NOTIZIARIO SOI

Reportage dal
9° Congresso Internazionale SOI
Roma, 18-21 maggio 2011

Società Oftalmologica Italiana

Fabiano Group srl - via Cesare Battisti, 19 - 12058 S. Stefano Belbo (CN) - Bimestrale - Anno XIV - 03/2011
In caso di mancato recapito inviare al CPO di Torino per la restituzione al mittente previo pagamento resi

03/2011

3

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

Accomodativa. Priva di aberrazioni. Asferica.

CrystalensAO™

Lente intraoculare accomodativa da camera posteriore Crystalens®
BREVE DICHIARAZIONE

Solo su prescrizione medica.

Indicazioni per l'uso: Crystalens® è progettata per impianti primari nel sacco capsulare dell'occhio per la correzione visiva dell'afachia secondaria alla rimozione di una lente cataract tosa in pazienti adulti affetti o meno da presbiopia. Crystalens® fornisce circa una diottria di accomodazione monoculare che consente una visione da vicino, intermedia e da lontano senza l'ausilio di occhiali.

Avvertenze: Prima di impiantare una lente in un paziente, è responsabilità del chirurgo stabilire il rapporto rischi/benefici dell'intervento sulla base di un'accurata valutazione e del proprio giudizio clinico. Alcuni eventi avversi associati all'impianto di lenti intraoculari sono: ipopion, infezione intraoculare, decomposizione corneale acuta ed intervento chirurgico secondario.

Precauzioni: Non risterilizzare; non conservare a temperatura superiore a 45°C.

ATTENZIONE: Per informazioni complete sulle modalità di prescrizione, fare riferimento alle informazioni per il medico.

BAUSCH+LOMB

NOTIZIARIO
SOI

ISSN - 1973-9427

REDAZIONE
Fabiano Editore
Reg. San Giovanni, 40
14053 Canelli (AT)
Pierpaola Eraldi
Tel. 0141 827836 - Fax 0141 827830
e-mail: p.eraldi@fabianogroup.com

DIRETTORE RESPONSABILE
Monica Assanta

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
Costantino Bianchi
Pier Enrico Gallenga
Vittorio Picardo
Gerardo Santoni

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Costantino Bianchi

PUBBLICITÀ
Fabiano Group srl
Reg. San Giovanni, 40
14053 Canelli (AT)
Tel. 0141 827835 - Fax 0141 827830
e-mail: commerciale@fabianogroup.com

STAMPA
Fabiano Group srl - Canelli (AT)

Tiratura copie: 9.000
Formato: 21x29,7 cm
Diffusione: spedizione postale, gratuita, a tutti gli oculisti italiani

TARIFFE PUBBLICITARIE

Pag. intera quadricromia	€ 2.000
Pag. intera b/n	€ 1.400
1/2 pagina quadricromia	€ 1.300
2°/3° copertina	€ 2.500
4° copertina	€ 3.000
I.P. b/v interno mista	€ 3.500
Publiredazionale	€ 1.700
Veicolazione I.P.	€ 5.000

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

SOMMARIO

3 Editoriale
5 Reportage • Dal 9° Congresso Internazionale SOI
14 News • Pubblicati i risultati del Comparison of AMD Treatments Trial (CATT)
16 Asmoi • On line il nuovo sito ASMOOI
18 Insurance • Convenzioni assicurative SOI
22 In breve
24 Dall'Europa • L'Assemblea Generale 2011 della Sezione di Oftalmologia UEMS a Ljubljana
28 91° Congresso Nazionale SOI
32 Focus • Aggiornamento in contattologia - *Terza parte*
41 Eventi
42 Legal • Il medico risponde della mancanza di esami che avrebbe dovuto eseguire e delle carenze della struttura sanitaria con la quale il paziente abbia instaurato un rapporto di natura privatistica
46 Dalle Aziende
50 Iscrizioni 2011 • Quote associative - Perchè associarsi
50 Convenzioni SOI • Opportunità per i Soci

INSERZIONISTI

Alfa Intes
Allergan
Bausch+Lomb
CSO
Novartis

Sede della S.O.I.: via dei Mille, 35 - 00185 Roma
tel. 06 4464514 - fax 06 4468403
e-mail: sedesoi@soiweb.com - www.soiweb.com

Il contenuto delle rubriche e degli articoli pubblicati è di esclusiva responsabilità degli autori. La riproduzione parziale o totale di articoli è subordinata al consenso scritto dell'editore.

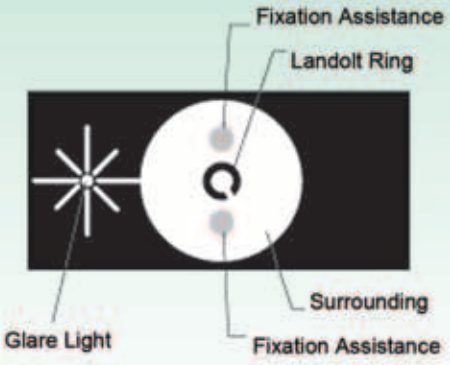
MESOTEST II

Lo strumento FREE-SPACE per la visione mesopica

per l'esame della patente di guida secondo il nuovo decreto ministeriale

- **sensibilità all'abbagliamento**
- **sensibilità al contrasto**

OCULUS®



ALFA INTES

info@alfaintes.it Tel. 0815846060 Fax. 0815842526

editoriale

Anche per la responsabilità medica si applica la nuova disciplina sulla "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali": speriamo che i "mediatori" esperti di liti condominiali siano anche virtuosi nel saper gestire le complesse contrapposizioni tra medico e paziente

Caro Socio,

come saprai, anche per la responsabilità medica si applica la nuova disciplina sulla "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Con il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 (pubblicato nella G.U. del giorno successivo), infatti, è entrata in vigore la nuova disciplina della "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" con cui il Governo ha dato attuazione alla delega conferita dal Parlamento al Governo per disciplinare compiutamente la materia (articolo 60 della Legge 69/2009). Il Decreto legislativo n. 28/2010 prende in considerazione il rapporto tra la procedura conciliativa e il processo civile dinnanzi al giudice ordinario, e lo suddivide tre diverse ipotesi: la mediazione volontaria, quella demandata dal giudice e quella c.d. obbligatoria.

L'introduzione della fattispecie della conciliazione "obbligatoria" non è da esperire sempre ma viene previsto solo per alcune materie (art. 5 del decreto legislativo citato). Tale articolo pone infatti, come condizione di procedibilità (si deve obbligatoriamente esperire preliminarmente tale procedimento di mediazione) per chi intenda esercitare un'azione civile relativa a una controversia in materia di: condominio, diritti reali, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da circolazione di veicoli e natanti, diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari e anche da responsabilità medica: materia, quest'ultima, introdotta con il D.Lgs 28/2010.

La finalità dell'istituto risiede sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa. L'attività di mediazione è condotta da un "mediatore" (che dovrebbe essere terzo e imparziale) che assiste le parti in lite, avvalendosi di esperti iscritti negli albi dei consulenti presso i tribunali, e le conduce a una definizione pacifica della controversia.

Il mediatore (ma solo il mediatore e non le altre parti coinvolte nella procedura: sic!) ha l'obbligo della riservatezza - sia rispetto alle dichiarazioni rese che alle informazioni acquisite, sia rispetto alle parti e, pertanto, non potrà mai essere tenuto a deporre sul contenuto delle trattative svolte.

Il procedimento, nel rispetto dei termini imposti a tutela della ragionevole durata del processo, non potrà avere durata superiore ai quattro mesi.

Manca una indicazione di competenza territoriale: quindi è possibile incardinare la procedura anche in altro luogo del territorio nazionale.

Importante avvertimento: secondo quanto disposto dall'art. 6 del decreto legislativo in esame, il giudice infatti potrà desumere argomenti di prova da utilizzare nel successivo giudizio ordinario, qualora una delle parti si sottragga al procedimento di mediazione senza giustificato motivo.

Al termine del procedimento, se si raggiunge un accordo amichevole, il mediatore formerà processo verbale allegando il testo dell'accordo, in caso contrario formulerà una proposta di conciliazione: se nemmeno questa dovesse avere esito positivo, la procedura si concluderà con il deposito del verbale preso la segreteria dell'organismo di mediazione e di esso verrà rilasciata copia alle parti.

EDITORIALE

Analizzata in linea generale la disciplina dell'istituto, ci si chiede: vista la difficoltà, specificità e, purtroppo, l'entità delle materie oggetto di mediazione obbligatoria, non sarebbe stato più opportuno prevedere una maggiore qualificazione e specializzazione per i mediatori che si troveranno ad affrontare le diatribe in corso tra le parti?

La previsione legislativa può apparire, infatti, troppo generica nell'individuare gli obblighi e i doveri dei mediatori senza preoccuparsi di richiedere agli operatori del settore una competenza specifica sulle questioni che possono affrontare.

In particolar modo, ripensando alle materie oggetto di (obbligatoria) preventiva mediazione unita alla mancata richiesta di specifica qualificazione dei mediatori, si corre il rischio di non sfruttare appieno le potenzialità del procedimento: è infatti chiaro che una diatriba riguardante disaccordi tra condomini di uno stabile sia di più facile conciliazione - o meglio di diverso approccio - rispetto a una delicata questione di responsabilità medica. In tale ultimo ambito, infatti, i diritti, i valori e le responsabilità in gioco sono troppo importanti per essere trattati alla stregua di questioni più prosaiche e, nel caso in cui il mediatore non sia preparato e competente, pare difficile ipotizzare una pacifica soluzione della controversia.

A seguito di tali riflessioni parrebbe pertanto auspicabile l'introduzione da parte del legislatore di norme specifiche per la selezione dei mediatori e che la preparazione di ciascuno di essi sia differenziata a seconda dell'ambito di operatività: sul punto si osservano con particolare preoccupazione le varie scuole e società di mediazione che stanno sorgendo.

Chiaramente, queste sono solo prime ed approssimative impressioni sul provvedimento di nuova istituzione: attendiamo di poterne analizzare la concreta attuazione per specificare le valutazioni e poter consigliare gli iscritti sulla miglior soluzione strategica di gestione della lite.

Al momento la partecipazione al procedimento in esame pone non poche perplessità e dispiace constatare come una riforma certamente utile per le soluzioni di questioni bagatellari civili possa risultare inutile a frenare l'incremento della responsabilità medica in Italia.

Ci sono medici che stanno affrontando i corsi di formazione per accedere alla funzione di mediatori: ma quale paziente si rivolgerà ad un medico per risolvere la propria richiesta di risarcimento? Forse preferirà altre sedi a lui più vicine? O forse più "sicure"?

Alla fine di questo percorso complesso è necessaria una affermazione critica: il legislatore si preoccupa di dare strumenti a Cittadinanza Attiva, giustamente a tutela dei pazienti, ma non si preoccupa di fare una seria e completa riforma legislativa per migliorare il sistema ed impedire così che i medici vengano condannati pur avendo agito con prudenza, competenza e grande senso di responsabilità.

Il fatto che in Italia sia prevista la possibilità di ricorrere penalmente in caso di presunta responsabilità professionale del medico è situazione destabilizzante ed ingiusta. La settima potenza mondiale dovrebbe provare imbarazzo a doversi confrontare con la sola Polonia.

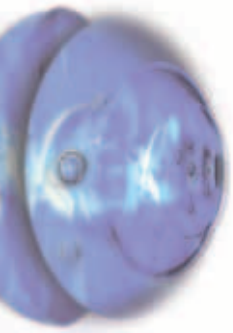
Certamente il CTS della SOI e la ASMOI (per quanto attiene l'attività dei dipendenti pubblici e privati) effettueranno una costante ed approfondita analisi di tutti coloro che si proporranno nella funzione di mediatore controllandone i comportamenti, le decisioni e il rispetto dei doveri legislativamente previsti.

Mala tempora currunt

Matteo Piovella
Presidente SOI
piovella@piovella.com

REPORTAGE

Dal 9° Congresso Internazionale SOI



REPORTAGE

Il bilancio di un successo

a cura di Alessandra Esposito

Il 9° Congresso Internazionale svoltosi a Roma dal 18 al 21 maggio è stato un vero e proprio successo. Oltre 1900 partecipanti hanno gremito l'area del Centro Congressi Rome Cavalieri, prestigiosa sede storica della Manifestazione promossa dalla Società Oftalmologica Italiana.
Ottantadue eventi scientifici per un totale di 137 ore di aggiornamento professionale in tutte le branche dell'oftalmologia. Con ospiti straordinari: Jack T. Holladay che ci ha sorpresi quando con orgogliosa emozione ha ringraziato SOI per la prestigiosa onorificenza ricevuta, indossando come un cimelio prezioso la nostra medaglia Benedetto Strampelli SOI 2011. E ancora Donald J. D'Amico che ha tenuto la sua letture magistrale Gian Battista Bietti SOI 2011, in una Sala Cavalieri tanto affollata da attivare azioni a tutela della sicurezza. Una lezione che al di là del contributo scientifico, ha commosso per lo sforzo compiuto da quest'amico d'oltreaceano che, ha confessato di essersi preparato per 4 lunghi mesi a tenere la sua presentazione in un sorprendente e perfetto italiano.
Nelle pagine seguenti Vittorio Picardo, in esclusiva per il Notiziario SOI, ha incontrato alcuni dei nomi più illustri dell'Oftalmologia Internazionale premiati al nostro Congresso. Con interviste che rivelano personalità eccezionali…

Il Programma in Sintesi

Sin dal primo giorno, con il Subspecialty Day dedicato alla Cornea e i numerosi incontri su strabismo, glaucoma, oftalmoplastica, oftalmologia pediatrica, tumori, ecc. nelle sale si è lavorato a ritmo serrato. In un crescendo che ha raggiunto i livelli più alti di partecipazione nel corso del Simposio SBO/ SOI *Nuovi orizzonti in oftalmologia*, alla presenza dei fratelli brasiliani con i quali da più di 4 anni la nostra Società Oftalmologica ha consolidato un proficuo progetto di scambio scientifico. Proseguendo, il 16° Annual Meeting SOI/OSN/AICCER al venerdì e sabato, con la chirurgia in diretta dalle sale operatorie del Dipartimento di oculistica diretto da Carlo M. Villani, Ospedale Britannico San Giovanni Addolorata di Roma a cui va il nostro ringraziamento per l'ospitalità e collaborazione dell'intera equipe. Al sabato il Subspecialty Day sulla Retina in sala Belle Arti, in un ciclo continuativo dalle 8.00 alle 14.15, concludeva l'ultima sessione SOI del Congresso.
Dal mercoledì al sabato, i lavori sono proseguiti con una full immersion anche su semeiotica, ipovisione, contattologia, lenti progressive, retina medica e chirurgica, vie lacrimali, uveiti. E la maratona primaverile conferma il Congresso Internazionale come il Made in Italy dell'aggiornamento professionale in oftalmologia.

Fermento e vivacità di relazioni nel Salotto SOI avvalorano la felice intuizione iniziale con cui lo spazio venne creato tre anni fa: un punto d'incontro dei congressisti per concedersi una pausa di relax. A disposizione la Biblioteca scientifica SOI e da questa edizione tanti servizi in più grazie al sostegno dei nostri *Contributor:* internet e coffee point e una Poster Session informatica ampliata.

In Esposizione...

Passeggiando nell'area espositiva affollata da medici e operatori del settore, le aziende nostre partner hanno proposto al pubblico tante novità in tema di strumentazioni, terapie e design.
Quarantasei gli espositori presenti in questa edizione romana SOI. Grande cura negli allestimenti e nella grafica, gli espositori testimoniano la fama dell'Italian Style in termini di creatività ed eccellenza produttiva.

Interviste

a cura di Vittorio Picardo

Tra i momenti di maggior spicco dell'ultimo Congresso Internazionale, c'è stato sicuramente quello della cerimonia di premiazione dei prestigiosi Awards SOI che quest'anno sono andati a:

- *Jack T. Holladay – Benedetto Strampelli SOI medal Lecture 2011 "Negative Dysphotopsia: Mechanism and Management"*
- *Henri Chibret (President and CEO Thea Holding) – A life spent Serving Ophthalmology SOI Award 2011*
- *Donald J. D'Amico – Gian Battista Bietti SOI Medal lecture 2011 "Advances in The Management of Retinal Detachment"*
- *Richard L. Lindstrom (Global Chief Medical Editor OSN) – SOI Honorary Award in Ophthalmology 2011*
- *Chiara Morini – Mario Gelsomino SOI Award 2011*

In questa occasione ho avuto modo d'intervistare questi Colleghi che ormai sono diventati personaggi, perché hanno segnato parte del progresso più recente in Oftalmologia con le loro ricerche e i loro contributi. E così, qualche ora prima della cerimonia ufficiale, che si è svolta nel Salone dei Cavalieri, gremita di pubblico, in una saletta riservata ho avuto l'opportunità d'incontrare loro insieme ad un altro ospite SOI, vis-à-vis, solo per me e per i nostri lettori...

SOI Honorary Award in Ophthalmology 2011

Richard L. Lindstrom

Professor Emeritus of Ophthalmology, University of Minnesota

Tutti ben conosciamo **Richard Lindstrom** come instancabile animatore di Ocular Surgery News, nonché inventore di numerosi eventi internazionali di assoluto interesse.
Il Suo curriculum è pieno di onorificenze e benemerenze tra cui la Presidenza dell'ASCRS, dell'IISRS, dell'IIC, dell'IRSC. La Sua carriera universitaria si è svolta tra Dallas, Salt Lake City ed infine nell'Università del Minnesota, dove ha completato tutto il Suo cursus divenendo alla fine Professore Emerito.
In oltre 35 anni di attività ha scritto 7 libri, 60 capitoli in volumi monografici e più di 350 articoli, ricevendo premi ed onorificenze, in Israele, Italia, Germania, ed in vari altri Paesi del mondo.

Qual è il futuro della chirurgia della cataratta?

Il futuro è in parte già presente, perché la qualità dei faco di cui oggi disponiamo e delle lenti in commercio, mi permette di affermare che ben poco potremo ottenere in questi campi.
Le microincisioni da 1.8 mm consentono già una faco in tutta sicurezza e le lenti per la correzione della presbiopia hanno dato un ulteriore impulso nel mondo della ricerca delle IOL, ma in tutti questi anni in cui ho anche collaborato con le principali Aziende di questo settore posso dirti che forse qualcosa in più avremo, specie per quanto riguardo l'induzione di PCO.

Accomodative o presbiopiche? Quale IOL prevarrà?

Entrambi i modelli ad oggi hanno elementi positivi tra le loro caratteristiche di costruzione, ma anche qualche inevitabile pecca. Abbiamo ancora dei lidi di fronte a noi e qualche volta il risultato preventivato non è pienamente raggiunto. È per questo che molto spesso con le Aziende cui collaboro facciamo dei meeting per valutare gli "eventi avversi" cioè ciò che noi non avremmo voluto accadesse, per elaborare nuove soluzioni e nuove strategie.
In ogni caso, posso dirti che, forse, il futuro potrà prevedere in un occhio una lente accomodativa, che essendo monofocale ha una qualità visita migliore, e nell'altro una lente presbiobica tipo ReStor, per avere una specie di monovisione per tutte le necessità quotidiane del paziente.

Gian Battista Bietti SOI Medal Lecture 2011

"Advances in The Management of Retinal Detachment"

Donald J. D'Amico

Professor and Chairman the Betty Neuwirth Lee and Chilly professor Weill Cornell Medical College, Ophthalmologist in Chief New York - Presbiterian Hospital

Con **Donald D'Amico** abbiamo familiarizzato velocemente per via delle comuni origini siciliane. I nonni, difatti, lasciarono un paese delle Madonie con un nome poetico, Monte Maggiore Bel Sito, per recarsi a far fortuna negli States.
Quel paesino ricorreva spesso nella mia infanzia perché si trovava lungo la ferrovia Caltanissetta-Palermo, ed era una fermata del treno che, inerpicandosi sulle montagne, ti faceva scoprire paesaggi inconsueti, ma anche desolazione e povertà.

Poco dopo la mia intervista Don avrebbe svolto una Lettura sulla chirurgia del distacco di retina, allora gli ho chiesto di darmi qualche anteprima.
Vedi Vittorio, ci troviamo in un momento di cambio generazionale perché gli Oculisti della mia e forse anche della tua età (vuol dire che hanno circa 60-65 anni oggi) hanno conosciuto e praticato la chirurgia episclerale del distacco come unico rimedio a questo tipo di patologia.
Oggi invece i Colleghi più giovani propendono per una vitrectomia come scelta di primo acchitto. In fondo è un po' come il passaggio tra la extra e la faco. Io invece ogni volta mi pongo di fronte al bivio.

Quindi, ogni chirurgia non è scontata ed è importante l'esame pre-operatorio.
Direi sempre di sì: specchietto, Schepens, vetro di Goldmann, il paziente va visto e rivisto dal chirurgo prima dell'intervento perché si possa costruire nella mente dell'Oculista una specie di disegno tridimensionale del sollevamento retinico, che lo aiuterà nella strategia chirurgica di correzione del distacco, giungendo a buon esito.
La valutazione pre-operatoria deve essere un passaggio irrinunciabile perchè non si può ragionare pensando semplicemente che infilando un trocar e due sonde e vitrectomizzando l'occhio avrai vinto la tua battaglia.

Tutto questo è sempre valido sia per occhi fachiri che afachici, per distacchi da fori periferici e per i distacchi con foro maculare?
No, certamente dobbiamo fare dei distinguo, intanto sulla presenza o meno di una IOL perché questo facilita alcune manovre nella vitrectomia mentre talora le complica nella chirurgia ab externo. Per i fori maculari, invece, un recente lavoro giapponese, in fondo, rivaluta e giudica migliori i risultati della chirurgia episclerale anche in senso funzionale.

Quindi, per essere un buon chirurgo della retina bisogna conoscere tutte le tecniche, sapersi destreggiare tra bottoni, cerchiaggi, sonde crio, punture evacuative, gas, aria, ma anche pinze per peeling maculare, sonde da 23, 25 G, ...
Sì, Vittorio, chi vuol far bene deve essere padrone di tutto, cioè deve avere studiato, meditato, fatto tesoro dell'esperienza dei propri Maestri e naturalmente anche della propria, senza affrontare con superficialità e leggerezza una chirurgia che deve essere motivo di soddisfazione non solo per il chirurgo, che appiana la retina, ma anche per il paziente che deve recuperare più vista possibile.

A life spent Ophthalmology SOI Award 2011

Henri Chibret

President and CEO Thea Holding

Henri Chibret, si presenta come un uomo maturo, con il capello un pò bianco, con il viso della persona seria che riflette sempre prima di parlare. Il tutto condito con quello charme della lingua francese che fa sembrare tutto più dolce e fantastico.
La Sua vita è stata veramente dedicata alla ricerca in Oftalmologia con un'idea di "servizio" molto spiccata, ma con occhio attento a ciò che il mercato chiede costantemente in novità, progresso e risultati.
La Sua formazione è quella di un laureato in Farmacia, ma che ha avuto questa propensione verso le realtà industriali sin da piccolo, tant'è che la madre gli diceva che lui era nato "in un bagno di lacrime".
Ha preso in mano le redini dell'Azienda molto presto e l'ha ampliata e ristrutturata aggiungendo marchi di altre nazioni sotto il grande nome della Chibret, acquisendo ad esempio la Merck e in Italia la struttura di Farmila Thèa

Come mai unire sotto uno stesso nome realtà diverse?
Lei sa meglio di me che il mercato è in continua evoluzione, talora capriccioso, ma comunque sensibile alle realtà cliniche che ogni giorno voi Oftalmologi dovete trattare in qualunque parte del mondo.
E, se ci fa caso, alcune patologie croniche, come le degenerazioni maculari ed il glaucoma, stanno diventando una grossa quota dei Vostri pazienti, impegnandoVi in scelte terapeutiche che debbano in qualche modo limitare i gravi danni funzionali di queste patologie.
Quindi, disporre di differenti prodotto per tutti i campi delle patologie oculari è, a mio avviso, un fiore all'occhiello della nostra realtà aziendale.

Come vede le realtà dei mercati internazionali?
I nostri sforzi ci hanno portato a mantenerci competitivi, talchè la struttura Thèa è all'8° posto nel mondo e al 7° in Europa con una realtà di ben 460 impiegati e funzionari ed un bilancio di oltre 150 milioni di euro.
Ma, se queste cifre possono sembrare significative ed incoraggianti, devo però dirLe che, in fondo, il nostro mercato in Italia non è cresciuto poi più di tanto, anche per le difficoltà che ci sono nella gestione della sanità pubblica nel Vostro Paese, e ciò nonostante gli sforzi della rete vendite.

Mi racconta un po' la storia della realizzazione del sistema ABAK?
Grazie per questa domanda che mi obbliga a raccontarLe che, in questo caso, un figlio ha rivoluzionato e cancellato ciò che un padre aveva inventato e realizzato molti anni prima.
Difatti, si deve a mio padre l'introduzioni di alcuni tipi di conservanti in campo Oftalmologico, molti anni fa, mentre oggi, come Lei stesso ben sa, sono ben documentati i fenomeni di tipo irritativo ed allergico che queste molecole producono sulla superficie oculare, e ciò è particolarmente vero quando si debbano trattare patologie croniche per lungo tempo. Con il sistema ABAK, invece, abbiamo pensato di aver risolto il problema con una soluzione tecnico industriale che, pur mantenendo un flacone di grandi dimensioni, ne purifica il contenuto attraverso questo sistema con membrana filtrante.

E il futuro monsieur Chibret?
Questo è già nelle mani giuste, cioè di mio nipote, oggi Presidente della Nostra Struttura perché voglio che l'Azienda sia efficiente ed efficace così come il mondo del XXI secolo richiede. E tutto ciò non può che nascere dalla guida e controllo di una mente e di uno spirito giovane!

Complimenti monsieur Chibret, non tanto per il Premio che Le è stato giustamente attribuito, ma per questa nota di grandezza e modestia contemporaneamente... che sarebbe da imitare in molti campi!

Benedetto Strampelli SOI Medal Lecture 2011

"Negative Dysphotopsia: Mechanism and Management"

Jack T. Holladay

Clinical professor of Ophthalmology Baylor College of medicine Houston, Texas

Incontrare **Jack Holladay** è stato un vero piacere, lui che tormenta sempre i nostri sonni professionali con le sue formule, la sua mania di perfezione, la sua mentalità da Ingegnere. Già da Ingegnere, perché il suo cursus accademico comincia proprio così, con una passione e quindi una Laurea in Ingegneria elettronica, che lo ha portato ad avere i primi contatti con il mondo della Medicina, e dell'Oftalmologia in particolare, nella vesta di tecnico ed esperto di strumentazioni cliniche, come ad esempio gli ecografi.
Quindi da Ingegnere elettronico si è ben presto in bioingegnerie, mentre la Laurea in Medicina arriva veramente dopo, nel 1974.
Oggi lui ha 65 anni, ma l'entusiasmo e il viso sono di un giovane che ha ancora voglia di vivere e lavorare.
Con grande semplicità abbiamo chiacchierato per una decina di minuti abbondanti e la prima cosa che mi ha detto è che ha rischiato di non esserci più un paio di anni fa per un aneurisma dell'aorta che rischiava di dissecarsi e di portarlo a sicura morte. Invece, un tempestivo ricovero ed un tempestivo intervento medico lo hanno salvato.

La prima domanda è stata naturalmente sull'evoluzione delle tecniche di biometria.
Come ben sai, dagli anni '60 agli anni '90 la biometria, e quindi il calcolo delle IOL, era basato su sistemi ad ultrasuoni che avevano alta percentuale di errore anche per le modalità e le manualità di esecuzione. Dal 2000, l'introduzione della biometria ottica, ha diminuito enormemente le possibilità di errore, aumentato l'accuratezza del risultato e ci ha consentito quindi di produrre delle formula per il calcolo della IOL, la Holladay I negli anni '80 e la Holladay II in quelli '90, che a mio avviso tengono in forte considerazione la posizione finale della IOL nell'occhio e quindi l'esattezza del calcolo.

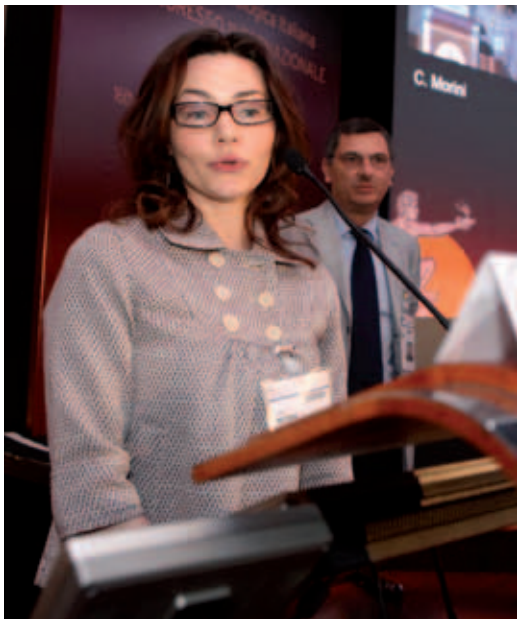
E quindi oggi siamo capaci di produrre una biometria veramente accurata, indispensabile per l'impianto di IOL accomodative e presbiopiche?
Si, anche se stiamo completando gli Studi per arrivare ad una formula di Holladay III, verosimilmente nel corso del prossimo anno. Se ricordi bene, nella formula Holladay II le variabili inserite sono 7. Nella nuova, stiamo considerando altri fattori tra cui le differenze razziali, in modo da rendere realmente universali queste forme, perché ormai è facile incontrare un chirurgo di una nazione orientale che lavori in Europa, e che opera pazienti di origine africana... una specie di globalizzazione nel mondo della Medicina. Il perfezionamento dei calcoli vuole giungere ad un errore di calcolo non superiore a +/- 0.25D, considerando che le Aziende producono IOL con scarsi mezza diottria. Per arrivare alla formula finale siamo effettuando in numerosi centri delle misure in ultrasuoni ad alta frequenza delle distanze sulcus sulcus, della successiva posizione delle IOL, insomma di quelle variazioni anatomiche successiva all'intervento di cataratta. Il lavoro è a buon punto e speriamo di concludere a breve.

L'incontro finisce con una cordiale stretta di mano e con un raggio di luce che esce dai suoi occhi e dal suo viso, che colpisce il mio cuore per l'entusiasmo e la semplicità che questo uomo, che ha sfiorato la morte, ha ancora oggi per il suo lavoro e le sue ricerche.

Mario Gelsomino SOI Award 2011

Chiara Morini

Il premio Mario Gelsomino segnala all'attenzione di tutti noi Oculisti un giovane ricercatore che si è distinto nel campo della ricerca pura o applicata.
Chiara Morini bene si colloca all'interno della logica del premio perché Laureata nel 2001 a Pavia, ha poi ottenuto la Specializzazione a Roma nel 2005 presso l'Università La Sapienza, dedicandosi in maniera particolare a ricerche di elettrofisiologia oculare sotto la attenta ed affettuosa guida dell'Ingegner Professor Edoardo Rispoli.
Incontrare Chiara è stato quindi semplice e piacevole intanto per il suo modo di porgersi, semplice e trasparente, ed anche perché abbiamo potuto parlare di realtà che ho conosciuto personalmente.



La prima domanda è stata naturalmente sull'evoluzione delle tecniche di biometria.
Come ben sai, dagli anni '60 agli anni '90 la biometria, e quindi il calcolo delle IOL, era basato su sistemi ad ultrasuoni che avevano alta percentuale di errore anche per le modalità e le manualità di esecuzione. Dal 2000, l'introduzione della biometria ottica, ha diminuito enormemente le possibilità di errore, aumentato l'accuratezza del risultato e ci ha consentito quindi di produrre delle formula per il calcolo della IOL, la Holladay I negli anni '80 e la Holladay II in quelli '90, che a mio avviso tengono in forte considerazione la posizione finale della IOL nell'occhio e quindi l'esattezza del calcolo.

E quindi oggi siamo capaci di produrre una biometria veramente accurata, indispensabile per l'impianto di IOL accomodative e presbiopiche?
Si, anche se stiamo completando gli Studi per arrivare ad una formula di Holladay III, verosimilmente nel corso del prossimo anno. Se ricordi bene, nella formula Holladay II le variabili inserite sono 7. Nella nuova, stiamo considerando altri fattori tra cui le differenze razziali, in modo da rendere realmente universali queste forme, perché ormai è facile incontrare un chirurgo di una nazione orientale che lavori in Europa, e che opera pazienti di origine africana... una specie di globalizzazione nel mondo della Medicina. Il perfezionamento dei calcoli vuole giungere ad un errore di calcolo non superiore a +/- 0.25D, considerando che le Aziende producono IOL con scarsi mezza diottria. Per arrivare alla formula finale siamo effettuando in numerosi centri delle misure in ultrasuoni ad alta frequenza delle distanze sulcus sulcus, della successiva posizione delle IOL, insomma di quelle variazioni anatomiche successiva all'intervento di cataratta. Il lavoro è a buon punto e speriamo di concludere a breve.

L'incontro finisce con una cordiale stretta di mano e con un raggio di luce che esce dai suoi occhi e dal suo viso, che colpisce il mio cuore per l'entusiasmo e la semplicità che questo uomo, che ha sfiorato la morte, ha ancora oggi per il suo lavoro e le sue ricerche.

Simposio SBO/SOI "Nuovi orizzonti in Oftalmologia"

A. Albuquerque Alves Jr

Presidente della Società Oftalmologica Brasiliana

Ho di fronte a me il Presidente della Società Oftalmologia Brasiliana, che avrei immaginato un signore alto, distinto, un po' anziano, ed invece è un simpatico Collega di 52 anni a capo di una Società Scientifica con 17.000 Specialisti, di cui almeno 2000 nella città metropoli di Rio de Janeiro.
In questa splendida città, ma anche caotica e piena di contraddizioni, Alves lavora ormai da parecchi anni in un Ospedale pubblico e, naturalmente, nelle ore pomeridiani nel suo gabinetto privato.
La sua origine familiare è portoghese, ma ormai è ben strutturato nella realtà brasiliana e il Suo cavallo di battaglia è la chirurgia vitreo-retinica.

Sono venuto a Rio de Janeiro forse 20 anni fa quando i nomi famosi erano, per esempio, quello del Prof. Werther, Duque – Estrada. Cosa è cambiato in tutti questi anni da Voi?
È successo un po' quello che è accaduto in tutto, il mondo: la faco è diventata una routine, la chirurgia vitreo-retinica si è diffusa sempre di più, abbiamo acquisito tecnologie più moderne, spesso anche italiane. Cerchiamo di essere al passo con i tempi.

Quindi, l'Oftalmologia brasiliana è di spirito giovane e di qualità.
Come Presidente, ti rispondo con un grande sì, perché so del valore dei miei Colleghi, in tutta la nazione e la loro presenza in congressi internazionali un po' in tutto il mondo testimonia l'apprezzamento di cui godiamo. Del resto, la mia presenza qui ne è una conferma diretta.

I tuoi campi di interesse principali?
Come sentirai dalla Relazione, la chirurgia vitreo-retinica, che eseguo ormai quasi routinariamente col 23G, e il cerchiaggio, con la chirurgia ab externo, sono ormai una piccola percentuale della mia chirurgia.
Naturalmente, chirurgia della cataratta, glaucoma, trapianti, orbita, annessi, sono le altre realtà che espleto negli Ospedali principali delle nostra grandi città con qualche difficoltà in più nelle struttura periferiche.

Con la stessa semplicità con cui si era seduto vicino a me, non facendo pesare per nulla il suo ruolo di Presidente di una Società importante e numerosa, Alves si alza e mi stringe la mano, invitandomi a partecipare a qualche loro Convegno per conoscere più da vicino la brillante e qualificata realtà della Oftalmologia brasiliana. A me vengono in mente le parole di Donald D'Amico, che sottolineava la differente impostazione clinico chirurgica tra i chirurghi della retina della generazione anni '60-'80 e quelli formatisi intorno agli anni 2000: vitrectomia subito o valutazione critica del caso?

Pubblicati i risultati del Comparison of AMD Treatments Trial (CATT)

Posizione della Società Oftalmologica Italiana

Lo scorso 28 aprile sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* i risultati ad un anno del confronto tra Avastin e Lucentis nel trattamento della degenerazione maculare senile neovascolare.

Il CATT è il primo studio prospettico randomizzato in grado di fornire dati di confronto tra i due farmaci più utilizzati nel trattamento della DMS neovascolare.

Il CATT è uno studio multicentrico, indipendente - sponsorizzato dal National Eye Institute del National Institute for Health degli USA - che ha arruolato 1.200 pazienti e che con un protocollo impeccabile è in grado di fornire informazioni essenziali per la pratica clinica sia nella scelta del farmaco sia nel tipo di somministrazione. Infatti, i due risultati principali dello studio sono:

- l'acuità visiva dopo un anno di trattamento è equivalente per entrambi i farmaci
- la somministrazione "al bisogno" – basata su acuità visiva e immagine OCT della macula
- è parimenti efficace alla somministrazione mensile sia utilizzando Lucentis, sia utilizzando Avastin.

La Società Oftalmologica Italiana - con l'azione svolta nel 2007, dall'allora Segretario ed oggi Presidente Matteo Piovella, e sostenuta da tutto il Consiglio Direttivo SOI – ha permesso che l'Italia si posizionasse all'avanguardia mondiale del trattamento della DMS neovascolare. Infatti, il nostro Paese è stato per anni l'unico dove Avastin era erogabile dal SSN per il trattamento della DMS."Il fatto più significativo", è il commento del Presidente SOI, "è poter sostenere scientificamente che essersi presa la responsabilità di un utilizzo off label di Avastin non ha causato danni ai pazienti ne messo gli oculisti che hanno attivato la terapia prendendosene le relative responsabilità in una situazione di difficoltà o debolezza".

Ma i risultati di uno studio prospettico randomizzato indipendente non sono sufficienti per chi vuole ad ogni costo ignorare ciò che è sotto gli occhi di tutti: Avastin e Lucentis sono equivalenti e, per quanto riguarda il dato dell'acuità visiva, dopo un anno dall'inizio del trattamento, il cosiddetto trattamento "al bisogno" è efficace quanto il trattamento protratto con iniezioni a cadenza mensile, sia utilizzando Lucentis che Avastin.
Nonostante l'evidente chiarezza di tale risultato, ottenuto nell'unico studio prospettico multicentrico randomizzato con mascheramento degli investigatori, il Royal College of Ophthalmologist riporta in una nota che, nonostante il risultato funzionale sia equivalente, l'utilizzo di Avastin induce un minor riassorbimento di liquido maculare e che il CATT non ha una sufficiente potenza statistica per individuare differenze significative per quanto riguarda gli eventi avversi occorsi con Avastin o Lucentis.

In realtà, nessuno studio di questa tipologia e portata avrà mai una sufficiente potenza statistica per poter rilevare differenze significative per quanto riguarda l'incidenza di eventi avversi, semplicemente perché l'incidenza di tali eventi è, fortunatamente, estremamente bassa sia con Avastin sia con Lucentis. In questi studi, può essere individuata una differenza statisticamente significativa su tali variabili, solo se la differenza del numero di eventi avversi tra i farmaci in esame è davvero molto grande. Questo non è certamente il caso del CATT: infatti, se si va ad esaminare l'incidenza di tali eventi si scopre che gli eventi avversi sistemici più gravi (morte, trombosi arteriosa o venosa) hanno una distribuzione del tutto casuale: ad esempio nel gruppo trattato con Lucentis a somministrazione mensile gli eventi avversi erano lo 0% mentre nel gruppo trattato con Lucentis con somministrazione al "al bisogno" – quindi con un numero di somministrazioni/anno inferiore - gli eventi avversi avevano una incidenza dello 0.7%.
Altri eventi avversi che risultano significativamente più frequenti nei gruppi trattati con Avastin meritano sicura attenzione ed ulteriori studi, ma sono decisamente meno rilevanti dal punto di vista clinico.

Pertanto, per quanto attiene alla sicurezza di Avastin, la Società Oftalmologica Italiana sottolinea che è stato il primo antiVEGF usato per iniezione intravitreale e, ancora oggi, è certamente il più usato non solo per il trattamento della DMS ma per moltissime altre patologie della retina e per il glaucoma neovascolare. Inoltre, proprio l'assenza di differenze statisticamente significative sugli eventi avversi tra Avastin e Lucentis, rafforza la sicurezza sul piano sistemico di Avastin.

In attesa dei risultati a due anni del CATT e dei risultati di altri studi di confronto, la Società Oftalmologica Italiana evidenzia che i risultati del CATT sono una indiscutibile e virtuosa conferma della validità di questa terapia intravitreale, e che l'adozione di Avastin da parte degli oculisti è oggi finalmente supportata anche scientificamente. L'azione svolta dalla SOI nel 2007 per rendere sicuro ed efficace l'utilizzo off-label di Avastin da parte degli oculisti italiani a tutela dell'accesso alla terapia da parte di tutti i pazienti è stata azione lungimirante e responsabile, frutto di una naturale eticità e terzietà di giudizio che da oltre 130 anni qualificano la SOI. Al momento, nonostante i risultati del CATT,in osservanza alla normativa vigente, Avastin rimane un farmaco off-label e non può essere rimborsato dal SSN per il trattamento della DMS neovascolare.
La SOI si sta attivando affinché anche le autorità regolatorie con una azione lungimirante e responsabile, adottino misure adeguate a consentire l'accesso alla terapia per tutti i pazienti affetti da DMS neovascolare, eliminando discriminazioni giustificate solo dal contenimento della spesa, ed identificando adeguate risorse da dedicare alla cura di una patologia della terza età in crescita esponenziale. La possibile soluzione dovrà confrontarsi con l'evidenza che con il costo del trattamento per un anno con Lucentis di un solo occhio, si possono trattare con pari efficacia e con pari rischi ben sessanta occhi.

Teresio Avitabile
Segretario Tesoriere SOI

Matteo Piovella
Presidente SOI

On line il nuovo sito ASMOOI

Migliorato nella grafica, il sito è oggi più fruibile grazie ad una struttura che offre maggiori opportunità d'interazione con ciascun socio.

Nella sezione **"Chi siamo"**, è possibile consultare e condividere le finalità della nostra Associazione. Statuto, Programma e Organizzazione. Con **"Dove Siamo"** scoprirete l'articolazione territoriale dei nostri delegati, distribuiti in tutte le Regioni italiane e in molte province e comuni.

Ma non finisce qui: abbiamo voluto mettere a vostra disposizione anche la nuova rubrica del **Cerco/Offro** che - confidiamo - consenta un utile scambio su un tema delicato come quello del lavoro e non solo; basta semplicemente compilare gli appositi campi per inserire un annuncio.

Come anticipato nei mesi scorsi, ASMOOI ha creato un portafoglio innovativo di servizi e convenzioni esclusivamente per i soci in regola con la quota associativa annuale. Oltre alla **Rc Professionale per gli ortottisti,** è nato il nuovo servizio di **Consulenza sindacale,** fornito dal nostro studio legale a tariffe agevolate. Nella sezione appositamente dedicata, tutti i soci in regola potranno usufruire di tutte le **Convenzioni** stipulate da **ASMOOI**. Da oggi sono già attive:

- copertura di responsabilità civile dei centri oftalmologici,
- polizza infortuni
- piani di risparmio previdenziali per investimenti differenziati, di sicuro interesse.

Aderire ad ASMOOI è ancora più semplice: scarica il Modulo di Iscrizione online oppure richiedilo alla nostra segreteria.

Se devi solo rinnovare l'adesione da oggi puoi farlo direttamente on line, con la possibilità di effettuare il pagamento della quota associativa con bonifico bancario, vaglia postale ma anche con carta di credito.

Collegati subito al sito **www.asmooi.com** e scopri tutte le novità!

L'augurio per tutti è che questo nuovo sito possa fornire un valido contributo ad uno scambio sempre più frequente, ampio e trasparente di idee e informazioni a riprova del fatto che una comunicazione interattiva genera una "intelligenza collettiva" in grado di creare maggiore conoscenza, senso di appartenenza e coesione di gruppo.

Il Presidente ASMOOI

Carlo Maria Villani

Il Segretario Generale ASMOOI

Matteo Piovella

LUMIGAN® 0,1

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio, soluzione **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 1 ml di soluzione contiene 0,1 mg di bimatoprost Eccipiente: Un ml di soluzione contiene 0,2 mg di benzalconio cloruro. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Collirio, soluzione. Soluzione incolore o leggermente gialla. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Riduzione della pressione intraoculare elevata nel glaucoma cronico ad angolo aperto e nell'ipertensione oculare negli adulti (come monoterapia o come terapia aggiuntiva ai beta-bloccanti). **4.2 Posologia e modo di somministrazione** La dose consigliata è di una goccia nell'occhio(i) affetto(i), una volta al giorno, da somministrare alla sera. La dose non deve superare una applicazione quotidiana, in quanto somministrazioni più frequenti possono ridurre l'effetto ipotensivo sulla pressione oculare. Nel caso in cui si stiano utilizzando più farmaci oftalmici per uso topico, ciascun farmaco deve essere somministrato a distanza di almeno 5 minuti l'uno dall'altro. Posologia nei bambini e negli adolescenti (di età inferiore ai 18 anni): Si sconsiglia l'uso di LUMIGAN nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a 18 anni poiché non vi sono dati sufficienti sulla sicurezza e l'efficacia. Posologia in pazienti con disfunzione epatica e renale: LUMIGAN non è stato studiato in pazienti con disfunzione renale, o disfunzione epatica da moderata a grave, pertanto è necessario utilizzarlo con cautela in questi pazienti. In pazienti con un'anamnesi di lieve alterazione epatica o alanina aminotransferasi (ALT), aspartato aminotransferasi (AST) e/o bilirubina anormali all'inizio della terapia, bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione non ha determinato effetti avversi sulla funzione epatica in 24 mesi di trattamento. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. LUMIGAN 0,1 mg/ml è controindicato nei pazienti che hanno avuto una precedente presunta reazione avversa al benzalconio cloruro che ha determinato l'interruzione della terapia. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Prima di iniziare il trattamento, i pazienti devono essere informati circa la possibilità di allungamento delle ciglia, imbrunimento delle palpebre e aumento della pigmentazione iridea poiché tali reazioni sono state rilevate durante il trattamento con LUMIGAN. Taluni di questi cambiamenti potrebbero essere permanenti e potrebbero causare differenze di aspetto tra i due occhi quando è solo un occhio ad essere sottoposto a trattamento. Il cambiamento della pigmentazione iridea si verifica gradualmente e può non essere visibile per diversi mesi o anni. A 12 mesi, è stato segnalato un caso di iperpigmentazione iridea con bimatoprost 0,1 mg/ml collirio, soluzione (incidenza dello 0,5%). A 12 mesi, l'incidenza con bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione era dell'1,5% e non aumentava nei 3 anni successivi di trattamento (vedere paragrafo 4.8). In alcuni pazienti è stata segnalata la natura reversibile della pigmentazione del tessuto periorbitale. LUMIGAN non è stato studiato in pazienti con funzionalità respiratoria compromessa, pertanto deve essere utilizzato con cautela in questi pazienti. Negli studi clinici effettuati, in pazienti con un'anamnesi di compromissione della funzionalità respiratoria, non sono stati riscontrati effetti indesiderati respiratori di rilievo. LUMIGAN non è stato studiato in pazienti con blocco cardiaco di grado superiore al primo o insufficienza cardiaca congestizia non controllata. È stato registrato un numero limitato di segnalazioni spontanee di bradicardia o ipotensione con bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione. LUMIGAN deve essere usato con cautela nei pazienti predisposti a bradicardia o ipotensione. LUMIGAN non è stato studiato in pazienti affetti da malattie infiammatorie oculari, glaucoma neovascolare, infiammatorio, ad angolo chiuso, glaucoma congenito o ad angolo stretto. L'edema maculare cistoide è stato riscontrato in casi sporadici (≥1/1.000, <1/100) dopo il trattamento con bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione. Pertanto LUMIGAN deve essere usato con cautela nei pazienti che presentano fattori di rischio conosciuti per l'edema maculare (ad es., pazienti afachici, pseudofachici con lacerazione della capsula posteriore). Sono state registrate rare segnalazioni spontanee di riattivazione di precedenti infiltrazioni corneali o infezioni oculari con bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione. LUMIGAN deve essere usato con cautela nei pazienti con precedenti infezioni oculari virali significative (ad es. herpes simplex) o uveite/irite. LUMIGAN 0,1 mg/ml contiene come conservante il benzalconio cloruro (200 ppm), che può essere assorbito da lenti a contatto morbide. A causa della presenza del benzalconio cloruro, si possono anche verificare irritazione oculare e scolorimento elle lenti a contatto morbide. Prima dell'instillazione è necessario rimuovere le lenti a contatto, che possono essere riapplicate 15 minuti dopo la somministrazione. È stato riportato che il benzalconio cloruro, comunemente usato come conservante nei medicinali oftalmici, è causa di cheratopatia puntata e/o cheratopatia ulcerativa tossica. Poiché LUMIGAN 0,1 mg/ml contiene 200 ppm di benzalconio cloruro (quattro volte la concentrazione presente in bimatoprost 0,3 mg/ml collirio), deve essere usato con cautela nei pazienti affetti da secchezza oculare o la cui cornea potrebbe essere compromessa e nei pazienti che utilizzano diversi collirii contenenti benzalconio cloruro. Inoltre, per questi pazienti è necessario un controllo clinico in caso di uso prolungato del farmaco. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** Non sono stati effettuati studi di interazione. Non si prevedono interazioni nell'uomo, in quanto, dopo somministrazione oculare di bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione, le concentrazioni sistemiche di bimatoprost sono estremamente basse (inferiori a 0,2 ng/ml). Il bimatoprost viene biotrasformato attraverso diversi sistemi enzimatici. Negli studi preclinici effettuati, non sono stati riscontrati effetti su enzimi epatici deputati alla metabolizzazione dei farmaci. Negli studi clinici, bimatoprost 0,3 mg/ml, collirio, soluzione è stato utilizzato in concomitanza con diversi medicinali oftalmici beta-bloccanti senza alcuna evidenza di interazione. LUMIGAN non è stato valutato, nella terapia aggiuntiva antiglaucomatosa, con agenti diversi dai beta-bloccanti topici. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Gravidanza Non sono disponibili dati adeguati sull'uso del bimatoprost in donne in gravidanza. Studi sugli animali hanno evidenziato una tossicità riproduttiva a dosi elevate tossiche per la madre (vedere paragrafo 5.3). LUMIGAN non deve essere utilizzato in gravidanza se non in casi di assoluta necessità. Allattamento Non è noto se bimatoprost venga escreto nel latte umano. Studi su animali hanno dimostrato che bimatoprost viene escreto nel latte materno. Non è pertanto possibile escludere il rischio per il lattante. Occorre decidere se continuare (o meno) l'allattamento oppure continuare (o meno) la terapia a base di LUMIGAN, tenendo conto dei vantaggi per il neonato derivanti dall'allattamento nonché dei vantaggi per la madre derivanti dalla terapia con LUMIGAN. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** LUMIGAN altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli e l'uso di macchinari. Come per altri trattamenti per uso oftalmico, se all'applicazione delle gocce si verifica un transitorio offuscamento della visione, il paziente prima di guidare veicoli o utilizzare macchinari deve aspettare che la visione torni nitida. **4.8 Effetti indesiderati** In uno studio clinico di fase III di 12 mesi, il 38% circa dei pazienti trattati con LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio, soluzione è stato interessato da reazioni avverse. La reazione avversa segnalata con maggiore frequenza è stata l'iperemia congiuntivale (prevalentemente di grado da lievissimo a lieve e ritenuta essere di natura non infiammatoria), occorsa nel 29% dei pazienti. All'incirca il 4% dei pazienti ha interrotto il trattamento a causa di un evento avverso nello studio di 12 mesi. Le seguenti reazioni avverse sono state riscontrate nel corso di studi clinici effettuati con LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio, soluzione. La maggior parte sono stati effetti oculari lievi, e nessuno di tipo grave: Nella Tabella 1 vengono riportate le reazioni avverse molto comuni (≥1/10); comuni (≥1/100 a <1/10); non comuni (≥1/1.000 a <1/100); rare (≥1/10.000 a <1/1.000); molto rare (<1/10.000) in base alla Classificazione per sistemi e organi, in ordine decrescente di gravità all'interno di ciascuna classe di frequenza.

Tabella 1.

Classificazione per sistemi e organi	Frequenza	Effetto indesiderato
Alterazioni del sistema nervoso	non comuni	cefalea
Disturbi oculari	molto comuni	iperemia congiuntivale
	Comuni	cheratite puntata, irritazione oculare, prurito oculare, crescita delle ciglia
	non comuni	astenopia, offuscamento della vista, disturbi congiuntivali, edema congiuntivale, irite, iperpigmentazione, madarosi
Disturbi gastrointestinali	non comuni	nausea
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo	comuni	eritema della palpebra, prurito della palpebra, iperpigmentazione della cute, ipertricosi
	non comuni	secchezza della cute, formazione di crosticine ai margini della palpebra, edema della palpebra, prurito
Disordini generali e alterazioni del sito di somministrazione	comuni	irritazione del sito di instillazione
	non comuni	secchezza della cute, formazione di crosticine ai margini della palpebra, edema della palpebra, prurito
Disordini generali e alterazioni del sito di somministrazione	comuni	irritazione del sito di instillazione

Negli studi clinici effettuati, oltre 1.800 pazienti sono stati sottoposti a trattamento con LUMIGAN 0,3 mg/ml. Associando i dati di fase III in monoterapia ed in terapia aggiuntiva con LUMIGAN 0,3 mg/ml, tra le reazioni avverse verificatesi più di frequente figurano: crescita delle ciglia fino al 45% nel primo anno con una incidenza di nuovi casi che diminuisce al 7% a 2 anni e al 2% a 3 anni, iperemia congiuntivale (prevalentemente di grado da lievissimo a lieve e ritenuta essere di natura non-infiammatoria) fino al 44% nel primo anno con una incidenza di nuovi casi che diminuisce al 13% a 2 anni e al 12% a 3 anni e prurito oculare fino al 14% dei pazienti nel primo anno con una incidenza che diminuisce al 3% a 2 anni e 0% a 3 anni. Meno del 9% dei pazienti ha dovuto sospendere il trattamento a causa di reazioni avverse nel primo anno con una incidenza di nuovi pazienti che interrompevano il trattamento del 3% sia a 2 che a 3 anni. Nella Tabella 2 vengono riportate ulteriori reazioni avverse riscontrate nel corso di studi clinici con LUMIGAN 0,3 mg/ml. La tabella include anche le reazioni avverse occorse con entrambe le formulazioni ma con una diversa frequenza. La maggior parte sono stati effetti oculari da lievi a moderati, e nessuno di tipo grave. All'interno di ciascuna classe di frequenza, gli effetti indesiderati sono riportati in ordine decrescente di gravità.

Tabella 2.

Classificazione per sistemi e organi	Frequenza	Effetto indesiderato
Alterazioni del sistema nervoso	comuni	cefalea
	non comuni	capogiri
Disturbi oculari	molto comuni	prurito oculare, crescita delle ciglia,
	comuni	erosione della cornea, bruciore oculare, congiuntivite allergica, blefarite, peggioramento dell'acuità visiva, astenopia, edema congiuntivale, sensazione di corpo estraneo, secchezza oculare, dolore oculare, fotofobia, lacrimazione, secrezione oculare, disturbi visivi, incremento della pigmentazione iridea, imbrunimento delle ciglia
	non comuni	emorragia retinica, uveite, edema maculare cistoide, irite, blefarospasmo, retrazione palpebrale
	non noti	enoftalmo
Alterazioni del sistema vascolare	comuni	ipertensione
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo	comuni	pigmentazione della cute perioculare
	non comuni	irsutismo
Disordini generali e alterazioni del sito di somministrazione	non comuni	astenia
Indagini diagnostiche	comuni	alterazioni nelle prove di funzionalità epatica

4.9 Sovradosaggio Non sono stati riportati casi di sovradosaggio ed è improbabile che si verifichino con l'uso oftalmico. In caso di sovradosaggio, il trattamento deve essere di tipo sintomatico e di supporto. Nel caso LUMIGAN venga ingerito accidentalmente, potrebbe essere utile sapere che: in studi effettuati su ratti e topi della durata di due settimane si è riscontrato che la somministrazione orale di dosi fino a 100 mg/kg/al giorno non ha determinato alcuna tossicità. Tale dose espressa in mg/m² è almeno 210 volte superiore alla dose contenuta in un flacone di LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio, soluzione accidentalmente somministrata a un bambino di 10 kg. **5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: oftalmologici, analoghi della prostaglandina, codice ATC: S01EE03 Il meccanismo d'azione con il quale il bimatoprost riduce la pressione intraoculare nell'uomo si esplica nell'aumentare il deflusso dell'umore acqueo sia trabecolare che uveo-sclerale. La riduzione della pressione intraoculare inizia all'incirca 4 ore dopo la prima somministrazione, l'effetto massimo si raggiunge all'incirca entro 8-12 ore. L'effetto dura almeno 24 ore. Il bimatoprost è un potente agente ipotensivo oculare. Esso è una prostamide sintetica, strutturalmente correlata alla prostaglandina $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$), ma che non agisce attraverso nessuno dei recettori prostaglandinici conosciuti. Il bimatoprost imita selettivamente gli effetti delle sostanze biosintetiche recentemente scoperte, chiamate prostamidi. Il recettore prostamidico, comunque, non è stato ancora strutturalmente identificato. Durante uno studio cardine di 12 mesi su adulti trattati con LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio, i valori della PIO media diurna misurati a ogni visita nel corso del periodo di studio di 12 mesi differivano di non oltre 1,1 mmHg nell'arco della giornata e non superavano mai i 17,7 mmHg. LUMIGAN 0,1 mg/ml collirio contiene il benzalconio cloruro in concentrazione di 200 ppm. Esperienza limitata si ha con l'uso di LUMIGAN in pazienti affetti da glaucoma ad angolo-aperto pseudoesfoliativo e pigmentario, e glaucoma cronico ad angolo chiuso con iridotomia pervia. Durante gli studi clinici non sono stati riscontrati effetti clinicamente rilevanti sulla frequenza cardiaca e sulla pressione sanguigna. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** *In vitro* il bimatoprost penetra bene nella cornea e nella sclera umana. Dopo somministrazione oculare negli adulti, l'esposizione sistemica al bimatoprost è molto bassa senza fenomeni di accumulo nel tempo. Dopo somministrazione giornaliera di una goccia di bimatoprost 0,3 mg/ml in entrambi gli occhi, per un periodo di due settimane, la concentrazione ematica raggiungeva il picco entro 10 minuti dopo l' instillazione e scendeva al di sotto del limite più basso di rilevazione (0,025 ng/ml) entro 1,5 ore dopo la somministrazione. I valori medi di C_{max} e $AUC_{0-24hrs}$ sono risultati simili al 7° e al 14° giorno, ed erano rispettivamente circa 0,08 ng/ml e 0,09 ng•h/ml; questi valori indicano che si era raggiunta una concentrazione costante di bimatoprost durante la prima settimana di somministrazione oculare. Il bimatoprost viene distribuito moderatamente nei tessuti corporei e il volume sistemico di distribuzione nell'uomo allo steady-state è di 0,67 l/kg. Nel sangue umano, il bimatoprost si trova principalmente nel plasma. Il legame alle proteine plasmatiche del bimatoprost è di circa l'88%. Dopo la somministrazione oculare il bimatoprost risulta il maggiore componente circolante nel sangue, una volta raggiunta la circolazione sistemica. Bimatoprost, sottoposto poi a ossidazione, N-deetilazione e glucuronidazione va a formare diversi metaboliti. Il bimatoprost viene eliminato principalmente tramite escrezione renale, fino al 67% di una dose endovenosa somministrata in volontari sani veniva escreta per via urinaria, il 25% della dose veniva escreta tramite le feci. L'emivita di eliminazione, determinata dopo somministrazione endovenosa, è stata di circa 45 minuti; la clearance totale del sangue è stata di 1,5 l/h/kg. Caratteristiche in pazienti anziani: Dopo due dosaggi giornalieri di bimatoprost 0,3 mg/ml collirio, soluzione, il valore medio di AUC_{0-24hr} pari a 0,0634 ng•h/ml di bimatoprost nei pazienti anziani (soggetti di 65 anni o oltre) era significativamente più alto rispetto al valore di 0,0218 ng•h/ml riscontrato in pazienti giovani sani. Questo risultato non è tuttavia importante dal punto di vista clinico in quanto l'esposizione sistemica sia nei soggetti anziani che nei giovani rimaneva, con somministrazioni oculari, molto bassa. Non è stato riscontrato accumulo di bimatoprost nel sangue con il passare del tempo, mentre il profilo di sicurezza era lo stesso sia in pazienti anziani che giovani. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** In studi non-clinici sono stati osservati effetti soltanto ad esposizioni considerate significativamente superiori all'esposizione umana massima, il che depone per una scarsa rilevanza clinica. Nelle scimmie la somministrazione oculare giornaliera di bimatoprost a concentrazioni ≥ 0,3 mg/ml per un anno, ha causato un aumento della pigmentazione iridea ed effetti perioculari reversibili dose-dipendenti, caratterizzati da un prominente solco superiore e/o inferiore ed allargamento della fessura palpebrale. Il meccanismo di aumento della pigmentazione iridea sembrerebbe dovuto ad una aumentata stimolazione nella produzione di melanina nei melanociti e non all'aumento del numero di melanociti. Non sono state osservate modificazioni funzionali o microscopiche legate agli effetti perioculari, ed è sconosciuto il meccanismo d'azione relativo ai cambiamenti perioculari riscontrati. In una serie di studi *in vitro* e *in vivo* il bimatoprost non si è rivelato mutageno o carcinogeno. Bimatoprost non ha danneggiato la fertilità in ratti a dosi fino a 0,6 mg/kg/al giorno (almeno 103 volte la dose utilizzata per l'uomo). In studi sullo sviluppo dell'embrione/ feto sono stati osservati aborti, ma non effetti sullo sviluppo, in topi e ratti a dosi che erano, rispettivamente, almeno 860 o 1.700 volte più alte rispetto alle dosi umane. Queste dosi risultavano in esposizioni sistemiche di almeno, rispettivamente, 33 o 97 volte più alte di quelle indicate per l'uomo. In studi peri/post natali effettuati su ratti, la tossicità materna causava un periodo di gestazione ridotto, morte del feto e diminuzione del peso dei cuccioli, a dosi ≥ 0,3 mg/kg/al giorno (almeno 41 volte rispetto a quella indicata per l'uomo). Le funzioni neuro comportamentali della prole non erano coinvolte. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti**
Benzalconio cloruro, Sodio cloruro, Sodio fosfato bibasico eptaidrato, Acido citrico monoidrato, Acido cloridrico o sodio idrossido (per regolare il pH), Acqua depurata **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. 4 settimane dopo la prima apertura. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Questo medicinale non richiede alcuna speciale condizione di conservazione. **6.5 Natura e contenuto della confezione** Flaconi di colore bianco latte in polietilene a bassa densità con tappo a vite di polistirene. Ogni flacone ha un volume di riempimento di 3 ml. Sono disponibili le seguenti confezioni: cartone contenente 1 o 3 flaconi di soluzione da 3 ml. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni speciali per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'AMMISSIONE IN COMMERCIO** Allergan Pharmaceuticals Ireland - Castlebar Road - Westport - Co.Mayo - Irlanda **8. NUMERO DELL' AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** EU/1/02/205/003-004 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 7 Gennaio 2010 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 01/2010 - REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO: Medicinale soggetto a prescrizione medica. Classe A dispensata dal Servizio Sanitario nazionale. Classe A - SSN. Prezzo al pubblico € 21,98
Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web dell'Agenzia Europea del Farmaco (EMEA): http://www.emea.europa.eu

IT/OPTH308/10 depositato presso l'agenzia italiana del farmaco in data 4 gennaio 2011

ALLERGAN ophthalmology
Via Salvatore Quasimodo, 134/138 - 00144 Roma

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

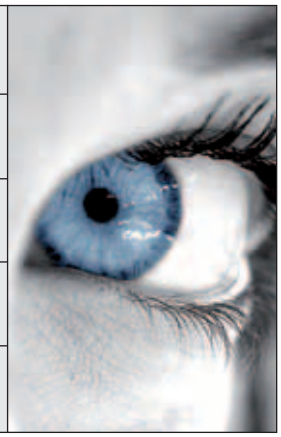
ASMOOI

Convenzione infortuni

Gentili Colleghi,
siamo lieti di informarVi che SOI, per meglio corrispondere alle necessità assicurative dei medici aderenti a SOI/A.S.M.O.O.I., ha attivato, in collaborazione con Willis Italia SpA, una **convenzione infortuni** a condizioni di particolare favore.
Le modalità di adesione prevedono la compilazione di un modulo appositamente predisposto da restituire, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, a Willis Italia S.p.A.

TABELLA PREMI

Capitale assicurato Caso Morte e IP Euro	Premio annuo lordo Opzione 1	Premio annuo lordo Opzione 2
100.000,00 Diaria da ricovero € 50/die	€ 180,00	€ 220,00
200.000,00 Diaria da ricovero € 50/die	€ 335,00	€ 415,00
500.000,00 Diaria da ricovero € 100/die	€ 825,00	€ 1.025,00
1.000.000,00 Diaria da ricovero € 100/die	€ 1.600,00	€ 2.000,00



PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA PROPOSTA

- Validità mondo intero 24 ore su 24
- Copre sia gli infortuni di carattere professionale che extraprofessionale
- Possibilità di avere una supervalutazione del grado di invalidità su infortuni riguardanti la perdita della funzionalità della mano abile, dell'udito e della vista (vedi tabella premi Opzione 2).
- Sono coperti gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall' Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa
- In caso di ricovero a seguito di infortunio indennizzabile è corrisposto all'Assicurato un indennizzo giornaliero stabilito (vedi tabella premi) per una durata massima di 90 giorni per ogni singolo caso di ricovero.
- E prevista l'applicazione di una contenuta franchigia, modulata sulle somme assicurate.

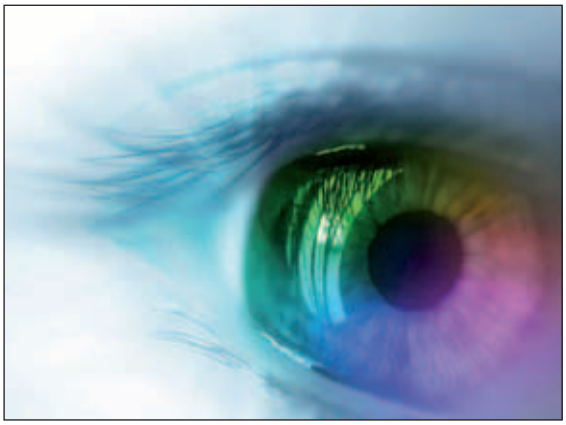
Willis

Per informazioni contattare:
Willis Italia SpA - Affinity Group
Via Padova 55 – 10152 Torino – fax 011 244.34.60 – e-mail: it_soi@willis.com

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

ASMOOI

Copertura di Responsabilità Civile



Gentili Colleghi,
siamo lieti di informarVi che SOI, in collaborazione con Willis Italia SpA ha attivato un canale preferenziale di quotazione per quanto riguarda la copertura di responsabilità civile dei centri oftalmologici aderenti a SOI/A.S.M.O.O.I.
Le modalità per la quotazione hanno come punto di partenza la compilazione di un questionario appositamente predisposto da restituire, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, a Willis Italia S.p.A.
La copertura proposta ha caratteristiche decisamente innovative, raccomandiamo quindi chi avesse intenzione di richiedere una quotazione, di inviare il questionario con sollecitudine in modo da consentire all'assicuratore di considerare la massa di potenziali adesioni per valorizzare al meglio il contenuto economico della proposta.

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA PROPOSTA

- Responsabilità Civile della Struttura Sanitaria con massimale di euro 2.500.000 per sinistro/anno elevabile a euro 5.000.000 per sinistro/anno a richiesta del Centro
- Responsabilità Civile della struttura sanitaria nei confronti dei propri dipendenti con un massimale di euro 2.500.000 per sinistro/anno.
- Copertura per Responsabilità diretta ed indiretta di tutti i dipendenti (medici e non medici) del Centro.
- Estensione, ove richiesta, alla Responsabilità Civile Patrimoniale della Direzione Sanitaria del Centro con massimale di euro 500.000 per sinistro/anno
- Estensione, ove richiesta, alla Responsabilità Civile del Responsabile Tecnico del Centro.

Willis

Per informazioni contattare:
Willis Italia SpA - Affinity Group
Via Padova 55 – 10152 Torino – fax 011 244.34.60 – e-mail: it_soi@willis.com

Piani di risparmio

DA OGGI, GRAZIE ALLA CONVEZIONE FRA CATTOLICA PREVIDENZA, SOI E A.S.M.O.O.I., PUOI USUFRUIRE DI SOLUZIONI ASSICURATIVE, VANTAGGIOSE, CREATE APPOSITAMENTE PER TE.

C'È UN FUTURO CHE VALE PIÙ DI OGNI ALTRO FUTURO. È QUELLO DI TUO FIGLIO.

PER INTEGRARE IL TUO REDDITO E GUARDARE AL FUTURO.

PER TUTELARE TE E I TUOI CARI, IN CASO DI INFORTUNIO.

PER FAR CRESCERE LIBERAMENTE RISPARMI E FUTURO.

- La **pensione** pubblica non sarà più in grado di garantire domani il tenore di vita di oggi. Come posso costruirmi una pensione integrativa?
- Posso investire i miei risparmi ottenendo anche **vantaggi fiscali** in termini di minori imposte pagate, deducendo o detraendo annualmente i premi versati?
- Come posso mettere al riparo dalle oscillazioni dei mercati finanziari i miei **investimenti**?
- Esistono forme di investimento che offrono la **garanzia del capitale** e un **rendimento minimo garantito** indipendentemente dalla situazione dei mercati finanziari?
- Come posso **diversificare i miei investimenti** scegliendo tra formule garantite a basso rischio e formule dinamiche ma con un rischio più elevato?
- Il **futuro dei miei figli o dei miei nipoti** è legato alla mia capacità di offrirgli un domani sereno. Posso accumulare a piccoli passi un grande capitale per i loro studi, per avviare un'attività autonoma o per acquistare la sua casa?
- Come posso impedire che **eventi imprevisti** possano mettere in discussione il futuro delle persone più importanti della mia vita?

QUESTE SONO LE DOMANDE CHE ACCOMPAGNANO QUOTIDIANAMENTE TUTTI NOI.
Cattolica Previdenza, società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, specializzata nell'offerta per la previdenza e la tutela della persona, può aiutarti a trovare la migliore risposta alle tue domande.
I nostri Consulenti Previdenziali, persone capaci di ascoltare attentamente e valutare con ognuno la migliore scelta previdenziale, di risparmio, di investimento o di protezione, sapranno interpretare nel modo migliore le tue esigenze.

Contatta Servizio Amico per scoprire il Consulente Previdenziale più vicino a te.

Per informazioni visita il sito
www.cattolicaprevidenza.com
oppure contatta:

CATTOLICA PREVIDENZA
Servizio Amico
800 523 523

Cattolica Previdenza - Servizio Amico è sempre al fianco del Cliente per qualsiasi tipo di esigenza: per richiedere informazioni o per effettuare operazioni sulla polizza.

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Fascicolo Informativo disponibile sul sito www.cattolicaprevidenza.com

Vision Test 2

La misurazione optometrica innovativa

CON TEST DI SENSIBILITA' ALL'ABBAGLIAMENTO E DI VISIONE CREPUSCOLARE!

TEST SPECIALI PER IL RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA

Il VISION TEST 2 oltre ad avere tutte le funzioni per una corretta valutazione della capacità visiva, possiede anche un programma sequenziale, come richiesto dalla nuova normativa ministeriale, che permette di determinare la visione crepuscolare, la sensibilità al contrasto, la sensibilità all'abbagliamento, il senso cromatico e la profondità di campo. Attraverso la nostra stampante wireless è possibile stampare i risultati relativi ai test per la patente.

Vision test 2 è in grado di creare e visualizzare in tempo reale oltre 200 test: visione mono, visione stereo, sensibilità al contrasto, colori, emulazione del lang, ipovisione e altre tipologie di tests, speciale esame dello stress visivo, configurazione dell'unità di misura.

Lo strumento può essere posizionato sulla scrivania oppure appeso alla parete.

Caratteristiche del visore Vision Test 2	
Schermo	LCD 21.5" High Resolution Full HD
Sensore	Temperatura
Grafica	V.A.S. (Vector Algorithmic Software)
Distanza	2.0 ÷ 6.0 mts (6.56 ÷ 19.68 ft)
Step	10 cm (0.32 ft)
Larghezza	46 cm (18.11 in)
Altezza	37 cm (14.56 in)
Spessore	5 cm (1.96 in)
Peso	4 Kg (8.81 lb)
Alimentazione	100÷240 VAC, 50/60 Hz, 60 W max

Caratteristica della video camera	
Webcam	Max resolution 1280 X 1024 indoor
wireless	use 20 metri

Da oggi è possibile richiedere una dimostrazione gratuita direttamente presso il tuo studio. Per richiedere la visita di un nostro operatore* invia una mail a info@miriadservice.it o chiama il numero verde 800035120.

(*Servizio disponibile per il Nord Italia)

È un prodotto Ovilens Instruments

miriad service
info@miriadservice.it – www.miriadservice.it – Numero Verde 800-035120

in breve in breve in breve

Alessandra Esposito

CHIRURGIA REFRATTIVA E DELLA CATARATTA: NUOVA INDAGINE SOI

In Italia non esistono dati ufficiali univoci relativi al trattamento chirurgico refrattivo e della cataratta. L'obiettivo dell'indagine SOI è appunto quello di costruire uno scenario di riferimento per avere a disposizione dati nazionali relativi a quantità, tipologia d'intervento, strumenti e prodotti utilizzati, trattamenti pre e post operatori ecc.
All'iniziativa SOI, in collaborazione con Théa, possono aderire tutti i medici oculisti oftalmologi. Basta solo compilare on line il questionario anonimo, collegandosi al sito **www.soiweb.com** sul box della Survey in home page.

Solo 10 minuti del tuo tempo per contribuire alla ricerca

I questionari compilati verranno raccolti, elaborati e presentati in occasione del prossimo Congresso Nazionale SOI e resi disponibili sul nostro sito.

91° CONGRESSO NAZIONALE SOI: ANTEPRIME SUL PROGRAMMA

Per la prossima edizione del Congresso Nazionale, la Società Oftalmologica italiana ha già approntato un ricco programma istituzionale. La manifestazione si aprirà e chiuderà con due Sessioni specialistiche giornaliere, l'una dedicata alla **Retina** e l'altra alla discussione di **Casi clinici** su: Motilità oculare, Cornea, Glaucoma e Infezioni.

Secondo una tradizione che ormai si tramanda da più di 90 anni, la sessione della Relazione Ufficiale SOI dedicata alla presentazione del Rapporto 2011 intitolato **"La Via Ottica dalle Origini alla Contemporaneità"**. E ancora lo sguardo all'innovazione e ai traguardi nel campo con il 7° Simposio **"Nuovi orizzonti in Oftalmologia"**.
Poi ancora cinque **sessioni SOI** che spaziano nelle tematiche dell'oculistica e costruiscono l'Agenda futura del medico specialista:

- Bioingegneria applicata all'Oftalmologia
- Idoneità visiva per patenti, porto d'armi, concorsi. Ruolo dell'oftalmologo
- Aspetti di Tutela giudiziale ed assicurativa nella responsabilità professionale
- Cross-Linking: Oggi e il futuro prossimo venturo
- Traumi oculati iatrogeni del segmento anteriore (in collaborazione con SIETO)

Si conclude questa anteprima con l'elenco dei **Corsi Istituzionali** in programma del congresso d'autunno:

- *Semeiotica oculare (corso base)*
- *Retina*
- *Il glaucoma ad angolo chiuso*
- *Vie lacrimali*
- *La chirurgia laser di superficie*
- *Cornea*
- *Oncologia oculare (corso base)*
- *Lenti progressive*
- *Contattologia Medica*
- *Oftalmologia Pediatrica*

WWW.SOIWEB.COM/CONGRESSI

Sono trascorsi tre mesi da quando abbiamo creato la nuova area congressi, interamente dedicata alle manifestazioni congressuali SOI. I risultati ci rinfrancano della scelta effettuata: 5000 visitatori per un totale di **83.535 pagine esaminate.**
Dal prossimo Congresso Nazionale sarà possibile consultare il programma preliminare unicamente on line e aggiornarsi in tempo reale su news, iniziative e servizi proposti.

CONVEGNI MEDICI: MOZIONE DELL'ANTITRUST

Lo scorso 25 maggio, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha definito il divieto di organizzare congressi medici in hotel a 5 stelle, così come prescritto dai codici etici di Farmindustria ed Assobiomedica, un'azione contraria alle leggi del libero mercato. Si tratta di un provvedimento decisivo per lo sviluppo e l'innovazione dell'aggiornamento professionale medico.

"Ci conforta l'intervento dell'Antitrust che certifica ufficialmente la correttezza della posizione e delle azioni attuate da SOI. Questo risultato ci ripaga degli sforzi e delle risorse impiegate negli ultimi due anni per contrastare un'azione a nostro parere del tutto arbitraria. E i risultati ci hanno dato ragione. L'impegno oneroso, nonostante la solidarietà ed il sostegno espressi verbalmente da molti, ha obbligato SOI ad attivarsi in virtuosa solitudine per il raggiungimento di un successo oggi apprezzato da tutti", dichiara il presidente SOI Matteo Piovella.

"Il monito dell'Autorità Garante di fatto sancisce i valori di dignità del medico italiano, al di là di tutte le strumentalizzazioni che hanno gravato e inficiato sulla rispettabilità professionale della categoria. Questo positivo risultato ancora una volta è stato possibile grazie alla rappresentatività della SOI basata sulla partecipazione attiva di tutti i Soci, che ha reso gli eventi congressuali della Società Oftalmologica Italiana patrimonio indispensabile dell'aggiornamento di ogni medico oculista", conclude il Segretario Tesoriere della Società Teresio Avitabile.

ABOLITO IL LIMITE DEI 2/10, DICHIARA IL DIRETTORE AIFA

Si è tenuto lo scorso 14 luglio l'incontro tra Guido Rasi, direttore generale dell'AIFA e Matteo Piovella presidente SOI, nel corso del quale è stata confermata ufficialmente l'abolizione del vincolo dei 2/10 per l'accesso alle terapie intravitreali rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale. Un risultato che giunge dopo due anni di lunghe trattative e numerose iniziative tra le quali va rilevata l'azione di sensibilizzazione svolta anche in collaborazione con la onlus Per Vedere Fatti Vedere, attraverso la campagna avviata a febbraio "Io ho meno di due decimi… cura anche me!"

"Un traguardo soddisfacente raggiunto dopo anni d'impegno continuativo al fianco di quanti, pazienti maculopatici, devono poter accedere senza discriminazioni di sorta e gratuitamente alle cure coperte dal SSN. E questo perché il diritto alla salute non può non essere garantito da una società civile volta alla tutela del benessere collettivo" dichiara Matteo Piovella. La determinazione sarà pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale a breve.

D'ora in poi 300.000 persone colpite da maculopatia con un visus al di sotto dei due decimi possono essere curate gratuitamente attraverso il SSN.

Cosa succede in Europa

L'Assemblea Generale 2011 della Sezione di Oftalmologia UEMS a Ljubljana

Costantino Bianchi
Presidente della Sezione di Oftalmologia UEMS

Un vecchio adagio dice che "Né di Venere né di Marte, non si sposa non si parte, né si dà principio all'arte". Se poi aggiungiamo che il numero 17 per i cultori della cabala è sinonimo di disgrazie a non finire, si può facilmente capire che mettersi in viaggio per Ljubljana il venerdì 17 era una vera sfida al destino; infatti, non pochi Delegati hanno pagato il loro ardimento con ritardi epocali e coincidenze aeree saltate. Qualcuno ritiene che non c'entri la sfortuna, ma solo la fenomenale inefficienza della Lufthansa (mamma mia, che disastro! Alitalia al confronto è un orologio svizzero) e dell'aeroporto di Francoforte, ma non è questa la sede per appurarlo. Diciamo che, dopo alterne traversie, praticamente tutti quelli che avevano assicurato la loro presenza erano presenti in sala la mattina di sabato, quando l'Assemblea Generale della UEMS 2011 ha avuto inizio.

Come da tradizione, il pomeriggio precedente l'Assemblea è stato dedicato alla socializzazione e a rinsaldare i legami di conoscenza e amicizia tra i Delegati; quest'anno il programma prevedeva un tour guidato della città di Ljubljana, che vanta notevoli tradizioni storiche ed artistiche. Più interessante ed importante per tutti gli oftalmologi, e quindi anche per gli italiani, è stata invece la Welcome Reception alla National Gallery di Ljubljana, in quanto quest'anno la Sezione ha avuto l'onore di ospitare il Presidente della UEMS, Zlatko Fras, che risiede appunto in questa città. L'interesse e l'importanza di questa presenza sta nel fatto che Fras non si fa pregare ad esternare la sua linea politica, aggiornandola. Puntualmente, infatti, dopo essere stato presentato dal Delegato sloveno, Marko Hawlina, che qui aveva il ruolo di padrone di casa, Fras ha parlato per una ventina di minuti, tratteggiando un ampio affresco di quello che la Medicina in generale, e l'Oftalmologia in particolare, possono attendersi dalla Comunità Europea.

Il discorso è stato molto articolato e a volte non facile da interpretare anche per chi ha una certa dimestichezza con gli intricati rapporti che muovono le strutture regolatorie a Bruxelles. Tuttavia, abbiamo avuto la conferma che uno degli "hot points" del futuro prossimo a venire sarà la carenza di specialisti, avente come contorno la forte spinta a utilizzare personale sanitario non medico per supplire a detta carenza. Fras ha confermato la decisa opposizione della UEMS a questa impostazione politica, e non solo. L'intenzione della UEMS è infatti quella di andare controcorrente rispetto alla Commissione Europea (che vede di buon occhio un appiattimento al basso, più o meno un "todos Caballeros"), e di aumentare ulteriormente il livello di preparazione degli specialisti ed il controllo su di essa da parte della UEMS, sia in via diretta, sia indirettamen-

te, utilizzando le Sezioni ed i Board. A peggiorare le cose, secondo Fras, sta emergendo in Europa una diffusa carenza di fondi per la sanità, e anche questo possiamo vantarci di averlo previsto da qualche anno. Fras ha concluso comunicando che era ormai cosa quasi fatta l'acquisizione di un grande edificio in centro a Bruxelles (per inciso, il contratto è stato legalmente firmato il 28 giugno) da adibire a sede della UEMS e che dovrebbe idealmente diventare nei prossimi anni la Domus Medica Europea, aperta come centro di incontro a tutte le specialità e associazioni mediche europeee.
Come Sezione, abbiamo avuto la soddisfazione di sentir dire da Fras che praticamente tutte le proposte da noi fatte saranno portate in sede comunitaria come una richiesta della UEMS allargata a tutte le specialità mediche: quattro anni come minimo di scuola di specialità, con ulteriore innalzamento fino a sei per quelle più complesse, o squisitamente chirurgiche, o che richiedono un perfezionamento post- diploma; necessità di un documento (lo si chiami come si vuole: patente europea, libretto personale, carta identificativa, certificato, o quanto altro) rilasciato dal Paese di provenienza e che attesti il livello di istruzione e preparazione dello specialista che vuole praticare nei Paesi europei; necessità di un sistema di omogeneizzazione e controllo periodico del livello di aggiornamento ottenuto dalla specialista, per esempio mediante il superamento di un esame europeo.
Fras ha apertamente lodato l'efficienza e il supporto di collaborazione che la Sezione di Oftalmologia offre alla UEMS, indicandola come un esempio per tutte le altre. Bontà sua, ha avuto anche parole di apprezzamento per l'attività presidenziale del sottoscritto, nonostante sia ancora agli inizi del mandato.
Nella mia risposta, ho assicurato a Fras che l'Oftalmologia avrebbe continuato a fornire un leale supporto alla attività della UEMS, e lo ho anche avvertito di non aspettarsi da noi soltanto applausi e approvazioni, ma anche osservazioni critiche e, perché no, vibrate proteste qualora le cose non vadano per il verso che come specialisti in oftalmologia noi riteniamo utile.
A microfoni spenti, mi sono intrattenuto a lungo con lui perché abbiamo alle porte una importante scadenza comunitaria, e cioè la più che probabile modifica della Direttiva riguardante la libera circolazione in Europa degli appartenenti ad oltre 4000 professioni, con il dichiarato scopo di rendere molto più agevole la circolazione in Europa dei singoli professionisti. Fras mi ha assicurato un corridoio preferenziale in seno alla UEMS per portare avanti le istanze della nostra specialità, e questo indubbiamente è un elemento estremamente positivo per noi. L'unico problema è che Fras resterà in sella sino a ottobre, poi sarà eletto un nuovo Presidente, e nessuno azzarda ipotesi su chi sarà e su cosa farà. Tuttavia, la partita della ridefinizione dei profili professionali per favorire la circolazione all'interno della UEMS dovrebbe chiudersi entro fine settembre, e quindi entro quella data ci giocheremo al meglio le carte che avremo a disposizione.
Dopo questo antefatto, che peraltro si è dimostrato importante almeno quanto l'Assemblea vera a propria, sabato mattina sono cominciati i lavori assembleari. Gestire una cinquantina di Delegati provenienti da ogni angolo dell'Europa, alcuni con il coltello in bocca per portare avanti rivendicazioni nazionali che agli altri non interessano o persino danno fastidio, non è propriamente un esercizio di tutto riposo. L'atmosfera poi talora diventa rovente, specie quando la Delegazione austriaca scopre che la sua Società nazionale non ha pagato la quota di appartenenza alla Sezione e quindi gli viene tolto il diritto di parola e di voto. Incidenti procedurali a parte, i lavori – fortunatamente per mesono poi andati via lisci.

Tralasciando discussioni e decisioni poco rilevanti per la nostra Oftalmologia nazionale, mi soffermerò su tre punti dei lavori assembleari che invece possono avere importanza a casa nostra in futuro. Anzitutto, la Sezione ha compiuto un notevole sforzo, sia organizzativo che finanziario, e ha rinnovato totalmente il suo sito web. Il sito è accessibile a tutti all'indirizzo http://www.uems-ophtalmologie.org/index.php ed è estremamente articolato. Ha una parte aperta a tutti ed una parte riservata ai Delegati nazionali, cui si accede mediante password. Al momento siamo praticamente ancora agli inizi, ma stiamo rapidamente caricando una notevole mole di documenti, soprattutto provenienti dalla UEMS e dalla Commissione Europea. È nostra ambizione fare sì che chiunque sia alla ricerca di un documento, che abbia rilevanza per la gestione comunitaria della Oftalmologia, possa trovarlo qui. L'Assemblea ha praticamente approvato tutto il lavoro sinora fatto, proponendo solo qualche marginale modifica.

Secondo punto che ci interessa, la messa a punto di linee guida. Questo compito ci è stato "imposto" dalla UEMS, che ne richiede almeno tre per ogni Sezione monospecialistica, e noi abbiamo scelto già due anni fa di rilasciare linee guida per la retinopatia diabetica, il glaucoma e l'endoftalmite. Devo sottolineare che questa è una "incompiuta" abbastanza scomoda, che eredito dalla mia predecessora nella carica di Presidente, e che ho deciso di arrivare ad un dunque quanto prima, visto che si naviga ancora in alto mare.

Le linee guida per la retinopatia diabetica sono relativamente a buon punto, grazie anche ad un poderoso contributo fornito dal nostro Francesco Bandello, per cui si può prevedere che entro circa un anno dovrebbero essere rilasciate.

Le linee guida sul glaucoma hanno avuto una vita travagliata, con ripetute rinunce degli incaricati, e da qualche mese sono state affidate alle aggraziate, ma ferree, mani della collega svizzera Megevand. Questa sta reclutando lo staff e quindi mi è parso utile chiedere l'inserimento di Marco Nardi tra gli estensori, ovviamente con particolare riferimento alla chirurgia del glaucoma. Anche se lui non ne voleva sapere.
Infine, per quanto riguarda le endoftalmiti, il responsabile Flohr ha deciso di limitarle alla prevenzione, in quanto lo staff di esperti da lui costituito ha constatato che occuparsi anche del trattamento avrebbe comportato uno sforamento intollerabile rispetto al limite di pagine che è stato fissato per queste linee guida, non oltre le 25-30.
Terzo punto di interesse, una survey condotta dal nostro Segretario Aflalo su come viene gestita la rifrazione in Europa. Aflalo ne ha dato un'ampia anticipazione, ma durante la successiva discussione è emerso (per l'ennesima volta) che i dati di questo o quell'altro Paese non corrispondono e quindi molte tabelle devono essere riviste. Il bello è che questi dati sono stati forniti dagli stessi delegati che poi li contestano, quanto meno dal loro "compagno di banco", ma cercare di capire questa schizofrenia è impresa inutile. Attendiamo quindi con fiducia che, prima o poi, tutti siano d'accordo sui risultati e sarà mia premura portarli a conoscenza degli oculisti italiani non appena possibile, visto l'interesse che la materia ha per tutti.
Già sulla base del materiale raccolto, tuttavia, è molto semplice prevedere che trovare una legislazione comune europea, che possa soddisfacentemente integrare realtà nazionali che più diverse tra loro non potrebbero essere, sarà un'impresa epica, per non dire disperata. Tanto per dare un'idea di cosa ci può aspettare, in un paio di Stati europei gli oculisti sono autorizzati alla vendita di occhiali e lenti a contatto. A questo risultato si è arrivati, quanto meno in Austria, perché gli oculisti lì hanno anche il titolo di optometrista, e da qui a chiedere ed ottenere la licenza di commercio il passo è stato breve.
Chi di spada ferisce, di spada perisce. Non si può invocare la più forsennata deregulation solo quando questo ti autorizza a fare quello che non hai alcun titolo a fare, perché come logica conseguenza poi ti devi aspettare che anche agli altri sia concesso di fare quello che non dovrebbero fare.
L'Assemblea dei Delegati europei si tiene una volta all'anno, e sinora era praticamente l'unico momento di aggregazione della Sezione. Nella presentazione del mio programma presidenziale per i prossimi quattro anni ho ampiamente chiarito che con questi ritmi non si va da nessuna parte e che quindi ogni singolo Delegato si aspetti di essere "arruolato" nei prossimi mesi in qualche comitato, che man mano andremo a costituire, e che sarà gestito da un Vicepresidente. Poiché le società scientifiche nazionali pagano una quota di appartenenza alla Sezione, è ora che questa produca dei risultati utili e spendibili in ogni singolo Stato. Ottimi propositi, ma dopo averli esternati non so quanti Delegati continueranno a volermi bene, la tentazione di partecipare alla Assemblea con lo stesso spirito con cui si va in gita scolastica permane abbastanza diffusa. Per ora.

SOI AWARDS

SOI AWARDS 2011

Mercoledì 23 novembre - Sala Auditorium

Progetto di Ricerca Scientifica SOI

Renato Frezzotti SOI Medal Lecture

Dott. Paolo Vinciguerra

Il gradiente di curvatura corneale

Mario Zingirian SOI Medal Lecture

Prof. Carlo Enrico Traverso

Le Cheratoprotesi

SOI/SOE Lecture

Dott. Michele Reibaldi

Trattamento della corioretinopatia sierosa centrale: stato dell'arte

Giovedì 24 novembre - Sala Auditorium

Medaglia d'Oro "Maestri dell'Oftalmologia Italiana" SOI

Dott. Giuseppe Perone

Dott. Giovanni Pirazzoli

Prof. Carlo Sborgia

Innovazione e Ricerca SOI

E. Janach S.r.l.

Venerdì 25 novembre - Sala Auditorium

Cesare e Maurizio Quintieri - Videoconcorso SOI

Miglior Poster SOI

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani

CMO CONGRESSI MEDICI OCULISTI

91° CONGRESSO NAZIONALE SOI

Milano, 23-26 novembre 2011

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Da inviare compilata in ogni sua parte
allo Studio Schiavo
Tel./Fax 0775 210511 - E-mail: renata.schiavo@tin.it - www.studioschiavo.com
entro e non oltre il 10 Ottobre 2011

Dr./Prof. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ e-mail _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

HOTEL PRESCELTO (elenco hotel disponibile sul retro) _____

Data arrivo _____ data partenza _____ n. notti _____

N. camere _____ doppia uso singolo ☐ € _____ doppia (2 letti) ☐ € _____ matrimoniale ☐ € _____

Cognome e nome accompagnatore _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Carta di credito: VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ n. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Scad. ☐☐☐☐ *Titolare della carta* _____

- Si autorizza lo **Studio Schiavo** ad addebitare l'importo pari ad **€ 15,00** + IVA 20% (€ 18,00) a titolo di diritto di agenzia per ogni camera prenotata

Firma per autorizzazione _____

- Si autorizza l'hotel a prelevare l'importo pari alla prima notte quale garanzia per la prenotazione, quale penale per cancellazione pervenuta in ritardo o per mancato arrivo.

Firma per autorizzazione _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

C.F. _____ P. IVA _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto della Legge n. 675 del 31/12/1996

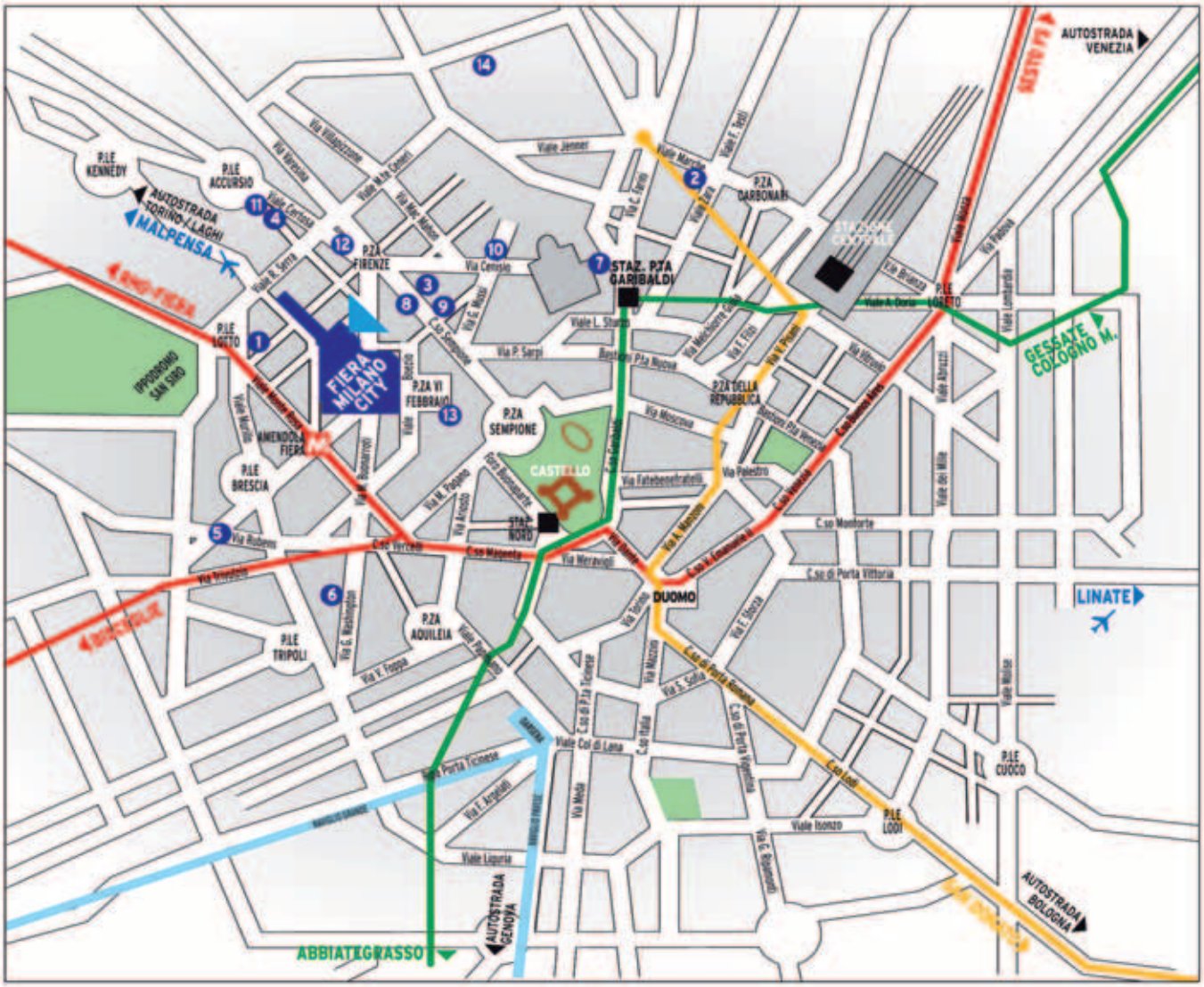
Data _____ Firma _____

INFORMAZIONI GENERALI

- La presente scheda non è valida per prenotazioni effettuate da Ditte e/o Enti. Per le stesse verrà stipulata un'offerta sulla base della richiesta pervenuta allo **Studio Schiavo**.
- Non saranno accettate schede di prenotazione che non siano state compilate correttamente in ogni parte.
- Le prenotazioni saranno accettate fino al **10 Ottobre 2011**. Eventuali richieste giunte successivamente saranno soddisfatte nei limiti della disponibilità residua.
- La conferma della prenotazione sarà inviata a mezzo fax o e-mail.
- Il saldo del pernottamento avverrà direttamente in hotel, il quale, se richiesto, emetterà la relativa fattura.
- Eventuali cancellazioni e/o variazioni saranno accettate solo se inviate per iscritto allo Studio Schiavo.

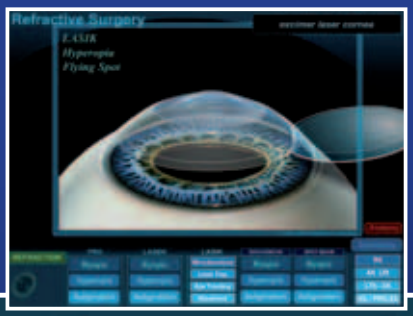
Hotel

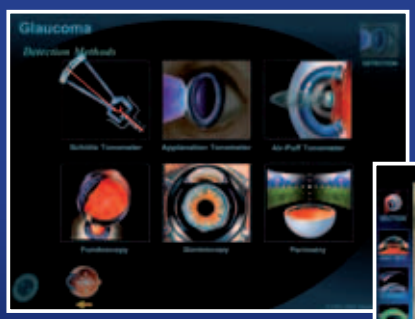
	n. mappa	zona	hotel	indirizzo	doppia uso singolo	doppia
CATEGORIA ★★★★★	1	Fiera	MELIA'	Via Masaccio, 19	170	180
CATEGORIA ★★★★	2	Fiera	AC HOTEL MILANO	Via E. Tazzoli, 2	150	160
	3	Fiera	ADMIRAL	Via Domodossola, 16	150	160
	4	Fiera	ANTHARES HOTEL ACCADEMIA	Viale Certosa, 68	150	160
	5	Fiera	ANTHARES HOTEL RUBENS	Via P. Paolo Rubens, 21	150	160
	6	Fiera	MILAN MARRIOTT	Viale Washington, 66	150	160
	7	Fiera	MOZART	Piazza Gerusalemme, 6	150	160
	8	Fiera	NASCO	Corso Sempione, 69	150	160
	9	Fiera	POLIZIANO FIERA MILANO	Via Poliziano, 11	150	160
	10	Fiera	UNA HOTEL SCANDINAVIA	Via Fauchè, 12	150	150
CATEGORIA ★★★	11	Fiera	ACCURSIO	Viale Certosa, 88	100	110
	12	Fiera	CERTOSA	Viale Certosa, 26	100	110
	13	Fiera	LANCASTER	Via A. Sangiorgio, 6	100	110
	14	Fiera/Centro	VALGANNA	Via Varè, 32	100	110



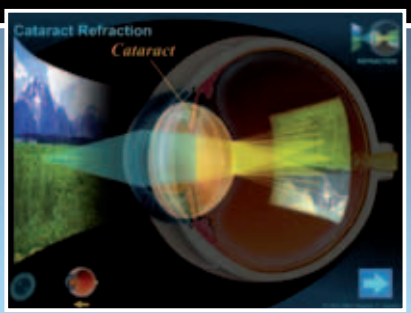
Ocu Touch

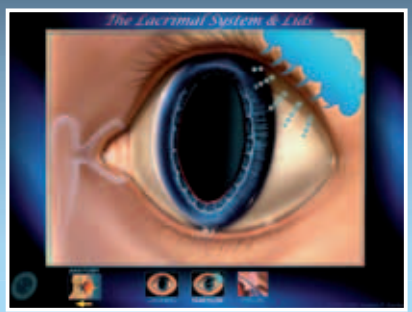
L'informazione continua per il paziente

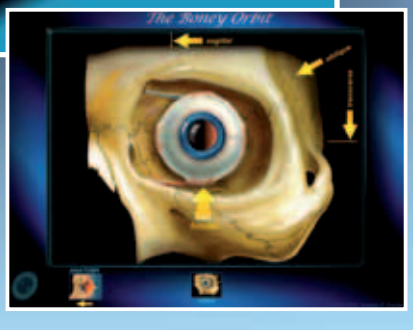




Da oggi è possibile richiedere una dimostrazione gratuita direttamente presso il tuo studio.
Per richiedere la visita di un operatore invia una mail a info@fabianogroup.com o chiama il numero verde 800035120.
(*Servizio disponibile solo per il Nord Italia)







È un prodotto SBM Systems

FABIANO Group
Fabiano Group S.r.l. – Reg. San Giovanni 40 – 14053 CANELLI (AT)
Tel. 0141 827802 – Fax 0141 827830 – editore@fabianogroup.com – www.fabianogroup.com

Aggiornamento in CONTATTOLOGIA

TERZA E ULTIMA PARTE

Emanuela Bonci

Soluzioni uniche conservanti / disinfettanti

Le soluzioni per le lenti a contatto non hanno come unico componente il conservante, bensì contengono una serie di composti il cui scopo è quello di mantenere costanti nel tempo le caratteristiche per cui vengono utilizzate. Le parti fondamentali di una formulazione sono i sistemi di conservazione, di disinfezione e di lubrificazione. Le diverse formulazioni chimiche possono influire sulle caratteristiche chimico-fisiche della soluzione stessa, come ad esempio il pH, che è influenzato dagli agenti tampone (ac. borico, sodio fosfato, taurina ecc). Le soluzioni con pH inferiore di 6.6 e superiore 7.8 possono ridurre il comfort e provocare bruciore oculare.

Per il loro impiego le soluzioni per lenti a contatto sono disponibili in confezioni multiuso e per tale motivo è necessario l'uso di una idonea soluzione disinfettante e conservante contenente un agente battericida, per evitare la crescita di qualsiasi organismo che può accidentalmente entrare nel contenitore prima del successivo utilizzo.

La maggior parte dei conservanti si legano con il materiale delle lenti a contatto e se presenti in grandi concentrazioni possono causare danni all'epitelio corneale, per cui il numero di alcune sostanze conservanti disponibili è notevolmente limitato (Benzalconio cloruro, Thimerosal Clorexidina ecc.)[37]. Altri composti vengono utilizzati in sinergia con i conservanti e sono gli agenti chelanti, come EDTA, il Citrato e l'Idranato che aumentano le caratteristiche antibatteriche dei conservanti e favoriscono la rimozione proteica. Ad esempio l'EDTA facendo mancare ai microrganismi gli ioni necessari al loro metabolismo aumenta l'effetto antibatterico e le sue molecole, per le loro cariche positive, facilitano la rimozione del calcio e delle proteine dalla superficie delle lenti potenziando l'azione detergente.

I primi disinfettanti utilizzati per la pulizia delle lenti a contatto furono i perossidi.

Essi sono rapidamente efficaci contro i batteri e i funghi. L'attività battericida del perossido di idrogeno al 3% si esplica mediante la liberazione del radicale ossidrilico che attacca e distrugge la parete cellulare del germe.

I residui di perossido sono irritanti per la superficie oculare e pertanto tali sistemi necessitano di essere neutralizzati. La neutralizzazione può avvenire grazie ad una soluzione tampone contenete tiosolfato di sodio, solfato di sodio, piruvato di sodio o catalasi; oppure può essere combinata nella soluzione al perossido (sistema monofase) a mezzo di compresse di catalasi a lento rilascio o dischi di platino.

I più recenti perossidi diffusi sul mercato sono monofase e, alcuni prodotti, possono associare o un tensiottavito per ottimizzare la pulizia o aggiungere alle compresse di catalasi delle sostanze come il HPMC (Idrossiprpilmetilcellulosa), per migliorare il comfort. I perossidi si usano soprattutto per le lenti a contatto morbide e non contengono conservanti *(Foto 30).*

I biguanidi sono dei disinfettanti e conservanti che vengono utilizzati anche per la disinfezione della pelle, hanno una buona azione antibatterica, ma, come tali, si legano alle lenti a contatto morbide e producono effetti tossici (ricordiamo la clorexidina molto usata nel passato ma ormai quasi abbandonata). Oggi hanno preso il sopravvento nuovi disinfettanti, polyaminopropyl biguanide (Dymed),

Foto 30.

polyhexamethylene biguanide (PHMB), nati dall'evoluzione di questi primi, sono ad alto peso molecolare e quindi non assorbibili dai polimeri, hanno una ridotta tossicità, sono efficaci a basse concentrazioni, e specifici per la membrana plasmatica dei batteri e garantiscono una rapida e sicura disinfezione delle lenti senza creare reazioni allergiche.

I composti di ammonio quaternario trovano anch'essi particolare applicazione nell'igiene personale, possiedono un'azione antibatterica soprattutto sui gram positivi e qualche attività antivirale. Il più noto in questa classe è il benzalconio di cloruro, sconsigliato tuttavia nell'uso delle lenti morbide poiché contrae legami con le cariche negative del polimero con relativi problemi di accumulo sulla superficie della lente e di conseguenza possibile tossicità corneale (staining corneale). Tra questo gruppo, ricordiamo il più recente poliquaternium –1 e 2 (PQ-1 e PQ-2) sostanza a peso molecolare elevato che proprio per queste caratteristiche non si accumula sulle lenti e non viene rilasciato successivamente ai tessuti oculari.

Inoltre non dimentichiamo che per avere una efficace e sicura pulizia non solo si devono utilizzare le soluzioni conservanti ma anche l'igiene del portalenti va salvaguardata. In realtà la contaminazione dei contenitori si verifica continuamente in numerosi modi, inclusa la manipolazione delle lenti, il risciacquo con acqua di rubinetto e la contaminazione delle soluzioni[38]. Dal momento che i portalenti sono spesso umidi, creano l'ambiente dove batteri planctonici mobili possono legarsi alle superfici, utilizzando le strutture cellulare mutando in forme sessili. In questo stato possono dar vita ad una matrice nutriente a base di molecole microbiche, sia endogene che esogene. Nella matrice possono essere contenuti batteri, funghi, virus, protozoi e la massa di questi organismi costituisce il 20% del volume del biofilm. Il biofilm svolge una vera e propria azione di barriera per i microrganismi che lo popolano, tanto da renderli resistenti alle sostanze biocide. Per tale motivo alcune aziende che producono liquidi per la manutenzione hanno sviluppato contenitori per le lenti a contatto che

contengono argento ionico. È noto già da molto tempo l'azione antimicrobica dell'argento, questo attacca molteplici siti all'interno delle cellule dei batteri per inattivare funzioni come, la sintesi della parete cellulare,il sistema di trasporto di membrana, la sintesi e la traduzione dell'acido nucleico, l'assemblamento e la funzione delle proteine e il trasporto degli elettroni[39-40]. L'attività antimicrobica del contenitore trattato con argento esplica la sua azione mediante il rilascio di ioni argento in presenza di umidità. Pertanto per avere un valore aggiunto alla disinfezione, già eseguita con il liquido di conservazione, il contenitore non deve essere mai completamente asciutto.
Le aziende che inseriscono nella confezione questo tipo di portalenti sono Ciba Vision, Sauflon, Schalcon.
Numerose sono le soluzioni in commercio composte o da sostanze a base di biguanidi o da ammoni quaternari e derivati. Ultimamente, per garantire maggior azione disinfettante e maggior comfort sono nate delle soluzioni uniche che uniscono i più componenti con l'aggiunta di umettanti.
Alcon produce con il nome di OPTI-FREE EXPRESS una soluzione unica che contiene poliquaternium -1 (PQ-1) associato a Citrato, Tetronic 1304 e AMP – 95. Questa combinazione di sostanze permette oltre alla disinfezione, la prevenzione della formazione di depositi sulla lente. Infatti il citrato attrae tutte le proteine e le elimina, il Tetronic rimuove i lipidi e i resti organici e l'AMP-95 respinge le proteine e copre la lente per prevenire l'accumulo degli stesi depositi *(Foto 31).*
AMO fornisce una soluzione a base di polyhexamethylene biguanide (PHMB) con il nome ci COMPLETE con l'aggiunta di HPMC (Idrossiprpilmetilcellulosa) e Poloxamer 237 per garantire un comfort più prolungato mantenendo più a lungo l'dratazione e la pulizia della lente *(Foto 32).*
Bausch+Lomb offre al mercato una soluzione unica, ReNu Multiplus che è composta da DYMED® (polyaminopropylbiguanide) 0.0001%. e HYDRANATE (hydroxyalkylphosphonate). Questo ultimo composto rimuove le proteine, e cattura le molecole di muco e le elimina dalla superficie della lente. Inoltre contiene Poloxamina, un tensioattivo che avvolge i lipidi in modo che essi possono essere lavati via, EDTA e Sodio Borato che mantiene il pH tra 6.5 e 7.8 *(Foto 33).*
È disponibile anche ReNu MPS, con una formulazione simile a MultiPlus, ma priva di Hydranate ed indicata per occhi più sensibili.
Recentemente i responsabili dello sviluppo dei prodotti per la manutenzione Bausch+Lomb hanno utilizzato un approccio bio-ispirato (studiare le migliori idee della natura ed applicarle alle biotecnologie) per ideare la nuova soluzione per le lenti a contatto BIOTRUE™. Questo nuovo prodotto oltre ad avere la combinazione di due disinfettanti (poliaminopropilbiguanide e polyquaternium) che permette di penetrare, rompere e distruggere le cellule microbiche, agisce insieme ad elementi innovativi bio-ispirati per avere un pH tra 7.4-7.6, simile a quello delle

Foto 31.

Foto 32.

Foto 33.

Foto 34.

lacrime, (range delle lacrime naturali tra 7.3 e 7.7)[41] in modo da preservare le naturali condizioni dell'occhio. Inoltre contiene lo ialuronano che mantiene idratate le lenti a contatto. La ritenzione dell'acido ialuronico è dovuta alla sua capacità chimica di richiamare le molecole d'acqua e di essere attratto dalla superficie hydrogel, avvolgendo così le lenti[42]. Altra interessante innovazione è stata quella di mantenere attiva la capacità antimicrobica di alcune proteine naturali dell'occhio impedendone la denaturazione. Infatti alcuni ingredienti sono stati selezionati per interagire con una proteina, il lisozima, proteina che serve a proteggere l'occhio dai microrganismi, al fine di ridurre la sua denaturazione e conseguente deposizione sulla lente. Dai risultati di un recente studio in vitro si è evidenziato che questa nuova soluzione mantiene il lisozima lacrimale nel suo stato naturale[43]. Pertanto possiamo supporre che questa soluzione unica, con duplice sistema disinfettante, pH bilanciato e soprattutto la gestione delle proteine sia una innovazione nel settore della manutenzione *(Foto 34).*

Ciba Vision produce Solo Care Aqua una formulazione contenente Polyhexanide (PHBM), come agente disinfettante, Poloxamer 407, Pro-vitamina B5, e Sorbitolo. L'azione combinata di questi due ultimi composti genera l'effetto HYDROLOCK che permette di mantenere costante il livello di idratazione delle lenti, umetta e trattiene l' idratazione della lente grazie ai suoi agenti idratanti: la pro–vitamina B5 che crea un effetto barriera che aiuta a ritardare la disidratazione della lente e il sorbitolo, che è un umettante, assorbe e favorisce la ritenzione della fase acquosa *(Foto 35).*

Sauflon leader nella produzione di soluzioni per lenti a contatto presenta una numerosa gamma di liquidi per la manutenzione che si differenziano tra loro. Il più recente prodotto si chiama Synergi ed è composto da una combinazione di agenti detergenti, disinfettanti ed umettanti. Tale combinazione va sotto il nome di Oxipol. L'agente detergente svolge la sua azione sui depositi lipidici e durante la pulizia manuale assicura la rimozione delle proteine. L'agente disinfettante Oxocholirite stabile, si scinde in ossigeno,

Foto 35.

sale ed acqua durante la disinfezione e l'ossigeno prodotto contribuisce la benessere oculare.
L'HPMC (Idrossiprpilmetilcellulosa) assicura il giusto grado di bagnabilità e comfort agendo sulla superficie della lente.
Inoltre presenta altre tre formulazioni differenti che vanno sotto il nome di:

- All In One Light che possiede come principio attivo il Polyhexanide 0.0001% (famiglia dei Biguanidi) ed un agente umettante;
- Comfort Vue che contiene Polyhexanide 0.00008% e Sterisoft che migliora la pulizia riducendo l'accumulo di proteine, lipidi e calcio;
- CyClean una soluzione no rub no rinse. Oltre all'azione disinfettante del Polyhexanide 0.0001% associa altri principi attivi che ne esaltano l'efficacia (Biopol), la caratteristica di questo prodotto è che le lenti non devono essere né strofinate né risciacquate grazie al particolare portalenti fornito nella confezione che amplia l'azione detergente. Il particolare di questo contenitore è che la rotazione del tappo genera un vortice che pulisce tutta la superficie della lente *(Foto 36).*

Schalcon azienda italiana che dal 1977 opera nel settore della contattologia non produce solo lenti a contatto ma possiede anche una vasta gamma di soluzioni per la pulizia.
Realeasy Yal comfort è una soluzione unica che unisce l'azione del disinfettante con quello umettante dell'acido ialuronico. Infatti acido ialuronico purificato contenuto all'interno della soluzione avvolge la superficie della lente riducendo la disidratazione della lente e rendendo l'inserimento della lente più confortevole.
Universale Plus Multiaction è una soluzione polivalente per conservare, disinfettare, pulire, lubrificare e rimuovere i depositi. È composta da Metyloxirane, in sinergia con il poliquaternium –2 e polyhexamethylene biguanide (PHMB) e la combinazione di questi elementi pare che acceleri l'azione disinfettante.
Universale è realizzata con il poliquaternium -2 e polyhexamethylene biguanide (PHMB).

Foto 36.

Si è osservato che l'azione combinata di questi due disinfettanti potenzi l'effetto disinfettante a causa della loro sinergia. Per tale motivo sono utilizzate basse concentrazioni. Interessante sapere che questa soluzione è disponibile anche nel formato monodose *(Foto 37).*

Vita Research possiede una soluzione innovativa che si scosta dai più comuni disinfettanti utilizzati. Infatti Regard, nome del prodotto commercializzato è un liquido per la manutenzione a rilascio di ossigeno che consente la disinfezione e la conservazione delle lenti morbide e gas-permeabili.

Il principio attivo è l'OxyChlorite stabile,una molecola autostabilizzante in soluzione, che si riconverte dopo l'azione disinfettante. Infatti nel portalenti OxyClorite stabile produce biossido di cloro che poi si riconverte in Oxyclorite stabile, ma una volta tolte le lenti dal contenitore la quantità di liquido rimasto sulle lenti è instabile e quando viene a contatto con la superficie oculare si scinde in acqua, Cloruro di sodio (NaCl) ed ossigeno. Inoltre l'aggiunta nella soluzione di HPMC 0.15% (Idrossiprpilmetilcellulosa) e Polaxamer permette una migliore bagnabilità delle lenti *(Foto 38).*

Foto 37.

Le soluzioni lubrificanti-umettanti

I prodotti utilizzati nelle soluzioni lubrificanti/umettanti impiegano agenti che vengono usati nella sindrome da disfunzione lacrimale, questo perché le Lac turbano l'equilibrio del film precorneale alterando l'omeostasi della superficie oculare. Per ciò che riguarda l'indicazione sui sostituti lacrimali da usare nei portatori di LAC, è molto difficile tracciare delle linee guida in quando è necessario fare un'analisi qualitativa e quantitativa del film precorneale e di come questo interagisce con il materiale della lente.

Le soluzioni lubrificanti/umettanti devono svolgere molteplici compiti quali: reidratare una LAC morbida, riequilibrare il film lacrimale e svolgere un'attività lubrificante.

Esse sono caratterizzate per il loro contenuto polimerico, diverso grado di viscosità e differenti caratteristiche reologiche, osmolarità e pH. Visto che la maggior parte dei lubrificanti multidose utilizzano dei conservanti che si legano con il polimero della lente e per cui risultano essere dannosi per la superficie oculare, in quanto vengono rilasciati lentamente con conseguente accentuazione dei fenomeni di tossicità, è consigliato utilizzare, nei portatori di lenti a contatto, sostanze in formulazione monodose, non conservate o confezioni multidose che

Foto 38.

usano conservanti compatibili con le lenti a contatto. Conservanti reputati meno tossici, come il Polyquaternium –1, il clorito di sodio, il perborato di sodio e l'Oxid sono stati studiati per essere utilizzati in formulazioni multidose. Infatti il Polyquaternium –1, già conosciuto nell'uso delle soluzioni uniche, è stato recentemente utilizzato come conservante in alcune soluzioni lubrificanti, ma lo sviluppo è avvenuto maggiormente sui conservanti "a scomparsa" come il clorito di sodio, l'Oxid e il perborato di sodio, che a seguito dell'esposizione ai raggi UV o del contatto con il film lacrimale si scindono in cloruro di sodio (NaCl) e ossigeno o in acqua e ossigeno e sui sistemi per evitare l'uso di conservanti, come quello COMOD e ABAK. Il primo garantisce la sicurezza microbiologica mediante delle molle di argento e l'assenza di contatto della soluzione sterile con l'aria, mentre il secondo presenta un sistema di filtraggio che non permette contaminazioni esterne.

Ultimamente nuovo conservante è stato valutato e studiato per essere utilizzato nei preparati multidose, il N-Idrossimetilglicinato che appartiene alla classe dei liberatori di formaldeide.

Il N-idrossimetilglicinato a contatto con le soluzioni acquose di decompone in sodio glicinato e formaldeide. La formaldeide è un composto tossico per i batteri e la glicina è un aminoacido che non sembra essere nocivo. Presenta una buona azione antibatterica e scarsa attività fungicida, se associato all'EDTA aumenta la sua efficacia e pertanto può essere impiegato a concentrazioni più basse mantenendo invariata la sua capacità di inibire la crescita microbica.

Utilizzato a concentrazioni basse (0,002%) i test tossicologici hanno evidenziato la non citotossicità epiteliale, non azione irritante e sensibilizzante.

Nei portatori di LAC si preferisce spesso utilizzare mucomimetici a media e bassa viscosità e agenti idratanti che devono essere somministrati un gran numero di volte.

Le sostanze utilizzate come lubrificanti possono essere:

- **esteri della cellulosa:** metilcellulosa, idrossietilcellulosa, idrossipropilmetilcellulosa e la carbossilmetilcellulosa. La carbossilmetilcellulosa. è quella maggiormente utilizzata e risulta utile per la tolleranza delle lenti permettendo un prolungamento del tempo di permanenza delle lenti sulla superficie oculare. Inoltre è stata dimostrata anche una sua azione citoprotettiva se utilizzata prima dell'inserimento della lente;
- mucopolisaccaridi: l'Acido Ialuronico, polimero naturale largamente usato oggi in contattologia proprio per le sue qualità idratanti, mucomimetiche e mucoadesive. Le soluzioni che contengono molecole di sodio ialuronato aderiscono e si legano alla mucina del film lacrimale e permettono al polimero di rimanere più a lungo sulla superficie. Inoltre la proprietà mucomimetica trattiene e attrae molecole d'acqua e frena l'evaporazione. Infine stimola i processi di riparazione corneale. In commercio sono presenti prodotti a diverse concentrazioni al 0.015%, al 0.1%, al 0.15%, al 0.18%, al 0.2%, al 0.3%, al 0.4%. Altro mucopolisaccaride utilizzato è Tamarind Seed Xyloglucan (TSP) lo si può trovare solo o associato all'acido ialuronico. La sua struttura ramificata, simile alla MUC1 del glicocalice epiteliale e l'assenza di carica favorisce la formazione di legami con le mucine del glicocalice e dello strato muco-acqua e l'adesione della membrana delle cellule apicali degli epiteli. Possiede proprietà viscoelastiche e mucoadesive simile all'acido ialuronico;
- polimeri sintetici: acido poliacrilico (carbopol), il polivinilalcol (PVA), il polivinilpirrolidonr (povidone), il poliossitilene-polipropilnglicole (Polaxamero). Sono idrosolubili hanno una buona tensione superficiale, proprietà di adsorbimento epiteliale e sono in grado di stabilizzare il film lacrimale abbassando la tensione superficiale. Sono utilizzati a diverse concentrazioni. Il carbopol rispetto agli altri polimeri sintetici presenta una maggiore tempo di permanenza corneo-congiuntivale, il PVA tiene bassa la viscosità ma comunque rimane a lungo adeso all'epitelio, il povidone è un buon mucomimetico e il polaxamero ha buone capacità tensioattive e umettanti;
- mucomimetici sintetici: HpGuar è un poli-

saccaride sintetico che a contatto con le lacrime forma una pellicola che si lega al glicocalice. Le sue proprietà fisiche sono la viscosità e la capacità di lubrificazione; sostiene lo strato mucoso nella sua funzione di bagnabilità;
- agenti idratanti: non presentano principi attivi specifici sono soluzioni di cloruro di sodio allo 0.9% con a volte discioliti sali minerali o amminoacidi e con osmolarità vicina a quella del film lacrimale.

Lenti a contatto per applicazioni speciali

Il mercato oggi si sta spostando su due fronti ben diversi: da un lato,come abbiamo visto nei capitoli precedenti, assistiamo alla diffusione di lenti a ricambio frequente, realizzate per essere più o meno adatte a tutti ed appropriate a risolvere i casi più semplici, dove non è richiesta un particolare impegno applicativo; dall'altra assistiamo all'evoluzione di una contattologia avanzata, dove le lenti corneali sono destinate a risolvere tutti quei casi particolari e complessi, come difetti rifrattivi elevati, cheratocono, afachia, esiti di ferite e di chirurgia corneale.
Per questo settore della contattologia è richiesto un maggior grado di specializzazione da parte dell'operatore, in modo da poter gestire al meglio le potenzialità delle nuove tecnologie, che da sole, però, non possono sostituirsi all'abilità di un applicatore esperto.
Gli obbiettivi fondamentali da raggiungere quando si applica una lente a contatto su cornee particolari sono: la buona visione, il rispetto delle strutture oculari, la stabilità della lente e non ultimo il comfort del paziente.
Oltre trent'anni di pratica della contattologia gas-permeabile, ha condotto ha una evoluzione delle filosofie applicative, dei materiali e soprattutto ultimamente, delle geometrie. I moderni torni a controllo numerico permettono di costruire lenti a contatto con moltissime possibilità geometriche, mentre strumenti di misura sempre più sofisticati consentono di studiare nei dettagli la topografia corneale di ogni singolo individuo e addirittura di simulare una applicazione.
Le nuove proposte geometriche, permettono soluzioni applicative estremamente interessanti all'esperto applicatore. Possiamo scegliere il diametro totale e quello della zona ottica, uno o due raggi di base ortogonali, il numero e il raggio di curvatura delle flangie (per lenti multicurve) o del coefficiente medio di asfericità. In tal modo l'applicatore può scegliere da vari set di prova, le lenti a contatto che meglio si prestano a risolvere il caso. Tramite prove applicative e valutazioni sovrarefrattive, si riesce così a "progettare" la LAC ideale per ciascuna situazione anche nei casi più complessi.
L'adattamento delle lenti a contatto dopo chirurgia corneale o nei casi complessi di cheratocono rappresenta per il contattologo un'importante sfida professionale.
L'adattamento delle lenti a contatto diventa particolarmente complesso in presenza di astigmatismi irregolari che generano nuovi profili corneali: astigmatismi centrali molto elevati (20D), zone della cornea che diventano più strette e in alcuni casi più piatte, scalini, infossamenti, innesti decentrati, astigmatismi periferici. È dunque indispensabile un'elevata competenza professionale e un'ampia conoscenza di tutte le geometrie di lenti a contatto disponibili oggi sul mercato.
Questi sono i requisiti fondamentali per ottimizzare l'applicazione delle lenti a contatto affinché svolgano adeguatamente la propria funzione correttiva.
Quando le lenti a contatto gas permeabili convenzionali, nei casi di cheratocono o post-chirurgia, non soddisfano le nostre esigenze a causa delle significative variazioni morfologiche della cornea, determinando quindi un decentramento,una non adeguata visione, difficoltà nella sopportazione nonchè la perdita frequente della lente stessa e a volte danni alla superficie corneale, bisogna ricorrere a lenti a contatto con nuovi design e nuove tecniche applicative.
Oggi numerose sono le opzioni, esistono sistemi di progettazione e calcolo delle lenti a contatto (lenti a Calco) che si basano sulla stretta interazione tra la topografia corneale e l'applicazione traendo il massimo vantaggio dalle informazioni della topografia per disegnare e ottimizzare la geometria della

lenti rigide gas permeabili rendendole maggiormente corneo conformi. Tutto ciò è reso possibile allo sviluppo dei software dei nuovi topografi che possono fornire informazioni dettagliate e possono creare una lente che permette un completo controllo del disegno della lente e contemporaneamente l'ottimale appoggio o rapporto con la superficie corneale.

Altro sistema è quello di utilizzare delle lenti particolari come le lenti microsclerali.

Queste lenti vengono prodotte da Ascon, vengono commercializzate con il nome di MSK e sono gas-permeabili, tretracurve realizzate nei diametri da 12.30 mm a 17.00 mm (ved. MSK).

A causa della completa copertura della cornea e di una parziale copertura della congiuntiva bulbare è importante controllare scrupolosamente le condizioni della cornea ed il regolare movimento della lente. La superficie posteriore della LAC deve essere scelta in modo da ottenere il miglior allineamento possibile sulla cornea. Nella zona limbare inizia la terza curva periferica della superficie posteriore della lente che funge da appoggio ed ha un'ampiezza di circa 1,50 mm. In questa zona il raggio della lente deve essere più piatto rispetto al raggio del bulbo oculare,di regola fra 11.5 mm e 13.00 mm. Il raggio di bevel viene calcolato in funzione dell'ultimo raggio periferico. Inoltre è bene sottolineare che per ridurre lo stress ipossico il materiale della lente ha caratteristiche di elevata gas permeabilità e il diametro grande associato ad un'adeguata ripartizione della pressione sulla sclera e un posizionamento centrato e stabile, può ridurre notevolmente la senzazione di corpo estraneo.

Altro tipo di lente che può essere utilizzata cheratoconi complessi, ectasie decentrate, o semplicemente per ricercare un allineamento simmetrico lungo il meridiano più curvo sono le lenti della serie TK4 della TS lenti a contatto srl (ved. TK4).

Il disegno Tetra-Konico TK4, si adatta intimamente al profilo della cornea ectasica, favorendo il massimo allineamento e l'assoluto rispetto della problematica in essere. La novità di questa tipologia geometrica ad asfericità evolvente con sviluppo tangenziale, assicura un elevato livello di comfort, misurabile in ambito diagnostico-strumentale attraverso la comparazione dell'esame topografico corneale computerizzato nelle fasi pre e post applicazione.

La serie TK4 possiede una serie di opzioni costruttive che possono soddisfare le necessità cliniche. La gamma delle lenti TK4 possiedono numerose possibilità di scelta geometrica con specifiche indicazioni di impiego.

BIBLIOGRAFIA

37. Cai F., Bachman HA., Baines MG: Thimerosal: an ophthalmic preservative which acts as hapten to elicit specific antibodies and cell mediated immunity. Curr. Eye Res, 1988; 7, 341-351
38. Larkin DFP., Kilvington S., Easty DL.: Contamination of contact lens storage cases by Acanthamoeba and bacteria. Br. J. Ophthalmol. 1990; 74 (3):133-135
39. Rall TYW., Murad F., Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, Seventh Edition. Goodman-Gilman A. Goodman, L.S. Edition
40. Russel AD., Path FR., and Hugo WB.: Antimicrobial activity and action of silver. Prog. Med. Chem. 1994; 31: 351-366
41. Yamada M. et al. Fluorophotometric measurement of pH of human tears in vivo. Curr Eye Res, 1997; 16:5 482-486
42. Scheuer CA, Fridman KM, Barniak VL, Burke SE: Venkatesh S.: Poster presented at American Academy of Opthometry, Florida Nov 2009
43. Barniak VL, Burke SE Venkatesh S.: Poster presented at American Academy of Opthometry, November 11-14, 2009 Orlando FL

Eventi

Congressi SOI 2011

91°CONGRESSO NAZIONALE SOI
23-26 Novembre - Milano

periodo di sospensione congressuale:
dall'1 Novembre al 5 Dicembre

Congressi SOI 2012

10°CONGRESSO INTERNAZIONALE SOI
23-26 Maggio - Milano

periodo di sospensione congressuale:
dall'1 Maggio al 31 Maggio

92°CONGRESSO NAZIONALE SOI
28 Novembre-1 Dicembre - Roma

periodo di sospensione congressuale:
dal 5 Novembre al 5 Dicembre

Il medico risponde della mancanza di esami che avrebbe dovuto eseguire e delle carenze della struttura sanitaria con la quale il paziente abbia instaurato un rapporto di natura privatistica

a cura di Raffaele La Placa*

Con una recente pronuncia (17 febbraio 2011, n. 3847), la Corte di Cassazione torna ad affrontare due temi di rilevante importanza quali: l'accertamento del nesso causale tra condotta e danno (unitamente al connesso principio del "più probabile che non") ed ancora la responsabilità del medico per l'omessa indicazione al paziente delle carenze della struttura sanitaria presso la quale egli opera.

Se in tema di nesso eziologico, la sentenza in esame si pone in linea di continuità con i principi già affermati in precedenza dalla stessa Suprema Corte, in merito alla responsabilità per le carenze della struttura sanitaria si sono formati in giurisprudenza due orientamenti contrapposti, tendenti l'uno ad affermare una responsabilità solidale del medico e della struttura sanitaria, l'altro solamente quella della struttura ospedaliera stessa. Prima di procedere all'esame dei principi affermati dalla citata sentenza, pare opportuno soffermarsi brevemente sui fatti oggetto della vicenda che hanno portato la Suprema Corte a pronunciarsi.

Il fatto

Un neonato presso una struttura ospedaliera privata accusò, subito dopo la nascita, una sindrome asfittica encefalopatica atossico emorragica: per tale ragione fu trasportato in un ospedale pubblico per ricevere le cure necessarie e dallo stesso venne dimesso con una diagnosi di paralisi cerebrale infantile ed espressione tetrapretica di tipo prevalentemente spastico di grado severo con epilessia e deficit cognitivo, con conseguente invalidità permanente del 100%.

Il Tribunale (primo grado) e la Corte d'Appello di Salerno (secondo grado) ritennero responsabili dei precitati danni subìti dal neonato sia la Clinica privata, sia il ginecologo che assistette la madre gestante durante il parto, condannandoli in solido al risarcimento dei danni, sulla scorta di due ordini di ragioni: in primo luogo, non vi sarebbe stato

alcun dubbio che la paralisi cerebrale fosse stata la conseguenza di una prolungata asfissia intra partum e, in secondo luogo, ci sarebbe stata un'omissione da parte dei medici nel diagnosticare la sofferenza fetale a causa dell'assenza di rilevamenti cardiotocografici durante il travaglio per la mancanza di idonei strumenti all'interno della Clinica.

Proprio per tale ultimo motivo, il medico ginecologo incorrerebbe in responsabilità, unitamente alla Clinica, per non aver informato il paziente delle carenze organizzative e strumentali della struttura sanitaria, impedendogli, così, di liberamente decidere se avvalersi della stessa o recarsi altrove.

Il nesso causale

La prima questione trattata dalla Corte di Cassazione attiene l'accertamento del nesso causale; prima di procedere però all'esame dei principi stabiliti dalla Corte di legittimità, occorre premettere alcuni brevissimi e semplici cenni sulla materia.

Il nesso causale può essere definito come il rapporto che intercorre fra un comportamento astrattamente considerato (tenuto dall'autore del fatto) e l'evento dannoso.

Si tratta, in particolare, di accertare e dimostrare se il danno si sarebbe o non verificato in assenza di un determinato antecedente. La Giurisprudenza ha utilizzato nel corso del tempo, per verificare l'esistenza di un nesso causale, diversi ragionamenti: dal giudizio controfattuale, al giudizio di probabilità statistica, a quello di probabilità scientifico-logica.

In particolare, nel penale, (secondo la nota sentenza *Franzese* – Cass. Pen., Sez. Unite, n. 30328/2002) il criterio di riferimento è quello della *probabilità logica* e non, invece, quello della probabilità statistica. Un determinato fatto è considerato causa di un evento se quest'ultimo, sulla base di un giudizio di probabilità *ex ante*, poteva apparire come la conseguenza prevedibile ed evitabile di quel fatto, dovendosi escludere ogni responsabilità per le conseguenze che siano imprevedibili ed atipiche. Il giudizio di prevedibilità, poi, si fonda sulle leggi scientifiche o statistiche di copertura, le quali forniscono dei parametri valutativi circa la probabilità che ad una data condotta consegua un dato evento dannoso. Presupposti indefettibili per poter affermare la sussistenza del nesso causale sono, pertanto, un fatto antecedente necessario dell'evento (deve, cioè, rientrare tra le conseguenze normali ed ordinarie del fatto stesso alla luce di una legge scientifiche o statistica di copertura) e l'assenza di altri fattori sopravvenuti di per sé soli idonei a cagionare l'evento.

In ambito civile (tra le altre: Cass. SS.UU. n. 581/2008) poi, con particolare riferimento alla responsabilità professionale, il nesso causale viene ritenuto sussistente alla luce del criterio del *"più probabile che non"*: in altri termini, qualora (sulla base delle predette leggi di copertura) sia *più probabile che non* che alla commissione di un determinato fatto consegua un danno, il nesso di causalità può ritenersi provato e ciò in forza anche del fatto che la Giurisprudenza ha ormai abbandonato l'orientamento secondo il quale l'accertamento del nesso citato debba fondarsi su un giudizio di certezza assoluta, essendo sufficiente a tali fini la mera ragionevole probabilità e sempre che il medico non provi del tutto e positivamente l'assenza di sua colpa nel verificarsi il danno

Il rapporto medico – paziente – struttura ospedaliera

Esaurito brevemente il tema dell'accertamento del nesso causale, appare opportuno soffermarsi altrettanto brevemente sulla natura del rapporto trilatero che sorge fra medico, paziente e struttura ospedaliera.

L'accettazione del paziente presso quest'ultima comporta la conclusione di un contratto che ha natura atipica e ad oggetto la prestazione di assistenza sanitaria: si tratta, in particolare, di un contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti di terzi dal quale sorge, a carico della struttura, l'obbligo di mettere a disposizione del paziente il personale medico e tutte le attrezzature necessarie.

Controversa è, invece, la natura del rapporto che si instaura fra il medico e l'ente ospedaliero: la più recente Giurisprudenza riconduce il fatto del medico nell'alveo della responsabilità degli ausiliari ai sensi dell'art. 1228 c.c.

Con riferimento, infine, alla qualificazione giuridica del rapporto fra medico e paziente, la Giurisprudenza suole fare riferimento, anche in assenza di un espresso contratto professionale, alla teoria del "contatto sociale", il quale viene considerato altro fatto idoneo a far sorgere un'obbligazione contrattuale che, nel caso di specie, ha ad oggetto una prestazione di natura professionale.

I princìpi enunciati dalla Cassazione nella sentenza in esame

Come già annunciato, con la pronuncia in esame la Corte di Cassazione affronta due temi di fondamentale importanza: l'accertamento del nesso causale (ed il connesso principio del *più probabile che non*) e la responsabilità del medico per le carenze della struttura sanitaria presso la quale opera.

Con riferimento al primo di essi, la Corte Territoriale di Salerno ha ritenuto responsabile dei danni patiti dal neonato il ginecologo che assistette la madre gestante durante il parto, in quanto egli avrebbe omesso, a causa dell'assenza di idonei strumenti, di svolgere i necessari esami clinici nel corso del travaglio, dai quali sarebbe certamente emerso la stato di grave sofferenza del feto ed avrebbe permesso di intervenire tempestivamente evitando, così, l'insorgere di gravi conseguenze in danno del neonato.

In particolare non era stato eseguito l'accertamento dell'acidosi metabolica (l'analisi non era stata nemmeno tentata). L'assenza però di tale esame non può essere invocato dal medico che tale analisi ha omesso, nemmeno per il mero fine di inficiare il nesso causale, cercando di attribuire la causa del danno ad un evento non accertato in giudizio.

La Corte di Cassazione ha precisato che laddove un fatto astrattamente idoneo a causare l'evento dannoso non sia stato accertato per uno scorretto operato del medico che avrebbe dovuto provvedervi, tale carenza non vale ad escludere il nesso causale, neppure se sotto il profilo statistico *sia più probabile che non* che il danno sia derivato da altri fattori: in altri termini, il medico non può addurre a proprio favore la mancanza di dati certi dai quali far discendere la propria responsabilità se egli stesso era tenuto al rilevamento di tali dati e non vi ha, invece, proceduto.

La Corte ha, pertanto, ritenuto correttamente integrato il nesso causale fra la condotta colposa del ginecologo – il quale ha omesso di svolgere i necessari esami clinici durante il travaglio - ed il danno patito dal neonato.

Ulteriore rilevante questione oggetto della pronuncia in esame attiene alla responsabilità del medico per le carenze della struttura sanitaria presso la quale egli svolge la propria attività.

La sentenza n. 3847/2011 riconosce in capo al medico - **sia convenzionato che non con la causa di cura, dipendente o non della stessa** - la responsabilità per l'omessa informazione al paziente delle carenze della struttura presso la quale egli opera alla luce sia della natura

trilaterale del rapporto che si instaura fra medico - paziente- struttura ospedaliera, sia degli obblighi di protezione, derivanti da tale contratto, nei confronti del paziente stesso.

Il medico sarà, pertanto, chiamato a rispondere dei danni derivati dalle carenze della struttura, pubblica o privata, presso la quale egli opera ove sia sostenibile che, se correttamente informato, il paziente non avrebbe accettato di sottoporsi a cure presso tale struttura.

Considerazioni conclusive

Alcune considerazioni critiche si possono muovere alla pronuncia della Corte.

Riguardo al nesso causale, mi sembra che la decisione di addossare al medico la responsabilità dell'evento dannoso per il semplice fatto che l'accertamento clinico che potrebbe scagionarlo (interrompendo il nesso eziologico) non sia stato da lui eseguito od ordinato, mi pare che risponda più ad un'esigenza di ricerca dell'equità sostanziale che di corretta applicazione delle norme di diritto, almeno per come è stata motivata la ridetta decisione.

Ancora più critica mi sembra che possa essere la valutazione sul principio attinente l'obbligo di informativa gravante sul medico, soprattutto se si considera che è applicabile quale che sia il rapporto tra il medico e la casa di cura o l'ospedale, quindi anche qualora il rapporto possa essere occasionale. Per lo meno in questi casi può apparire eccessivo pretendere che al medico sia richiesto di valutare ed accertare il corretto funzionamento della struttura presso la quale svolge la propria opera, neanche fosse un ente certificatore o di controllo (di cui non avrebbe, ovvio, i poteri ispettivi ed inquisitori); forse meglio sarebbe chiarire che solo qualora le carenze siano tali da non poter generalmente sfuggire all'occhio del medico normalmente accorto e competente, si potrebbe ritenere responsabile il sanitario che nulla rileva e dichiara al paziente.

** Studio legale La Placa e Griva – patrocinante in Cassazione*

a cura di Vittorio Picardo

Fulvio Luccini

Direttore Specialty Business di Novartis

In occasione del recente Congresso Internazionale SOI – OSN – AICCER, ho avuto modo di incontrare, passeggiando tra gli stand, diversi dirigenti di aziende che operano nel nostro settore. Mi è sembrata un'interessante opportunità per approfondire la conoscenza sulle attività e sugli obiettivi di queste stesse aziende. Di Novartis, per esempio, uno dei maggiori gruppi farmaceutici mondiali. Giovedì ho incontrato un suo manager, Fulvio Luccini, responsabile dell'area Specialty Business farmaceutico dell'azienda.

Innanzitutto, Dottor Luccini, può chiarirci a che cosa ci riferiamo quando si parla di Specialty Business in Novartis?

Con il termine Specialty Business identifichiamo le attività relative ad aree terapeutiche con una marcata connotazione specialistica, e per le quali abbiamo naturalmente come interlocutori medici specialisti. Vi sono compresi trapianti d'organo, malattie autoimmuni, malattie infettive, neuroscienze, malattie rare, epatologia virale, sclerosi multipla e retina. Sono come si vede campi di attività molto diversi tra loro, ma accomunati da un forte contenuto di innovazione. Sono settori nei quali l'impegno della ricerca e sviluppo di Novartis è particolarmente significativo. È così anche in ambito oftalmologico, dove l'attenzione di Novartis si focalizza soprattutto sulle patologie della retina. Qui il nostro contributo all'innovazione si esprime in primo luogo nella promozione e nel sostegno a un'importante e costante attività di ricerca clinica sulle nuove soluzioni terapeutiche.

Nel complesso delle attività di Novartis, che riguardano praticamente in tutti i settori della salute, che ruolo svolge l'oftalmologia?

Un ruolo di crescente rilievo. In termini più generali, si può anzi affermare che quello della 'cura dell'occhio' è un settore al quale oggi Novartis annette un valore strategico. Lo dimostra la recente acquisizione di Alcon, che fa del nostro Gruppo un nuovo punto di riferimento mondiale dell'oftalmica, con posizioni da leader nella chirurgia oculare, nella contattologia (grazie anche al nostro brand CibaVision) e nell'ambito delle specialità farmaceutiche. Queste ultime, che interessano direttamente la mia attività, sono dunque parte di un impegno a tutto campo, grazie al quale Novartis si pone come partner qualificato dei medici oftalmologi e di tutti i professionisti che operano nell'eye care, contribuendo a soddisfare le loro esigenze e quelle dei loro pazienti. Dalle più semplici alle più complesse.

Quali sono le ragioni che vi hanno indotto a concentrare attenzione e risorse sulle patologie vascolari retiniche, con l'introduzione della terapia fotodinamica e poi dei farmaci antiVEGF?

Il focus di Novartis è, e sarà sempre di più, sui bisogni terapeutici ancora insoddisfatti, totalmente o parzialmente. Ecco la ragione di questa attenzione alle malattie della retina, per alcune delle quali non esisteva alcuna terapia efficace. Da qui il grande sforzo di Novartis nella ricerca e sviluppo, grazie alla quale siamo riusciti ad offrire ai pazienti e ai medici prodotti tanto innovativi ed efficaci quanto caratterizzati da un positivo profilo di sicurezza. Arrivare a questi farmaci, come ad esempio Lucentis, comporta un percorso molto lungo e il coinvolgimento di un grande numero di ricercatori, specialisti, medici e, nei trial, pazienti: in estrema sintesi,per la ricerca e sviluppo di un farmaco innovativo sono necessari circa 10 anni con investimenti complessivi di circa 900 milioni di euro.

Un cammino come questo e risorse così imponenti dovrebbero offrire sufficienti garanzie di sicurezza. Talvolta, in modo approssimativo, si fa riferimento a intolleranze o eventi avversi. Che cos'è, informazione superficiale?
Non giudico l'attività dell'informazione. Mi limito a sottolineare il rigore con il quale in Novartis affrontiamo ogni passaggio dello sviluppo di un farmaco, fino all'approvazione e oltre, offrendo ai medici tutti i supporti necessari per un suo corretto utilizzo. L'ampio programma di studi clinici con Lucentis e il regolare monitoraggio dei pazienti in trattamento con il farmaco forniscono il più alto livello di evidenze cliniche non solo sulla sua efficacia, ma soprattutto sulla sua sicurezza locale e sistemica.
A questo proposito, sono lieto di ricordare che sono state recentemente approvate nuove indicazioni per Lucentis: oltre all'edema maculare diabetico, anche l'edema maculare conseguente ad occlusione venosa retinica di branca e centrale.

Come fate a monitorare la casistica dei vari centri che utilizzano Lucentis?
È attivo uno studio epidemiologico a livello internazionale di post-marketing che ci consente di ricevere dai vari centri tutte le informazioni sui pazienti cui è stato somministrato Lucentis. Questo monitoraggio avviene in parallelo con il registro nazionale gestito dall'AIFA, che obbliga le varie strutture che eseguono iniezioni intravitreali con Lucentis a riportare gli eventi positivi e avversi in un registro nazionale. Questo ci permette di avere sotto controllo tutto ciò che è correlato all'uso del nostro prodotto, e ci ha consentito di adottare un meccanismo di 'pay back': significa che, qualora lo specialista non abbia ottenuto su un paziente il risultato previsto, Novartis si impegna a rimborsare la spesa sostenuta per quel paziente. Questo sistema di rimborso garantisce l'accesso gratuito al farmaco, l'appropriatezza prescrittiva nel rispetto della sostenibilità economica. Inoltre siamo consapevoli che, come avviene per molti farmaci innovativi, il costo di Lucentis rappresenta un onere significativo per la sanità pubblica e, per questa ragione, collaboriamo con le Asl di tutte le Regioni d'Italia per assicurare l'accesso al mercato di questa innovativa terapia.

OZURDEX® riceve l'Autorizzazione dell'Agenzia Europea per i Medicinali per il trattamento dell'uveite non infettiva

OZURDEX® diventa il primo farmaco autorizzato in Europa per il trattamento sia dell'edema maculare secondario a occlusione venosa retinica sia dell'infiammazione del segmento posteriore dell'occhio che è causata da uveite non infettiva

Allergan ha annunciato oggi che l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha autorizzato l'estensione dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio del medicinale OZURDEX® (impianto intravitrale in applicatore di desametasone 0,7mg) nei 27 stati membri dell'Unione Europea al trattamento dell'infiammazione del segmento posteriore dell'occhio che è causata da uveite non infettiva[1]. OZURDEX® è già disponibile in numerosi Paesi europei, inclusa l'Italia, come primo trattamento autorizzato nel trattamento di pazienti adulti con edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO).

L'uveite del segmento posteriore è definita come uveite delle parti centrale e posteriore dell'occhio. L'uveite è una patologia che provoca l'infiammazione dello strato intermedio della parete centrale dell'occhio (l'uvea) e può provocare una significativa diminuzione della vista che può anche portare a cecità[2].
L'incidenza dell'uveite è maggiore nella popolazione in età lavorativa di età compresa fra 20 – 50 anni[3].

OZURDEX® è stato sviluppato specificamente per il trattamento delle patologie retiniche e in Europa è stato inizialmente autorizzato per il trattamento dell'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO). OZURDEX® è un impianto in polimero biodegradabile contenente desametasone – un potente corticosteroide – in applicatore monouso specificamente progettato, somministrato tramite iniezione intravitreale nella parte posteriore dell'occhio, consentendo un rilascio continuo del principio attivo fino a 6 mesi[1,4-5]. Il desametasone viene rilasciato lentamente dall'impianto biodegradabile nella parte posteriore dell'occhio e riduce l'infiammazione con il conseguente miglioramento dell'acuità visiva[6].

"Siamo lieti che l'Agenzia Europea per i Medicinali abbia concesso l'autorizzazione di commercializzazione di OZURDEX® per l'uveite", ha dichiarato Douglas Ingram, Presidente di Allergan, Europa, Africa e Medio Oriente. *"Questa nuova autorizzazione è coerente con il continuo impegno di Allergan nello sviluppo di nuovi trattamenti innovativi che supportano gli oftalmologi e aiutano a preservare la vista dei pazienti affetti da patologie della retina".*

Il profilo di sicurezza e l'efficacia di OZURDEX® nel trattamento dell'uveite non infettiva nel segmento posteriore dell'occhio sono state valutate nel corso dello studio clinico di fase III HURON[6] (cHronic Uveitis evaluation of the intRavitreal dexamethasONe implant). HURON è un trial clinico prospettico, multicentrico, mascherato, randomizzato, a gruppi paralleli della durata di 26 settimane, che ha posto a confronto OZURDEX® rispetto a un trattamento di simulazione (sham) in 229 pazienti affetti da uveite posteriore non infettiva con un grado di offuscamento vitreale di ≥ +1,5. L'outcome principale nei dati HURON è la percentuale di pazienti con grado di offuscamento vitreale pari a 0 all'ottava settimana, indicativo di assenza di infiammazione.

I risultati dello studio HURON hanno evidenziato che:

- Un numero circa 4 volte maggiore di pazienti trattati con OZURDEX® (0,7 mg) ha conseguito una risoluzione completa dell'offuscamento vitreale grazie alla riduzione dell'infiammazione (definita come conseguimento di un grado di offuscamento vitreale pari a 0) rispetto al trattamento di simulazione all'end-point primario alla ottava settimana (rispettivamente 47% rispetto a 12%)[6]
- Una singola iniezione di OZURDEX® (0,7mg) ha mostrato una maggiore significatività statistica sul gruppo di controllo nel cambiamento medio della migliore acuità visiva corretta (BCVA) ad ogni visita di controllo dalla settimana 3 alla settimana 26[6].
- I pazienti trattati con OZURDEX® hanno conseguito un miglioramento statisticamente significativo e clinicamente rilevante della funzione visiva e della qualità della vita specificamente correlata alla vista misurate tramite NEI VFQ-25[7], rispetto al gruppo di controllo trattato con trattamento di simulazione
- Il trattamento con OZURDEX® (0,7 mg) per l'uveite non infettiva del segmento posteriore è stato ben tollerato, con effetti indesiderati gestibili[6].

"Fino all'approvazione di OZURDEX®, gli oftalmologi avevano un numero limitato di opzioni per il trattamento dei pazienti affetti da uveite del segmento posteriore" ha dichiarato la Professoressa Sue Lightman, dell'Institute of Ophthalmology presso lo University College di Londra, uno dei coordinatori dello studio HURON. *"Gli studi clinici condotti in pazienti affetti da uveite suggeriscono che una singola iniezione di OZURDEX® può essere efficace nel migliorare la visione attraverso il controllo dell'infiammazione intraoculare e che il farmaco è generalmente ben tollerato con un basso tasso di cataratta e un incremento lieve della pressione intraoculare. Oltre a ciò, poiché l'effetto di OZURDEX® dura fino a sei mesi, potrebbe rivelarsi un'opzione assai utile per la gestione di quei pazienti che preferiscono non assumere alte dosi di steroidi per via orale."*

In Italia OZURDEX® é stato la riclassificato in classe H, sarà quindi rimborsato dal sistema sanitario nazionale.

OZURDEX® è l'unica terapia farmacologica autorizzata e rimborsata per il trattamento dell'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO) che garantisce un miglioramento duraturo della vista con una singola iniezione intravitreale.*

Inoltre, il 6 giugno OZURDEX®, ha ricevuto l'approvazione da parte del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), in quanto ha dimostrato di soddisfare i parametri di costo/efficacia nel trattamento della RVO[8].

BIBLIOGRAFIA

1 Ozurdex® Summary of Product Characteristics.
2 Suttorp-Schulten MSA et al. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. Br J Ophthalmol 1996;80:844–8.
3 Durrani OM et al. Degree, duration and causes of visual loss in uveitis. Br J Ophthalmol 2004;88:1159–62.
4 Kuppermann BD et al. Randomized controlled study of an intravitreous dexamethasone drug delivery system in patients with persistent macular edema. Arch Ophthalmol 2007; 125:309–17.
5 Haller JA et al. Evaluation of the safety and performance of an applicator for a novel intravitreal dexamethasone drug delivery system for the treatment of macular edema. Retina 2009;29:46–51.
6 Lowder L et al. Dexamethasone intravitreal implant for noninfectious intermediate or posterior uveitis. Arch Ophthalmol., pubblicato online il 10 Gennaio 2011.
7 Allergan data on file.
6 Internet: http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/greenlighttodexamethasone.jsp

Per informazioni commerciali su OZURDEX® può contattare Allergan S.p.A.
Numero verde: 800906601 - Fax: 800906602

Iscrizione 2011

Quote associative

SOCIO Benemerito Sostenitore	Euro 700,00
SOCIO ORDINARIO*	Euro 500,00
SPECIALIZZANDI/MEDICI FREQUENTATORI	Euro 200,00
OFTALMOLOGI STRANIERI (con residenza e attività professionale all'estero)	Euro 200,00

* *I Soci che rinnovano dopo il 31 gennaio 2011 possono aderire versando la quota di Socio Benemerito Sostenitore. Come da Regolamento della Società i soci che facciano richiesta di iscriversi nuovamente a Soi, dopo un periodo di interruzione associativa di non oltre 2 anni, potranno aderire versando la quota di Socio Benemerito a euro 700.*

I nuovi iscritti e tutti i soci fermi al 2008 pagheranno la quota Soi di Socio Ordinario a euro 500.

Nella quota di Socio Benemerito Sostenitore sono comprese le seguenti agevolazioni:

- la polizza infortuni (limitata alla partecipazione ai due congressi annuali)
- la polizza che in materia di circolazione stradale offre un contributo per i corsi di aggiornamento per il riacquisto dei punti patente
- l'apposita tutela legale per i casi di incidente della circolazione stradale

A tutti i Congressi SOI il ritiro del badge e della borsa potrà essere effettuato al desk dedicato ai Soci Benemeriti Sostenitori.

Perché associarsi

Con una quota ragionevole si ottengono i seguenti vantaggi:

1. Un'estensione sul massimale di 2.080.000 euro della propria polizza di responsabilità professionale
2. Polizza di tutela legale
3. Sistema di tutela professionale del medico oftalmologo
4. Il volume annuale della Relazione ufficiale e i Quaderni di Oftalmologia annuali
5. L'abbonamento annuale all'European Journal of Ophthalmology
6. Il "Notiziario SOI" - sei numeri annuali
7. L'ingresso gratuito ai Congressi SOI
8. La possibilità di aderire alla convenzione assicurativa di RC professionale 1° rischio SOI
9. La possibilità di garantirsi con una copertura postuma
10. La possibilità di ottenere la CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ "CERSOI"- norma ISO 9001:2008
11. La possibilità di aderire ad ASOC - Autocertificazione Studi Oculistici in Community
12. Sconti
13. Convenzioni

Convenzioni SOI

Opportunità per i soci

GRUPPO BANCA CARIGE

Il **GRUPPO BANCA CARIGE** mette a disposizione dei soci SOI importanti agevolazioni su contratti di: apertura di conto corrente, apertura di credito in conto corrente, leasing, prestiti finalizzati all'acquisto di attrezzature o investimenti ad utilizzo pluriennale, prodotti di investimento. Le agevolazioni riguardanti i mutui ipotecari, i prestiti personali e i prestiti personali con trattenuta diretta sullo stipendio possono essere estese ai dipendenti dei vostri studi medici. Il dettaglio completo delle condizioni riservate agli associati può essere scaricato dal nostro sito **www.soiweb.com.** Le agevolazioni bancarie sono valide e immediatamente operative presso tutti gli sportelli del GRUPPO CARIGE, qualificandosi come socio SOI. Invece, per quanto riguarda i **prodotti assicurativi, è necessario rivolgersi alla Segreteria SOI.**
Per informazioni sul Gruppo Carige potete consultare il sito **www.gruppocarige.it.**

BEST WESTERN WORLD

Tariffe scontate su tutti gli hotel della catena valide tutto l'anno.
Codice di prenotazione: IC01279640 - **Numero verde:** 800 820080

MACCHINE CON AUTISTA

Tariffe vantaggiose a Roma per la tratta aereoporto/centro città e viceversa presentandosi come socio SOI. **Autoelite:** tel. 348 3853852

WEB ATTITUDE

Agevolazioni e sconti sui servizi di posta elettronica certificata per tutti i soci SOI.

FABIANO EDITORE

Sconto del 25% sui volumi scientifici editi dalla Fabiano Editore e OPTIGEST.

optigest

IL SOFTWARE PER LA GESTIONE DELLO STUDIO OCULISTICO

Da oggi è possibile richiedere una dimostrazione gratuita direttamente presso il tuo studio.
Per richiedere la visita di un nostro operatore* invia una mail a info@miriadservice.it o chiama il numero verde 800035120.
(*Servizio disponibile per il Nord Italia)

SOI
Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

FABIANO Editore

Fabiano Group s.r.l. - Reg. San Giovanni 40 – 14053 Canelli (AT) - Tel. 0141 827802 – Fax 0141 827830
e-mail: editore@fabianogroup.com – www.fabianogroup.com

TÜV SÜD

CSO

COSTRUZIONE
STRUMENTI
OFTALMICI

LA NUOVA
GENERAZIONE
DELLE
FUNDUS CAMERA
NON-MIDRIATICHE
COBRA

C.S.O. Costruzione Strumenti Oftalmici S.r.l.
Via degli Stagnacci 12/E - 50018 Scandicci Firenze - ITALIA • www.csoitalia.it

WWW.CSOITALIA.IT

1. Katz LJ et al. *Am J Ophthalmol* 2010;149: 661-671