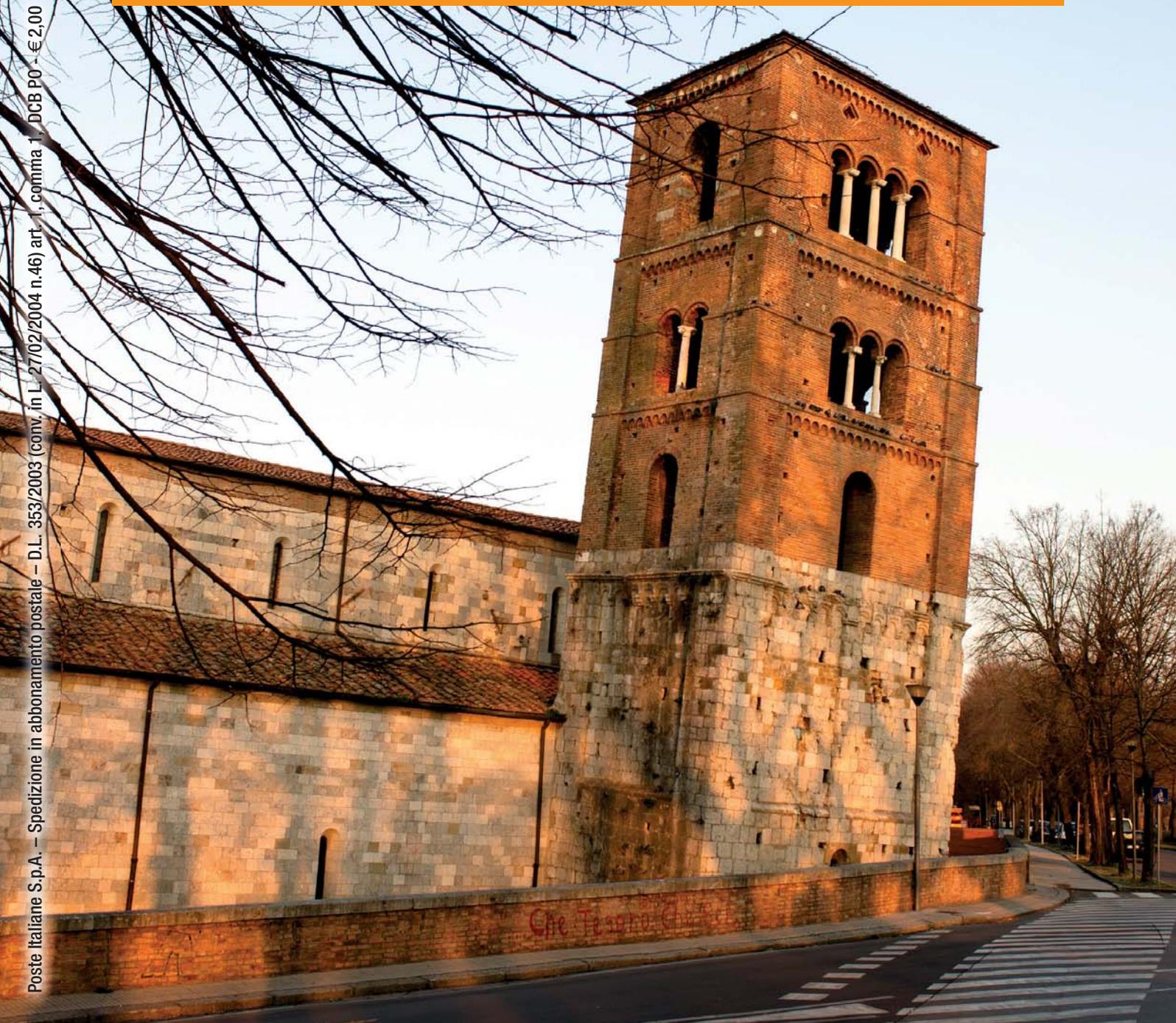


PisaMedica

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

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



in questo numero:

Stress ossidativo: pregi e difetti. Non tutto il mal vien per nuocere

M. Mancuso - E. Caldarazzo Ienco - A. Lo Gerlo - L. Chico - G. Siciliano - U. Bonuccelli
Clinica Neurologica AOUNP

Lezioni al corso di laurea in odontoiatria (CLOPD) di Pisa

F. Pancani Presidente CAO Pisa
R. Trivelli Presidente ANDI Pisa

Nuovi presidi terapeutici nelle malattie infiammatorie intestinali

R. Sacco - A. Mazzoni - F. Scatena - G. Bresci
AOUNPisana

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 Maiorca, 104 Marina di Pisa (PI)
tel. 050 311048 • fax 050 36465

Perignano

via Toscana, 4 Perignano (PI)
tel. 0587 618261 • fax 0587 617723

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Grazie, Eleonora

Mai come in questo momento, noi medici ci sentiamo in trincea. Un avamposto che ci siamo volutamente scelto ed a cui il nostro giuramento ci ha destinato, ma dove, più di altri, rischiamo ed a volte incontriamo la morte. La collega Eleonora Cantamessa lo ha dimostrato soprattutto al Paese per il cui futuro stava lavorando, un domani basato sulla professionalità, la solidarietà, l'altruismo. Tradiremo quindi la sua memoria ed il suo sacrificio, come di tanti altri, se non ci battessimo con il massimo dell'impegno per sostenere quegli ideali cui lei, consciamente, ha donato tutta sé stessa. Ci sentiamo particolarmente vicini alla famiglia che tanta umanità e tanto coraggio sta dimostrando nel suo dolore ed anche da Pisa inviamo, commossi, un grande e sincero abbraccio.

Dobbiamo però evitare che do-

mani, come potrebbe accadere, ogni cosa tornasse uguale a prima e che si parlasse di noi solo con atti d'accusa tesi a cancellare quanto di positivo mettiamo ogni giorno nel nostro lavoro.

Sì, perché nell'immaginario collettivo, la cronaca tende sempre più ad occuparsi di noi dando prevalentemente risalto ad una presunta malasanità, relegando invece nei fondopagina la quotidianità della tutela della salute dei cittadini.

Non vogliamo elogi, non chiediamo medaglie, non viviamo certo per questo. Siamo in trincea perché lo vogliamo, ma esigiamo quel rispetto che diamo ad ogni persona quando si rivolge con fiducia a noi per risolvere un proprio problema.

Rimaniamo dunque ancor più uniti, serriamo le fila ed esprimiamo insieme, all'unisono, a voce alta e senza abbassare lo sguardo, la fierezza che abbiamo dentro di noi. E' questa la migliore risposta a chi ci accusa. Nessuno è immune da errori, lo sappiamo bene, ma non per questo vogliamo sedere ogni volta sul banco degli imputati per trovare comunque un colpevole.

Facciamo in modo che la nostra dignità sia sempre intatta, forte e trasparente come l'immagine di quella giovane donna che ha pensato solo ad aiutare un altro, chiunque fosse, perché così le dettava la limpidezza della propria coscienza.

Grazie, Eleonora, sarai sempre con noi.



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, Filippo
Graziani, Teresa Galoppi,
Alberto Calderani, Roberto Trivelli

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

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

Sclerosi multipla. Il ruolo degli immunosoppressori

La sclerosi multipla (SM) è una malattia infiammatoria cronica del SNC, a patogenesi autoimmune, caratterizzata da lesioni demielinizzanti multiple e da un danno neurodegenerativo. L'attuale ricerca è concentrata nello sviluppo di farmaci immunosoppressori sempre più selettivi ed efficaci. Si tratta di farmaci con indicazione di seconda linea, dato che comportano maggiori effetti collaterali rispetto agli immunomodulanti (interferone e copolimero), come infezioni opportunistiche e neoplasie.

L'approvazione del Natalizumab ha dato il via alla ricerca nel campo degli anticorpi monoclonali. Attualmente sono in fase di valutazione nuovi farmaci come l'Alemtuzumab, il Rituximab, l'Ocrelizumab e il Daclizumab, tutti

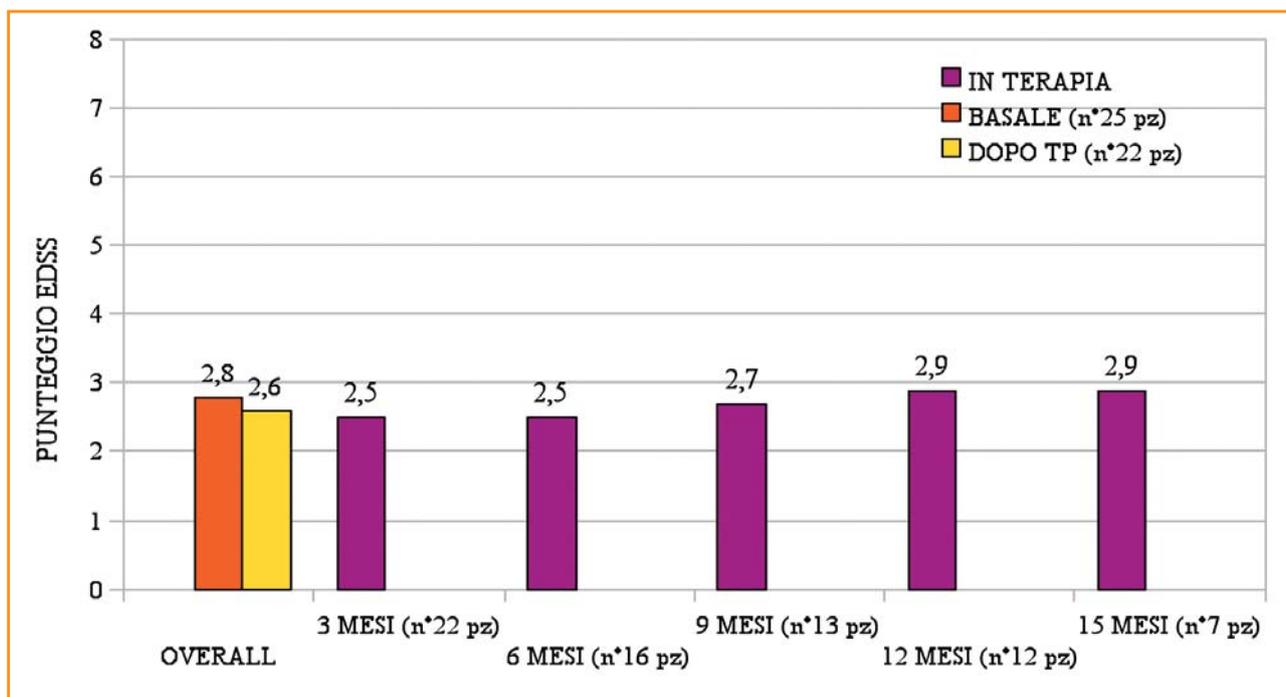
volti a garantire un miglior profilo di sicurezza/efficacia rispetto al Natalizumab, soprattutto per quanto riguarda il rischio di sviluppare una complicanza temibile, come la Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva (PML).

Questi farmaci hanno lo svantaggio di una somministrazione per via iniettiva, poco pratica per un trattamento cronico, per cui la ricerca sta investendo i propri sforzi in farmaci orali. Tra questi la FDA ha già autorizzato il Dimetil-Fumarato, il cui meccanismo d'azione non è ben chiarito, ma sembra coinvolgere il fattore di trascrizione Nrf2, implicato nei segnali intracellulari di protezione dallo stress ossidativo, e la Teriflunomide, che interagisce con un enzima mitocondriale coinvolto nella sintesi delle pirimidine e impedisce l'interazione tra linfo-

citi T e cellule presentanti l'antigene. Un altro farmaco in fase di valutazione è il Laquinimod, il cui meccanismo d'azione non è noto.

Il primo ed unico farmaco orale attualmente indicato nella SM è il Fingolimod, appartenente alla nuova classe dei modulatori dei recettori della sfingosina-1 fosfato, recettori ubiquitari e dal ruolo fisiologico ancora poco chiaro. Fingolimod si è dimostrato farmaco sicuro ed efficace e trova indicazione, in Europa, nei pazienti non responder a una terapia con immunomodulanti di prima linea ovvero nei casi di malattia grave e rapidamente evolutiva.

La nostra esperienza ad un anno dalla disponibilità del farmaco, condotta in 22 pazienti, si è dimostrata quasi del tutto in linea con i dati della letteratura. Il far-



Variazione del punteggio EDSS prima e dopo terapia con Fingolimod



maco ha dimostrato di conferire una sostanziale stabilità alla disabilità neurologica, valutata mediante il punteggio di disabilità alla scala EDSS, riducendo di oltre la metà il numero di ricadute in un anno. La valutazione dell'efficacia neuroradiologica del farmaco ha evidenziato una riduzione alla RMN sia il numero di lesioni attive captanti il mezzo di contrasto che il numero di nuove o aumentate lesioni iperintense in T2.

Da un punto di vista della tollerabilità, gli effetti collaterali sono stati per lo più transitori, asintomatici ed a risoluzione spontanea. Nel corso della prima somministrazione è richiesto un monitoraggio continuo ECG e della pressione arteriosa per 6 ore, perchè il farmaco può indurre bradicardia e disturbi della conduzione. Nel nostro Centro sono stati registrati 5 allungamenti del tratto QTc, un caso di bradicar-

dia e un BAV di II grado tipo Mobitz 1, con una riduzione massima della frequenza cardiaca di 12bpm intorno alla quarta ora. Si è evidenziata una transitoria riduzione della pressione arteriosa di 6mmHg durante il monitoraggio, mentre nel corso del trattamento si sono verificati 3 casi di ipertensione arteriosa, di cui solo uno risoltosi completamente. Nessun paziente ha sviluppato edema maculare, effetto avverso riportato in letteratura ma dal meccanismo ancora ignoto, infezioni opportunistiche o incremento delle infezioni delle basse vie respiratorie. Si è riscontrata in tutti i pazienti una riduzione della conta linfocitaria di due terzi rispetto al basale, da ascrivere all'effetto terapeutico del farmaco, che sequestra i linfociti all'interno dei linfonodi impedendone il passaggio nel circolo periferico e, quindi, il raggiungimento del SNC. In nessun paziente, però, la conta

linfocitaria si è ridotta al di sotto di $0,2 \times 10^9/l$, limite oltre il quale è consigliata la sospensione del farmaco. Gli enzimi di funzionalità epatica sono risultati alterati in oltre la metà dei pazienti: gli incrementi più frequenti e consistenti sono stati quelli delle ALT, che non hanno comunque dato luogo a segni e sintomi di danno epatocellulare e non si sono mai elevati oltre le 5 volte i limiti di normalità, cut-off indicato per la sospensione del farmaco.

Sebbene l'esperienza con il Fingolimod sia fin ora positiva, rimangono aperti alcuni interrogativi: i pazienti in cui non si osserva una riduzione della conta linfocitaria sono potenziali non responder? Quale è il rischio di PML con questo nuovo farmaco, nato come valida alternativa al Natalizumab? L'intensa attività di ricerca nel campo dei farmaci immunosoppressori per la SM prosegue con valide prospettive.

Donazione di organi e tessuti: un'assistenza di qualità

Il processo della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico si svolge seguendo un percorso assistenziale che diviene esso stesso strumento di qualità. Con questa premessa si vuole fissare il concetto che la donazione è un'attività sanitaria specialistica, che possiede intrinseche caratteristiche proprie del percorso assistenziale, cioè finalizzata a fornire prestazioni erogate da soggetti diversi con lo scopo di risolvere lo specifico problema di salute dei pazienti in lista d'attesa per trapianto. La Medicina della Donazione, che è il contesto nel quale si svolge l'attività donativa, come tutte le attività mediche ha creato il suo spazio di operatività in relazione alle problematiche sanitarie ed organizzative che, sempre più spesso, si è trovata di fronte e alle quali ha dovuto dare una risposta il più possibile esaustiva con caratteri di oggettività e scientificità. Non sono lontani i tempi in cui l'attività di donazione

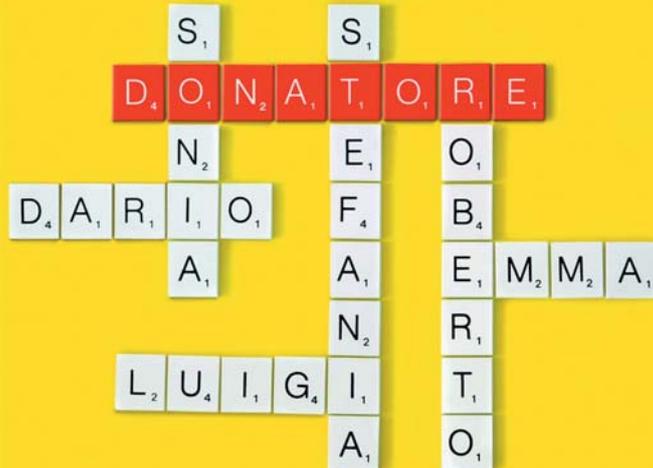
era affidata alla encomiabile sensibilità dei singoli operatori sanitari che si prodigavano per concretizzare, rendere tangibile, un gesto di grande generosità e di altruismo. Non sono lontani neppure i tempi in cui (in alcune realtà nosocomiali purtroppo ancora oggi) il Coordinamento ospedaliero della Donazione doveva fare i conti con la esiguità dei mezzi disponibili e quindi le attività donative non potevano rappresentare il massimo del potenziale esprimibile in quel determinato contesto sanitario. Per queste ragioni desideriamo, in questa circostanza, richiamare l'attenzione sull'utilità di un modello organizzativo sanitario in grado di fornire strumenti di gestione specifici che, meglio che in altri casi, possano adattarsi ad un'attività assistenziale di primaria importanza e di grande rilievo sociale come il percorso della donazione di organi e tessuti a fine di trapianto terapeutico. In questa prospettiva diventa particolarmente appro-

priata, secondo quanto vogliamo avvalorare, la rappresentazione concettuale del percorso assistenziale, vale a dire "un susseguirsi di momenti diversi ma concentrati sull'assistenza ad una definita categoria di pazienti la cui concretizzazione viene misurata con indicatori di fase, di processo e di esito". Nel momento della realizzazione viene, quindi, ad essere basilare il coordinamento dell'assistenza per assicurarne la continuità, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorarne i risultati. In quest'ottica non sfuggirà certamente l'analogia organizzativa tra l'originario Coordinamento della Donazione, previsto dall'art 12 della Legge 91/ 1999, appositamente istituito in ogni Azienda Sanitaria con lo scopo principale di dare un riferimento certo e specifico al complesso delle attività connesse e relative all'evento donativo e il coordinamento implicito che si realizza con l'attivazione del percorso assistenziale specifico. Infatti, se il legislatore aveva pensato ad un coordinamento generale degli eventi che si generano all'atto delle individuazione e segnalazione di un potenziale donatore, la condizione organizzativa più avanzata del processo donativo richiede invece, a nostro avviso, una concentrazione maggiore e specifica sul percorso assistenziale e sulle interazioni tra i momenti che lo compongono. Inoltre è indispensabile notare come vi sia, oltre alla naturale interconnessione tra le fasi contigue e susseguenti del percorso della donazione, anche una diretta ed esclusiva interdipendenza con quello susseguente del trapianto. Tale correlazione è così forte e diretta da determinare, nei casi in cui essa venga meno, un vero e



proprio evento avverso da analizzare e chiarire con i criteri del rischio clinico. In altre parole l'evoluzione normativa ed organizzativa del contesto ha consentito un diverso approccio al processo donativo attraverso il quale il reale strumento di coordinamento per favorire la continuità terapeutica e per l'individuazione dei migliori sistemi per l'utilizzazione delle poche risorse disponibili, viene ad essere il percorso assistenziale. Quest'ultimo viene, di fatto, a trovarsi al centro di un sistema di

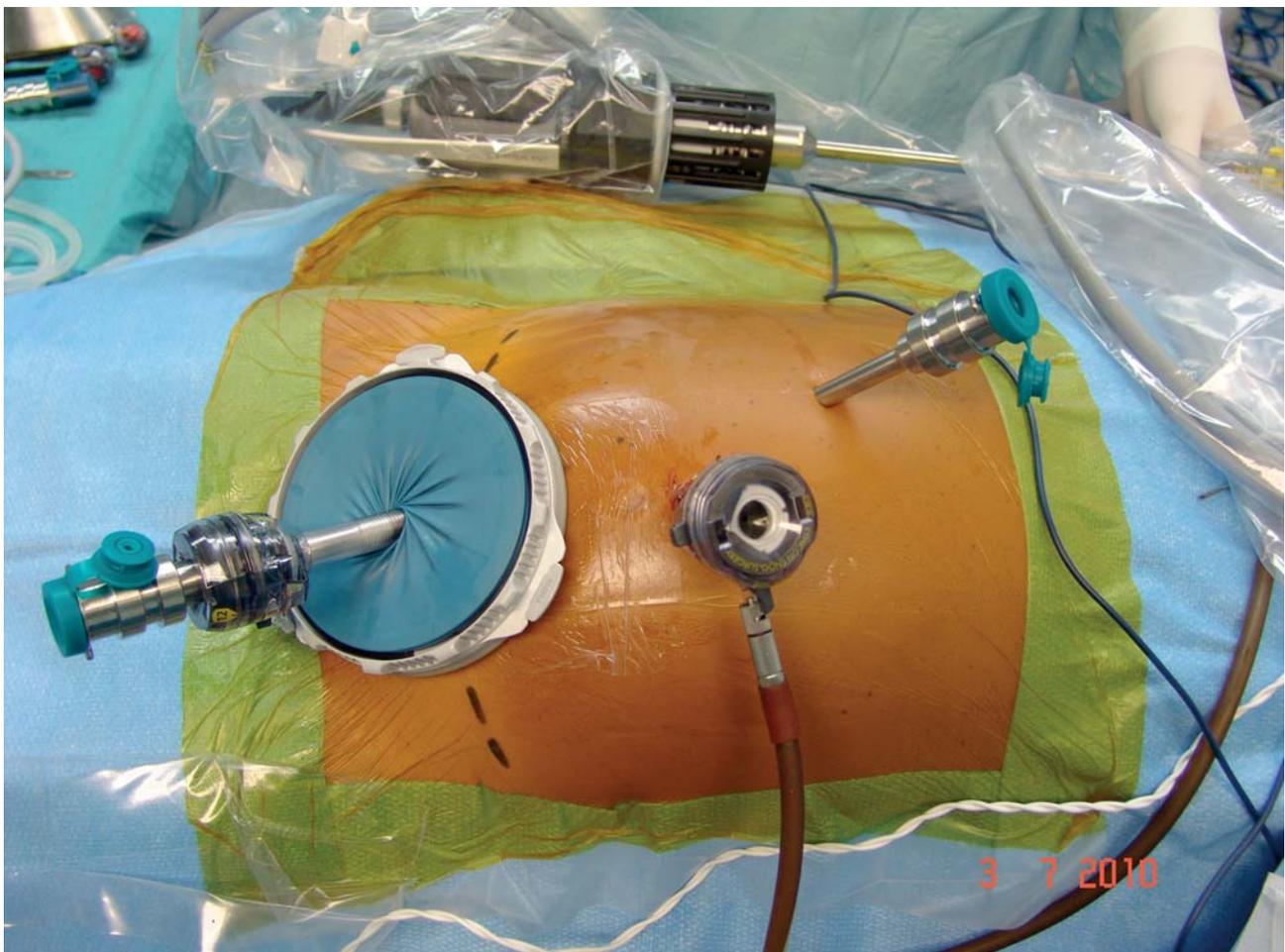
Un donatore moltiplica la vita



management avanzato che si allontana molto dalla gestione primitiva del processo che puntava all'analisi delle singole fasi e, quindi, poco adatta al livello di complessità del si-

stema, per approdare ad una organizzazione più funzionale che abbia come riferimento l'intero processo. Lo strumento consente anche di monitorare e valutare l'efficacia del

percorso intrapreso dal coordinamento aziendale al fine di individuare tempestivamente le soluzioni alle eventuali problematiche che dovessero emergere e di mettere a punto la migliore consequenzialità possibile delle attività da svolgere. E' evidente, infine, come in un ambito sanitario molto particolare dove la maggiore limitazione alla più ampia applicazione dell'opzione terapeutica trapiantologica è la carenza di organi e tessuti, la corretta applicazione del percorso assistenziale possa consentire non solo il miglioramento dell'efficienza e la continuità della cura ma anche e soprattutto la maggiore stabilizzazione possibile del procurement.



Alzheimer: novità nella diagnosi e nella terapia

Dalla 1° International Conference on New Therapies for Alzheimer and Parkinson Disease tenuta a Pisa il 6-7 sett 2013-Organizzatori Prof.ri Ubaldo Bonuccelli (Pisa) e Sandro Sorbi (Firenze).

La Malattia di Alzheimer è una malattia neurologica, a carattere progressivo che compromette intelligenza, memoria e comportamento, dovuta alla degenerazione dei neuroni di alcune zone del cervello, in particolare dell'ippocampo, una zona del lobo temporale specializzata nella gestione della memoria.

Benchè vi siano forme ad esordio giovanile geneticamente determinate, le massime frequenze si osservano nella terza età: fra 60 e 70 anni colpisce circa il 2% dei soggetti, fra 70 e 80 il 6-8% , sale al 16% fra 80 e 90 ed al 40% negli ultranovantenni. In Italia sono stimati a circa 1 milione i pazienti affetti da Alzheimer e sarebbero oltre 40 milioni nel mondo. I costi di questa epidemia sono inimmaginabili-si calcola oltre l'1% del PIL mondiale- e molti governi hanno stanziato cifre enormi per la ricerca su prevenzione e cure più efficaci.

Benchè la causa sia ancora sconosciuta, oggi sappiamo che nei pazienti con Alzheimer intorno ai neuroni della corteccia ed in alcuni nuclei neuronali della base del cervello si ha la deposizione e l'accumulo di una proteina chiamata amiloide,

che stimola una reazione infiammatoria locale che con il tempo distrugge i neuroni stessi e porta alla formazione delle cosiddette placche senili; nel contempo all'interno dei neuroni si accumula la proteina tau, che forma i grovigli neurofibrillari. Così i neuroni corticali assaliti dall'interno e dall'esterno degenerano, riducono i collegamenti sinaptici reciproci ed alla fine vanno a morte e la corteccia e l'ippocampo si assottigliano e diventano atrofici. La perdita di collegamenti e poi la perdita vera e propria dei neuroni determina la progressiva perdita di funzione con le modificazioni cognitive e comportamentali descritte.

Se è chiaro come i neuroni "soffocati" dalle due proteine anomale -amiloide e Tau-vanno a morte non è chiaro perché queste proteine si accumulano. L'ipotesi di una o più tossine ambientali che si accumulano nel corso del tempo, manifestano il loro effetto prima o dopo a seconda dell'individuo e del suo assetto genetico-metabolico, è in questo momento quella più credibile.

La diagnosi è clinica, si basa cioè sulla comparsa dei disturbi di memoria e di altri disturbi cognitivi, la riduzione delle performance cognitive rispetto al passato e l'interferenza di questi disturbi con la vita quotidiana precedente e con le capacità lavorative. Pertanto c'è un margine di errore diagnostico che dipende dall'esperienza dello specialista neurologo, dalla durata nel tempo dell'osservazione clinica e dalla complessità del quadro clinico. Di fatto ci sono varie malattie degenerative o di altra natura che somigliano all'Alzheimer come la demenza fronto-temporale, nella quale il processo patologico si concentra a livello della corteccia frontale e temporale, con manifestazioni cliniche prevalentemente caratterizzate da apatia o comportamenti bizzarri che spesso orientano i familiari verso un consulto psichiatrico e non neurologico.

A breve la diagnosi sarà facilitata da nuovi marcatori dell'amiloide, sempre lei, che mediante una semplice PET cerebrale è possibile rilevare nel cervello dei pazienti: sono

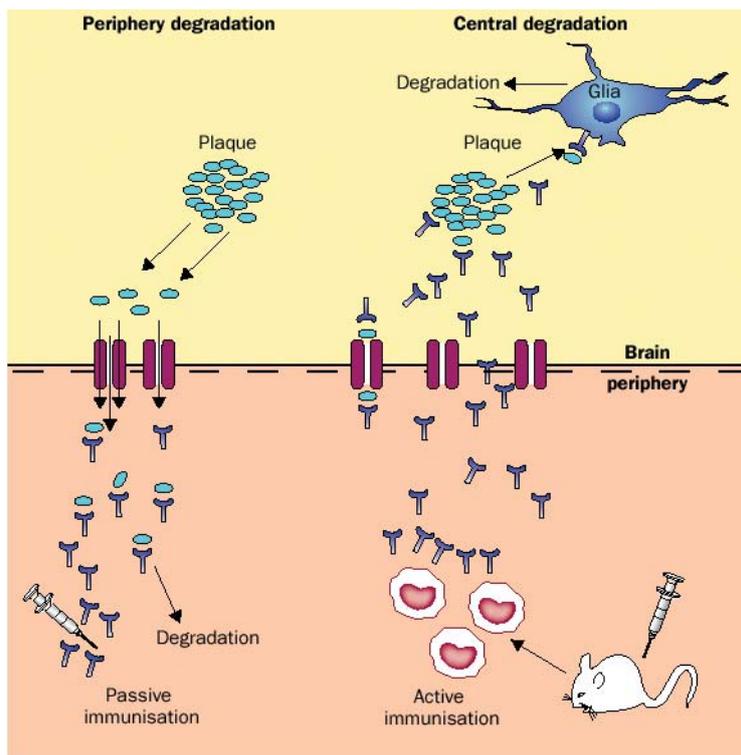


in fase finale gli studi di validazione anche a Pisa e dall'inizio del 2014 questa metodica diventerà un supporto diagnostico importante per la diagnosi differenziale ma anche per la diagnosi sempre più precoce di malattia. Si parlerà quindi di **Alzheimer prodromica o disturbo cognitivo lieve tipo Alzheimer** per intendere quei casi che iniziano con un disturbo di memoria ma che sono destinati ad evolvere in Demenza di Alzheimer; questi pazienti con la PET per l'amiloide saranno facilmente individuati rispetto ai pazienti

con smemorata senile benigna. Anche la misura dell'amiloide nel liquido rappresenta una ulteriore metodica per migliorare ed anticipare la diagnosi. Tutto questo consentirà di fare diagnosi precoci e di iniziare così le nuove terapie ancora in fase sperimentale (vedi seguito), il prima possibile quando ancora pochi neuroni sono stati distrutti dal processo di malattia.

I farmaci oggi disponibili - i colinergici che agiscono bloccando le colinesterasi cerebrali - curano infatti i sintomi della malattia per 1-2 anni poi la degenerazione progredisce ed i disturbi cognitivi non sono più controbilanciati dalle cure, per cui la malattia riemerge con tutta la sua forza dirompente, distruggendo la vita di relazione del malato e di chi se ne prende cura.

La novità rivoluzionaria nella terapia potrebbe essere provenire dall'immunologia. Di facile comprensione l'uso di vaccini contro la sostanza amiloide: l'immunizzazione attiva, cioè l'iniezione ai pazienti di analoghi della sostanza amiloide che provoca la produzione di anticorpi che vanno ad aggredire i depositi cerebrali di amiloide è stata tentata



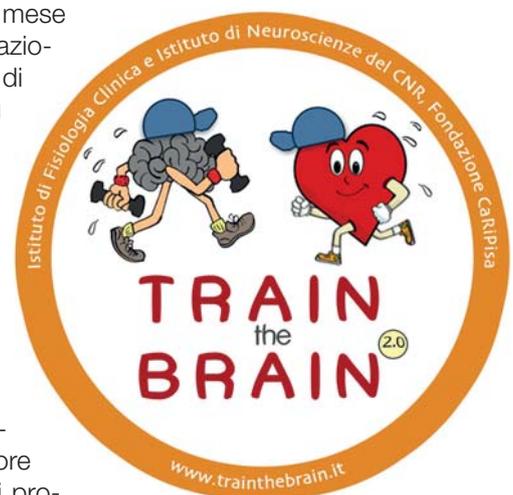
Immunizzazione Passiva

con parziale successo alcuni anni fa. Infatti i pazienti miglioravano per l'Alzheimer, perché l'amiloide veniva distrutta ma si ammalavano di encefalite post-vaccinica. Recentemente sono iniziate tre sperimentazioni internazionali di fase 2 con tre nuovi e differenti vaccini modificati, che non provocano più encefalite. Sicuramente però le attese dei clinici e dei pazienti sono ora concentrate su un anticorpo monoclonale contro la sostanza amiloide, il solanezumab di Eli Lilly che ha mostrato di poter migliorare del 30% pazienti con Alzheimer lieve in uno studio di fase 2: inizia questo mese di ottobre in 200 centri internazionali, compresa la Neurologia di Pisa - lo studio di fase 3 su oltre 1000 pazienti. Altri tre monoclonali sono in fase 2 di studio, e per due di questi la sperimentazione partirà anche a Pisa ad inizio 2014.

Altre novità emerse dal convegno: il miglioramento delle funzioni cognitive si può ottenere anche impiantando un elettrodo stimolatore nei nuclei colinergici cerebrali pro-

fondi (Prof. Lozano-Toronto), o più semplicemente stimolando con un campo magnetico la corteccia cerebrale con un semplice apparato (Neuronix) prodotto in Israele (Prof. Rabey - Tel Aviv). A proposito di prevenzione al momento sono 3 le strade possibili: alimentazione, movimento ed attività intellettuale. Dal punto di vista alimentare, diete ricche di antiossidanti, in genere contenuti nei vegetali, frutta e verdura, hanno effetti protettivi sullo sviluppo dell'Alzheimer come il movimento - ad esempio camminare da 2 a 3 Km al

giorno - ed uno stile di vita in cui le attività intellettive siano esercitate in pieno, sia per attività sociali che per personale crescita culturale. Molti studi condotti su migliaia di soggetti hanno ormai dimostrato in modo certo il ruolo chiave dei 3 citati fattori. A tal proposito a Pisa è in corso lo studio Train the Brain nato dalla mente geniale del Prof. Lamberto Maffei del CNR, di cui a breve si conosceranno i primi risultati. Verrebbe da ripetere con i latini *mens sana in corpore sano*.



Stress ossidativo: pregi e difetti. Non tutto il mal vien per nuocere

Parole come “radicali liberi” e “antiossidanti” sono entrati nell’immaginario collettivo grazie in gran parte ai mezzi d’informazione che hanno comportato tuttavia una eccessiva semplificazione del problema, oggi percepito genericamente come lotta tra il male (i radicali

liberi) e il bene (gli antiossidanti), con la vittoria del bene a garantire l’elisir di lunga vita.

Il termine stress ossidativo indica l’insieme delle alterazioni che si manifestano a livello di tessuti, cellule e macromolecole biologiche quando vengono esposte ad un eccesso di agenti ossidanti.

Negli organismi aerobi esiste un equilibrio ossido-riduttivo tra produzione di sostanze ossidanti, fra cui le specie reattive dell’ossigeno (ROS) ed il sistema di difesa antiossidante con il compito di prevenire e/o riparare l’eventuale danno prodotto. Tutte le forme di vita conservano, all’interno delle

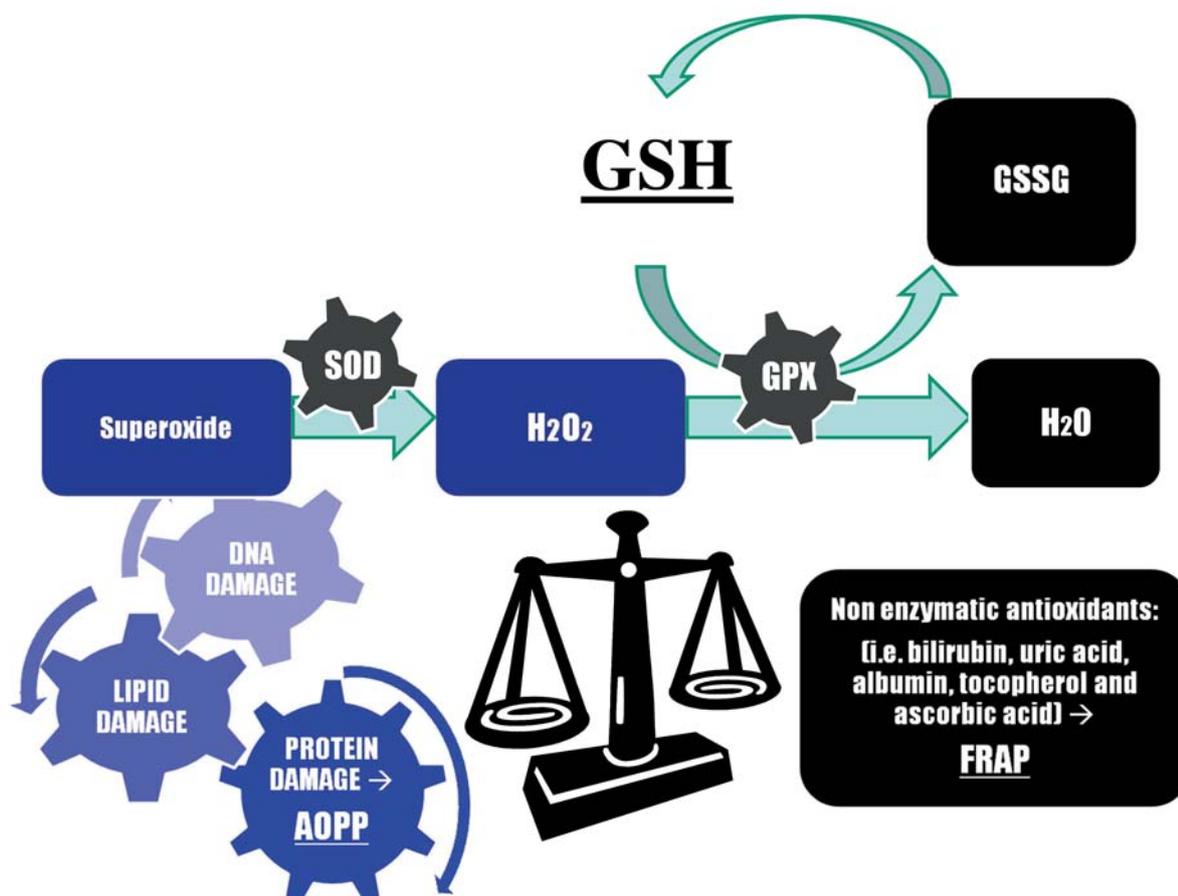


Figura: Rappresentazione schematica dei meccanismi di produzione dei radicali dell’ossigeno e del sistema difensivo antiossidante. L’ossigeno indirizzato alla catena respiratoria mitocondriale, in minima parte in condizioni fisiologiche, non viene convertito in acqua ma in anione superossido (O_2^-), il quale a sua volta è tramutato in perossido di idrogeno e poi in molecole di acqua e ossigeno da sistemi antiossidanti endogeni (SOD -superossidodismutasi-, catalasi e glutazione perossidasi – GPx).

Quando il sistema è sbilanciato per una maggior produzione di radicali liberi e/o una ridotta capacità antiossidante endogena, si instaura lo stress ossidativo, in grado di indurre danno cellulare irreversibile (perossidazione lipidica e proteica e ossidazione acidi nucleici).

loro cellule, un ambiente riducente che viene preservato da enzimi capaci di mantenere lo stato ridotto attraverso un costante apporto di energia metabolica. Disturbi del normale stato redox possono provocare effetti tossici attraverso la produzione di specie chimiche reattive che danneggiano le componenti della cellula incluse proteine, lipidi e acidi nucleici.

E' un paradosso biologico. L'ossigeno, alla base della vita su questo pianeta, è anche reattivo e tossico, e questo sottopone ad un continuo stress ossidativo il patrimonio cellulare. Le ROS e altre specie reattive vengono prodotte dal nostro organismo principalmente a livello della catena respiratoria mitocondriale, dove una parte dell'ossigeno atmosferico non viene convertito in molecole di acqua ma in radicali tossici intermedi. In particolare, durante la fosforilazione ossidativa (processo che porta alla sintesi di ATP) circa 1-2% degli elettroni che fluiscono lungo la catena di trasporto sfuggono dai complessi proteici ed, interagendo con l'ossigeno, generano il radicale superossido. In condizioni fisiologiche, i sistemi di detossificazione cellulare sono in grado di smaltire le specie reattive attraverso un complesso apparato (Figura). Se tali molecole non vengono neutralizzate dai sistemi antiossidanti, se si genera uno sbilanciamento tra la produzione di ROS e l'efficacia del sistema di difesa antiossidante, si stabilisce una condizione di stress ossidativo.

Lo stress ossidativo non deve essere considerato solo come un evento negativo; esso svolge funzioni fisiologiche essenziali: ad esempio una situazione transiente di stress ossidativo costituisce uno dei meccanismi fondamentali di funzionamento per rispondere a/o inviare tipi di segnale (ormoni, citochine, neurotrasmettitori, ecc.) e per difendersi da agenti infettivi. La cronicizzazione dello stress ossidativo, al contrario, può portare all'instaurarsi di una situazione patologica che sembra giocare un ruolo di primaria importanza in patologie, anche di interesse neurologico.

D'altro canto, sono enormemente aumentati gli studi per l'individuazione di markers biologici che possono essere utili a fini di diagnosi precoce di malattia e di monitoraggio a terapie farmacologiche. I marcatori di stress ossidativo possono essere considerati strategici per entrambi gli scopi.

Presso la Clinica Neurologica dell'AOUP, portiamo avanti studi sul coinvolgimento dello stress ossidativo nelle cascate etiopatogenetiche di patologie di interesse neurologico quali le malattie neurodegenerative, mitocondriali ed i disturbi collegati all'ipossigenazione cerebrale (tra cui la sindrome delle apnee ostruttive del sonno).

In particolare, nella sclerosi laterale amiotrofica abbiamo documentato un alterato stato redox in una popolazione di circa 140 pazienti, dimostrato dall'incremento sierico di marcatori di danno os-

sidativo (quali l'AOPP, prodotto di perossidazione delle proteine) e da una riduzione dei sistemi antiossidanti fisiologici (quali la FRAP, indice antiossidante globale del plasma), sin dall'esordio della patologia.

Analogamente, uno studio clinico in doppio cieco e cross-over con un farmaco antiossidante, effettuato su 13 pazienti affetti da miopatie mitocondriali, ha dimostrato una correlazione fra le condizioni cliniche basali dei soggetti in studio e alcuni parametri di stress ossidativo e una riduzione significativa di tali biomarcatori dopo terapia, puntando l'attenzione sul circolo vizioso fra disfunzione mitocondriale e stress ossidativo come promettente bersaglio per futuri trattamenti.

Un'alterazione in senso ossidativo dello stato redox è stata dimostrata anche in pazienti affetti da apnee ostruttive nel sonno, alterazione peraltro proporzionale alla gravità di tale apnee. A conferma di questo dato, l'utilizzo della ventilazione meccanica di supporto in questi pazienti ha determinato un incremento delle difese antiossidanti plasmatiche, in particolare della FRAP.

Lo studio dello stato redox in tessuti periferici rappresenta uno strumento in grado di documentare precocemente la presenza di stress ossidativo in patologie neurologiche di notevole impatto epidemiologico e rappresentare un ipotetico biomarcatore biologico in vivo di malattia, monitorabile nel corso di auspicabili trials farmacologici in queste patologie.

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*

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

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078

e-mail: vincenzopenne@email.it - www.fucinafotografica.it

L'idrocefalo normoteso: una demenza prevedibile

L'idrocefalo normoteso (conosciuto anche come cronico dell'adulto) è stato accompagnato, sin dalla prima osservazione di Hakim e Adams del '65, dall'etichetta di "demenza reversibile". Al giorno d'oggi, tuttavia, ci si può rendere conto che tale appellativo è più una speranza che un risultato clinico largamente raggiunto in questo tipo di pazienti. Dei tre sintomi che costituiscono la triade sintomatologica dell'idrocefalo, infatti, la demenza è quello che appare tardivamente e risente meno del trattamento chirurgico.

La prima manifestazione è solitamente il disturbo della marcia che può presentarsi con la tipica "camminata magnetica" o con una più subdola forma di instabilità, spesso il paziente usa un appoggio per deambulare. Nel tempo si associa la comparsa di un deficit cognitivo più o meno marcato ed una forma di disturbo della minzione che va dall'incontinenza franca all'urgenza minzionale.

Tutti i sintomi sopraelencati sono causati dallo stiramento e dalla trazione operati dai corni frontali dei

ventricoli laterali sulle fibre della sostanza bianca frontale. La compressione dei fasci cortico-spinali determina il disturbo della marcia e l'inibizione del controllo tonico sulla contrazione vescicale.

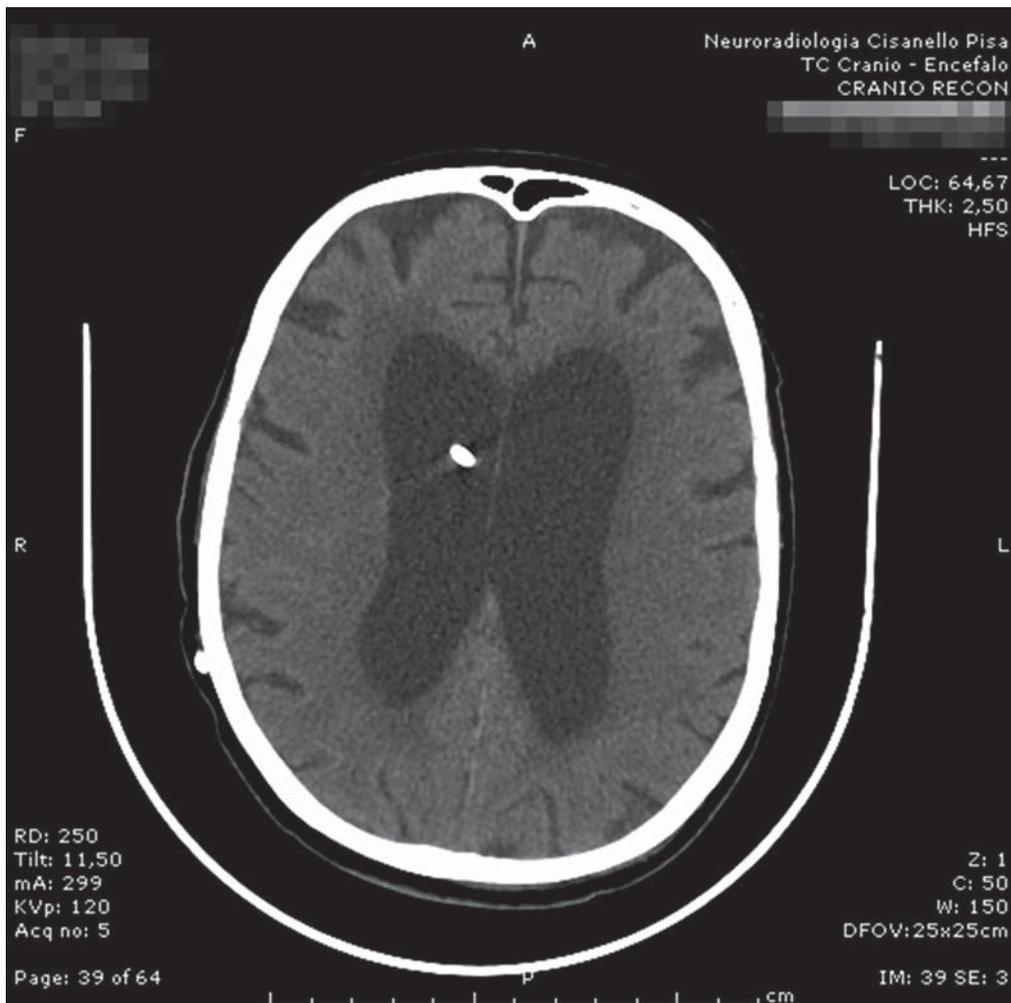
La trazione sulle fibre frontali e del sistema limbico porta invece ad un deficit mnemonico e cognitivo che spesso viene diagnosticato erroneamente per Alzheimer.

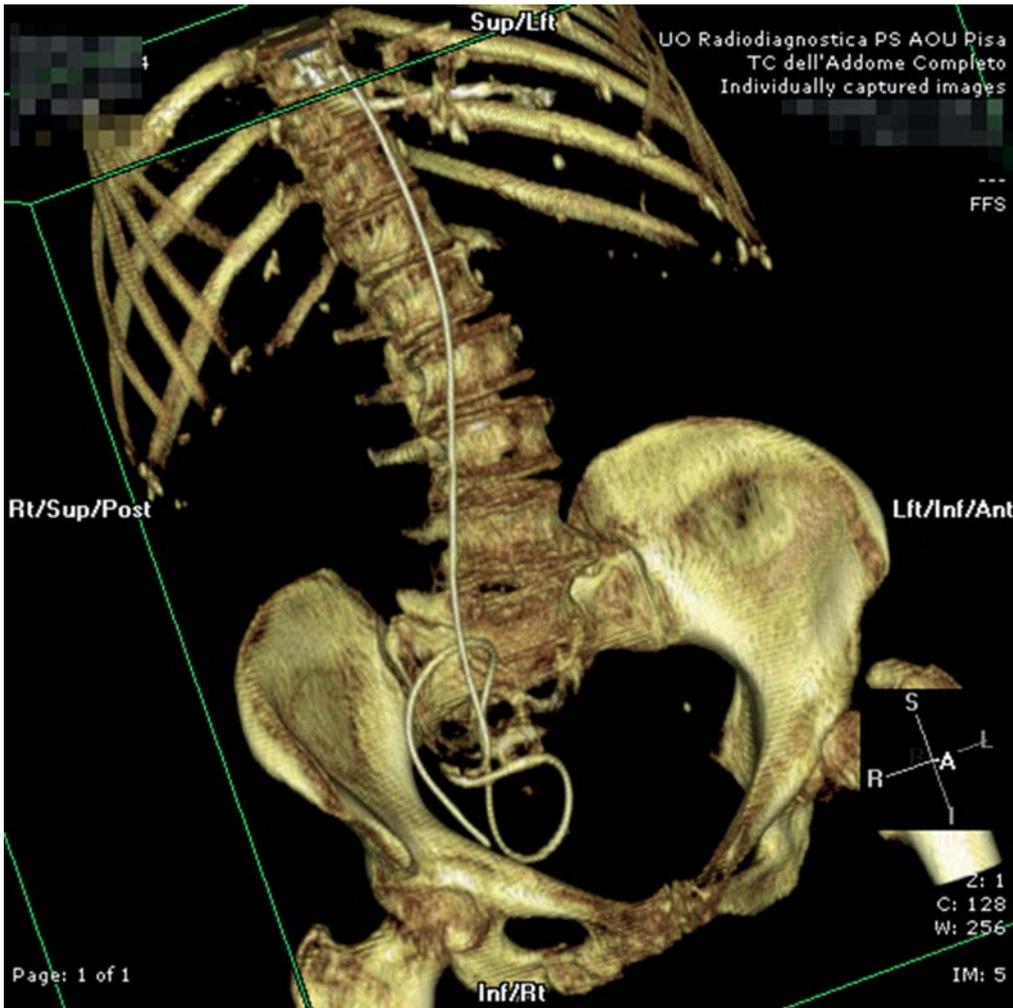
La sequenza temporale con cui si instaurano i sintomi non facilita la diagnosi, i disturbi appaiono infatti distanziati tra loro di mesi od anni e spesso si ritrovano solo due ele-

menti della triade sintomatologica.

Non è quindi infrequente osservare un lasso di tempo elevato (due-tre anni) tra l'insorgenza del primo sintomo e la diagnosi di idrocefalo normoteso. Questo ritardo diagnostico comporta una compressione protratta sulle fibre che conduce ad un danno delle stesse più o meno permanente.

La stessa diagnosi di idrocefalo normoteso non è mai semplice; l'esordio lento e l'evoluzione subdola verso una forma conclamata di disturbo cognitivo rendono difficile una diagnosi precoce, in virtù anche della confusione e non standardizzazione presenti in letteratura sui percorsi diagnostici e in virtù della difficoltà nella





valvole cosiddette programmabili, ampiamente utilizzate in quanto offrono il vantaggio di poter regolare dall'esterno, in maniera del tutto incruenta, la loro pressione di apertura in caso di inadeguato miglioramento clinico, potendo così gestire nel miglior modo possibile il decorso clinico del paziente nel tempo.

Considerando che i risultati del trattamento chirurgico generalmente prevedono un miglioramento importante dei disturbi della marcia ed urinari, mentre raramente si hanno modificazioni significative dei deficit cognitivi, si può quindi concludere che il problema principale dell'idrocefalo normoteso restano oggi la diagnosi precoce e la

diagnosi differenziale con altre forme di demenza (S. Alzheimer, Demenza Multifattoriale ecc).

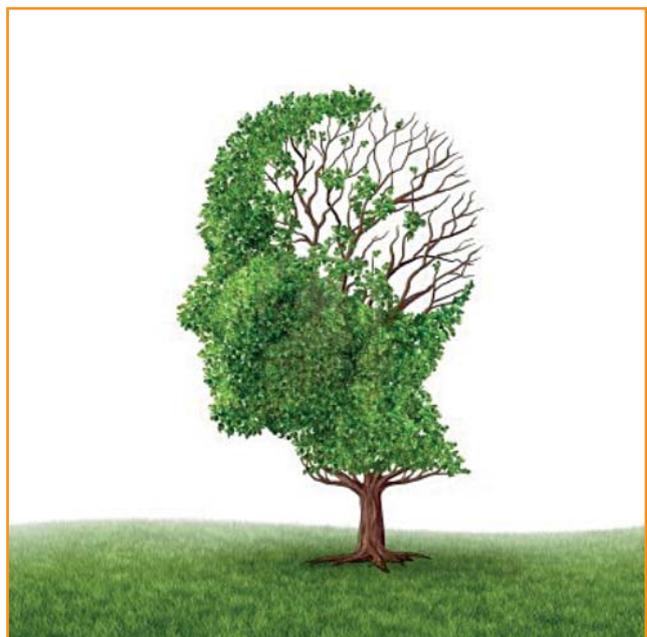
Attualmente il percorso diagnostico più comune consiste nel sottoporre il paziente, con clinica suggestiva di idrocefalo cronico, al cosiddetto Tap Test, ovvero alla sottrazione di liquor mediante puntura lombare, seguita da una rivalutazione a distanza di giorni per individuare eventuali miglioramenti clinici.

La diagnostica strumentale riveste un ruolo di vitale importanza: la Risonanza Magnetica risulta infatti l'indagine di prima scelta per indagare la presenza di segni caratteristici quali la ventricolomegalia e il riassorbimento transependimale. Esiste inoltre un particolare studio di Risonanza definito Studio della Dinamica Liquorale, che tramite l'analisi del flusso liquorale attraverso l'acquedotto di Silvio durante la sistole cardiaca è in grado di determinare un indice (Stroke Volume) utile

per la diagnosi, per il decision making e soprattutto per il follow up.

Il trattamento chirurgico di Derivazione Ventricolo-Peritoneale prevede il posizionamento di un catetere ventricolare (generalmente nel corno frontale del ventricolo laterale destro) e la sua connessione a un sistema valvolare che estrae liquor ad una predeterminata pressione e lo scarica poi nel peritoneo attraverso un catetere distale tunnellizzato nel sottocute sino all'addome. Esistono oggi in commercio

diagnosi differenziale, delineando dunque questa patologia non certo come una forma di demenza reversibile, quanto piuttosto come una forma di demenza "prevenibile".



Nuovi presidi terapeutici nelle malattie infiammatorie intestinali

Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (rettocolite ulcerosa e dal morbo di Crohn) stanno attirando sempre di più l'interesse dei clinici e della popolazione in considerazione dell'aumento della loro incidenza e dell'impatto sociale che determinano. Queste malattie ormai rappresentano, dal punto di diffusione nella popolazione, la malattia infiammatoria cronica più frequente dopo l'artrite reumatoide.

Nonostante i progressi che si sono verificati in questi ultimi anni in campo medico la causa della malattia, permane tuttora sconosciuta ma si pensa che molteplici fattori quali quelli immunitari, ambientali, dietetici, psicogeni, vascolari, infettivi su soggetti geneticamente predisposti possano determinarne la insorgenza. Anche il meccanismo che determina nell'organismo la malattia non è chiaro ma si ipotizza una amplificazione e perpetuazione di processi infiammatori che a loro volta coinvolgerebbero il sistema immunitario.

Dal momento che la causa della malattia non è ancora completamente conosciuta, non esiste una terapia che possa far guarire i soggetti ma è solo possibile mediante farmaci noti da anni bloccare la fase acuta della malattia e cercare di mantenere il paziente nella fase di remissione per il maggior tempo possibile.

Non sorprende pertanto il tentativo di trovare nuovi approcci terapeutici nella speranza di trovare soluzioni migliori a quelle attuali e vista l'importanza che il processi infiammatori in questa malattia è stato proposto un presidio medico che avrebbe l'obiettivo di ridurre i processi infiammatori e immunitari.

Si tratta di un sistema di filtraggio del sangue mediante riduzione dei leu-

cociti attraverso una deplezione selettiva di granulociti, monociti e macrofagi. Questa metodica, riducendo i fattori proinfiammatori favorirebbe anche una modulazione di quelli immunitari. Con questa metodica, inoltre, si stimola il midollo a produrre cellule che, essendo meno mature, riducono di per se l'infiammazione.

Nella pratica la metodica consiste in una leucocitoafesi selettiva (granulocitoafesi) dove il sangue viene filtrato mediante un sistema chiuso che elimina selettivamente le cellule e viene reintrodotta nel paziente (figura 1). Attualmente viene consigliata una seduta alla settimana della durata di un'ora per cinque settimane.

L'idea nasce dal convincimento dell'importanza che i processi infiammatori ed immunologici hanno nel determinare queste malattie e dalla difficoltà che spesso si incontra nel trattare con le terapie tradizionali alcuni pazienti, senza considerare gli effetti collaterali che talora i farmaci attualmente utilizzati nei casi difficili e cioè immunosoppressori e biologici determinano limitandone quindi il loro utilizzo.

Presso l'AOUP grazie alla collaborazione tra la U.O.C di Gastroenterologia e Malattie del Ricambio (diretta dal Dr. Giampaolo Bresci,) e quella Immunoematologia (diretta dal dr. Fabrizio Scatena) è stato possibile utilizzare tale presidio per primi in Italia - e tra le prime in Europa in pazienti con malattie infiammatorie croniche dell'intestino che non rispondono alla terapia tradizionale, vantando quindi da tempo la più elevata casistica di pazienti trattati sul territorio italiano.

Per questa elevata casistica, i medici pisani sono stati invitati, ad aprile scorso, a relazionare l'esperienza maturata alla celebrazione del de-

cimo anno dell'utilizzo del presidio medico (Adacolumn). L'iniziativa, promossa da una casa madre Otsuka, si è tenuta nella villa Tuscolana di Frascati (Roma) e si intitolava "Adacolumn in Italia: quanto abbiamo appreso dal trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali. I primi 10 anni".

Per la AOUP era presente il Dr. Rodolfo Sacco, che ha riassunto l'esperienza clinica a oggi raccolta a Pisa su Adacolumn, presentando i risultati più significativi che evidenziano risposte positive sul 60% dei casi, dato estremamente positivo se consideriamo che la pratica è attualmente limitata ai pazienti che, pur avendo una fase clinicamente attiva della malattia, non rispondono alla terapia tradizionale e verso i quali non avremmo terapia alternative.

Tale presidio quindi può al momento rappresentare una valida alternativa alle terapie attuali ma anche terapia ponte in attesa di eventuale intervento chirurgico in elezione.

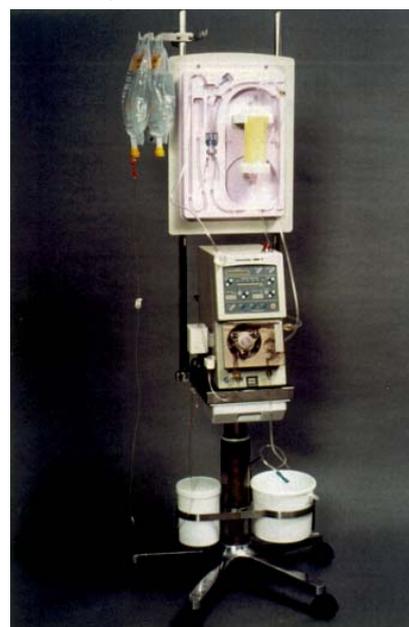


Figura 1. Sistema per leucoafesi

La prevenzione dell'ictus: il "Chronic Care Model"

Il Chronic Care Model è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato per la prima volta in California (Wagner e coll). Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio proattivo tra il personale sanitario e i pazienti stessi. Questo modello per i pazienti cronici toscani è stato già incluso nel PSR 2008-2010, proprio con l'obiettivo di passare da un modello di "medicina di attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, a una "Sanità di iniziativa". Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche, quali scompenso, diabete, BPCO. Finalità di questo Modello è inoltre quella di integrarlo con "l'organizzazione dell'Ospedale per Intensità di Cure". Nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria dell'ictus e nell'ottica della implementazione del Chronic Care Model, negli ultimi anni è stata potenziata la collaborazione fra ospedale e territorio al fine di migliorare la rete integrata per la gestione del paziente con ictus.

Fondamentale in tale sistema risulta il ruolo del medico di medicina generale (MMG) in termini di educazione a sani stili di vita, quali attività fisica, corretta alimentazione, prevenzione delle dipendenze (fumo ed alcol), uso corretto dei farmaci ed educazione ambientale. Il MMG è inoltre stimolato, oltre che ad una adeguata identificazione dei fattori di rischio, a fornire al paziente e ai familiari corrette informazioni sulla conoscenza della malattia con particolare riguardo al pronto riconoscimento dei sintomi di esordio dell'ictus.

Riguardo a quest'ultimo punto la

UOC di Neurofisiopatologia dell'Area Clinico-Assistenziale Degenza Medica dell'Ospedale "F. Lotti" di Pontedera, AUSL 5-Pisa, in collaborazione con la UO Neurologia della AOUP e con la Associazione per la lotta all'ictus cerebrale (ALICE), ha prodotto un documento, sotto forma di opuscolo, a scopo divulgativo, proprio per consentire ai familiari una semplice ma rapida individuazione dei primi sintomi di ictus già al domicilio del paziente.

Tale opuscolo viene distribuito presso l'Area Medica degli Ospedali di Pontedera e Volterra e presso la UO neurologia della AOUP. Con semplici indicazioni ed immagini sono illustrati i possibili sintomi d'esordio dell'ictus e vengono descritti cenni sulla epidemiologia e sulla prevenzione dello stesso. L'obiettivo principale è quello di fornire una educazione sanitaria finalizzata al precoce riconoscimento dei sintomi dell'accidente cerebrovascolare, anche al fine di un precoce trattamento ospedaliero, in particolare in termini di trombolisi, terapia eseguita in urgenza nell'arco delle prime tre ore dall'esordio dei sintomi nei casi selezionati.

Nell'ambito della prevenzione in termini di stroke si individuano una forma di prevenzione primaria (allo scopo di ridurre l'incidenza di tale patologia) e secondaria al fine di prevenire le recidive dello stesso.

In particolare il Chronic Care Model insiste su alcuni fondamentali punti della prevenzione secondaria dell'ictus.

PREVENZIONE SECONDARIA

Poiché la recidiva di Ictus riduce la probabilità di sopravvivenza e può peggiorare la disabilità preesistente è necessario attuare alcuni

fondamentali accorgimenti utili alla prevenzione secondaria, quali, ad esempio, l'*individuazione del sottotipo eziopatogenetico di ictus ischemico secondo i criteri TOAST* (cardioembolico, aterosclerosi grandi arterie, malattia dei piccoli vasi, altra causa determinata, causa non determinata). Il rischio di recidiva e la prevenzione secondaria sono infatti diversi a seconda del sottotipo.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico appare necessario un corretto ed omogeneo impiego di antiaggreganti piastrinici (ASA, Associazione ASA- Dipyridamolo, Thienopiridine come Ticlopidina e Clopidogrel) o, quando necessario, di anticoagulanti orali, antipertensivi e ipocolesterolemizzanti.

Necessario inoltre riconoscere e trattare i casi di fibrillazione atriale non valvolare, pervietà forame ovale pervio e della stenosi carotidea sintomatica.

Anche nella prevenzione secondaria di fondamentale importanza risulta il ruolo del MMG, ai fini di una adeguata educazione a sani stili di vita (attività fisica, alimentazione, prevenzione delle dipendenze (fumo ed alcol), uso corretto dei farmaci, educazione sessuale e relazione affettiva, educazione ambientale. Importante anche il ruolo svolto dal MMG nell'informare i pazienti e i familiari sulla conoscenza della malattia e pronto riconoscimento dei sintomi di esordio dell'ictus, nella identificazione di fattori di rischio cerebrovascolari e nella indicazione a eseguire periodici accertamenti per un adeguato follow up, come esami ematici (colesterolo totale e HDL, trigliceridi, glicemia ed emoglobina glicata, omocisteina, gamma GT) e ecodoppler vasi cerebroafferenti.

S.T.P. (Società tra Professionisti)

Il mondo cambia e anche per i professionisti fino ad ora costituiti in forma di impresa individuale o tutt'al più di studio associato, si prospetta la possibilità di modificare o costituire il proprio studio in forma societaria. A dire il vero le società per i professionisti erano già state previste ma unicamente per gli ingegneri e gli avvocati, mentre la disciplina che è stata approvata con la Legge 27/2012, il D.P.R. 137/2012 e il D.M. 34/2013 è veramente un nuovo modo di configurare la professione, almeno nell'assetto organizzativo.

Il lavoratore autonomo potrà scegliere se costituire la società nella forma della società semplice, società di persone, società di capitali o società cooperativa, la società potrà anche essere multidisciplinare, l'oggetto sociale dovrà essere l'esercizio in forma esclusiva dell'attività professionale, e soci potranno essere non solo i professionisti iscritti ad ordini, albi e collegi ma anche i cittadini della Comunità Europea (se in possesso di titoli di studio abilitanti), o soggetti non professionisti (ma solo per le attività tecniche) e soci con finalità di investimento. Quanto alla composizione della compagine sociale si ritiene che il capitale debba essere detenuto per i due terzi dai soci professionisti, e in ogni caso debba

essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle decisioni assembleari, pena lo scioglimento della società.

Molto rigida la previsione del conferimento di incarico da parte del cliente della STP in modo da garantire che la prestazione richiesta sia svolta solo dai soci in possesso dei requisiti per l'esercizio della professione, parrebbe obbligatoria anche la stipula da parte della STP della polizza responsabilità civile professionale.

Consentito l'accesso alla STP ai soci investitori che abbiano i requisiti di onorabilità, non abbiano riportato condanne definitive alla reclusione per due o più anni, non siano stati cancellati da un albo per motivi disciplinari.

Da ricordare che il professionista potrà partecipare ad una sola STP, e che il reddito qualunque sia la forma societaria prescelta sarà determinato con le regole fiscali previste per il lavoro autonomo e non d'impresa. Per quanto concerne l'aspetto previdenziale dei soci si ritiene che ogni professionista farà riferimento

alla propria cassa di previdenza, i soci "tecnici" alle proprie casse di previdenza o all'Inps. I soci della STP saranno tenuti all'osservanza del codice deontologico del proprio ordine, albo, collegio, ed il socio potrà opporre agli altri soci il segreto professionale riguardante le attività da lui svolte.

La costituzione avverrà come per qualunque società, il passaggio successivo sarà l'iscrizione della STP al Registro delle Imprese in una Sezione Speciale; ulteriore atto necessario per poter svolgere di fatto l'attività sarà poi l'iscrizione della STP all'ordine, albo o collegio di appartenenza (in caso di STP multidisciplinare l'iscrizione dovrà avvenire presso i vari ordini, collegi, albi professionali).

Le STP attualmente sono ancora "ai nastri di partenza" in attesa che vengano sciolti gli ultimi dubbi, ma la nuova possibile configurazione professionale non è da sottovalutare.

(Fonte " Il Sole 24Ore", "Società tra Professionisti" De Stefanis-Tomelleri)



La medicina bizantina

Quando nel 326 d.C. l'imperatore Costantino trasferì la capitale a Bisanzio, che da lui prenderà il nome di Costantinopoli, questa città divenne il centro degli studi e delle arti. I luoghi in cui i medici di allora svolgevano la loro attività erano soprattutto gli ospedali; accanto a questa medicina, erano abbastanza diffuse sia la cultura medica di livello medio come pure quella non professionale, basata su rimedi magici e formule astrologiche. Alcuni di questi luoghi di cura raggiunsero allora una grande fama come quello grandioso per questi tempi, voluto da Giustiniano, che aveva cinquanta letti così distribuiti: dieci per le operazioni chirurgiche, otto per le malattie acute e gravi, venti per quelle comuni, dodici per le donne. Ogni settore aveva due medici, che dovevano curare anche i monaci del convento nel quale l'ospedale era inserito. Vi era anche una zona per infermieri e lettighieri, incaricati questi ultimi di cercare in città i malati, anche appestati o lebbrosi, per portarli al

ricovero. Per preoccupazioni più di ordine morale che scientifico, alle operazioni presenziavano spesso degli spettatori, familiari, conoscenti o altri medici, che seguivano l'intervento

con comprensione ed incoraggiamento.

Notevoli i progressi compiuti in alcuni campi della pratica bizantina, come ad esempio in oftalmologia, specie per la preparazioni di colliri, e nell'uroscopia, in quanto mezzo importante per la diagnosi.

I grandi ospedali erano anche centri di studio e di preparazione, ma accanto a questi vi era anche l'insegnamento privato



Bisanzio

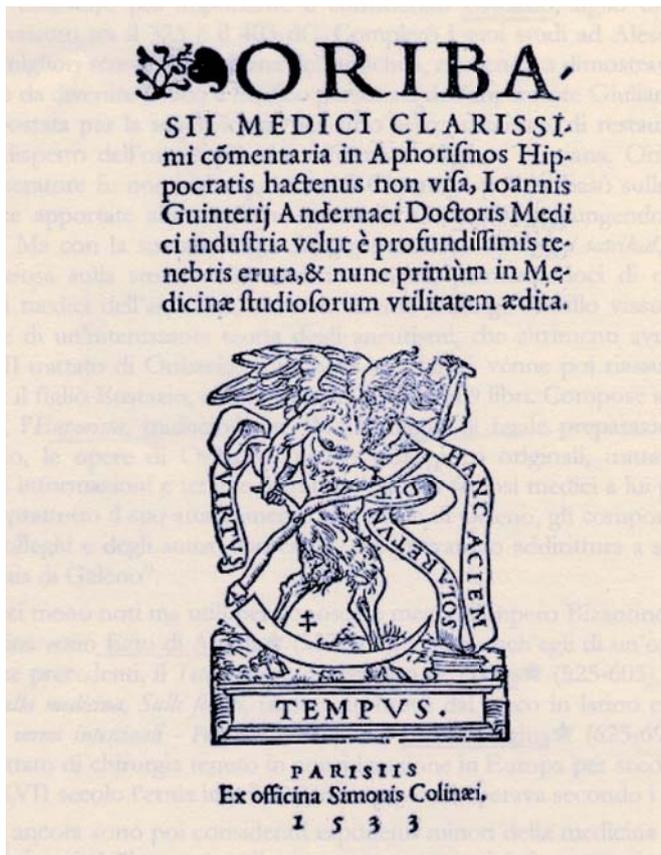
come pure dei medici itineranti, talvolta ciarlatani. Ciascuna categoria aveva i suoi testi, manuali, prontuari e ricettari, ed i suoi strumenti. Fra il IV ed il VII secolo sono quattro le figure più importanti da ricordare: Oribasio, che rielaborò con occhio critico il sapere di Ippocrate



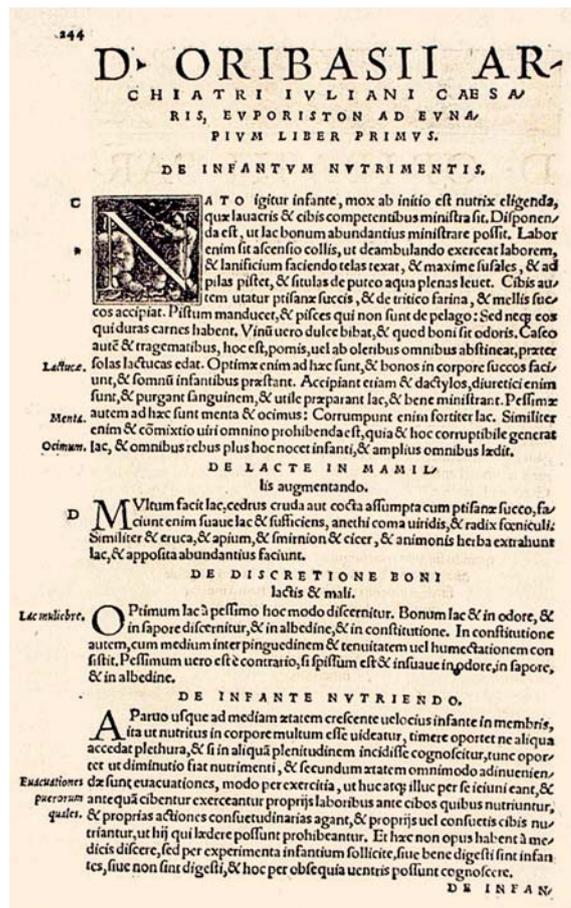
Interno della Basilica di Santa Sofia a Costantinopoli



Costumi bizantini



Oribasio, *Opere*, Parisiis, 1533



Oribasio, *Il compendio ad Euporiston*

e di Galeno, Aezio di Amida, fiorito a Costantinopoli sotto Giustiniano ma di formazione alessandrina, Alessandro di Tralles e Paolo di Egina, attivo in Alessandria dopo la caduta della città sotto gli Arabi nel 642. Vediamoli brevemente. Oribasio (325-403) nacque da famiglia patrizia a Perga-

mo, città già celebre per aver dato i natali a Galeno e per essere sede di una famosa scuola di medicina. Dopo aver studiato ad Alessandria avendo come insegnante un noto maestro del tempo, Zenone di Cipro, venne in seguito in contatto con il futuro imperatore romano Giuliano e lo seguì in Gallia, come suo

bibliotecario e medico personale. Per ordine del nuovo Cesare compose la sua prima importante opera, oggi perduta, una sintesi degli scritti di Galeno. Dopo varie peripezie ed anche un esilio fra i Goti, fu richiamato in patria. Sposata una donna ricca ed illustre, ne ebbe quattro figli, ad uno dei quali dedicò un'altra delle sue opere. Nell'arco della sua lunga vita Oribasio scrisse vari testi; quelli a noi pervenuti e sicuramente suoi sono le *Collectiones medicae*, un monumentale compendio in 70 libri, scritto in greco, della scienza medica di allora, giunto a noi solo parzialmente. Il contenuto dei libri conservati può essere così schematizzato: i primi tre trattano dei cibi vegetali, animali e loro proprietà; il IV della preparazione degli alimenti; il V delle bevande, loro preparazione e somministrazione; il VI della pratica fisica e della condotta di vita; i successivi



Solido di 4,46 grammi coniato a Costantinopoli tra il 379 e il 383. Al diritto busto diadematato a destra e legenda D N THEODOSIVS P F AVG. Al rovescio Costantinopoli in trono con scettro e globo e legenda CONCORDIA AVGGG; CONOB in esergo. Cohen 8, R.I.C. 44c.



Giuliano Apostata

due dei vari tipi di salasso, purganti e clisteri; il IX dell'ambiente e dello spazio abitativo; il X dei bagni, impiastri e preparati medicinali; dall'XI al XV dei medicamenti semplici. Degli altri a noi pervenuti, il XXIV tratta degli organi interni dell'uomo, ordinati dalla testa ai piedi; il XXV delle ossa, muscoli e nervi; i libri XLIII-XLV dei flemmoni, ascessi, ulcere e tumori; dal XLVI al XLIX l'argomento è la traumatologia ed infine l'ultimo, il cinquantesimo, dei disturbi dell'apparato urogenitale e delle ernie.

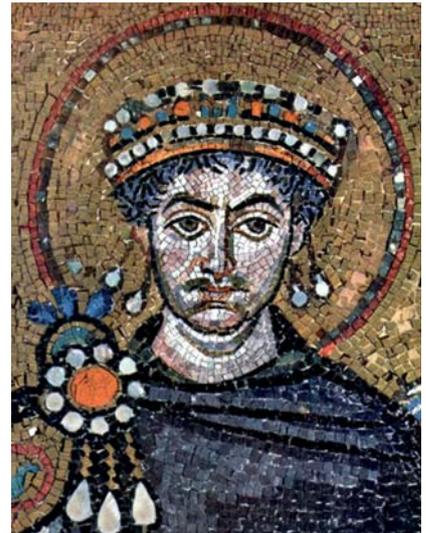
Altre sue note opere sono la *Synopsis ad Eustathium*, una sintesi in nove libri del testo precedente, ma con diverso impianto, di carattere pratico, destinata a chi, avendo già acquisito conoscenze mediche, desiderasse disporre di un prontuario di rimedi da usare in viaggio o in casi di emergenza; e *Ad Eunapium*, anche questa un compendio però destinato a persone colte che, come narra l'autore stesso nella prefazione, desiderassero acquisire conoscenze mediche pratiche quando si trovavano in viaggio o in campagna, dove non era loro possibile ricorrere all'opera del medico, al fine di dare indicazioni per poter da sé stessi curarsi ove si fosse trattato di lievi malattie o di improvvisi accidenti.

A queste infine va aggiunta una raccolta di formule terapeutiche, nota con il nome di *Eclogae medicamentorum*, dove sono citate nuove piante e nuove cure. L'Autore consiglia fra l'altro l'utilità delle scarificazioni nelle malattie, cioè le incisioni profonde della pelle specie nelle gambe, effettuate fino a far perdere anche due litri di sangue.

I libri di Oribasio furono raccolti e tradotti per la prima volta dal Daremberg in una curata edizione stampata a Parigi (1851-76).

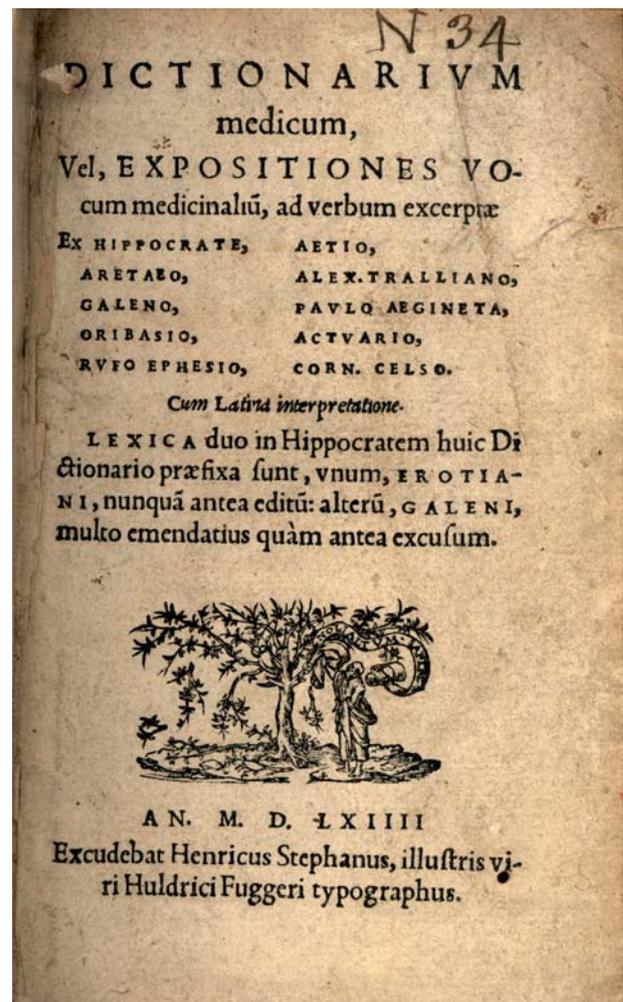
Fra gli altri scrittori bizantini dell'epoca più tarda, merita di essere citato Ezio Amide-no che visse all'inizio del VI secolo in Amida, città situata sulle rive del fiume Tigri. Studiò anche lui ad Alessandria, visse sotto Giustiniano a Bisanzio e scrisse un compendio medico in sedici libri nei quali sono citati i più importanti scrittori greci, arricchito anche della sua personale esperienza.

I suoi *Libri medicinales* rappresentavano una importante enciclopedia che tratta di farmaci e di alimenti (cap. I e II), pratiche terapeutiche ed esercizi ginnici (III), alimentazione e dietetica (IV),



Mosaico bizantino

semeiotica e prognosi (V), malattie della testa (VI), oftalmologia (VII), malattie toraciche (VIII), medicina interna (IX e X), diabete e malattie renali (XI), sciatica e artrite (XII), animali velenosi (XIII), affezioni anali,



Raccolta di testi bizantini, 1564

ferite da taglio e piaghe (XIV), tumori (XV); l'ultimo, il XVI, è dedicato alla ginecologia e alle malattie femminili, con ampie citazioni di autori non altrimenti noti.

Questo testo ebbe una grande fortuna anche molto tempo dopo l'invenzione della stampa, ed ancora agli inizi dell'Ottocento veniva ancora copiato a mano nelle regioni orientali dell'Europa.

Alessandro di Tralles (525-605) è fra gli scrittori bizantini quello il più studiato. Nacque da una famiglia di grande prestigio; compì numerosi viaggi per approfondire le sue conoscenze. Fu medico di grande fama ai suoi tempi, ed esercitò probabilmente a Roma la pratica e forse anche l'insegnamento. Visse quasi ottanta anni, circondato dalla stima dei tanti allievi e dei più illustri personaggi di allora.

La sua opera principale, *Therapeutica* o *De re medica*, è una patologia e terapia delle malattie

interne in dodici libri, nei quali sono raccolte le sue osservazioni fatte nel corso di una pratica che durò tutta la vita e fu certo scritta per servire di base all'insegnamento.

Vi troviamo riportate molte malattie studiate con grande attenzione, come quelle del sistema nervoso, quelle degli occhi, l'emoftoe (di cui consiglia utili prescrizioni), i morbi intestinali con i loro parassiti, la cura della gotta, per la quale prescrive il salasso e forti purganti.

I suoi scritti furono presto tradotti in arabo e in latino; la prima edizione in greco fu quella stampata a Parigi nel 1538.

L'ultimo grande medico bizantino è Paolo d'Egina, vissuto nella metà del VII secolo.

Anche lui studiò ad Alessandria e fu a Roma. Le sue opere furono subito tradotte in arabo ma dei suoi scritti si è conservato solo il *De medicina*, in sette libri. La materia è ripartita nel modo seguente:

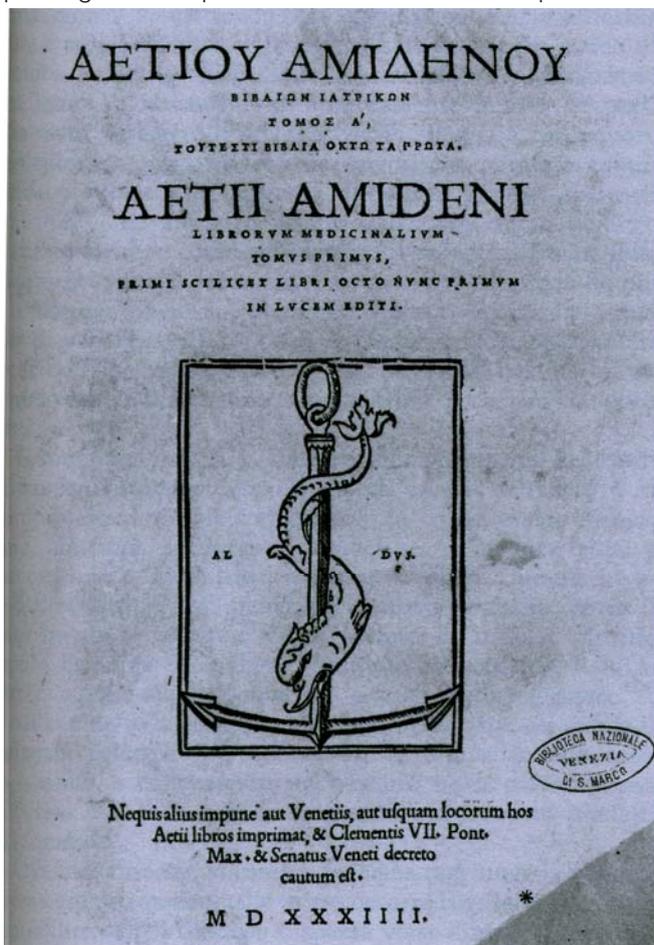
suddivisa a sua volta in fratture e lussazioni. Si ritrovano in questo sesto libro delle indicazioni utili a chiarirci i progressi fatti in questo campo dall'epoca di Celso; l'abilità operatoria dei chirurghi di quel tempo era giunta al punto di poter esercitare notevoli successi anche in interventi delicati e difficili.

Secondo Paolo la sede più frequente del carcinoma è l'utero o la mammella; in varie occasioni il mezzo di intervento più efficace è l'applicazione del cauterio, chiara è pure la descrizione della litotomia, preceduta dall'indicazione della posizione in cui deve essere posto il paziente. Molta esattezza pure nella trattazione delle ernie inguinali, della castrazione definitiva con il termine di eunuchismo, delle emorroidi e delle fistole anali.

Ricordiamo infine che all'epoca di Giustiniano, l'Impero di Oriente fu colpito da una spaventevole pestilenza, accompagnata da violenti terremoti. L'epidemia si diffuse così violentemente che più della metà degli abitanti perì e molte città allora fiorenti, furono ridotte a deserti. Questa pestilenza senza dubbio contribuì a determinare la fine della civiltà bizantina.

Nei secoli seguenti sono da citare i nomi di Stefano di Atene e di Giovanni di Alessandria, autore quest'ultimo di una grande epitome di Galeno sopravvissuta solo in traduzione araba. Fra il VII ed il IX secolo viene collocato Melezio monaco di Tiberiopoli e Leone medico, autori entrambi di un trattato su *La natura dell'uomo*; nell'XI secolo visse il medico Michele Psello, autore di numerosi scritti anche di botanica e di dietetica e Simeone Seth che, venuto da Antiochia, ricoprì importanti cariche e con sue traduzioni cercò di avvicinare la cultura araba a quella greca.

Nell'avvio di Bisanzio al suo destino, gli ultimi nomi da ricordare sono quelli di Demetrio Pepagomeno e di Giovanni Zacaria Attuario, archiatra dell'imperatore Andronico III, che studiò e scrisse di molte branche della medicina.



Aetio Amideno, Frontespizio dell'*Editio Princeps*, Venezia, 1534

Corsi di aggiornamento per una corretta conduzione degli studi

La CAO e la ASL 5 nell'intento di favorire una più corretta organizzazione dei nostri studi e offrire ai pazienti un servizio sempre migliore hanno preparato un ciclo di quattro incontri che si terranno di sabato mattina dalle ore 9 alle ore 12,30.

La finalità di questi corsi sarà anche quella di trasmettere agli odontoiatri un messaggio univoco secondo leggi, regolamenti e linee guida del momento, in modo da sciogliere tutti i nostri dubbi organizzativi e burocratici, e preservarci dallo stress legato ad eventuali controlli o incidenti sul lavoro.

La presentazione degli argomenti sarà molto colloquiale, a più voci, lasciando spazio alle tematiche pratiche e personali. Maggiori

dettagli sui singoli corsi verranno forniti in seguito.

I docenti ASL saranno la Dott.ssa Licia Della Bruna dirigente medico Igiene e Sanità Pubblica – IPN, il Dott. Andrea Monteverdi dirigente medico Medicina del Lavoro – ISLL, l'Ing. Mario Sbranti dirigente UF PISLL, il Dott. Luca Carneglia dirigente medico Igiene e Sanità Pubblica – IPN.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Emanuela De Franco che con fermo impegno ha coordinato il tutto e ci ha permesso di organizzare questo importante evento.

Il primo incontro si terrà **sabato 19 Ottobre 2013**: *“LR 51/09: Autorizzazione e Segnalazione Certificata di Inizio Attività. I re-*

quisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi. La modulistica e la documentazione attestante i requisiti richiesti”.

Il secondo incontro si terrà **sabato 16 Novembre 2013**: *“Il D. Lgs 81/08: la sicurezza nei luoghi di lavoro, gli obblighi di legge, il sistema sanzionatorio”.*

Il terzo incontro si terrà **sabato 23 Novembre 2013**: *“La radioprotezione del paziente e dei lavoratori: gli obblighi di legge, la documentazione obbligatoria”.*

Il quarto incontro si terrà **sabato 07 Dicembre 2013**: *“La sterilizzazione: modalità di sterilizzazione, indicatori di processo e di efficacia”.*

Modulo di consenso informato ed informazione corretta

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso di un paziente al quale era stato fatto sottoscrivere dalla segreteria un modulo prestampato.

Infatti la finalità dell'informazione che il medico è tenuto a dare è quella di assicurare il diritto all'autodeterminazione del paziente, il quale sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione medica.

È irrilevante a questo proposito la tipologia del paziente al fine di stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, potendo essa incidere solo sulle modalità di informazione, in quanto l'informazione deve sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone. Il consenso deve però essere sempre **completo, effettivo e consapevole ed è onere del medico provare di aver adempiuto a tale obbligazione.**

Lezioni al corso di laurea in odontoiatria (CLOPD) di Pisa

Giugno 2013: quasi al termine dell'anno accademico si è svolta una intera mattinata didattica da parte di rappresentanti della CAO e di ANDI, sindacato di categoria degli odontoiatri, presso il Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria di Pisa in favore degli studenti degli ultimi anni e ormai prossimi alla laurea. L'organizzazione di detto evento discende da un accordo nazionale fra il Presidente del Collegio dei Docenti di Odontoiatria Prof. Antonella Polimeni ed il Presidente della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria Prof. Marco Ferrari, da un lato, il Presidente Nazionale CAO Dott. Giuseppe Renzo e il Presidente Nazionale di ANDI Dott. Gianfranco Prada dall'altro. Lavorare insieme (Università, Ordine, Sindacato) per formare i futuri dentisti in previsione del loro inserimento nell'attività lavorativa è lo spirito dell'accordo e la grande novità. Ricerca quindi di una formazione non solo tecnica e clinica ma anche umana, deontologica, organizzativa nell'interesse dei futuri pazienti.

La finalità dell'incontro didattico,

che con caratteristiche simili si è tenuto in tutte le sedi universitarie italiane è stata quindi l'introduzione dei futuri Collegi alle tematiche ordinarie (deontologia, previdenza, organizzazione dell'Ordine e suoi compiti) e sindacali (apertura e conduzione di uno studio, rapporti con gli Enti Pubblici, con i dipendenti, ecc.).

All'Ateneo pisano l'incontro con gli studenti del corso di laurea si è svolto nelle aule della Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria grazie alla disponibilità del Presidente del Corso Prof. Corrado Blandizzi ed al prezioso interessamento ed alla collaborazione del Prof. Mario Gabriele. Lo stesso Prof. Mario Gabriele ha presentato agli studenti i docenti: Franco Pancani Presidente della CAO di Pisa, Stefano Mirengi Vice Presidente Nazionale di ANDI, Roberto Trivelli Presidente di ANDI PISA, Alberto Calderani consigliere della CAO pisana e segretario culturale ANDI. La mattinata, condotta in modo dialogante, lasciando spazio agli interventi degli studenti, è "volata via", grazie ai numerosi argomenti ed all'interesse dimostrato da parte degli studenti. Gli argomenti di pertinenza ordinistica sono stati numerosi, ma un maggiore approfondimento è stato dedicato ad alcuni articoli del Codice Deontologico, come il 54 (onorari professionali) il 57 (divieto di patrocinio) il 58 (rispetto reciproco e collaborazione con i colleghi) il 65 (società tra professionisti) e naturalmente il 67 (esercizio abusivo della professione e prestanomismo).

Su quest'ultimo aspetto si è molto insistito perché, considerando il periodo di crisi attuale e la giovane età dei futuri dentisti, si ritiene che essi siano particolarmente esposti a cadere nei raggiri di personaggi poco scrupolosi. Un altro tema approfondito è stato quello della pubblicità scorretta, che inonda i media, ed anche quello dei rapporti professionali tra colleghi. È stato inoltre illustrato il "funzionamento" dell'Ordine, ed anche l'aspetto previdenziale (Enpam) tanto importante fin dall'inizio dell'attività quanto lontano dai pensieri e dalle aspettative dei giovani.

Una peculiarità dell'incontro pisano rispetto a quello tenutosi in altre Università, è stata sicuramente quella di aprire, oltre alla parte didattica su materie extra cliniche, un confronto sulle aspettative degli studenti intavolando un franco scambio di opinioni e informazioni, consapevoli che il futuro dell'odontoiatria italiana passa attraverso le scelte dei giovani.

Ha suscitato interesse al riguardo il recente sondaggio on line, su scala nazionale, condotto dal Collegio dei Docenti con ANDI e AISO (Associazione Italiana degli Studenti in Odontoiatria) sulle aspettative e le scelte future degli attuali studenti iscritti ai Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Alla domanda "Secondo quali modalità pensi di poter entrare nella professione ed avviare la tua carriera?", la metà degli intervistati ha dichiarato che collaborerà da libero professionista con altri professionisti nei loro studi e un 10% cercherà di trovare uno studio dove lavorare come dipendente. Solo il 18% pensa di aprire subito uno studio personale. Questi dati riflettono per





sommi capi anche le intenzioni dei giovani studenti dell'Ateneo pisano per i quali l'immediato inserimento nel mondo del lavoro è previsto solo per quelli che hanno un genitore o un parente prossimo con attività odontoiatrica avviata. Ne emerge che il futuro odontoiatra non si vede nelle vesti di burocrate, né di imprenditore sia per il notevole carico amministrativo previsto, e per le notevoli spese di avviamento e gestione di uno studio odontoiatrico: meglio essere consulente o dipendente che self-employed. È un notevole cambiamento rispetto al passato, anche recente che comporta un attento monitoraggio dell'evolversi della situazione da parte della componente ordinistica della professione e nuove strategie di tutela ed impostazione progettuale delle associazioni sindacali. Probabilmente chi tra i giovani cercherà di prepararsi per dare più alta qualità alle proprie prestazioni nel tempo verrà ripagato, ma i generici segnali si sperano per le nuove generazioni in un periodo storico in cui la crisi sta interessando anche

la nostra professione non sono sufficienti. Occorrono proposte. Pertanto ANDI sta portando avanti un "Patto Generazionale" con il quale intende mettere a punto tutta una serie di servizi volti ad incentivare l'ingresso nel mondo del lavoro dei giovani odontoiatri sia come liberi professionisti, che come collaboratori, vista la necessità di dare un sostegno ai giovani colleghi per garantire un futuro alla libera professione odontoiatrica così come la concepiamo e la esercitiamo. Si vuole cercare di unire due interessi convergenti favorendo contemporaneamente dei giovani nella libera professione e supportando un lento e corretto abbandono dell'attività degli anziani. I colleghi Trivelli e Mirengi hanno dato delucidazioni in merito destando l'interesse dei presenti.

La parte più strettamente didattica ha poi riguardato gli aspetti gestionali e di carattere burocratico relativi all'apertura dello studio ed alla sua conduzione con riferimento alle più attuali leggi e normative compresa quella sulla sicurezza

dei luoghi di lavoro.

Il Dott. Stefano Mirengi ha ricordato che la Legge Finanziaria 2008 ha introdotto il regime fiscale per i cosiddetti contribuenti minimi (L. 244/2007), che interessa, gli under 35. Tale regime è stato recentemente oggetto di profonda rivisitazione con l'art. 27 D.L. 98/2011, il quale ha concepito il regime dei "superminimi", in vigore dal 2012 caratterizzato dal versamento di un'imposta sostitutiva del 5% al posto di quella in vigore in precedenza del 20%. Riguarda coloro che hanno conseguito ricavi o percepito compensi, ragguagliati ad anno, in misura non superiore a € 30.000 e non hanno effettuato acquisti di beni strumentali ad un ammontare superiore a € 15.000.

L'orologio e la stanchezza hanno interrotto l'incontro, condotto senza pause, formativo e gratificante sia per gli studenti che per i docenti nella certezza di avere iniziato un nuovo percorso da perfezionare ed ampliare.

L'uso corretto della CBCT nella pratica odontoiatrica

L'utilizzo della tecnologia volumetrica TC "cone beam" nella pratica odontoiatrica si è notevolmente esteso in virtù di una qualità di immagine estremamente accurata e contestualmente di una asserita riduzione delle dosi di radiazioni ionizzanti emesse nell'esecuzione dell'esame rispetto alle metodiche con TC spirale.

L'utilizzo si è talmente diffuso che non pochi studi odontoiatrici ne sono entrati in possesso e l'impiego della metodica da un iniziale campo di applicazione alla chirurgia orale si è diffuso ad altre branche della disciplina.

La detenzione ovvero il possesso soggiace alla norma generale indicata dalla legge 187/2000 con un preciso recente dettaglio normativo contenuto nelle **“Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche «Cone beam» (10A06042)** (G.U. Serie Generale n. 124 del 29 maggio 2010)

La valutazione preliminare da porsi è l'inquadramento giuridico delle raccomandazioni espresse nell'ambito della gerarchia delle fonti del diritto. L'identificazione del richiamo espresso dalle previsioni del comma 1 dell'art 6 del decreto legislativo 187/2000 pone queste raccomandazioni nell'ambito delle fonti secondarie.

Le fonti secondarie si collocano al terzo grado della scala gerarchica delle fonti del diritto al di sotto delle norme costituzionali, delle leggi e delle altre norme primarie. Le fonti secondarie sono costituite dai regolamenti adottati dal potere esecutivo oppure dagli enti pubblici

territoriali.

Chiarita la valenza giuridica delle “raccomandazioni” dalla lettura della stesse si evince che esse disciplinano l'utilizzo della metodica cone beam in ambito specificatamente odontoiatrico.

Appare di palmare evidenza che laddove il legislatore si interessi di regolamentare l'utilizzo di una metodica implicitamente ne autorizzi l'uso o la detenzione .

Prendiamo in esame gli aspetti salienti delle “raccomandazioni”:

- riaffermazione del concetto che in nessun caso possono essere minimizzati i rischi di esposizione alle radiazioni ionizzanti, in termini di radioprotezione nessuna dose è di per se trascurabile
- riaffermazione del rischio insito in ogni esposizione di possibili lesioni per effetti di tipo stocastico che sebbene in termini di probabilità di insorgenza presentano una relazione diretta con la dose e rispetto alla gravità degli effetti risultano indipendenti dalla stessa potendosi manifestare in tempi molto lunghi come avviene per gli effetti ereditari o lo sviluppo neoplastico
- necessità di una attenta analisi dei vantaggi derivanti dall'utilizzo della procedura attraverso una disamina del rapporto rischio/beneficio.
- La TC volumetrica deve essere effettuata nel pieno rispetto dei requisiti di giustificazione e deve essere gestita solamente da personale qualificato, opportunamente formato e con adeguata esperienza, come richiesto dall'art. 7 del decreto legislativo n. 187/2000, anche ai fini della ottimizzazione

Aspetti operativi

Altro aspetto di preminente interesse medico legale è la considerazione che nella esecuzione di un esame cone beam all'interno di uno studio odontoiatrico si ha la produzione di una massa di informazioni su tessuti duri e molli non direttamente oggetto dell'attenzione e degli scopi dell'operatore.

Infatti laddove la ricerca attraverso l'utilizzo di CBCT sia focalizzata sull'idoneità di siti al trattamento implantare, nondimeno si ha la produzione di dati inerenti strutture vicine non implicate nel trattamento implantare .

Nondimeno esse devono essere oggetto di indagine riscontro e controllo diagnostico da parte dell'odontoiatra su cui incombono tali obblighi in forza di una autorizzazione a possedere sorgenti di radiazioni ionizzanti come ausilio diagnostico allo svolgimento della professione.

L'omessa diagnosi di alterazioni a carico di strutture molli o dure comunque identificabili sulla base di una media preparazione professionale, ovvero l'errata diagnosi di normalità del quadro radiografico laddove sempre sulla base del citato criterio siano ravvisabili alterazioni espone l'odontoiatra al rischio di contenzioso legale.

Non rileva nella fattispecie la competenza “territoriale “ dell'odontoiatra di fronte ad una messe di immagini di altri distretti e di altre competenze; l'esecuzione di un esame CBCT con un FOV ampio produce immagini che devono essere analizzate e diagnosticate in coerenza con il citato obbligo di garanzia che il sanitario ha nei riguardi del paziente. Laddove il riconoscimento di strut-

ture anatomiche esito dell'esame CBCT sia al di fuori delle conoscenze e competenze dell'odontoiatra, sarà obbligo e cura dello stesso la trasmissione a specialista radiologo per la diagnostica specialistica.

Appare evidente che tali incombenze non sussistono laddove sia possibile effettuare scansioni con un FOV ridotto atto ad evidenziare solo le zone di interesse.

Indicazioni cliniche operative

- autorizzato l'utilizzo in attività radiodiagnostiche complementari per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica del medico o dell'odontoiatra
- non possono essere effettuati esami per conto di altri sanitari ,pubblici o privati ,nè essere redatti o rilasciati referti radiologici ,in quanto l'utilizzo di apparecchiature radiodiagnostiche risulta essere ammesso limitatamente alle solo condizioni prescritte dal decreto legislativo 187\2000
- Risultano ammesse, in attività' radiodiagnostiche complementari, solo le pratiche che per la loro caratteristica di poter costituire un valido ausilio diretto e immediato per lo specialista, presentino i requisiti funzionali e temporali di risultare «**contestuali**», «**integrate**» ed «**indilazionabili**» rispetto allo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica.

Si intende per **contestuale** tutto quello che avviene nell'ambito della prestazione specialistica stessa ed ad essa direttamente rapportabile. La contestualità rispetto all'espletamento della procedura specialistica interessa pertanto sia l'ambito temporale in cui si sviluppa la prestazione strumentale, sia l'ambito funzionale direttamente riconducibile al soddisfacimento delle finalita' della stessa prestazione.

Per risultare «**integrato**» l'uso della pratica complementare deve essere connotato dalla condizione di costituire un elemento di ausilio della prestazione stessa, in quanto in grado

di apportare elementi di necessario miglioramento o arricchimento conoscitivo, utili a completare e/o a migliorare lo svolgimento dello stesso intervento specialistico di carattere strumentale.

Sotto il profilo temporale la pratica complementare deve risultare **non dilazionabile** in tempi successivi rispetto all'esigenza di costituire un ausilio diretto ed immediato al medico specialista o all'odontoiatra per l'espletamento della procedura specialistica, dovendo come prescritto dalla normativa risultare sotto tale profilo «indilazionabile» rispetto all'espletamento della procedura stessa, per risultare utile.

La lettura di detto paragrafo si presta a diverse interpretazioni.

Ragionevolmente quella più aderente al testo parrebbe indicare la necessità di una "vicinanza" temporale fra l'espressione di una necessità motivata di approfondimento diagnostico radiografico tramite cone beam e l'esecuzione, per esempio, del piano di ripristino implantare e questo per evitare che l'esecuzione dell'esame radiografico e la realizzazione chirurgica siano separati da un tempo eccessivo o comunque tale da rendere necessaria l'esecuzione di un altro esame.

Obblighi successivi correlati all'utilizzo della CBCT

1. piena giustificazione dell'esame.

Tutti gli esami effettuati in attività' di radiodiagnostica di ausilio al medico specialista o all'odontoiatra devono risultare giustificati singolarmente, e pertanto devono risultare correttamente

valutati i potenziali benefici al paziente rispetto ai possibili rischi; a seguito di tale valutazione i vantaggi devono risultare superiori ai rischi, tenendo anche conto del possibile uso alternativo di tecniche che comportino una minore o nulla esposizione a radiazioni ionizzanti.

2. obbligo di preventiva acqui-

sizione del consenso informato scritto.

In tale documento devono essere in modo facilmente comprensibile e chiaro portati a conoscenza del paziente i rischi connessi all'esposizione a fronte dei benefici attesi; il documento deve altresì contenere una relazione clinica a motivazione dell'effettuazione dell'esame e le altre informazioni riguardanti la giustificazione della pratica e l'indicazione della dose che verrà somministrata. Una copia del consenso informato, sottoscritta dal paziente, dovrà essere consegnata, controfirmata dal medico specialista o dall'odontoiatra, allo stesso paziente, quale utile promemoria in relazione ad altri possibili accertamenti radiologici; l'originale dovrà essere conservato agli atti dal medico specialista o dall'odontoiatra.

deve essere assicurata adeguata archiviazione e conservazione cartacea e/o informatica del consenso informato per un periodo di almeno 5 anni;

3. conservazione delle immagini

devono essere assicurate l'archiviazione e la conservazione per un adeguato periodo, non inferiore a 5 anni di tutte le immagini realizzate con l'apparecchiatura (anche se di prova o per i controlli di funzionalità, di qualità ecc.); devono essere assicurate la registrazione e archiviazione su apposito registro, anche su supporto informatico, di tutti gli esami eseguiti, al fine di consentire le valutazioni delle esposizioni ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo n. 187/2000, nonché i relativi controlli da parte degli organi di vigilanza. Il numero totale delle esposizioni registrate dovrà corrispondere alla somma delle esposizioni risultante dal contatore dell'apparecchiatura; deve essere effettuata la consegna al paziente dell'iconografia completa dell'esame (anche in formato digitale) necessaria per eventuale comparazione con esami precedenti o successivi, oltre che per valutazioni da parte di altri specialisti, nonché per

motivi medico-legali;

4. personale autorizzato all'esecuzione dell'esame

l'effettuazione dell'esame per l'attività radiodiagnostica complementare dovrà essere assicurata direttamente da parte del medico specialista o dall'odontoiatra, opportunamente formato ed esperto, o anche, per gli aspetti pratici di esecuzione dell'indagine, avvalendosi del tecnico sanitario di radiologia medica;

5. verifiche periodiche

- deve essere assicurata la verifica periodica della dose somministrata e della qualità delle immagini, avvalendosi della collaborazione di un esperto di fisica medica nell'ambito del programma di garanzia della qualità;
- deve essere effettuata una specifica formazione nell'utilizzazione della tecnologia nell'ambito della formazione quinquennale di cui all'art. 7, comma 8, del decreto legislativo n. 187/2000.

- L'impiego sempre più frequente di apparecchiature radiologiche, anche da parte di medici non specialisti in radiologia, in attuazione delle previsioni dell'art. 8 del decreto legislativo n. 187/2000, richiede da parte degli organi territorialmente competenti del Servizio Sanitario Nazionale un'attenta e regolare vigilanza sulle sorgenti di radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche, con verifica puntuale in particolare sulla adozione di adeguati programmi di garanzia della qualità, sulla corretta informazione al paziente, sulla verifica periodica della dose somministrata, sulla avvenuta registrazione e conservazione dei dati, quale efficace deterrente preventivo per assicurare un uso sempre giustificato ed ottimizzato e per scoraggiare, attraverso le previste sanzioni,

esecuzioni non giustificate e inappropriate di esami radiologici che sono in grado di provocare indebiti rischi alle persone appare definito lo scopo delle "raccomandazioni" che tendono ad imporre una azione dissuasiva riguardo un uso della nuova

tecnologia difforme dalle indicazioni generali espresse dalla 187/2000 di cui tale comunicato rappresenta una estensione, immutato il regime sanzionatorio penale della direttiva quadro.

In altri termini l'utilizzo di tale metodica soggiace

a precise norme di legge la cui violazione richiama il citato regime sanzionatorio penale della 187/2000 in ordine alla mancata giustificazione clinica dell'esame.

Il concetto di giustificazione clinica parte dal presupposto che le radiazioni ionizzanti sono dannose e che il loro utilizzo deve sottostare a necessità di ordine clinico che non possono essere altrimenti soddisfatte.

Nella formulazione del giudizio di idoneità di un paziente al trattamento implantare oltre che aspetti di carattere generale si valuta l'idoneità del sito all'infissione chirurgica.

Tale giudizio si formula sulla valutazione dei volumi ossei a disposizione e nella maggior parte dei casi sono sufficienti esami radiografici di primo livello (rx endorale con centratore) o di secondo livello (opt digitale o comunque con coefficiente di magnificazione certo).

Molto spesso in questi casi l'utilizzo della CBCT o della TAC a spirale appare più come un aspetto di autotutela del sanitario nei riguardi di eventuali contestazioni piuttosto che essere un ausilio diagnostico in ordine alla citata idoneità al trattamento.

L'opinione che in caso di contenzioso per danni da trattamento implantare, l'omissione di accertamenti tomografici rappresenti costantemente una aggravante dal punto di vista medico legale è quanto mai priva di fondamento.

Nell'ambito delle indagini radiologiche pre-operatorie si possono ravvisare profili di responsabilità professionale in ordine a comportamenti commissivi od omisivi.

Comportamento commissivo

è certamente sanzionabile il comportamento dell'odontoiatra che di

fronte ad immagini radiografiche standard (primo e secondo livello) coincidenti con l'esame clinico nell'attribuire un giudizio di idoneità ad un determinato sito implantare in ordine ai volumi disponibili, richieda ulteriori esami (CBCT o TAC) in contrasto con quanto indicato dalle norme di legge.

Tale comportamento pur comportando una irragionevole esposizione a radiazioni ionizzanti in contrasto con il principio di giustificazione non appare produttivo di responsabilità ex art 2043 c.c (responsabilità extracontrattuale).

Infatti tale norma di legge sanziona il danno e non l'azione e nel caso di specie appare difficile se non impossibile identificare un danno correlato all'esposizione suscettibile di valutazione medico legale.

Nondimeno l'odontoiatra sarà esposto al regime sanzionatorio penale previsto dalla 187/2000 per violazione del criterio di giustificazione clinica dell'esame.

Peraltro trattandosi di dolosa violazione di norma potrebbero configurarsi come inefficaci le coperture assicurative.

Comportamento omissivo

è certamente sanzionabile il comportamento dell'odontoiatra che di fronte ad un quadro radiografico di primo approccio che oggettivamente e quindi nelle conoscenze e competenze del professionista medio indichi la presenza di situazioni a rischio assolutamente meritevoli di approfondimento diagnostico ulteriore, ometta detto approfondimento risponde del danno eventualmente provocato.

Le norme sovra elencate e descritte per l'utilizzo della cone beam in ambito odontoiatrico tendono a dissuadere, attraverso le previste sanzioni, un uso non appropriato della tecnologia.

Il concetto di appropriatezza coincide funzionalmente con quello di giustificazione clinica chiaramente indicato nella 187/2000 di cui le raccomandazioni, giova ricordarlo, rappresentano una estensione normativa.

Ictus e telemedicina: nasce la teletrombolisi

La trombolisi endovenosa è una terapia ampiamente validata che riduce le conseguenze disabilitanti dell'ictus ischemico mediante la somministrazione di attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) con lo scopo di ripercorrere le aree cerebrali con flusso ematico ridotto ma che possono essere ancora sottratte alla necrosi irreversibile in caso di intervento tempestivo. Infatti per ogni minuto di ritardo nella ripercorrimento muoiono circa due milioni di neuroni e quindi prima si inizia il trattamento maggiori sono le possibilità di successo terapeutico. Dopo quattro ore e mezzo dall'esordio dei sintomi dell'ictus il beneficio della trombolisi si annulla e viene superato dai potenziali effetti collaterali del trattamento, soprattutto la trasformazione emorragica sintomatica della lesione ischemica. La limitata finestra temporale rappresenta quindi una delle principali barriere per l'implementazione della trombolisi che attualmente nel mondo reale viene effettuata solo in circa il 5% dei pazienti con scarsa equità di trattamento soprattutto per i casi che si verificano in aree geografiche distanti dalle strutture e dalle competenze adeguate. Per aumentare le possibilità di trattamento è innanzi tutto necessaria l'educazione e l'informazione della popolazione in modo che il paziente ed i suoi familiari siano in grado di riconoscere rapidamente i principali sintomi dell'ictus e chiamino immediatamente il 118 per essere trasportati nella struttura ospedaliera accreditata per la trombolisi. Inoltre è fondamentale accorciare la distanza (...che significa tempo e quindi milioni di neuroni risparmiati) tra il paziente ed il centro

che effettua il trattamento. Quindi l'alternativa a spostare il paziente verso centri distanti esperti e competenti che richiede consumo di tempo prezioso è quella di spostare l'esperienza e la competenza di centri distanti verso il paziente creando una rete territoriale telematica in grado di favorire maggiore equità ed appropriatezza di trattamento con modico impiego di risorse. Tale modalità di assistenza prende il nome di teletrombolisi ed è stata proposta in questo ambito a partire dal 1999 proprio per sopperire alle difficoltà di trattare in tempi rapidi i pazienti colpiti da ictus nelle aree rurali degli Stati Uniti (Levine, 1999). In seguito sono stati sviluppati in molti paesi numerosi sistemi di telemedicina per l'ictus (Demaerschalk, 2009) che si sono dimostrati accurati ed affidabili e l'American Heart Association nel 2009 ha pubblicato specifiche raccomandazioni per la loro implementazione (Schwamm, 2009). In Europa uno dei sistemi più sviluppati è rappresentato dal TEMPiS (Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care - Audebert, 2005), realizzato in Germania nella regione della Bavaria. Tale servizio si basa su un sistema di videoconferenza e di condivisione di neuroimmagini (tomografia computerizzata e risonanza magnetica) mediante la trasmissione di dati ad alta velocità. In particolare il centro periferico dove si trova il paziente attiva una richiesta di televideoconsulto con il centro esperto che valuta sia l'esame neurologico effettuato a letto del paziente sia le immagini neuroradiologiche e in questo modo seleziona rapidamente i casi da trattare. Nell'ambito del sistema TEMPiS in circa

un anno sono stati sottoposti a trombolisi endovenosa 106 pazienti rispetto all'anno precedente in cui ne erano stati trattati solo 10. Il tempo medio tra l'inizio dei sintomi e l'arrivo in ospedale è stato di 65 minuti, mentre il tempo medio tra l'arrivo in ospedale e l'inizio del trattamento è stato di 76 minuti. La percentuale di trasformazione emorragica sintomatica e la mortalità sono state simili a quelle degli studi randomizzati. In Italia la telemedicina per l'ictus ed in particolare la teletrombolisi è ancora poco sviluppata. Una delle esperienze più significative che peraltro adempie ad una specifica delibera regionale è quella sviluppata in Veneto a partire dal 2010 nell'area di Treviso e Conegliano per i pazienti che abitano in zone periferiche rispetto al polo specialistico di Treviso. Tale esperienza ha documentato anche il vantaggio che la telemedicina applicata all'ictus è in grado di ridurre la concentrazione di casistica poco appropriata in ospedali di elevata specializzazione rendendo possibile una maggiore disponibilità di posti letto in tali strutture e permette inoltre risparmio di risorse per il trasporto dei pazienti attraverso un minor impiego di ambulanze che rimangono maggiormente disponibili sul territorio per altre necessità. Recentemente le linee guida dell'American Heart Association / American Stroke Association (Jauch, 2013) hanno ribadito che la teletrombolisi è in grado di aumentare il numero di pazienti trattati in ospedali periferici e di ridurre il tempo tra l'esordio dei sintomi e l'inizio della terapia mantenendo la stessa sicurezza ed efficacia dei trattamenti effettuati nei centri più esperti.

Il questionario comportamentale: tra assetto individuale e patologia

Nel complesso mosaico del comportamento umano il temperamento rappresenta la quota geneticamente determinata. Molti autori nel corso dei secoli, da Ippocrate in poi, si sono interessati alla sua analisi e valutazione elaborando vari modelli. Anche la I unità operativa della Clinica dell'università di Pisa diretta dalla professoressa Liliana Dell'Osso si è interessata a questo importante crocevia tra assetto individuale e patologia, possibile terreno di intervento precoce. Dall'impegno in questo campo è nato un nuovo strumento di valutazione: il questionario sulla struttura temperamentale (QST).

Il modello da cui nasce il questionario esplora l'energia personale ed indaga l'intensità e l'oggetto verso cui si esprime, sia esso la realtà esterna o il mondo interno.

Il QST è stato elaborato dal nostro gruppo di ricerca per l'individuazione di tre possibili profili temperamentali (tipi A, B e C): tipo A, i soggetti che esternalizzano le loro energie, tipo B, soggetti che utilizzano le loro energie nell'ambiente interno, tipo C, costituito da individui che oscillano nell'arco del tempo alternativamente e continuativamente tra le due modalità di utilizzo. Il questionario si articola in 44 items, ciascuno dei quali prevede una scelta tra 3 opzioni, rappresentate da brevi affermazioni sull'emozione, i pensieri o le abitudini.

La validazione di questo strumento è stata effettuata utilizzando il test in auto-somministrazione su 449 giovani adulti, di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

I partecipanti sono stati reclutati dai ricercatori in contesti e situazioni variegate e perciò provenienti da

condizioni socio-culturali diverse per aumentare la rappresentatività del campione.

A ciascun soggetto è stata consegnata una busta sigillabile contenente un modulo per il consenso informato al trattamento riservato delle informazioni personali, il Questionario per la rilevazione della Struttura Temperamentale (QST), il Temperament and Personality Questionnaire (TPQ), il Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A),

un modulo per dati anagrafici, anamnesi personale e familiare, una lista di possibili eventi vitali stressanti e un questionario di screening per i disturbi psichiatrici.

Il TEMPS-A è la versione abbreviata ed auto-compilabile dell'intervista clinica semi-strutturata TEMPS-I per la valutazione dei temperamenti affettivi come proposti da Akiskal, nella traduzione italiana a cura del dipartimento di psichiatria dell'università di Pisa (Placidi et al., 1998; Akiskal et al., 2005).

Il TPQ è la scala elaborata da Cloninger per la valutazione delle quattro dimensioni temperamentali: novelty seeking, harm avoidance, reward dependence, persistence.

In base alla distribuzione per età, alla proporzione tra sessi e all'esclusione dei soggetti con potenziali patologie psichiatriche (rilevate dal questionario di screening) la popolazione in studio appare relativamente uniforme.

L'analisi della distribuzione delle risposte agli items e l'analisi delle funzioni discriminanti hanno evidenziato che il QST è in grado di individuare dei tipi temperamentali basati sulla dimensione dell'energia introiettata o estroiettata in maniera

consistente ed affidabile.

L'analisi delle correlazioni tra i domini del QST e quelli di due importanti e consolidati strumenti di valutazione del temperamento – il TEMPS-A e il TPQ – ha inoltre messo in luce una serie di legami statistici e concettuali tra i tre questionari, che da una parte sembrano confermare la validità delle nostre ipotesi, e dall'altra fanno intravedere la possibilità di una sintesi futura degli attuali approcci al temperamento, oggi diversificati.

L'ipotesi centrale del gruppo di ricerca sul QST è che si possa definire una dimensione temperamentale continua, ai poli della quale si collocano due opposte modalità di orientamento delle risorse psichiche, che in un caso vengono di preferenza esternalizzate, cioè agite nel campo della realtà sociale ed oggettiva, mentre nell'altro caso sono internalizzate, ad alimentare il campo delle proiezioni intrapsichiche.

Due motivi dovrebbero incentivare la ricerca sul temperamento. Il primo di questi, più generale, è che le acquisizioni nel campo della personalità non possono che migliorare la comprensione dei fenomeni psichici, del comportamento e della natura umana, anche in un significato più estensivo rispetto al tradizionale ambito degli studi sui disturbi dell'umore e della personalità.

L'altro obiettivo, di più stretto interesse clinico, riguarda invece la potenziale applicazione di queste nuove conoscenze all'attività di diagnosi e cura in psichiatria – attività che attraverso la valutazione più puntuale degli aspetti temperamentali e delle inclinazioni individuali ci si aspetta di poter adattare meglio alle esigenze dei singoli pazienti.

L'Ordine informa



FNOMCeO

Prot. N°: _____

Rif. Nota:

Resp. Proced.: - Dr. Marco Poladas

Resp. Istrut.: - M.Loffredi

OGGETTO:

Ritiro medicinali LONARID e
TACHIDOL

Roma, _____

COMUNICAZIONE N. 72

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER
GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI

LORO SEDI

L'Agenzia Italiana del Farmaco ci ha trasmesso
l'allegata nota informativa concernente il ritiro dei medicinali
LONARID e TACHIDOL.

Trattandosi di informazioni particolarmente delicate
riguardanti la tutela della salute, chiediamo a tutti i Presidenti di
dare la massima informazione agli iscritti della nota allegata.

Grati per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco



All.to

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

29 luglio 2013

*Agenzia Italiana del Farmaco*

AIFA

DA : AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
UFFICIO QUALITÀ DEI PRODOTTI
VIA DEL TRITONE, 181
00187 ROMA
A : INDIRIZZI IN ELENCO

A seguito della notifica della posizione finale, nell'ambito della procedura di deferimento ai sensi dell'art. 107k(1) e (2) della Direttiva 2001/83/CE, del Gruppo di Coordinamento per il Mutuo riconoscimento e le procedure Decentrate (CMDh), che ha approvato all'unanimità la raccomandazione del Comitato per la Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), conseguente alla rivalutazione del rapporto beneficio-rischio dei medicinali antidolorifici contenenti codeina,

SI DISPONE

a tutela della salute pubblica, ai sensi dell'art. 142, comma 1, del Decreto Legislativo n. 219 del 24/04/2006, il ritiro dei seguenti medicinali, poiché il profilo beneficio-rischio viene considerato ancora favorevole nei bambini solo di età superiore ai 12 anni, mentre al di sotto di tale età la codeina non deve essere utilizzata come antidolorifico a causa del rischio di tossicità da oppioidi:

"LONARID bambini 200 mg + 5 mg supposte, 6 supposte", AIC n. 020204119

della ditta Boehringer Ingelheim S.p.A. sita in Milano, via Lorenzin, 8;

"TACHIDOL Bambini 125 mg/5 ml + 7,5 mg / 5 ml Sciroppo"- flacone da 120 ml" AIC n. 031825019 e

"TACHIDOL "Bambini 125 mg/7,5 mg Granulato effervescente"- 10 bustine" AIC n. 031825033 - della ditta ACRAF Angelini S.p.A. sita in Roma, viale Amelia, 70;

"PARACETAMOLO + CODEINA ANGENERICO 125 mg + 7,5 mg Granulato effervescente 10 bustine" AIC n.034370027 e

"PARACETAMOLO + CODEINA ANGENERICO 2,5 g + 0,150 g Sciroppo flacone da 120 ml"

AIC n. 034370039

della ditta Angenerico S.p.A., sita in Roma, via Nocera Umbra, 75.

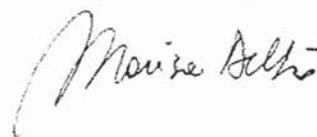
Resta inteso che, nelle more del ritiro, i medicinali sopra riportati non potranno essere utilizzati.

Le ditte Boehringer Ingelheim S.p.A., ACRAF Angelini S.p.A. e Angenerico S.p.A. dovranno assicurare l'avvenuto ritiro entro 48 ore dalla ricezione della presente comunicazione.

Il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute è invitato a verificare l'avvenuto ritiro e, in caso di mancato adempimento da parte della ditta interessata, procederà al sequestro dei medicinali.

Il Dirigente dell'Ufficio

(*Marisa Delbò*)



Il trapianto di cornea, percorso assistenziale

L'intervento di "Trapianto di Cornea" o Cheratoplastica è un intervento chirurgico in cui il tessuto danneggiato corneale viene sostituito con un tessuto proveniente dalla cornea di un donatore.

Le patologie della cornea che riducono l'acuità visiva sono numerose e comprendono le patologie che determinano una opacità corneale (cicatrici post-infettive o post-traumatiche, distrofie, degenerazioni corneali), o alterazioni della normale curvatura della cornea (cheratocono, patologie congenite, traumi, esiti di interventi chirurgici)

Il lembo corneale impiantato, ripristina la trasparenza, la morfologia fisiologica della cornea, e la funzionalità, consentendo al paziente un buon recupero visivo in tempi più o meno rapidi.

In relazione all'interessamento corneale possono essere eseguiti tre tipi di intervento:

Cheratoplastica perforante

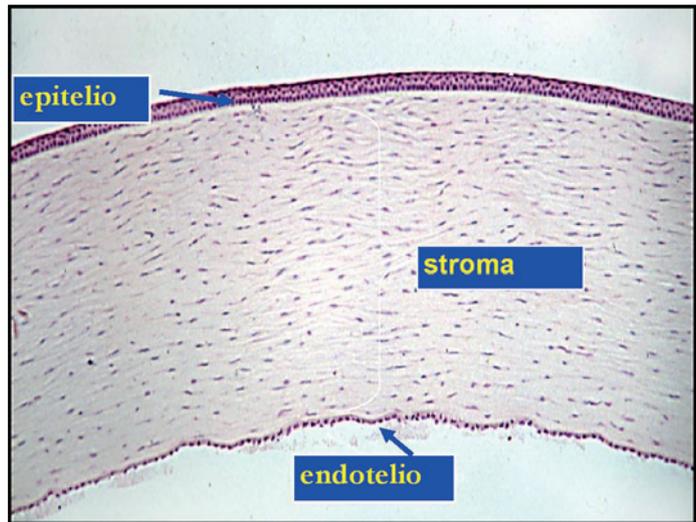
Cheratoplastica lamellare anteriore

Cheratoplastica lamellare posteriore

8 mm, con un lembo di tessuto corneale sano di pari diametro, proveniente da un donatore. Questo viene suturato al letto corneale periferico del ricevente mediante una sutura continua o doppia, o mediante una sutura a punti staccati in Nylon 10/0.

Invece, se la sede interessata dall'opacità corneale riguarda la zona che interessa l'epitelio fino allo stroma profondo, è possibile scegliere una tecnica che ci permette di sostituire soltanto gli strati corneali anteriori..

Questa possibile alternativa di trapianto, **la Cheratoplastica Lamel-**



Istologia della cornea sana

lare Anteriore Profonda (DALK)

è un esempio di come la chirurgia della cornea stia nel tempo dando delle alternative sempre più selettive nell'approccio alla patologia corneale.

La DALK consiste nella sostituzione della quasi totalità del tessuto corneale fino all'endotelio. Questo tipo di intervento ci permette di poter in-

tervenire su patologie come il Cheratocono, le cicatrici corneali superficiali e profonde.

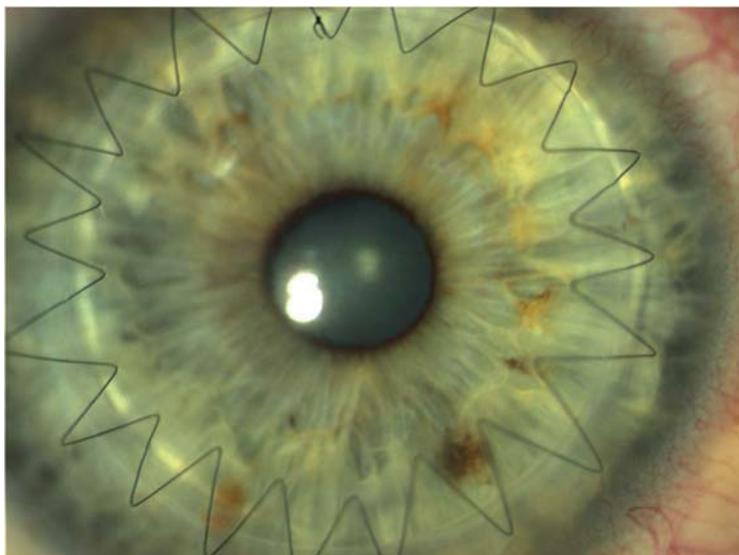
Le varie tecniche chirurgiche nella DALK utilizzate per rimuovere la porzione anteriore della cornea dell'ospite permettono di creare un'interfaccia, il più possibile omogenea, su cui suturare il lembo donatore.

Il principale vantaggio della DALK sta nell'evitare le più importanti cause di fallimento della chirurgia perforante.

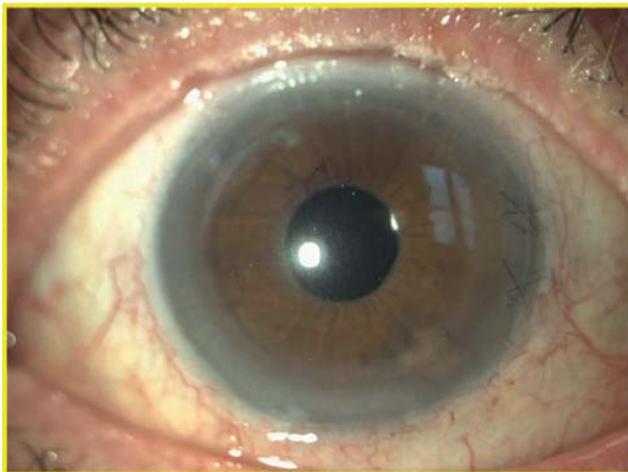
La Cheratoplastica Perforante (PK)

è la tecnica di trapianto di cornea nata per prima, eseguita fin dagli anni '50 del secolo scorso. Risulta attualmente la tecnica più diffusa nel mondo.

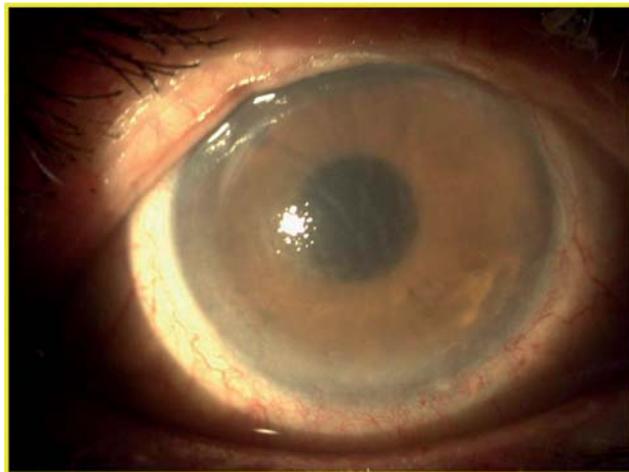
Nella Cheratoplastica Perforante si sostituiscono tutti gli strati corneali. Dopo una trapanazione a tutto spessore della cornea, si sostituisce l'intero "bottono corneale" di diametro di circa



Cheratoplastica perforante, con sutura continua



1 mese dopo intervento di cheratoplastica endoteliale



1 giorno dopo intervento di cheratoplastica endoteliale

rante come il rigetto immunologico e lo scompenso tardivo della cornea trapiantata aumentando così la durata del trapianto stesso.

Da alcuni anni sono state introdotte nella pratica clinica una serie di tecniche che vanno sotto il nome di **Cheratoplastica Endoteliale (KE)**. Le tecniche della KE più diffuse differiscono tra di loro per la strumentazione utilizzata e per lo spessore del lembo da trapiantare. Attualmente la tecnica di KE più diffusa consiste nella rimozione del solo endotelio della cornea del paziente e nella sua sostituzione con un lenticolo di 8-8,5 mm. di diametro di endotelio sano di donatore. L'inserimento del lembo endoteliale donatore viene effettuato attraverso un tunnel corneale o sclerocorneale. L'indicazione chirurgica elettiva alla KE sono la distrofia di Fuchs e la cheratopatia bollosa.

Tutti gli interventi di cheratoplastica vengono effettuati in anestesia locale o generale, in modalità ambulatoriale o di ricovero ordinario, a seconda dell'età e delle condizioni cliniche del paziente candidato alla chirurgia. Il paziente affetto da patologie corneali, prima di essere sottoposto all'intervento di trapianto di cornea è indirizzato all'interno di un percorso assistenziale che parte dalla visita oculistica di base e arriva, qualora sia necessario, alla sala operatoria. Dopo aver effettuato una visita oculistica negli ambulatori di primo livello della Unità operativa di Oculistica

Universitaria, diretta dal Prof Marco Nardi, (prenotabile tramite il Cup telefono 050995995), il paziente affetto da alterazioni corneali viene inviato, tramite una prenotazione effettuata dallo stesso oculista che ha eseguito la visita, all'Ambulatorio delle Patologie Corneali (responsabile Dr Giovanna Gabriellini). Grazie a questa visita di secondo livello si valuterà l'effettiva necessità del trapianto di cornea o di un trattamento alternativo da intraprendere. Durante questa visita inizia la procedura di inserimento in una lista d'attesa trapianti. Il giorno programmato per l'intervento, in relazione al tipo di tessuto richiesto, la Banca Regionale Delle Cornee fornirà un tessuto idoneo per caratteristiche anatomiche compatibili con il ricevente.

Nel periodo postoperatorio il paziente sottoposto a cheratoplastica, sarà seguito dall'ambulatorio delle patologie corneali. Il follow-up è di fondamentale importanza nel garantire un buon risultato funzionale. Dopo sei mesi, una volta riscontrato un normale decorso postoperatorio il paziente potrà continuare a svolgere i controlli necessari presso il proprio oculista di riferimento. Una relazione informerà il medico di medicina generale della patologia corneale del paziente e dell'intervento eseguito per poter integrare la storia clinica.

L'accesso all'ambulatorio delle patologie corneali avviene tramite prenotazione interna, dopo una visita di primo livello, o esterna tramite un cup interno telefono 050997656.



Lembo sclerocorneale del donatore

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita dal 2014

L'Ordine dei Medici di Pisa, pensando di fare cosa gradita, in modo da consentire agli iscritti di adempiere all'obbligo di legge* per tutti i professionisti iscritti agli Albi di dotarsi di una casella PEC, ha avviato la procedura con il gestore Aruba, leader di settore nel campo delle comunicazioni informatiche, per modificare la convenzione già in essere, in modo da offrire gratuitamente la casella PEC ai propri iscritti.

L'iter dovrebbe concludersi entro la fine del 2013, pertanto tutte le nuove attivazioni, una volta ufficializzato il cambio di convenzione, saranno a carico dell'Ordine.

Nel frattempo, tutti coloro che hanno la casella in scadenza possono rinnovarla autonomamente attraverso la pagina <http://www.pec.it/RinnovaPec.aspx> al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni (i rinnovi successivi saranno a carico dell'Ordine).

Anche le nuove caselle PEC, fino al passaggio alla nuova convenzione, potranno essere attivate autonomamente al costo di € 4.84 (iva inclusa) per 3 anni.

Si prega di consultare periodicamente il sito dell'Ordine (www.omceopi.org) in quanto eventuali aggiornamenti sulla nuova convenzione verranno tempestivamente pubblicati sulla home page del sito.

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

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

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

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

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

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



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

Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

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

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

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

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

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

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



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



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

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

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

BCC Ag. 19

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



CAMERA CON VISTA STORIA

Offrire una full immersion nella Storia senza rinunciare ai più moderni comforts. Ecco l'essenza racchiusa nella mission di chi ha voluto creare per pochi fortunati "viandanti" il prestigioso "Relais i Miracoli" dal quale si può stabilire quasi un **contatto fisico con la bianca marmorea materia** che ha dato forma e sostanza ad una delle Meraviglie del Mondo: la "Torre Pendente"!



Residenza d'Epoca
RELAI S I MIRACOLI

Via Santa Maria, 187 - 56100 Pisa

Tel: +39 050 560572 - Fax: +39 050 8310034 - info@relaisimiracoli.it - www.relaisimiracoli.it