

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



Optimized using
trial version
www.balesio.com

U.O. Chirurgia Generale Universitaria A.O.U.P.

Riforma ENPAM: le novità per la libera professione

P. Pracella
Consigliere del Consiglio di Amministrazione
ENPAM

Trapianto corneale: il Cross-Linking

G. Gabriellini
U.O. Oculistica Universitaria A.O.U.P.

Oltre... il conto on line

Tu hai 1000 impegni, e allora...

Banca di Cascina esce dall'ufficio e viene da te

Come?

Sempre:

con RELAX BANKING
che porta **il tuo conto corrente
direttamente sul tuo PC**

Quando vuoi:

ti veniamo a trovare noi

Non ci credi? Prova

condizioni esclusive riservate
agli iscritti all'Ordine dei Medici

**Trova qui la filiale
di Banca di Cascina
più vicina.**

Cascina

viale C. Comaschi, 4 Cascina (PI)
tel. 050 717211 • fax 050 717227

Casciavola

viale 2 Giugno, 37 Casciavola (PI)
tel. 050 760540 • fax 050 776843

Ghezzano

via Metastasio, 20/22 Ghezzano (PI)
tel. 050 878601 • fax 050 878635

Marina di Pisa

via Maierano, 01/0 Marina di Pisa (PI)
tel. e f

Perign

via Tos
tel. 05

SPORI

via Sa
Corso



Optimized using
trial version
www.balesio.com



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Farmaci e ricette: non siamo medici di serie "B"

Se il Governo voleva umiliarci, ha trovato il modo di farlo. D'ora in avanti ci sentiremo dire dal paziente, magari con malcelata aria di sufficienza: "Dottore, segni pure il tipo di farmaco che vuole, tanto poi ci penserà il farmacista a scegliere" ovvero siamo stati declassati come da un'agenzia di "rating" a medici di "serie B", nello spazio d'un mattino. Un blitz legislativo in piena regola per i tempi (agosto), quindi senza alcun preavviso e volontà di concertare ed al contempo per i modi (un decreto legge). Una fretta che alimenta più d'un sospetto. Perché?

Fra le tante vessazioni gratuite che la nostra categoria ha dovuto ingiustamente subire nella sua storia da parte della classe politica, questa è senz'altro la peggiore perché mina volutamente alla base il ruolo istituzionale della professione. Viene cioè a subordinare il nostro ruolo a quello di altre categorie d'operatori sanitari, pro-

prio nel punto cardine del rapporto medico-paziente, la scelta del farmaco in funzione della tutela della salute del malato e quindi della sua sicurezza.

E non c'è peggior sordo di chi non voglia sentire. Inutile spiegare alla "stanza dei bottoni" i possibili effetti medico-legali davanti a reazioni d'un farmaco non prescritto dal medico di fiducia. Inutile parlare, poi, dell'importanza di cure personalizzate. Parole nel vento.

Ci chiediamo però, a cose fatte, quale ruolo abbia avuto in questo percorso il nostro Ministero della Salute. Forse è ipotizzabile che fosse distratto, altrimenti non sapremo dare altra giustificazione.

Una conclusione storica, quanto mai amara. Alla luce di tutto questo scempio, ci sarà qualcuno di noi che si rigirerà nella tomba, Ippocrate.

Qualcun altro, evidentemente, ha da tempo nascosto fra le carte della burocrazia la dignità di quel Giuramento.



Optimized using
trial version
www.balesio.com

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 050.220.66.73
e-mail: info@archimediapisa.it

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Vincenzo Penné
www.fucinafotografica.it

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.



Optimized using
trial version
www.balesio.com

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

G. Gambaccini - C. Frittelli - M.P. Virgili - C. Rossi - F. Manfredonia - R. Galli U.O.C. Neurofisiopatologia "F. Lotti" Pontedera - AUSL5 Pisa **G. Cecchi - R. Unida - R. Di Beo** Società della Salute - Zona Pisana
M. Marchionni - L. Donati Associazione "La Tartaruga"

Demenze: la sfida assistenziale

Le demenze rappresentano una grossa percentuale dei pazienti non autosufficienti che presentano cosiddetti bisogni complessi, vale a dire non solo sanitari ma anche sociali, proprio in considerazione dell'elevato impegno familiare e sociale che questa malattia comporta. La sfida toscana è mettere a disposizione della comunità un sistema integrato dei servizi socio-sanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno.

Il progetto di Continuità Assistenziale, svolto dall'Associazione a promozione sociale "La Tartaruga", finanziato dalla Società della Salute della Zona Pisana, è costituito da 2 progetti complementari

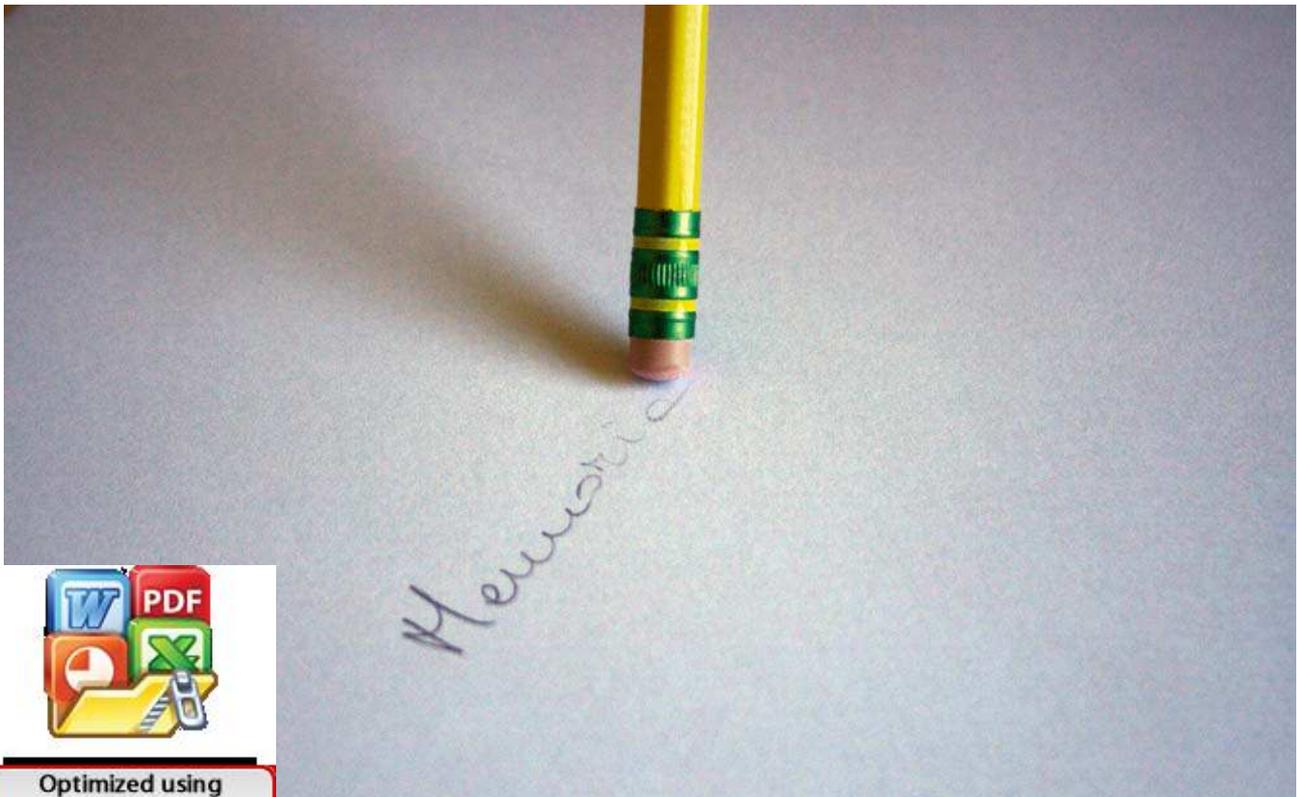
che permettono la presa in carico di pazienti con patologia neurologica cronica in maniera globale, coinvolgendo sia i pazienti che i familiari. Obiettivo principale è quello di mantenere più a lungo le autonomie di base della vita quotidiana nei pazienti con demenza medio-lieve (con autonomie di base ancora conservate), favorire la socializzazione e stimolare gli aspetti emotivo-affettivi e creare una rete fra i familiari o i principali caregivers.

I due progetti sono così articolati:
 - "Riabilitazione domiciliare" per pazienti con demenza in fase iniziale-intermedia (m. di Alzheimer, D. Vascolari, D. miste, Demenze secondarie a M. Parkinson e Parkinsonismi)
 - "Centro di Mantenimento del-

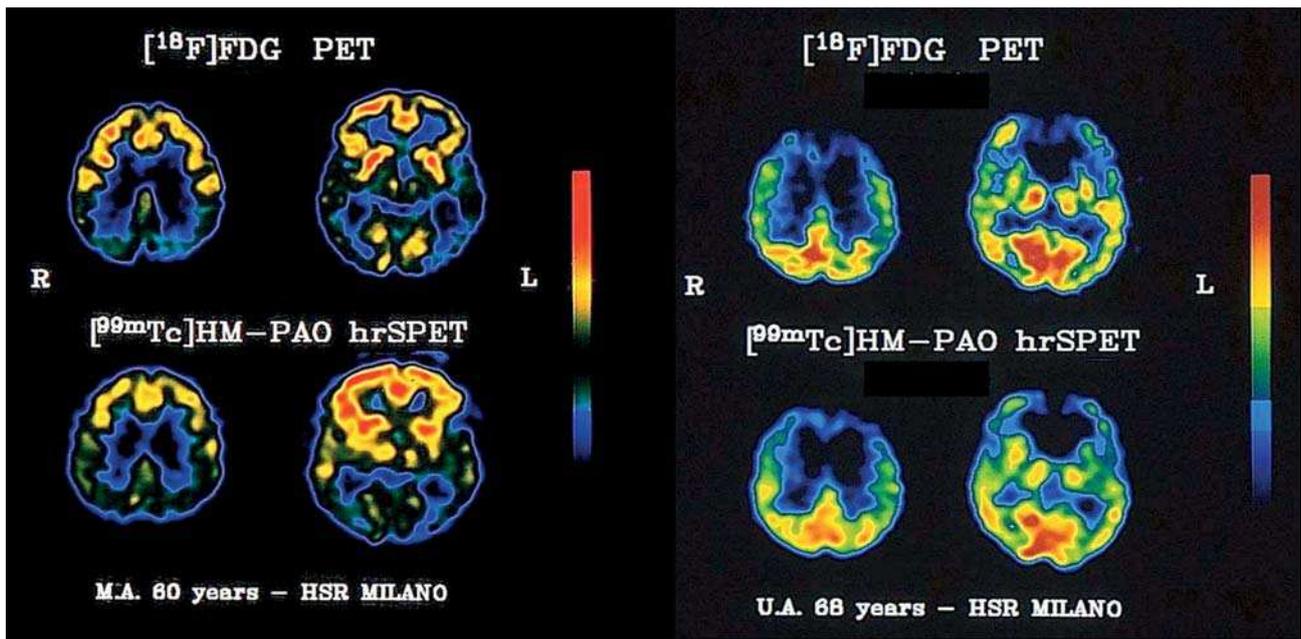
le Autonomie" e "Gruppo di Auto Mutuo Aiuto", rispettivamente il primo come continuità di trattamento per i pazienti ed il secondo per i familiari.

Le modalità di accesso al Progetto in oggetto sono rappresentate dalle seguenti fasi:

- Segnalazione della famiglia al Punto Insieme
- Visita domiciliare da parte di Assistente Sociale di riferimento, infermiere territoriale e coordinatore del progetto e consulente neurologo della UOC di Neurofisiopatologia della AUSL5-Pisa per i casi di demenza mai valutati da specialista neurologo
- Presentazione del caso nell'ambito dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) con consulente



Optimized using
 trial version
www.balesio.com



neurologo della UOC di Neurofisiopatologia della AUSL5-Pisa, con conseguente attivazione del progetto, qualora vengano soddisfatti i criteri di inclusione, che prevedono un quadro di demenza di grado lieve-intermedio e la presenza di un adeguato caregiver.

“Riabilitazione Domiciliare”

Dal gennaio 2011 al dicembre 2011 sono stati trattati 20 pazienti affetti da demenza in fase iniziale-intermedia mediante 25 interventi di riabilitazione cognitivo-comportamentale.

Al termine del percorso domiciliare (4 o 6 mesi a seconda della cadenza bi o trisettimanale) sono stati inseriti (in seguito a verifica nell’ambito della UVM) nel Centro di Mantenimento.

Nell’anno 2012 sono già stati reclutati 20 pazienti con demenza medio-lieve, 12 dei quali già inseriti nel Centro di Mantenimento.

“Centro di Mantenimento delle Autonomie”



o di Mantene-
rie” ha per-
lla presa in
'ambito do-
esidenziale.
olte a Pisa,
entro aggre-
successiva-

mente nei locali della Parrocchia di S. Stefano a cadenza trisettimanale dalle ore 9.30 alle 12.30 ed hanno coinvolto le persone in piccoli gruppi (massimo 5 persone).

Le attività proposte hanno avuto come obiettivo principale e trasversale rispetto a tutte le attività, la formazione di un gruppo formale socializzante capace di interagire e creare nuove relazioni significative per i partecipanti. Sono state svolte attività per stimolare e mantenere la memoria, attività di tipo prassico con materiale strutturato, laboratori di musicoterapia, uscite sul territorio, laboratori di narrazione espressiva.

“Gruppo di Auto Mutuo Aiuto”

Il Gruppo di Auto Mutuo Aiuto si rivolge ai familiari dei pazienti presi in carico dal progetto di riabilitazione domiciliare.

Gli incontri con i familiari si svolgono con cadenza quindicinale nei locali della parrocchia di Santo Stefano.

Il gruppo è stato frequentato da 13 familiari: attualmente vi è un gruppo assiduo di 8 persone. Vengono affrontate problematiche relative all’ambito emotivo-affettivo, delle competenze e del confronto. Sono stati inoltre effettuati incontri informativi sulle demenze, rivolti ai familiari e incontri formativi rivolti

alle badanti.

Risultati

La partecipazione da parte degli utenti nell’anno 2011 è stata costante: è stato osservato un generale miglioramento del tono dell’umore associato alla significativa motivazione a venire al centro e a un miglioramento delle capacità socio-relazionali. Il 60% dei pazienti che hanno partecipato al progetto ha mantenuto le proprie autonomie di base della vita quotidiana (BADL 8.6/30, valore medio) mentre il 40% di questi ha presentato un più rapido deterioramento cognitivo con progressiva perdita delle autonomie di base; tali pazienti sono stati successivamente inviati, previa valutazione nell’ambito della UVM, presso centro diurno per pazienti con demenza.

Il risultato più significativo ottenuto all’interno del Gruppo di Auto-Mutuo Aiuto è stato la formazione del gruppo stesso; si è formata inoltre una rete solidale in grado di attivare una “rete solidale telefonica” per familiari in situazioni di difficoltà, gestita dai familiari stessi.

In particolare ogni partecipante al gruppo ha acquistato la capacità di vedere e capire con più chiarezza la propria situazione e di affrontarla secondo i reali bisogni sia del paziente sia della famiglia.

Trapianto corneale: il Cross-Linking

La tecnica del (CXL) è una delle tecniche più innovative nel panorama oftalmologico mondiale; è una procedura chirurgica che ha lo scopo di rallentare o di bloccare la progressione delle patologie corneali, caratterizzate da uno sfianamento progressivo della cornea, come il cheratocono.

Questa metodica chirurgica assicura un successo anatomico e clinico, riducendo in modo considerevole il numero dei giovani pazienti candidati all'intervento di trapianto di cornea.

Il Cheratocono è una patologia della cornea caratterizzata da un assottigliamento e da un'ectasia corneale, che si accompagna ad una riduzione del visus. Tale riduzione visiva è dovuta essenzialmente ad una distorsione del pro-

filo della superficie corneale, con conseguente insorgenza di un astigmatismo irregolare. Queste alterazioni risultano difficilmente correggibili con i presidi ottici convenzionali.

Il cheratocono ha un impatto sociale importante in quanto coinvolge giovani pazienti, inficiando sulla loro qualità di vita.

Si calcola un'incidenza di un caso ogni 2000 persone nei paesi occidentali, ma questo è un valore sicuramente sottostimato, poiché molti casi sono asintomatici o non correttamente diagnosticati.

Quando l'acuità visiva è gravemente compromessa o sussistono gravi segni di sfianamento corneale è necessario procedere all'intervento di trapianto della cornea (cheratoplastica).

Ruolo del medico di famiglia è in-

dirizzare i pazienti affetti da cheratocono, verso centri specializzati, per intraprendere la terapia più appropriata, e per accertare o meno la presenza della patologia nei familiari del paziente, visto che il cheratocono ha una componente ereditaria.

Il cross linking è una procedura che si basa sull'imbibizione della cornea con riboflavina e successiva esposizione dello stroma corneale ai raggi ultravioletti di tipo A. Esistono due metodiche di Cross Linking: il Cross Linking tradizionale definito Epi-off e il Cross Linking Transepiteliale o Epi-on, di recente introduzione.

Il trattamento determina una stabilizzazione della struttura corneale ed un aumento delle proprietà meccaniche del tessuto attraverso la creazione di nuovi legami



crociati covalenti tra le molecole di collagene stromale. Il CXL è indicato nei cheratoconi in stadio iniziale con tendenza evolutiva (peggiore del visus naturale o corretto o incremento dell'astigmatismo rilevabile alla topografia corneale).

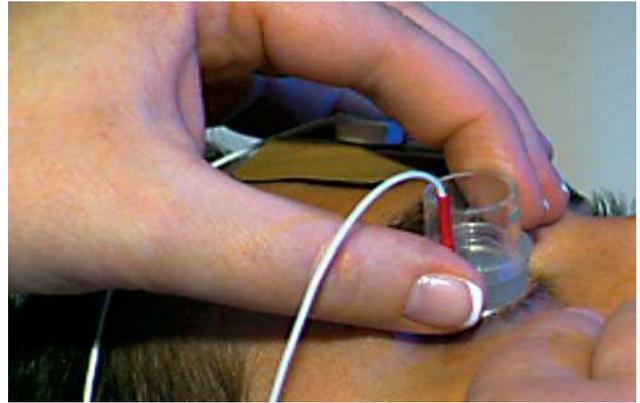
L'intervento viene eseguito in regime ambulatoriale in anestesia topica (con gocce di collirio anestetico); ha una durata di circa un'ora e non è assolutamente doloroso. Al termine della procedura viene posizionata sulla cornea una lente a contatto terapeutica che sarà poi rimossa dopo 3 giorni dall'intervento, quando l'epitelio si sarà riparato. La terapia medica postoperatoria si avvale della somministrazione di colliri antibiotici, lacrime artificiali e talvolta cortisonici. Il decorso postoperatorio dopo CXL con disepitelizzazione è tuttavia molto doloroso, poiché durante l'intervento, vengono coinvolte le terminazioni nervose corneali. Nei primi mesi postoperatori si può verificare un lieve peggioramento dell'acuità visiva. Dopo circa 6 mesi dal trattamento si realizza un progressivo, variabile, miglioramento della vista e degli indici topografici ed aberro-

metrici.

Nel CXL transepiteliale, viene utilizzato un collirio costituito da Riboflavina 0,1% in associazione con sostanze facilitanti (enhancer) che permettono alla Riboflavina di penetrare all'interno dello stroma corneale anche in presenza di epitelio integro. Questa procedura, permette di evitare il doloroso decorso postoperatorio ed il peggioramento del visus che si realizza nei primi mesi. Inoltre consente il trattamento di pazienti che non rientrano nei criteri di inclusione per CXL tradizionale, cioè pazienti con scarsa collaborazione, cheratoconi con cornee estremamente sottili.

Vengono effettuati più di 25.000 interventi di CXL l'anno negli oltre 1.000 centri operanti in tutto il mondo.

Tutti gli studi clinici effettuati evidenziano la sicurezza del trattamento nel lungo periodo, dimostrando inoltre la riduzione



dell'astigmatismo ed il contemporaneo miglioramento dell'acuità visiva in almeno il 70% dei pazienti.

La modificazione della visione dopo CXL è dovuta sia alla riduzione dell'astigmatismo sia all'instaurarsi di una maggiore omogeneità della superficie corneale.

Dopo l'intervento è possibile utilizzare nuovamente le lenti a contatto.

La recente ricerca scientifica si sta orientando verso ulteriori ottimizzazioni della procedura, che possano coniugare l'attuale efficacia e la sicurezza della tecnica transepiteliale ad una maggiore rapidità di trattamento.

Il futuro del CXL si chiama lonforesi, una nuova tecnica, completamente innocua, che viene effettuata mediante l'applicazione di due elettrodi collegati ad un generatore di corrente.

L'applicazione della corrente consente un rapido ed uniforme passaggio del farmaco nella cornea. Questa metodica ridurrà sensibilmente la durata dell'intervento, mantenendo peraltro gli stessi livelli di efficacia e sicurezza.

Nella U.O. Oculistica Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Pisana, diretta dal prof. Marco Nardi, vengono da anni eseguiti numerosi trattamenti di CXL sia tradizionale che transepiteliale. In particolare la dr. Giovanna Gabriellini è il medico dedicato al trattamento di CXL.

Il trattamento, ambulatoriale, è convenzionato con il servizio sanitario nazionale.



Optimized using
trial version
www.balesio.com

Carcere sovraffollato e lesivo della dignità personale

Si incominciano a delineare in precise risultanze i provvedimenti assunti dal Ministro Severino in riferimento al tentativo di decongestionare le carceri al fine di restituire dignità ai luoghi e alle persone.

Non ci siamo.

I primi effetti del piano carceri del governo?

Assolutamente non corrispondenti alla realtà.

Le aspettative risultano deluse.

Si intuisce a questo punto che occorre altro, ben altro!

Di fronte al dramma di un carcere sovraffollato e violentato nella sua configurazione istituzionale e strutturale, bisogna avvertire l'umiltà di mettere da parte le ideologie e rendere operativa una strategia della riduzione del danno attraverso il riconoscimento dell'amnistia.

Non ci sono percorsi alternativi.

Siamo arrivati ad un punto di non

ritorno.

L'Italia vanta il più alto numero di condanne inflitte dalla Corte di Strasburgo per violazioni della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Vengono inoltrati al Governo italiano continui, severi richiami al fine di ripristinare le norme di legalità in carcere.

Ci accusano addirittura di tortura ambientale, una vera e propria pena aggiuntiva che offende e calpesta la dignità e la salute delle persone.

Con un tasso di affollamento del 145,8 %, ovvero con oltre 145 detenuti ogni 100 posti, l'Italia è il paese più sovraffollato d'Europa.

Soltanto la Bulgaria sta peggio.

L'Italia è il Paese al penultimo posto per tasso di criminalità (numero di delitti per 100.000 abitanti) da analisi e da fonte Eurostat rispetto a Germania, Francia, Gran Bretagna, Spagna. Ed ha invece il triste prima-

to europeo per il tasso di sovraffollamento carcerario.

L'Italia è tra i Paesi europei quello dove si espiano le pene quasi per intero. E' invece il Paese che ha ricevuto la **maglia nera** per la carcerazione preventiva inflitta, collocandosi al primo posto con oltre il 42% di detenuti in attesa di giudizio (di cui la metà sarà statisticamente dichiarata innocente).

Le Regioni Puglia, Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna sono quelle più affollate.

La Regione Toscana presenta un indice di affollamento di 130,3%.

Le statistiche ufficiali parlano di **45.742** posti-letto disponibili nelle 206 carceri italiane.

I detenuti presenti al 30 Aprile 2012 arrivano a **66.310**.

Mancano complessivamente **20.668** posti-letto.

Ecco che allora si attrezzano letti a castello sino a rasentare il soffitto.

Si occupano con luridi materassi le aule scolastiche, le palestre, gli spazi ricreativi e sociali e perfino i corridoi come succede nei Pronto Soccorso di Roma e di Napoli.

Nelle celle superaffollate non si respira. Aleggja il microclima. Il carcere risulta violentato anche nei suoi connotati estetici e la tortura dello spazio diventa una costante comune che rende invivibile la vita del detenuto rendendola simile a quella delle bestie (il riferimento più ap-





di riconoscere il fallimento della Legge Bossi-Fini (al momento attuale i detenuti stranieri sono 24.123).

Bisogna avere l'onestà e il coraggio di mettere mano alla Legge Fini-Giovanardi sulle droghe (il 36 % dei detenuti è tossicodipendente).

La prospettiva di una Comunità terapeutica sull'esempio previsto dalla Regione Toscana è una conquista di grande civiltà per un percorso alternativo al carcere.

proprio è quello dei maiali). Non si può andare avanti di questo passo.

Il carcere si configura sempre più come il cimitero dei vivi, la frontiera ultima della disperazione e dei drammi umani.

Produce solo ed esclusivamente malattia.

Il detenuto dopo aver perso la libertà, rischia di perdere la salute e la dignità.

In questi termini non serve assolutamente a niente.

Ci troviamo di fronte un carcere malato, inutile, vendicativo, dannoso oltre ogni limite di immaginazione e di tolleranza.

Sovraffollamento è sinonimo non solo di deterioramento delle condizioni igieniche, ma anche di promiscuità, degrado, violenza.

Favorisce il contagio, la diffusione delle malattie infettive.



si sono parato.

ali nel primo imontano a

ere a tagliar- pezzi di vetro che taglia),

a cucirsi la bocca, ad aggredire il proprio corpo per esprimere il grave disagio per le condizioni inumane in cui sono costretti a vivere.

Suicidi, tentati suicidi, atti di autolesionismo, aggressioni, ferimenti, colluttazioni sono all'ordine del giorno e costituiscono il segno inequivocabile di uno stato di grave malessere.

Per cercare di neutralizzare quanto sopra si ricorre con estrema disinvoltura al **contenimento farmacologico**.

Questi dati, questi numeri evidenziano il collasso del sistema penitenziario. Un collasso determinato dalla crisi del processo penale e del sistema delle pene.

Cosa si può fare?

Cosa si deve fare?

Intanto passare dalla declamazione di roboanti principi e da forsennate ideologie ai fatti.

Diventa uno spartiacque indispensabile l'amnistia.

E' una premessa dalla quale non si può derogare per restituire un pò di respiro all'istituzione penitenziaria, che è letteralmente in affanno, piegata sulle proprie ginocchia.

Bisogna avere l'onestà e il coraggio

Si avverte forte l'esigenza di delineare precise, incisive norme per favorire il lavoro dei detenuti che rimane al momento attuale l'unico, vero efficace incentivo che ha consentito concreti processi di reinserimento sociale.

Purtroppo siamo costretti a rilevare preoccupanti tagli per i fondi destinati a questo capitolo di bilancio.

Tutto ciò manda in aria ogni seria progettualità e si è arrivati al paradosso che le Direzioni sono costrette a retribuire con un'ora di lavoro l'equivalente di un'intera giornata lavorativa.

Dovremmo chiamarlo lavoro al **nerissimo**.

Mentre tutti gli altri Paesi europei (persino l'Albania) hanno contemplato spazi e tempi per la sessualità e per l'affettività in carcere in Italia si continua a disquisire sulla materia del contendere con posizioni retrive che non trovano alcuna giustificazione plausibile.

Così si continua a negare un atto di natura per dar sfogo alla patologia e alla degenerazione.

La Riforma della Medicina Penitenziaria doveva costituire l'ultimo treno per rendere più umano il carcere.



Ha mancato completamente l'obiettivo, perché intanto è calata nel momento peggiore quando le condizioni di sovraffollamento delle carceri hanno reso quasi impossibile l'applicazione delle più elementari norme di Medicina Preventiva.

Alcune Regioni (tra cui primeggia la Sicilia) sono distanti anni luce dall'applicazione dei principi ispiratori della Riforma.

In un coacervo di determinazioni quanto meno bizzarre, alcune Regioni (tra cui si sono distinte la Campania e l'Umbria) hanno disperso un importante patrimonio professio-



Optimized using
trial version
www.balesio.com

scena il budget. Mancano gli investimenti. Manca la progettualità. Si registrano serie e insormontabili difficoltà per programmare una Medicina Penitenziaria di iniziativa e di opportunità. Diventa ipertrofica la Medicina difensiva. In sostanza l'Operatore sanitario agisce non tanto per tutelare la salute del detenuto, quanto per cautelarsi da un punto di vista

medico-legale.

E' questa una Medicina Penitenziaria marginale, senza respiro, senza prospettiva che viene meno alla sua funzione basilare.

La Medicina Penitenziaria non è più

un progetto serio di tutela della salute in carcere.

Manca maledettamente la cultura del carcere.

La cultura del carcere non è qualcosa che scende dal cielo improvvisamente per dotare ciascuno di noi, ma è una prerogativa che si costruisce giorno dopo giorno confrontandosi e misurandosi con i problemi del carcere.

In questo paesaggio desolante solo la Regione Toscana con il Presidente Enrico ROSSI ha avuto l'intuizione felice di allestire uno specifico Centro Regionale per la salute in carcere che è riuscito a portare a risoluzione una stagione contrattuale importante e significativa, avviando un ambizioso programma di rinnovamento strutturale e tecnologico dei Presidi Sanitari Penitenziari.

In modo spasmodico si fa ricorso alla pena per regolare le situazioni critiche del Paese, per assicurare risposta al bisogno di sicurezza dei cittadini.

Per neutralizzare la povertà, il disagio, la marginalità, invece di delineare un sistema di welfare adeguato alle necessità, si ricorre al carcere.

E' una proposizione assolutamente inaccettabile.



Nevralgia del trigemino: diagnosi e trattamento

La nevralgia del trigemino (V nervo cranico), conosciuta anche come *tic douloureux*, è un disturbo caratterizzato da parossismi dolorosi, solitamente unilaterali, della durata di alcuni secondi, a carattere superficiale o trafittivo e localizzati nel territorio di distribuzione di una o più branche trigeminali, più comunemente la seconda e terza branca (Fig. 1). Gli attacchi possono raggrupparsi in salve, costringendo spesso il paziente alla sospensione di qualsiasi attività. Gli accessi dolorosi sono spesso scatenati da stimoli innocui quali il radersi, la masticazione, la parola, il cammino oppure uno stimolo tattile sulla cute o sulle mucose (a livello delle cosiddette *trigger zones*). Soltanto il 4% dei pazienti presenta accessi dolorosi a livello della branca superiore e raro è un coinvolgimento di tutte le tre branche. In una piccola percentuale di pazienti il dolore presenta distribuzione bilaterale, anche se quasi mai in modo simultaneo. L'evoluzione è solitamente discontinua ed alterna periodi con attacchi ricorrenti a fasi di remissione della sintomatologia. Studi epidemiologici indicano che la nevralgia del trigemino interessa una persona su 25000, mostrando una maggiore incidenza nelle donne rispetto agli uomini, solitamente dopo i 50 anni. Si stima che ogni anno vengano diagnosticati 15000 nuovi casi. Occasionalmente tale sintomatologia può essere eviden-



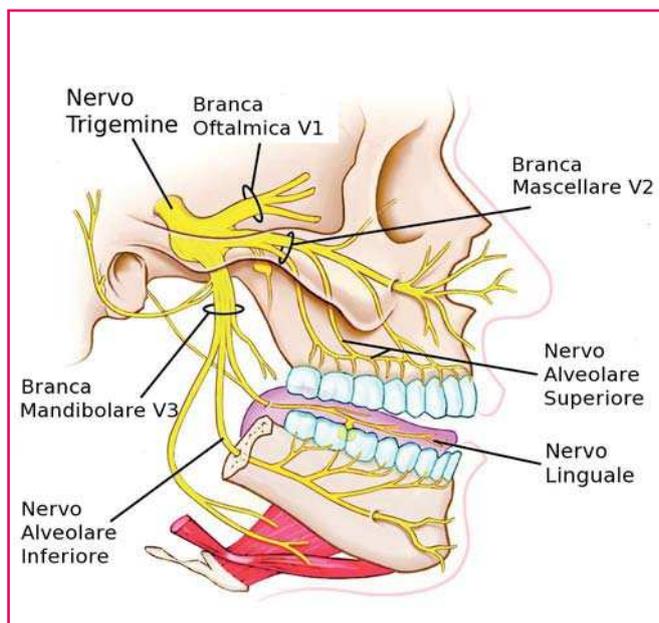
...ani ed in tal
...are un 5% di
...getti appa
...nte rappre
...larie rispetto

...ogico è ne
...na nevralgia

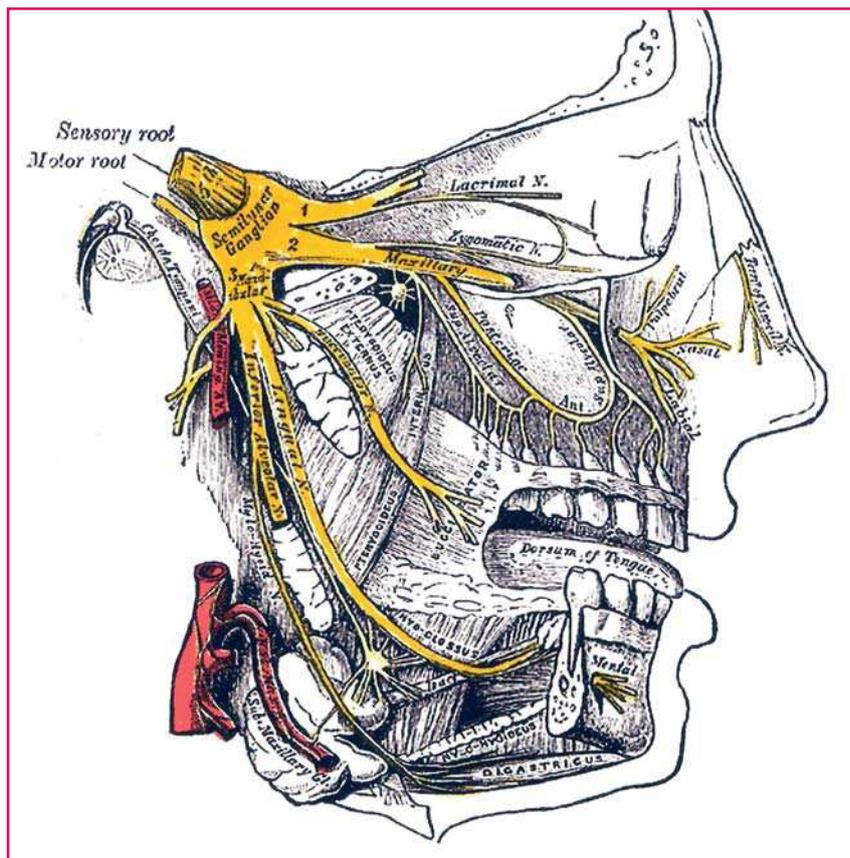
trigemine
secondaria, o
sintomatica,
nel cui conte
sto è possibi
le identificare
una anomalia
strutturale (le
sioni demiel
inizzanti o
espansive a
livello del gan
glio di Gasser
o del tronco
encefalico,
neurinomi o
meningiomi
dell'angolo
pontocerebel
lare, aneuris
mi del tronco
della basilare),
dalla
forma classica,
che include casi
senza una eziologia
stabilita. La let
teratura indica
come l'esplorazione
chirurgica della
fossa cranica post
eriore e le tecniche
di neuroimaging
siano in grado
di dimostrare
nella
maggioranza
dei soggetti
affetti dalla
forma classica
compressioni
della
radice trigemi
nale da parte
di vasi aberranti
o tortuosi.

La diagnosi di nevralgia trigeminale si basa sulla raccolta della storia clinica e sull'esame obiettivo neurologico, differenziando accuratamente da altre forme di algie facciali e cefaliche e dalle sindromi dolorose di mandibola, denti o seni paranasali; nel corso della valutazione di un paziente con nevralgia del trigemino è necessario inoltre ricercare elementi suggestivi di forme secondarie, quali giovane età, coinvolgimento bilaterale e deficit della componente sensitiva del trigemino. Un approfondimento di neuroimmagine con una RM dell'encefalo può evidenziare eventuali lesioni correlabili alla

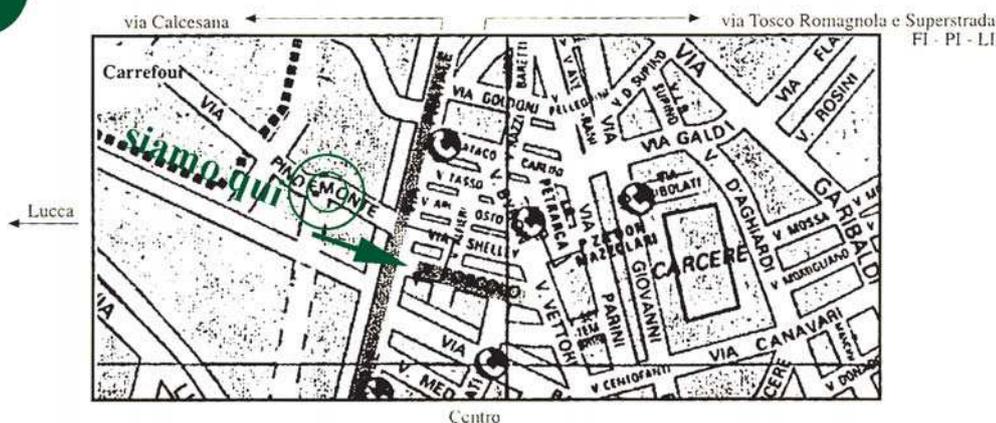
sintomatologia osservata, inclusi eventuali conflitti tra V nervo cranico alla sua emergenza dal tronco encefalico e strutture vascolari, come detto di sempre più frequente osservazione nel contesto della forma classica. Per il trattamento della nevralgia del trigemino sono disponibili vari approcci, sia di tipo farmacologico che chirurgico. La forma classica risponde, almeno inizialmente, alla terapia farmacologica. Il trattamento di prima scelta si basa su alcuni antiepilettici in particolare la Carbamazepina che si è dimostrata efficace nella maggior parte dei casi ad un dosaggio di 600-1200mg/die. Altri farmaci di possibile utilizzo includono Oxcarbazepina, Gabapentin, Pregabalin, Lamotrigina e Clonazepam; a differenza della Carbamazepina, questi farmaci non possiedono attualmente, in Italia, l'indicazione per il trattamento della nevralgia trigeminale. In caso di mancata risposta o intolleranza alla terapia medica la tera-



pia chirurgica prevede approcci sia di tipo periferico che centrale. Tali procedure, pur gravate da maggiori morbilità e mortalità (1%) presentano maggiori tassi di successo rispetto alla terapia medica. In caso di conflitto neurovascolare è possibile un approccio mirato attraverso un intervento di decompressione microvascolare. Sono state sviluppate alcune procedure percutanee poco invasive, tra cui l'ablazione del ganglio di Gasser con radiofrequenze (termorizotomia trigeminale), sostanze chimiche (alcolizzazione) o compressione diretta (tecnica con palloncino) ed il trattamento radiochirurgico stereotassico mirato a livello dell'emergenza del V nervo cranico dal tronco encefalico. Tali approcci determinano una perdita di funzionalità della componente sensitiva del trigemino, sebbene con la comparsa in una significativa percentuale dei casi di complicanze quali anestesia dolorosa e disturbi disestesici.



Centro Ortopedico Sanitario



ARTICOLI DI ORTOPEDIA
calzature per tutte le patologie
plantari su misura
izzato del piede



SIDI ORTOPEDICI
LITAZIONE
stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

Optimized using
trial version
www.balesio.com

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

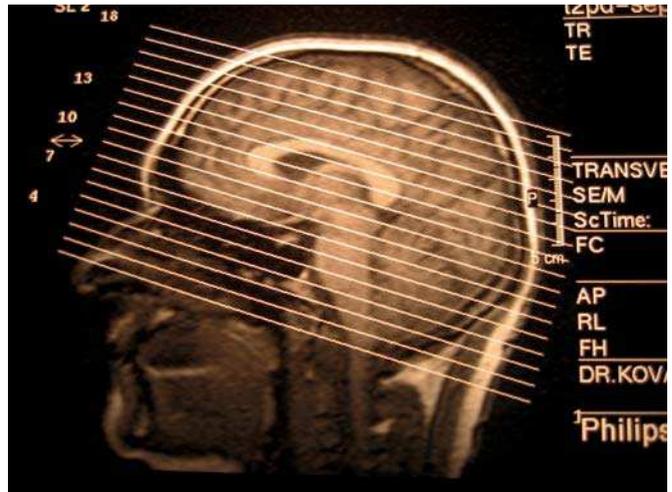
La gestione preospedaliera dell'ictus iperacuto

L'ictus cerebrale è una delle malattie più frequenti e gravi come mortalità ed esiti invalidanti. In Italia, il numero di morti attribuibili alle malattie cerebrovascolari è di circa 69.000 per anno, i casi prevalenti raggiungono quasi il milione di unità, ed i casi incidenti si attestano intorno alle 200.000 unità all'anno. L'handicap che ne residua è causa di costi elevati per le famiglie, il sistema sanitario e la società intera. La spesa annuale per l'assistenza all'ictus cerebrale in Italia è stimata intorno ai 3.5 miliardi di euro.

L'ictus è di natura ischemica nell'80% circa dei casi. Relativamente alle strategie di fase acuta,

è stato dimostrato che una precoce ri-perfusione dell'area ischemica (mediante trombolisi) riduce significativamente la disabilità post-ictus se effettuata in pazienti adeguatamente selezionati.

In altri termini, è necessario che il paziente con ictus raggiunga "presto" il Centro Ospedaliero "giusto" per essere selezionato per eventuale trattamento trom-



bolitico. Il rapido inquadramento diagnostico necessario per la selezione dei pazienti candidabili a trombolisi risulta vantaggioso anche per quei pazienti che, dopo tale inquadramento, risulteranno non candidabili (ad esempio, i pazienti con ictus emorragico e quelli con ictus ischemico non idonei per trombolisi potranno comunque beneficiare di un'immediata valutazione in ambito specialistico neurologico/neurochirurgico).

"Arrivare presto..." Ciò è possibile se il paziente o i suoi conoscenti/familiari riconoscono rapidamente i sintomi della malattia ed avvisano immediatamente il Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale (118) in modo che il paziente venga condotto nel posto "giusto". In tale ambito, è fondamentale un'adeguata informazione della popolazione sull'ictus (mediante mezzi di comunicazione di massa, medici di medicina generale, scuole, associazioni di volontariato) ed un'efficiente organizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza territoriale, in grado di

Mimica facciale (invita il pz a sorridere)	normale	i due lati del volto si muovono allo stesso modo	
	anormale	i due lati del volto non si muovono allo stesso modo	
Spostamento delle braccia (il paziente chiude gli occhi e distende le braccia)	normale	le due braccia si muovono allo stesso modo	
	anormale	un braccio non si muove o cade giù	
Linguaggio (fai dire al paziente una frase: es. "Trecentotreesimo reggimento della cavalleria.")	normale	la frase viene ripetuta correttamente	
	anormale	il paziente inceppa sulle parole, usa parole inappropriate o non è in grado di parlare	



lizzata si basa sulla valutazione di tre item (paresi degli arti superiori, anomalie del linguaggio) ed è sintetizzata nel Prehospital Stroke Scale. Ad essa deve ricorrere non solo gli operatori della CO118 ma il personale sanitario che raggiunge il paziente. Infatti la CPSS è riproducibile tra operatori diversi e ha una valida utilità per identificare i pazienti con ictus.



FIGURA 2. Il fattore tempo (“arrivare presto nel posto giusto”) è fondamentale nella gestione del paziente con ictus, sia in fase pre-ospedaliera e che intra-ospedaliera

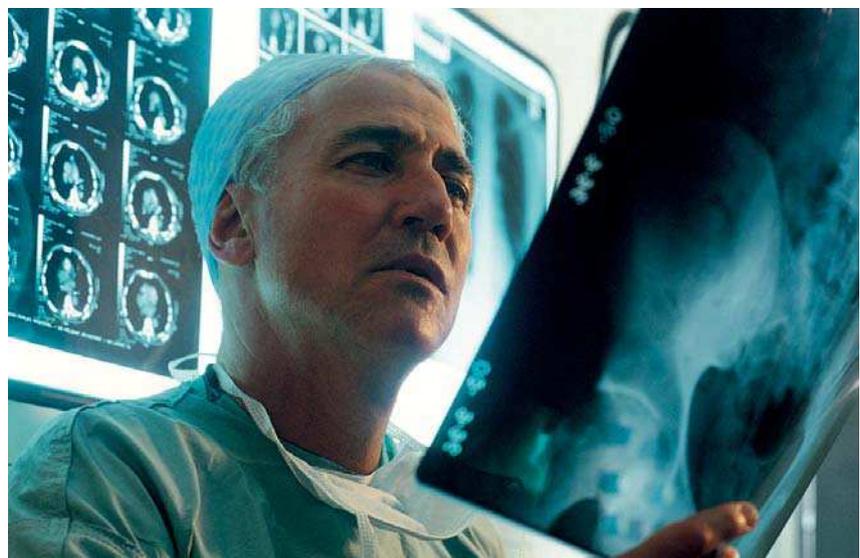
utilizzare specifiche scale (quali la Cincinnati Prehospital Stroke Scale – v. FIGURA 1, la Glasgow Coma Scale, la National Institute of Health Stroke Scale, flow-chart semplificate per la valutazione del paziente candidato a trombolisi) per interfacciarsi adeguatamente con il paziente da una parte e con i Centri Ospedalieri “giusti” dall’altra. La realizzazione ed il corretto utilizzo di un codice ictus dedicato (“Stroke Code”) farebbero da corrispettivo all’implementazione di adeguati interventi in fase pre-ospedaliera.

sione dell’arteria basilare o casi selezionati con emorragia intracranica candidati a valutazione/trattamento neurochirurgico). I pazienti in prima istanza (cioè già in fase pre-ospedaliera) candidabili a trombolisi dovranno essere trasportati direttamente verso il Centro Ospedaliero in grado di praticare trombolisi più vicino al paziente per ulteriore selezione ed eventuale trattamento trombolitico (v. FIGURA 2)

In base a quanto detto sopra, emerge l’importanza di implemen-

tare una “Rete Stroke” costituita da “nodi” territoriali ed Ospedaliери razionalmente interconnessi tra loro, in modo da fornire al paziente, indipendentemente dal luogo in cui insorge l’ictus, l’accesso ad un percorso integrato e dedicato in cui possa beneficiare di un adeguato trattamento, in armonia con i principi di appropriatezza, equità e qualità e secondo le raccomandazioni scientifiche ribadite dalla Conferenza Stato Regioni (seduta del 3 Febbraio 2005). Nell’Area Vasta Nord-Ovest della Toscana, il Centro caratterizzato dalla più alta complessità organizzativa, con la possibilità di effettuare non solo la trombolisi endovenosa ma anche trattamenti endovascolari e neurochirurgici, è rappresentato dall’ Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. L’algoritmo operativo attuato presso il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione di tale struttura prevede che il Neurologo venga immediatamente attivato dal Medico di Medicina d’Urgenza per la selezione, il trattamento ed il monitoraggio del paziente candidato a trombolisi. Il Neurologo, che si avvale anche di competenze neurosonologiche, non può inoltre prescindere dalla collaborazione del Neuroradiologo con capacità diagnostiche (uso di metodiche di neuroimaging multimodale) ed eventualmente interventistiche (trombolisi intra-arteriosa).

“...nel posto giusto” E’ “giusto” il centro Ospedaliero che può offrire l’inquadramento diagnostico-terapeutico più adeguato per “quel” determinato paziente. I pazienti in prima istanza non candidabili a trombolisi dovranno essere trasportati nel Centro Ospedaliero più vicino (in Ospedale con U.O. $n < 8$); in base istica es- stabilirà se re trasferito ttamenti di (ad esem- arteriosa in con occlu-



Optimized using
trial version
www.balesio.com

Qualche novità

Dopo i “sacrifici” fiscali imposti ai contribuenti nell’anno 2012, qualche buona novità riguarda i proprietari di immobili che effettuano ristrutturazioni edilizie. Infatti dal 26 giugno scorso è in vigore una maggior detrazione per gli interventi di ristrutturazione, il cui limite di spesa passa per ciascuna unità abitativa da 48.000,00 euro a 96.000,00, con il contemporaneo innalzamento della percentuale di detraibilità che passa dal 36% al 50%. Confermata anche la detrazione per gli interventi di riqualificazione energetica ma solo fino al giugno 2013. D’altra parte però, dall’anno di im-

sta 2012 i proprietari che affittano i loro immobili vedranno aumentare la base imponibile dei loro redditi da locazione (e quindi pagheranno maggiori imposte) a causa di una minore detrazione forfettaria sul canone che si riduce dall’attuale percentuale del 15% al 10%. Questa minore detrazione non riguarda i proprietari che assoggettano i redditi dei propri immobili alla così detta “cedolare secca”. Detta cedolare per il momento pare resistere anche se il gettito atteso con la sua introduzione non ha dato risultati soddisfacenti in termini di entrate, infatti nonostante la norma preveda l’applicazione di un’aliquota ridotta pari nella maggior

parte dei casi al 21%, non sembra essersi verificata l’attesa “emersione” degli affitti non dichiarati.

In dirittura d’arrivo pare essere la “dichiarazione IMU”, adempimento che coinvolgerà una grande platea di contribuenti e che, sebbene il modello non sia ancora non disponibile, dovrà essere inviata entro il 31 ottobre prossimo.

In questi giorni è in preparazione il decreto “Crescita e Sviluppo”, decreto che attua i contenuti della “Agenda digitale Europea” ovvero una delle sette iniziative promosse dalla Commissione Europea nella strategia “Europa 2020”, la proposta è volta a sfruttare nel migliore dei modi il potenziale della tecnologia per favorire la crescita soprattutto economica.

Le aree tematiche sono: mercato digitale unico, internet superveloce, fiducia e sicurezza informatica. Nella bozza del decreto si punta alla “digitalizzazione” della Pubblica Amministrazione e sulla trasmissione telematica dei documenti ai cittadini. Si propone l’istituzione di un Indice nazionale degli indirizzi di PEC (posta elettronica certificata) delle imprese e dei professionisti, utilizzando la banca dati degli indirizzi di posta certificata già in possesso degli Ordini professionali e del Registro delle imprese.

Nei progetti anche la nascita del “documento unificato carta d’identità elettronica- tessera sanitaria”. Altra novità in arrivo sarebbe l’obbligo esteso ai professionisti di accettare, per i clienti che ne facciano richiesta, pagamenti tramite bancomat. Ciò comporterebbe l’obbligo di installare negli Studi l’apposito apparecchio (il POS).

(Fonte: “Il Sole24Ore”)

Come si calcola l'imposta

<ol style="list-style-type: none"> 1 reperire la rendita catastale dell'immobile 2 rivalutare la rendita del 5% 3 applicare i moltiplicatori in funzione della rendita catastale cat. A, C/2, C/6, C/7 moltiplicatore 160 cat. B, C/3, C/4, C/5 moltiplicatore 140 cat. A/10, D/5 moltiplicatore 80 cat. D moltiplicatore 60 cat. C/1 moltiplicatore 55 4 aliquota base per la prima casa: 0,4%; aliquota applicata da Torino: 0,55% 5 aliquota base per la seconda casa: 0,76%; aliquota applicata da Torino: 1% 6 detrazione di 200 euro 	<p>Categorie catastali</p> <ul style="list-style-type: none"> A abitazioni A/10 uffici e studi privati B ospedali, case di cura, uffici pubblici, scuole, biblioteche, musei C/1 Negozi e botteghe C/2 Magazzini e locali di deposito C/3 Laboratori per arti e mestieri C/4 Fabbricati e locali per esercizi sportivi C/5 Stabilimenti balneari e di acque curative C/6 Stalle, scuderie, rimesse, autorimesse C/7 Tettoie chiuse od aperte D Alberghi, teatri, ecc... D/5 Banche
--	---



Optimized using trial version
www.balesio.com

La chirurgia e l'ostetricia nel Settecento

Se nel suo insieme la chirurgia settecentesca non si discostò radicalmente dal secolo precedente, dei veri progressi iniziarono a manifestarsi per un perfezionarsi di scuole, una progressiva eliminazione dei chirurghi norcini, un obbligo sempre più sentito di essere muniti di titoli professionali per poter esercitare, unito al comparire di grandi maestri fondatori di scuole famose. Si inizia ad assistere anche al sorgere di alcune branche speciali della chirurgia, come l'ostetricia, l'oculistica, l'otologia, che trovano in questo secolo notevoli perfezionamenti nelle conoscenze dottrinarie e nell'applicazione pra-

tica. Un particolare incremento lo ebbe poi la medicina militare.

La letteratura chirurgica si arricchisce di nuove opere di grande importanza, siano esse di carattere monografico che di argomento generale, e furono allora fondate nuove istituzioni accademiche a impronta chirurgica, che contribuiscono anch'esse al progresso dell'arte.

Fu in Francia che questa rivincita della chirurgia ebbe particolarmente luogo, dove un decreto reale di Luigi XIV aveva provveduto a riabilitare il ruolo dei chirurghi-barbieri. Uno dei principali rappre-

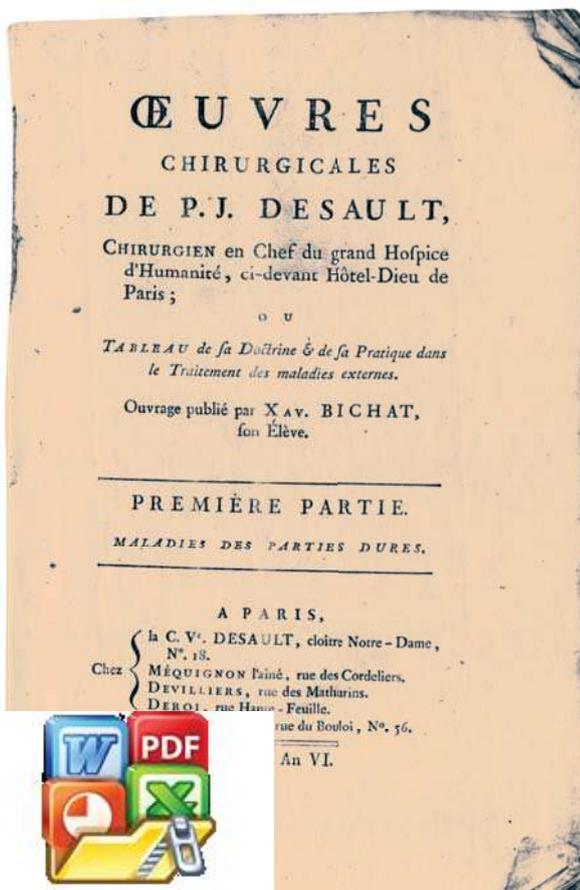


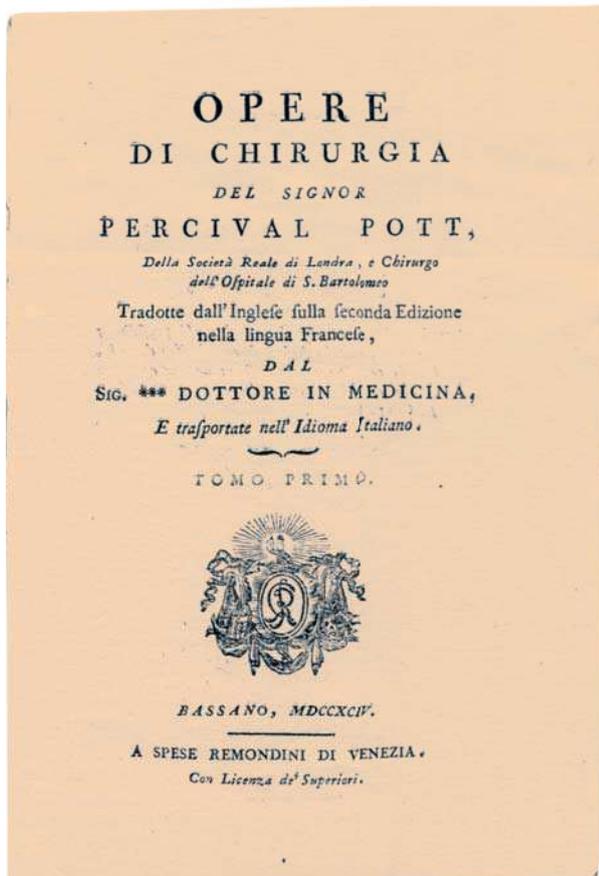
Ritratto di Percival Pott

sentati di questo periodo fu Jean Louis Petit (1674-1750), anatomista insigne, che inventò un meccanismo a pressione per l'emostasi preventiva nelle amputazioni, detto "Tourniquet" e dette la prima descrizione clinica dell'ematoma extradurale; di grande valore i suoi scritti, il primo dal titolo *l'Art de guérir les maladies des os*, stampato nel 1705, ed in specie la sua monumentale opera, edita postuma, *Traité des maladies chirurgicales*, frutto della sua lunga esperienza.

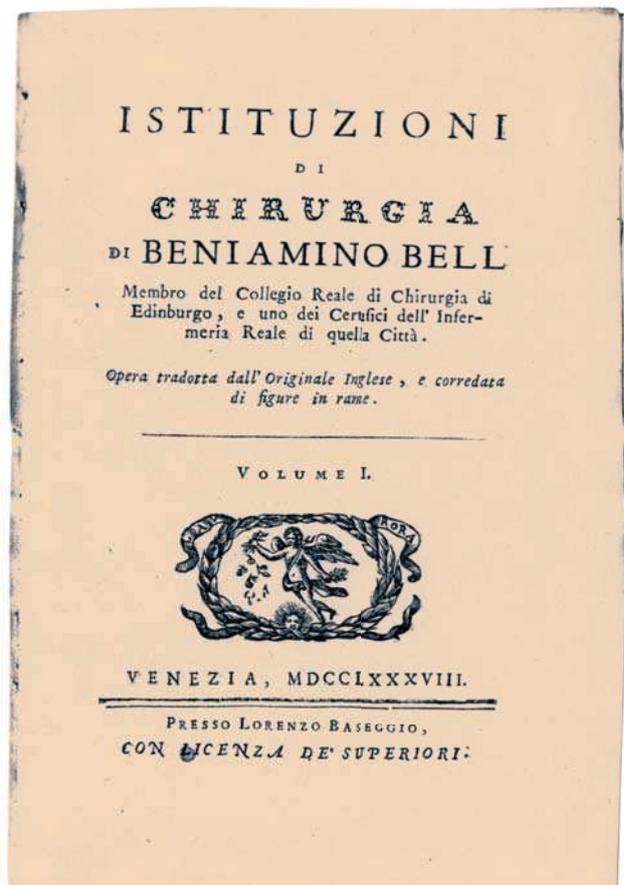
Nella seconda metà del secolo fece scuola Pierre Desault (1738-1795), capo chirurgo dell'ospedale Ho-

tel Dieu di Parigi, che si occupò di tecniche di intervento molto avanzate, come le suture intestinali e la legatura degli aneurismi. Altri nomi da ricordare sono François Fodéré (1764-1835), chirurgo militare nelle armate di Napoleone; Jacopo Daran, guascone (1701-1784), spirito inquieto, che si specializzò nel trattamento delle affezioni delle vie renali, e Pierre David (1737-1784), per il suo contributo al trattamento della carie vertebrale. In Inghilterra furono allora famosi lo scozzese John Hunter (1720-1793), definito il padre della chirurgia sperimentale, che raggiunse i massimi gradi della chirurgia militare; Percival Pott (1713-1788), che fu membro della Società Reale di Londra e che legò il suo nome alla carie tubercolare delle vertebre; fu autore di numerose pubblicazioni, tra cui una *Memoria sui tumori delle ossa* e un *Trattato delle ernie*. Da citare anche Benjamin Bell (1749-1806), che si applicò particolarmente allo studio delle fratture e lussazioni, della loro cura, nonché della cura dei tumori, e Samuel Sharp (1700-1778), autore

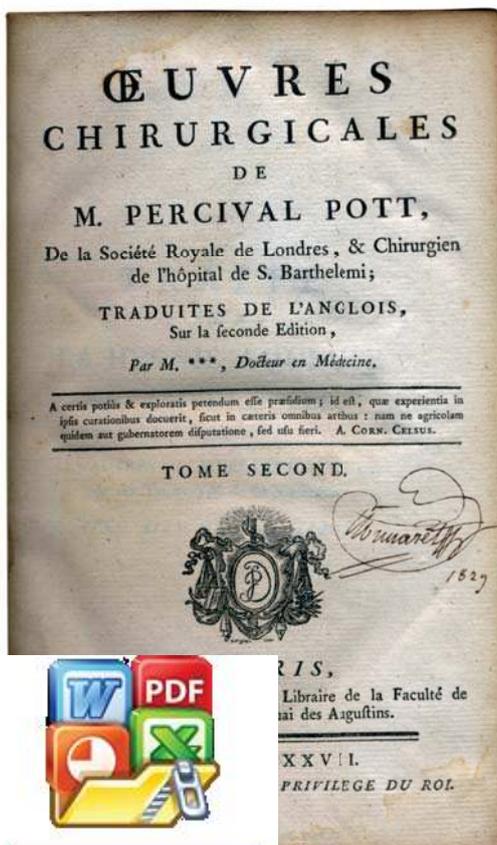




P. Pott, *Opere di chirurgia*, Bassano, 1794



B. Bell, *Istituzioni di chirurgia*, Venezia, 1788



Œuvres Chirurgicales, Paris, 1777

di un *Trattato di operazioni chirurgiche* che ebbe un grande successo e più volte ristampato.

In Germania la chirurgia ebbe un più lento progresso; meritano di essere ricordati di quel tempo Lorenz Heister (1683-1758), professore di anatomia e chirurgia presso le università di Altdorf e poi di Helmstadt, autore di uno dei trattati più completi di quel periodo, le *Institutiones chirurgicae*, che fu poi anche tradotto in molte lingue. Allievo di Boerhaave, apprese dal maestro la severità del vero metodo scientifico della ricerca e dell'importanza di una solida base culturale. Altro importante personaggio di allora fu August Gottlieb Richter (1742-1812), autore di varie opere famose, come gli *Elementi di chi-*

rurgia e le *Osservazioni chirurgiche e mediche*.

In Italia questa branca della medicina fu tenuta in onore e illustrata da numerosi studiosi, che brevemente ricorderemo. Si distinse in particolar modo l'anatomico Antonio Scarpa (1752-1832), che si occupò delle operazioni chirurgiche più complesse, che allora erano trascurate dagli universitari, e basò la sua tecnica sulla precisa conoscenza della struttura del corpo, introducendo le esercitazioni sul vivente, e non più solo sui cadaveri. Fu studioso anche della patologia oculare e delle ernie, argomento questo da lui magistralmente esposto in una *Memoria*, corredata da splendide tavole. Meritano attenzione inoltre Bernardino Moscati (1704-1798), che operò presso l'Ospedale Maggiore di Milano, che acquisì una notevole esperienza nel trattamento della calcolosi vescicale; Alessandro Brambilla (1728-1800), chirurgo al servizio dell'esercito austriaco ed autore

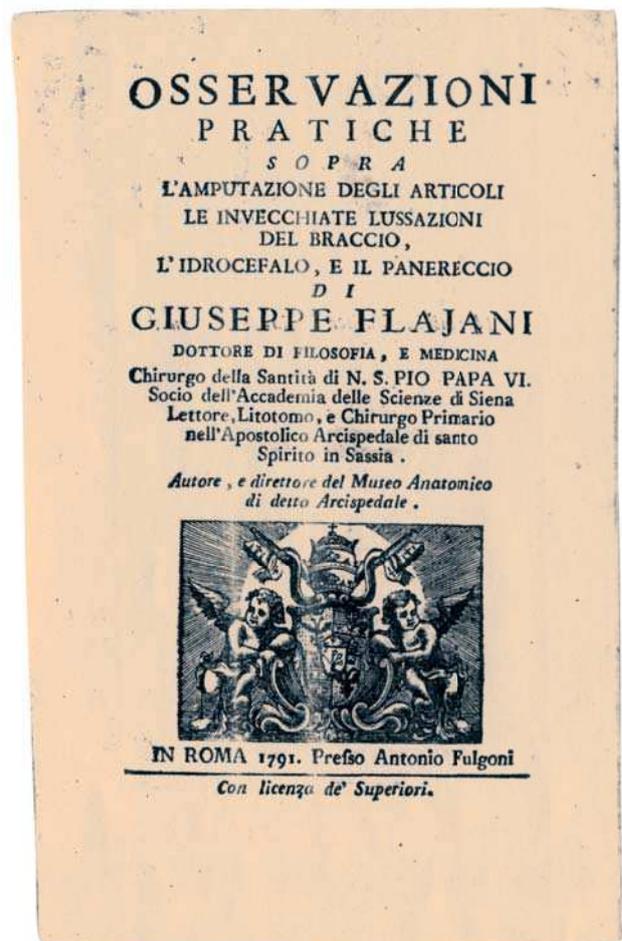


Optimized using
trial version
www.balesio.com

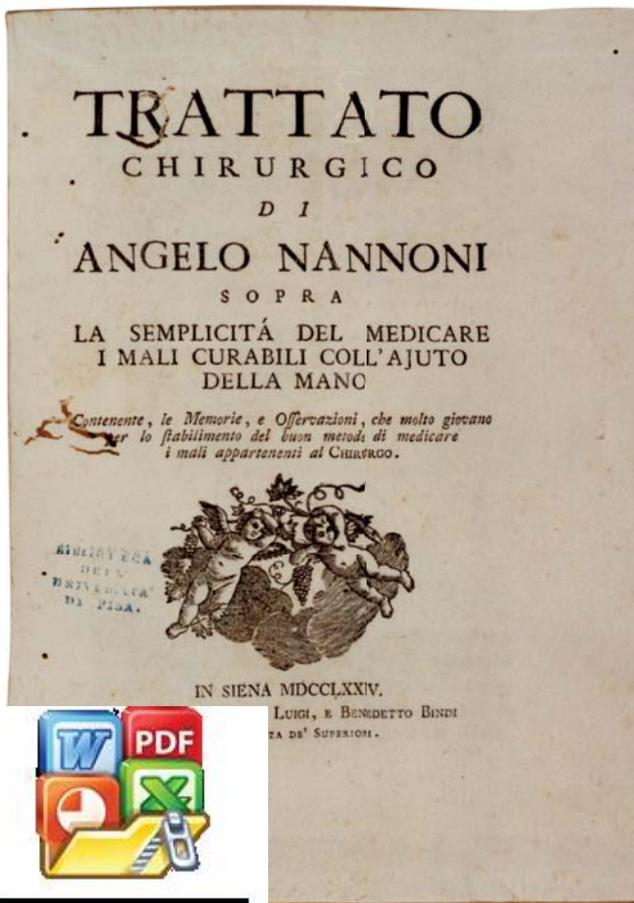
dell'opera, *Instrumentarium chirurgicum*, in cui illustrò con molta precisione tutti gli strumenti allora in uso; il fiorentino Angelo Nannoni (1715-1790), primario e professore dell'Ospedale S. Maria Nuova di Firenze, ardito operatore ed innovatore di nuovi interventi, autore di numerosi scritti di oculistica, sulle malattie delle mammelle, sul modo più semplice di medicare; Giuseppe Flajani (1739-1808), chirurgo primario nell'Ospedale S. Spirito, professore di medicina operatoria e litotomista, che riportò all'antico splendore l'insegnamento romano che minacciava la decadenza, che è ricordato anche per aver fatto le prime osservazioni concernenti il gozzo esoftalmico. Tra i migliori chirurghi settecenteschi, un posto a parte lo occupa Andrea Vaccà Berlinghieri (1773-1826), figlio del noto medico Francesco. Perfezionatosi in Francia e in Inghilterra, dopo alcune difficoltà ottenne una cattedra a Pisa, dando vita ad una scuola molto seguita.

Fu autore di numerose opere e memorie di chirurgia, nelle quali trattò degli aneurismi delle arterie periferiche, delle allacciature dei vasi, della esofagotomia, oltre agli interventi concernenti l'urologia ed il trattamento delle malattie veneree.

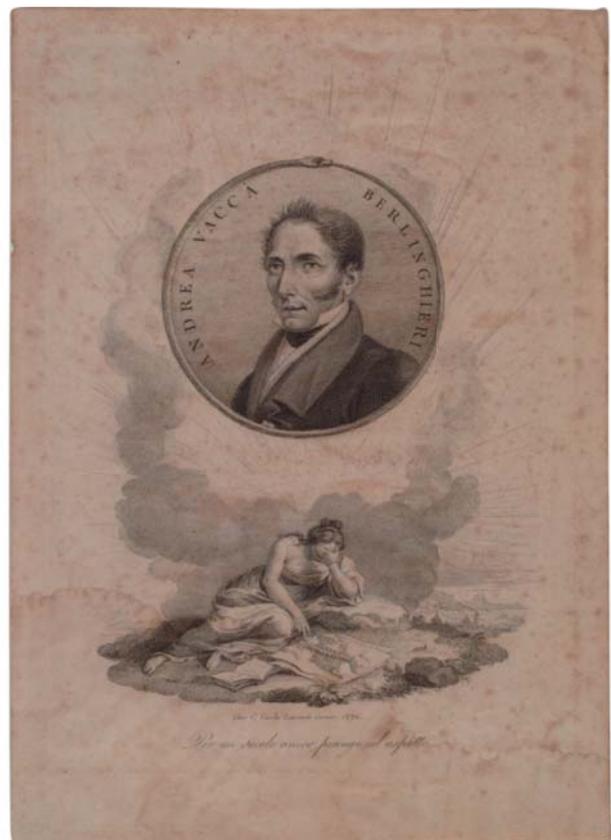
Prendiamo ora brevemente in esame i progressi che in questo secolo XVIII si realizzarono in ostetricia. I medici che cominciarono a dedicarsi a questa nuova specialità, che però era già emersa nel



G. Flajani, *Osservazioni pratiche*, In Roma, 1791



Trattato chirurgico, In Siena, 1774



Optimized using
trial version
www.balesio.com

secolo precedente, si interessarono non solo dei parti difficili, ma anche a quelli normali, assistendo le donne anche durante la gravidanza. In questo periodo si diffuse sempre di più l'uso del forcipe, inventato da poco e custodito come segreto di famiglia dai Chamberlain, e poi, modificato e perfezionato, entrò a far parte comunemente dello strumentario ostetrico, mentre il taglio cesareo rimase ancora una modalità di intervento piuttosto pericolosa e da usare solo nei casi estremi.

La Franca fu il luogo in cui più di altrove si sviluppò con successo in questo campo. Tra i cultori che più onorarono quest'arte, ricordiamo, prima di tutti, André Levret (1703-1780), che per la sua perizia divenne anche addetto al servizio della regina; fu autore di vari scritti, tra cui un *Trattato dei parti*, edito nel 1753, nel quale espose la tecnica de forcipe, al quale apportò varie migliorie. Altro illustre maestro di allora fu Jean-Louis Baudeloque (1745-1810), fu a Parigi chirurgo e

professore di ostetricia, e si dedicò in particolare allo studio del parto normale. Studiò il distacco della placenta, ideò il pelvimetro per misurare il diametro esterno del bacino e si dedicò anche ad istruire le levatrici, pubblicando appositi testi di riferimento, come *L'arte dei parti*, edita nel 1776.

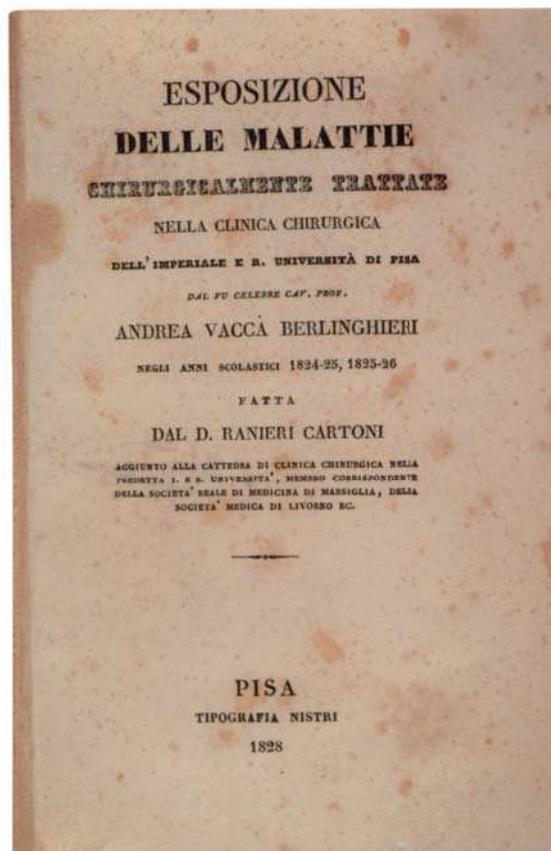
In Inghilterra l'ostetrica ebbe ugualmente molto sviluppo, per merito specialmente dello scozzese William Smellie (1697-1763); stabilitosi a Londra, qui aprì una scuola di insegnamento di questa arte, attirandovi un gran numero di discepoli, fu ideatore inoltre di

molti innovativi strumenti, fra cui nuovi tipi di forcipe. Insieme a lui ricordiamo anche William Dease (1752-1798), il quale si distinse per aver consigliato la massima attenzione nell'usare lo strumentario nel parto; Thomas Denman (1733-1815), al quale si deve l'induzione del parto prematuro tramite la rottura delle membrane, e Charles White (1728-1813), che comprese l'importanza dell'igiene nelle sale parto e nelle camere di degenza, dimostrandosi così un precursore dell'antisepsi; egli raccomandava inoltre alle puerpere di scendere dal letto precocemente dopo

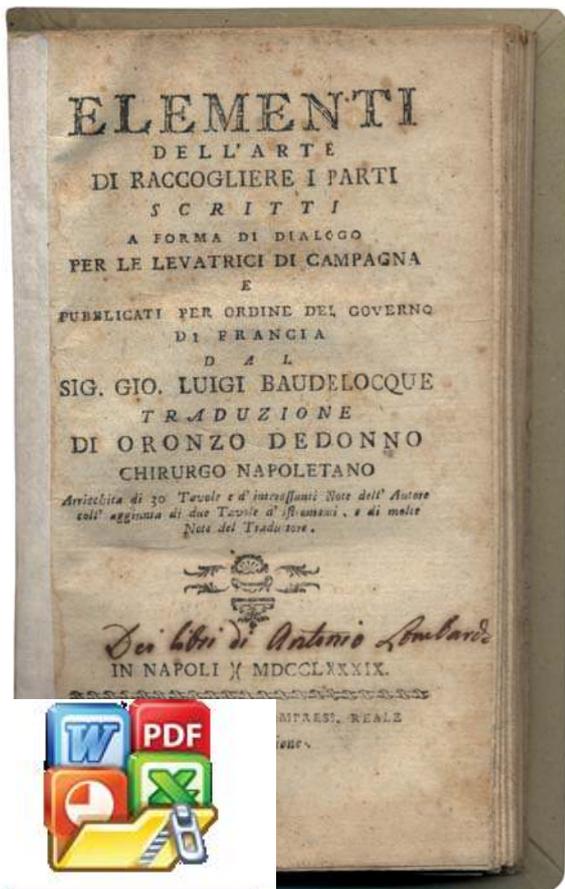
il parto, al fine di prevenire delle flebiti.

In Germania, il maggiore esponente da ricordare fu Georg Roederer (1726-1763), il quale non fu soltanto un pratico eccellente, ma pure uno attento studioso di questa materia, si occupò infatti di fisiologia del feto e degli organi interessati nel parto e fu autore di un'opera, *Elementa artis obstetricae*, che ebbe molta fortuna.

Anche in Italia l'ostetrica di allora fu praticata da famosi personaggi, tra i quali vanno ricordati Paolo Assalini (1759-1846), che ebbe una vita molto avventurosa: fu anche un grande chirurgo, ideò numerosi strumenti operatori e stampò vari scritti, fra cui citiamo un *Manuale di Chirurgia* e i *Nuovi strumenti di ostetricia e loro uso*; Francesco Asdrubali (1756-1832), autore di pregevoli testi fra cui un *Trattato generale dell'ostetricia*, edito in cinque volumi nel 1812, e Giuseppe Vespa (1727-1804), professore a Firenze, che pubblicò nel 1761 l'opera *Dell'arte ostetrica*.



A. Vaccà, *Esposizione delle malattie*, Pisa, 1828



dei parti, In Napoli, 1789



Optimized using
trial version
www.balesio.com

Piano sanitario regionale ed igienisti dentali

Pubblichiamo di seguito due importanti lettere del dottor Giuseppe Renzo, Presidente della CAO Nazionale e del dottor Antonio Panti, Presidente FTOM, che fanno riferimento ad una questione che si è presentata all'inizio dell'estate, ma che non è stato possibile portare alla attenzione dei lettori di Pisa Odontoiatrica vista la pausa delle ferie e i tempi di stampa della rivista.

Ci riferiamo al piano sanitario della Regione Toscana, che affida agli igienisti dentali la gestione di un progetto di prevenzione dentale nella età evolutiva all'interno delle strutture scolastiche, liberi dal controllo degli odontoiatri; intento assolutamente legittimo, se non fosse che vengono attribuiti agli igienisti dentali compiti di secondo livello e quindi di diagnosi precoce non previsti dalla normativa e di spettanza del medico. E ciò dopo che è cessato - per volere della Regione - il pluriennale e validissimo progetto legato alle sigillature dei sestri ed alle visite preventive effettuate da odontoiatri nei loro studi.

Non è la prima volta che ci troviamo di fronte ad attacchi diretti ad acquisire nuove competenze professionali non previste dalla legge, atti a creare spazi già ricoperti professionalmente dagli odontoiatri. Il problema è che circa il 50% dei medici con il titolo di odontoiatra non ha l'autonomia necessaria per svolgere le attività e for-

se lo resterà ancora per molto tempo.

Abbiamo il privilegio di avere a Pisa un Corso di Laurea in Igiene Dentale che inserisce nel mondo del lavoro igienisti preparati e apprezzati per competenza e manualità. Detta figura professionale fu voluta molti anni or sono dalla parte più accorta della odontoiatria esclusivamente per avere un indispensabile collaboratore. L'ambito di intervento della igienista è regolato dalle norme enunciate nella lettera autorevole che il dottor Giuseppe Renzo, Presidente Nazionale della Commissione dell'Albo degli Odontoiatri, ha inviato all'Assessore alla Salute della nostra regione dott. Luigi Marroni in seguito anche alle osservazioni del Presidente della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici dottor Antonio Panti in relazione al ventilato piano sanitario della Regione Toscana 2012/2015.

Non sarebbe necessario puntualizzare alcuni concetti a difesa della salute generale, che ormai dovrebbero far parte delle comuni acquisizioni e difese come valori a garanzia dell'intera comunità e al di fuori di qualsiasi intervento di spending

review.

La diagnosi è un atto del medico al quale un percorso di studi idoneo ha fornito nozioni peculiari a 360 gradi che gli hanno conferito la capacità di cogliere quei sintomi e quei segni, che gli permettono una diagnosi prima di una terapia o di applicare una tecnica di intervento idonea e con la necessaria manualità. Il coinvolgimento degli igienisti dentali in progetti di prevenzione è corretto? Certo, ma le loro attività devono essere subordinate alla priorità dell'atto medico, unico garante di una corretta anamnesi, diagnosi e terapia, e a difesa della salute dei cittadini. E questo vale anche per una banale anestesia sulla mucosa orale per la quale è indispensabile una corretta interpretazione anamnestica e la capacità di diagnosticare le, per fortuna rare, reazioni avverse.

Vorrei inoltre sottolineare come un'aula scolastica non sia idonea alla visita della cavità orale e per questo sconsiglio i Dirigenti Scolastici a favorire qualsiasi Progetto, che preveda all'interno dell'istituto la visita della bocca e dei denti, perché è un atto che deve avvenire in strutture che rispondano ai requisiti richiesti delle normative. Ritengo pertanto molto più utili e corretti interventi formativi di prevenzione orale rivolti agli insegnanti, che sono a stretto contatto quotidiano con i bambini ai quali possono trasmettere il messaggio con adeguati ausili e materiali coinvolgendo i dentisti insieme agli igienisti dentali.





FNOMCeO

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

Resp. Proc.: Dott. M. Poladas
Resp. Istr.: Dott.ssa S. Buonpane

Preg.mo Dott. Luigi MARRONI
**Assessore alla Sanità della Regione
Toscana**
luigi.marroni@regione.toscana.it

P.C.
Dott. Antonio PANTI
Presidente FTOM
E-Mail: presidenza@ordine-medici-firenze.it

Dott. Stefano MIRENGHI
Presidente CRO
E-mail: stefanomirenghi@gmail.com

Presidenti CAO TOSCANA
E-Mail Ordini Provinciali

OGGETTO : Progetto di prevenzione odontoiatrica – Igienista dentale

Preg.mo Assessore

per i compiti connessi al ruolo di organo ausiliario del Ministero, l'ipotizzata introduzione nel piano sanitario della Regione Toscana 2012-2015 di un progetto di prevenzione odontoiatrica per l'età evolutiva che attribuisce alla figura professionale dell'igienista dentale competenze nell'ambito della prevenzione secondaria, desta certamente preoccupazione e a nostro avviso contrasta con quanto riportato nello stesso PSR ove a pagina 15 facendo riferimento agli obiettivi riguardo alla sicurezza si afferma la volontà di "garantire che, all'interno dei contesti strutturali, ogni intervento ed ogni processo venga effettuato con i massimi livelli di professionalità, nella maggior sicurezza possibile, nel rispetto dei criteri di qualità, di appropriatezza e di accreditamento".

I rappresentanti istituzionali dell'odontoiatria che, pur aderendo a qualsiasi iniziativa volta a promuovere la cultura della prevenzione, non possono che evidenziare l'assoluta incongruenza di attribuzioni di competenze che non rientrano in un corretto quadro normativo.

Non si tratta di una sterile difesa corporativa di competenze e di attribuzioni ma di una perplessità che nasce dalla probabile mancata comprensione che il campo della prevenzione secondaria si riferisce in modo diretto alla diagnosi precoce che, pertanto, non può che essere attribuita agli esercenti la professione di odontoiatra.

Si tratta di un'ovvia tutela della salute dei cittadini che rischia seriamente di essere posta in pericolo di fronte a interventi non garantiti svolti da professionisti non abilitati all'esercizio della odontoiatria stessa.



Associazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma
Telefono 0636203215 - 0636203233 - 0636203255 - Fax 0636203292 E-mail: ufficiodontoiatri@fnomceo.it

Optimized using
trial version
www.balesio.com



FNOMCeO

foglio segue n..... 1

Non facciamo riferimento ad interpretazioni soggettive ma ad un preciso quadro normativo che non può consentire deroghe o scorciatoie. Basti ricordare che, come per tutte le altre figure professionali dell'area infermieristica, tecnica e della riabilitazione, anche per l'igienista dentale è prevista come elemento preliminare e necessario alle attività di competenza di cui all'art 1 c. 2 del DM 15/03/1999 n. 137 l'indicazione degli odontoiatri e dei medici legittimati all'esercizio dell'odontoiatria. Occorre poi ricordare che nell'ambito delle competenze attribuite all'igienista dentale, di cui al sopracitato D.M., è prevista soltanto la partecipazione a progetti di prevenzione primaria senza nessun riferimento alla prevenzione secondaria.

L'ulteriore decreto ministeriale 29/03/2011 n. 118 all'art 4 prevede poi espressamente l'inserimento dell'igienista dentale nell'area tecnico assistenziale mentre all'art 3 ne limita le competenze facendo riferimento al già citato DM 15/03/1999 n. 137.

In più occasioni l'istituzione che ho l'onore di presiedere, è dovuta intervenire per puntualizzare che la professione di igienista dentale non è una nuova e/o diversa via di formazione per una figura alternativa di "odontoiatria di secondo livello" e che, invece, questa importante figura professionale è stata istituita per operare a supporto (e secondo competenze ben definite) al fianco del Medico Odontoiatra, sotto indicazione e suo diretto controllo.

Non è forse inutile ricordare, pertanto, che la responsabilità della visita, diagnosi, prognosi e terapia rimane in capo al Medico.

Vale la pena, altresì, ricordare che il Laureato in Igiene Dentale, nell'attuazione dei compiti delegati nell'ambito delle prestazioni di igiene orale, non può utilizzare e applicare sostanze anestetiche nelle diverse tipologie poste a disposizione per l'uso del Medico.

Vale la pena evidenziare, altresì, che ripetutamente la Corte Costituzionale (per ultima sentenza n. 300/2010) ha stabilito: "... che la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato...omissis... Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalle legge regionale".

A dimostrazione che anche il legislatore ha molto chiari gli ambiti di competenza delle diverse figure professionali occorre ricordare che il recente decreto ministeriale 16/12/2010 relativo alla "erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali" agli art.3 e 4 concernenti le prestazioni degli infermieri e dei fisioterapisti testualmente subordina le prestazioni stesse alla preventiva prescrizione del medico.

Siamo quindi di fronte ad un quadro di norme pienamente coerente che non consente interpretazioni estensive considerando che si verte nell'ambito di un settore particolarmente delicato come quella della tutela della salute dei cittadini.

Con l'auspicio di aver fornito un contributo di chiarezza per poter meglio inquadrare le problematiche che sono attualmente alla Sua attenzione, porgiamo i più cordiali saluti.

Giuseppe Renzo



zione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma
Telefono 0636203215 - 0636203233 - 0636203255 - Fax 0636203292 E-mail: ufficiodontoiatri@fnomceo.it

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Firenze, li 12 Giugno 2012

A: Presidente IV Commissione
Dr. Marco Remaschi

Oggetto: PSR 2012/2015

Egregio Presidente,

la Nostra Federazione è da sempre impegnata in un confronto costruttivo con l'istituzione regionale su tutte le tematiche sanitarie per la tutela della salute del cittadino paziente e per il corretto esercizio della professione medica e odontoiatrica.

In questa ottica, la Federazione Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ritiene doveroso segnalare alcuni passaggi ricavati da una lettura approfondita della bozza del PSR 2012/2015.

In particolare ci riferiamo al passaggio che fa riferimento all'ipotesi di nuova configurazione del programma di prevenzione odontoiatrica nei pazienti in età evolutiva.

Proprio per l'importanza della prevenzione, nell'ottica condivisa di ridurre sia la patologia che i costi futuri del sistema sanità, la diagnosi precoce diventa pilastro fondamentale.

La diagnosi, deve essere eseguita solo da personale abilitato e solamente in luogo idoneo dal punto di vista igienico e fornito delle adeguate attrezzature strumentali, in modo da garantirne una esecuzione corretta e sicura.

E' condivisibile la decisione di affidare alle igieniste dentali il compito previsto per tale figura: l'insegnamento delle corrette tecniche di igiene dentale ed alimentare.

Non è invece condivisibile affidare loro la prevenzione secondaria, che altro non è che diagnosi precoce di una patologia ormai in atto, né permettere che tali operazioni vengano eseguite in ambienti non autorizzati dal punto di vista igienico-sanitario.

Tale intervento non rientra tra le mansioni previste per il profilo professionale dell'igienista dentale regolamentato dal DM N°137 del 15 Marzo 1999.

Il DM prevede inoltre che l'igienista dentale possa espletare la sua "attività clinica" solo su indicazione dell'odontoiatra .

Il secondo passaggio che questa Federazione ritiene doveroso segnalare si riferisce ai DGR 861 e DCR 163 All.A.

Si ritiene che le tariffe previste per alcune delle prestazioni, ad esempio le terapie implantari, nell'ipotesi che vengano confermate, comportino il rischio per gli odontoiatri che vi aderiranno di non garantire le condizioni minime di sterilità e in conseguenza di sicurezza per i pazienti

Confidando in un positivo riscontro
Le inviamo cordiali saluti

Presidente FTOM
Dr. Antonio Panti



Optimized using
trial version
www.balesio.com

La riforma ENPAM: i commenti della categoria

Continua anche su questo numero di Pisa Odontoiatrica il dibattito chiarificatore a proposito della riforma ENPAM, nata negli ultimi mesi in mezzo a molte polemiche. Anche la nostra rivista, come era logico prevedere, facendo da specchio a quanto le accadeva intorno, ha registrato e registra differenze di opinioni. Questo era appunto il nostro desiderio: presentare ai colleghi un panorama il più completo possibile del dibattito in corso e delle sue ultime conclusioni, perché solo dalle differenti visioni, espresse con libertà, può nascere il nuovo capace di portare ad un miglioramento, pur restando all'interno dei condizionamenti della attuale congiuntura economica e sociale. Dette impostazioni miravano a modelli ENPAM diversi fra loro, espressioni della diversità culturale e professionale degli iscritti. Trattandosi di soldi nostri (molti) da dare (ora) e da ricevere (poi), si spiegano i toni accesi oltre

il limite. Alla fine ne è uscito fuori un modello vincente, forse non perfetto, ma mi auguro perfetto

in futuro. Esso è certamente espressione di una maggioranza, della aggregazione professionale prevalente, che ha cercato di venire incontro alle diverse istanze degli iscritti pur restando all'interno del rigidissimo percorso imposto dalle autorità governative. Fra l'altro in data 30.09.2012 è scaduto il termine fissato dal Ministro Elsa Foriero per le casse private, che avrebbero dovuto dimostrare la sostenibilità del

loro bilancio per i prossimi cinquanta anni. Esame superato per tutte, anche per l'ENPAM. Nel rispetto della pluralità di opinioni abbiamo in questo numero il piacere di ospitare il pensiero a proposito della riforma ENPAM del dr. Pasquale Pracella, collega nato e residente a Foggia, laureato all'Università degli Studi di Verona, molto attivo nella libera professione, presidente della CAO di Foggia, membro della Consulta Nazionale del Fondo della Libera Professione Medica ed Odontoiatrica dell'ENPAM (quota B del Fondo Generale), e da questa designato a Consigliere del Consiglio di Amministrazione ENPAM. Il detto impegno, che procede da molti anni, e le cariche che il Collega ricopre, ne fanno un giusto interlocutore nel nostro dibattito, volto a chiarire le idee ed il panorama di opinioni sul tema ENPAM. Argomento sempre vivo per cui Pisa Odontoiatrica resta in attesa di ulteriori contributi da parte di colleghi competenti in materia.



Riforma ENPAM: le novità per la libera professione

La riforma annunciata, con entusiasmo, dall'ENPAM, che comporterà importanti modifiche del regime previdenziale dei Liberi Professionisti, basterà a raggiungere l'obiettivo dell'equilibrio prescritto?

In primis ci tengo a sottolineare che a tutti i livelli decisionali le misure adottate con grande senso di responsabilità, in riferimento alla riforma della previdenza, sono state vissute con amarezza e un senso di fastidio per l'obbligo di equilibrio imposto dal decreto "Salva Italia" del dicembre 2011. Di certo non abbiamo usato toni trionfalistici, ma abbiamo soltanto espresso la consapevolezza di aver portato a termine un lavoro difficile e necessario a preservare l'autonomia dell'ENPAM, che - voglio ricordarlo - a parità di contributi riesce a pagare pensioni più alte rispetto all'INPS. Le prescrizioni sull'equilibrio a 50 anni delle nostre gestioni (mentre quelle dell'INPS non garantiscono una sostenibilità neanche a 50 giorni!) hanno il sapore di un pretestuoso stress-test e non di una corretta scansione della sostenibilità della politica previdenziale del nostro Ente. Ritengo che quanto fatto sia sufficiente e che in futuro, grazie ai monitoraggi triennali previsti dalla legge (e che si basano su rigorosi bilanci tecnici attuariali), avremo la possibilità di rivisitare la riforma per renderla meno gravosa per i Colleghi contribuenti.

Perché si è adottato il metodo contributivo per la Quota A del Fondo generale e per il Fondo degli Specialisti?



Optimized using
trial version
www.balesio.com

rità, l'indennità di premorienza, di invalidità e altri ancora. Senza un consistente incremento dell'aliquota contributiva, difficilmente applicabile, questo squilibrio non sarebbe stato arginato.

Il Fondo degli Specialisti Convenzionati esterni, invece, ha visto negli anni ridursi, pesantemente, le entrate contributive a causa del passaggio del rapporto convenzionale alle società di capitale, con le quali è in corso un contenzioso per il recupero delle somme previste (2% del fatturato). Peraltro nell'ultimo anno gli ispettori dell'Enpam hanno fatto un'intensa attività di recupero e il Fondo degli Specialisti esterni potrebbe presto tornare in pareggio grazie ai proventi della lotta all'evasione condotta nei confronti delle società.

Per gli altri Fondi, le modifiche sull'ammontare dei contributi e sui coefficienti di rendimento hanno permesso di mantenere l'attuale sistema misto contributivo-reddituale o, come meglio definito dal Presidente Alberto Oliveti, contributivo indiretto a valorizzazione immediata. Questo metodo di calcolo, sostenuto da rigorosi calcoli attuariali, tiene conto dei contributi versati in tutta la vita lavorativa e assegna ad essi un valore già al momento del versamento. In questo modo l'importo della pensione è prevedibile e non incerto come accade con il contributivo INPS (dove bisogna aspettare il momento del pensionamento per conoscere il coefficiente di trasformazione!).

Perché non si vuole introdurre il contributo integrativo sulle parcelle dei Medici e degli Odontoiatri Liberi Professionisti?

Il contributo integrativo, negli Enti che ce l'hanno, viene usato di solito per pagare le spese generali di amministrazione e non viene accreditato nella posizione contributiva dell'iscritto. Se per legge verrà garantito l'accredito del contributo integrativo sul conto previdenziale del

professionista che ha emesso la fattura, allora io sono favorevole. Altrimenti il rischio è che vada a costituire una riserva patrimoniale utilizzabile per ogni necessità di tutti i Fondi e dell'Ente in generale. Non dimentichiamoci che l'ENPAM è un ente previdenziale in cui versano contributi Medici e Odontoiatri accreditati con il SSN nonché Medici e Odontoiatri Liberi Professionisti con forme di contribuzione e struttura dei Fondi profondamente diverse.

L'aumento a 68 anni dell'età pensionabile non è eccessivo?

L'elevazione dell'età minima per il pensionamento ordinario è la conseguenza negativa dell'allungamento dell'aspettativa di vita. Noi liberi professionisti però abbiamo ottenuto l'introduzione della pensione anticipata. In pratica, come accade negli altri fondi, anche noi potremo andare in pensione già a 59 anni (che saliranno gradualmente fino a 62 anni, nel 2018). Occorrerà aspettare l'approvazione ministeriale perché queste riforme entrino in vigore.

La dipingete come una riforma perfetta: non starette esagerando?

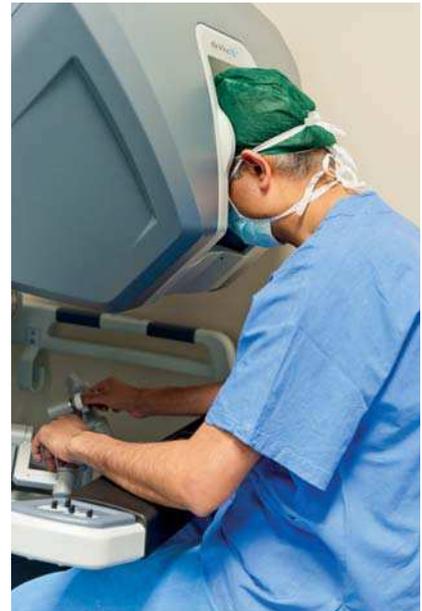
Non è una riforma perfetta. Ma era l'unica possibile. Certo, chi magari avrebbe preferito passare al sistema INPS è rimasto deluso. Ma sarebbe meglio finire come i liberi professionisti senza cassa (che pagano già oggi il 26,72%) o come i dipendenti (che versano il 33%) e ritrovarsi una pensione legata alle incertezze del PIL (che può essere anche negativo) e dei coefficienti di trasformazione, che l'ISTAT può cambiare in ogni momento? Noi abbiamo fatto una riforma che dà diverse certezze (ancoraggio all'inflazione, che è sempre in crescita), valore certo dei contributi già al momento del loro incasso, aumento graduale della contribuzione. Il risultato è un sistema previdenziale autonomo e sostenibile a 50 anni.

Chirurgia robotica: applicazioni in chirurgia generale

L'evoluzione della chirurgia generale negli ultimi anni è stata straordinaria: dall'intervento di chirurgia open si è passati all'utilizzo di tecniche mini-invasive, inizialmente mediante l'uso della laparoscopia e più recentemente con l'introduzione dell'uso di sistemi robotici applicati alla chirurgia. La chirurgia mini-invasiva nasce con lo scopo di garantire gli stessi risultati della chirurgia tradizionale, ma, riducendo al minimo il trauma chirurgico, cerca di minimizzare i disagi per il paziente offrendo risultati migliori anche in termini di decorso postoperatorio. La progressione nel campo della tecnologia applicata alla chirurgia mini-invasiva ha portato alla nascita della chirurgia robotica. La chirurgia robotica consente di superare gran parte dei limiti della chirurgia laparoscopica, come la visione bidimensionale, la rigidità degli strumenti e di conseguenza il limitato numero di gradi di libertà di

movimento degli strumenti. Partendo dalle prime esperienze degli anni '80 siamo arrivati ad ottenere grandi risultati dalla fusione della robotica al campo medico; in particolar modo nel 1997 l'Intuitive Surgical Inc presentò il da Vinci surgical system (dVss). Il sistema di ultima generazione è la quarta evoluzione del sistema originale (dVss HDSi).

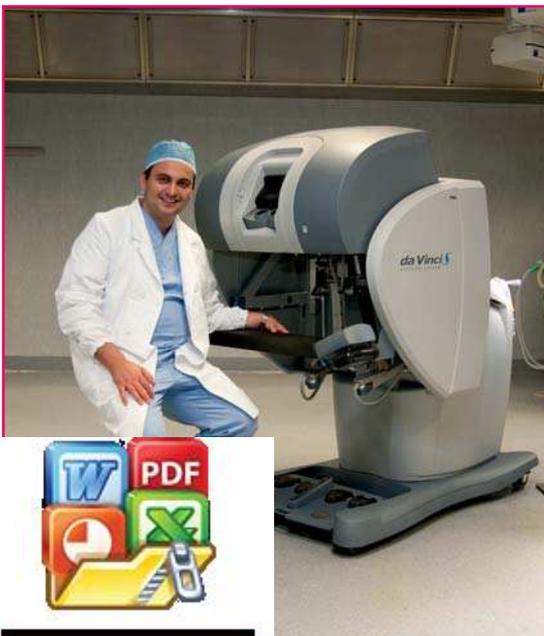
Rispetto alla laparoscopia tradizionale, il sistema chirurgico da Vinci offre numerosi vantaggi: una visione 3D in alta definizione reale, magnificata fino a 15 volte, che ripristina completamente la "coordinazione occhio-mano"; stabilità dell'immagine, essendo l'ottica manovrata da un braccio meccanico azionato dal chirurgo; movimenti omogenei e privi di tremore, grazie al filtraggio dei movimenti del chirurgo 1300 volte al secondo; uso di strumenti con 7 gradi di libertà. Si tratta di strumenti che, in prossimità dell'estre-



mità distale, hanno un'articolazione simile a quella del polso umano. I movimenti della mano del chirurgo vengono quindi riprodotti fedelmente dall'estremità dello strumento, eliminando del tutto l'effetto fulcro

della laparoscopia tradizionale; utilizzo di tre strumenti operativi, potendo decidere di bloccarne uno in una posizione, mentre si opera con gli altri due.

Il sistema di controllo chirurgico da Vinci è formato da una console controllata dal chirurgo tramite la quale è possibile governare a distanza quattro braccia robotiche. (Fig.1).



sinistra. Le braccia robotiche, sulla destra

La console offre al





Fig. 2 Ottica del dVSS, sulla sinistra. Visore binoculare e impugnature, sulla destra



Fig. 3 Strumenti chirurgici da 8 mm., sulla sinistra.

Possibili movimenti, con sette gradi di libertà, della giuntura dello strumento, sulla destra



chirurgo una posizione regolabile a suo piacimento così da offrire grande comodità. La presenza di due visori garantisce un'ottima coordinazione tra occhi e mani del chirurgo, una visione del campo operatorio in tre dimensioni ed ingrandita da 10x a 15x. (Fig.2)

Il chirurgo, tramite due impugnature, controlla le quattro braccia robotiche collegate a strumenti chirurgici (Fig.3)

Nell'ambito della chirurgia generale la tipologia di interventi che possono essere eseguiti con tecnica robotica è molto variegata. In linea teorica tutti gli interventi che fino



con tecnica copica possono essere valutati per il robotico. I molteplici e di patologia del paziente. molto volu-

minose o addomi già operati con chirurgia tradizionale possono rappresentare elementi che consigliano l'approccio a cielo aperto. Oggi invece l'obesità non è più una controindicazione alla chirurgia mini-invasiva, ma anzi una condizione in cui si

ha il massimo vantaggio in termini di decorso post-operatorio.

Il Robot Da Vinci in dotazione all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e a disposizione della U.O: Chirurgia Generale I Universitaria, nell'ambito del Centro Multidisciplinare di Chirurgia Robotica, è sta-

to da noi utilizzato con successo per eseguire interventi complessi, prevalentemente oncologici, su fegato, pancreas, stomaco e giunzione esofago-gastrica, retto, surrene, rene e retroperitoneo. Ci siamo dedicati soprattutto all'esecuzione robotica di interventi di resezioni del retto basso o ultrabasso, con un elevato numero di interventi con salvataggio dello sfintere, dei tumori del fegato con resezioni epatiche anche maggiori e tumori del surrene. Questi sono le applicazioni, in chirurgia generale, in cui più evidenti sono i vantaggi della metodica robotica in termini di risultati e decorso post-operatorio.



Sclerosi Multipla: arrivano le nuove cure

Dall'iniziale disponibilità di farmaci per la sclerosi multipla (SM) alla fine degli anni '80 notevoli sono i recenti progressi di nuove terapie.

Farmaci immunomodulanti

Grazie alle tecniche di bioingegneria sono stati sviluppati i farmaci immunomodulanti per la SM: interferone (IFN) beta-1a e 1b e glatiramer (GA). La risposta favorevole ha consentito di includere nelle indicazioni terapeutiche la SM secondaria progressiva e sindrome clinicamente isolata. Questi farmaci rappresentano il trattamento di fondo per la maggior parte dei pazienti con SM. L'efficacia è sostanzialmente sovrapponibile tra i diversi immunomodulanti (riduzione delle ricadute di malattia di circa il 34% con tutti i trattamenti). La tollerabilità clinica include una 'sindrome simil-influenzale' a seguito delle iniezioni, che tende a ridursi nel tempo in base alle caratteristiche individuali dei pazienti ed alla forma farmaceutica utilizzata.

Farmaci immunosoppressori

L'efficacia degli immunosoppressori nella SM è stata mutuata dal loro impiego in altre patologie (tumoriali, reumatiche). La maggior parte (azatioprina, ciclofosfamide, metotrexate) non è stata sottoposta ad uno sviluppo clinico regolatorio, e non ha quindi l'indicazione terapeutica della SM. Il loro

con SM secondaria progressiva o progressiva recidivante. La durata del trattamento con MTX non deve superare i 2 anni consecutivi e la dose cumulativa massima di 120 mg/m², per contenere il rischio di cardiotoxicità.

Gli anticorpi monoclonali

Circa 6 anni fa è stata autorizzata

l'indicazione terapeutica del primo anticorpo monoclonale, natalizumab, nella SM. Impedisce ai linfociti T di migrare nel SNC. Un primo studio ha mostrato alla RM una riduzione di nuove lesioni captanti gadolinio nel 90% dei pazienti (*endpoint* primario) e la riduzione delle lesioni preesistenti, per volume totale e numero di lesioni at-



tive. I risultati sono stati replicati in due studi di fase III, l’AFFIRM ed il SENTINEL.

La terapia con natalizumab presenta un raro (2 casi su 1000), ma grave rischio di sviluppo di leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML), una patologia demielinizante progressiva che causa disabilità neurologica permanente o decesso. La causa è un’infezione degli oligodendrociti da parte del virus JC, un poliovirus a larga diffusione, dal momento che può essere rinvenuto mediante tecniche di biologia molecolare (PCR) nella gran parte dei soggetti sani (70-80% della popolazione generale è portatore di anticorpi sierici anti-virus JC). Nei pazienti che sono positivi agli anticorpi anti-JCV il rischio di sviluppare la malattia aumenta con il prosieguo della cura.

La terapia orale: fingolimod

Fingolimod è un farmaco di recente disponibilità nel trattamento della SM, con struttura analoga alla sfiningosina, ed agisce sequestrando temporaneamente i linfociti nei linfonodi, impedendone la migrazione nel SNC. Fingolimod ha mostrato di ridurre le recidive e la progressione della disabilità nei pazienti con forme recidivanti di SM al dosaggio giornaliero di 0,5 mg in due trials, il TRANSFORMS e il FREEDOMS. Il rischio di effetti indesiderati richiede un monitoraggio frequente dell’emocromo, degli indici di funzionalità epatica, dello sviluppo potenziale di infezioni opportuniste e di edema maculare. L’attività modulante dei recettori della sfiningosina, localizzati anche a livello cardio-circolatorio, impone inoltre un attento monitoraggio della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca - mediante monitoraggio ECG per 6 ore consecutive, alla



Optimized using
trial version
www.balesio.com

il farmaco. bilità hanno e dell’EMA - \, di limitare a di fingolimod come farmacia, nella SM ad elevata

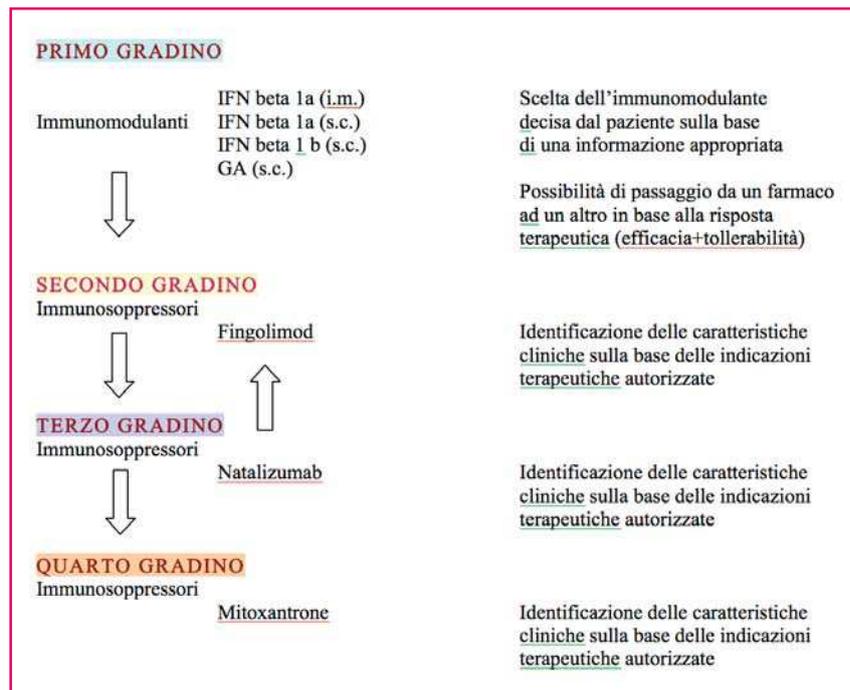


Figura. Algoritmo terapeutico possibile per il trattamento di fondo della SM (sulla base delle caratteristiche individuali e degli aspetti di malattia)

attività nei pazienti adulti.

Terapie sintomatiche

Accanto alla terapia di fondo della SM, è importante il trattamento sintomatico degli effetti neurologici, responsabili della disabilità associata. Un recente farmaco è la *fampridina*, indicato per migliorare la deambulazione in pazienti adulti affetti da SM. E’ un bloccante del canale del potassio - ne riduce la perdita di corrente ionica all’interno degli assoni.

Vantaggi (e limiti) delle terapie

L’adozione articolata e tempestiva di terapie farmacologiche di fondo consente di contenere lo sviluppo dei deficit neurologici e della disabilità. Le diverse caratteristiche di cure dei farmaci per la SM permettono di intervenire con

il trattamento più appropriato per il singolo paziente, il tipo di decorso, e lo stadio di malattia, attuando una strategia personalizzata (Figura). Nessuno dei trattamenti disponibili per la SM ha dimostrato azione ripartiva dei danni neurologici nel SNC.



L'asma: oggi la cura è più facile

L'asma bronchiale è la malattia respiratoria più frequente, specie nelle fasce di età più giovane. In Italia un bambino su 10 ed un giovane adulto su 20 presentano sintomi di diversa gravità. In tali fasce è una delle malattie più frequenti in genere e nei bambini è la più frequente. I motivi: maggiore esposizione ad allergeni (si vive molto di più negli ambienti confinati, con maggiore esposizione ad acari domestici, a derivati epidermici di animali domestici od a muffe di ambienti interni), maggior inquinamento atmosferico di grandi città, fumo attivo e passivo (negli ultimi anni, l'abitudine al fumo non è diminuita), alimentazione più ricca di conservanti ed additivi alimentari, minor esposizione nei primi anni di vita ad antigeni batterici (in relazione al più tempestivo utilizzo della terapia antibiotica). Sono ad elevato rischio: obesi (è più frequente e grave), immigrati (specie quelli da paesi a bassa incidenza), apprendisti (giovani che iniziano il lavoro in lavorazioni che li espongono ad agenti irritanti o sensibilizzanti per le vie aeree inferiori). E' frequente negli anziani, dove talora si manifesta con sintomi non caratteristici confondibili con bronchite cronica od enfisema polmonare.

Non è malattia unica, ma complesso di diverse condizioni cliniche che si addorano all'età e ad una prognosi positiva. L'asma infantile ha remissioni molto prolungate. L'asma in età

adulta, nelle donne spesso dopo la menopausa, le più volte senza allergia dimostrabile, frequentemente associata a rinosinusite, polipi nasali, obesità o fattori psicologici o psichiatrici. Esiste una "eterogeneità", con diversi "fenotipi" in base alla gravità, dei fattori iniziali o scatenanti, della comorbilità e del tipo di infiammazione bronchiale sottostante. Molti richiedono un tipo di terapia differente, perché rispondono meglio a certi farmaci rispetto ad altri. L'approccio più "personalizzato" porta ad usare "il farmaco giusto nel paziente giusto", basandosi su caratteristiche individuali e non su generica diagnosi.

Fino ad oggi, la cura si è basata sulla gravità della malattia: le forme più lievi, le più frequenti (oltre il 50% è definito come forma lieve intermittente o persistente), richiedono basso livello di terapia (uno o al massimo due farmaci, bassi dosaggi, trattamenti talora limitati ai periodi di comparsa dei sintomi) ed hanno scarsa tendenza ad evolvere verso forme più gravi, mentre le forme più gravi (10-15% dell'intera categoria degli asmatici) richiedono uso di più farmaci, molto spesso a dosi elevate, fino al cortisone orale. L'approccio non tiene conto delle diversità nei meccanismi di malattia che invece sono differenti in molti dei "fenotipi" descritti. In tal senso, i farmaci che abbiamo a disposizione non fanno differenza tra diversi fenotipi. Sono usati da tempo, anche se hanno ricevuto sensibili miglioramenti in efficacia ed in modalità di somministrazione. Solo recentemente un farmaco usato nella

bronchite cronica ed enfisema, è stato dimostrato efficace anche nell'asma cronico di difficile controllo. I dati dimostrano che il tiotropio (prima scelta in bronchite cronica ed enfisema) sia efficace nelle forme più difficili che già richiedono alti livelli di trattamento con i farmaci ad oggi disponibili. I dati sono stati pubblicati sul New England Journal of Medicine ed il nostro gruppo ha partecipato attivamente alla raccolta dei dati e alla scrittura dell'articolo.

Ciò parte dal presupposto, "un solo tipo di malato per ogni malattia", il che s'è dimostrato non vero, nell'ambito dell'esistenza di diversi "fenotipi". Anche in campo pneumologico sono stati prodotti farmaci ad alto costo ma altamente selettivi, che mostrano elevata efficacia in specifici sottogruppi di pazienti in cui un particolare meccanismo della malattia è dimostrabile e per il quale è stato possibile produrre farmaci con un "bersaglio" molto selettivo. La produzione di anticorpi monoclonali diretti verso specifici "bersagli" biologici, dimostrabili in alcuni ma non in tutti i soggetti, ha permesso di trattare in modo "selettivo" pazienti in cui il meccanismo individuato ha ruolo determinante nella comparsa ed aggravamento della malattia. L'approccio richiede elevata capacità di valutazione del paziente asmatico, fattibile in molti centri pneumologici (tabella 1).

Con i farmaci disponibili e sfruttando caratteristiche di alcuni composti, sono state sviluppate nuove strategie di trattamento che lasciano al paziente un certo grado di "autonomia" e per-



Farmaci non selettivi "blockbusters"	Farmaci selettivi "biologici"	Nuove procedure o strategie
Prima scelta <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroidi inalatori (CSI) 	Attualmente disponibili <ul style="list-style-type: none"> • Omalizumaab (anti-IgE) 	Strategia SMART
Seconda scelta <ul style="list-style-type: none"> • Beta2-agonisti a lunga durata (LABA) • Tiotropio • Montelukast 	Di prossimo arrivo <ul style="list-style-type: none"> • Mepolizumad (anti-IL5) • Lebrikizumab (anti-IL13) 	Terapia adattata su indicatori di infiammazione bronchiale Termoplastica bronchiale

mettono di ridurre l'impatto sulla qualità di vita. E' la "Strategia SMART" che usa un unico inalatore sia per la cura regolare che per l'uso al bisogno, con semplificazione e flessibilità degli schemi di trattamento. E' ben accetta perchè migliora l'autogestione, mantenendo buon controllo. Altra strategia è aggiustare la cura non solo in base a sintomi e funzionalità respiratoria, ma "aggiustare" tipo e dosaggi dei farmaci sulla base degli indicatori di infiammazione bronchiale (compo-

nente essenziale della malattia) misurabili con test non invasivi e semplici (ricerca degli eosinofili nell'espettorato indotto da aerosol di soluzione salina o la misura dell'Ossido Nitrico nell'aria espirata). Le strategie mostrano efficacia nel ridurre numero e gravità delle riacutizzazioni, capaci di portare il paziente al Pronto Soccorso o in Ospedale e comunque compromettono in maniera rilevante la qualità di vita. Un nuovo trattamento in Italia ed in centri specializzati è la termo-

plastica bronchiale: il "riscaldamento" in corso di broncoscopia della muscolatura liscia bronchiale, cui consegue assottigliamento delle strutture muscolari delle pareti dei grossi bronchi e minore capacità dei bronchi a contrarsi, riducendo il calibro. Sembra che i pazienti con le forme più gravi, che non rispondono bene alla cura anche a dosi elevate, siano i migliori candidati al trattamento, per il quale si sta apprestando una rete di centri attrezzati. (lpaggiaro@dcap.med.unipi.it)



Gentile Collega,

il Centro Medico sta cercando Te



Nella nuova sede abbiamo creato una struttura sanitaria all'avanguardia, con i più alti livelli tecnologici e di comfort. Scoprila su youtube a

www.youtube.com/user/CENTROMEDICOPISA

Se Ti interessa collaborare con noi, sono a Tua disposizione per farTi visitare la struttura

Dr Massimo Caselli - Dir. San.

Via delle Bocchette, 1 Pisa - tel. 050.575.591
Aut. San. DN-19/1001 del 14.10.2011



CENTRO MEDICO

Optimized using trial version
www.balesio.com

Ernia lombare: approccio controlaterale

“Primum non nocere”, fondamentale filo conduttore delle cure mediche, si estrinseca oggi anche nella incessante ricerca di tecniche chirurgiche sempre meno invasive. La chirurgia spinale, figlia della progressiva fusione di tecniche microneurochirurgiche ed ortopediche e, almeno in Italia, sempre più appannaggio del neurochirurgo, vive una fase intensa di questa evoluzione, evidente sia nell'utilizzo di strumenti di fusione vertebrale meno invasivi, sia nella riduzione degli accessi chirurgici sul piano dimensionale/demolitivo. Ciò comporta notevoli vantaggi sulla durata dell'intervento chirurgico, sul dolore post-operatorio, sulla successiva degenza e sulle spese sanitarie. La Neurochirurgia della AOUP, di-

retta dal dott. Riccardo Vannozzi, partecipa attivamente a questo percorso nel contesto della Minimally Invasive Spinal Surgery (MISS), sia adottando queste moderne tecniche, acquisite mediante continui aggiornamenti in congressi e corsi, sia proponendone di nuove, contribuendo così all'innovazione scientifica in questo campo.

L'approccio mininvasivo controlaterale nelle ernie discali lombari intraforaminali si inserisce in questo contesto ed ha prodotto risultati molto validi.

Le *ernie discali lombari* (EDL) vengono classificate, per sede, in 4 categorie (fig. 1):

1. E. *mediana*. Di interesse chirurgico solo per dimensioni significative

2. E. *paramediana*. Il materiale discale degenerato migra in direzione dorso-laterale e comprime la regione prossimale della radice nervosa ed il sacco durale. Si tratta delle ernie più frequenti

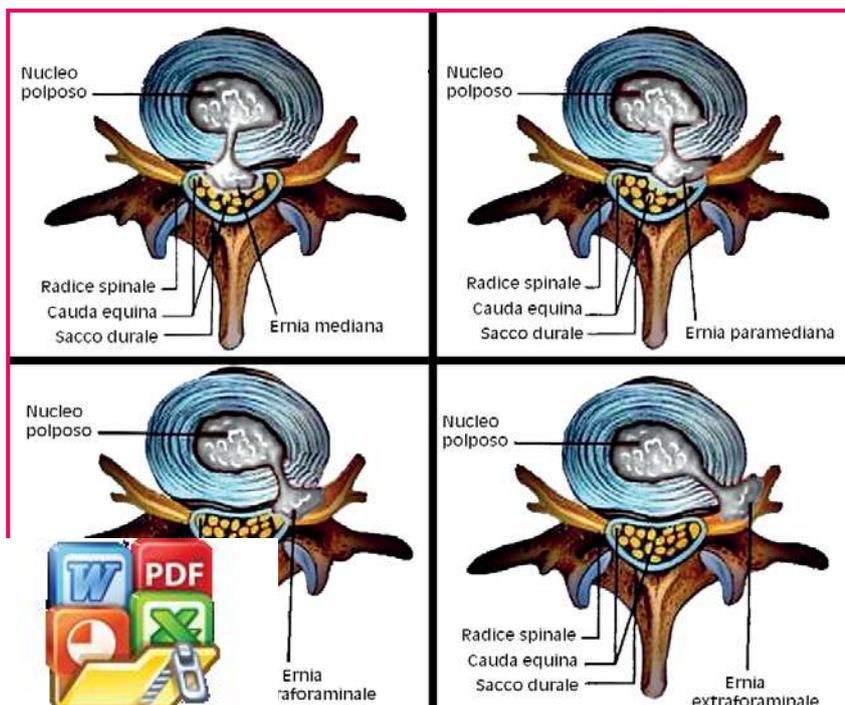
3. E. *intraforaminale* o *foraminale*. Il materiale migra in direzione dorso-cranio-laterale, verso il peduncolo della vertebra sovrastante, raggiungendo lo spazio angusto del forame di coniugazione e comprimendo la radice in uscita dal forame di livello

4. E. *extraforaminale*. Il materiale discale migra nello spazio al di là dei peduncoli e dell'articolazione interapofisaria

L'ernia discale *intraforaminale* rappresenta il 5-10% dei casi di EDL ed è particolare per sede, per tipologia ed intensità di sintomi/segni e per trattamento microchirurgico.

In queste ernie, la radice nervosa viene non solo compressa e dislocata, ma anche schiacciata contro il peduncolo della vertebra sovrastante e contro l'articolazione interapofisaria, generando spesso cruralgia o sciatalgia di rara intensità e deficit motori distrettuali anche importanti. A ciò contribuisce la presenza, in sede foraminale e poco al di fuori, del ganglio spinale, struttura ricca di neuroni sensitivi, molto sensibile alla stimolazione meccanica.

L'intervento chirurgico tradizionale presenta peculiari difficoltà tecniche, dato che tra chirurgo ed ernia si interpone un importante elemento biomeccanico: il complesso articolare posteriore o articolazione interapofisaria. Il primo accesso chirurgico al



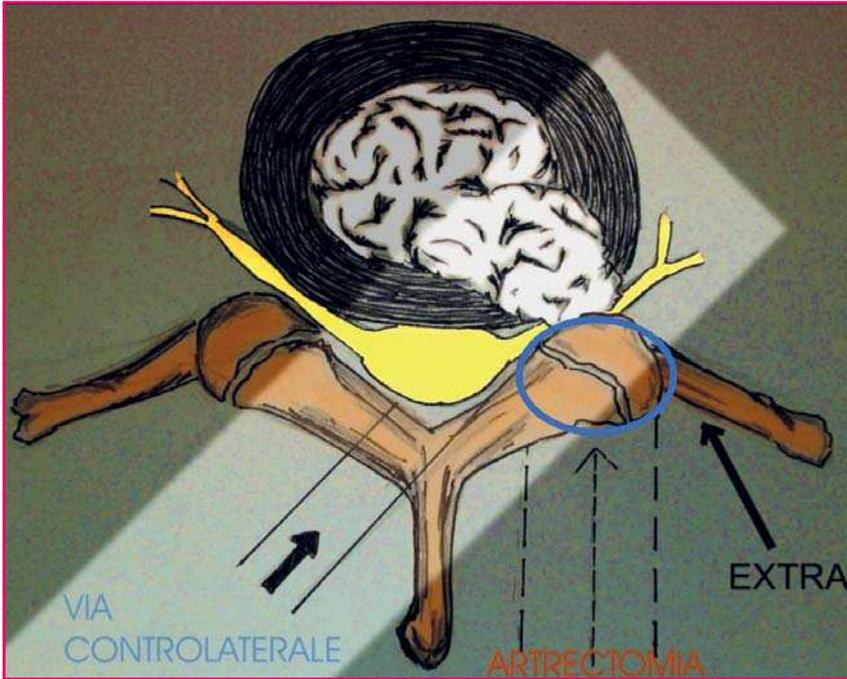


Fig. 2. Le tre prospettive chirurgiche per EDL laterali. Cerchio blu: complesso articolare.

forame di coniugazione, perfezionato negli anni '60 e ancora oggi utilizzato, prevede una parziale demolizione della citata articolazione, che spesso esita in artrectomia subtotale o totale, soprattutto laddove la lamina risulta particolarmente corta in senso laterale. Questa demolizione articolare può causare **dolore** lombare cronico anche invalidante e/o in **instabilità** lombare a lungo termine. Nel primo caso (lombalgia) il paziente andrà incontro a terapia con FANS/steroidi per via sistemica e/o infiltrazioni locali, impianti di presidi per infusione di farmaci antidolorifici, spesso

brale) potrà rendersi necessario un intervento di stabilizzazione vertebrale con artrodesi posteriore mediante viti peduncolari e barre, spesso con cage intersomatica (PLIF, fusione lombare

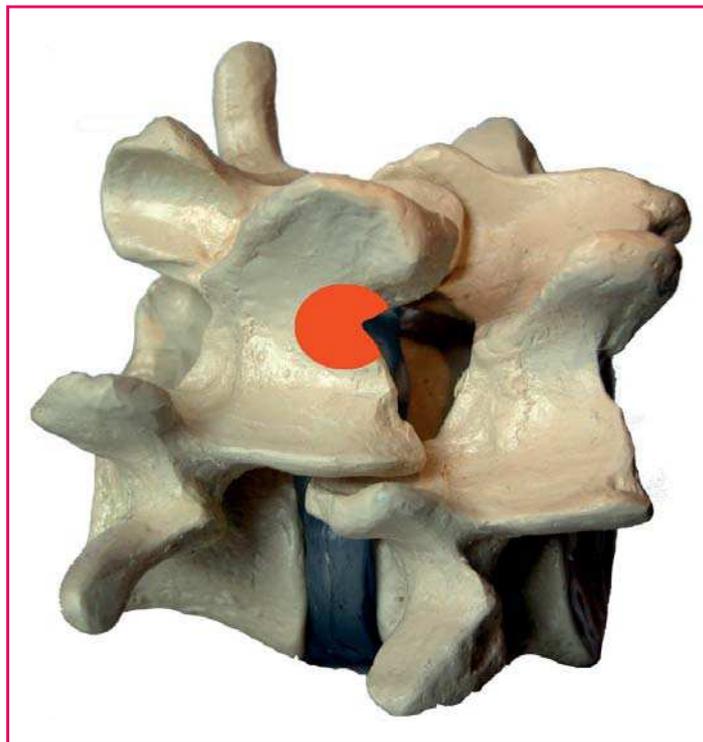


Fig. 3. L'accesso controlaterale prevede solo una modesta riduzione del processo spinoso. Il complesso articolare è inalterato.

intersomatica per via posteriore). A partire dal 2007, lo staff della Neurochirurgia dell'AOU Pisana ha ideato e perfezionato una nuova tecnica mininvasiva che risparmia del tutto il complesso articolare posteriore, consente una visualizzazione completa del forame, un ottimo controllo della radice nervosa compressa e una asportazione microneurochirurgica dell'ernia. La tecnica prevede un **accesso controlaterale**, adottando un corridoio che, tra chirurgo ed ernia discale, non prevede l'interposizione dell'articolazione, né di altre strutture coinvolte nel mantenimento della stabilità vertebrale (fig. 2).

Ad esempio, per un'ernia intraforaminale dx si eseguirà incisione cutanea paramediana sn, scheletrizzazione di spina e lamina a sn, passaggio al di sotto del processo spinoso mediante sua modica fresatura, flavectomia controlaterale, raggiungimento del forame controlaterale (dx), controllo della radice nervosa compressa, individuazione ed asportazione dell'ernia, con risoluzione della radicolopatia. Il risparmio della articolazione interapofisaria realizzato con questa nuova tecnica mininvasiva (fig. 3) lascia inalterata la biomeccanica vertebrale, riduce nettamente il dolore lombare post-chirurgico ed allinea pertanto il percorso delle ernie intraforaminali ad un routinario iter di ernia discale lombare paramediana: a decorso regolare, il paziente viene mobilizzato e dimesso in

la giornata post-operatoria, senza prescrizione di corsetto lombare.



50.000 ore
della tua vita alla scrivania.

Tutela la tua salute!

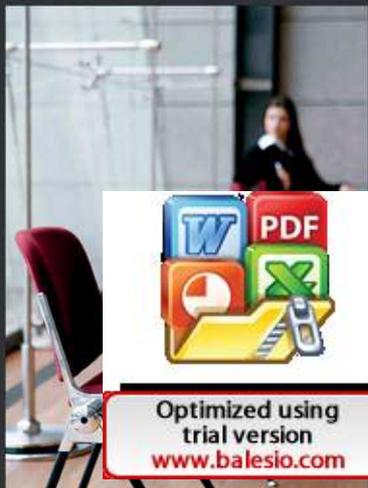
Belardi Arredamenti unico distributore Italia



GUARDA IL VIDEO
DIMOSTRATIVO SU
www.belardiarredamenti.it



Queen Ergoplus
con poggiatesta e
braccio porta pc



Optimized using
trial version
www.balesio.com



[] pontedera +39 0587 55373
[] livorno +39 0586 209014

info@belardiarredamenti.it
www.belardiarredamenti.it

Belardiarredamenti
OFFICE & SHOP DESIGN

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE DI GIUGNO IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

DIPLOMA

di medaglia

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

für



ACQUA E TERME

DAL 1868

DI ULIVETO SPA

Acqua Minerale Naturale

ULIVETO

Aiuta la Digestione

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



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

Con Uliveto
gerisci meglio.



Optimized using
trial version
www.balesio.com

