

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:

**Mammella:
la radioterapia
intraoperatoria**

M. Ghini - M. Roncella
Unità Operativa di Senologia A.O.U.P.

**Assistente odontoiatrica
e studio
monoprofessionale**

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

**Ernia primitiva:
chirurgia
mini-invasiva laparoscopica**

A. Marioni - P. Buccianti
Dipartimento di Gastroenterologia
U.O. Chirurgia Generale e Colon Rettale A.O.U.P.



CONVENZIONE PER L'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI PISA

Sevizi Finanziari

BMW Spese istrusione pratica 300 € IVA inclusa.
Salvo approvazione di BMW Financial Services Italia S.p.A. Fogli informativi disponibili presso la Concessionaria.

BMW SERIE 1	1.99% CON 2 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW SERIE 3	3.99% CON 2 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW SERIE 5 BERLINA	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO GRATUITI + 4 ANNI/200.000 KM DI MANUTENZIONE REMAIN INCLUSA
BMW SERIE 5 TOURING	6.49% CON 3 ANNI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 30.000,00 euro)
BMW SERIE 5 GT	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO GRATUITI + 4 ANNI/200.000 KM DI MANUTENZIONE REMAIN INCLUSA (importo minimo finanziabile 20.000,00 euro)
BMW X1	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 25.000,00 euro)
BMW X3	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 25.000,00 euro)
BMW X5	4.99% CON 2 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW X6	5.99% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI
BMW Z4	4.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI

MINI Spese istrusione pratica 300 € IVA inclusa.
Salvo approvazione di BMW Financial Services Italia S.p.A. Fogli informativi disponibili presso la Concessionaria.

MINI ONE/D HATCH	2.99%
MINI COOPER/D HATCH	3.99%
MINI CLUBMAN	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)
MINI CABRIO	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)
MINI COUNTRYMAN	6.49% CON 3 ANNI DI INCENDIO E FURTO OBBLIGATORI E ANTIFURTO SATELLITARE OMAGGIO (importo minimo finanziabile 15.000,00 euro)

Manutenzione:

PER TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE IL PRIMO INTERVENTO DI MANUTENZIONE SARA' GRATUITO SU QUALSIASI MODELLO BMW E MINI ACQUISTATO PRESSO LA NOSTRA CONCESSIONARIA.

Tutte le offerte sono valide fino al 30 Giugno 2011

Concessionaria BMW
Concessionaria MINI

Motorauto F.lli Nardoni

Via San Pietro in Palazzi, 24 - Tel. 0586 681810 - CECINA (LI)
Viale della Repubblica, 19 b/c - Tel. 0565 226213 - PIOMBINO (LI)



Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Sanità: la matematica non è un'opinione

Non c'è sistema gestionale perfetto nella tutela della salute. Rispetto infatti a tutti gli altri settori, la variabile è semplice: la domanda dell'utente è in continua ed inarrestabile ascesa, alla luce soprattutto della crescente competitività tecnologica ed operativa. In aggiunta, si dispone di bilanci sempre più esigui, imposti da uno Stato sociale che è unicamente ai vertici di una piramide, mentre Regioni ed ASL vengono soltanto a seguire. Dunque, in sanità, la matematica può anche essere un'opinione.

Fra cittadini ed Istituzioni, quindi, la forbice è destinata progressivamente ad allargarsi. Nel mezzo, noi medici del Servizio Sanitario Nazionale ci muoviamo sempre più ingessati in protocolli che, oltre a non valorizzare l'antico spirito d'umana solidarietà accettato con il Giuramento d'Ippocrate, certo ci pongono davanti al paziente in una posizione alquanto fragile sul piano decisionistico, minando di fatto quell'aura di potenzialità d'intervento, indispen-

sabile a donare sicurezza e fiducia. E' comunque un quadro di cui ci siamo già resi conto giorno dopo giorno, mantenendo al contempo dignità, coraggio e determinazione. Sappiamo come sia però il Sistema nel suo complesso a muovere le cose, in un mondo che, inesorabilmente, cambia di continuo. Quello che non accettiamo e non accetteremo mai, è l'eventualità – affatto remota – che si voglia accostare il ruolo funzionale ed operativo del medico a giustificazione d'errori e manchevolezze della catena: una pericolosa premessa verso una china ripida e pericolosa su cui si muove un pur valido Sistema Sanitario. In definitiva, nessuno è perfetto: vale per il mondo intero, così come per noi medici. Siamo i primi a sostenerlo. Ma additarci quale capro espiatorio, no, decisamente no. Rigettiamo dunque con forza anche malcelati, indiretti, ma pungenti pensieri. Gli amministratori, ad ogni livello, facciano il loro lavoro. Noi, parimenti e non secondi ad alcuno, faremo il nostro.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

Autorizzazione del Tribunale di Pisa
n.10 del 09/05/2001

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

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
Alessio Facchini
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

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

L'Ordine informa

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

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

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

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

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

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

Convenzione Ordine dei Medici di Pisa - Aruba PEC

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

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

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

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa

Via Battelli, 5 - 56127 Pisa - Tel. 050/579714 - Fax 050/973463 e-mail: segreteria@omceopi.org

Medicine complementari

Si trasmette di seguito una comunicazione pervenutaci dalla Regione Toscana - Giunta Regionale:

oggetto: elenco dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, dei Medici Veterinari e dei Farmacisti che praticano le Medicine Complementari, ai sensi della L.R. 9/2007 e del protocollo di intesa sottoscritto in data 08/04/2008 termine applicazione norme transitorie.

Come è noto la L.R. 9/2007 ed il successivo protocollo di intesa sottoscritto fra gli Ordini professionali e la Regione Toscana in data 08/04/2008, prevedono che gli Ordini professionali istituiscano gli elenchi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Medici Veterinari e Farmacisti che esercitano le Medicine Complementari, definendo i criteri sufficienti per l'ammissione a detti elenchi nella fase transitoria. Si ricorda che dal combinato disposto della L.R. 9/2007 e del protocollo di intesa dell'8/4/2008, le norme transitorie sono in scadenza in data 07/04/2011.

Si invitano pertanto gli Ordini a fornire la più ampia e sollecita informazione ai propri iscritti onde consentire agli interessati di iscriversi negli elenchi citati, usufruendo delle norme transitorie previste dalla legge.

Dalla data sopra precisata si invitano altresì gli Ordini ad iscrivere negli elenchi di cui sopra esclusivamente i professionisti che abbiano ottemperato ai requisiti formativi previsti dalla L.R. 9/2007 e relativo protocollo.

f.to il Dirigente responsabile
dr. Lorenzo Roti

Nota del Ministero dell'Interno - Trasmissione telematica dei certificati di malattia - Particolari disposizioni per la Polizia di Stato

Comunicazione n. 20 della Federazione Nazionale degli Ordini

Omissis

Restano escluse dal campo di applicazione di tali disposizioni il personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del D.Lgs. 165/01 (magistrati, avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefettizie e le altre categorie che ai sensi del citato art. 3 sono disciplinate dai propri ordinamenti).

Per queste categorie i medici compilano i certificati ancora nella forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato.

Inoltre il Ministero dell'Interno nella nota allegata pone in evidenza la previsione di cui all'art. 61 del DPR n. 782 del 1985 che dispone che *"il personale della Polizia di Stato che per ragioni di salute non ritenga di essere in condizione di prestare servizio deve darne tempestiva notizia telefonica al capo dell'ufficio, reparto o istituto da cui dipende, trasmettendo, nel più breve tempo possibile, il certificato medico da cui risulti la diagnosi e la prognosi"*.

Chiarimenti certificati on line (Circolare Brunetta 1/2011 - ulteriori indicazioni)

Il testo completo della circolare n. 1/2011 del Ministro Brunetta è disponibile sul sito dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa (www.omceopi.org).

Rossella Neri U.O. Reumatologia A.O.U.P.

Sono rare ma sono tante: Pisa sede di un corso teorico-pratico sulle "malattie rare"

Le *malattie rare* costituiscono un gruppo eterogeneo di affezioni che si caratterizzano per la gravità, la cronicità e l'onere sociale. La definizione europea di *malattia rara* prevede una prevalenza non superiore a 5 casi su 10000 e complessivamente ne sono state individuate alcune centinaia.

Durante il Corso della Scuola di Specializzazione in Reumatologia vengono presi in esame e trattati i vari aspetti delle malattie reumatiche.

Il Corso teorico-pratico, indirizzato a medici iscritti all'ultimo anno delle Scuole di Specializzazione in Reumatologia e branche affini, ha lo scopo di fornire le cognizioni di base necessarie per un corretto inquadramento clinico delle *malattie rare* di interesse reumatologico, delle quali saranno trattati gli aspetti eziopatogenetici, diagnostici e clinimetrici più rilevanti.

Verranno inoltre affrontati anche alcuni degli argomenti più controversi, non solo riguardanti la clinica ma anche la farmacologia. Al fine di fornire le basi razionali del trattamento verranno discussi pro e contro dei vari schemi terapeutici.

Il Corso si articola in 4 giornate: la prima sarà dedicata ad una parte introduttiva sulle *malattie rare*, in particolare gli aspetti etici e normativi relativi all'uso dei farmaci off-label nelle malattie reumatiche. Nelle successive giornate, per i singoli gruppi di patologie verranno trattati i seguenti aspetti: patogenesi, manifestazioni cliniche, clinimetrica e terapia. La parte teorica sarà affiancata da una parte pratica con presentazione e discussione di casi clinici.

Sabato 11 giugno gli Allievi del Corso potranno spostarsi a Buti dove verranno iscritti al VII In-

contro della Associazione Alessandro Lupoli dal titolo "Terapia immunosoppressiva e malattie rare: gestione delle comorbidità". L'incontro è aperto anche a tutti gli specializzandi che vorranno iscriversi, e in particolare ai medici di medicina generale e ai medici che operano nelle strutture ospedaliere

e universitarie nell'ambito della medicina interna.

Nel corso di tale convegno, specialisti esperti nel settore discuteranno i sintomi clinici e i dati strumentali che possono fare sospettare la presenza di una malattia autoimmune sistemica e in particolare una malattia rara.

VI Corso teorico-pratico La settimana delle "malattie rare" in Reumatologia Alessandro Lupoli Pisa/ Buti (7-11 giugno 2011)

Comitato organizzativo
Stefano Bombardieri

Segreteria Scientifica
Rossella Neri UO Reumatologia A.O.U.P.
e-mail: r.neri@int.med.unipi.it

Antonio Tavoni UO Immunoallergologia A.O.U.P.
e-mail: a.tavoni@int.med.unipi.it

Segreteria organizzativa
Clinical and Experimental Rheumatology
via S. Maria, 31-56126 Pisa
<http://ecm.clinexprheumatol.org>
e-mail: meetings@clinexprheumatol.org

Uomini come bestie. Il medico degli ultimi

Il grosso portone di legno si chiude dietro le mie spalle e mi scuote sentimenti di tristezza, di malessere, quasi fossi stato sradicato da una realtà senza ritorno.

È un bellissimo mattino d'estate che inneggia a spensierate vacanze in riva al mare o in cima alle montagne e quest'atmosfera ancora più libera rende più esasperante il mio primo contatto con il carcere.

Fresco di laurea, ho accettato di buon grado, senza pormi eccessivi problemi, la proposta avanzatami da un collega anziano di ricoprire il posto di Medico Penitenziario al Don Bosco, resosi vacante in seguito alle dimissioni del Dr. Mammoli per le polemiche sorte dopo la morte in carcere del giovane anarchico Franco Serantini.

È un periodo di forti contestazioni sociali e soprattutto i movimenti studenteschi a Pisa lievitano, organizzando il malcontento e la protesta. Il clima politico giovanile è ricco, pieno di stimoli, è un'uscita da un lungo incubo, la rivalsa e la ribellione contro l'autoritarismo di secoli di storia.

Con Trento e Torino, Pisa già dal 1968 è divenuta subito una delle capitali della contestazione studentesca in Italia.

Gli studenti pisani svolgono molto lavoro di elaborazione culturale, organizzano occupazioni, dibattiti e confronti.

La contestazione universitaria è soprattutto lotta di classe, perché ritengono lo studente non altro che un futuro lavoratore. Per molti anni il clima politico è rimasto molto acceso.

In questo contesto si inserisce la tristissima vicenda di Franco Serantini morto in carcere per le lesioni riportate durante gli

scontri con la polizia.

Prima di essere accompagnato in sezione, passo a conoscere e a salutare il Direttore dell'Istituto, che mi riceve con un largo sorriso e con espressioni beneaugurali.

Quello con il Direttore per il Medico Penitenziario è un rapporto particolare, intriso di croci e delizie.

Il Medico con il Direttore dell'Istituto deve intrattenere un rapporto di proficua collaborazione e di reciproco rispetto, salvaguardando sempre la propria sfera di competenza. Entro nell'infermeria.

Viene portato un detenuto per volta.

Una storia dietro l'altra.

Un abisso di necessità.

Mi rendo conto che basta disporsi ad ascoltare, a comprendere.

Sono sufficienti poche parole di conforto per calmierare situazioni paradossali, per recuperare gente perduta, gente votata alla disperazione, per innestare uno stimolo alla speranza.

Mi rendo conto quanto sia arduo leggere nell'animo degli uomini in

carcere, penetrarne i misteri, prevederne i comportamenti, coglierne la fragilità, le durezze e i bisogni.

Volti anonimi, segnati dalla sofferenza, dalla tristezza, dalla solitudine si succedono.

Corpi invecchiati in fretta, anche se ibernati nel tempo della prigionia.

I loro desideri vagano tra il rimpianto e la fantasia.

Si arrampicano vanamente, vagamente al proprio passato, si illuminano al ricordo dei propri familiari, della propria terra lontana.

Parlano, parlano.

Lo sguardo è spento.

Le mani tremano attraversate da un sussulto residuo di vita.

Risulta persa ogni direttiva ed ogni energia nel proprio agire, i movimenti sono disciplinati.

Il loro tempo risulta sequestrato, le loro necessità sono gestite dagli altri.

Le loro attività sono programmate in anticipo con una monotonia ossessiva che finisce per reprimere ogni moto di fantasia e di creatività.



Riti vuoti.
Recite a soggetto.
Basta guardarli nell'ora d'aria, nel cortile di passeggio.
Tutti uguali.

Vanno su e giù come automi.
Uomini spenti nella loro volontà, nella loro autonomia, nei loro desideri più semplici.

Uomini come bestie.

Il carcere, infatti, sospende il privilegio della volontà.

E' una chirurgia dell'anima che non lascia cicatrici visibili, ma opera in profondità.

Provengono quasi tutti dagli stessi strati sociali, quelli più poveri.

E sono i poveri che scontano sempre per intero la loro pena.

I ricchi quasi sempre trovano il modo ed il mezzo per restare in carcere il meno possibile.

Il risultato della segregazione, della routine istituzionale e della quotidiana assenza di spazio privato è lacerante.

- *Sei in gabbia* - diceva un giorno un detenuto - *in una scatola di cemento.*

Il tintinnio delle chiavi è il simbolo della tua schiavitù.

Le parole pesano, è come se corrispondessero ai gesti.

Una parola significa uno schiaffo, un'altra significa una carezza.

E' un mondo chiuso dove si parla per frasi fatte.

Nessuno dice quello che pensa. -

- *Vivere in cella* - diceva un altro detenuto - *è come vivere in un corridoio. Se uno cammina, l'altro sta disteso sulla branda. Si mangia gomito a gomito; si dorme come in un'astronave. Sei costretto a contare i centimetri, gli spicchi di luce e di sole e, attraverso di essi la vita. -*

Quanti volti, quante storie, quali grandi bisogni.

Rispetto a 30 anni fa è anche profondamente mutata la tipologia della popolazione detenuta.

Al momento attuale dominano la scena i tossicodipendenti, gli extracomunitari, i disturbati mentali, una fetta di umanità ferita.

Prevalgono i poveri diavoli, i cosiddetti cani senza collare, tutti appar-

tenenti agli strati sociali più deboli, allevati sui marciapiedi e nei sobborghi delle città.

Ciascuno di noi diventa testimone di brani di vita chiusi a chiave a contatto soltanto dell'eterno grigiore delle sbarre e del cemento.

Non si può immaginare cosa significhi finire e restare in carcere.

Del resto la libertà è come la salute: un bene troppo prezioso per l'uomo.

L'importanza della salute e della libertà viene percepita soltanto quando esse vengono perse.

Se mi volto indietro per un istante, una folla di ricordi mi assale.

Diventa difficile soffermarsi sul singolo individuo, sulla singola vicenda umana.

E' tutta una marea di gente, uomini, donne e bambini che si muovono come burattini, privi di ogni attributo di coscienza di vita e alla ricerca di una scintilla di illusione, come vere ombre abitate.

Quando mi trovo davanti ad un detenuto non ho preclusioni di sorta, ma penso a lui come ad un uomo che si è venuto a trovare in una situazione sfavorevole, in una circostanza avversa.

L'uomo non è, non può essere una bestia da domare, un bersaglio eventuale da colpire.

Il carcere non può più restare un'isola attorno alla quale la città vive e cresce, ignara completamente di ciò che accade dietro le sbarre. Il carcere è considerato, viene intravisto come un buco nero che risucchia e fa smarrire il senso della realtà, come il luogo del non ritorno, soprattutto perché l'identità e la personalità del recluso vengono fissate per sempre come immutabili con riferimento al profilo giuridico e alla qualificazione del reato commesso, senza alcuna possibilità di deroga alle trasformazioni, ai mutamenti dell'animo.

Siamo ancora lontani da una coscienza civile diffusa della necessità di affrontare il carcere, di pensarlo e di immaginarlo non come cimitero dei vivi, come discarica sociale, come fabbrica di handicap, come magazzini di uomini e di donne per-

duti per sempre, ma come luogo sociale dal quale far partire pratiche, processi di risocializzazione, sottraendo quanto più spazio possibile all'isolamento e all'afflizione per realizzare alternative socialmente utili alla reclusione.

La perdita della speranza in carcere è stimolo prepotente a cercare qualsiasi soluzione violenta, temeraria, illogica, a fondo cieco magari, ma volta a toglierli comunque da un immobilismo senza futuro.

L'uomo detenuto è una corda tesa, una corda sull'abisso, una pericolosa tensione, un pericoloso sforzo, un pericoloso guardare indietro, senza il conforto di una certezza nel domani.

Il detenuto deve riacquistare un rapporto di rispetto e di impegno innanzitutto verso se stesso e quindi verso il mondo intero.

In definitiva bisogna dare valore all'uomo, alla sua opera, alla sua capacità, alla sua fantasia.

Il carcere in definitiva è malattia e insieme malato esso stesso come un'istituzione radicalmente inadempiente alle finalità per cui si dice creato.

I detenuti sono dei residui di umanità che vivono al di fuori dei cicli della natura.

Non indossano più il pigiama a strisce, non portano sul camiciotto o sul berretto il numero di matricola, ma resta purtroppo la realtà di rappresentare un numero, talora un fascicolo.

I ritmi, le abitudini, i confini esistenziali.

Tutto viene modificato da una realtà lontana anni luce dai normali percorsi quotidiani.

Il carcere modifica tutto: il tuo essere, il tuo sorriso, i tuoi pensieri, il modo di camminare, di amare, di credere, di sperare, di sognare.

Serve un carcere umano e civile che all'uomo lasci magari la colpa della sua trasgressione, ma con essa la speranza di un cambiamento, rimuovendo lo stigma di una diversità non più riscattabile; che non si preoccupi tanto di migliorare i detenuti, quanto di rispettarli e si preoccupi, invece, di migliorare se stesso onde



meritare rispetto.

Un carcere che faccia realmente parte della società, rispetto alla quale, cioè, non sussista la contraddizione altrimenti invincibile di un fine di reinserimento sociale assegnato ad uno strumento di emarginazione sociale.

Il miglioramento delle condizioni di vita all'interno attraverso la possibilità del lavoro penitenziario e attraverso il riconoscimento dell'affettività, l'implementazione delle attività di trattamento e della presenza del territorio, la costituzione di una cultura inclusiva sono questioni dalle quali non è possibile prescindere nel modo più assoluto se vogliamo finalmente incominciare a parlare di dignità e di umanità nelle carceri.

Il carcere è un abisso di necessità. La possibilità della rieducazione e del recupero si inserisce in spazi ristretti.

Le illusioni si sono mostrate fragili nell'urto con una realtà esterna sempre più ostile, con situazioni di devianza e di emarginazione che sembrano quasi l'inesorabile detrito di una società sempre più frammentaria, sempre meno solidale.

Si deve auspicare la necessità ormai improrogabile di una vasta, totale partecipazione della società ad un disegno comune, perché la maggior parte dei problemi di un carcere non si risolvono all'interno, bensì all'esterno.

Occorre superare la cultura del disimpegno, dell'utilitarismo, della chiusura egoistica.

Occorre sentire le carceri come un grande problema sociale.

L'intollerabile condizione di sovrappollamento in cui versa la maggior parte degli istituti penitenziari richiama severamente le responsabilità delle politiche governative in merito alla legge sulla droga ed in merito alla legge Bossi-Fini sul reato di clandestinità.

Si pone con forza il tema della decarcerizzazione e del differimento della pena in attività socialmente utili.

La professione del Medico Penitenziario, insieme scienza ed arte, ha la difficoltà, ma anche la straordinaria nobiltà di chi pone se stesso e tutte le proprie capacità al servizio di chi soffre e dunque è più debole per difendere i beni preziosi della salute e della vita.

C'è un'ulteriore difficoltà: lavorare in luoghi consegnati al dolore, contrassegnati spesso da inquietudini, tensioni, odi, violenze e curare uomini e donne che alla sofferenza della malattia aggiungono quella, forse più acuta, della privazione della libertà personale.

La Regione Toscana si è resa interprete di questi bisogni e ha messo in cantiere un programma ambizioso.

La Medicina Penitenziaria continue-

rà ad essere veicolo di umanità e di civiltà in carcere.

La Medicina Penitenziaria si deve trasformare in Scienza come tutte le altre Scienze sperimentali sempre più capaci non solo di osservare, ma anche di modificare le condizioni di vita del detenuto.

Il carcere è una sofferta realtà di uomini e di avvenimenti. Il bisogno antico della speranza che ha radici nel cuore dell'uomo ne scandisce i pensieri, il profondo desiderio di non perdere anche la salute con il peso della sofferenza.

In tale contesto complesso e problematico chi è il Medico Penitenziario?

Mi vengono in mente le parole pronunciate a Pisa in occasione di un Congresso Internazionale di Medicina Penitenziaria dal Preside di Facoltà Francesco Squartini:

- E' il Medico degli ultimi,..... deve essere un grande uomo, deve essere un piccolo uomo, partecipe dei problemi di tutti, capace di immedesimarsi nei problemi dei detenuti..... un uomo che porta avanti la sua opera con pochi mezzi, con grande virtù, con grande umanità, sempre e comunque a tutela della salute del detenuto. -

Concludo con un fervido augurio a tutti i Medici Penitenziari: che possiate sempre trovare nello svolgimento della vostra professione, occasioni e stimoli per meglio operare.

Ho forse dato tanto al carcere e ai detenuti, ma ho l'onestà di ammettere che dal carcere e dai detenuti ho ricevuto tanto, forse tutto, come uomo e come medico.

Riflessioni di Francesco Cerardo nel momento in cui per limiti di età (dopo circa 40 anni) lascia l'incarico di Medico Penitenziario.

Ictus ischemico: opportunità per la riperfusione cerebrale in fase iperacuta

In Italia e negli altri Paesi industrializzati l'ictus cerebrale è la principale causa di disabilità, la seconda di demenza e la terza causa di mortalità, con notevoli conseguenze socio-sanitarie. La prevalenza stimata nel nostro Paese è di circa 900.000 casi, mentre l'incidenza è di circa 200.000 casi/anno (di cui il 20% rappresentati da recidive). Il costo per ogni paziente con ictus solo nel primo anno successivo all'evento è di circa 18.000 euro, senza contare i costi dovuti alla perdita di produttività del paziente e quelli legati alla gestione da parte dei familiari. Nel territorio di Pisa e provincia si stima un'incidenza di circa 900 casi/anno per un costo di circa 16 milioni di euro considerando solamente il primo anno successivo all'ictus.

Circa l'80% degli ictus sono di natura ischemica e sono dovuti nella maggioranza dei casi ad occlusione trombo-embolica di un vaso cerebroafferente, con conseguente sofferenza ischemica del corrispondente territorio cerebrale di irrorazione. Mentre il "core ischemico", cioè la zona più gravemente ipoperfusa (flusso ematico minore di 10 ml/minuto/100 g di tessuto) va incontro a necrosi in pochi minuti, la cosiddetta "penombra ischemica" risulta supportata da un flusso ematico intermedio garantito da circoli di compenso leptomeningei (tra 10 e 20 ml/minuto/100

g di tessuto) tale da determinarne rapidamente l'inattivazione funzionale ma non la necrosi, che si instaura progressivamente se il flusso ematico non viene tempestivamente ripristinato.

Lo scopo della trombolisi è appunto quello di ricanalizzare il vaso occluso per riperfondere rapidamente la penombra ischemica, in particolare l' "unità neurovascolare" (costituita da neurone, astrocita e cellula endoteliale capillare), che rappresenta il vero target della terapia per prevenire la necrosi tissutale. Prima si agisce, maggiore è la quantità di tessuto cerebrale "salvato", da cui l'espressione "time is brain". Agire tardivamente, quando la penombra ischemica è andata incontro a necrosi, non solo è inutile ma anche dannoso in quanto si associa ad un maggior rischio della complicazione più temuta della trombolisi, cioè la trasformazione emorragica sintomatica della lesione ischemica, che incide sfavorevolmente sulla prognosi. Quanto esposto è alla base del concetto di "finestra temporale terapeutica", ovvero il tempo entro

il quale il rapporto rischio/benefici della trombolisi è favorevole. D'altro canto, la ricerca di tale "limite" non inficia la raccomandazione di trattare quanto prima i pazienti candidabili. Infatti la più recente (2010) metanalisi degli studi clinici internazionali randomizzati sull'argomento (trombolisi endovenosa con attivatore tissutale del plasminogeno - tPA - versus placebo) ha evidenziato che il number needed to treat per ottenere un outcome favorevole (assenza di handicap a tre mesi dall'ictus) è 4,5 se il trattamento è effettuato entro 90 minuti dall'esordio dei sintomi ed aumenta progressivamente a 9 (tra 90 e 180 minuti), 14 (tra 180 minuti e 270 minuti) e 21 (tra 270 e 360 minuti).

Nel "mondo reale", la scheda tecnica del tPA indica il trattamento in pazienti selezionati entro tre ore dall'esordio dei sintomi, mentre più recenti evidenze (studio ECASS3, 2008), promosse dalle società scientifiche internazionali, raccomandano l'impiego fino a 4 ore e mezzo. Oltre tale limite temporale, permangono incertezze sul rea-

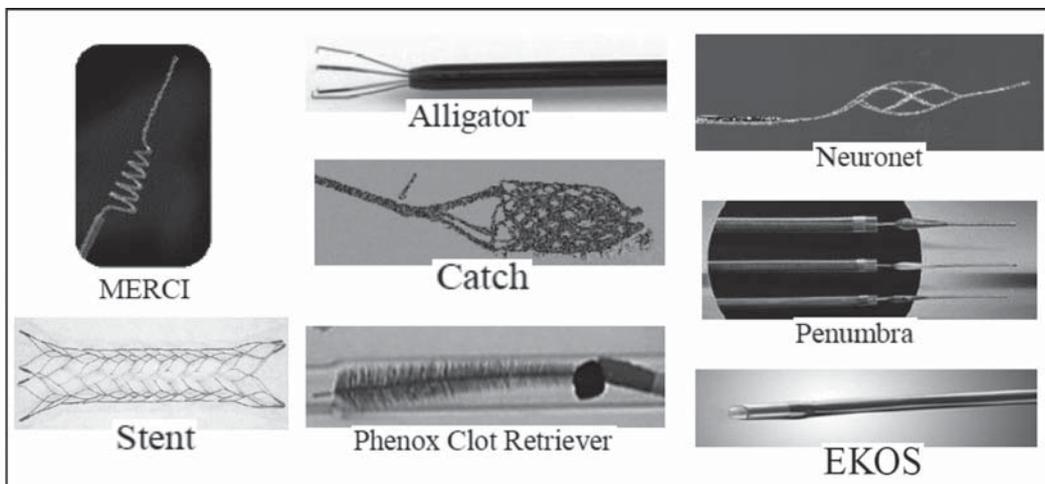


Figura 1: alcuni devices utilizzati per il trattamento endovascolare

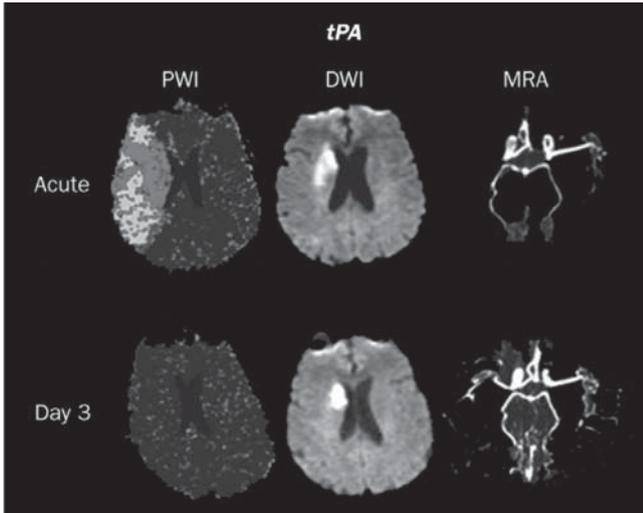


Figura 2. Serie in alto: Occlusione acuta dell'arteria cerebrale media (MRA) associata a "mismatch" tra area con deficit di perfusione (PWI) ed area di alterato segnale in diffusione (DWI). Serie in basso: controllo dopo trombolisi, con risoluzione dell'occlusione vascolare e del deficit in PWI, con piccola alterazione di segnale residua in DWI, corrispondente alla lesione ischemica definitiva

le rapporto rischio/beneficio della trombolisi endovenosa. E' da sottolineare che tale incertezza esiste anche a proposito di pazienti ultraottantenni, soprattutto perché sono stati preliminarmente esclusi dai grandi trials in quanto considerati a maggior rischio di trasformazione emorragica della lesione ischemica. Considerando che una rilevante quota di pazienti con ictus ischemico arriva "tardi" al Pronto Soccorso (solo circa un terzo giunge entro tre ore), o hanno più di 80 anni, la trombolisi, nelle modalità fin qui descritte, resta un trattamento "per pochi". Da qui l'esigenza di promuovere strategie terapeutiche integrative per estendere la finestra terapeutica e migliorare l'efficacia e la tollerabilità della trombolisi.

In quest'ambito, una valida opportunità è offerta dalle metodiche endovascolari, che consistono nella somministrazione intra-arteriosa di farmaci trombolitici e/o nell'impiego di devices meccanici (quali stent e sistemi di rimozione del trombo, Figura 1), favorendo la ricanalizzazione del vaso occluso in tempi più rapidi rispetto alla trombolisi endovenosa ed attuabili fino a sei ore

dall'esordio dei sintomi. Relativamente agli ultraottantenni, è in corso uno specifico studio randomizzato controllato italiano. Appare inoltre promettente l'impiego di metodiche di neuroimaging multimodale, che consentono non solo di determinare la sede dell'occlusione vasale (EcocolorDoppler dei vasi cerebroafferenti e Transcranico, angio-TC, angio-RM), ma

sono anche potenzialmente in grado di individuare l' "orologio fisiopatologico individuale" del paziente con ictus. In particolare, queste metodiche (TC perfusione, riso-

nanza magnetica con "mismatch" diffusione/perfusione - Figura2) suggeriscono il "mismatch" tra core e penombra ischemica, dando la possibilità di "ritagliare" la terapia su tale orologio piuttosto che sui dati anamnestici. Questo approccio può risultare utile nei casi con ora di esordio dei sintomi non nota (ad esempio in pazienti con ictus "al risveglio" oppure "trovati" afasici) o eccedente i limiti temporali previsti dai criteri di selezione attualmente validati. Tra le strategie ripercussive avanzate, è da segnalare inoltre la trombolisi endovenosa potenziata da ultrasuoni applicati per via transcranica (sonotrombolisi - Figura 3), che sfrutta gli effetti bio-fisici degli ultrasuoni per facilitare la dissoluzione del trombo in sinergia con il tPA. Infine, lo studio di nuovi farmaci trombolitici (maggiormente trombo-selettivi e meglio tollerabili specie a livello dell'unità neurovascolare) e l'identificazione di predittori biologici di trasformazione emorragica potrà permettere nel prossimo futuro di aumentare il numero dei pazienti trattabili con beneficio.

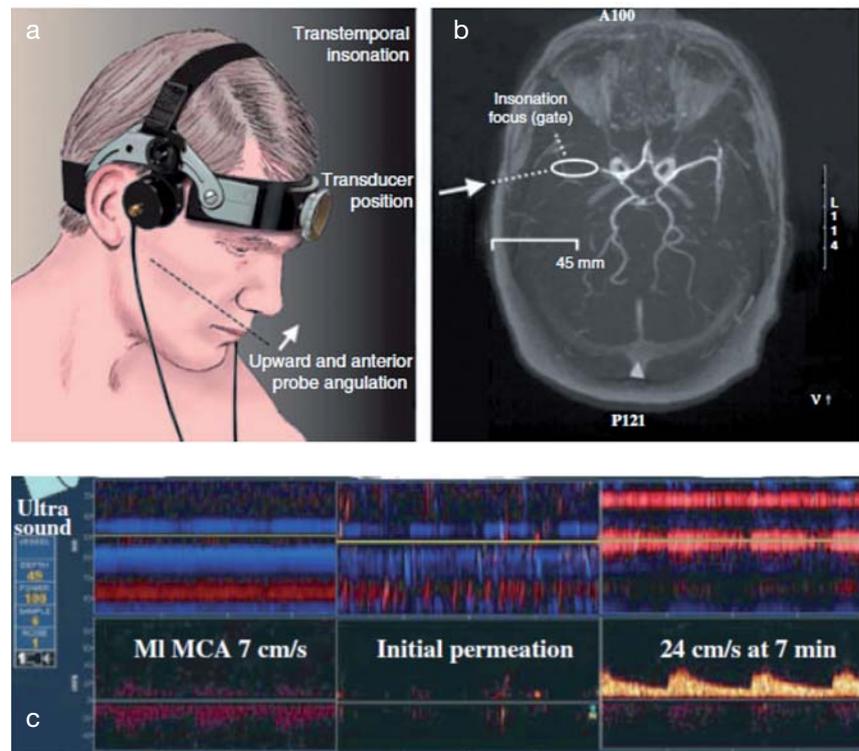


Figura 3. Sonotrombolisi: metodica di esecuzione (a), applicabile in caso di occlusione dell'arteria cerebrale media (b) e monitoraggio della ricanalizzazione (c)

Mammella: la radioterapia intraoperatoria

Lo standard di cura dell'*early cancer* della mammella è rappresentato dalla chirurgia conservativa associata alla radioterapia post-operatoria, che ha lo scopo di distruggere eventuali microscopici residui tumorali nella mammella, riducendo al minimo il rischio di recidiva locale.

La radioterapia intraoperatoria con elettroni (IORT) rientra nell'ambito delle *Partial breast irradiation*. E' metodica disponibile ormai da anni per le nostre pazienti, essendo attualmente operativa presso la U.O. Senologia della A.O.U. Pisana dal 2003, nell'ambito dei progetti regionali di *Health Technology Assessment* (HTA) di cui è responsabile il Prof. F. Mosca. La metodica, resa possibile dalla collaborazione delle U.O. di Radioterapia (dir. Prof. C. Greco) e di Fisica Sanitaria (dir. Dott. C. Traino) è tuttora da considerare **sperimentale** non essendo ancora stati pubblicati dati definitivi che ne dimostrino l'equivalenza alla radioterapia esterna definitiva. Tuttavia ha preso piede sia nel nostro Paese che in molti stati Europei e nella pratica clinica dimostra di essere un mezzo sicuro e con un tasso di ripresa locale della malattia equiparabile alla radioterapia esterna convenzionale, purchè eseguita in **pazienti adeguatamente selezionate**.

La IORT prevede un'unica seduta di radioterapia, che avviene intraoperatoriamente, della durata di pochi minuti nel corso della procedura chirurgica.

Su quali presupposti scientifici e tecnologici si basa la IORT?

Sebbene la *local recurrence* sia (a quanto è dato di sapere ad oggi) un indicatore e non una causa di ripresa di malattia a distanza, essa è certamente causa di morbilità

psicologica e induce un senso di frustrazione e fallimento. Pur non essendo stata dimostrata in modo certo la correlazione tra le recidive locali e la prognosi in termini di sopravvivenza (fino ad oggi si è ritenuto sulla base dei dati della letteratura che non vi siano correlazioni; studi recenti con follow-up medio lunghi sembrano iniziare a scalfire questo paradigma), è stato rilevato che i pazienti con recidive locali precoci hanno una prognosi peggiore. Il rischio di recidiva locale si pensa correlato all'età inferiore o uguale a 45 anni. Probabilmente si deve pensare ad un modello multifattoriale che coinvolge l'instabilità genetica, il pattern locale e il pattern ormonale circolante.

La localizzazione delle recidive locali è dimostrato che avvenga nell'80-100% dei casi nello stesso quadrante. Questo ha sollevato dubbi sulla reale opportunità di irradiare tutta la mammella nei carcinomi in stadio iniziale. L'irradiazione parziale della mammella fu testata nel *Trail Christie Hospital*, con esito incoraggiante. Alla luce della rilettura critica dei risultati, si ebbero in questo studio percentuali di recidiva non accettabili solo nei carcinomi con estesa

compo-
nente in-
traduttale,
che oggi
rappresen-
tano un
criterio di
esclusio-
ne.

Storica-
mente la
IORT pre-
vedeva lo
sposta-
mento del

paziente, nel corso dell'intervento in un bunker nel quale veniva effettuata l'irradiazione mediante l'acceleratore lineare normalmente usato per RT esterna. Da alcuni anni, sono disponibili acceleratori lineari mobili, dedicati, in grado di produrre fasci di elettroni di alta energia, che possono essere introdotti direttamente in sala operatoria. Gli acceleratori lineari mobili producono fasci di elettroni di energia compresa tra 3 e 12 MeV, con un rateo di dose molto elevato (6-30 Gy/minuto) così da rendere estremamente breve il tempo di irradiazione della dose, generalmente di 21 Gy (corrispondenti dal punto di vista radiobiologico all'intero corso di radioterapia convenzionale). Gli acceleratori sono progettati per ridurre al minimo la radiazione diffusa nell'ambiente e poter lavorare in sale operatorie standard, anche senza la necessità di schermature fisse ma solo di schermi mobili. Ove indicata, la IORT presenta numerosi vantaggi: **radiobiologici** legati all'eliminazione dell'intervallo di tempo responsabile del ripopolamento cellulare. Inoltre durante l'intervento chirurgico il tessuto presenta una vasodilatazione con maggiore apporto di ossigeno, che lo rende più



radiosensibile. Vantaggi **clinici**: l'irradiazione del solo volume bersaglio evita, con le opportune precauzioni, l'esposizione della cute e degli organi toracici sottostanti, con vantaggi evidenti in termini di riduzione del rischio di complicanze post-attiniche. Vantaggi **tecnici**: L'irradiazione del volume bersaglio è preceduta dal posizionamento dell'apparecchiatura sotto visione diretta, evitando l'imprecisa localizzazione dell'erogazione, consentendo una omogenea distribuzione di dose. Vantaggi **psicologici e socio-economici**: La possibilità di effettuare il trattamento radiante in un'unica seduta contestualmente all'intervento chirurgico evita alla paziente il disagio fisico e psicologico e l'impatto socio-economico di un trattamento altrimenti lungo; da ultimo determina un notevole snellimento delle liste di attesa dei centri di radioterapia. Come detto in apertura, **fondamentale è il criterio selettivo** delle pazienti. La IORT non è una panacea, non è adatta a qualsiasi tumore in qualsiasi donna. Non è adatta alle donne premenopausa, non è adatta a tumori multipli, con estesa componente intraduttale, a tumori superiori ai 2 cm, ai tumori che raggiungono la cute (o comunque ad essa molto prossimi) e nemmeno a quelle situazioni in cui è documentata preoperatoriamente la necessità di irradiare (post-operatoriamente) le stazioni di

drenaggio linfatico in relazione all'impegno metastatico ascellare. Esistono infine precise limitazioni tecniche per cui tumori in mammelle troppo piccole o eccessivamente voluminose o in sede estremamente periferica, non consentono una sicura applicazione della metodica. Proprio la accurata selezione richiede un affiatamento ed una collaborazione stretta con i radioterapisti (discussione preoperatoria dei casi candidabili) e con i radiologi, spesso ricorrendo alla risonanza magnetica per escludere la presenza di localizzazione multipla di malattia, oltre che con i patologi per una corretta tipizzazione tumorale sulle biopsie preoperatorie (questo spiega la necessità di avere una diagnosi preoperatoria non solo istologica ma, ove possibile, biologica, anche perché studi recenti dimostrerebbero una diversa tendenza a recidivare dopo IORT tra le diverse sottopopolazioni, luminali



e basali, di carcinoma mammario). E' in corso una collaborazione tra AOUPisana e USL 5 nell'ambito dei percorsi oncologici della Provincia di Pisa, per garantire l'equo accesso ai trattamenti a tutte le pazienti, sulla base delle indicazioni mediche: in questo quadro rientra la disponibilità della IORT per tutte le pazienti che ne abbiano le caratteristiche. Si ricorda che l'accesso prioritario per visita in paziente sintomatica (con cr mammella accertato o sospetto o comunque con patologia che richieda una valutazione a breve) è garantito dal **CORD senologico-Isituto Toscano Tumori**, che ha sede presso la U.O. Senologia di Pisa edificio 6 (ex oculistica) Ospedale S. Chiara dalle 9 alle 13 dal lunedì al venerdì o telefonicamente al n° **050993576**.

Importante riconoscimento alla Breast Unit di Pisa

Riconoscimento internazionale alla Unità Multidisciplinare di Senologia, direttore clinico dott.ssa M. Roncella, cui afferiscono le U.O. di senologia, diagnostica senologica, riabilitazione oncologica, oncologia, radioterapia, anatomia patologica, genetica oncologica, chirurgia plastica, medicina nucleare e presso la quale ogni giorno giungono decine di persone con malattia mammaria sospetta o accertata per effettuare il loro iter diagnostico-terapeutico e riabilitativo (riferimento CORD senologico 050993576).

La breast unit di Pisa entra a fare parte a tutti gli effetti del gruppo di strutture senologiche di riferimento in Europa, ottenendo tra l'altro la **full membership a SenoNetwork** (www.senonetwork.org), **il raggruppamento delle breast unit europee** che rispondono a tutti i criteri selettivi (volume di pazienti trattati, completezza del percorso, soddisfazione dell'utenza, adeguatezza delle strutture e delle attrezzature).

Questo riconoscimento giunge ad un anno dall'inaugurazione della nuova sede presso l'ospedale S. Chiara a coronamento del lungo lavoro di equipe svolto dai professionisti e degli investimenti che la Direzione Aziendale ha effettuato nel campo dei percorsi oncologici.

In questi giorni è stato infine attivato il sito web del reparto diretto dalla dott.ssa Roncella (www.pisabreast.it), dove si possono trovare informazioni preziose per le pazienti e per i medici di medicina generale, compresi tutti i recapiti per accedere al percorso.

SLA: l'elettrofisiologia nella diagnosi e nel follow-up

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) rappresenta ancora oggi un'impegnativa sfida diagnostico-terapeutica per il neurologo, in mancanza sia di un trattamento in grado di contrastare efficacemente la progressione di malattia, sia di strumenti diagnostici capaci di quantificare la degenerazione dei motoneuroni. Si tratta di una patologia degenerativa a carico del sistema piramidale, che si manifesta in varie combinazioni con segni di interessamento del I e del II neurone di moto; nota anche come morbo di Lou-Gehrig, dal nome del giocatore americano di baseball che ne fu vittima accertata (Figura 1). Fu descritta per la prima volta nel 1860 dal neurologo francese Jean-Martin Charcot ed ancora oggi le sue cause sono avvolte dal mistero. La triade sintomatologica nella fase conclamata comprende deficit di forza (in particolare atrofia della muscolatura distale degli arti), fascicolazioni, ipertonìa spastica ed

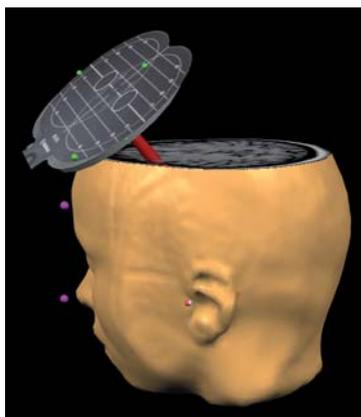


Figura 1: Il giocatore di baseball Lou-Gehrig, uno dei primi casi riconosciuti di sclerosi laterale amiotrofica nel mondo dello sport

iperreflessia generalizzata. Spesso, tuttavia, la malattia si manifesta in modo insidioso, con una sintomatologia estremamente aspecifica, fuorviante e lentamente ingravescente; il clinico deve prestare molta attenzione all'eventuale coesistenza di disturbi sensitivi e di algie, che possono empiricamente portare ad escludere il sospetto di una neuropatia motoria ed orientare così verso diagnosi alternative, quali quadri di diffuso e marcato impegno artrosico e discale-degenerativo a livello della colonna vertebrale. La malattia ha un'incidenza pari a circa un nuovo caso ogni 100000 abitanti su base annua ed ha una distribuzione uniforme in tutto il mondo, a eccezione di una drammatica frequenza fra gli abitanti dell'Isola di Guam e della penisola di Kii in Giappone. Dal punto di vista eziopatogenetico, possiamo distinguere una SLA sporadica, che da sola rappresenta il 90% circa dell'intera casistica, e forme familiari, tra le quali annoveriamo i casi legati a mutazioni del gene codificante per l'enzima superossido-dismutasi di tipo I (SOD1). Nel sospetto clinico di una malattia del motoneurone è necessario che il Medico di Medicina Generale prescriva al paziente una serie di accertamenti strumentali, fra cui un esame elettromiografico dei quattro arti e della muscolatura di competenza bulbare, oltre che paravertebrale dorsale (muscolatura linguale, facciale, trapezio o massetere), una RM encefalo e una RM del rachide cervicale o lombare (a seconda della sede di insorgenza del disturbo), al fine di escludere che la sintomatologia riferita sia legata ad un quadro di stenosi del canale rachideo, e a completamente uno studio mediante i potenziali evocati motori e sensitivi

ai quattro arti. Secondo criteri clinici ed elettromiografici, si può parlare di SLA sospetta, possibile, probabile o definita: in quest'ultimo caso devono essere reperiti segni di disfunzione del primo e del secondo motoneurone in almeno tre diversi distretti muscolari, con differente innervazione tronculare (Brooks et al., 2000). Stimare il numero di motoneuroni spinali superstiti è di vitale importanza, in quanto il potenziale d'azione muscolare e la forza di contrazione possono rimanere costanti nelle prime fasi di malattia a causa dell'effetto confondente dei processi di reinervazione collaterale, che tendono ad esaurirsi lentamente dopo i primi otto mesi dal momento della prima diagnosi. Peraltro, tali processi sono meno evidenti nei pazienti affetti dalla forma bulbare o da varianti della malattia a più rapido decorso clinico, come quelle caratterizzate da un preponderante coinvolgimento del II motoneurone. Per quanto concerne i tradizionali studi elettroencefalografici (ENG), vale la pena ricordare che la velocità di conduzione nervosa risulta sostanzialmente invariata nelle fasi iniziali e costituisce pertanto un parametro di scarsa affidabilità per valutare nel tempo il tasso di deplezione dei motoneuroni spinali. Allo studio dei potenziali evocati motori, si aggiunge quello dei potenziali sensitivi come mero strumento diagnostico differenziale; occorre ricordare, tuttavia, che talora le risposte sensitive sono alterate nei pazienti affetti da SLA nelle fasi tardive di malattia, forse a causa della perdita del feed-back piramidale o a seguito di una secondaria degenerazione del sistema lemniscale. I classici elementi elettromiografici (EMG) che supportano il sospetto diagnostico di malattia del moto-

Figura 2: Schematica rappresentazione di uno stimolatore magnetico posizionato in corrispondenza dell'area motoria primaria di sinistra



neurone sono fondamentalmente tre (Eisen, 2001; Troger and Dengler, 2000): (1) la presenza di attività spontanea a riposo (attività di denervazione e potenziali di fascicolazione); (2) una riduzione del numero e un consensuale aumento della dimensione dei potenziali di unità motoria; (3) una velocità di conduzione nervosa non inferiore al 75% dei valori normali. La Consensus Conference tenutasi nell'isola giapponese di Awaji nel 2008 ha successivamente rielaborato i criteri elettromiografici per la diagnosi di SLA, apportando due sostanziali innovazioni: equivalenza diagnostica per lesione del secondo motoneurone fra segni elettromiografici e segni clinici (eliminata la categoria "probabile con supporto di laboratorio"); equivalenza diagnostica per denervazione fra fascicolazioni e potenziali di fibrillazione/onde lente positive. Per quanto concerne i potenziali evocati motori (PEM), questi sono fondamentali per individuare un eventuale coinvolgimento del sistema piramidale. Applicando uno stimolo magnetico mediante un "coil" sullo scalpo (Figura 2 e 3) in corrispondenza dell'area motoria primaria e registrando dal ventre di un muscolo dell'emisoma controlaterale, si ottiene una risposta elettrofisiologica avente una determinata ampiezza e latenza; in genere, e con buona approssimazione, le modificazioni in ampiezza (potenziale motorio che diventa più basso) sono legate a danni prevalentemente assionali, come nel caso della SLA, mentre quelle in latenza a lesioni di tipo demielinizzante. L'evoluzione delle tecniche di esplorazione elettromiografica ha di recente dischiuso inaspettati scenari per quanto concerne il follow-up

dei pazienti e il monitoraggio della terapia farmacologica. Il crescente interesse è rivolto soprattutto a due metodiche elettrofisiologiche tra loro complementari: la stima del numero di unità motorie ("Motor Unit Number Estimation", MUNE) e la macro-elettromiografia (macro-EMG). La prima è stata descritta da McComas nel lontano 1971 (McComas et al., 1971) e successivamente affinata da altri esperti neurofisiologi. Si tratta di stimare il numero di unità motorie funzionanti residue in un determinato muscolo e di valutarne le dimensioni ed è routinariamente applicata sui pazienti presso la S.O.D. Attività Neurologica Ambulatoriale dell'AOUP (Sartucci et al., 2007). A tale scopo sono state proposte numerose tecniche: alcune metodiche basate sull'incremento, manuale o automatico dell'intensità dello stimolo (Galea et al., 1991), altre basate sulla stimolazione in sedi multiple, sulla rielaborazione delle risposte F (Stashuk et al., 1994) o sull'analisi dei singoli potenziali di unità motoria (PUM), associata a registrazione dell'attività elettromiografica (Doherty et al., 1993). Esiste, infine, un più raffinato metodo statistico elaborato da Slawnych e coll. (Slawnych et al., 1996) che consiste nel sottoporre il muscolo bersaglio a treni di stimoli ad intensità costante, scomponendo successivamente le risposte elettrofisiologiche nei singoli PUM elaborando le differenze tra i vari tracciati; una volta ottenuto il valore medio dell'area del singolo potenzia-



Figura 3: Strumentazione avanzata per la elicitazione e registrazione dei potenziali evocati motori (PEM)

le d'azione, ne risulta una stima del numero di unità motorie riportando tale valore con quello dell'area della risposta M massimale (*compound muscle action potential*, CMAP). Il metodo "statistico", più facilmente riproducibile nel monito-

raggio a lungo termine dei pazienti con SLA, è più soggetto ad errori sistematici legati al progressivo aumento della variabilità dell'ampiezza del singolo potenziale, alla saturazione della risposta elettromiografica o alla presenza nei giovani pazienti con malattia del motoneurone di unità motorie di ridotte dimensioni (Murga-Oporto et al., 2007). Il MUNE può essere dunque impiegato non solo nella valutazione della progressione del danno neurogeno e nel monitoraggio terapeutico, ma anche nella diagnosi precoce di malattia (Sartucci et al., 2011). La macro-EMG permette dal canto suo di valutare l'attività bioelettrica generata dall'UM nel suo insieme. Tecnicamente, tuttavia, rimangono irrisolti due fondamentali quesiti: da un lato quali UM selezionare in un muscolo, dall'altro se fare maggior affidamento alle modificazioni in ampiezza o alle variazioni dell'area sottesa alla risposta elettrofisiologica evocata. Si può concludere affermando che al momento attuale le tecniche elettrofisiologiche hanno un ruolo insostituibile, sia nella diagnosi precoce che di certezza della SLA, oltre che permettere una stima della gravità della malattia e della sua velocità di progressione, insieme alla possibilità di valutare l'efficacia della terapia in atto, ed hanno aperto nuovi orizzonti nello studio della patofisiologia di una malattia tanto devastante.

Introduzione della cedolare secca sugli affitti

Il Decreto sul Federalismo fiscale pubblicato il 23 Marzo 2011 sulla Gazzetta Ufficiale ha reso effettiva l'introduzione della "cedolare secca sugli affitti". La disciplina fiscale prevede che possano optare per la tassazione mediante "cedolare secca" i proprietari (siano essi persone fisiche, società ed enti non commerciali) di immobili destinati a civile abitazione e locati con finalità abitative, escludendo pertanto detta possibilità per gli immobili con diversa destinazione (fondi commerciali, studi professionali) e in ogni caso anche le locazioni di unità abitative affittate ad imprese e professionisti.

Le aliquote, come è noto, sono due: una al 19% destinata ai contratti di tipo "concordato" l'altra del 21% riguardante le libere locazioni e quelle di tipo stagionale (quali ad esempio quelle delle case di villeggiatura che non raggiungono i trenta giorni e che pertanto non sono soggette a registrazione).

Fino al 2011 le regole applicate alla tassazione diretta delle locazioni prevedevano che sull'importo dell'affitto ridotto forfetariamente del 15% per i contratti a canone liberamente concordato si calcolassero le seguenti imposte: Irpef (ogni contribuente con la propria aliquota), Addizionale Regionale Irpef e addizionale Comunale Irpef (con aliquota fissa stabilita dalla Regione e dal Comune di appartenenza secondo il domicilio fiscale) nel caso di opzione (da comunicare all'inquilino mediante lettera raccomandata) queste imposte vengono adesso assorbite dalla cedolare secca. Anche l'imposta di registro sulle locazioni, da ver-

sare in fase di prima registrazione del contratto e poi annualmente nella misura del 2% del canone pattuito (1% a carico del conduttore ed 1% a carico del locatore) viene assorbita dalla cedolare secca così come l'imposta di bollo.

Tanto premesso sarà in ogni caso opportuno prima di effettuare la scelta verificarne la convenienza, infatti il risparmio deve essere quantificato caso per caso, anche se generalizzando si può ritenere favorevole l'applicazione della "cedolare secca" ai redditi tanto più questi sono elevati, mentre in linea di massima ad un contribuente che possiede un reddito di 15.000,00 euro converrà mantenere il precedente sistema di tassazione. Nel nuovo meccanismo sono esclusi gli adeguamenti istat annuali del canone di locazione.

La cedolare secca verrà versata con le stesse modalità e negli stessi termini delle altre imposte sul reddito, perciò in attesa dell'emanazione del provvedimento

di dell'Agenzia delle Entrate, si ritiene che già nel mese di giugno 2011 coloro che effettueranno l'opzione dovranno versare una parte dell'acconto previsto nella misura dell'85% dell'imposta dovuta.

Sanzioni severissime sono previste per coloro che denunceranno redditi di locazione inferiori al reale e soprattutto a coloro che non provvederanno alla registrazione nei 30 giorni dalla stipula del contratto ai quali verrà applicata oltre alla sanzione anche una "riduzione" automatica del canone di locazione che passerà da quanto contrattualmente stabilito ad un canone pari a tre volte la rendita catastale dell'immobile affittato.

Da ultimo si segnala che per i contratti in corso per i quali i proprietari opteranno per la tassazione con "cedolare secca" non saranno restituite né imposta di bollo né imposta di registro.

(Fonte: Il Sole 24 Ore)



Jenner e la scoperta della vaccinazione

La protezione dal vaiolo mediante immunizzazione ha origini molto antiche e nacque dall'osservazione che i soggetti guariti da questa malattia, eccezio-

nalmente contraevano di nuovo lo stesso male. Già in Cina verso il VI secolo d.C. e successivamente in altri popoli asiatici fu scoperta la vaiolizzazione, nata allora come una

pratica magico-religiosa. Tutto ciò rimase a lungo ignoto agli europei. Il vaiolo era anche in occidente, almeno a partire dal VI secolo della nostra era, un flagello continuo e dopo ogni ondata epidemica persisteva allo stato endemico fra le popolazioni colpite; il virus aveva come unico ospite recettivo l'uomo, nel quale poteva sopravvivere anche a lungo.

Era una malattia molto grave che portava mediamente a morte il 25% dei colpiti, con punte che arrivavano all'80% nelle forme confluenti o emorragiche. Così si presentava questa malattia fino al Settecento, quando la pratica di questo tipo di immunità arrivò anche in Europa ove il vaiolo era ancora ampiamente diffuso ed uccideva ogni anno più di 400.000 persone.

Nel 1713 un medico greco, Emanuele Titoni, descrisse in un libro per primo questa pratica (*Historia vaiolorum*) e così pure in Francia, nel 1717, alla Facoltà di Medicina di Parigi fu discussa una tesi su quest'argomento, ma queste prime notizie non suscitavano alcun interesse nel mondo scientifico.

La storia a questo punto ricorda Wortley Montagu (1689-1762), moglie dell'ambasciatore inglese in Turchia, scrittrice e letterata, che dopo aver contratto il morbo e perduto anche un fratello per il vaiolo, aveva appreso i vantaggi della vaiolizzazione a Costantinopoli, ove nel 1717 aveva fatto inoculare il proprio figlio. Ritornata in patria



F. Caluri, *Dell'innestare il vajuolo*, In Siena, 1760

nel 1721, ne fece una attiva propaganda presso i vari circoli medici e culturali, ne parlò con entusiasmo a Corte, fino a convincere anche il re Giorgio I, che permise di inoculare i bambini della famiglia reale, cosa che avvenne con successo.

Dopo questo episodio, la pratica cominciò progressivamente a diffondersi tra il 1723 ed il 1760 in tutta l'Inghilterra, come pure in Olanda, Danimarca, Svezia e Francia e

poi negli altri paesi.

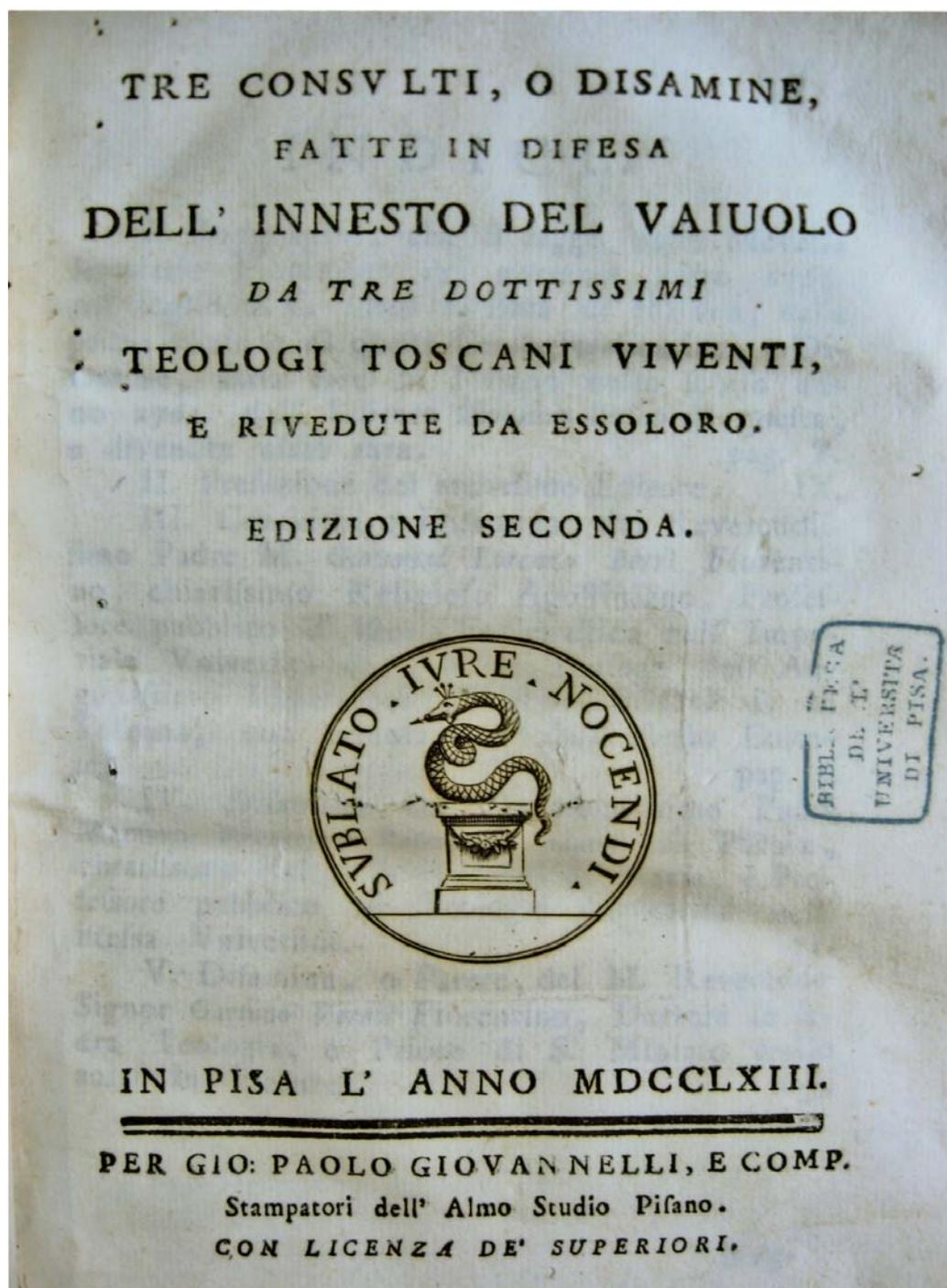
Questa metodica però all'inizio incontrò non pochi ostacoli, per la superstizione e l'ignoranza popolare, i dubbi espressi dalla medicina ufficiale ed i problemi anche teologici suscitati, se fosse cioè lecito o no secondo le leggi cristiane ricorrervi. Per superare quest'ultimo punto, importanti furono i dotti pareri emessi allora da tre teologi dell'università di Pisa, Lorenzo

Berti, Raimondo Armani e Gaetano Veraci, che si dichiararono fermamente a favore di questo innesto, giustificato dalla sua efficacia e non in contrasto con la fede.

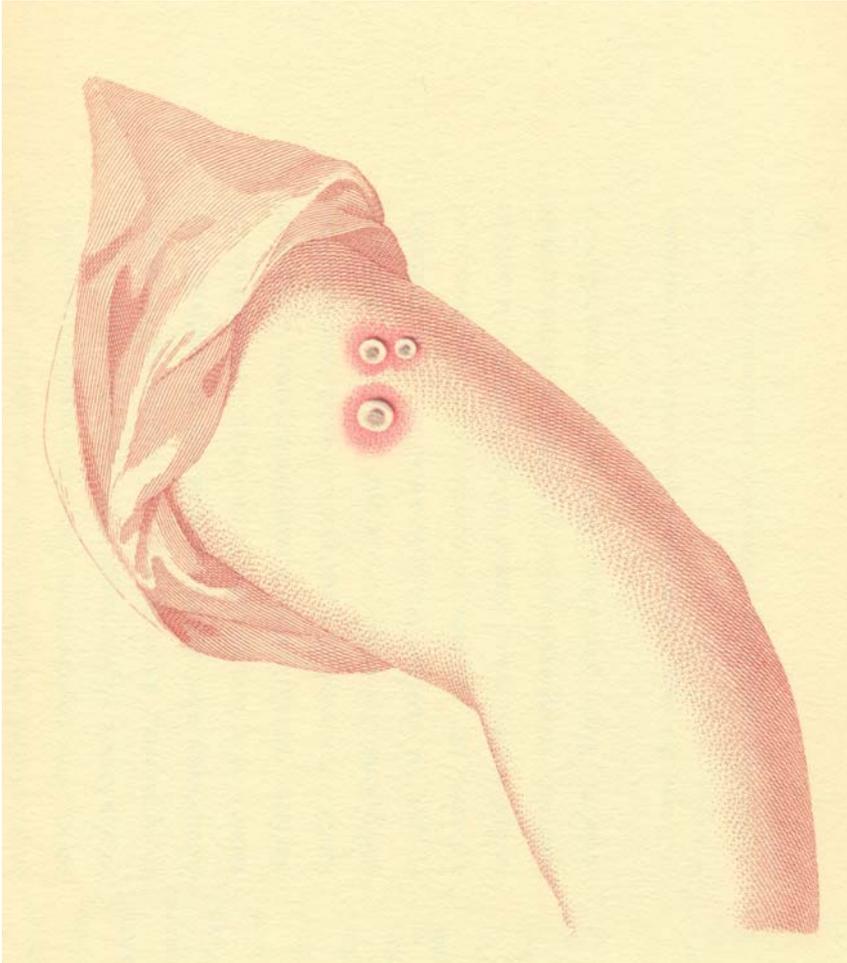
La pratica fino allora seguita era quella di praticare l'innesto, dopo aver preparato il soggetto con riposo ed una serie di purghe, strofinando su scarificazioni fatte sulla cute di un braccio del pus prelevato dalle vescicole di un vaioloso, preferibilmente ammalato di una forma leggera, procedura questa che non era esente da rischi, anche con forme di malattia gravi.

Grazie all'opera di entusiastico proselitismo condotta da Charles de La Condamine durante il suo viaggio in Italia compiuto nel 1755, il problema cominciò anche da noi ad essere conosciuto e dibattuto. A Firenze il governo granduca per primo prese l'iniziativa ufficiale di effettuare le prime inoculazioni usando pus di vaiolo umano, con ottimi risultati. Da allora, specie per gli studi di Angelo Gatti, professore di medicina nell'ateneo pisano, la pratica si andò diffondendo sempre di più, anche in Veneto, Bologna e Piemonte.

Questa la situazione sino alla fine di questo secolo, quando nel 1798 Edward Jenner, un semplice ma colto medico che esercitava la professione nelle campagne vicine a Berkeley (nella parte meridionale



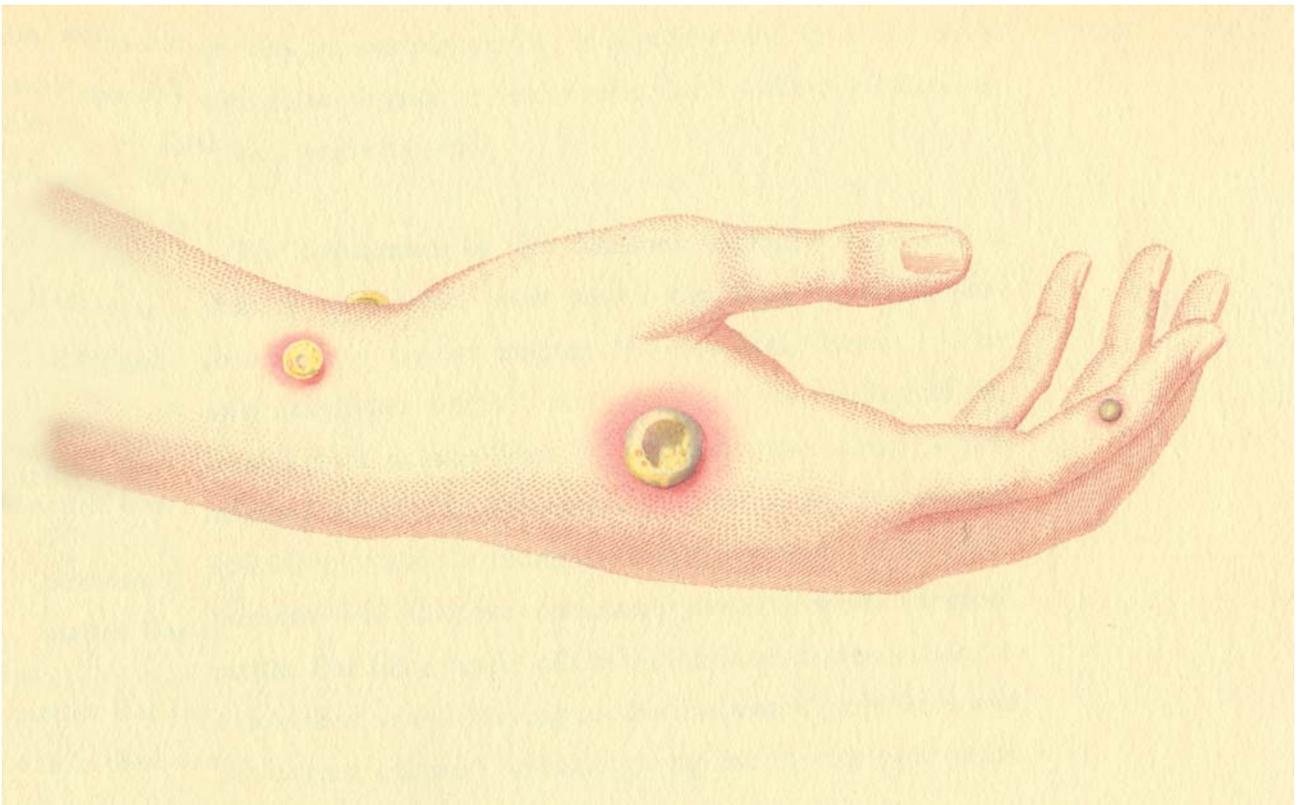
Tre consulti, o disamine, fatte in difesa dell'innesto del vaiuolo, In Pisa, 1763

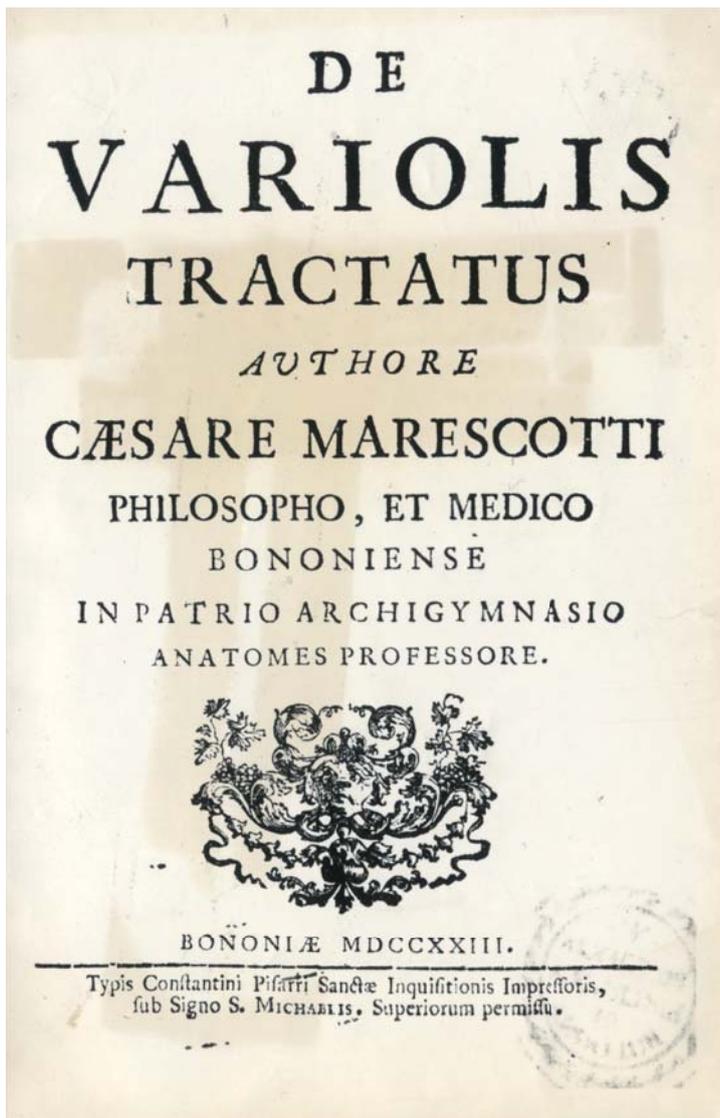


Ritratto di E. Jenner

dell'Inghilterra) annunciò di aver individuato un metodo più sicuro ed efficace. La sua scoperta nacque dall'osservazione pratica che i contadini del suo paese che avevano contratto una eruzione vaioliforme (con poche pustole che si risolvevano senza danni in pochi giorni) mungendo delle vacche ammalate di vaiolo bovino (il cow-pox), risultavano poi immuni dall'infezione vaiolosa umana. Dimostrò quindi con tutta una serie di osservazioni

E. Jenner, alcune tavole presenti nella sua opera





C. Marescotti, *De variolis tractatus*, Bononiae, 1723

e di studi durati circa 25 anni che l'inoculazione di questo pus, preso dalle persone che erano state colpite da questa eruzione vaccinica, produceva una immunità contro il vaiolo umano e che tale potere si conservava anche se trapiantato in serie da uomo a uomo.

Il suo metodo guadagnò rapidamente la fiducia di tutti e si diffuse praticamente ovunque, dall'Europa, all'India, al Sud America, con centinaia di migliaia di persone vaccinate.

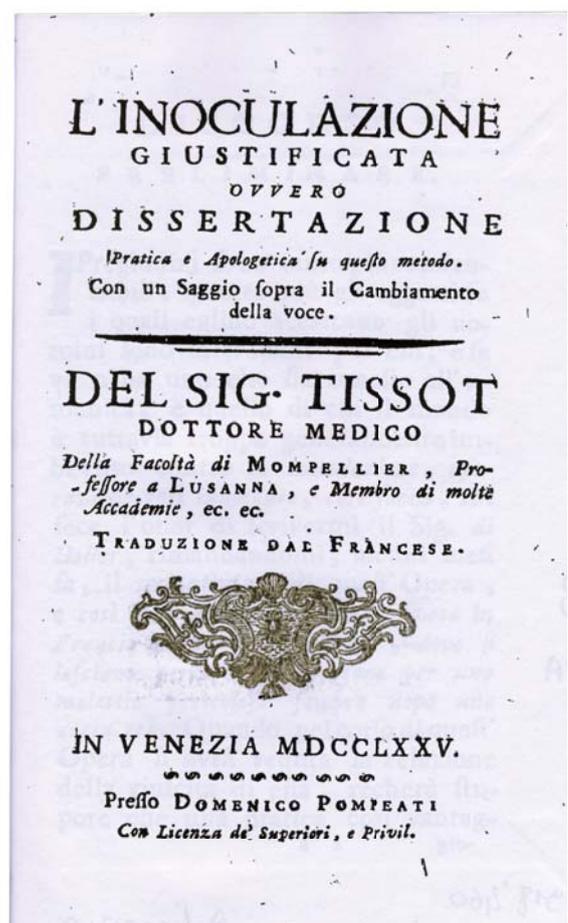
Fra i più convinti fautori di questo nuovo procedimento dobbiamo ricordare Luigi Sacco (1769-1836) che, divenuto direttore delle vaccinazioni nel Regno Italico (che istituito da Napoleone I comprendeva

Lombardia, Emilia, Romagna e Veneto), ne aveva promosso con energia l'applicazione portando in breve tempo a più di un milione i vaccinati nelle regioni di sua competenza.

Pur così efficacemente combattuto, il vaiolo comunque resterà sempre diffusamente presente allo stato endemico ancora per tutto il corso dell'Ottocento, specie nei centri urbani più popolati, con frequenti esplosioni epidemiche.



O. Nerucci, *Discorso sopra all'innesto del vajolo*, In Firenze, 1759



Tissot, *L'inoculazione giustificata*, In Venezia, 1775

Assistente odontoiatrica e studio monoprofessionale

Nel lungo e complesso dibattito connesso alla riforma degli ordini delle professioni sanitarie stanno emergendo problematiche legate alle competenze ed alla rappresentatività della professione odontoiatrica e contemporaneamente nuovi orientamenti concernenti le attribuzioni alle professioni sanitarie (anche in possesso di laurea triennale) di spazi di operatività di pertinenza odontoiatrica. Le valutazioni della Commissione dell'Al-

bo degli Odontoiatri di Pisa sulla proposta di istituzione del profilo dell'assistente dello studio odontoiatrico (ASO) collimano con quanto espresso dal Presidente Nazionale Giuseppe Renzo. Siamo infatti per la promozione culturale della ASO, ma non per la creazione di nuovi percorsi formativi destinati ad occupare spazi professionali degli odontoiatri; siamo per la salvaguardia del già esistente quadro occupazionale, ma non vogliamo nuovi organigrammi

nello studio mono- o pauci-professionale tali da portare ad un aumento dei costi di gestione proprio in un momento di grave crisi economica; siamo in breve per la tutela del rapporto diretto odontoiatra/paziente nel rispetto dell'etica dettata dal codice deontologico. Per questa serie di motivi la C.A.O. trasmette ai Collegi di Pisa la recente circolare con il commento del Presidente Giuseppe Renzo alla proposta di istituzione del profilo professionale di ASO.



FNOMCeO

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

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

Ai presidenti delle Commissioni
per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Indirizzo e-mail: personale; ORDINI

Ai componenti delle commissioni
per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Indirizzo e-mail: ordine

FNOMCEO 25/03/11
RGP. 0002895 2011
Cl. 01.09.01/1

Oggetto: Istituzione Profilo Professionale Assistente Odontoiatrico

Cari Colleghi,
la CAO, dopo attenta opportuna collegiale valutazione, che ha visto impegnati anche i colleghi membri delle due commissioni odontoiatriche permanenti, nell'esprimere formalmente il proprio parere, come richiesto, si dice preoccupata per le ricadute che ne deriverebbero nell'esercizio e nella conduzione degli studi dei liberi professionisti odontoiatri. Per quanto esposto è stata sollecitata una attenta, necessaria ulteriore riflessione.

Proposta Istituzione Profilo Professionale di assistente di Studio Odontoiatrico

La Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, nel prendere atto delle prime risultanze scaturite dalla recente riunione del 17 Febbraio u.s. con il Ministero della Salute, con i rappresentanti dell'Università, con le organizzazioni sindacali e le associazioni professionali delle varie categorie interessate, formula alcune considerazioni.

Queste considerazioni vanno contestualizzate in un quadro generale negativo che l'istituzione ordinistica ha più volte doverosamente denunciato e contrastato perché si discosta, quando non contrasta, dal modello di sanità proposto dal Codice Deontologico Medico, un modello che mette al centro un rapporto medico-paziente fondato sulla fiducia, sull'esercizio in scienza e coscienza, sulla libera scelta del medico curante.

E' sempre più frequente la sostituzione del binomio **medico-paziente** con quello **struttura-cliente**: le ragioni che in campo pubblico si rifanno al risparmio di risorse, in campo privato diventano ragioni commerciali. **Preoccupante allora che in alcune realtà si sostituisca il medico con figure meno costose**, passaggio propiziato dall'identificazione del soggetto curante con un team per lo più somma di autonome competenze (conseguenziale la richiesta di trasformazione dell'atto medico in atto sanitario per dare la possibilità di diagnosi, oltre che di terapia, anche a figure non mediche), team che a sua volta viene fatto coincidere con la struttura dove, nel privato, predomina il ruolo dell'investitore. In questi contesti diventa centrale l'erogazione della prestazione rispetto al curare, con il conseguente aumento dei contenziosi e l'allontanamento da quell'obiettivo di umanizzazione che è parte integrante della tutela della salute. Inoltre, il venire meno del concetto di responsabilità diretta, porta ad avvantaggiare quelle zone d'ombra nelle quali anche l'esercizio abusivo potrebbe, paradossalmente, trovare uno spazio di legittimità.

Per tutte queste ragioni diventa importante capire quale impatto possa avere questa figura professionale sul quadro giuridico generale, anche in termini di mansioni e di profili di responsabilità.

Premesso ques

to è certamente condivisibile l'obiettivo di promuovere culturalmente l'assistente di studio odontoiatrico (obiettivo non necessariamente legato alla creazione di un nuovo profilo professionale) che attualmente non ha un percorso formativo su base nazionale.

Importante aver fatto chiarezza sull'impossibilità giuridica di prevedere un percorso formativo che porti alla definizione di professione sanitaria dell'ASO nell'ambito della normativa di cui all'art. 1 c.1 della legge del 01 Febbraio 2006 n. 43 (la c.d. laurea breve).

In qualità di organo ausiliario, è stata evidenziata una criticità di carattere giuridico che riguarda la possibilità per il Ministero di attivare una procedura che sembra, da una lettura letterale del testo normativo, di competenza delle Regioni sia per quanto riguarda l'individuazione sia per quanto riguarda la formazione del profilo di cui trattasi. E' evidente che soltanto un accordo vincolante nell'ambito della Conferenza Stato Regioni potrebbe dare attuazione a questo percorso pur considerando che, per gli aspetti formativi, ogni Regione sarebbe libera di scegliere in piena autonomia.

Sempre per quanto riguarda il quadro giuridico, con riferimento a quanto sopra riportato, è interessante evidenziare che nella riunione del 17 è emersa già la preoccupazione dei rappresentanti degli Igienisti Dentali che vorrebbero formalizzata la loro qualità direttiva nei confronti dell'ASO prospettando addirittura la possibilità di svolgere il ruolo di datore di lavoro quando l'I.D. operasse in regime di libera professione.

E' necessario infine evidenziare che l'istituzione di un profilo professionale con un percorso formativo obbligatorio nell'ambito necessariamente del rapporto di dipendenza in uno studio professionale (come sembra aver capito possa configurarsi) appare un "unicum" nel nostro ordinamento giuridico che non prevede altri esempi, prescindendo ovviamente dalle figure professionali il cui percorso formativo è costituito dalle lauree triennali. **Questa innovazione, a parere della CAO, potrebbe comportare una profonda modifica della natura giuridica dello studio professionale che diverrebbe struttura perdendo il riferimento tradizionale che sempre identifica lo studio con la figura del libero professionista iscritto all'Albo di un professione intellettuale.**

Non può quindi, negarsi la necessità di un'approfondita riflessione sulle conseguenze dirette ed indirette che l'istituzione di tale profilo comporterebbe nell'assistenza sanitaria odontoiatrica, soprattutto a livello di studi monoprofessionali.



Giuseppe Renzo

Quaderni della salute: linee guida in odontoiatria

Riteniamo utile l'iniziativa dei "Quaderni della Salute" del Ministero della Salute e in particolare l'ultimo uscito, il settimo, dedicato all'Odontoiatria dal titolo "Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale". Con le parole del Ministro Fazio "l'obiettivo di questo documento è fornire una serie di informazioni necessarie per la definizione di standard di intervento non solo per la prevenzione e la cura delle più comuni patologie del cavo orale, ma anche per l'identificazione di percorsi organizzativi appropriati che siano di supporto agli operatori pubblici e a quelli privati per la presa in carico di quanti esprimono una domanda di bisogni".

Il quaderno che è possibile visionare e scaricare per intero dal sito www.quadernidellasalute.it, oltre a fornire le linee guida per prevenire e curare le patologie della bocca, associate in diversi casi a una scarsa igiene orale, ad un'alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari e in associazione eventualmente con malattie cronico-degenerative, immunitarie e infettive, da anche utili informazioni statistiche.

I dati ISTAT (2005) tra l'altro indica-

no che il 35,2% della popolazione italiana di età compresa tra i 6 e i 10 anni non viene sottoposto a cure odontostomatologiche o non ha accesso alle stesse; inoltre, circa il 34,5% degli italiani non va dall'odontoiatra, mentre il 48% lo fa una sola volta l'anno. Il volume delle prestazioni odontoiatriche rese da strutture pubbliche o private accreditate in regime di SSN è pari a circa il 10%, contro il 90% di prestazioni erogate dall'odontoiatria esercitata in regime libero-professionale.

Abbiamo estratto dai quaderni e chiesto di pubblicare, quella appendice che comporta esperienze familiari drammatiche, in cui la grave malattia neoplastica colpisce pazienti particolarmente vulnerabili: i bambini.

Ci rivolgiamo a tutti gli odontoiatri, pubblici e privati, in quanto legittimati alla diagnosi e alla terapia, in una sola parola alla cura della persona, e quindi medici a tutti gli effetti, perché in qualsiasi struttura operativa siano in grado di affrontare situazioni che necessitano di particolare sensibilità e competenza. Abbiamo appena visto dalle statistiche ISTAT che il 90% delle prestazioni odontoiatriche vengono effettuate in strut-

ture libero professionali. Noi pensiamo che spesso il cittadino colpito da una grave patologia che comporta trattamenti radio e chemioterapici con conseguenze disabilitanti a livello del distretto orale, cerca in primis un contatto in un ambiente più familiare, con il suo dentista di fiducia, che è sicuramente preparato dal Corso di Laurea ad affrontare tali problematiche anche dal punto di vista relazionale. Il più spesso si tratta di prestazioni che si possono effettuare anche in ambiente non ospedaliero, laddove il paziente lo richieda, magari in collaborazione con i medici della struttura pubblica e col pediatra di fiducia. I doveri che il medico ha nella tutela dei minori e dei soggetti fragili sono contemplati nell'articolo 32 del codice deontologico.

L'odontoiatra che non si sottrae alla richiesta di aiuto e che alla tecnica associa un atteggiamento umano e aperto ai bisogni, lasciando lontane per un momento le sollecitazioni imprenditoriali, oggi sempre più improprie, ritrova con piacere se stesso e si identifica nell'essenza dell'agire medico, che, credetemi dopo quasi trenta anni di libera professione, è quella più gratificante.

Linee guida per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a chemio- e/o radioterapia

Ministero della Salute

Il cancro è la seconda causa di mortalità infantile negli Stati Uniti, con il massimo dell'incidenza nel primo anno di vita e un secondo picco intorno ai 2-3 anni; il tasso di malignità si è mantenuto praticamente costante nel corso degli ultimi 15 anni. Nonostante, in età infantile, il trattamento delle patologie neoplastiche sia divenuto altamente efficace, con tassi di sopravvivenza superiori al 70%, rimane purtroppo associato a vari effetti secondari, tra i quali le complicanze orali che avvengono durante e dopo il trattamento antineoplastico; sono comuni e causano dolore e difficoltà alla deglutizione e fonazione,

riducendo la capacità di alimentazione del soggetto, si da ridurre in maniera considerevole la qualità di vita. Il cavo orale è un ambiente molto sensibile alla tossicità degli agenti antineoplastici. L'incidenza delle problematiche orali varia in maniera considerevole (dal 30% al 100% dei pazienti). La gravità di queste lesioni è estremamente variabile e richiede frequentemente terapia di supporto e può, nei casi più gravi, ritardare la terapia. Le problematiche più frequenti sono mucositi, cambiamenti del gusto, xerostomia, infezioni opportunistiche, dolore e sanguinamento.

Gli odontoiatri pediatrici devono collaborare e supportare il team oncologico per fornire terapie odontoiatriche di base, protocolli di prevenzione, trattamenti di emergenza.

La prevalenza delle lesioni della mucosa orale indotta da chemioterapia dipende dai protocolli terapeutici in atto. Il processo eziopatogenetico delle mucositi è sicuramente multifattoriale, correlato al cambiamento dell'ecologia della flora microbica, al cambiamento della proliferazione in vari tipi cellulari, alla risposta immunitaria ecc. Questi fenomeni, per esempio, spesso complicano il decorso post-operatorio di un trapianto di midollo, causando forte dolore, nausea, crampi e gastroenteriti. La natura e il grado di severità delle mucositi in un determinato paziente variano a seconda del regime di terapia applicato (cioè combinazione di radio e chemioterapia, dosaggio, durata e sequenza). In circa il 50% dei pazienti affetti, le lesioni compromettono in maniera significativa la qualità di vita; inoltre, le mucositi possono predisporre a una successiva infezione da miceti, virus e batteri. Se i piccoli pazienti fossero valutati prima della terapia antineoplastica da un odontoiatra pediatrico coadiuvato da un igienista dentale (in collaborazione con un oncologo pediatra, uno psicologo e un dietista ecc.), sarebbe possibile identificare precocemente patologie orali che potrebbero insorgere, riacutizzarsi o complicarsi durante i trattamenti terapeutici. La valutazione oro-dentale deve assolutamente includere un attento esame del distretto testa-collo, l'ispezione dei denti, delle gengive e delle mucose orali. Sono inoltre importanti, al fine di completare questa prima fase, esami radiologici quali ortopantomografia, bitewing e radiografie periapicali. Gli obiettivi di questa prima fase devono tendere a eliminare le infezioni, eliminare possibili cause di traumi e stabilire un appropriato protocollo di igiene orale, professionale e domiciliare, per il paziente con il supporto dei genitori o tutori. Tutte le necessità terapeutiche orali dovrebbero essere ultimate prima della fase di immunosoppressione. È fondamentale assistere il paziente durante la fase di somministrazione della chemio-radioterapia, per controllare le frequenti complicanze, soprattutto a carico dei tessuti molli. Il paziente è da considerarsi a rischio per tutti i tipi d'infezione a partenza dal cavo orale che da locali rapidamente potrebbero divenire sistemiche. Sarà essenziale monitorare la riduzione della saliva e le alterazioni del gusto. Prevenire e controllare le complicanze orali in questa fase può evitare pericolosi aggravamenti, discomfort, malnutrizione e ipertermie. È necessario, inoltre, iniziare un programma di controllo dello stato di salute orale, della durata di almeno 12-24 mesi, che dovrà iniziare al termine della terapia antineoplastica o nella fase di posttrapianto di cellule staminali, allo scopo di evitare o ridurre le complicanze tardive, intercettando e trattando carie dentali, alterazioni strutturali dentali, salvaguardando, in ultima analisi, la salute generale del paziente e la sua qualità di vita. Il miglioramento della qualità delle cure va inteso, oggi, come la garanzia del massimo delle possibilità di guarigione, riducendo al minimo gli effetti collaterali, anche a distanza ("late effects"), proprio nell'ottica di preservare una crescita per quanto possibile "normale" all'individuo in età evolutiva che si ammala di tumore.

Il concetto di "Qualità della Vita" presente e futura dei pazienti e della loro famiglia, proposto dall'OMS, insiste sugli aspetti di soggettività e multidimensionalità del benessere della persona e si declina negli attuali processi di "cure" e "care", considerandone gli ambiti bio-psico-sociali e assistenziali. In tale ottica è possibile considerare anche le patologie odontostomatologiche insorgenti nei bambini/adolescenti trattati con chemioterapia e/o radio, tenendo presente alcuni aspetti principali: vissuti e "significati psicologici" delle patologie del cavo orale, età del paziente, dolore e tipologia della famiglia. La comunità scientifica internazionale e tutta la letteratura mondiale dedicata a questo settore sono concordi nell'attribuire ai programmi di prevenzione delle patologie orali (complicanze delle terapie anticancro) un ruolo fondamentale nella buona riuscita dei protocolli chemio-radioterapici.

Meno mucositi, tossiche o/e infettive, significa meno ulcere della mucosa nelle bocche dei bambini, meno dolore - quindi normalità nell'alimentazione -, meno giorni di febbre - quindi ridotti giorni di ospedalizzazione -, migliore qualità della vita e abbattimento della spesa pubblica. Migliore condizione di igiene orale e cure dentali preventive significano meno possibilità di sovrainfezioni, di ascessi, di infezioni secondarie che, soprattutto nella fase di neutropenia, possono disseminarsi dal cavo orale, compromettendo in modo importante le condizioni generali del bambino.

Un attento e programmato follow-up, infine, è sicuramente fondamentale per monitorare e intercetta-

re le complicanze tardive - alterazione del gusto, infezioni, problemi di crescita dei mascellari e difetti dentari -, facilitando la riabilitazione e migliorando la qualità di vita del bambino, permettendo, inoltre, la diagnosi sicuramente precoce di neoplasie secondarie che insorgono, a volte, quasi esclusivamente nel cavo orale. Fondamentale sarà assistere, in equipe, il bambino PRIMA, DURANTE e DOPO la somministrazione della chemio-radioterapia, al fine di controllare le frequenti possibili complicanze, soprattutto a carico dei tessuti molli. Il paziente è a rischio per tutti i tipi di infezione a partenza dal cavo orale: virali, micotiche e batteriche. Tali infezioni da locali rapidamente diventano sistemiche. Sarà essenziale monitorare la riduzione del flusso salivare e le alterazioni del gusto. Prevenire e controllare le complicanze orali in questa fase può evitare pericolosi aggravamenti, discomfort, malnutrizione e ipertermie.

Raccomandazioni generali

- In tutte le Strutture Sanitarie Pubbliche deve essere presente un sistema di notifica rivolto agli odontoiatri pediatrici riguardante i pazienti oncologici in età evolutiva.
- Tutti i pazienti candidati a chemio-radioterapia devono essere sottoposti a una visita odontoiatrica accurata, al momento della diagnosi della patologia.
- A tutti i pazienti candidati a chemio-radioterapia devono essere completate tutte le terapie conservative e/o estrattive (denti decidui compromessi, ortodondozia e traumi ecc.) prima dell'inizio della terapia.
- È doveroso prendere in opportuna considerazione i possibili effetti sulle strutture dento-maxillo-facciali, a lungo termine, del trattamento chemioterapico.
- Il personale sanitario specialistico di pertinenza è rappresentato primariamente da odontoiatra pediatrico, igienista dentale e logopedista.
- È auspicabile istituire un Registro delle problematiche odontoiatriche nei pazienti pediatrici neoplastici.
- È opportuno che questi pazienti siano trattati all'interno del SSN/SSR.
- Nell'ambito del sistema ECM è auspicabile un aggiornamento costante sia del personale odontoiatrico/igienista, sia del personale medico/infermieristico oncologico.

Odontoiatria preventiva. Raccomandazioni

- Tutti i pazienti devono ricevere un'adeguata istruzione onde acquisire la necessaria abilità per adottare e mantenere le opportune misure di igiene orale. I familiari/caregivers devono essere coinvolti nel percorso educativo e motivazionale.
- L'utilizzo della clorexidina sotto forma di collutorio è consigliabile in quei pazienti che, al momento della visita odontoiatrica, presentano gengivite e/o malattia parodontale o uno scarso livello d'igiene orale (Fonseca, 2004; Gibson, 2004; Glenny et al., 2004; Clarkson et al., 2007).
- È essenziale una dieta non cariogena.
- È necessario un programma educativo nutrizionale rivolto ai genitori per prevenire ulteriori problematiche odontoiatriche (Il Gruppo di lavoro, pur consapevole della mancanza di un'evidenza scientifica sufficiente a includere tale Raccomandazione nella categoria A, considera, in maniera unanime, questa Raccomandazione di fondamentale importanza).
- Istruzioni di igiene orale devono essere impartite ai pazienti e ai genitori prima dell'inizio della terapia antineoplastica.
- È raccomandato lo spazzolamento dei denti almeno 2 volte al giorno con una quantità di dentifricio al fluoro secondo le fasce d'età, come riportato nelle LG sopraccitate.
- Lo spazzolino, di uso esclusivo del bambino, deve essere cambiato ogni 3 mesi, oppure sostituito dopo ogni episodio infettivo che abbia interessato la cavità orale.
- Se il paziente soffre di bocca urente/dolorante, è raccomandato l'uso di uno spazzolino morbido.
- I genitori sono i responsabili dell'igiene orale dei loro bambini fino all'età di 6 anni, come riportato nelle LG sopraccitate.
- Per i neonati, i genitori devono essere istruiti su come pulire le mucose con una garza/tessuto non tessuto.
- L'uso di strumenti aggiuntivi (filo interdentale ecc.) e le applicazioni di fluoro topico devono essere prescritti dal personale odontoiatrico basandosi sul rischio di carie individuale del soggetto.

Ernia primitiva: chirurgia mini-invasiva laparoscopica

La ricerca di una valida ed efficace innovazione tecnologica, nella prospettiva di garantire al paziente il miglior risultato con il minor stress psico-fisico e una buona ripresa della qualità di vita, è uno dei principali "motori" dell'attività del chirurgo, soprattutto negli ultimi vent'anni. Nell'ambito della chirurgia della parete addominale, il trattamento laparoscopico del laparocelo rappresenta un'area di innovazione terapeutica che punta a minimizzare l'invasività dell'atto chirurgico. Ad oggi l'adozione della tecnica mini-invasiva risulta ancora piuttosto limitata nella realtà ospedaliera italiana, ma è comunque oggetto di costante attenzione e crescente curiosità da parte della comunità scientifico-chirurgica. Mancano ancora approcci standardizzati, sia nella tecnica chirurgica, sia nelle indicazioni al miglior trattamento.

Epidemiologia e fattori di rischio

Il laparocelo è una complicanza a breve o lungo termine dopo chirurgia addominale ed il tasso di incidenza è di circa il 10% (2%-13%), anche se probabilmente è più elevato perché la maggior parte di queste ernie sono asintomatiche. Negli Stati Uniti vengono realizzate annualmente 4 a 5 milioni di laparotomie con un'incidenza di 400.000-500.000 laparoceli e approssimativamente 200.000 riparazioni chirurgiche. L'incidenza di un laparocelo aumenta significativamente in caso di contaminazione della ferita chirurgica con una frequenza variabile dal 23% al 40%. Inoltre il 50% di tutti i laparoceli si sviluppano entro i primi 2 anni e il 74% entro 3 anni dall'intervento chirurgico.

Un'ernia addominale dovrebbe es-

sere considerata una condizione progressiva: a causa della pressione intraddominale e della tensione laterale esercitata dai muscoli, queste ernie sono soggette ad aumentare di volume ed a recidivare.

Si ipotizza che i laparoceli derivino da una separazione acuta subclinica della fascia nel periodo postoperatorio precoce. Durante 0-30 giorni post-operatori, la resistenza alla trazione della ferita è più basso con conseguente bassa tenuta della sutura alla tensione e maggior rischio di deiscenza acuta della ferita.

I fattori genetici del paziente hanno un ruolo importante nella guarigione dell'incisione chirurgica. La guarigione della ferita dipende da molti fattori molecolari e cellulari capaci di promuovere l'emostasi, l'infiammazione, l'angiogenesi, la fibroplasia, e il rimodellamento della ferita. L'alterazione di uno di questi fattori comprometterebbe la guarigione della ferita e predisporrebbe al laparocelo.

Entità del problema

I costi economico-sociali sono enormi considerando la frequenza del laparocelo, l'incidenza delle complicanze correlate (dolore, occlusione intestinale, incarceramento erniario con possibile strangolamento, ischemia e necrosi omentale o della parete intestinale) che in alcuni casi richiedono un trattamento chirurgico urgente, la modificazione dello stile di vita, la spesa correlata alla riparazione erniaria, i costi delle complicanze degli interventi chirurgici di riparazione e delle eventuali recidive. Questo spiega la criticità di creare delle linee guida per avere delle indicazioni di trattamento corrette, efficaci e sicure. Nonostante il miglioramento tecnico degli ultimi

20 anni la riparazione erniaria open è ancora associata ad una morbilità significativa e ad un alto tasso di recidiva. Infatti la riparazione realizzata con sutura diretta del difetto comporta un tasso di recidiva variabile 12%-54%, mentre la riparazione con protesi presenta percentuali di recidiva fra il 2% ed il 36% (in media 12,5%).

L'introduzione di un corpo estraneo come una rete protesica, se da un lato riduce la recidiva erniaria, dall'altro predispone a complicanze nuove. Le conseguenze del posizionamento della protesi (sieroma, ematomi, complicanze importanti come le aderenze con possibile occlusione intestinale, erosione dell'intestino, fistole entero-cutanee, dolore cronico, risultato estetico deludente) causano il deterioramento piuttosto che il miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita del paziente.

L'introduzione della rete protesica per assicurare tenuta alla parete addominale senza tensione se da un lato decresce la recidiva dell'ernia, dall'altro richiede una significativa dissezione dei tessuti molli, già di scarsa qualità, con conseguente riduzione della vascolarizzazione dei tessuti stessi e con la creazione di uno spazio che può aumentare il tasso di complicanze, in particolare la contaminazione batterica.

Da queste considerazioni è nato l'interesse verso nuove tecniche di riparazione chirurgica. L'approccio laparoscopico è stato applicato alla riparazione del laparocelo con l'aspettativa, in quanto tecnica mini-invasiva, di un precoce recupero e rapido ritorno all'attività lavorativa, riduzione della degenza ospedaliera, ridotto tasso di complicanze postoperatorie, minore recidiva, mi-

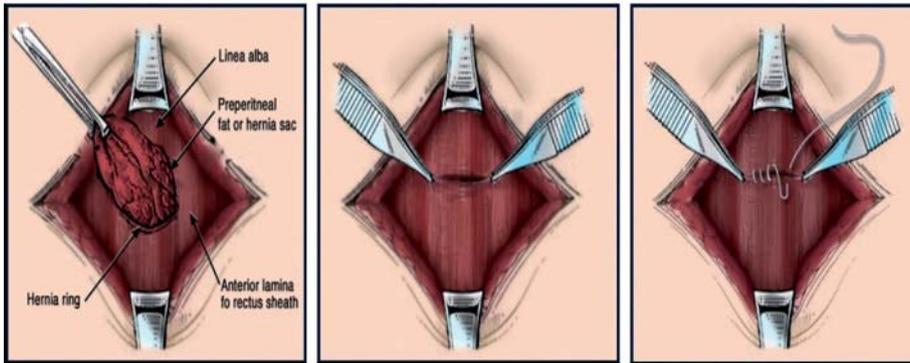


Figura 1: Riparazione con sutura

glier risultato estetico, minor dolore post-operatorio con il risultato finale di un miglioramento dello stato di salute del paziente e una migliore qualità della vita.

Questo metodo minimizza l'insulto chirurgico e permette anche la migliore visualizzazione del difetto, incluso i piccoli difetti associati con l'ernia primaria che non possono essere apprezzati clinicamente. Facilita inoltre la disposizione accurata della protesi con un overlap fasciale sufficiente. La minima dissezione dei tessuti richiesta può aiutare anche a ridurre il rischio di sanguinamento con eventuale formazione di ematomi, danni alla parete intestinale e complicanze infettive.

Il trattamento di riparazione laparoscopico può essere considerato in diverse situazioni cliniche: 1) ernie addominali con un diametro minimo di 3 cm, se recidive; 2) ernie addominali con un diametro trasverso massimo fino a 10- 15 cm anche oltre, da valutare in base all'esperienza dell'equipe ed al soma del paziente; 3) Difetti multipli della parete addominale associati al difetto principale; 4) sportivi e donne; 5) pazienti obesi; 6) pazienti in terapia anticoagulante; 7) presenza di patologie associate da sottoporre a trattamento chirurgico laparoscopico (ernie inguinali, malattia da reflusso gastro-esofageo, colelitiasi, patologia renale e surrenalica).

Controindicazioni relative riguardano i pazienti che hanno subito una precedente radioterapia e multipli interventi addominali, immunodepressi o con ipertensione portale.

A parte le controindicazioni specifiche alla laparoscopia e all'anestesia

generale, le uniche vere controindicazioni al trattamento laparoscopico delle ernie addominali sono rappresentate dalle donne in stato di gravidanza e dai bambini, oppure un addome impraticabile o ernie addominali con perdita del "diritto di domicilio in addome" dei visceri.

Trattamento del laparocoele

Diversi studi clinici evidenziano che il trattamento del laparocoele non è ancora standardizzato. Mentre il trattamento conservativo può solamente essere di supporto, le procedure chirurgiche sono le sole opzioni di trattamento terapeutico. Il trattamento chirurgico deve quindi essere realizzato tempestivamente, anche perché l'ernia tende ad aumentare in dimensioni ed il rischio di sviluppare complicanze, che richiedono una chirurgia di urgenza, è considerevole. Tradizionalmente la riparazione open del laparocoele con solo sutura era associata ad un tasso di recidiva più alto del 50%. Per ridurre questo inaccettabile tasso di recidive sono stati sviluppati approcci chirurgici alternativi.

Oggi la riparazione del

laparocoele comporta di solito il posizionamento di una rete protesica per aumentare la resistenza della parete addominale con approccio convenzionale open o con tecnica laparoscopica.

Mentre la chirurgia laparoscopica comporta di solito il fissaggio di una rete intraperitoneale, sono state sviluppate diverse tecniche di fissaggio della rete per procedure non laparoscopiche, come il posizionamento onlay (sottocutaneo soprafasciale), inlay (sottofasciale premuscolare), sublay (retromuscolare sottofasciale) e underlay (intraperitoneale).

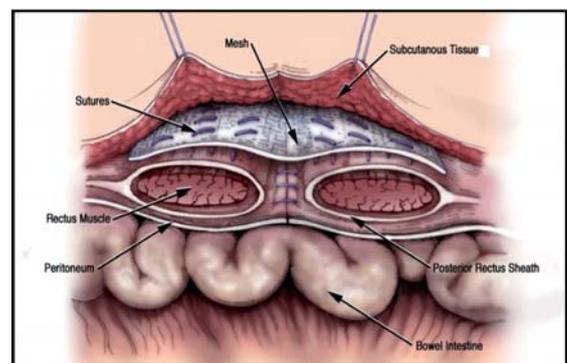


Figura 2: Riparazione open onlay

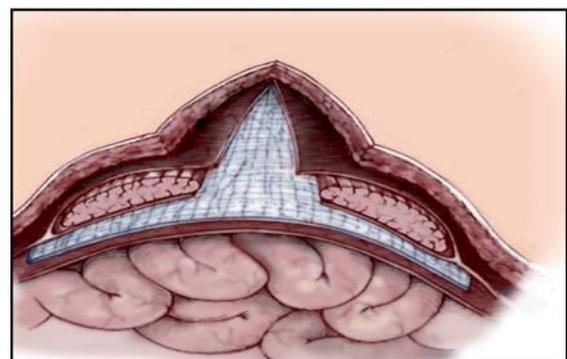


Figura 3: Riparazione underlay extraperitoneale o sublay

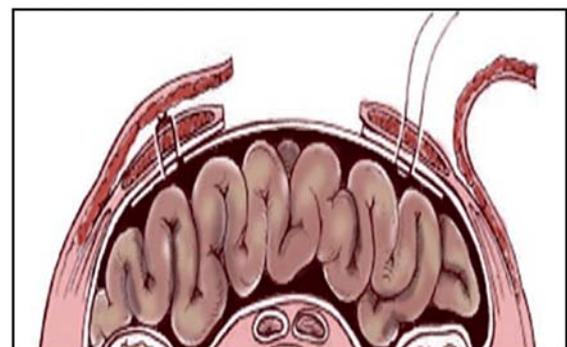


Figura 4: Riparazione underlay intraperitoneale

Sia nella riparazione open che nella chirurgia laparoscopica abbiamo un basso tasso di recidiva 0-10%. Sebbene la percentuale di recidiva per l'approccio open e per quello laparoscopico è diminuita rispetto alla riparazione con sutura, la superiorità di una tecnica di posizionamento della rete sull'altra non è stata stabilita.

Tecnica laparoscopica

Attualmente non c'è accordo sulla tecnica di trattamento standard per la riparazione laparoscopica del laparocele.

Prima dell'inizio dell'intervento chirurgico viene eseguita una profilassi antibiotica ed antitromboembolica (pazienti selezionati e a rischio), posizionato un sondino naso-gastrico ed un catetere vescicale in relazione alla previsione di durata dell'intervento stesso. Inoltre viene applicata una compressione meccanica agli arti inferiori. Nella preparazione del paziente è importante, per l'orientamento dell'operatore, il disegno sull'addome della porta erniaria e della eventuale protesi da utilizzare con overlap di 3-5 cm.

Dopo aver preparato il campo operatorio si procede all'induzione dello pneumoperitoneo con ago di Verres, introdotto nella maggior parte dei casi in posizione sottocostale sinistra (in relazione alla sede del difetto erniario), e quindi risulta importante il posizionamento del SNG per detendere lo stomaco. Secondo necessità, per indurre lo pneumoperitoneo (12-14 mmHg), è stata utilizzata la tecnica "open" con trocar di Hasson. Per accedere alla cavità peritoneale viene utilizzato un trocar ottico da 10 mm con ottica angolata (30°). Abitualmente vengono utilizzati 3 trocar da 5-10 mm in relazione alla tecnica di fissaggio della protesi. Il posizionamento dei trocars è condizionato dalla sede del laparocele, dalle dimensioni del difetto erniario e dalle dimensioni dell'addome. Generalmente essi vengono posizionati il più lontano possibile dal difetto erniario. Non ci sono posizioni standard ma ogni trocar condiziona il posizionamento

degli altri, quindi è consigliabile una tecnica "step-by-step" con lo schema della TRIANGOLAZIONE con l'apice del triangolo verso il difetto da riparare. Il posizionamento dei trocars deve garantire uno spazio sufficiente per lavorare, inoltre è utile avere dei trocars che consentono di intercambiare l'ottica nelle varie posizioni. Alcune volte è necessario utilizzare un trocar "controcampo" per il fissaggio della protesi.

Introdotti i trocars si verifica il corretto posizionamento dell'ago di Verres prima della sua rimozione. Si procede pertanto all'eventuale adesiolisi che costituisce il tempo più rischioso dell'intervento: è la prima causa di conversione e di complicanza infettiva post-operatoria. E' consigliabile limitare la lisi delle aderenze visceroparietali, ma comunque è necessario liberare tutta la cicatrice chirurgica ed evidenziare eventuali porte aggiuntive, utilizzando possibilmente forbici con lama fredda non elettrocoagulate o eventualmente corrente bipolare, soprattutto in vicinanza delle anse intestinali per ridurre il rischio di lesioni. Si ritiene comunque utile la dissezione del tessuto adiposo peritoneale dal peritoneo parietale per il fissaggio della protesi alla fascia. Terminata la lisi delle aderenze si definisce il numero e le dimensioni del difetto erniario. Esistono diversi metodi: palpatoriamente, puntura transcutanea con aghi, tatuaggio sulla cute. Definito il difetto si inserisce la protesi idonea, riducendo lo pneumoperitoneo a 8 mmHg per evitare un posizionamento non corretto, e la posizione intraperitoneale della protesi viene definita

in base alla sede della porta ed ai reperi precedentemente disegnati sulla mesh. La rete deve essere ben distesa senza accartocciamenti e quindi si procede al sollevamento e alla successiva fissazione con quattro punti transfasciali riassorbibili di polidioxanone ai 4 punti cardinali, associati ad una doppia corona di tacks riassorbibili o non riassorbibili, realizzando un overlap di 3-5 cm. In alcuni casi il posizionamento delle tacks in vicinanza dei trocar operatori può essere problematico per motivi ergonomici, per cui si posiziona un trocar aggiuntivo "controlaterale" alla parte della protesi da fissare. Il posizionamento della doppia corona di tacks (corona interna a circondare il difetto, corona esterna a 1/2 cm dal bordo della protesi) è indicato in figura.

Il sacco erniario rimane in situ e per evitare la formazione di sieromi in passato è stata utilizzata la scarificazione con argon, il posizionamento di colla di fibrina all'interno, anche se attualmente l'unico presidio utile è quello di eseguire una medicazione compressiva e consigliare l'utilizzo di contenzione chirurgica addominale per 3-4 settimane.

Studio clinico

Lo studio da noi effettuato ha analizzato 69 pazienti sottoposti a riparazione laparoscopica del laparocele. Lo scopo è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza della tecnica chirurgica analizzando diversi parametri come il tempo operatorio, tasso di conversione, incidenza di recidiva, complicanze intraoperatorie, degenza post-operatoria, tasso di complicanze post-operatorie (sieromi, infezioni di ferita, ematomi, ileo paralitico, dolore post-operatorio precoce e cronico) con un follow-up di 3-48 mesi.

Materiali e metodi

Dal mese di Settembre 2001 al mese di dicembre 2010 presso



la Sezione Organizzativa a valenza Dipartimentale Presidio del Day Surgery e successivamente presso l'U.O. di Chirurgia Generale e Colon-Rettale del Dipartimento di Gastroenterologia (Direttore Dr. Piero

Buccianti) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana sono stati trattati 231 i pazienti affetti da laparocoele ed ernia primitiva della parete addominale. La diagnosi del laparocoele e la valutazione preoperatoria

del difetto erano basate, nella maggior parte dei casi sul solo esame clinico, eventualmente associato all'ecografia, mentre la TC, esame di secondo livello, era utilizzata in casi selezionati come pazienti obe-

Tabella 1. Dati relativi alle caratteristiche dei pazienti, dei difetti erniari ed i dati correlati all'intervento chirurgico nei due gruppi di trattamento (Gruppo 1: laparoscopia, Gruppo 2: trattamento open)

	GRUPPO 1	GRUPPO 2
n° pazienti	69 (29,87%)	162 (70,13%)
Età media	60,7 anni	64,8 anni
Sesso	35M/34F (1:1)	82M/80F (1:1)
BMI	26,8	27,4
ASA	I/II/III	I/II/III
Sede del difetto	M1=35, M2=14, M3=9, M4=2 L1=2, L3=2 M1/L1=2, M1/L3=1, M3/L1=1, M4/L3=1	M1=47, M2=24, M3=24, M4=21 L1=11, L2=4, L3=19, L4=4 M1/L1=2, M3/L3=3, M2/L1=1, M3/L2=1, M4/L3=1
Dimensione del difetto	W1(<5cm)=37 pz - W2(5-10cm)=28pz W3(10-15cm)=3pz - W4(>15cm)=1 pz	W1(<5cm)=76pz - W2(5-10cm)=55pz W3(10-15cm)=15pz - W4(>15cm)=16pz
Numero orifizi	N1=37 pz - N2=29 pz - N3=3 pz	N1=121 pz - N2=15 pz - N3=26 pz
Recidive	R1=13 - R2=4 - R3=1 - Rx=1	R1=13 - R2=2
Difetti combinati	5 pz (7,24%)	8 pz (4,93%)
Sintomatologia	S0 (asintomatico)=47 - S1 (incarcerato)=22	S0 (asintomatico)=148 - S1(incarcerato)=13 S2 (strozzato)=1
Protesi precedente	P0 no protesi=2 - P1 si protesi=1 P1a onlay=3 - P1b sublay=10 P1c underlay i.p.=3	P0 no protesi=5 - P1 si protesi=2 P1a onlay=4 - P1b sublay=2 P1c underlay i.p.=2
Tipo protesi	Proceed=64 - Composix=1 Parietex=1 - PVP=3	Prolene=124 - Proceed=7 Ultrapro=20 - Sutura semplice=11
Posizionamento protesi	E4=69	E0 no protesi=11 - E1 onlay=18 E2 sublay=123 - E3 underlay open=10
Mezzi di fissazione	Protack=27 Protack e colla=2 Absorbatack=16 Protack+Absorbatack=4 Absorbatack+colla=4 Absorbatack+punti=13 Punti trans fissi=2	Punti di prolene= 145 Punti di prolene+colla=10 Punti di PDS=7
Tempo operatorio	93,7 min	92,8 min
Tasso di conversione	1,4% 1 pz	
Complicanze i.o.	0	1 pz (0,6%)
Drenaggio chirurgico	0	39 pz (24,07%)

Tabella 2. Confronto fra i due gruppi di trattamento in relazione alle complicanze post-operatorie, al tasso di recidiva e alla durata dell'ospedalizzazione (Gruppo 1: laparoscopia, Gruppo 2: trattamento open)

	GRUPPO 1	GRUPPO 2
Tasso di recidive	4 pz (5,79%),	9 pz (5,5%) → 7 pz onlay (2 con infezione di ferita), 2 pz sublay.
Degenza postoperatoria	1,6 giorni	3,6 giorni
Tasso di Morbilità Tot.	11 pz (15,9%)	44 pz (27,1%)
Ematomi	7 pz /10,1%)	15 pz (9,2%)
Sieromi	2 pz (2,8%)	14 pz (8,6%)
Infezioni di ferita	0	8 pz (4,9%), drenaggio e tp antibiotica
Rimozione protesi infetta	0	2 pz (1,2)
Necrosi cutanea	0	1 pz (0,6%)
Ileo paralitico	2 pz (2,8%)	6 pz (3,7%)
Dolore post-operatorio entro 10 giorni	17 pz (24,6%)	32 pz (19,7%)
Dolore post-operatorio a 30 giorni	7 pz (10,1%)	22 pz (13,5%)

si, laparoceli complicati, recidivi, multipli difetti di parete o patologie associate. Su 231 pazienti con ernia incisionale in 162 casi (70,13%) abbiamo realizzato un approccio open convenzionale, mentre in 69 casi (29,87%) è stata effettuata una riparazione laparoscopica. La disomogeneità in dimensione dei due gruppi è da correlare all'utilizzo più recente della tecnica laparoscopica (Gennaio 2007) rispetto alla tecnica open nella riparazione del laparocele. Da quel periodo sono stati eseguiti 133 interventi di riparazione per laparocele o ernia addominale primitiva di cui 64 con tecnica open (48,13%) e 69 con tecnica mini-invasiva laparoscopica (51,87%).

Discussione

L'indicazione alla riparazione protesica laparoscopica del laparocele è accettata a partire dai 3 cm di diametro. Il limite massimo non è stabilito in letteratura, ma varia a seconda dell'esperienza dei singoli centri. Sono state riportate esperienze positive per grandi laparoceli (diametro superiore ai 10 cm) da parte di equipe con esperienza consolidata. Questi valori non sono da considerare assoluti ma sempre in relazione alle caratteristiche antropometriche del paziente.

Per la valutazione preoperatoria del difetto si raccomanda la TC (Tomografia Computerizzata) in casi selezionati (ad esempio nei pazienti obesi, con laparoceli complicati, con multipli difetti, recidivi o con patologie associate), mentre il solo esame clinico, eventualmente associato all'ecografia, è da considerarsi sufficiente in tutti gli altri pazienti. Non vi è controindicazione alla riparazione laparoscopica dei laparoceli di confine (sottocostale, sovrapubico, iliaco, lombare) (**GoR=B, LE=III**).

L'età avanzata non costituisce una controindicazione, di per sé, alla riparazione laparoscopica del laparocele, pertanto anche i pazienti di età superiore ai 75 anni possono beneficiare dell'approccio miniinvasivo (**GoR=B, LE=III**).

L'obesità (bmi>35) non costituisce

una controindicazione alla laparoscopia, non avendo la letteratura dimostrato che il paziente obeso abbia un tasso di complicanze maggiore rispetto al non obeso. Il paziente deve essere informato della possibilità di recidiva con un tasso superiore rispetto al non obeso, analogamente a quanto accade nella chirurgia aperta.

La cirrosi epatica non scompensata non costituisce una controindicazione assoluta alla riparazione laparoscopica (**GoR=B, LE=IIb**).

Non esistono in letteratura dati sufficienti a raccomandare l'utilizzo della tecnica laparoscopica nelle donne in età fertile e in gravidanza. (**GoR=C, LE=IV**).

Il numero, l'eziologia e la tipologia degli interventi pregressi, recidive comprese, non costituiscono una controindicazione all'approccio laparoscopico. (**GoR0=B, LE=IIb**). Nelle recidive con pregresso trattamento open ma anche con pregresso trattamento laparoscopico, preferiamo utilizzare un approccio laparoscopico con ottimi risultati e minore incidenza di ulteriori recidive rispetto al trattamento open.

Gli interventi associati sono indicati solo se non a rischio di contaminazione, potenzialmente settica, del campo operatorio. Per ciò che concerne l'utilizzo delle protesi biologiche in questi casi, i dati in letteratura non sono ancora sufficienti. (**GoR=C, LE=III**).

Esistono pochi studi che evidenziano la fattibilità e l'efficacia della riparazione laparoscopica nel laparocele in urgenza, ma in questi casi le complicanze intra e postoperatorie e le recidive sono riportate con numeri sovrapponibili ai casi trattati in elezione. Si raccomanda, comunque, di affrontare il laparocele in urgenza con approccio miniinvasivo, solo in presenza di una buona esperienza sia in chirurgia d'urgenza sia nella riparazione laparoscopica in elezione. (**GoR=B, LE=III**).

La letteratura raccomanda di realizzare il pneumoperitoneo lontano dalle cicatrici chirurgiche utilizzando per l'introduzione del primo trocar la tecnica open o con trocar ottico o

Veress assistita (con ago posizionato lateralmente in sede sottocostale sinistra). Il posizionamento degli altri trocar è realizzato con una tecnica "step by step" con orientamento a "triangolazione" tale da permettere non solo il corretto utilizzo dello strumentario ma anche il posizionamento della protesi. Per quanto riguarda il rispetto dell'overlap, in accordo con i diversi studi analizzati, deve essere realizzato un overlap minimo di 3-5 cm. In accordo con i diversi autori esaminati raccomandiamo di eseguire l'adesiolisi in maniera tale da esporre l'intera area della pregressa incisione, per evidenziare eventuali difetti secondari misconosciuti. L'adesiolisi in prossimità dei visceri dovrebbe essere eseguita con lama fredda. (**GoR=B, LE=IIa**).

In letteratura i metodi di fissaggio più utilizzati sono le spirali metalliche, disposte a doppia corona, associate o meno a punti trasfissi. L'associazione di punti trasfissi non aumenta il rischio di infezione e dolore (**GoR=B; LE=IIa**). L'uso della sola colla di fibrina o dei soli mezzi di fissaggio riassorbibili è ancora da validare, mancando adeguati studi di follow-up. (**GoR=C, LE=IV**).

L'incidenza di recidiva a medio termine, dopo trattamento laparoscopico (4-5%) risulta in letteratura, paragonabile se non inferiore al trattamento laparotomico (riparazione sublay <10%, onlay 20-24%, underlay intraperitoneale <5%) (**GoR=A, LE=Ia**). I fattori favorevoli la recidiva sono: l'obesità, il laparocele recidivo e l'insufficiente overlap. Inoltre non vi è correlazione con il tipo di protesi usata e con le dimensioni del difetto. L'uso dei punti trasfissi associato alle tacks, in diversi studi, non sembra ridurre in modo statisticamente significativo l'incidenza di recidiva, così come non ci sono differenze in letteratura sull'utilizzo di tacks riassorbibili e non riassorbibili. In accordo con la letteratura la recidiva dopo trattamento laparotomico o laparoscopico può essere trattata per via laparoscopica con minore incidenza di ulteriori recidive rispetto all'approccio laparotomico

(GoR=B, LE=IIB). Inoltre, come in diversi studi analizzati, è preferibile utilizzare il trattamento laparoscopico nei difetti multipli, questa strategia permette, a differenza del trattamento open, l'esatta localizzazione e misurazione delle porte erniarie in modo da realizzare un adeguato overlap della protesi e ridurre le recidive. La letteratura evidenzia che la riparazione del laparocele senza protesi comporta percentuali di recidiva variabili dal 12% al 54%.

La conversione è in relazione alla difficoltà dell'adesiolisi, alla possibilità di una lesione intestinale e all'esperienza dell'equipe chirurgica nella riparazione laparoscopica del laparocele. La letteratura riporta un tasso di conversione di 3,7-4% (Rudmik e coll.). In accordo con diversi studi il tempo operatorio non è sostanzialmente differente nei due gruppi e la durata dell'intervento è in relazione alla curva di apprendimento della tecnica. Nella revisione di Rudmik e coll. il rischio complessivo di perforazione intestinale è del 2.1%, Saijd riporta un'incidenza del 3,5%. La possibilità, comunque, di lesioni intestinali è presente nel trattamento laparoscopico del laparocele in relazione all'estensione delle aderenze, in accordo con gli studi analizzati è consigliabile avere una particolare attenzione preferendo l'utilizzo della corrente bipolare anzi che monopolare, il bisturi ad ultrasuoni nella liberazione delle anse intestinali o le forbici non elettrificate. La letteratura sottolinea che in caso di lesione riconosciuta del piccolo intestino, senza rilevante spandimento di liquido enterico, si può procedere alla raffia della lesione ed alla riparazione protesica anche per via laparoscopica. Alcuni AA. raccomandano la riparazione, eventualmente laparoscopica, della lesione ed una dilazione della riparazione protesica, mentre Altri AA., in assenza di contaminazione visibile, procedono alla riparazione immediata laparoscopica dell'ernia. In presenza di una peritonite postoperatoria da lesione viscerale misconosciuta, la revisione laparoscopica precoce ha un ruolo sia diagnostico

che potenzialmente terapeutico. Si raccomanda, in questo caso, di rimuovere sempre la protesi posizionata. **(GoR=B, LE=III).** La degenza post-operatoria è significativamente minore nei pazienti sottoposti a laparoscopia (1,84 contro 3,6 giorni), in linea con gli studi della letteratura. Da questa considerazione i costi complessivi dei due gruppi di trattamento potrebbero essere simili: infatti nel gruppo con trattamento laparoscopico al maggior costo dei materiali utilizzati va sommata la minore degenza.

L'incidenza del sieroma, non presenta differenze statisticamente significative rispetto all'approccio laparotomico **(GoR=A, LE=Ia).** E' considerato una complicanza solo quando persiste oltre i due mesi ed è associato a dolore o a infezione. L'unica prevenzione efficace sembra essere il bendaggio compressivo sul sito della porta erniaria per 3-4 settimane. L'eventuale trattamento viene eseguito con agoaspirazione ECO/TC guidata o drenaggio chirurgico in caso di localizzazione anteriore, con drenaggio laparoscopico in caso di localizzazione posteriore alla protesi. L'infezione protesica, che presenta un'incidenza inferiore (2-3%) rispetto alla tecnica laparotomica, richiede l'asportazione della protesi; nel paziente non settico è possibile un tentativo di trattamento conservativo con antibioticoterapia mirata previo drenaggio percutaneo o laparoscopico **(GoR=B, LE=IIB).** Pierce e coll. sottolineano che la differenza in percentuali di infezioni di ferita tra i pazienti sottoposti a laparoscopia e i casi open (1,3% contro 9,5%) era legato a tre fattori: minima dissezione dei tessuti per posizionare la protesi, posizionamento intraperitoneale della rete e non nel sottocute (riparazione onlay) o sottofasciale (sublay), inoltre non venivano posizionati drenaggi nell'approccio laparoscopico. Nonostante questi vantaggi le infezioni della rete si verificano nello 0,85-1,45% dei pazienti sottoposti a laparoscopia ed in alcuni casi era necessaria la rimozione della protesi.

In laparoscopia possono verificarsi ematomi da trocar (è consigliabile il posizionamento sotto visione), da tacks o da punto, mentre in chirurgia open è l'estesa dissezione che causa i sanguinamenti.

In letteratura l'incidenza dell'ileo postoperatorio, dopo trattamento laparoscopico del laparocele, non è trascurabile (2,2%) ma sembra inferiore o uguale rispetto all'incidenza dopo trattamento laparotomico. Non vi è evidenza, in letteratura, di correlazione con i differenti tipi di protesi. La genesi è multifattoriale e difficile da prevenire. E' opportuno il trattamento medico, escludendo prima un ileo secondario ad una complicanza postoperatoria. L'incidenza dell'occlusione meccanica è riportata tra lo 0,5-1%. Tra le cause possibili, oltre alle aderenze con protesi o tacks, non bisogna dimenticare la possibilità di un laparocele strozzato nel sito di un trocar, per cui si raccomanda la chiusura fasciale degli accessi di 10 mm. In caso di reintervento il primo approccio, se eseguito precocemente, può essere laparoscopico. Non vi è evidenza in letteratura di una chiara correlazione tra l'incidenza di occlusione ed il tipo di protesi. **(GoR=B, LE=III).**

Non esiste evidenza in letteratura che l'approccio laparoscopico induca un minor dolore postoperatorio precoce rispetto all'approccio laparotomico, dato che vari elementi concorrono all'insorgenza del dolore acuto: la distensione addominale da pneumoperitoneo, l'introduzione dei trocars, l'uso dei mezzi di fissaggio (punti transfissi, tacks). Non esiste evidenza in letteratura che il punto tranfisso risulti più algogeno dei mezzi di fissazione metallici. Per quanto riguarda il dolore cronico, i mezzi di fissaggio non riassorbibili possono indurre dolore da ischemia, lesione muscolare e nervosa, senza evidenza in letteratura di una maggiore azione algogena da parte dei punti transfissi. Non esiste adeguato follow-up sui mezzi di fissaggio riassorbibili, anche se i dati sperimentali e preliminari sul dolore risultano promettenti. Altre

possibili cause di dolore cronico possono essere: il sieroma, la retrazione infiammatoria della protesi e la recidiva che andranno sempre escluse prima di procedere a trattamenti conservativi. In caso di dolore intenso e persistente è consigliabile procedere all'esplorazione laparoscopica: le eventuali aderenze alla protesi o alle tacks dovranno essere lisate, mentre i mezzi di fissazione situate nelle sedi algiche, individuati preoperatoriamente, dovranno essere rimossi. **(GoR=B, LE=IIa)**.

Conclusioni

Analizzando i diversi lavori presenti in letteratura, i risultati del nostro studio dimostrano che l'approccio laparoscopico per il trattamento del laparocele è efficace e sicuro. L'efficacia del trattamento mini-invasivo è evidente dall'analisi di diversi parametri. Il tasso di recidiva nel nostro studio è del 5,7%, sovrapponibile all'approccio open convenzionale (5,5%). L'incidenza di conversione

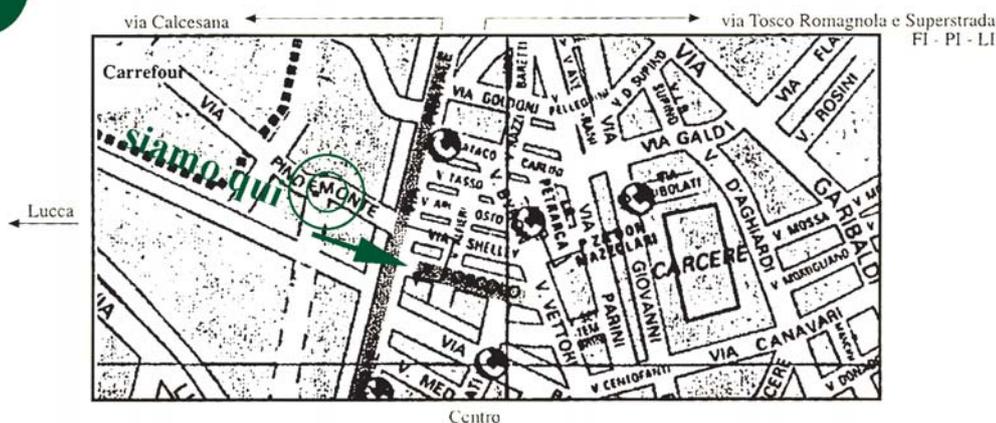
al trattamento open è bassa (1,4%) e inferiore ai dati della letteratura, il tempo operatorio è simile nei due gruppi di trattamento, non si sono verificate complicanze intraoperatorie, e la degenza postoperatoria è minore rispetto al trattamento di riparazione convenzionale (1,6 gg laparoscopia v/s 3,6 gg open). La sicurezza della riparazione laparoscopica nel nostro studio è dimostrata da un tasso di complicanze del 15,9% inferiore alla riparazione open 27,1%: la diversa incidenza di complicanze nel nostro studio clinico è in relazione alla maggior frequenza nella chirurgia open convenzionale sia delle infezioni di ferita correlate all'estesa dissezione dei tessuti, all'utilizzo di drenaggi e alle soluzioni di continuo della cute e sia dei sieromi sintomatici. Inoltre il dolore postoperatorio è sostanzialmente simile nei due gruppi di trattamento, anche se con l'utilizzo di mezzi di fissazione riassorbibili abbiamo ottenuto una netta e

notevole riduzione del dolore cronico. L'approccio laparoscopico è tecnicamente esigente, richiede abilità, infatti, come è sottolineato in letteratura, il tasso di conversione e il tempo operatorio sono in stretta correlazione all'esperienza dell'equipe chirurgica.

Nonostante i risultati incoraggianti sull'efficacia e la sicurezza, derivanti da diversi studi, del trattamento laparoscopico del laparocele non c'è consenso su quale sia il miglior trattamento disponibile. Infatti la riparazione del laparocele è una procedura laparoscopica avanzata che richiede un adeguato training per evitare errori di tecnica ed inoltre le indicazioni sono in evoluzione. E' consigliabile iniziare con casi facili e selezionati, anche se i soggetti obesi e con grandi laparoceli sarebbero quelli che potrebbero trarre i maggiori benefici da questa tecnica, ma costituiscono i casi tecnicamente più difficili.



Centro Ortopedico Sanitario



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

**NOLEGGIO DI PRESIDI ORTOPEDICI
E PER RIABILITAZIONE**
carrozine - kinetec - stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.

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

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

L'ambulatorio dei Sali di Litio: un ponte tra Farmacologia e Psichiatria

Tra i disturbi ciclici dell'umore, il Disturbo Bipolare è il più frequente e si manifesta con alternanza di fasi di malattia caratterizzate da umore di opposta polarità, depressivo o maniacale, e misto (contemporanea presenza di sintomi depressivi e sintomi di eccitamento maniacale). Tale disturbo costituisce un importante problema di sanità pubblica dal momento che si presenta con elevata frequenza nella popolazione generale e determina importanti limitazioni del funzionamento psico-sociale. Il Disturbo Bipolare tende inoltre, nella sua storia naturale, a recidivare e a cronicizzare, pertanto una diagnosi e un intervento farmacologico precoci sono indispensabili al fine di migliorarne la prognosi.

Il trattamento farmacologico prevede l'utilizzo di classi di farmaci ad azione stabilizzante quali antiepilettici, antipsicotici atipici e Sali di Litio che rimangono a tutt'oggi e da oltre cinquant'anni il gold standard sia nella mania acuta che nella prevenzione delle recidive del disturbo. Purtroppo però l'utilizzo del Litio dalla teoria alla pratica clinica presenta un "efficacy-effectiveness gap" della performance del trattamento. Questo "gap" dipende dalla qualità e dal genere di servizio impiegato nella somministrazione e nel monitoraggio della terapia. Il Litio è infatti un farmaco che richiede una gestione molto attenta.

E' fondamentale un contatto periodico tra il paziente e lo specialista, innanzitutto per "educare" il paziente al nuovo farmaco e poi per permettere una continua valutazione dello stato di salute, osservare la corretta aderenza alla terapia e effettuare regolari monitoraggi dei livelli serici del farmaco.

il Litio viene assunto esclusivamente per via orale e le concentrazioni seriche raggiungono il picco dopo 2-4 ore dall'assunzione della dose. La sua emivita è solitamente di 24 ore e si prolunga se assunto con alcune classi di farmaci, nell'anziano e nell'insufficienza renale; risulta infatti eliminato per il 95% con le urine e non metabolizzato dal fegato. Ciò che però è più importante sottolineare è che questo farmaco ha una finestra terapeutica stretta (0.50-0.80 mEq/L) che non infrequentemente può essere causa di intossicazione acuta da sovraddosaggio e i cui sintomi devono essere immediatamente riconosciuti. Inoltre una volta che il clinico ha optato per il Litio come scelta terapeutica, questa è quasi sempre una terapia a lungo termine e si deve quindi fare attenzione ai possibili effetti collaterali cronici, quali

insufficienza renale o le alterazioni endocrine. E' stato anche ampiamente dimostrato che il trattamento con Litio è gravato da un'elevata percentuale di drop-out, soprattutto quando non è gestito in una struttura specializzata.

E' nell'ottica di quanto detto che è nata l'esigenza anche a Pisa di una collaborazione tra settori disciplinari diversi, la Sezione di Farmacologia del Dipartimento di Neuroscienze e la Clinica Psichiatrica, che hanno l'obiettivo comune di una gestione più completa del paziente in terapia con Litio. E' nostra convinzione che un approccio integrato e caratterizzato dal dialogo costante tra il clinico e il farmacologo possa aiutare nel conseguimento degli obiettivi terapeutici colmando quel "gap" di cui parlavamo prima.



PerLA
PERSONE PER L'ANDROLOGIA

La conoscenza migliora la vita!



ARCHIMEDIA - PISA

*Associazione no profit
per la tutela e il supporto dei soggetti affetti
da disturbi andrologici*



Segreteria Organizzativa
Via F. Crispi, 62 56125 Pisa
tel 050 22 01 480
fax 050 22 06 673
adesione@associazioneperla.org

Sede Operativa
S.O.D. di Diagnostica Andrologica
della Riproduzione e della Sessualità
Via Roma, 67 56126 Pisa
tel 050 992 789

info@associazioneperla.org

www.associazioneperla.org

ZIONE-INTER
NDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPŌSIZIONE DIGITIERE IN NAPŌLL

MAGGIO OTTOBRE
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

Für

DIPLO

di medag



DAL 1868
Acqua Minerale Naturale
ULIVETO[®]

Aiuta la Digestione

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



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

*Con Uliveto
digerisci meglio.*

