinali contenenti alendronato 70 mg a carico del SSN nei soggetti di sesso maschile

Con una nota del 5 novembre 2010 AIFA e la sua Commissione Tecnico-scientifica ritengono che la prescrizione dei medicinali contenenti alendronato 70 mg nei soggetti di sesso maschile a carico del SSN è conciliabile sia con le indicazioni del medicinale di riferimento e dei suoi generici sia con la prescrizione della nota 79.

Medicinali stupefacenti oppioidi

Ripubblichiamo la tabella che riporta le modalità di ricettazione degli oppioidi che è più completa di informazioni per il medico prescrittore di quella già pubblicata sul precedente numero 46 settembre-ottobre 2010.

Ricettazione di oppioidi				
FARMACI A CARICO DEL SSN				
principio attivo	nome commerciale e formulazioni	ricettazione		
		terapia del dolore	altre indicazioni	
tabella IID	Morfina per os	RICETTA SSN solo per terapia del dolore cod patologia TDL indicazione posologia e durata non superiore a 30 gg di terapia		
	_a rilascio normale: ORAMORPH soluz orale, scir, contenitori monodose			
	_a rilascio controllato: MS CONTIN, TWICE, TICINAN cps e cpr 10 30 60 e 100 mg			
	Ossiconone cloridrato orale			
	OXYCONTIN cpr a rilascio controllato non divisibili 20, 40, 80 mg			
	Idromorfone cloridrato orale			
	JURNISTA cpr a rilascio prolungato 8, 16, 32 mg			
tabella IIA	Fentanil trans mucosale OTFC	RICETTA SSN solo per terapia del dolore cod patologia TDL indicazione posologia e durata non superiore a 30 gg di terapia RICETTA MEDICA A RICALCO per la terapia del dolore fino a 2 specialità 30 gg di terapia 2 medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale in due diverse forme farmaceutiche o in due dosaggi diversi tra loro in quantità per un massimo di trenta giorni di terapia	per la disassuefazione da oppioidi RMR non più di 3 confezioni a ricetta nel rispetto di un piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata, per una cura non superiore a trenta giorni	
	ACTIQ pastiglie orosolubili per mucosa orale 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mg			
	Fentanil transdermico TTS			
	DUROGESIC, FENTANYL cerotti transdermici 25, 50, 75, 100 mg/ora			
	Buprenorfina transdermica TTS			
	TRANSTEC cerotti transdermici 35, 52, 70 mg/ora			
	Ossiconone cloridrato+paracetamolo orale			
	DEPALGOS			
	Metadone cloridrato orale			
	EPTADONE sciroppo e soluzione orale, METADONE CLORIDRATO soluz orale			
	Morfina parenterale			
	MORFINA CLORIDRATO fiale im o ev 10, 20 mg			
Classe C	Buprenorfina orale	SOLO AI RESIDENTI IN REGIONE TOSCANA RICETTA SSN tutti i dosaggi e forme farmaceutiche possono essere prescritti con oneri a totale carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) - Delibera g.r.t. 1048/2003		
	TEMGESIC compresse sublinguali 0,2 mg			
	Buprenorfina parenterale			
	TEMGESIC fiale im o ev 0,3 mg			
	Idrocodone			
	Ad oggi, in Italia nessuna specialità in commercio			
Classe C	Ossimorfone			
	Ad oggi, in Italia nessuna specialità in commercio			
	Diidrocodaina			
Classe C	Codeina			
	Ad oggi, in Italia solo in associazione con altri principi attivi			
Classe C	Paracetamolo+ codeina	farmaci di classe C, es. TACHIDOL, CO-EFFERALGAN		

Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

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)
- Ipertensione 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

Informazioni tecniche destinate all'uso esclusivo degli specialisti del settore.

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG
für



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.*

