

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:

A Pisa esiste il "percorso" tosse

P. Paggiaro
Sez. Fisiopatologia e Riabilitazione
Respiratoria, AOUP

VII° Memorial Michele Cagidiaco

A. Calderani
Segretario Culturale ANDI Pisa

L'artrosi cervicale: prevenzione, diagnosi e trattamento

C. Cocciaro
Dip. Neuroscienze, U.O. Neurochirurgia AOUP

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



La falsità non ci tocca

Non c'è accusa più infamante per noi medici che attestare professionalmente il falso. Se la mela marcia può essere sempre presente in ogni categoria sociale – ed ogni giorno ci battiamo con forza per punire in tal senso eventuali colpevoli - inaccettabile è l'indice puntato sull'intera categoria, mettendo in dubbio certificazioni di tanti e tanti onesti e competenti colleghi insieme.

Rigettiamo allora con sdegno di essere tacciati di compiacenza e di piegarci come canne al vento ai voleri dei nostri pazienti, venendo meno al Giuramento. No, noi non ci stiamo ad accettare passivamente il fango che gratuitamente e selvaggiamente viene lanciato sulla categoria. Abbiamo invece il dovere morale di rispondere con decisione e difendere la nostra dignità umana e d' impegno lavorativo. Vogliamo soprattutto continuare a guardare in faccia i nostri pazienti, le nostre

famiglie, noi stessi.

Muoveremo dunque in questa direzione i nostri passi istituzionali, consapevoli fin d'ora di essere nel giusto percorso di trasparenza e lealtà, a tutela del dolore e della sofferenza cui abbiamo giurato fedeltà. Noi medici – e vogliamo gridarlo ad alta voce - abbiamo una sola faccia, un'unica verità, non accettiamo compromessi, né angoli bui. Non fanno per noi. La nostra vittoria l'abbiamo in ogni momento quando ci troviamo di fronte al cittadino che ci concede la fiducia più grande, quella della tutela della propria salute, bene inalienabile che rappresenta un suo diritto ed assieme un dovere di quello Stato, che noi rappresentiamo.

Ciascuno quindi farà i conti con la propria coscienza. E' la base etica che viene prima di ogni altra decisione. Il resto è per noi soltanto un'infame calunnia, che non ci sfiora, né oggi, né mai.



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

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.*

Elettromiografia clinica: applicazione e diagnostica

La Neurofisiologia clinica studia i vari costituenti del sistema nervoso centrale e periferico, attraverso specifiche tecniche di laboratorio che rappresentano per il Neurologo uno strumento indispensabile per una migliore definizione dei dati clinico-anamnestici e un'estensione dell'esame obiettivo neurologico in quanto è quest'ultimo che orienta la sede anatomica da esplorare e le modalità con cui eseguire l'esame. L'Elettromiografia (EMG) rappresenta una delle più consolidate e di più frequente richiesta, sia dallo specialista Neurologo e non, che dal Medico di Medicina Generale, per una media di esami svolti nel

laboratorio della Clinica Neurologica di Pisa, superiore a 30.000 l'anno.

Nel capitolo EMG (Fig.1), oltre all'EMG ad ago, sono incluse differenti metodiche.

Elettro-neurografia (ENG), valuta l'ampiezza del potenziale evocato motorio e sensitivo e la velocità di conduzione nervosa periferica. L'ENG è la metodica di maggiore interesse nella diagnosi di patologie di frequente riscontro, quali la compressione del nervo mediano al polso o "sindrome del tunnel carpale", del nervo ulnare e peroneo, rispettivamente al gomito e al caput fibulae, nonché per l'identificazione e l'

inquadramento delle neuropatie periferiche.

Studio delle risposte tardive, quali onda F e riflesso H, valutano le radici nervose, ossia l'uscita (onda F) e l'ingresso (riflesso H) del nervo dal e nel midollo spinale.

Valuta patologie osteodiscali del rachide, come anche nella diagnosi di patologie del sistema nervoso periferico, quali le poliradico-

loneuropatie che, se in forma acuta, possono compromettere la prognosi quoad vitam e quoad valetudinem del paziente.

Test di Desmedt, attraverso la stimolazione ripetitiva del nervo a bassa e ad alta frequenza consente di identificare la patologia della placca neuromuscolare e di porre diagnosi differenziale tra miastenia ed altre patologie della placca, quali la sindrome di Lambert-Eaton, sovente spia di un tumore occulto, quale il Ca del polmone e inquadrabile tra le sindromi paraneoplastiche.

EMG di singola fibra muscolare, studia i tempi di contrazione di due singole fibre muscolari all'interno della stessa unità motoria. Valuta il jitter, la differenza media di tempo tra potenziali consecutivi, che risulta aumentato in presenza di alterazioni nella trasmissione neuromuscolare e trova applicazione, nello studio di secondo livello delle patologie della placca neuromuscolare.

Riflesso trigemino-faciale, valuta il nervo trigemino, l'ingresso di quest'ultimo nel ponte, il funzionamento delle sinapsi pontine tra trigemino e faciale e il nervo faciale. Trova indicazione, oltre che nello studio della patologia del ponte, nelle paralisi a frigore del nervo faciale.

Risposte simpatico-cutanee e variabilità dell'R-R, valutano il sistema nervoso autonomo e trovano indicazioni in patologie disautonomiche, l'ipotensione ortostatica e la sindrome del seno carotideo, le algodistrofie riflesse.

EMG per ricerca del fenomeno tetanico, valuta l'eccitabilità muscolare in condizioni di stress quali l'ischemia transitoria del muscolo studiato e l'iperventilazione protratta per alcuni minuti.

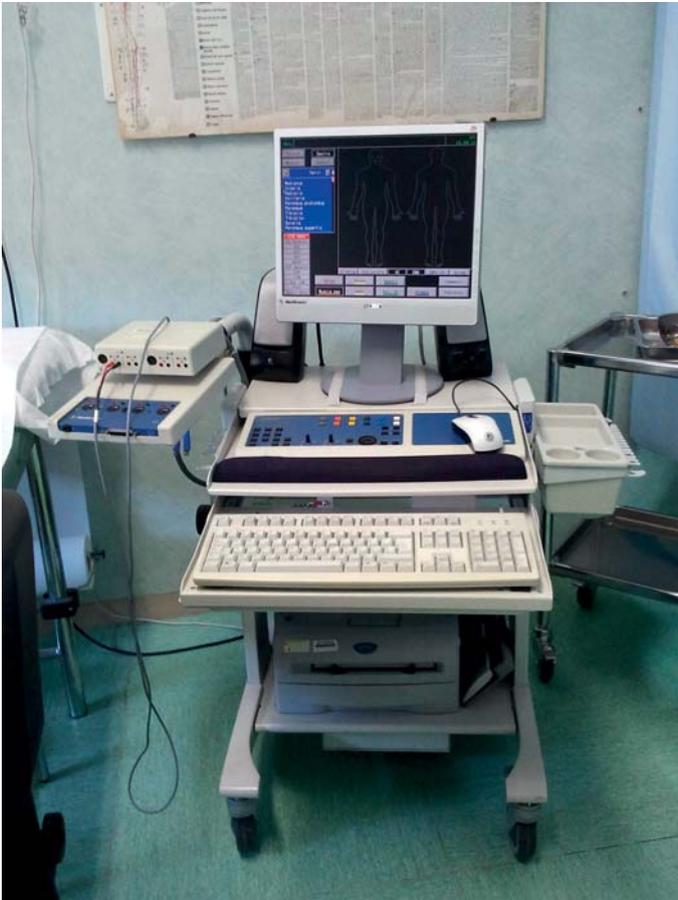


Fig. 1: Elettromiografo

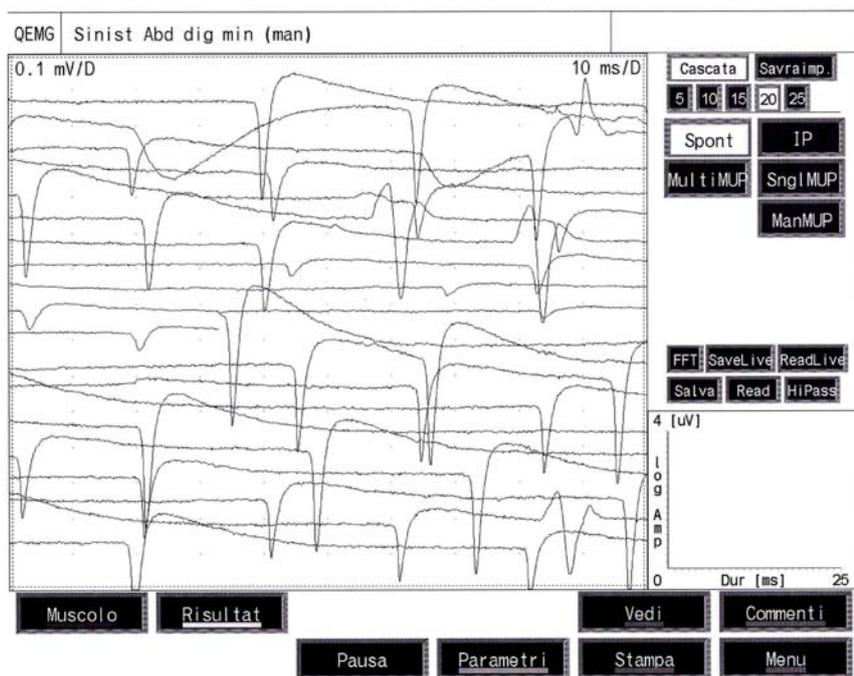


Fig. 2: Onde positive

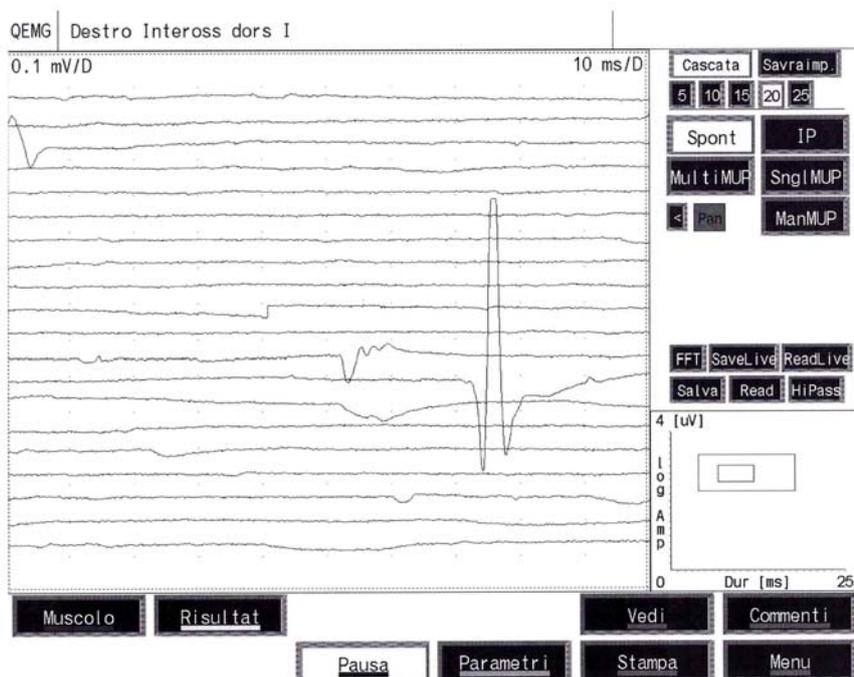


Fig. 3: Potenziale di fascicolazione

L'**EMG** ad ago registra l'attività elettrica prodotta dal muscolo durante la sua contrazione, mediante specifici ago-elettrodi. I muscoli scheletrici sono innervati da grosse fibre nervose, gli assoni, che originano dai motoneuroni alfa localizzati nelle corna anteriori del midollo spinale. L'unità funzionale del muscolo è l'unità motoria, costituita dal motoneurone alfa spinale, dal suo assone e da tutte le

fibre muscolari da esso innervate. L'EMG può essere utilizzata per lo studio di muscoli striati convenzionali, come anche dei cosiddetti muscoli "speciali", rappresentati in senso cranio-caudale, dai muscoli oculari estrinseci, dal muscolo elevatore delle palpebre, dai muscoli laringei, dal muscolo diaframma e, per finire, dai muscoli del piano perineale, in particolare degli sfinteri anali e

uretrali.

La registrazione EMG ad ago avviene mediante l'inserimento nel ventre muscolare di un ago-elettrodo; i segnali elettrici acquisiti sono visualizzati in tempo reale su monitor ed amplificati e diffusi tramite altoparlante.

Allo stato di riposo il muscolo sano è silente, ossia non presenta alcuna attività elettrica. In presenza di una lesione del nervo di recente insorgenza, in condizioni di riposo, l'EMG consente di registrare un'attività patologica delle singole fibre nervose, caratterizzata da potenziali di fibrillazione e da onde positive, che rappresentano i segni elettrici di denervazione in atto (Fig.2). Un altro reperto EMG, evidenziabile in condizioni di riposo, è il potenziale di fascicolazione, che si realizza per contrazione sincrona di un gruppo di fibre muscolari. Il potenziale di fascicolazione può essere privo di significato patologico; di contro, se associato ad ulteriori segni clinico-strumentali di deficit motorio, può essere un'espressione di danno, solitamente neurodegenerativo, del corpo cellulare dell'assone motorio (Fig. 3)

Durante contrazione volontaria non massimale, l'EMG consente di classificare i potenziali di unità motoria in base a tre parametri fondamentali, ossia ampiezza, durata e morfologia. Tali parametri subiscono delle modificazioni significative e specifiche in caso di danno muscolare primitivo o secondario a patologia del corpo cellulare o dell'assone motorio.

Infine, durante sforzo muscolare progressivamente crescente, l'EMG consente di distinguere dei tipici pattern di contrazione volontaria. In particolare, nel muscolo normale, per sommazione spazio-temporale, durante la contrazione massimale, i singoli potenziali di unità motoria non sono più distinguibili e il tracciato viene definito d'interferenza. Si parla di singole oscillazioni quando il numero dei potenziali di unità motoria è scarso e non si verifica sommazione spazio-temporale; esso si verifica in condizioni patologiche che ledono il motoneurone o il nervo periferico.

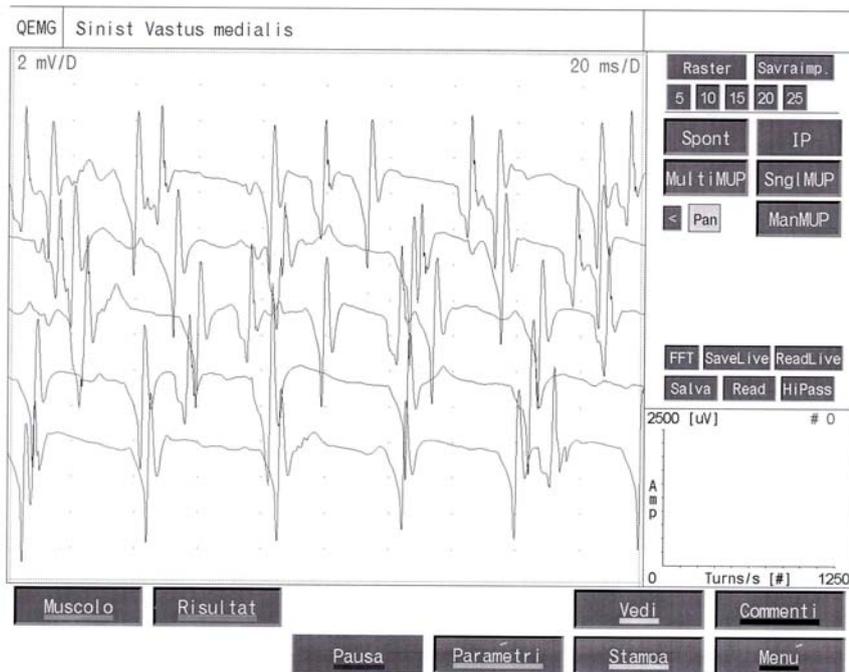


Fig. 4a: Tracciato neurogeno

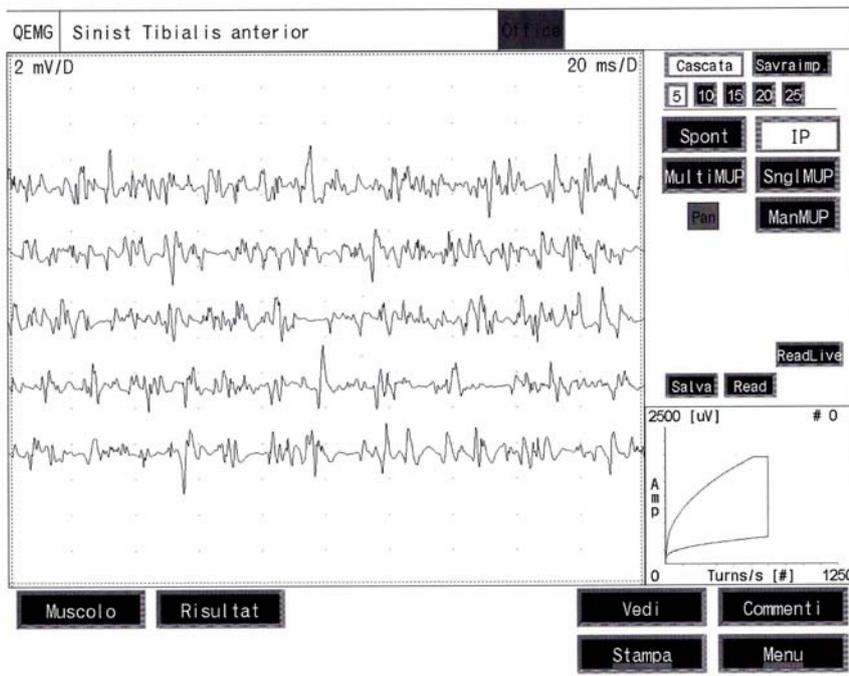


Fig. 4b: Tracciato miopatico

Nelle lesioni del muscolo, l'ampiezza dei potenziali d'unità motoria è diminuita in modo rilevante e il quadro di reclutamento delle unità motorie è precoce (Fig. 4a, Fig.4b). L'EMG studia patologie non primitive del sistema nervoso periferico, che vengono incluse nel capitolo dei disordini del movimento, quali il tremore, le mioclonie e le distonie. Non rientra tra gli scopi di questo articolo

descrivere nel dettaglio le sindromi di sopra riportate; l'obiettivo è quello di indicare brevemente il contributo dell'EMG sia nell'inquadramento diagnostico che, talora, nel trattamento e nel monitoraggio della risposta terapeutica. Il tremore è il più frequente disordine del movimento e consiste in oscillazioni ritmiche e involontarie di uno o più segmenti corporei. L'inquadra-

mento nosologico del tremore necessita di elementi di tipo anamnestico, obiettivo e strumentale. L'analisi EMG definisce le caratteristiche fenotipiche del tremore, identificando i gruppi muscolari coinvolti, la modalità di attivazione (e.g.: in condizioni di riposo, durante movimento volontario) e la frequenza di comparsa (e.g.: bassa, media e alta).

Il mioclono è un movimento involontario, rapido e di breve durata, che può essere determinato da una contrazione muscolare attiva (positivo) o da una inibizione del tono muscolare (negativo), avere una distribuzione focale o generalizzata, presentarsi in modo isolato ed erratico o ritmico e ripetitivo. La registrazione EMG multic canale del mioclono ne valuta le caratteristiche (positivo/negativo), la durata e la ritmicità dell'attività EMG nonché i muscoli coinvolti ed il pattern temporale di coinvolgimento. L'indagine EMG può, ad esempio, contribuire alla corretta diagnosi differenziale tra tremore e mioclonie, in quanto, in queste ultime, i muscoli agonisti e antagonisti presentano contrazioni simultanee, mentre, nel tremore, è rispettata l'alternanza delle contrazioni.

Infine, la distonia è una sindrome complessa, classificabile in base all'età di esordio, alla distribuzione topografica, all'eziologia e all'associazione o meno con altri segni e/o sintomi neurologici. La distonia è dovuta a contrazioni muscolari involontarie, toniche e protratte nel tempo, responsabili di movimenti ripetitivi, per lo più a carattere torsionale, o di posture anomale. L'EMG trova applicazione, sia diagnostiche che terapeutiche. Le linee guida identificano nella Tossina Botulinica il farmaco di elezione per il trattamento delle distonie localizzate, quali per esempio il blefarospasmo, in quanto associata ad ottimi risultati in termine di risoluzione e/o riduzione del problema e gravata da pochi e transitori effetti collaterali. L'EMG, insieme all'ecografia muscolare, rappresenta un valido strumento sia per l'identificazione dei muscoli coinvolti e, quindi da trattare, che per il monitoraggio della durata della risposta al trattamento.

A. Russova Medico di Medicina Generale, Animatore di Formazione in Medicina Generale, Psichiatra Psicoterapeuta, Conduttore di gruppi Balint

Dall'etica individuale all'etica di gruppo

La medicina generale è chiamata oggi alla crescita culturale di un insieme di individui che stanno nel campo della professione medica non più solo come singoli professionisti, ma come medici che lavorano in gruppo capaci di condividere un modo di essere e un metodo operativo: quello della medicina generale. La riflessione epistemologica che propongo è conseguenza del lavoro che svolgeremo, in quanto medici di medicina generale (MMG), nelle nuove organizzazioni sanitarie territoriali, ovvero le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità di Cure Primarie, e sarà conseguenza della novità del setting in cui si collocherà il rapporto medico-paziente.

La storia della Medicina Generale ci parla di un rapporto duale, uno a uno, un medico e un paziente, caratterizzato per il medico da cambiamenti di ruoli e di funzioni (da medico paternalista a medico consulente tecnico-scientifico) espressi negli anni in risposta a cambiamenti nelle aspettative del paziente. Entro questo rapporto duale la presenza di un terzo protagonista, il medico specialista (MS), è sempre più interpellato dal MMG a causa della complessità tecnologica della medicina attuale, ed è spesso introdotto nella relazione di cura dalle aspettative del paziente, che talora si rivolge allo specialista direttamente, pur continuando a riferirsi, al proprio MMG.

Michael Balint, ideatore degli omonimi gruppi di lavoro sulla relazione medico-paziente, (1957) parla di "...complicazioni tra il medico generico e il suo specialista" e fra queste complicazioni fa riferimen-

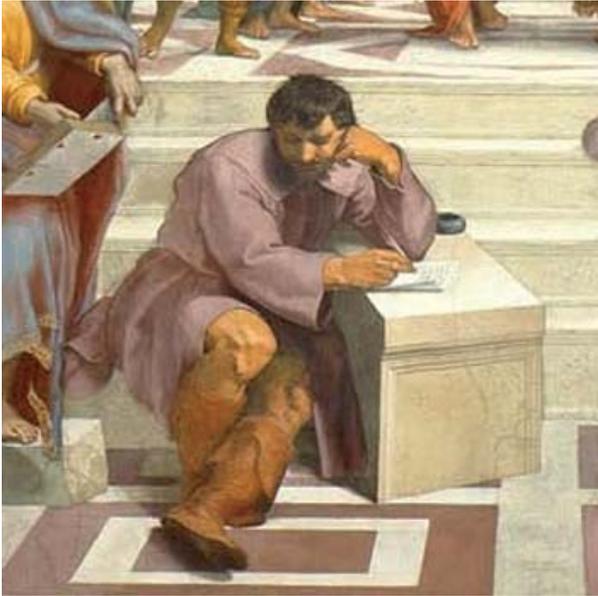
to a "...quello che abbiamo chiamato collusione dell'anonimità" e al "rapporto maestro-allievo ambivalente...che si stabilisce tra il medico generico e i suoi specialisti" Il MS, terzo elemento della relazione MMG-paziente, se da un lato può sollevare il MMG da difficoltà professionali nella conduzione della propria attività, dall'altra "introduce un certo numero di nuovi fattori nel rapporto medico-paziente" scrive Michael Balint (1957) nel capitolo del suo libro "Medico, paziente e malattia" dedicato alla "collusione delle anonimità", e continua sottolineando come "nei casi difficili, di regola, il medico generico non porta il peso della responsabilità da solo".

Ormai da tempo questa triangolazione tra MMG, MS e paziente è una caratteristica della medicina occidentale. Da oltre cinquant'anni M. Balint indica il rischio che sul terzo assente nella relazione possano essere proiettate valenze negative e responsabilità, per così dire, di comodo: sul MMG quando si incontrano il paziente e il MS, sul MS quando colludono il MMG e il paziente, e, infine, sul paziente

quando si confrontano il MMG e il MS. In queste triangolazioni relazionali collusive c'è sempre un terzo assente e anonimo per cui, alla fine, ciascuno può sentirsi non responsabile in definitiva delle decisioni cliniche prese, e dei loro risvolti psicologici e di relazione: né il MS, che tende ad interpretare il ruolo di consulente, specie nei casi in cui si rende conto che il suo intervento non è risolutivo, né il MMG preso spesso nel permanere di un rapporto di inferiorità competitiva maestro-allievo, e perfino neppure il paziente, costretto nella morsa dei bisogni e della sofferenza, ed abituato a delegare a un medico.



Michael Balint



“Raffaello Sanzio autoritratto” particolare

Questi processi interattivi fanno scrivere a Balint (1957) che “si potrebbe descrivere questo fenomeno come un processo di diluizione delle responsabilità” per cui ognuno tende a rimandare all’altro la responsabilità della presa in carico del paziente e delle scelte conseguenti al sapere clinico, obiettivo o soggettivo; il rimando riguarda

cavare proprio a partire da queste caratteristiche del posto che egli occupa nella relazione e che gli consentono di sviluppare un senso di responsabilità nei confronti del “suo” paziente, una responsabilità etica su cui il paziente può contare davvero. A partire da questa riflessione, la mia esperienza, personale e di conduzione dei gruppi

un altro che non è presente, pur essendo incluso nella relazione terapeutica.

Il MMG è secondo il WONCA l’esperto della relazione con il paziente, per il quale rappresenta l’interlocutore storicamente privilegiato, per la continuità delle sue cure negli anni e per la conoscenza dei risvolti emotivo-affettivi, spesso anche esistenziali, della relazione con il malato.

Il MMG se la può

Balint, rivela come molte volte un paziente chiede al suo MMG: “Ma te, te cosa faresti se fosse un tuo genitore, o se tu fossi il paziente che io sono per te?” Mi sento di affermare che in questi casi l’arte di essere medici si muove tra la testimonianza e la profezia. Questa difficile arte muove dall’etica individuale e, nella attualità delle nuove organizzazioni territoriali dei MMG, spinge alla ricerca non tanto di un’etica comune, quanto di un’etica condivisibile: mettersi in gioco nei gruppi Balint rappresenta uno strumento di lavoro per conseguire questo obiettivo.

Sabato 15 giugno a S.Miniato si è svolta la prima giornata di studio sui “Gruppi Balint in Toscana”, all’interno della quale ho proposto una mia riflessione sulla valenza etica della formazione balintiana, e sulla sua originalità: i gruppi Balint sono uno spazio di pensiero e di confronto in cui come medici possiamo interrogarci sul nostro vissuto personale, sulle scelte, sui comportamenti e sulle emozioni che la relazione col malato suscita in noi.



“Raffaello Sanzio - Scuola di Atene”

A Pisa esiste il "percorso" tosse

Cominciano i primi freddi e tutti ci preoccupiamo dei primi problemi di "raffreddamento" che potremmo avere. E' infatti evenienza frequente che, con l'inizio dell'autunno, molti soggetti incomincino a presentare tosse, in genere "secca", senza altri sintomi di rilievo (non affanno o respiro sibilante), che può permanere a lungo dopo una forma simil-influenzale (mal di gola, rinite, febbre o febbri-cola), talora anche per varie settimane e che può essere così intensa e fastidiosa da risultare molto invalidante, disturbando il sonno, la vita di relazione e le normali attività della vita quotidiana. I pazienti (e spesso anche i loro medici) chiamano questi eventi "episodi di bronchite" e per questo motivo vengono trattati con antibiotici e corticosteroidi per via generale o inalatoria. Purtroppo in molti casi queste terapie non risolvono il problema, e la tosse come unico sintomo può persistere per molte settimane fino a vari mesi.

Le cause di queste manifestazioni sono molteplici, ma in una gran parte dei casi il problema non sta "nei bronchi o nei polmoni" ma "nella gola". Una attenta ricostruzione dei sintomi (localizzazione dello stimolo che genera la tosse, la presenza di altri sintomi che orientano verso le vie aeree superiori, come la disfonia o lo stridore laringeo, la quasi completa assenza di espettorazione) fa molto spesso capire al medico e al paziente che lo stimolo tussigeno si localizza nelle vie aeree superiori, il retrofaringeo o i recessi laringei, e non a livello delle generazioni bronchiali. Una volta appura-

to questo e proposto al paziente la possibile interpretazione ("... la sua sembra la cosiddetta "tosse di gola"..), rimane da capire quale sia il meccanismo che determina irritazione persistente delle vie aeree superiori. Le condizioni patologiche non polmonari che sono responsabili di tosse secca non accompagnata da altri sintomi respiratori di rilievo sono sostanzialmente due: la rinosinusite cronica e il reflusso gastro-esofageo. Entrambe queste condizioni sono estremamente frequenti nella popolazione generale,

e possono decorrere con sintomi molto scarsi riferibili allo stomaco o al naso, per cui molto spesso la tosse cronica è l'unico sintomo che può suggerire queste diverse condizioni.

In realtà queste condizioni sono frequentemente dimenticate dai medici, che continuano spesso a chiamare queste manifestazioni come episodi di "bronchite acuta", e che suggeriscono di ripetere vari cicli di antibiotici per via sistemica che nella maggior parte dei casi non ottengono risultato positivo. Questi pa-





zienti vengono talora diagnosticati come “asmatici” e , magari senza nessuna valutazione funzionale appropriata, trattati con terapia inalatoria varia (le più comuni bombollette spray), senza ottenere risultati positivi ma spesso solo aggravando la tosse e lo scoraggiamento del paziente.

La “tosse cronica” (si definisce tale quando dura da almeno 6 settimane e non è accompagnata da altri sintomi respiratori) richiede un iter diagnostico ben definito dai vari documenti nazionali ed internazionali, attraverso una stretta collaborazione tra tre figure diverse di specialista: lo pneumologo, l’otorinolaringoiatra, e il gastroenterologo. Chiunque di questi specialisti vede per primo il paziente, cercherà di capire quale possa essere la causa più probabile della tosse, la indagherà per le sue competenze, ma dovrà poi “passare” il paziente alle altre figure professionali se non sarà riuscito a chiarire la natura della tosse. E’ quindi necessario un “percorso” che guidi questo paziente attraverso le diverse figure professionali, in maniera facilitata e

condivisa.

Da alcuni anni, nella nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, su iniziativa del nostro gruppo, è stato definito il “percorso tosse”, che vede la collaborazione stretta ed organizzata tra la Sezione di Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria, le due Unità Operative di Otorinolaringoiatria, e l’U.O. di Gastroenterologia. Il paziente che si rivolge ad una di queste UU.OO. viene studiato per le specifiche competenze, ma poi viene indirizzato in un percorso predefinito alle altre UU.OO. in caso di necessità. Questo percorso si avvale di spazi ambulatoriali già programmati, il che evita al paziente di cercare da solo i contatti adeguati, e quindi di poter in tempi brevi avere le possibili consulenze sull’origine della tosse. La discussione interdisciplinare tra diversi specialisti permette inoltre una migliore analisi di ogni singolo caso, e quindi di stabilire meglio i piani di trattamento.

Una volta fatta la diagnosi, esistono dei piani terapeutici ben definiti che permettono nella maggioranza dei casi di ottenere il netto migliora-

mento e talora perfino la scomparsa del sintomo, che tuttavia può ritornare in base alla causa principale che lo ha determinato. Nel caso della rinosinusite (evenienza molto frequente non solo nei soggetti con predisposizione allergica, ma anche nei soggetti non allergici), la tosse può frequentemente recidivare, specie in relazione a fattori climatici stagionali o legati alla climatizzazione degli ambienti confinati, e richiedono quindi periodi ricorrenti di trattamento farmacologico, oltre alla messa in opera di specifiche precauzioni individuali ed ambientali.

E’ quindi importante che il paziente e il medico sappiano ben distinguere le diverse modalità della tosse (caratteristiche, durata ed intensità, presenza di altri sintomi a carico delle vie aeree inferiori o superiori o dell’apparato gastroenterico) per orientarsi sulla possibile eziologia ed avviare il paziente allo specialista più appropriato, ben sapendo tuttavia che questo paziente entrerà in ogni modo in un “circuito” che lo aiuterà alla risoluzione del suo problema.

L'artrosi cervicale: prevenzione, diagnosi e trattamento

L'artrosi è una malattia degenerativa delle articolazioni con perdita di cartilagine articolare ed ipertrofia dell'osso. L'artrosi della colonna vertebrale, o spondiloartrosi, è la seconda malattia per diffusione dopo l'aterosclerosi e accompagna l'essere umano nell'invecchiamento. La presenza di alterazione radiografiche non coincide necessariamente con lo sviluppo di sintomi, evidenti nel 25-30% dei soggetti quando al processo degenerativo si sommano processi infiammatori, alterazioni della mobilità articolare o formazione di osteofiti che comprimono le radici nervose.

Nella colonna esistono due tipi di articolazioni: fra i corpi vertebrali, con il disco intervertebrale e fra gli archi posteriori, con le faccette articolari racchiuse nella capsula articolare. Il disco intervertebrale ha un nucleo polposo centrale circondato da un anello fibroso e dall'end plate, cioè la zona di passaggio fra osso e disco. Il nucleo polposo possiede scarsi condrociti, che secernono fibre collagene e proteoglicani i quali trattengono acqua e danno il naturale rigonfiamento e la normale elasticità; consentono al disco di funzionare come ammortizzatore e distributore di carico. L'anello fibroso è costituito da strati concentrici di fibre collagene. L'end plate è formato da trabecole ossee rivestite di cartilagine e attraversate da spazi vascolari che sono l'unica via di nutrizione dei condrociti.

Le articolazioni vertebrali anteriori e posteriori sono correlate fra loro e il processo degenerativo-artrosico, che si sviluppa in tre fasi, procede contemporaneamente.

Nella prima fase, detta della disfunzione, l'età, il carico o le diverse patologie determinano un'iniziale calcificazione dell'end plate con occlusione degli spazi vascolari e conseguente riduzione del trasporto di metaboliti ai condrociti del nucleo. Questi riducono la secrezione di collagene e proteoglicani e il nucleo perde la capacità di trattenere acqua, si riduce in altezza e non funziona più come distributore di carico. I condrociti sofferenti secernono anche citochine, che diffondono all'end plate ricco di terminazioni nervose sensitive e danno origine al dolore discale. Le articolazioni posteriori presentano una degenerazione cartilaginea e sinoviale. La RMN mostrerà un "disco nero" e ridotto in altezza. Il paziente presenterà dolore lombare che si accentua al carico ed esame neurologico negativo.

Qui il medico deve rassicurare il paziente: non si tratta di una malattia grave, ma dovrà convivere, perché nessuna terapia potrà restituirgli un disco nuovo. Dovrà fare attenzione al peso, alla forma fisica, alle posture incongrue e ridurre le attività lavorative o ludiche pesanti. Il riposo a letto non solo non cura, ma è controindicato.

L'uso di busti non è approvato dalle Linee Guida della Regione Toscana, ma nella pratica clinica possono avere un effetto placebo. Stesso discorso per la fisioterapia strumentale.

La fisioterapia è invece efficace: rimanere attivi ed aumentare l'attività motoria riduce il rischio di cronicizzazione, per cui si consiglia attività motoria a basso impatto, attività in acqua, attività fisica adatta-



ta per i più anziani.

Uno studio Cochrane del 2004 dimostra che un programma multidisciplinare, rieducativo e cognitivo-comportamentale, ha un'efficacia superiore alla terapia conservativa. E' la conferma che il mal di schiena è un problema fisico, ma anche psicologico.

Per la terapia medica: i FANS, senza distinzione fra loro; il Paracetamolo, associato o meno ad oppioidi deboli tipo codeina o tramadolo; gli oppioidi maggiori, quali il tapentadolo o l'ossicodone, da riservare a casi con sintomatologia intensa; gli antiepilettici GABAergici se si associa dolore neuropatico.

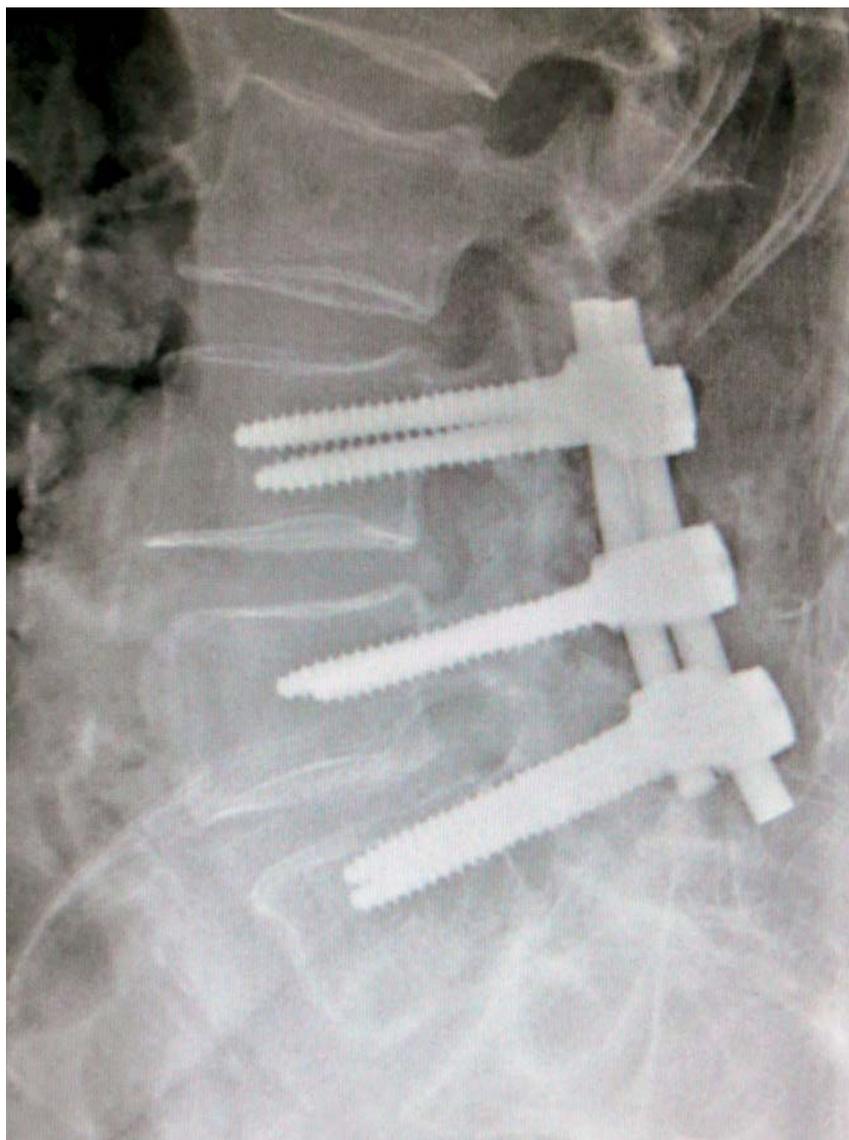
Fra le metodiche non chirurgiche le infiltrazioni peridurali o delle faccette articolari riducono il dolore radicolare a breve termine, ma hanno scarsa efficacia sulla lombalgia pura.

La terapia chirurgica minore comprende le diverse metodiche percutanee (laserchirurgia, IDET ed altre), sconsigliate perchè meno efficaci della discectomia. Per l'ozono paravertebrale o intradiscale non esistono prove della sua efficacia.

I sistemi interspinosi, troppo diffusi nell'ultimo decennio, stanno mostrando limiti.

Nei casi con degenerazione discale molto avanzata e lombalgia grave e persistente è indicato l'intervento di artrodesi circonferenziale. La fissazione delle vertebre contigue al disco degenerato e la sostituzione subtotale del disco con gabbiette riempite di osso, può ottenere buoni risultati perchè si asporta la fonte del dolore.

Nella seconda fase, della instabilità, le articolazioni posteriori presentano lassità della capsula con instabilità e sviluppo di osteofiti; nel disco c'è perdita di sostanza nel nucleo e protrusione dell'anulus. L'instabilità porta alla sublussazione delle vertebre con intrappolamento delle radici. Il paziente ha dolore lombare che si accentua al movimento, ma può esserci anche dolore sciatico da intrappolamento radicolare. Il quadro radiologico è di uno scivolamento delle vertebre



con restringimento del canale.

In questa fase le terapie mediche e fisiche hanno scarse probabilità di successo. L'intervento di artrodesi e decompressione posteriore con spinolaminectomia risolve l'instabilità e la stenosi del canale.

Nella terza fase, della stabilità, le articolazioni posteriori hanno la cartilagine distrutta e si arriva al blocco articolare e alla ipertrofia; il disco scompare e si sviluppano fibrosi e osteofiti. La colonna è stabile, ma c'è una grave riduzione delle dimensioni del canale vertebrale.

Ciò comporta sintomatologia tipo claudicatio spinale con dolore agli arti inferiori che insorge alla deambulazione e scompare con il riposo. La lombalgia spesso è assente.

Anche qui le terapie mediche e fisiche possono poco ed è indicato

l'intervento di decompressione posteriore con spinolaminectomia, foraminotomia o altro.

A livello cervicale il discorso è simile, ma nel canale cervicale sono alloggiati le radici nervose e il midollo. Possiamo avere una sindrome radicolare con cervicobrachialgia, da trattare con i presidi suddetti, oppure una mielopatia con tetraparesi spastica. Si impone l'intervento chirurgico in tempi brevi, senza ricorrere ad altre terapie. Il midollo deve essere decompresso rapidamente se si vuol dare al paziente una speranza di miglioramento. La decompressione può essere per via anteriore o posteriore e con o senza artrodesi in rapporto alla presenza o meno di instabilità o dei rischi di svilupparla.

Neurofisiopatologia e malattie rare. Il ruolo dell'unità di Pontedera

I Registro Toscano Malattie Rare (RTMR) nasce nel 2005 con lo scopo principale di sostenere la programmazione e la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza ai pazienti in Toscana. Il Registro raccoglie casi di malattie rare diagnosticati a partire dall'anno 2000.

Una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti. La bassa prevalenza nella popolazione non significa però che le persone con malattia rara siano poche.

Si parla infatti di un fenomeno che colpisce milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa. Del resto, il numero di Malattie Rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7000 e le 8000, di cui il gruppo più nutrito costituito dalle patologie del Sistema Nervoso.

Gli obiettivi che si prefigge il Registro sono quelli di raccogliere dati sulla prevalenza/incidenza delle MR, effettuare una sorveglianza epidemiologica delle MR e creare una base per la ricerca scientifica, fornire informazioni ai pazienti, alle Associazioni e agli operatori sanitari, dare informazioni per il censimento della Rete dei Presidi di certificazione, diagnosi e cura, sviluppare protocolli diagnostici e terapeutici. Tale impegno ha la finalità di fornire dati e poter così orientare l'allocazione di risorse per lo sviluppo di tecnologie diagnostiche e di offerte terapeutiche di cui tale malattie sono tuttora carenti.

La gestione del Registro è affidata alla Fondazione Toscana Gabriele

Monasterio presso il CNR di Pisa mentre gli utenti autorizzati ad inserire i casi di MR nel RTMR sono i medici professionisti facenti parte dei Presidi della Rete Toscana Malattie Rare.

Ciascun nuovo utente che spontaneamente fa richiesta di accesso al Registro viene identificato e segnalato ai Direttori Sanitari e ai Coordinatori di riferimento per le varie patologie.

L'accesso al Registro avviene tramite login e password e nel rispetto della normativa sulla privacy e i dati anagrafici sono separati dai dati sensibili.

I dati raccolti nel Registro includono:

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE - Cognome e nome, data e luogo di nascita, sesso, codice fiscale (calcolato); indirizzo; stato in vita, data morte; scolarità, professione

DATI CLINICI - Malattia rara; tipo diagnosi: prima diagnosi o controllo (follow-up); data diagnosi; data esordio; Presidio di prima diagnosi e Presidio dell'utente;

manifestazione clinica; trattamento con farmaci orfani; esami per la prima diagnosi; impegno d'organo

Le MR inseribili nel Registro si suddividono in:

- patologie singole e relativi sinonimi;
- raggruppamenti di patologie;
- afferenti al raggruppamento di patologie

Il Registro raccoglie dati clinici e epidemiologici che sono registrati da medici professionisti operanti nei 150 Centri di Riferimento e riguardano, al 20 febbraio 2013, 27.714 casi, relativi a 527 malattie rare.

Il Registro Nazionale Malattie Rare include 112.000 casi verificati, sui quali il Registro Toscano assume un peso del 12,5%, che rappresenta circa il doppio del peso della popolazione toscana su quella nazionale. Questo non è dovuto al fatto che in Toscana ci sono più malattie rare, ma che in Toscana la copertura epidemiologica è molto superiore a quella



fino ad oggi realizzata da numerosi altri registri regionali, e quindi anche del dato medio nazionale.

Anche la U.O.C. Neurofisiopatologia del P.O. F. Lotti di Pontedera- AUSL 5- Pisa, diretta dal Dr Renato Galli, fa parte dei Presidi della Rete Toscana delle Malattie Rare ed è autorizzata a certificare per esenzione, diagnosi, terapia e/o follow up clinico malattie neurologiche come alcuni tipi di epilessia (S. di Lennox Gastaut), malattie mitocondriali, emocromatosi ereditaria, corea di Huntington, SLA, alcuni parkinsonismi degenerativi (paralisi sopranucleare progressiva), neuropatie ereditarie e polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante.

Al momento presso tale struttura vengono seguiti 58 pazienti affetti da malattie rare.

In tabella sono elencate le malattie neurologiche rare di competenza della UOC Neurofisiopatologia del PO di Pontedera in quanto Presidio di rete.

Nel sospetto di malattie rare di competenza neurologica, è possibile prenotare presso la UOC Neurofisiopatologia del P.O. di Pontedera visita neurologica presso CUP (sia prima visita che visita di controllo): le visite vengo-

no effettuate dal lunedì al venerdì mattina; l'ambulatorio è attivo anche il sabato mattina per le visite richieste con modalità "urgente" o "breve".

Per alcune patologie rare (ad esempio quelle indirizzabili

nell'ambito dell'ambulatorio per i disturbi del movimento e dell'ambulatorio epilessia) la visita di controllo viene programmata direttamente dallo specialista neurologo negli ambulatori specialistici della stessa UO.

Malattia	Ruolo	N°
S. di Lennox Gastaut	Diagnosi, terapia, controllo clinico, certificazione esenzione	5
Malattie mitocondriali compresa MERRF	Controllo clinico e terapia	4
Emocromatosi ereditaria	Controllo clinico	2
Corea di Huntington	Diagnosi clinica, terapia, controllo clinico, certificazione esenzione	3
SLA	Diagnosi, controllo clinico, certificazione esenzione	9
S. di Steele- Richardson- Olsewski	Diagnosi, controllo clinico, terapia, certificazione esenzione	22
Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante	Diagnosi, controllo clinico, certificazione esenzione	7
Neuropatie ereditarie	Controllo clinico, terapia, certificazione esenzione	6
Totale (n°)		58

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

Lo statuto del contribuente

Osservando la continua violazione delle norme contenute nello "Statuto del contribuente" legge n. 212 del 27 luglio 2000 è utile ricordare, per sommi capi, cosa questo preveda:

Le disposizioni della presente legge, in attuazione degli articoli 3, 23, 53 e 97 della Costituzione, costituiscono principi generali dell'ordinamento tributario e possono essere derogate o modificate solo espressamente e mai da leggi speciali.

Le leggi e gli atti aventi forza di legge che non hanno un oggetto tributario non possono contenere disposizioni di carattere tributario, fatte salve quelle strettamente inerenti all'oggetto della legge medesima.

Salvo quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, le disposizioni tributarie non hanno effetto retroattivo. Relativamente ai tributi periodici le

modifiche introdotte si applicano solo a partire dal periodo d'imposta successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore delle disposizioni che le prevedono.

In ogni caso, le disposizioni tributarie non possono prevedere adempimenti a carico dei contribuenti la cui scadenza sia fissata anteriormente al sessantesimo giorno dalla data della loro entrata in vigore o dell'adozione dei provvedimenti di attuazione in esse espressamente previsti.

I termini di prescrizione e di decadenza per gli accertamenti di imposta non possono essere prorogati.

Non si può disporre con decreto-legge l'istituzione di nuovi tributi né prevedere l'applicazione di tributi esistenti ad altre categorie di soggetti.

L'amministrazione finanziaria deve assumere idonee iniziative volte a consentire la completa e

agevole conoscenza delle disposizioni legislative e amministrative vigenti in materia tributaria, anche curando la predisposizione di testi coordinati e mettendo gli stessi a disposizione dei contribuenti presso ogni ufficio impositore. L'amministrazione finanziaria deve altresì assumere idonee iniziative di informazione elettronica, tale da consentire aggiornamenti in tempo reale, ponendola a disposizione gratuita dei contribuenti.

L'amministrazione finanziaria assume iniziative volte a garantire che i modelli di dichiarazione, le istruzioni e, in generale, ogni altra propria comunicazione siano messi a disposizione del contribuente in tempi utili e siano comprensibili anche ai contribuenti sforniti di conoscenze in materia tributaria e che il contribuente possa adempiere le obbligazioni tributarie con il minor numero di

adempimenti e nelle forme meno costose e più agevoli.

Al contribuente non possono, in ogni caso, essere richiesti documenti ed informazioni già in possesso dell'amministrazione finanziaria o di altre amministrazioni pubbliche indicate dal contribuente.

I rapporti tra contribuente e amministrazione finanziaria sono improntati al principio della collaborazione e della buona fede.



La biblioteca anatomica “Guglielmo Romiti” (parte prima)

La Biblioteca Anatomica “Guglielmo Romiti” è una delle più ricche e preziose biblioteche storiche dell’Università di Pisa. Si trova attualmente nella Scuola Medica di Via Roma. Come tutti i patrimoni librari, si è arricchita nel tempo di volumi importanti. Guglielmo Romiti, al quale la biblioteca è intitolata, fu docente di anatomia umana normale a Pisa. Il suo allievo Curzio Massart nel discorso commemorativo tenuto al Teatro Margherita di Livorno nel 1950, in occasione del centenario della nascita di Romiti, ben sottolineò la ragione di questa intitolazione:

Come segno tangibile del Suo amore e del Suo attaccamento



Fig. 1: La prima stanza della biblioteca “Romiti”

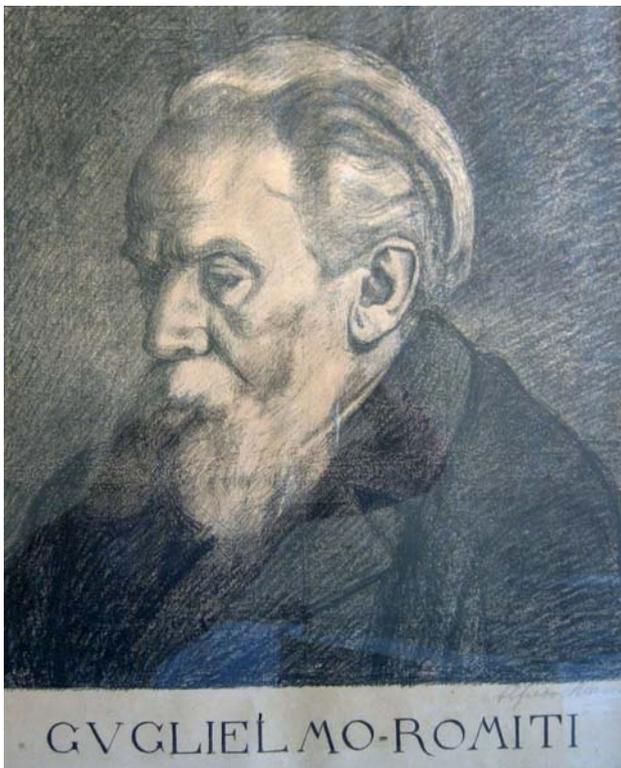


Fig. 2: Ritratto di Guglielmo Romiti eseguito da Alfredo Maruccelli

all’Istituto anatomico di Pisa che, per 40 lunghi anni aveva diretto dandogli lustro e gloria, Guglielmo Romiti, povero nato e povero rimasto, volle a quello donare la Sua ricchissima biblioteca personale e la Sua raccolta di Miscellanee che rappresentano un raro e geloso tesoro.

Si tratta, dunque, di un grande patrimonio culturale raccolto con passione e amorevole

cura che, per fortuna, non ha subito nel tempo gravi danni e dispersioni. Anzi, si è recentemente accresciuto accogliendo un altro importante e cospicuo fondo librario: la collezione di testi medici del Prof. Alberto Zampieri.

I volumi, collocati sui palchetti di spartani scaffali di legno, sono conservati al primo piano della Scuola Medica, in due ampie stanze comunicanti, ciascuna con ingresso indipendente. Nella prima stanza si conservano i libri più antichi e preziosi (Fig. 1). Nella seconda stanza sono esposti soprattutto periodici e riviste scientifiche. Su una parete si trova un ritratto di Romiti eseguito dall’artista fiorentino Alfredo Maruccelli (Fig. 2). Questo secondo ambiente comunica anche con la stanza di rappresentanza dell’anatomia umana, intitolata al successore di Romiti, Giovanni Vitali,



Fig. 3: Stanza Vitali



Fig. 4: Ritratto di Guglielmo Romiti eseguito da Giusto Casabianca

che conserva gli arredi originali dell'Ottocento (Fig. 3) e nella quale è esposto un ritratto giovanile di Romiti, eseguito dallo studente Giusto Casabianca (Fig. 4). Una naturale continuazione della biblioteca è la Galleria Mascagni in cui sono esposte le celebri tavole anatomiche di Paolo Mascagni: un lungo e solenne corridoio che in forma aperta permette di apprezzare uno dei più begli atlanti anatomici dell'Ottocento. Nella logica della conservazione del vasto patrimonio medico-scientifico dell'anatomia pisana, al piano superiore si trova il Museo di Anatomia Umana "Filippo Civinini": dal libro e dall'atlante si passa, dunque, alla realtà anatomica delle collezioni museali in un raro connubio culturale.

Guglielmo Romiti

Guglielmo Romiti (Fig. 5) nacque

a Pisa il 6 gennaio 1850. Compì gli studi secondari a Livorno e quelli universitari a Pisa e Firenze dove si laureò in medicina e chirurgia. Nel 1870, appena ventenne, partecipò come volontario alla guerra franco-prussiana, recandosi in Francia al seguito di Giuseppe Garibaldi e partecipando alla campagna dei Vosgi e alla presa di Digione. Terminata l'avventura militare, riprese l'attività medica e ottenne una borsa di studio per perfezionarsi all'estero (Vienna, Strasburgo e Berlino). Rientrato in Italia, vinse un concorso di Anatomia Umana e a soli ventisette anni iniziò la carriera di professore universitario a Siena dove rimase dal 1877 al 1886. La scuola anatomica senese, in grave decadenza, fu riportata agli antichi splendori da Romiti che fondò pure la *Società tra i cultori delle scienze mediche*



Fig. 5: Foto di Guglielmo Romiti

che nel 1888 si fuse con l'Accademia dei Fisiocritici della quale Romiti entrò a far parte nel 1878. Sempre a Siena, fu tra i fondatori dell'*Archivio italiano di anatomia ed embriologia* che, in occasione del suo 25° anno d'insegnamento, gli dedicò un ricco volume di scritti di anatomia di suoi ex allievi che gliene fecero offerta in segno della loro stima e riconoscenza. A tale tributo parteciparono gli istituti anatomici di Bologna, Catania, Ferrara, Firenze, Genova, Perugia, Pisa, Sassari e Siena, dove si trovavano per insegnamento gli studiosi che direttamente o indirettamente provenivano dalla sua scuola. Nel 1886, dopo la parentesi senese, Guglielmo Romiti fu chiamato a Pisa a ricoprire la cattedra di anatomia umana lasciata da Cesare Studiati. A Pisa rimase per ben quarant'anni, fino al 1926.

Ottenne brillanti risultati scientifici e portò contributi originali con le sue numerose ricerche che abbracciano tutti i campi delle discipline anatomiche: dall'istologia alla morfologia umana e comparata, dall'embriologia all'antropologia.

Fu autore di circa cento pubblicazioni scientifiche che riguardano studi sullo sviluppo dell'uovo dei Batraciani, sulla struttura e sullo sviluppo della placenta e dell'ovaio, sui condotti di Wolff, sull'origine della corda dorsale, sul canale cranio-faringeo, sulla tasca di Ratchke e sullo sviluppo e sulle varietà dell'osso occipitale.

Scrisse lezioni di embriogenia uma-

na e comparata dei vertebrati e anche due trattati: l'uno, di Anatomia Sistemica, e l'altro, di Anatomia Topografica, ebbero larga diffusione, specialmente il primo, poiché oltre a essere il primo vero trattato italiano della materia, era il moderno libro didattico esposto secondo i nuovi indirizzi di ricerche e di studi sul vasto campo biologico. Ancora oggi tale trattato rimane una fonte veramente preziosa alla quale ricorre lo studioso delle discipline anatomiche specialmente per le numerose notizie storiche e per l'accurata trattazione delle varietà ossee, muscolari e vascolari in esso contenute.

Romiti s'occupò anche di storia della medicina, della quale fu un profondo conoscitore e un appassionato cultore.

Trascorse gli ultimi anni a Carrara,

dove morì il 26 febbraio 1936. La sua salma riposa, per suo volere, nel cimitero della Misericordia di Siena, accanto a quella della moglie Isabella Tarducci.

Nella Scuola Medica di Pisa, sul pianerottolo che precede la Galleria Mascagni, si conserva un busto di marmo eseguito da Augusto Bozzano (Fig. 6). Gli fu intitolata anche una via di Pisa.

Il patrimonio della biblioteca

La catalogazione elettronica dei libri della biblioteca di Anatomia è cominciata nel 2006 e si è conclusa nel 2009 a cura del personale della biblioteca di medicina. Quest'importante operazione ha permesso di sostituire il catalogo cartaceo e di eseguire ricerche bibliografiche in rete sul sito del Sistema Bibliotecario di Ateneo

(<http://www.sba.unipi.it/>). Il sistema gestisce direttamente cataloghi di ateneo, banche dati, e l'informaticizzazione dei servizi bibliotecari. Il numero dei libri e degli opuscoli della biblioteca "Romiti" censiti nel catalogo di Ateneo ammonta a 2.265, di cui 179 sono le edizioni antiche, stampate tra il 1500 e il 1830 (Fig. 7).

Discorso a parte va fatto per i lavori monografici raccolti in numerosi volumi di miscellanee non editoriali. Le miscellanee sono raccolte per argomento:

Anatomia comparata (2 volumi)

Anatomia normale (107 volumi)

Anatomia Patologica (28 volumi)

Antropologia (1 volume)

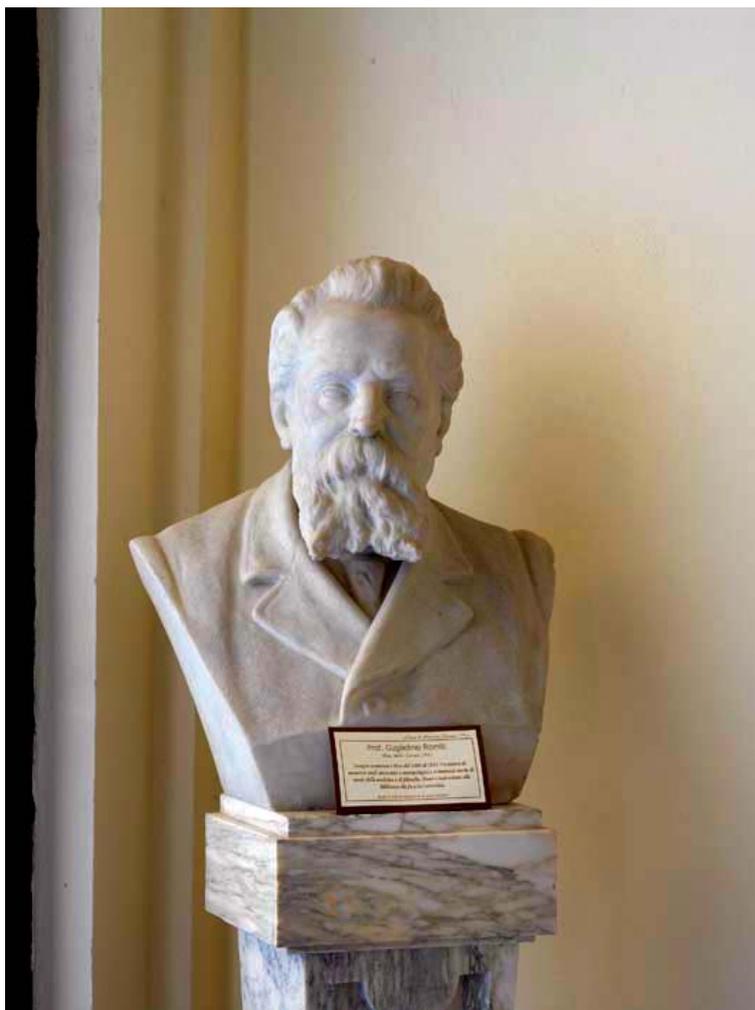


Fig. 6: Busto in marmo di Guglielmo Romiti eseguito da Augusto Bozzano

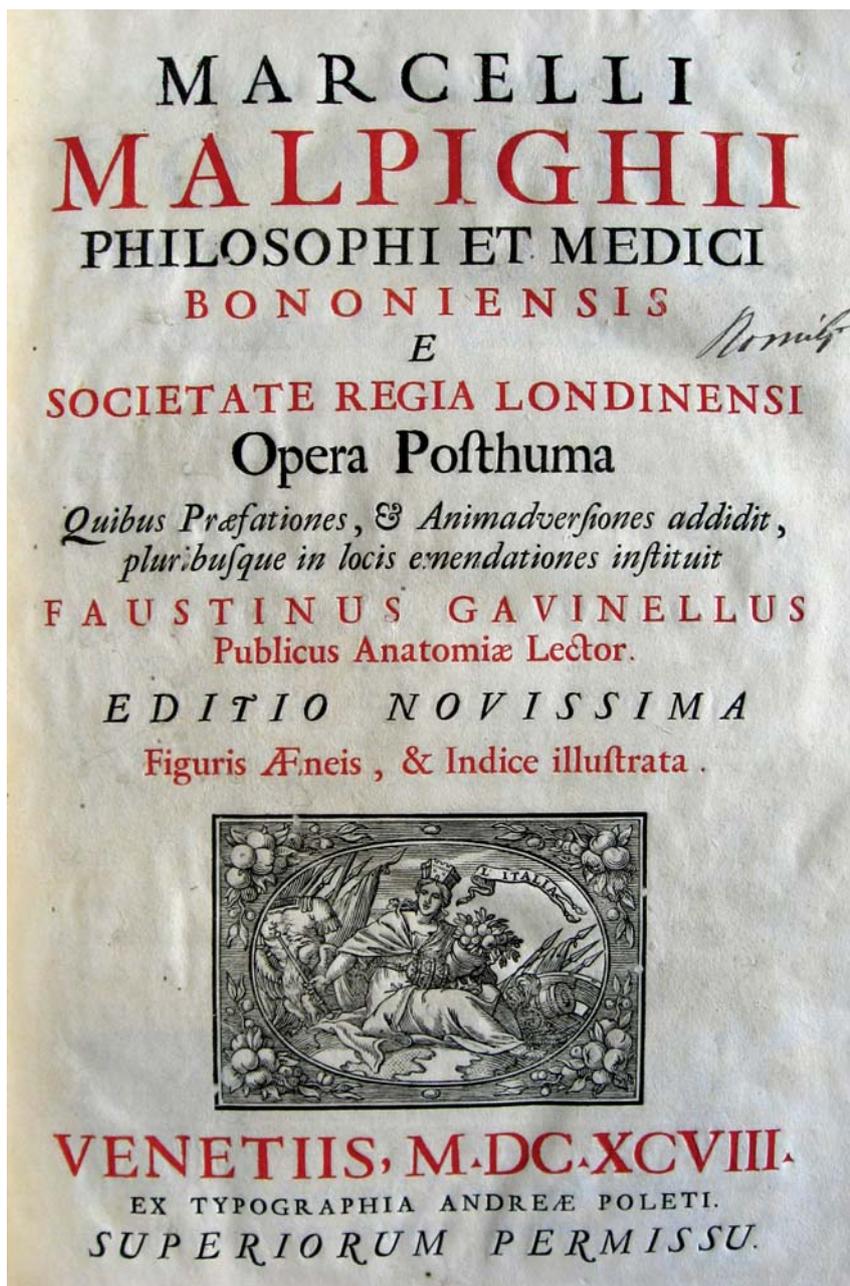


Fig. 7: Frontespizio dell'Opera Posthuma di Marcello Malpighi (1798)

Chirurgia (38 volumi)
Dermatologia e sifilografia (6 volumi)
Discorsi e relazioni (32 volumi)
Embriologia (46 volumi)
Fisiologia (13 volumi)
Frenatria e medicina legale (13 volumi)
Ginecologia (5 volumi)
Medicina (32 volumi)
Oftalmologia (5 volumi)
 Ostetricia (22 volumi)
Scienze naturali (1 volume)
Varie (78 volumi)
 Una piccola selezione di artico-

li (181), facente parte della miscellanea *Discorsi e relazioni* è attualmente in catalogo. Uno schedario cartaceo ordinato alfabeticamente per nome dell'autore è comunque a disposizione per eventuali ricerche. Alle miscellanee di Romiti vanno poi aggiunte quelle del suo successore, Giovanni Vitali, raccolte in 43 volumi di argomento vario. Tra le riviste storiche, italiane e straniere, conservate nella biblioteca si ricordano:

brilogia.
Archivio Zoologico.
Monitore Zoologico.
Anatomische Anzeiger Centralblatt für die gesamte wissenschaftliche Anatomie.
Anatomischer Bericht.
Biologisches Centralblatt.
Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte.
Fortschritte der Medicin.
Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte.
Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie.
Zeitschrift für mikroskopisch-anatomische Forschung.

Le riviste sono inserite nell'Archivio Collettivo Nazionale dei Periodici (ACNP).

Nel luglio del 2012, grazie ai contributi della Fondazione Arpa, presieduta dal Prof. Franco Mosca, della Biblioteca di Medicina, dell'ex-Facoltà di Medicina e Chirurgia e dell'ex-Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata, è stato acquistato un fondo librario ospitato nella biblioteca Romiti. Costituita da un'importante raccolta di testi medici della biblioteca privata del Prof. Alberto Zampieri, l'intera collezione, comprendente più di 1.400 volumi fra libri e opuscoli di storia della medicina e di anatomia che vanno dal XVI secolo ai giorni nostri, sarà intitolata alla memoria del Prof. Mario Bonadio, scomparso prematuramente a 65 anni nel gennaio 2011. Valente infettivologo della Clinica Medica universitaria, il Prof. Bonadio si era dedicato anche alla politica, dimostrando il suo grande valore umano. L'inventario della collezione è stato ultimato nel dicembre 2012. Tra gennaio e novembre 2013 sono stati inseriti 858 libri. Si prevede di completare la catalogazione del fondo entro giugno 2014.

Progetto “Adotta il sorriso di un bambino” di ANDI Pisa

Mercoledì 25 settembre l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) di Pisa, la Fondazione ANDI Onlus e la Società della Salute di Pisa hanno firmato, nella sede della SDS di via Saragat, dopo la conferenza stampa con i principali quotidiani e TV locali, il protocollo di accordo del progetto “Adotta il sorriso di un bambino” rendendolo così operativo.

Sono coinvolte nell'iniziativa le quattro Società della Salute del territorio della nostra provincia (Area Pisana, Valdera, Alta Valdivecina e Valdarno Inferiore) Erano presenti **Giovanni Evangelista Mancini** Presidente della Fondazione ANDI Onlus, **Luca Barzagli** Presidente Regionale ANDI Toscana, **Roberto Trivelli** Presidente ANDI Pisa, **Alessandra Cateni** responsabile per ANDI Pisa, **Giuseppe Cecchi** Direttore della Società della Salute pisana **Sandra Capuzzi** Presidente della SdS pisana e **Maria Atzeni**, responsabile del progetto ARCA.

Come è stato spiegato alla stampa dai promotori, si tratta di un progetto inserito in un contesto più ampio e articolato della SDS, Il Progetto ARCA, acronimo di Agire in Rete Contro l'Abuso, che in questo caso vede come protagonisti i dentisti di ANDI Pisa che si mettono a disposizione della comunità, a titolo gratuito, per le cure odontoiatriche a favore di minori tutelati dai servizi sociali: in affido presso famiglie o ospiti di strutture di accoglienza della nostra provincia. Il Presidente Sandra Capuzzi ha ringraziato ANDI per la disponibilità e per il

supporto dato in un momento di scarse risorse economiche e ha sottolineato la positiva sinergia tra pubblico e privato che operano in un'area molto vasta del territorio della nostra provincia. Giuseppe Cecchi per la SDS, Roberto Trivelli per ANDI Pisa e Giovanni Evangelista Mancini per la Fondazione ANDI hanno poi firmato il protocollo d'accordo che impegna le rispettive organizzazioni per due anni e che è rinnovabile.

Il 7 ottobre il progetto è stato poi presentato con una conferenza nella sala dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di via Battelli.

Introdotti e moderati da Giuseppe Cecchi Direttore della SDS sono intervenuti

Maria Atzeni resp. U.O Assistenza Sociale Zona Pisana: **Il Progetto ARCA** –

Roberto Trivelli e Alessandra Cateni Sezione provinciale ANDI Pisa: **Il Progetto “Adotta un sorriso”** –

Stefano Mirengi Vicepresidente Fondazione ANDI Onlus: **La Fondazione ANDI storia e prospettive** –

Come ha illustrato **Maria Atzeni** l'idea base del progetto ARCA, nato per contrastare la amara realtà dei minori vittime di abusi, è quello di fare interagire tutte le istituzioni che giocano un ruolo fondamentale nella vicenda. Da un lato le forze dell'ordine e il Tribunale, a cui arrivano le denunce, dall'altra i servizi sociali e sanitari che hanno procedure precise per la presa in carico delle situazioni di abuso e maltrattamenti

Con la regia degli enti locali, l'obiettivo è quello di creare una rete a fitte maglie per non lasciare nessuno solo e anzi andare a cercare di svelare quelle situazioni che rimangono nascoste per aiutare le piccole vittime. Con un programma di formazione specifica per gli operatori sociali e con un piano di sensibilizzazione e informazione per aiutare il più possibile a prevenire.

Il Presidente di ANDI Pisa **Roberto Trivelli** ha ribadito i concetti già espressi nella conferenza stampa sottolineando come in pratica i soci Andi che aderiscono all'iniziativa “adotteranno terapeuticamente” un minore e lo seguiranno dal punto di vista odontoiatrico e di educazione alla salute orale.

In una visione complessiva di salute fisica e psichica, l'intento è quello di migliorare e monitorare la salute orale di pazienti che, in una condizione di disagio sociale, tendono facilmente a trascurare, convivendo con situazioni di dolore e difficoltà masticatoria che compromettono la qualità della vita di tutti i giorni. Significa anche creare in questi soggetti in difficoltà più fiducia verso una società attenta anche alle loro esigenze di salute. Inoltre la traumatologia dentale ed orale sono spesso segni di atti di violenza e quindi verrà chiesto agli operatori di valutare attentamente questi casi.

Il progetto non ha costi per la comunità perchè è a titolo totalmente gratuito: le spese sono a carico dello studio aderente.

Alessandra Cateni ha poi pre-



sentato l'operatività del progetto illustrando in particolare il protocollo d'intesa, le norme comportamentali e il protocollo clinico. Ha ribadito che l'intervento prevede l'impegno della Fondazione ANDI grazie al reclutamento volontario dei soci della Sezione Provinciale ANDI Pisa a effettuare prestazioni di diagnosi e cura a carattere gratuito nei confronti di minori che necessitano di cure odontoiatriche. Sono escluse da questo accordo le terapie ortodontiche. Ha poi spiegato che il professionista opererà nel rispetto della normativa deontologica e della privacy comunemente applicate ai propri pazienti. La Fondazione ANDI onlus con la Sezione Provinciale ANDI Pisa procederà all'individuazione degli associati che operano sul territorio e che intendono aderire all'iniziativa di solidarietà,

comunicando i nominativi all'UO Assistenza Sociale zona Pisana alla quale spetterà il compito di diffondere tali nominativi presso i Servizi sociali delle altre zone/SDS.

L'elenco di tali Servizi sarà fornito alla Sezione Provinciale ANDI e a Fondazione ANDI onlus onde consentire un contatto diretto con il responsabile degli stessi. Al momento della prima visita dovrà essere compilata una scheda clinica di sintesi con riportata i dati anamnestici e clinici del piccolo paziente. Il bimbo si recherà presso lo studio del Socio ANDI Pisa accompagnato da un responsabile (affidatario, Tutore, esercente la potestà) al quale esprimerà le decisioni circa la scelta e le modalità delle cure mediche riguardanti il minore. Il responsabile sarà l'unico interlocutore con il professioni-

sta. Al termine del primo anno di attività sarà eseguito uno studio statistico epidemiologico che darà indicazioni sulle patologie odontoiatriche prevalenti e l'analisi dei bisogni terapeutici

Stefano Mirengi ha illustrato la storia e i progetti della Fondazione di cui è vicepresidente. ANDI Onlus nasce l'8 giugno 2005 dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani che, con i suoi 23.000 soci, è l'associazione odontoiatrica maggiormente rappresentativa in Italia e in Europa. E' una Fondazione di partecipazione senza fini di lucro: un valore pienamente soddisfatto dalla previsione statutaria della realizzazione d'iniziative di alto interesse sociale e di promozione della salute. La programmazione e la scelta di una Fondazione di Partecipazione consentono una

condivisione di valori e di attività con altri soggetti, enti o istituzioni che vogliano intraprendere percorsi comuni.

Fin dalla nascita, la Fondazione ANDI esercita la volontà dei dentisti italiani di incidere positivamente nel mondo impegnandosi in particolare su tre diversi fronti:

Dentisti per la ricerca scientifica

finanziamo la ricerca scientifica per nuove metodologie diagnostiche-terapeutiche contro le patologie del cavo orale; vedi: Progetto Malattie Rare (Displasia Ectodermica)

Dentisti per la Cooperazione Internazionale

azioni di volontariato in campo medico e odontoiatrico, in Italia e all'estero (Ladakh, una regio-

ne all'estremo nord dell'India e Guatemala), in situazioni di particolare disagio ed emergenza.

Dentisti per il sociale

a promozione della cultura della prevenzione, grazie ad un'opera di informazione rivolta a tutti i settori della società civile; insieme a Fondazione Veronesi e Fondazione ISI, ha avviato i seguenti progetti:

- *No smoking be happy*
- *Progetto di assistenza odontoiatrica ai Migranti*
- *"Aiutiamo a salvare vite" è dedicato a Claudia Braga,*
- *"Emergenza terremoto 2012"*
- *Il cancro orale (oral cancer day)*
- *Salute orale negli Istituti Penitenziari.*

E, per quello che ci riguarda *"Adotta un sorriso di un bambi-*

no" che parte dalla constatazione che in Italia, sono circa 30.000 i bambini collocati in un contesto diverso dalla loro famiglia d'origine. Minori con una storia difficile, spesso dolorosa che, grazie all'affidamento, trovano una risposta ai loro bisogni affettivi e di cura. La Fondazione ANDI decide allora di offrire un aiuto concreto a questi bambini, alle loro famiglie e alle comunità che li ospitano, con il progetto "Adotta il sorriso di un bambino" che vede la virtuosa collaborazione tra Comuni e Servizi Sociali, dentisti ANDI e aziende sostenitrici.

Giuseppe Cecchi ha concluso la serata evidenziando l'importanza sociale del progetto e augurando il migliore successo



VIII° Memorial Michele Cagidiaco

La sezione ANDI di Pisa comunica a tutti gli esercenti l'Odontoiatria di aver organizzato in data 17-18 Gennaio 2014 l'VIII° Memorial Michele Cagidiaco, evento che oramai è entrato di diritto tra le manifestazioni culturali regionali più importanti e che è sempre stato caratterizzato dal coinvolgimento in un unico evento sia degli Odontoiatri, sia degli Igienisti, sia del personale assistente.

In questa edizione è stato deciso anche di far effettuare nella stessa sede e nelle stesse date anche un Corso ANDI sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (Formazione obbligatoria dei lavoratori ex Art.37 del D.Lgs.81/08) che sicuramente arricchirà la valenza dell'evento.

Il Consiglio Direttivo ritiene che l'unico modo per combattere la crisi che sta attraversando il settore del dentale sia quello della qualificazione e della sicurezza oltre che per il nostro personale, anche per i nostri utenti, per cui, nonostante la sempre maggior difficoltà a recepire contributi da sponsorizzazioni, al fine di favorire una larga partecipazione, ha deciso anche per questa edizione di richiedere un minimo contributo per l'iscrizione.

Alleghiamo il programma dettagliato con l'auspicio di avere anche in questo VIII° Memorial una vostra numerosa e gradita partecipazione.

Per la Sezione ANDI di PISA

Il Segretario Culturale

Dr. Alberto Calderani

QUOTA DI PARTECIPAZIONE e MODALITÀ DI PAGAMENTO

Odontoiatri Soci ANDI
 17-18 Gennaio EURO 100,00 (IVA compresa)
 17 Gennaio EURO 70,00 (IVA compresa)
 18 Gennaio EURO 30,00 (IVA compresa)
 Da versare con bonifico bancario presso Cassa di Risparmio di Lucca Pisa e Livorno intestato ad Andi-Sea Piv. di Pisa IBAN: IT897520014024000000245144
 Causale: "Sezione VIII Memorial Cagidiaco- nome del partecipante"

Odontoiatri NON Soci ANDI
 17-18 Gennaio EURO 180,00 (IVA compresa)
 17 Gennaio EURO 120,00 (IVA compresa)
 18 Gennaio EURO 60,00 (IVA compresa)
 Igienisti Soci ANDI EURO 100,00 (IVA compresa)
 Igienisti NON Soci ANDI EURO 60,00 (IVA compresa)
 Assistenti di studio EURO 30,00 (IVA compresa)
 Da versare con bonifico bancario presso Banca Popolare dell'Emilia Romagna, Beneficario: Pierre Service, Via della Chiesa XXX, 477 - 55107, San Pietro a Vico (LI)
 IBAN: IT402053871370000001951796
 Causale: "Sezione VIII Memorial Cagidiaco- nome del partecipante"

Per gli Studenti il corso è GRATUITO. Occorre presentare comunque la domanda con copia del regolare libretto di iscrizione.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE
 Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo fino ad esaurimento posti disponibili. In caso di rinuncia al corso non verrà effettuato alcun rimborso.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE
 Invia l'adesione unitamente alla copia dell'avvenuto pagamento via fax o posta elettronica alla segreteria organizzativa:

Pierre Service Srl
 Via della Chiesa XXX, 477 - 55107
 San Pietro a Vico (LI)
 Tel. - 0583 952923
 Fax - 0583 999624
 email: info@pierre-service.it

Con il patrocinio di:

VIII MEMORIAL MICHELE CAGIDIACO
 HOTEL GALILEI, VIA DARSENA 1
 ANG. VIA AURELIA - PISA

17-18 GENNAIO
DUEMILAQUATTORDICI

RELATORI E MODERATORI

DR. NICOLA PERRINI
 DR. MONALDO SARACINELLI
 DR. MAURO MERLI
 ODE. EUGENIO BIANCHINI
 DRESSA CLELIA MAZZA
 DR. NICOLA SATTA
 DR. RICCARDO DEL CESTA

DR. NICOLA MACRIS
 DR. ALBERTO CALDERANI
 PROF. MARIO GABRIELE
 PROF. FILIPPO GRAZIANI
 PROFESSA MARIA RITA GIUCA
 DRESSA TERESA GALOPPI

ODONTOIATRI VENERDI' 17 GENNAIO 2014

09:00-09:30 Apertura lavori
 DR. ROBERTO TRIVELLI Presidente ANDI Pisa
 Moderatore: DR. NICOLA MACRIS
 Relatore: DR. NICOLA PERRINI
"Aggiornamenti su alcuni particolari aspetti di patologia endodontica"
 09:30-11:00 *Frazionamenti radiolari: diagnosi e terapia endodontica*
 11:00-11:30 Coffee break
 11:30-12:30 *Staviti mandibolari subangolari e Nevriti mandibolari subangolari e loro trattamento. Il trattamento del dente necrotico ed apice infetto*
 12:30-14:30 Pausa Pranzo
 Moderatore: DR. ALBERTO CALDERANI
 Relatore: DR. MONALDO SARACINELLI
"Saturi endovitali, tecniche di irrigazione per un restoro invisibile"
 14:30-16:30 *Prova di restoro minimamente invasivo e la strategia di recupero dei denti anteriori*
 16:30-17:00 Coffee break
 17:00-18:30 *Stratificati i composti per ottenere il restoro invisibile*
 CREDITI PER ODNTOIATRI: 7
SABATO 18 GENNAIO 2014
 ore 09:00-09:15 Salvo delle autorità
 Moderatore: PROF. MARIO GABRIELE
 DR. FILIPPO GRAZIANI
 Relatore: DR. MAURO MERLI
 ODE. EUGENIO BIANCHINI
"Strategia endovitali. Il piano di trattamento integrato"
 09:15-11:00 *Il prisma dentale nella definizione del piano di trattamento*
 11:00-11:30 Coffee break
 11:30-11:45 *I protocolli operativi nelle riabilitazioni ortodontologiche*
 Chiusura lavori e consegna test ECM
 CREDITI PER ODNTOIATRI: 4

IGIENISTI SABATO 18 GENNAIO 2014

09:00-09:15 Salvo delle autorità. Apertura lavori
 Moderatore: PROFESSA MARIA RITA GIUCA
 Relatore: DRESSA CLELIA MAZZA
 DR. NICOLA SATTA
"Approccio innovativo al trattamento parodontale non chirurgico"
 09:15-11:00 *Management clinico e strumentazione nella igiene*
 11:00-11:30 Coffee break
 11:30-11:45 *Mantenimento e approccio psicologico*
 Chiusura lavori e consegna test ECM
 CREDITI PER IGIENISTI: 4

ASSISTENTI SABATO 18 GENNAIO 2014

9:00-9:15 Salvo delle autorità. Apertura lavori
 Moderatore: DRESSA TERESA GALOPPI
 Relatore: DR. RICCARDO DEL CESTA
"Emergenza analdite nello studio odontoiatrico. Il ruolo dell'odontoiatra in studio"
 9:15-11:00 *F'parte*
 11:00-11:30 Coffee break
 11:30-13:00 *F'parte*

INFO

Modalità di iscrizione
 Invia l'adesione unitamente alla copia dell'avvenuto pagamento via fax o posta elettronica alla segreteria organizzativa:

Pierre Service Srl,
 Via della Chiesa XXX, 477
 55108, San Pietro a Vico (LI)
 Tel. - 0583 952923 Fax - 0583 999624
 email: info@pierre-service.it

Modalità di partecipazione
 Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo fino ad esaurimento posti disponibili. In caso di rinuncia al corso non verrà effettuato alcun rimborso.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____
 Nome _____
 Indirizzo _____
 Città _____ CAP _____ Prov. _____
 Telefono _____
 E-mail _____
 Partita IVA _____
 Codice Fiscale _____
 Inviare fattura a _____

Odontoiatri Soci ANDI
 Odontoiatri NON Soci ANDI
 Igienisti Socio AID
 Igienisti NON Socio AID
 Assistente
 Studente

Autorizzo l'uso dei miei dati ai sensi della legge n. 196/03 sul trattamento dei dati personali

data _____ firma _____



UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI
FNOMCeO

Al Presidente

*delle Commissioni per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

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

**E-MAIL ORDINI
E-MAIL PERSONALI**

Resp. Proced. : Dr. Marco Poladas

Resp. Istrut. : Dr.ssa Anna Belardo

OGGETTO : Cartella clinica in odontoiatria

Cari Colleghi

anche in seguito a vari quesiti che pervengono ai nostri uffici per quanto riguarda il tema della cartella clinica e della documentazione in possesso dello studio odontoiatrico ritengo opportuno cercare di portare un contributo di chiarificazione considerata la complessità e la poco omogeneità del panorama normativo a riguardo.

Non vi è dubbio che alla compilazione della cartella clinica sono tenuti i medici ospedalieri e i dipendenti delle case di cura private convenzionate. Analogamente alla tenuta della cartella clinica sono tenuti anche i dipendenti delle case di cura private non convenzionate anche se in quest'ultimo caso è diversa la natura giuridica della cartella clinica stessa.

Da un punto di vista strettamente giuridico la cartella clinica ha natura di atto pubblico anche se la giurisprudenza e la dottrina non sono completamente convergenti per quanto riguarda il riconoscimento della natura di atto pubblico facente fede sino a querela di falso dei dati contenuti.

La parte più cospicua della dottrina riconosce alla cartella clinica ospedaliera il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico (artt. 2699, 2700 c.c.) di fede privilegiata sino a querela del falso. Questa interpretazione implica un vincolo di verità su ciò che il pubblico ufficiale vi ha attestato e la punibilità per i reati di falsità in atti (artt. 476, 479, 481 c.p.), omissione, rifiuto (art. 328 c.p.) o rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.).

Un'altra parte della dottrina è orientata nel senso di riconoscere alla cartella clinica la natura di atto pubblico inidoneo a produrre piena certezza legale, non risultando dotato di tutti i requisiti richiesti dell'atto pubblico.

Una terza ipotesi configura la cartella clinica come un tertium genus intermedio tra la scrittura privata e l'atto pubblico, assimilabile a una certificazione amministrativa.

La stessa natura di atto pubblico riveste la cartella clinica inerente prestazioni sanitarie per le quali la casa di cura privata è convenzionata con la ASL.

Per quel che riguarda invece le case di cura non convenzionate la cartella clinica rappresenta esclusivamente un promemoria privato dell'attività diagnostico terapeutica svolta, non rivestendo pertanto né carattere di atto pubblico né di certificazione.

Per quanto riguarda in particolare l'attività degli studi privati libero professionali non esiste alcuna normativa che obbliga alla tenuta della cartella clinica o della scheda sanitaria dei pazienti.

Occorre subito segnalare che, comunque, la tenuta di una cartella clinica o meglio di una scheda clinica da parte dell'odontoiatra costituisce un'ottima regola di professionalità dando concreto significato anche per i liberi professionisti alle norme di cui agli art. 25 del Codice Deontologico (documentazione clinica) e dell'art 26 (Cartella clinica).

Nel caso l'odontoiatra non voglia conservare la scheda clinica può, a termine della seduta, consegnare il tutto al paziente oppure procedere alla distruzione della stessa; in questi casi non deve chiedere al proprio paziente nessuna autorizzazione per la compilazione. In particolare, in quanto attività esercitata in libera professione, anche se attività di pubblico interesse, questa raccolta di dati clinici non ha valore di atto pubblico.

Si suggerisce peraltro la conservazione della documentazione clinica ivi compresa la scheda clinica poiché in ipotesi di contestazione, la mancanza di tale documentazione si configurerà come elemento di prova negativo a carico del sanitario a cui incombe l'onere di provare di aver operato secondo i criteri di diligenza indicati nell'art. 1176 c.c.

Sulla scorta di tale criterio consegue pertanto che, pur in assenza di obbligo, non sarà fuori luogo conservare la documentazione clinica per il periodo pari alla prescrizione dell'azione di risarcimento del danno.

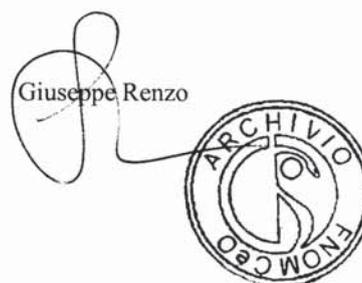
Riguardo la documentazione radiologica, poiché l'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari, le leggi in materia di radioprotezione impongono la conservazione e la circolazione degli esami radiologici, per diminuire di inutili esposizioni della popolazione.

L'odontoiatra è tenuto all'archiviazione per dieci anni (ex art. 111 D.L.n. 230/95; D.M. 14/02/97, art.4, comma 3) degli esami eseguiti presso il proprio studio, che devono essere rintracciabili e disponibili per il paziente in qualsiasi momento. In alternativa è possibile, per l'odontoiatra, consegnare le radiografie al paziente, documentando con ricevuta.

Per gli esami radiologici eseguiti presso un gabinetto radiologico esterno e acquisiti, subentra l'obbligo di custodia di cosa altrui e risarcimento in caso di perdita o danneggiamento del bene.

Cordiali saluti

Giuseppe Renzo

A circular stamp with the text "ARCHIVIO" at the top and "F.N.O.M. C.E.O." at the bottom. In the center, there is a stylized logo consisting of a large letter 'G' with a caduceus (a staff with two snakes) integrated into it.

L'amministratore di sostegno: strumento di tutela per i pazienti

Con la **legge n. 6 del 9 gennaio del 2004** è stata accolta nell'ordinamento italiano - come era già avvenuto in altri Paesi europei - la **figura dell'Amministrazione di sostegno**. Un'importante figura sul piano giuridico e sociale che si affianca agli istituti esistenti previsti dalla normativa italiana: l'interdizione e l'inabilitazione.

Si tratta di una fra le più importanti riforme per la protezione delle persone fisiche, uno strumento innovativo per il supporto di chi versa in condizioni di disagio, psichico o esistenziale, in grado di fornire risposte alle famiglie in difficoltà.

Questa riforma del Codice Civile permette ai cittadini con disabilità e alle loro famiglie di usufruire della figura dell'amministratore di sostegno per far fronte a specifiche esigenze di protezione senza dover perdere la propria capacità di agire, e **coinvolge direttamente il medico**, responsabile della cura del paziente, che, art. 406, ha l'obbligo di informare le Autorità Giudiziarie quando ravvisa le condizioni che rendono necessaria l'attivazione della figura dell'Amministratore di Sostegno.

Nel caso in cui una persona si trovi in stato di infermità o di menomazione fisica o psichica, che le comporti l'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, Pablo Salazar, esperto in materia, e coordinatore nella Provincia di Pisa del progetto Amso (Corso di formazione per amministratori di sostegno finanziato dal Fondo sociale europeo) spiega che la L. 6/04 prevede la nomina, temporanea o a tempo indeterminato, di un amministratore di sostegno. Qualora, invece, la persona si trovi in uno stato di incapacità di intendere e volere, totale o parziale, a causa di condizioni di infermità

mentale abituale più o meno grave in relazione alla capacità di provvedere ai propri interessi, si deve far ricorso a procedimenti di interdizione o di inabilitazione che rimangono di competenza del Tribunale. Spetta quindi al giudice, competente nell'ambito dei diversi procedimenti di amministrazione di sostegno, di inabilitazione e interdizione, valutare le condizioni fisiche e psichiche della persona, dopo averla sentita personalmente, e aver assunto le necessarie informazioni del caso e disposto anche d'ufficio gli accertamenti di natura medica e ogni altro mezzo istruttorio utile, al fine di assumere la decisione più idonea per la sua protezione.

Significativo è l'**obbligo** che viene posto a carico dei responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, **e quindi anche dei medici**, di proporre il ricorso al giudice tutelare, o comunque darne notizia al pubblico ministero, qualora siano a conoscenza di fatti da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno.

Non è prevista una sanzione in caso di mancata proposizione del ricorso al giudice tutelare o di segnalazione al pubblico ministero, ma non si può non rilevare la sussistenza di una potenziale responsabilità, civile o penale, dei responsabili delle strutture di ricovero, pubblico o privato, di tipo sanitario e sociale, nel caso di persona non autonoma secondo i criteri di della legge in esame, sia in relazione all'obbligo di acquisire il consenso informato in caso di cure mediche alla persona degente, sia con riferimento alla gestione diretta di pensioni o altri introiti della stessa, o a conseguenza di fatti di circonvenzione effettuati da terzi ai suoi danni.

All'amministratore di sostegno, inol-

tre, viene conferito l'incarico di assistere il beneficiario del provvedimento, nella cura della persona e/o nell'amministrazione del patrimonio, e/o di rappresentarlo nel compimento di determinati atti.

Il contenuto del provvedimento, emesso dal giudice tutelare, varia a seconda delle esigenze del caso.

Il soggetto beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno e per il compimento degli atti della vita quotidiana (es: acquisiti di modico valore).

E' riconosciuta al beneficiario la facoltà di effettuare, con atto pubblico o scrittura privata autenticata, la designazione di una persona di sua fiducia quale amministratore di sostegno in previsione della propria eventuale futura incapacità.

Nel decreto di nomina, emesso entro sessanta giorni dalla richiesta del giudice tutelare del luogo in cui il soggetto interessato ha la residenza o il domicilio, devono essere indicati i poteri e i limiti dell'attività di amministrazione della persona incaricata.

L'amministrazione di sostegno può essere revocata o dichiarata cessata, su istanza di parte o d'ufficio dal giudice tutelare, quando l'istituto si sia rilevato inidoneo a realizzare la piena tutela del beneficiario, o se non è più necessario.

Il procedimento per la nomina dell'amministratore di sostegno può essere attivato dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato, dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore ovvero dal pubblico ministero.

Day Service di AREA MEDICA: un meccanismo che funziona

Si chiama Day Service la nuova organizzazione messa a disposizione dall'Azienda USL 5 di Pisa per offrire gruppi "ragionati e articolati" di prestazioni ambulatoriali, tali da consentire di dare risposte più veloci a quesiti diagnostici complessi e di evitare la pratica inappropriata del ricovero con finalità esclusivamente diagnostiche. Prima della attivazione del Day Service per dare risposta appropriata e rapida a quesiti diagnostici complessi si poteva ricorrere o alla esecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, prenotate singolarmente, oppure, per avere risposte più rapide, ad un ricovero che risultava svantaggioso sia per il cittadino che per l'Azienda. Con il Day Service sono stati, invece, elaborati dei cosiddetti "Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (Pacc)" che permettono, in casi selezionati, di eseguire rapidamente tutte le prestazioni diagnostiche di cui un utente ha bisogno. Si tratta di una moda-

lità di risposta sanitaria ideata per patologie croniche o per situazioni cliniche che richiedano accertamenti diagnostici multidisciplinari. Nella fase iniziale l'attivazione della nuova modalità di accesso alla specialistica ambulatoriale (Day Service), al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, è stata attivata per le seguenti patologie:

- Reumatologiche (1. percorso malattie reumatiche infiammatorie croniche autoimmuni "M.A.R.I.C.A", quali: artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloentesoartriti sieronegative, connettiviti e vasuliti, 2. malattie reumatiche osteometaboliche: M. di Paget, osteoporosi secondarie)
- Respiratorie (1. percorso tosse cronica, 2. percorso interstizipatia polmonare),
- Gastroenterologiche: 1. malattie da malassorbimento, 2. epatopatie
- Complicanze del diabete,
- Malattie renali: sindrome nefrosica

Come funziona il Day Service? La nuova offerta può essere attivata dal proprio medico di famiglia, dal pediatra, da uno specialista, da un medico del Pronto Soccorso, attraverso la prescrizione sul ricettario regionale di una visita specialistica e del relativo quesito diagnostico. Sarà poi lo specialista a decidere se utilizzare il Day Service, attivando cioè il pacchetto completo di prestazioni previste per quel caso, oppure indirizzarlo verso il percorso ambulatoriale classico con l'esecuzione di singoli esami prenotati al CUP. Nel caso in cui lo specialista ritenga necessario attivare il Day Service, prenoterà "on-line" l'accesso al DAY SERVICE, che è collocato all'interno della U.O. Medicina I, piano primo. Il personale infermieristico si occuperà della pianificazione dell'intero percorso diagnostico, prenotando tutti gli esami richiesti dallo specialista che ha attivato il PACC, aggiornando la cartella ambulatoriale di Day Service e raccogliendo tutti i referti degli esami eseguiti. La chiusura dell'iter avverrà con una nuova visita dello specialista referente del percorso, che formulerà diagnosi e terapia suggerita e che redigerà una relazione clinica conclusiva per il medico che aveva avviato l'intera procedura. Le prestazioni erogate nel percorso di Day Service sono sottoposte al pagamento del ticket sanitario nelle modalità della normale attività ambulatoriale e con le tradizionali esenzioni legate a età, reddito o patologia.

Risultati: nel 2013, in circa 5 mesi dall'inizio della attività di Day Service (meta' Gennaio - meta'





Giugno) sono stati attivati 96 PACC (a cui corrispondevano altrettanti pazienti). La stragrande maggioranza dei pazienti presentavano patologie reumatologiche.

Al Primo Gruppo (71 pazienti), appartenevano i pazienti con malattie reumatiche infiammatorie croniche autoimmuni "M.A.R.I.C.A", di cui: 28 pazienti risultavano essere affetti da Artrite Rumatoide, 27 pazienti risultavano affetti da connettiviti o da vasculiti (nell'ambito delle connettiviti sistemiche, 11 pazienti erano affetti da sclerodermia, 7 da Malattia di Sjogren, 4 da Connettiviti Indifferenziate, 2 da polimiosite, 1 Da lupus eriteatoso SISTEMICO e 2 da vasulite crioglobulinemica) e infine 16 da Spondiloartriti Sieronegative (di cui 10 con Spondilite Anchilosante isolata, 2 con associate manifestazioni extra articolari (malattia infiammatoria cronica intestinale) e 4 con artrite psoriasica)

Il Secondo Gruppo (14 pazienti) era costituito da pazienti con osteoporosi complicata da fratture da fragilità e da pazienti con malattia di Paget. Il gruppo maggiore era quello costituito dalle fratture vertebrali da osteoporosi

(12 pazienti), gli altri (2 pazienti) erano affetti da malattia di Paget.

Altre patologie: i restanti pazienti seguiti in Day Service, presentavano: 4 pazienti complicanze diabetologiche, 3 pazienti erano gastroenterologici e 1 paziente presentava una inntersiziopatia polmonare. 3 pazienti infine interrompevano il percorso diagnostico, per problematiche familiari

Prospettive future immediate: la nuova modalità di accesso alla specialistica ambulatoriale è stata inoltre recentemente approvata e deliberata per le malattie neurologiche, con i seguenti percorsi: malattie neurodegenerative (demenze parkinsonismi), encefalopatie vascolari ischemiche croniche, malattie muscolari e della placca NM e patologie critiche (epilessia e cefalea): Nel mese di Ottobre p.v. avverrà l'arruolamento dei primi pazienti neurologici.

Prospettive future: nell'ambito delle patologie croniche, che richiedono ripetuti accessi al Pronto Soccorso con conseguenti ricoveri ospedalieri, e' di particolare importanza lo scompenso cardiaco, per il quale e' in corso di elaborazione un Percorso Am-

bulatoriale Complesso e Coordinato (Pacc Cardiologico)

Conclusioni: con l'introduzione del Day Service e' stata arricchita l'offerta sanitaria nei confronti dei cittadini. In particolare sono state messe a disposizione prestazioni diagnostiche a livello ambulatoriale di pari efficacia rispetto a quelle eseguite in regime di ricovero. In questo modo si realizzano diversi vantaggi: per il cittadino che riesce ad eseguire un pacchetto completo di esami, riducendo al minimo gli accessi alle strutture sanitarie, e vede dare una risposta veloce e completa ai suoi bisogni evitando i disagi legati ad un eventuale ricovero; per l'Azienda USL che riduce i ricoveri inappropriati e pertanto i tassi di ospedalizzazione, nonché le eventuali duplicazioni di prestazioni che possono verificarsi nei percorsi ambulatoriali ordinari; per il medico di famiglia e per lo specialista (mediante la cogestione dell'utente nell'ambito di un percorso ospedale-territorio) che in tempi ridotti avranno le risposte ai quesiti clinici complessi grazie alla possibilità di sfruttare tutte le potenzialità diagnostiche messe a disposizione dall'Azienda.

Sali di litio tra luci ed ombre

La compliance alle farmacoterapie psichiatriche è purtroppo molto bassa. Spesso i pazienti si autoriducono i dosaggi oppure sospendono la terapia di propria iniziativa senza consultare i curanti, altri seguono le indicazioni mediche “a singhiozzo”. Le motivazioni possono essere legate alla sensazione soggettiva di sentirsi meglio dopo un periodo iniziale di terapia, ma in molti casi entrano in gioco aspetti connessi ai tanto temuti “effetti collaterali”, soprattutto nell’era di internet in cui tutti navigano nei siti e trovano informazioni talvolta contraddittorie e non sempre attendibili. Frequentemente i pazienti hanno la tendenza ad attribuire al farmaco qualunque malessere sperimentato, senza tener conto di altre variabili che fanno parte della vita di tutti i giorni come cambiamenti di alimentazione, di clima, fattori psicologici, malattie concomitanti, fumo, etc. Può accadere quindi che una terapia stabilizzante dell’umore, come quella basata sui sali di litio, venga bruscamente interrotta per i motivi più disparati, con conseguenze che possono essere anche gravi come crisi maniacali o tentativi di suicidio. Nella nostra realtà ambulatoriale dedicata ai pazienti in trattamento proprio con i sali di litio, consapevoli delle problematiche connesse ad un’aderenza spesso incostante, abbiamo cercato di approfondire il tema degli effetti avversi. Abbiamo pertanto proposto ai pazienti un breve questionario, articolato in sei semplici e rapide domande, che indagano la tollerabilità al farmaco. Viene chiesto innanzitutto da quanto tempo si assumono sali di litio, quindi se si sono riscontrate variazioni ponderali nei due sensi (in caso di risposta affermativa di quale entità), incremen-

to delle diuresi, della sensazione di sete, se si avverte tremore alle mani, se si è in terapia con tiroxina. Le risposte già ci forniscono un’idea in linea di massima, che viene ovviamente completata dall’anamnesi e dai risultati degli esami ematochimici e delle urine che vengono eseguiti a cadenza regolare. Mettendo insieme tutte queste informazioni possiamo valutare se il dosaggio del farmaco risulta ben tollerato dal paziente oppure no. Proponendo il questionario, inoltre, si colgono anche le risposte non verbali, come le espressioni facciali, eventuali esitazioni, il tono stesso della voce, che ci permettono di capire quanto il soggetto accetti la terapia dal punto di vista psicologico. La presenza di un familiare o di un amico accompagnatore si rivela utile in molte situazioni perché fornisce ulteriori informazioni riguardo la compliance e il grado di accettazione della terapia. I pazienti ricevono al primo incontro un libretto tascabile, su cui annotare i prossimi appuntamenti, i valori delle litiemie, e delle semplici note illustrative circa gli effetti collaterali del trattamento. In questo modo, si è cercato il più possibile di coinvolgerli in modo attivo e fattivo nel percorso terapeutico, di renderli protagonisti e non succubi di scelte poco condivise e/o poco comprese. I più gravi effetti collaterali dei sali di litio sono rappresentati dal danno renale, che si manifesta come nefropatia tubulointerstiziale; eppure nella nostra esperienza quotidiana ciò che spaventa maggiormente i pazienti e li induce alla sospensione o all’autoriduzione è l’incremento di peso. Una delle prime domande che vengono rivolte a noi operatori è proprio relativa alla possibilità di ingrassare. I sali di litio di per sé non dimostrano una spiccata attività sul

metabolismo, tant’è vero che nelle schede tecniche sono riportate variazioni di peso corporeo in entrambi i sensi. Nella stragrande maggioranza dei casi, tuttavia, i sali di litio non vengono prescritti in monoterapia, ma in associazione ad altri farmaci stabilizzanti, come acido valproico, o ad antidepressivi come la paroxetina, o ancora antipsicotici atipici, che hanno un provato impatto sul peso corporeo; diventa pertanto difficile attribuire le singole responsabilità dei diversi farmaci assunti. Per tentare di arginare l’abbandono della terapia dovuto al timore di ingrassare, ed anche per minimizzare gli effetti metabolici di alcuni farmaci psichiatrici, offriamo ai pazienti che lo desiderano un servizio di consulenza nutrizionale. Anche se il servizio è iniziato soltanto da alcuni mesi, abbiamo riscontrato notevole gradimento da parte dei pazienti e dei loro familiari. E’innegabile che i modelli attuali del mondo occidentale, che mettono in risalto e valorizzano l’estetica e l’apparenza, giochino un ruolo fondamentale nell’indirizzare i dubbi e i timori dei pazienti. Il nostro ruolo è da un lato ridimensionare queste paure e dall’altro seguire nel tempo e a cadenza regolare i pazienti, in modo che si sentano rassicurati e si ottimizzi il risultato della terapia farmacologica, bilanciando effetti desiderati ed effetti collaterali.



Quale di questi potrei eliminare?

Io, meno male che c'è la salute

Quando si decide di mettere finalmente un po' d'ordine nelle tante foto di famiglia finite in fondo ad un cassetto e di fatto dimenticate, ci sciogliamo in un sorriso di compiacimento soprattutto nel momento in cui tra le mani scorre l'immagine che ci ritrae bambini. In un attimo, siamo soffocati dai ricordi ed esprimiamo profondi e sinceri sentimenti quali commozione, compiacimento ed anche un pizzico di vanità. Sì, è proprio la memoria storica individuale che fa ribollire dentro di noi qualcosa d'ormai sopito, ma che mai avevamo dimenticato.

E visto che siamo tutti iscritti all'Ordine Professionale, quindi maggiorenni e vaccinati, non si può negare come rimirando foto che ci ritraggono con il camice bianco, lindo e pulito del neolaureato, proviamo le medesime emozioni, mentre nella mente s'affollano immagini e rimembranze che ci tolgono d'improvviso quanto di negativo abbiamo accumulato negli anni. Una ventata d'aria fresca e pura. Siamo, in una parola, ritornati giovani, alle prime armi e pieni di speranze per il futuro, in sostanza e senza alcuna retorica, siamo tornati quelli d'un tempo che fu, i "dottorini". Ed è a questa figura - oseremo dire "mitica", senza tema d'essere smentiti - che s'ispira il libro "Io, meno male che c'è la salute", scritto da Gian Ugo Berti e Susanna Berti Franceschi (Editore Felici). Una raccolta di esperienze di chi abbia vissuto il mondo della sanità e che riproponga ogni cosa, in chiave ironica e scanzonata, sempre tenendo fede a quel sacro Giuramento, nel pieno rispetto del dolore e della sofferenza.

Un libro che si legge rapidamente, la prima volta sorridendo - come a dire sono fantasie, a me non capiterà mai come paziente- la seconda volta ri-

flettendo e la terza infine, sempre allo stesso prezzo, facendo i debiti scongiuri. Della serie, "Io, meno male che c'è la salute".

Così, in chiave di cronaca storica, da questa leggenda che è il dottorino, perché in certe famiglie l'ansia è tale che "dottori si nasce", si procede speditamente ad illustrare nei particolari varie tipologie di medici come il primario politico che, pur sbuffando, vende ai semafori L'Unità, quindi un particolare capitolo descrive dalla parte di familiari e malati la suora, la monaca personaggio emblematico purtroppo in estinzione, considerata da tutti figura posta fra Dio ed il primario, quindi si descrive in particolari originali e forse inediti il docente universitario, del tipo "tanta fame e niente sesso", si continua con la caratterialità umana e clinica dell' Aiuto depressivo/nevrotico, le mire arrivistiche della Tirocinante romantica, per concludere in un linguaggio esilarante con il primario allucinato e quello mistico.

Una carrellata dunque a tutto campo, a 360° insomma, che ciascuno può comunque immaginare ed identificare secondo il proprio vissuto, in tanti personaggi con cui ha lavorato. In pratica, tante cellule staminali, ancora totipotenti, cui ogni lettore dopo attenta disamina può attribuire un nome, un volto, un cartellino.

Concordiamo in pratica con Molière quando motivava la scelta della satira come argomento dei suoi libri. Un romanzo, triste o tragico - sosteneva - lascia il tempo che trova. Prima o poi lo si dimentica. Uno scritto ironi-

co stimola invece il pensiero e fa nascere la riflessione, anche a distanza di tempo. In definitiva, rimane nella mente e nell'animo.

Ed è proprio al grande Molière che è dedicata l'ultima pagina: "Quel che dà fastidio nei potenti è che, quando sono malati, pretendono assolutamente che i medici li guariscano". Gli risponde Tonietta: "Questa sì che è bella! Sono veramente sfacciati a pretendere che voi dottori li facciate star bene! Mica siete lì per questo! Voi dovete prendere soltanto il vostro stipendio e ordinare delle medicine; quanto a guarire, che ci pensino loro, se possono". E così conclude il Dottor Diafoirus: "Giustissimo. Noi abbiamo soltanto l'obbligo di eseguire i trattamenti secondo le regole... se non funzionano, mica è colpa nostra". Ipse dixit. Buona lettura.



Riparazione dell'ernia inguinale tra passato e futuro

La riparazione dell'ernia inguinale risulta essere il secondo intervento chirurgico più eseguito nelle strutture ospedaliere italiane. E' ormai un dato di fatto che l'impiego di una protesi riduce in modo significativo il tasso di recidiva dopo trattamento chirurgico di un'ernia inguinale, indipendentemente dal tipo di accesso usato per posizionarla. Resta aperto il confronto sulla via di posizionamento della protesi se open (inguinale, Stoppa, etc.) o laparoscopica (TEP Totally extraperitoneally, TAPP Trans Abdominal Properitoneal Plasty) **[Livello di Evidenza 1A]**.

Esistono numerosi Trials randomizzati (Hamza 2010 Int J Surg) che hanno valutato i benefici della tecnica laparoscopica nei confronti della chirurgia tradizionale open che includono: riduzione del dolore postoperatorio, degenza più breve, ritorno più rapido all'attività lavorativa **[Livello di Evidenza 1B]**. Tuttavia si evidenzia un tempo operatorio più lungo, costi più elevati ed un tasso di recidiva sovrapponibile o maggiore.

Inoltre si associano alla laparoscopia alcune complicanze, rare, ma molto gravi: danni vascolari maggiori, lesioni o occlusione intestinali, lesioni vescicali, lesioni nervose (Tab. 1).

Esistono inoltre numerose Systematic Reviews (Karthikesalin Br J Surg 2010 e Dedemandi Am J Surg 2010) che evidenziano (Tab. 2):

	VLS	OPEN
Tempo operatorio	▲	▼
Tasso di recidiva	=	=
Dolore postoperatorio persistente	▼	▲
Complicanze minori		
- infezione ferita	▼	▲
- ematoma	▼	▲
- sieroma *	▲ (Solo per la TAPP)	▼
- infezione protesi	=	=
Complicanze maggiori	▲	▼
Degenza ospedaliera	= / ▼	= / ▲
Costo intervento	▲	▼
Ritorno all'attività lavorativa	▼	▲

Tab. 2

	OPEN	VLS	
Morbilità	33.4%	39%	OR 1.3 (1.1-1.6, 95% IC)
Mortalità (<60gg)	0	0.3%	3 pz: TEP, IMA, perforazione
Dolore postop			
- 1° GPO	Riduzione di 10.2mm scala anal.		(IC 95% 4.8-15.6)
- 14° GPO	Riduzione di 6.1mm scala anal.		(IC 95% 1.7-10.5)
Ritorno attività	5 gg	4 gg	HR 1.2 (1.1-1.3, 95% IC)
Recidive totali	4.9%	10.1%	OR 2.2 (1.5-3.2, 95% IC)
Recidiva in ernia primaria	8%	10.1%	OR 2.9 (1.8-4.5, 95% IC)
Recidiva in ernia già recidiva	14.1%	10%	OR 0.7 (0.3-2, 95% IC)

Tab. 1: Il Trial randomizzato valutato da Neumayer ha coinvolto 1696 pazienti [Livello di Evidenza 1B].

Per quanto riguarda la durata dell'intervento laparoscopico nei confronti della tecnica open dobbiamo fare alcune considerazioni: è molto variabile nelle diverse casistiche dove si osserva un allungamento medio della procedura laparoscopia da 1 a 27 min; si osserva, inoltre, un'influenza importante della curva di apprendimento dove si evidenzia che sono necessarie fino a 100 TEP per scendere al di sotto di 1h (Lau, Surg Endosc 2002) e per i chirurghi esperti la durata media della TEP varia tra 20 e 38 min (Tamme, Surg Endosc 2003 - Pulibliblank, JR Surg Coll Edimb 2002).

Per quanto riguarda i costi della procedura laparoscopica nei confronti

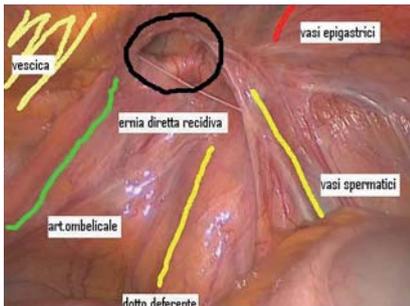


Fig. 1: Ernia inguinale diretta nell'uomo

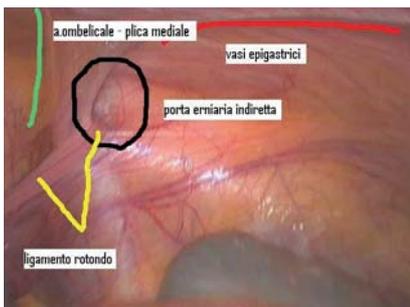


Fig. 2: Ernia inguinale diretta nella donna

della procedura tradizionale open sono stati valutati diversi trials randomizzati: si evince un incremento medio dei costi per la laparoscopia di 300-350 E per procedura. Tuttavia, introducendo i costi relativi alla produttività, tali differenze tendono ad annullarsi (circa 86-130 E per giorno di attività). Per quanto riguarda l'ernia monolaterale: la plastica open con mesh è meno costosa della laparoscopica, tuttavia non garantisce la stessa QALYs (qualità di vita). Per l'ernia bilaterale: la plastica laparoscopica presenta un migliore rapporto costo-efficacia della open si riducono le differenze di tempo operatorio nei confronti della monolaterale (chiave di spesa). La migliore convalescenza è ancor più marcata verso la monolaterale (con conseguente miglioramento anche della QALYs) **[Livello di Evidenza 1A]**.

Nel trattamento dell'ernia bilaterale la tecnica laparoscopica nei confronti della tecnica open evidenzia una riduzione del dolore postoperatorio, una minor richiesta di analgesici, un ritorno più rapido all'attività lavorativa, un migliore impatto sulla QL, un migliore rapporto costo-efficacia **[Livello di Evidenza 1A-B-C]**.

Nel trattamento dell'ernia recidiva la

tecnica laparoscopica vs la tecnica open evidenzia un tempo operatorio più lungo, una riduzione del dolore postoperatorio, una minor richiesta di analgesici, un ritorno più rapido all'attività lavorativa, minori complicanze perioperatorie (ematomi, sieromi, ipoestesia), re-recidive sovrapponibili (<in FU laparoscopico a lungo termine Shah 2011, e TAPP>TEP Dedemadi 2010) **[Livello di Evidenza 1B-2B-4]**.

Nel trattamento dell'ernia primitiva monolaterale la tecnica laparoscopica vs la tecnica open evidenzia un tempo operatorio più lungo ($p < 0.001$), una riduzione del dolore postoperatorio ($p = 0.002$), un ritorno più rapido all'attività lavorativa, una uguale incidenza complicanze perioperatorie, recidive sovrapponibili (TAPP=TEP), e un maggior costo ($p < 0.001$) **[Livello di Evidenza 1B-2B]**.

Nel trattamento dell'ernia primitiva monolaterale con ernia controlaterale occulta o metacronia la tecnica laparoscopica vs la tecnica open evidenzia una incidenza di ernia occulta controlaterale del 14%-26% e la conseguente riparazione bilaterale non ha aumento di morbilità, dolore o recidive in centri ad alto volume con chirurghi esperti, l'incidenza di ernia metacrona controlaterale è dell'1.2% e la riparazione profilattica bilaterale ha un basso ma potenziale rischio di dolore postoperatorio **[Livello di Evidenza 2B-3]**.

Il confronto tra le due tecniche mininvasive (TAPP vs TEP) evidenzia un tempo operatorio ed una degenza ospedaliera inferiore per la tecnica TAPP, con frequenza di ematomi, dolore postoperatorio e recidive sovrapponibili. Altre considerazioni evincono una maggiore probabilità di ernie su trocar per la TAPP, un dato sovrapponibile per quanto riguarda le lesioni

vascolari e le infezioni protesiche o profonde. La learning curve mostra un notevole diverso grado di apprendimento: 30 procedure per la TAPP nei confronti delle 100 procedure per la TEP. La conclusione in studi controllati attualmente evidenzia comunque risultati sovrapponibili tra TAPP e TEP con un rischio relativo di recidiva leggermente a favore della TAPP (P.01) **[Livello di Evidenza 1B-2B]**.

CONCLUSIONI

La tecnica mininvasiva laparoscopica evidenzia dei **vantaggi** come la possibilità di esplorare la cavità addominale, la corretta identificazione dei difetti erniari anche misconosciuti, la possibilità di trattare tutti i tipi di ernia anche la bilaterale non preventivamente diagnosticata, l'utilizzo di mesh parzialmente riassorbibili o autobloccanti di dimensioni maggiori rispetto a quelle utilizzate in chirurgia tradizionale open può prevenire ernie secondarie e recidive, non è necessario eseguire incisioni inguinali, si evidenzia un minor dolore postoperatorio ed una più rapida ripresa dell'attività fisica e sportiva.

Però rimangono **situazioni da definire** come la relativa maggiore durata della procedura chirurgica in rapporto anche alla curva di apprendimento, la necessità di eseguire la procedura chirurgica in anestesia generale ed i costi maggiori.

Quindi concludendo la tecnica laparoscopica è efficace nel trattamento dell'ernia inguinale, presenta un decorso postoperatorio complessivamente migliore della tecnica open (minor dolore, più rapida ripresa dell'attività). I principali svantaggi (tempo operatorio lungo, costi elevati, potenziali complicanze gravi) sono relativi e possono essere abbattuti, in considerazione del fatto che necessita di una lunga curva di apprendimento.

Indicazioni alla tecnica laparoscopica	
>	Ernia recidiva
>	Ernia bilaterale
>	Ernia primitiva monolaterale dell'adulto: necessità di recupero precoce (lavoro, sport, etc.) e operatore esperto
Controindicazioni alla tecnica laparoscopica	
>	Ernia strozzata
>	Pazienti obesi e gravide
>	Anamnesi di interventi chirurgici addome inferiore
>	Pazienti non idonei per anestesia generale
TAPP o TEP?	
>	Non vi sono attualmente dati di EBM che dimostrino la superiorità di una delle due tecniche

Progetto IGEA

Con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Pisa e dell'Amministrazione Comunale, promossa dall'Istituto Auxologico di Milano e dall'Accademia Olistica Europea, si è tenuta a Pisa la prima iniziativa pubblica del "Progetto IGEA". Sono sempre più i pazienti che si rivolgono ad "altre medicine", scegliendo percorsi complementari alle terapie convenzionali. La convinzione di molti è che non esista un'unica "medicina", accanto a quella accademica e sperimentale si affermano o sopravvivono conoscenze, esperienze, teorie, e pratiche terapeutiche spesso definite "alternative". In Italia, più che in altri paesi europei, il tutto accade spesso con improvvisazione,

senza una normativa chiara capace di disciplinare questo variegato mondo.

Un settore che presenta per altro delle potenzialità, soprattutto nell'attuazione di strategie di prevenzione sanitaria, e che può indirizzare i cittadini a stili di vita salubri. A fianco di medici che hanno fatto una scelta professionale e un percorso individuale di ricerca verso "altre" pratiche mediche si aggiungono "professionalità", o esperienze, non sempre certificabili attraverso percorsi formativi rigorosi, costituendo talvolta un rischio per la salute dei cittadini. In questo contesto, il conflitto tra medicina convenzionale e medicine complementari non ha più senso, non è utile e non limita la legittima libertà del paziente di ri-

volgersi verso altre medicine, non garantisce un controllo adeguato sulle affermazioni e le pratiche delle stesse.

Si rende, oggi più che mai, necessario salvaguardare il diritto di chi vuole rivolgersi a forme di cura più affini al proprio orientamento filosofico e culturale, valorizzando l'esperienza di quei medici che hanno orientato i propri studi verso le medicine "non convenzionali".

Da Pisa nasce un'iniziativa, una proposta, che mette insieme medici, studiosi, pazienti, che stanno rispondendo da più parti d'Italia. L'obiettivo è costituire un punto d'incontro fra medicina convenzionale e medicine, non più alternative ma complementari, per un approccio integrato.

Con il "Progetto IGEA" s'intende organizzare e favorire "opportunità" d'incontro fra le diverse discipline e scienze che hanno quale finalità la promozione del benessere e della salute, garantendo un libero ed informato accesso dei cittadini a tutte quelle conoscenze, quelle opportunità e quei servizi utili a contribuire al raggiungimento di una condizione di benessere psico-fisico.



"Stiamo bene... naturalmente!"



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