



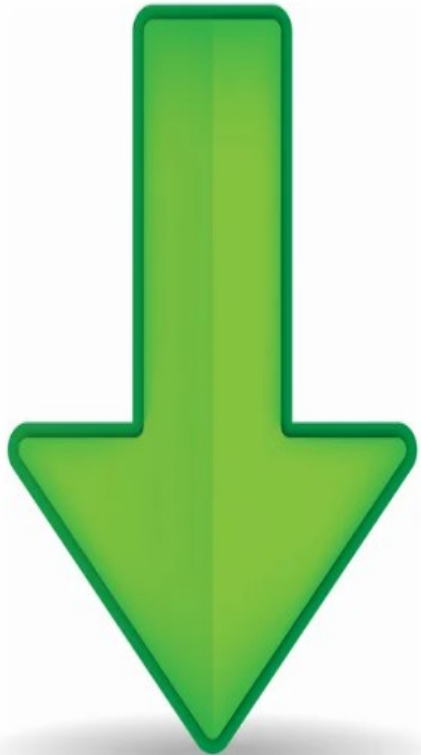
XXX Corso Nazionale ANTE - Dialisi e Tecnologia
“Presente e futuro della Nefrologia Italiana”

Strumenti e materiali per la nefrologia interventistica: stato dell'arte

Francesco Guzzi
SOC Nefrologia e Dialisi
Nuovo Ospedale Santo Stefano - Prato
Azienda USL Toscana Centro

Riccione - 18 aprile 2023

Outline



- Nefrologia interventistica – definizione
- Strumenti e materiali per:
 1. posizionamento di CVC temporanei
 2. posizionamento di CVC tunnellizzati
 3. allestimento di fistole arterovenose
- Strumenti e materiali per casi complessi (cenni)

Nefrologia interventistica – definizione

*In practice, although some would want to broaden the definition, the term interventional nephrology has come to be defined as **that branch of nephrology that deals with the establishment and maintenance of dialysis access, particularly arteriovenous access.***

Beathard, Kidney Res Clin Pract. 2015 Sep; 34(3): 125-131.

... allestimento e manutenzione dell'accesso per la dialisi, in particolare dell'accesso arterovenoso.

Nefrologia interventistica per l'emodialisi

- 1. Posizionamento di CVC temporanei**
- 2. Posizionamento (e rimozione) di CVC tunnellizzati**
- 3. Allestimento di fistole arterovenose**
4. Posizionamento di cateteri per dialisi peritoneale
5. Esecuzione di biopsie renali
6. Altro...

Attività di cateterismo venoso centrale per HD

I cateteri venosi centrali per emodialisi si distinguono in due categorie:

- “temporanei” – utilizzati tipicamente per il più breve tempo possibile
- “tunnellizzati” o “permanententi” – cuffia, tunnel sottocutaneo, dimensioni e materiali consentono un utilizzo prolungato nel tempo

1. Posizionamento di **CVC temporanei**

Equipe: un operatore, un infermiere

Setting: saletta ambulatoriale(?) per procedure mini-invasive, rapido accesso al servizio di rianimazione in caso di complicanze

Strumentazione:

- ecografo, meglio se poco ingombrante, dotato di sonda lineare a medio-alta frequenza
- sistema di monitoraggio dei parametri vitali



Preparazione:

- Eventuale **tricotomia** della zona interessata (ampi margini)
- **Pulizia** della cute con acqua e sapone se visibilmente sporca



Protezione individuale e sterilità:

- **DPI:** Cuffia, occhiali protettivi, mascherina chirurgica
- **Lavaggio delle mani** secondo i protocolli di sala operatoria
- Vestizione chirurgica



Campo sterile:

- **Disinfezione** della cute in modo sterile con soluzioni contenenti clorexidina al 2%
- Posizionamento dei teli sterili e adesivi a delimitare il **campo operatorio** (copertura di tutto il corpo piedi compresi)
- Vestizione della sonda ecografica



«Portatemi un catetere... quello che c'è!»



Numero dei lumi

Tipicamente cateteri a **doppio lume**

- “Arteria” - rosso
- “Vena” - blu

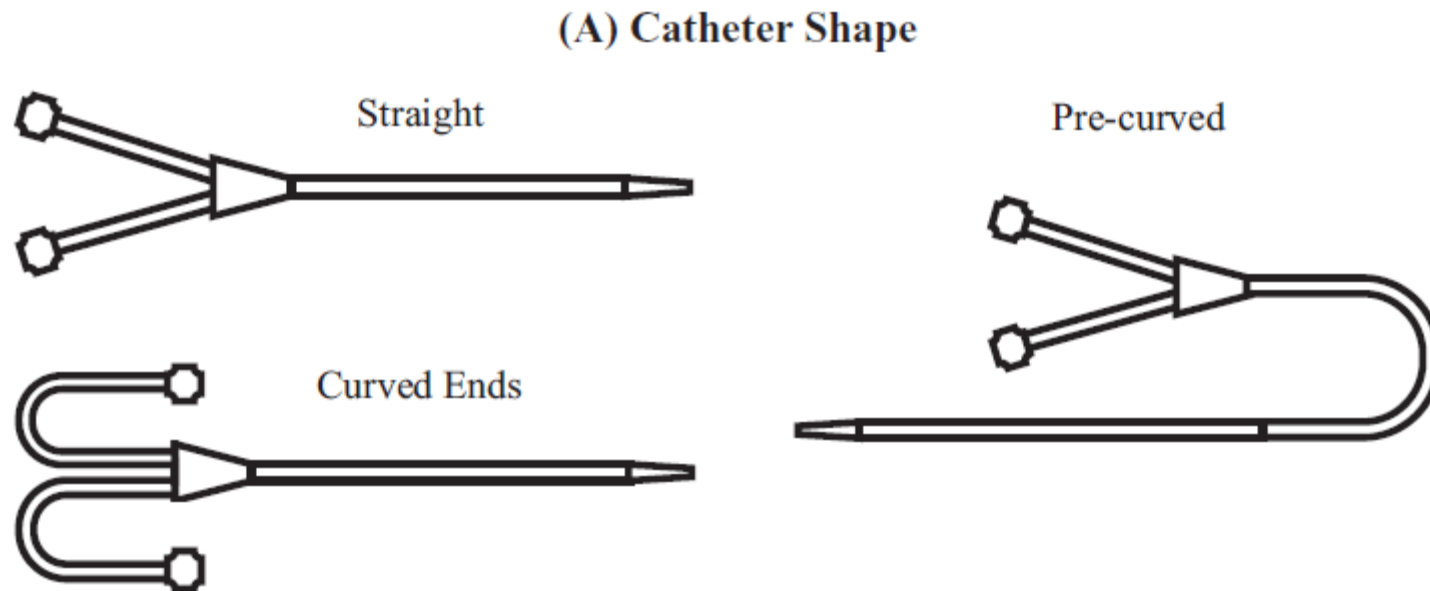


V = 1.3 cc
A = 1.2 cc



Estensioni

Possono avere estensioni dritte, curve (J-shaped) o essere precurvati



Estensioni

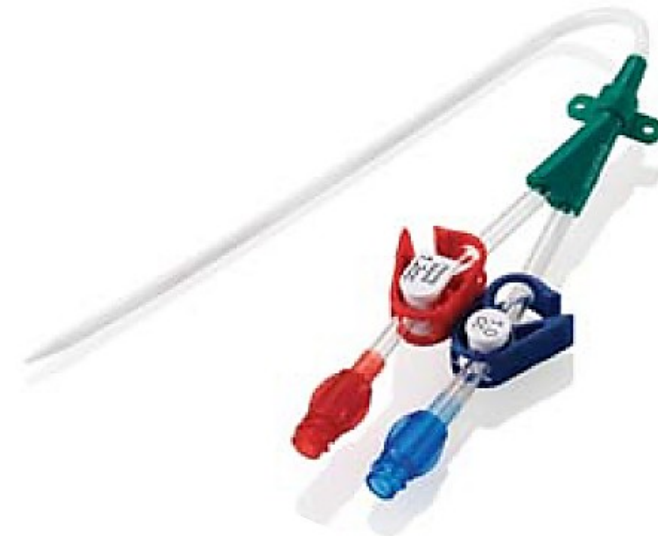
Possono avere estensioni dritte, curve (J-shaped) o essere precurvati

(A) Catheter Shape

Straight



Pre-curved

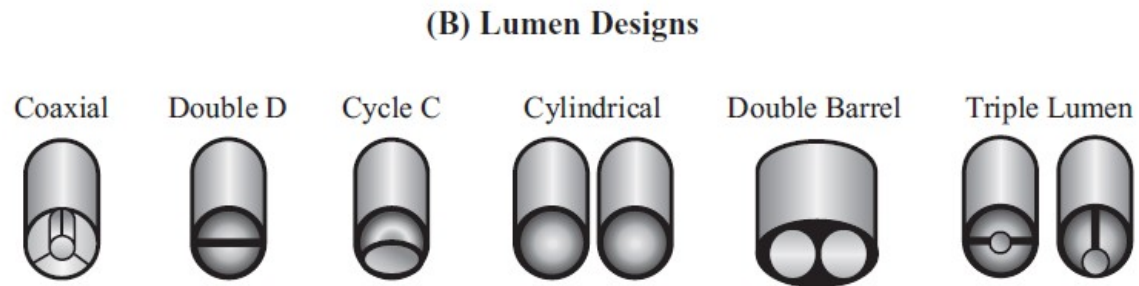


Curved Ends



Geometria dei lumi

Possono avere lumi con conformazioni differenti



Juncos L.A., Seminars in Dialysis, 2021

Currently, almost all CVC are **dual-lumen and use the DD design** of the internal lumen of the catheter because this design offers relatively low hydraulic resistance and small overall diameter

Silverstein et al, Clin J Am Soc Nephrol 13: 1924–1932, 2018

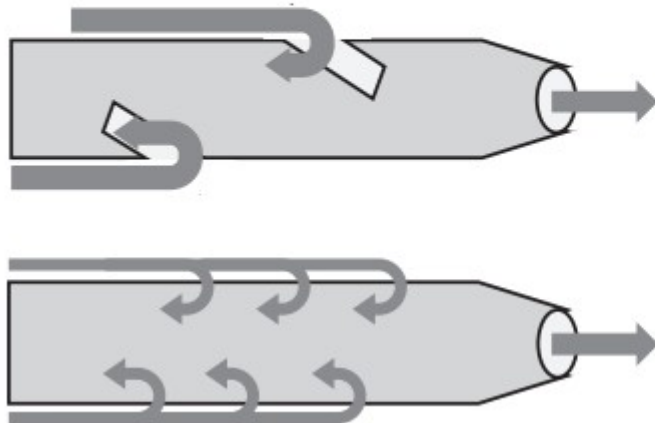


Disegno della punta

Possono avere punte con disegni differenti

(C) Tip Designs

Venous End Hole with Arterial Side Holes



Shotgun Tips

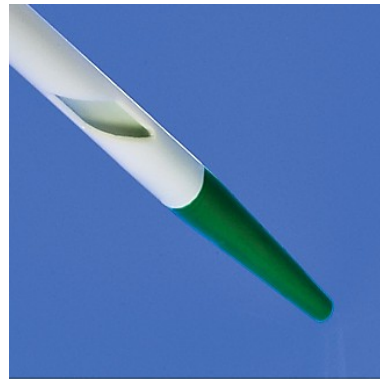


Disegno della punta

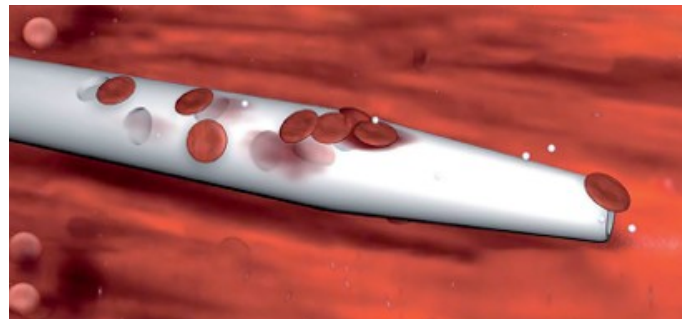
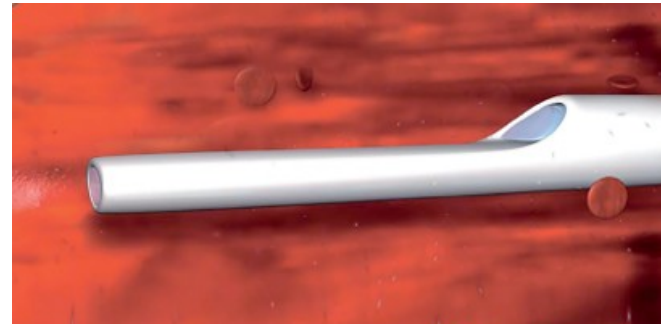
Possono avere punte con disegni differenti

(C) Tip Designs

Venous End Hole with Arterial Side Holes



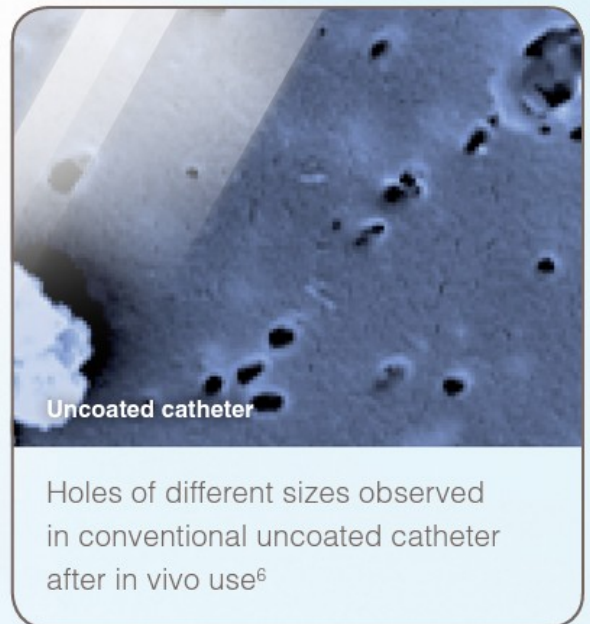
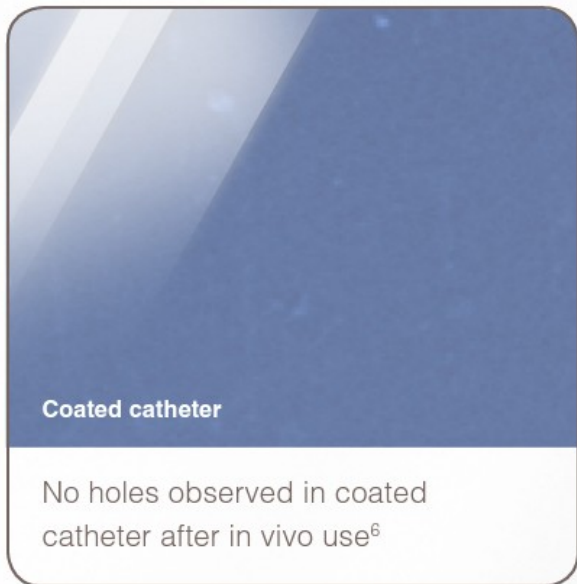
Shotgun Tips



Coating del catetere

Film polimerici, ioni metallici (es. bario, bismuto), eparina

Azione antitrombotica e antimicrobica



Baumann et al. ASAIO Journal 2003
Schindler et al. Nephrol Dial Transplant 2010

KDOQI

KIDNEY DISEASE OUTCOMES
QUALITY INITIATIVE

National Kidney Foundation

KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR

ACCESS: 2019 UPDATE

Charmaine E. Lok, Thomas S. Huber, Timmy Lee, Surendra Shenoy, Alexander S. Yevzin, Kenneth Abreo, Michael Allon, Arif Asif, Brad C. Astor, Marc H. Glickman, Janet Graham, Louise M. Moist, Dheeraj K. Rajan, Cynthia Roberts, Tushar J. Vachharajani, and Rudolph P. Valentini

Il team indipendente di revisori delle linee guida KDOQI 2019 non ha riscontrato evidenze significative di benefici dei cateteri rivestiti

Calibro e lunghezza

Calibro: varia comunemente tra 11 e 13 Fr

Lunghezza*:

- approccio vena giugulare interna → per raggiungere il passaggio vena cava superiore-atrio destro
 - VGI dx → 15-16 cm
 - VGI sn → 19-20 cm
- approccio vena femorale → per raggiungere la vena cava inferiore
 - Vfem dx → ≥ 20 cm
 - Vfem sn → ≥ 24 cm



*misure suggerite per pazienti "normoconformati"

considerare la posizione del sito di venipuntura

Silicone o poliuretano?

Silicone

PROS

- . biocompatibilità e biostabilità
- . morbidezza e flessibilità
- . resistenza alla compressione
- . neutralità chimica
- . resistenza all'adesione batterica

CONS



- . necessitano di mandrino per l'inserimento
- . ridotto calibro interno a parità di Fr
- . maggiore tendenza al kinking
- . minore resistenza nel lungo periodo
- . fissurazione e/o rottura da sollecitazione meccanica, migrazione della punta

Poliuretano

- . poliuretani di terza generazione
- . rigidità facilita l'operatore in fase di inserimento
- . adattamento con il calore (termosensibile)
- . ottima resistenza nel lungo periodo
- . ottima resistenza a sollecitazioni meccaniche, tensioni e carichi
- . maggiore calibro interno a parità di Fr
- . nessuno svantaggio dal punto di vista di complicanze trombotiche o infettive

Costo

Esempi di costo del kit di posizionamento di diversi CVC temporanei

Costo unitario kit	Modello	Marca
23 euro		
26.5 euro		
37 euro		
45 euro		
45 euro		
47.5 euro		

Scelta del giusto CVC temporaneo

1. numero dei lumi
2. configurazione delle estensioni (dritto, J-shaped, precurvato)
3. geometria dei lumi (double-D, coassiale)
4. disegno della punta
5. coating
6. calibro (Fr)
7. lunghezza (!)
8. materiale
9. costo



Medicazione

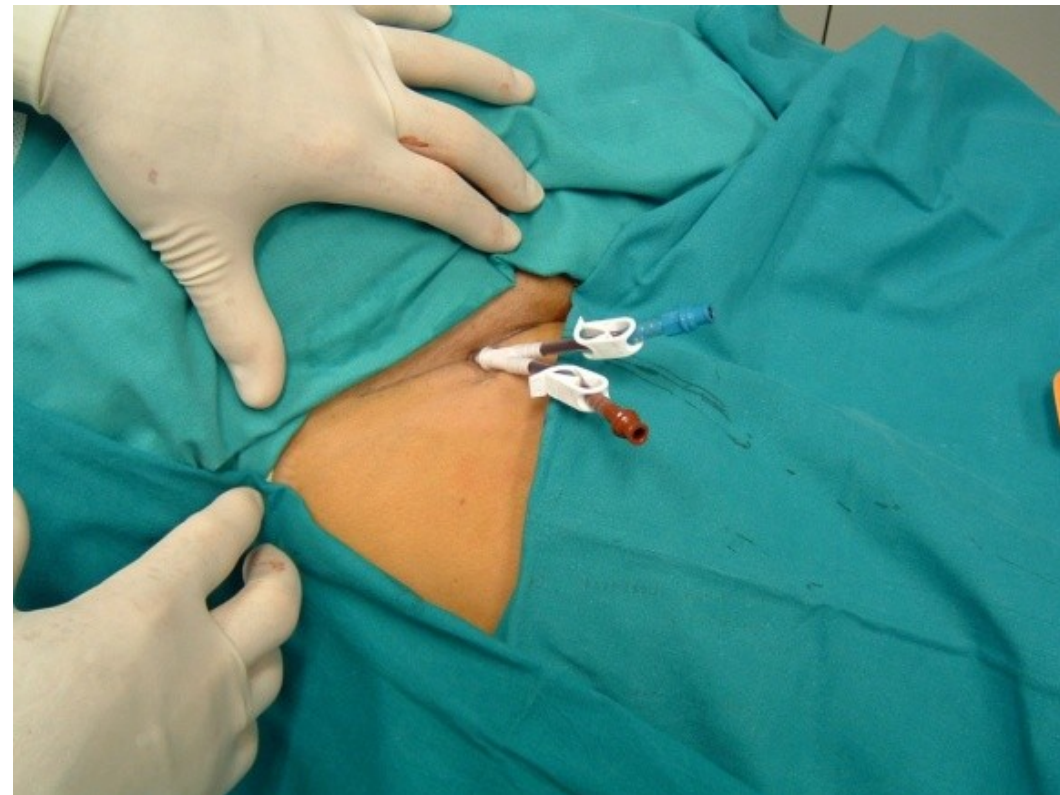
Pulizia del campo con soluzioni a base di clorexidina e **asciugatura**

Ancoraggio

- punti di sutura
- sutureless

Applicazione di **colla in cianoacrilato**

Medicazione **traspirante e trasparente** all'exit site



2. Posizionamento di CVC tunnellizzati

Equipe: due chirurghi (primo operatore e aiuto), un infermiere, un tecnico di radiologia

Setting: sala operatoria di chirurgia mini-invasiva, sala di radiologia interventistica, sala di emodinamica. Rapido accesso al servizio di rianimazione in caso di complicanze

Strumentazione: tavolo operatorio rigido, mobile e basculante; ecografo, meglio se poco ingombrante, dotato di sonda lineare a medio-alta frequenza; sistema di fluoroscopia; sistema di monitoraggio dei parametri vitali; lampada scialitica; tavolo di Mayo o altro carrello portastrumenti

Sicurezza:

- **Linea venosa periferica** pronta all'uso
- Somministrazione di eventuale **terapia antibiotica** profilattica
- Misurazione e registrazione dei **parametri vitali**
- Impostazione di **monitoraggio ECG** in continuo e acustico
- Predisposizione per eventuale monitoraggio ECG intracavitario



Preparazione:

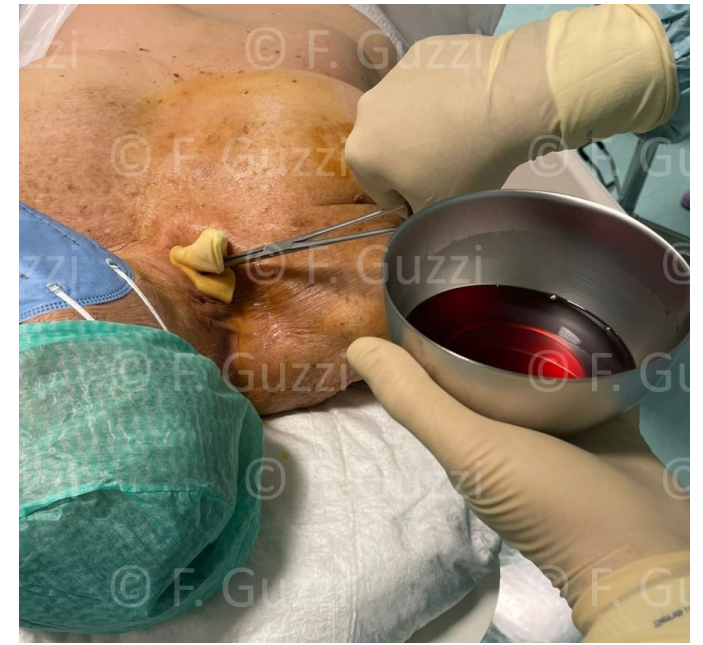
- Eventuale **tricotomia** della zona interessata (ampi margini)
- **Pulizia** della cute con acqua e sapone se visibilmente sporca
- Può essere utile consigliare una doccia prima di venire in ospedale

Protezione individuale e sterilità:

- **DPI:** Cuffia, occhiali protettivi, mascherina chirurgica, dispositivi di radioprotezione
- **Lavaggio delle mani** secondo i protocolli di sala operatoria
- Vestizione chirurgica
- Infermiere e tecnico di radiologia indossano cuffia e dispositivi di radioprotezione

Campo sterile:

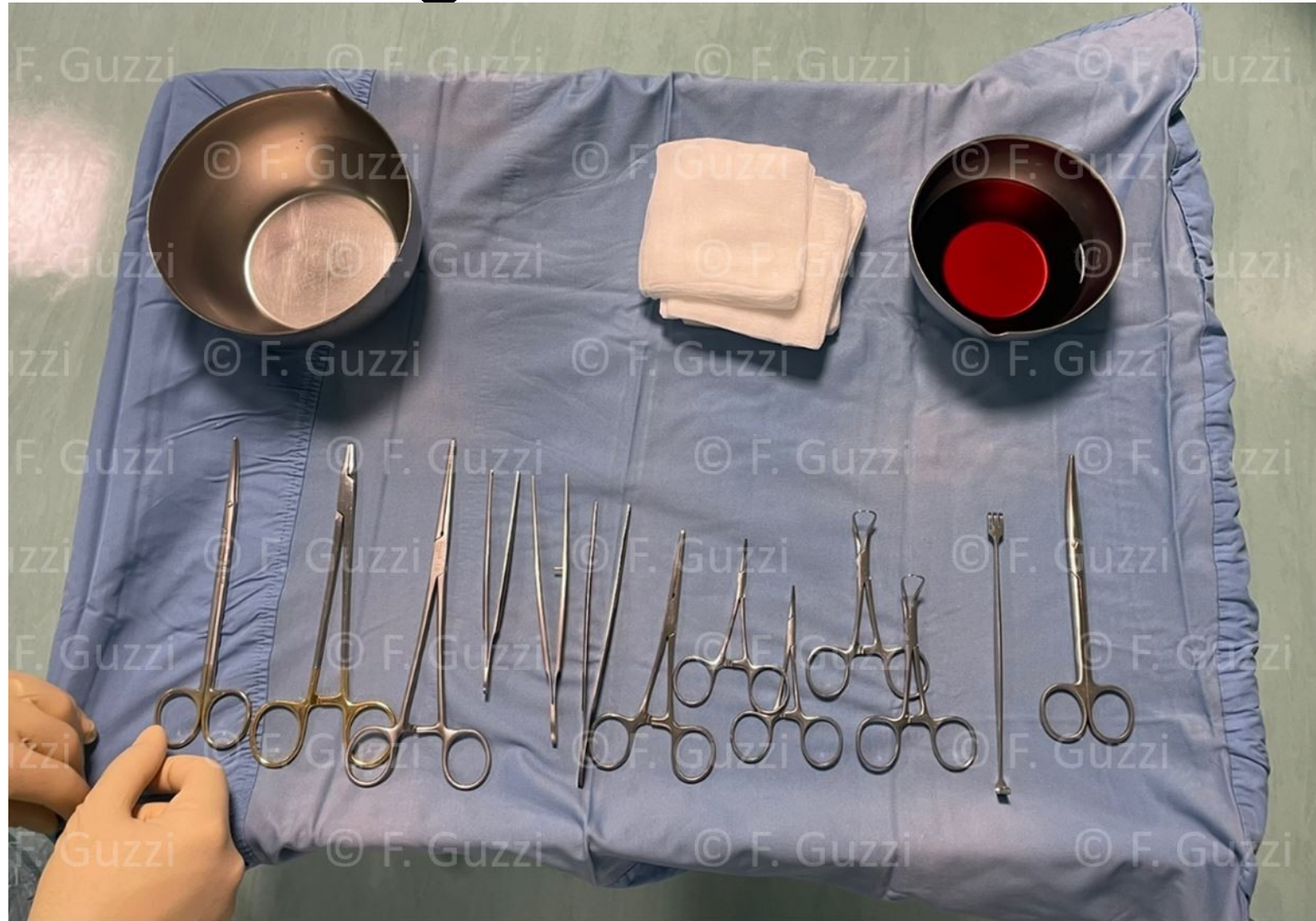
- **Disinfezione** della cute in modo sterile con soluzioni contenenti clorexidina al 2%
- Posizionamento dei teli sterili e adesivi a delimitare il **campo operatorio** (copertura di tutto il corpo piedi compresi)
- Vestizione della sonda ecografica
- Copertura dell'arco della fluoroscopia



Preparazione del tavolo di Mayo e disposizione dei ferri chirurgici

Esempio:

- 2 ciotole
- 1 pinza porta tamponi
- 2 forbici
- 1 portaghi
- 3 pinze (1 chirurgica)
- 3 klemmer piccoli
- 2 pinze backhaus
- 1 divaricatore a mano



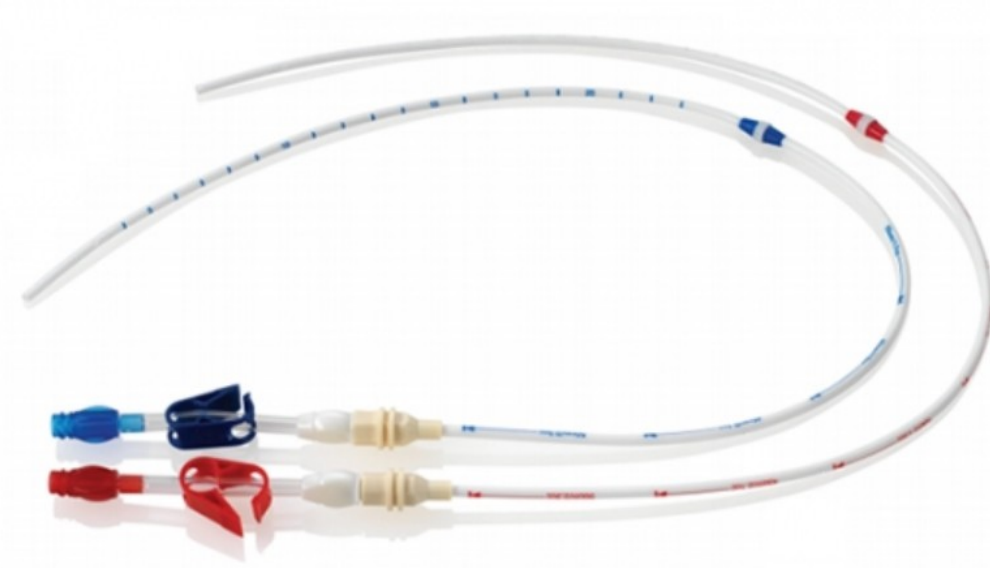
«Quale catetere tunnellizzato?»



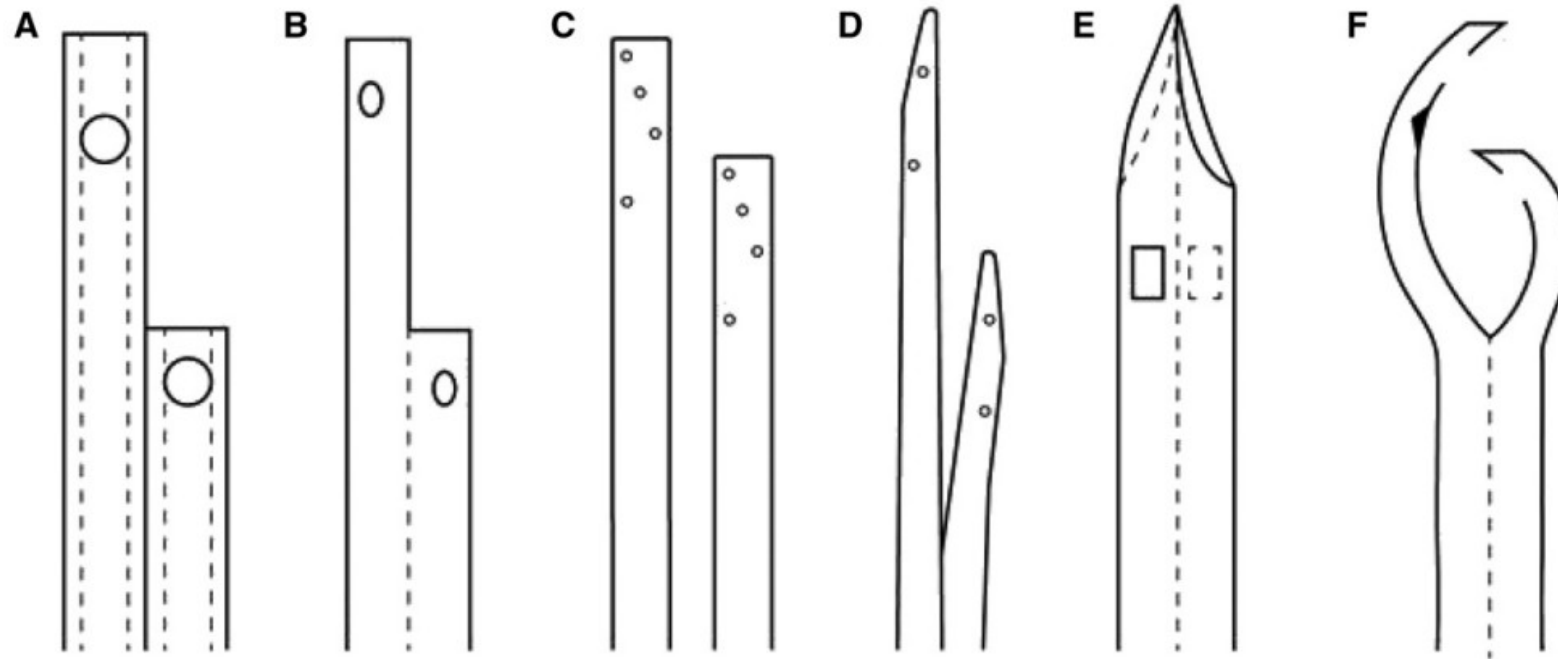
Single-body o tipo Tesio

Tipicamente cateteri *single-body* bilume con vari disegni dei lumi e delle punte

Una variante consiste nell'utilizzare due cateteri gemelli indipendenti che vengono posizionati in parallelo



Disegno della punta

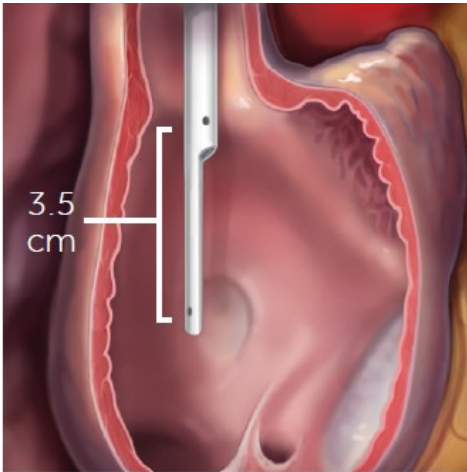


- A – Quinton Permcath
- B – Mahurkar step-tip
- C – Canaud/Tesio twin
- D – Ash split-tip
- E – Symmetric tip
- F – Self-centering tip

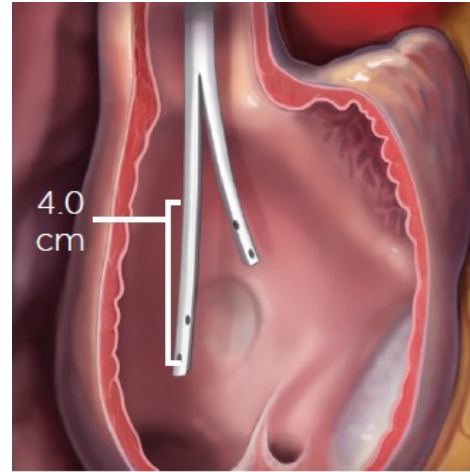
Figure 2. | Comparison of the overall design of various CVC for maintenance hemodialysis, with axial cross-section of the catheters shows the locations of side holes and ports. Circles, squares, and spaces indicate side holes or ports. (A) Quinton PermCath (20 French oval cross-section). (B) Mahurkar catheter, single body, DD design. (C) Canaud and Tesio twin catheters. (D) Ash split-tip catheter. (E) Symmetric-tip catheter by Tal. (F) Self-centering catheter (arrowhead indicates position of a self-sealing hole to allow the catheter to be threaded over a single guide-wire or stylet).

Disegno della punta

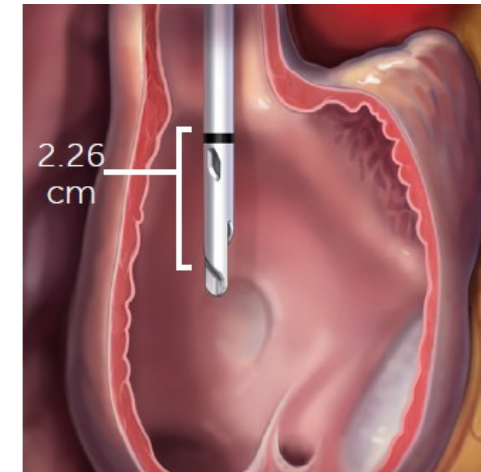
Step-tip



Split-tip



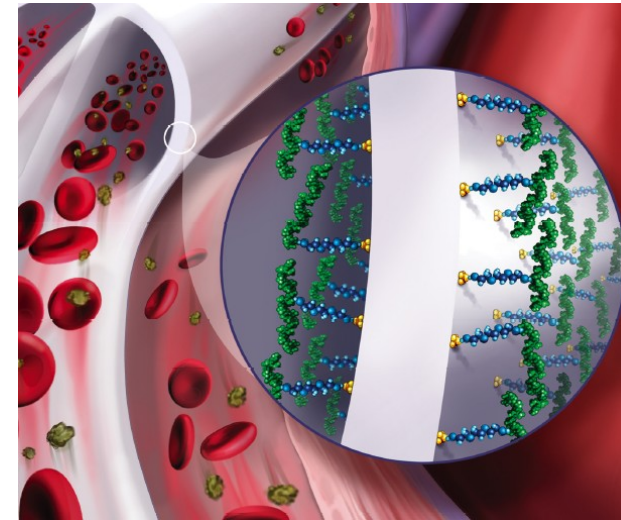
Symmetric-tip



NB: nessuna conformazione è risultata significativamente superiore rispetto alle altre o è raccomandata dalle linee guida

Coating del catetere

- . Antitrombotico → eparina
- . Antimicrobico → ioni d'argento



KDOQI

KIDNEY DISEASE OUTCOMES
QUALITY INITIATIVE

National Kidney Foundation

KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR
ACCESS: 2019 UPDATE



Charmaine E. Lok, Thomas S. Huber, Timmy Lee, Surendra Shenoy, Alexander S. Yevzlin, Kenneth Abreo,
Michael Allon, Arif Asif, Brad C. Astor, Marc H. Glickman, Janet Graham, Louise M. Moist, Dheeraj K. Rajan,
Cynthia Roberts, Tushar J. Vachharajani, and Rudolph P. Valentini

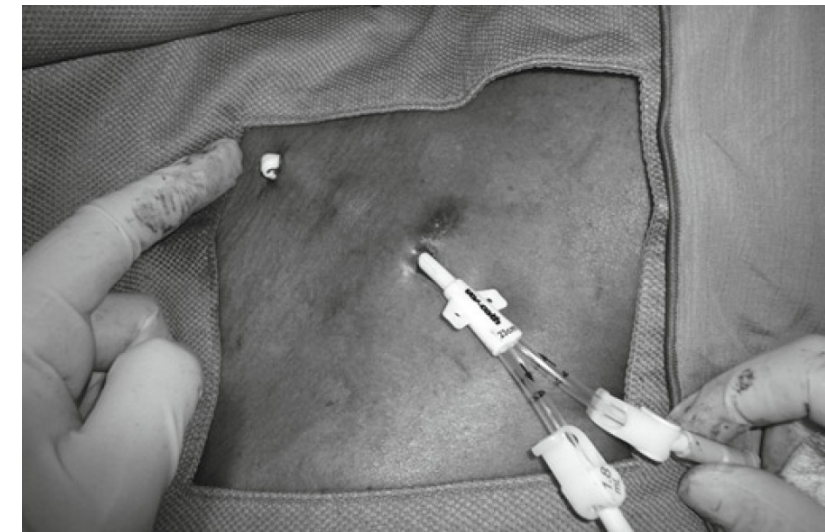
The true efficacy of antimicrobial-coated or impregnate CVCs to reduce infection is uncertain because of various methodological limitations, variable definitions (e.g., infection), inconsistent end points, and inadequate statistical analyses

Tunnellizzazione anterograda Vs retrograda

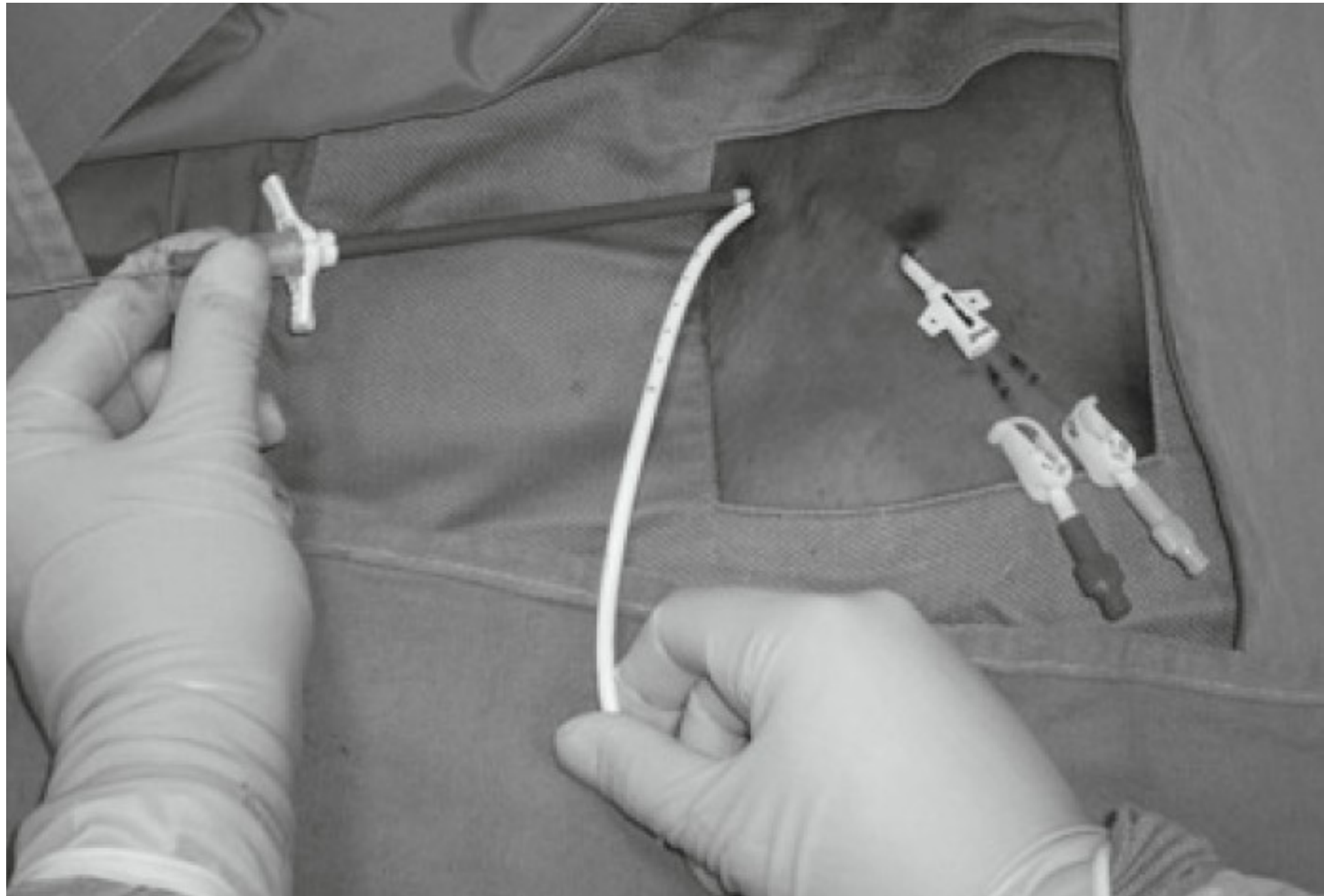


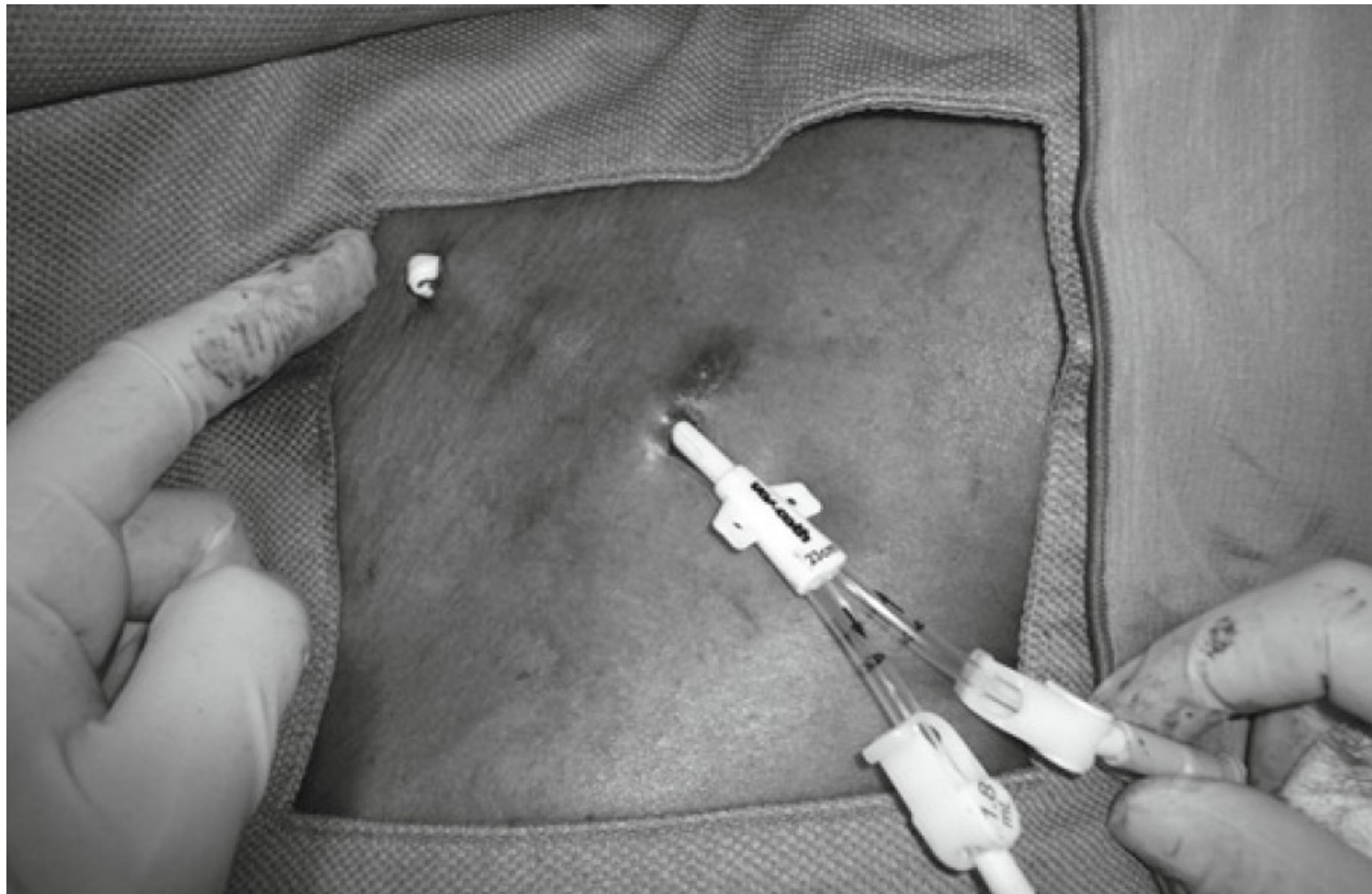
Tunnellizzazione anterograda

Per la **tunnellizzazione anterograda**, una volta incannulata la vena target, viene creato prima l'exit-site cutaneo attraverso il quale il catetere viene tunnellizzato dalla punta e successivamente inserito nella vena target previa sua apposita dilatazione



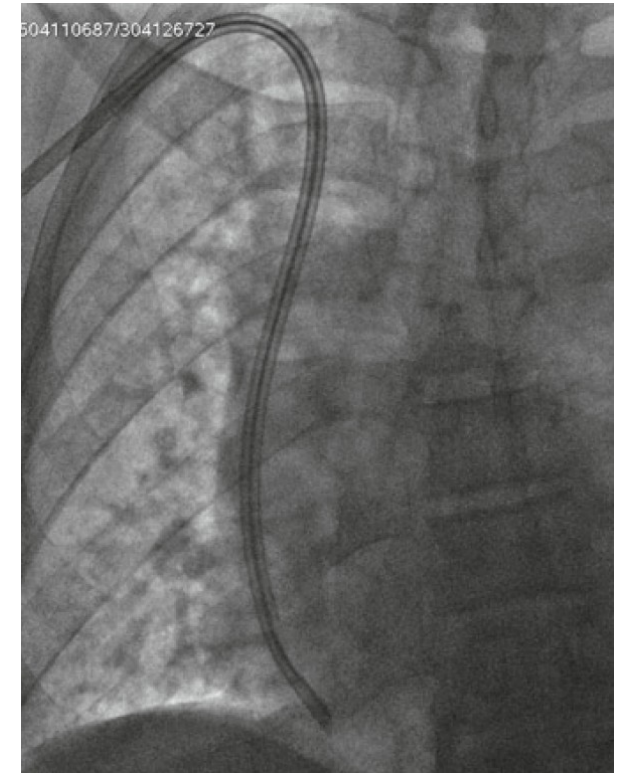
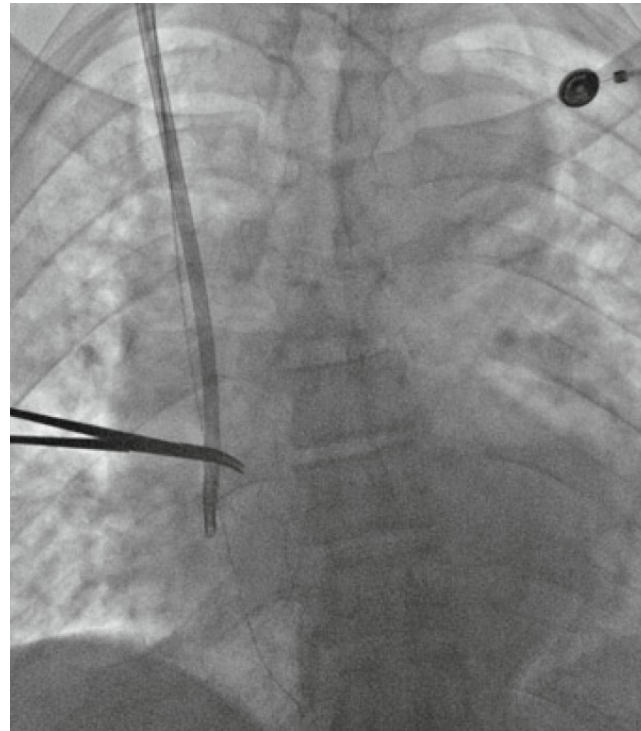




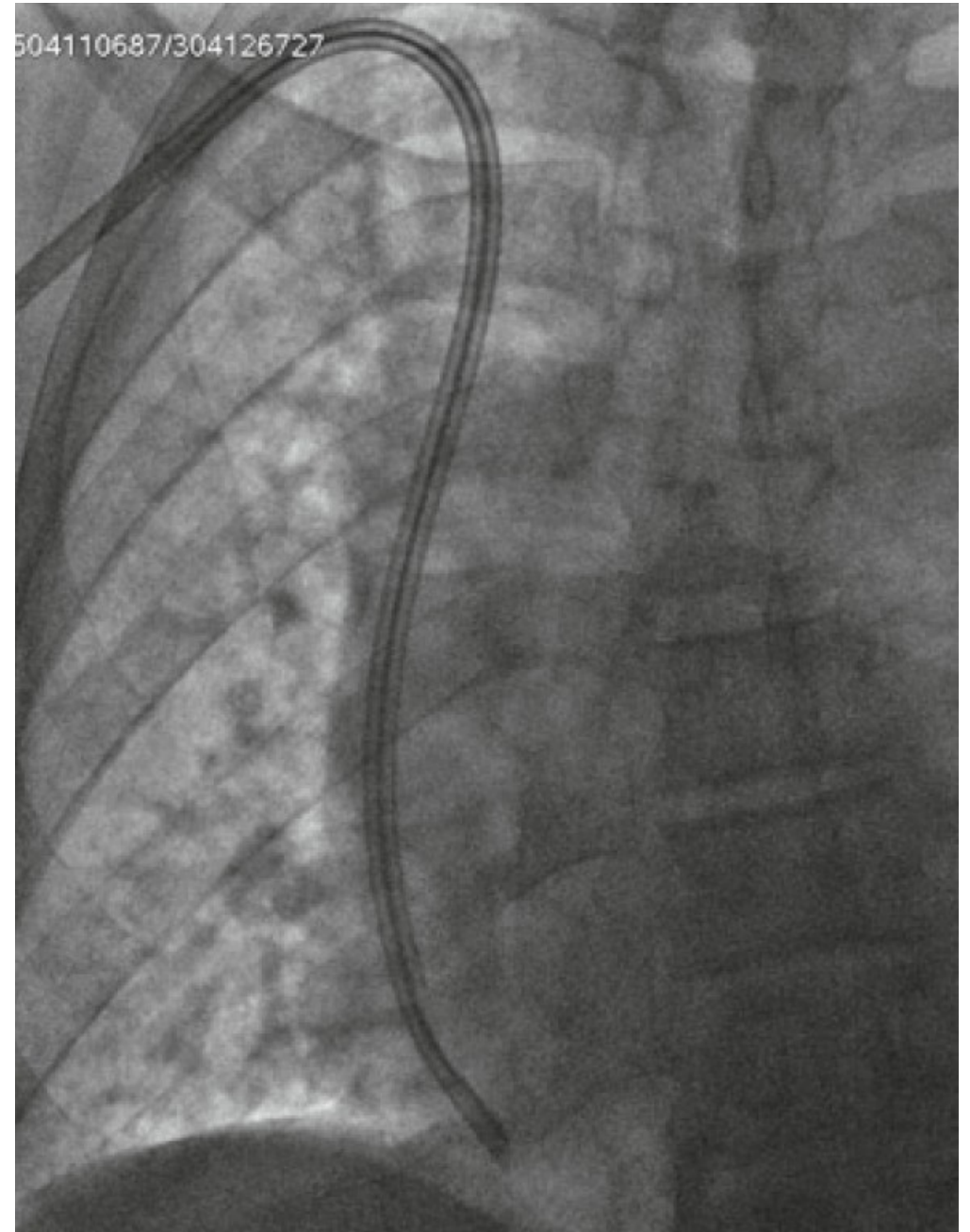
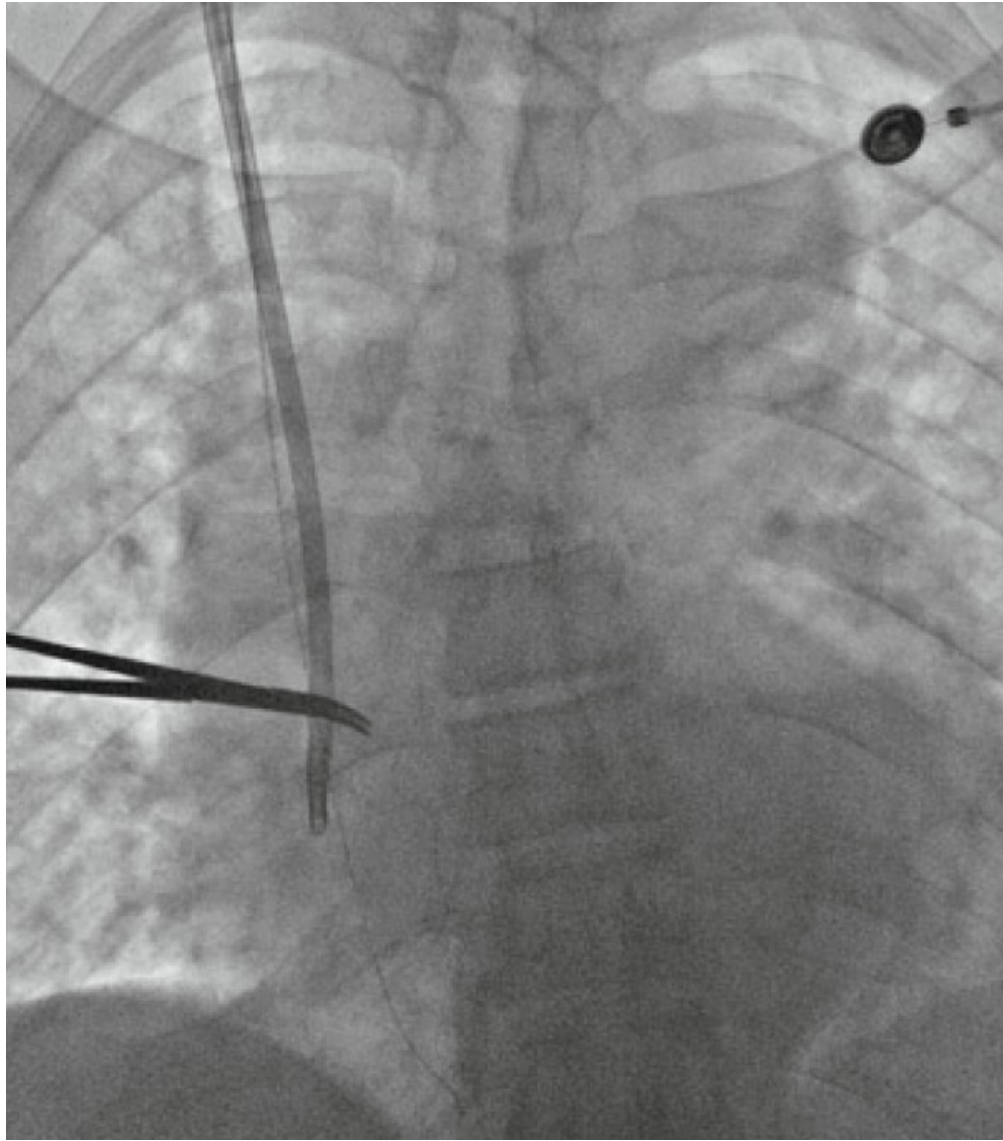


Tunnellizzazione retrograda

Per la **tunnellizzazione retrograda** il tunnel viene creato solo dopo che il catetere è stato posizionato nella vena e la posizione della punta in atrio destro controllata







Tunnellizzazione anterograda Vs retrograda

vantaggi e svantaggi

Anterograda



- . CVC pre-montato
- . più veloce
- . estensioni più corte

Retrograda



- . estensioni del CVC da montare dopo la tunnellizzazione (tempo)
- . catetere libero al momento dell'ingresso in vena
- . miglior controllo della posizione della punta
- . possibile sostituire estensioni danneggiate

Calibro e lunghezza del CVC tunnelizzato



Calibro: varia comunemente tra 12.5 e 15.5 Fr

Lunghezza* (come distanza punta-cuffia):

- approccio vena giugulare interna → per raggiungere l'atrio destro
 - VGI dx → 19-23 cm
 - VGI sn → 27-31 cm
- approccio vena femorale → per raggiungere la vena cava inferiore o l'atrio destro
 - Vfem → ≥ 40 cm

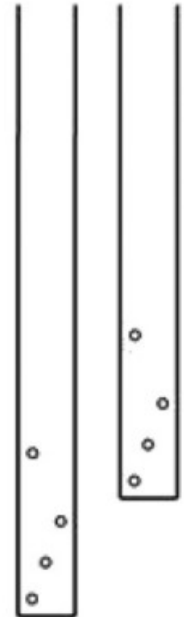
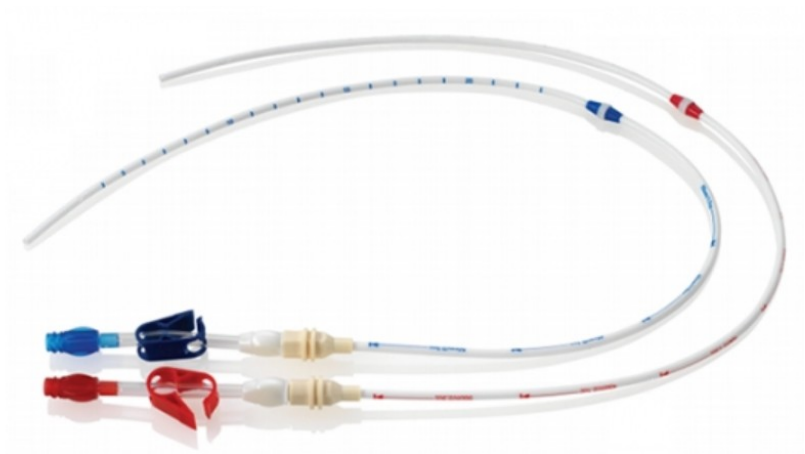
*misure suggerite per pazienti "normoconformati"

considerare la posizione del sito di venipuntura

Il catetere di Tesio

Due cannule gemelle indipendenti in parallelo

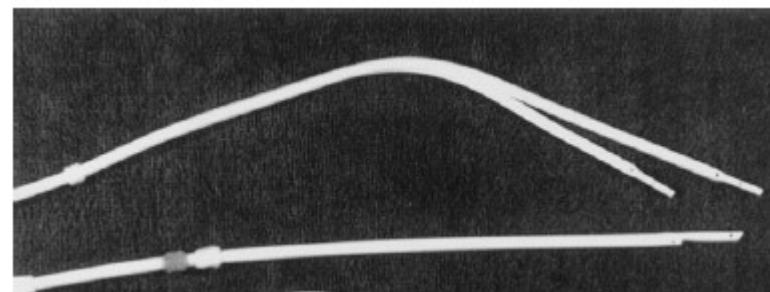
- disponibile in silicone e in poliuretano
- calibro 10 Fr x 52 cm con variabile posizione della cuffia:
 - approccio VGI destra, cuffia a 22 (A) e 25 (V) cm dalla punta
 - approccio VGI sinistra, cuffia a 27 (A) e 30 (V) cm dalla punta
- calibro 10 Fr x 70 cm per l'approccio femorale
- due venipunture e due dilatazioni di «piccolo» calibro
- due tunnellizzazioni (sempre retrograde)
- due cuffie in silicone e dacron
- due punte cilindriche con foro all'estremità e fori laterali
- possibilità di posizionarle lontane tra loro per ridurre il ricircolo
- non preveisto ancoraggio con punti di sutura, adattabile a sistemi di fissaggio sutureless e sottocutanei



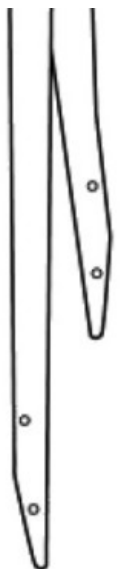
I cateteri step-tip e Ash split



Mahurkar applica la doppia-D al catetere per emodialisi prima temporaneo e successivamente tunnellizzato sviluppando un catetere da 15 Fr che garantisce un flusso adeguato



Successivamente Ash ha sviluppato un catetere a punta splittata nel quale il corpo della doppia-D si separa in due punte distinte, flottanti e distanti tra loro per ridurre il ricircolo



I cateteri step-tip e Ash split

Un catetere *single-body* con due lumi a doppia-D

- disponibile in silicone e in poliuretano
- calibro 12.5 – 15.5 Fr, lunghezze variabili punta-cuffia
- una sola venipuntura
- tunnellizzazione anterograda o retrograda
- una cuffia in dacron
- punte separate a una distanza di circa 3-4 cm
- le punte Ash split consentono di avere fori su tutta la superficie della punta e hanno dimostrato maggiore *patency* Vs le punte step-tip in alcuni studi
- nella modalità *forward-flow* il ricircolo è < 10%, nella modalità *reverse-flow* può arrivare al 30%
- *single-body* = più veloce, più semplice nel passaggio da temporaneo a tunnellizzato
- presenza di alette di ancoraggio per punti di sutura
- adattabile a sistemi di fissaggio sutureless



I cateteri a punta simmetrica

Più recentemente sono stati introdotti cateteri a punta simmetrica che sfruttano l'energia cinetica indotta dalla particolare forma della punta per ridurre drasticamente il ricircolo (studi *in vitro* anche <1%)

Hanno il vantaggio di poter posizionare la punta nel centro dell'atrio. Per la loro caratteristica possono essere utilizzati invertiti senza riduzione dell'efficienza



CVC tunnellizzati

Statement: CVC Configuration and Materials

5.1 KDOQI suggests that the choice of tunneled HD CVC type and design be based on the clinician's discretion and best clinical judgment. (Conditional Recommendation, Low Quality of Evidence)

Silicone o poliuretano?

Silicone

PROS

- . biocompatibilità e biostabilità
- . morbidezza e flessibilità
- . resistenza alla compressione
- . neutralità chimica
- . resistenza all'adesione batterica

CONS


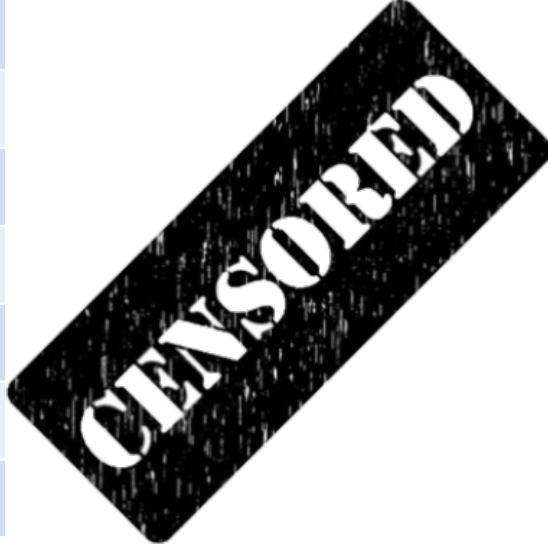
- . necessitano di mandrino per l'inserimento
- . ridotto calibro interno a parità di Fr
- . maggiore tendenza al kinking
- . minore resistenza nel lungo periodo
- . fissurazione e/o rottura da sollecitazione meccanica, migrazione della punta

Poliuretano

- . poliuretani di terza generazione
- . rigidità facilita l'operatore in fase di inserimento
- . adattamento con il calore (termosensibile)
- . ottima resistenza nel lungo periodo
- . ottima resistenza a sollecitazioni meccaniche, tensioni e carichi
- . maggiore calibro interno a parità di Fr
- . nessuno svantaggio dal punto di vista di complicanze trombotiche o infettive

Costo

Costo unitario per kit di posizionamento di CVC tunnelizzati

Costo unitario kit	Modello	Marca
145 euro		
165 euro		
196 euro		
235 euro		
235 euro		
235 euro		
250 euro		

Scelta del giusto CVC tunnellizzato

1. *single-body* o «tipo Tesio»
2. disegno della punta
3. coating del catetere
4. tunnellizzazione anterograda o retrograda
5. calibro (Fr)
6. lunghezza (!)
7. materiale
8. costo (e frequenza di sostituzione!)
9. esperienza personale e del centro (tassi di malfunzionamento, scuffiamento o rimozione accidentale, infezione, ...)



Medicazione

Pulizia del campo con soluzioni a base di clorexidina e **asciugatura**

Ancoraggio

- punti di sutura
- sutureless
- sistemi di ancoraggio sottocutaneo

Applicazione di **colla in cianoacrilato**

Medicazione **traspirante e trasparente** all'exit site

Medicazione **compressiva** alla base del collo e lungo il tunnel



3. Allestimento di **fistole artero-venose**

- **Equipe:** due chirurghi (primo operatore e aiuto), ferrista (?), uno/due infermieri
- **Setting:** sala operatoria o saletta ambulatoriale di chirurgia mini-invasiva; rapido accesso al servizio di rianimazione in caso di complicanze
- **Strumentazione:** tavolo operatorio rigido, sistema di monitoraggio dei parametri vitali, lampada scialitica, tavolo di Mayo o altro carrello portastrumenti

Sicurezza:

- **Linea venosa periferica** pronta all'uso
- Somministrazione di eventuale **terapia antibiotica** profilattica
- Misurazione e registrazione dei **parametri vitali**
- Impostazione di **monitoraggio ECG** in continuo e acustico



Preparazione:

- eventuale **tricotomia** della zona interessata (ampi margini)
- **Pulizia** della cute con acqua e sapone se visibilmente sporca

Protezione individuale e sterilità:

- **DPI:** Cuffia, occhiali protettivi, mascherina chirurgica
- **Lavaggio delle mani** secondo i protocolli di sala operatoria
- **Vesitazione** chirurgica

Campo sterile:

- **Disinfezione** della cute in modo sterile con soluzioni contenenti clorexidina al 2%
- Posizionamento dei teli sterili e adesivi a delimitare il **campo operatorio** (copertura di tutto il corpo piedi compresi)



Sistemi per l'ingrandimento:

- **lenti galileiane**

- ampio campo visivo
- minore ingombro e peso
- minore costo



- **lenti prismatiche**

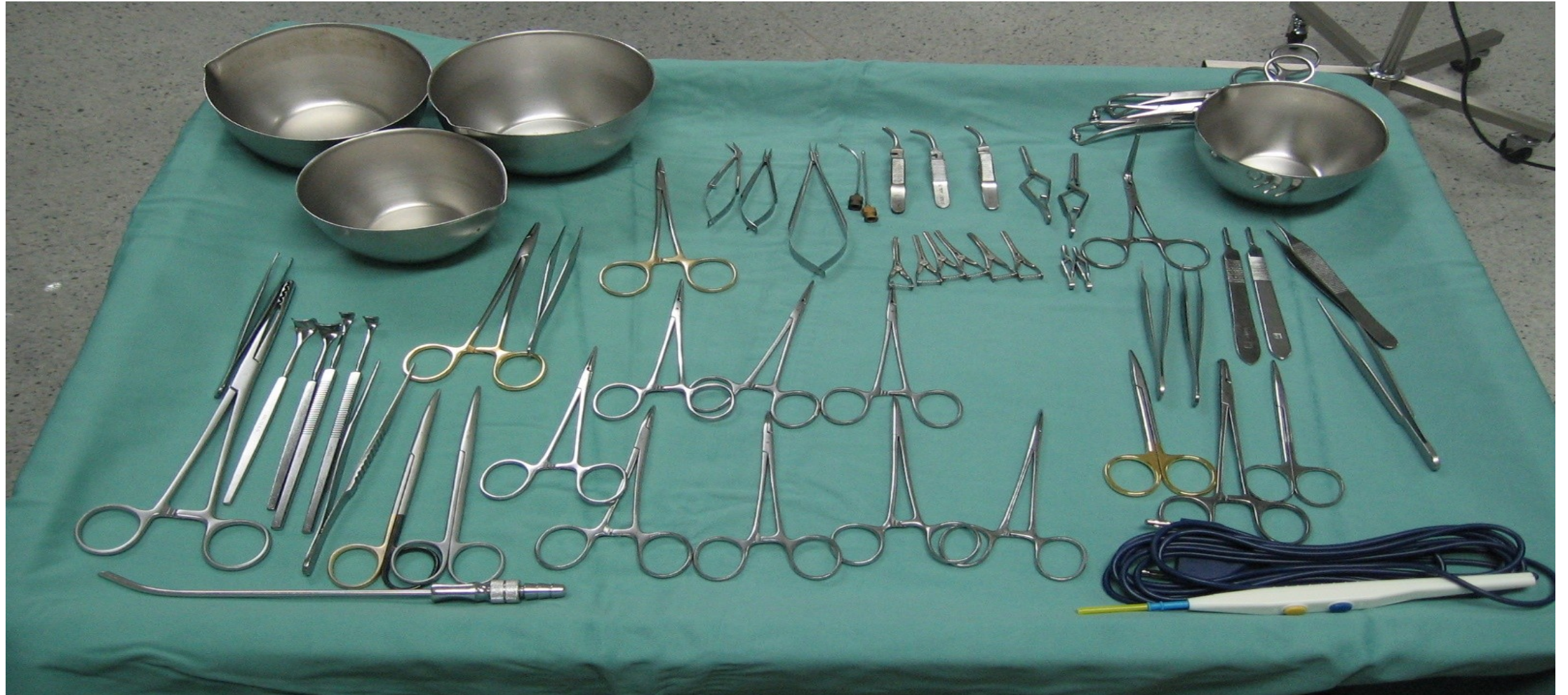
- maggiore ingrandimento
- migliore illuminazione e immagine
- migliore definizione dei particolari



- **microscopio**



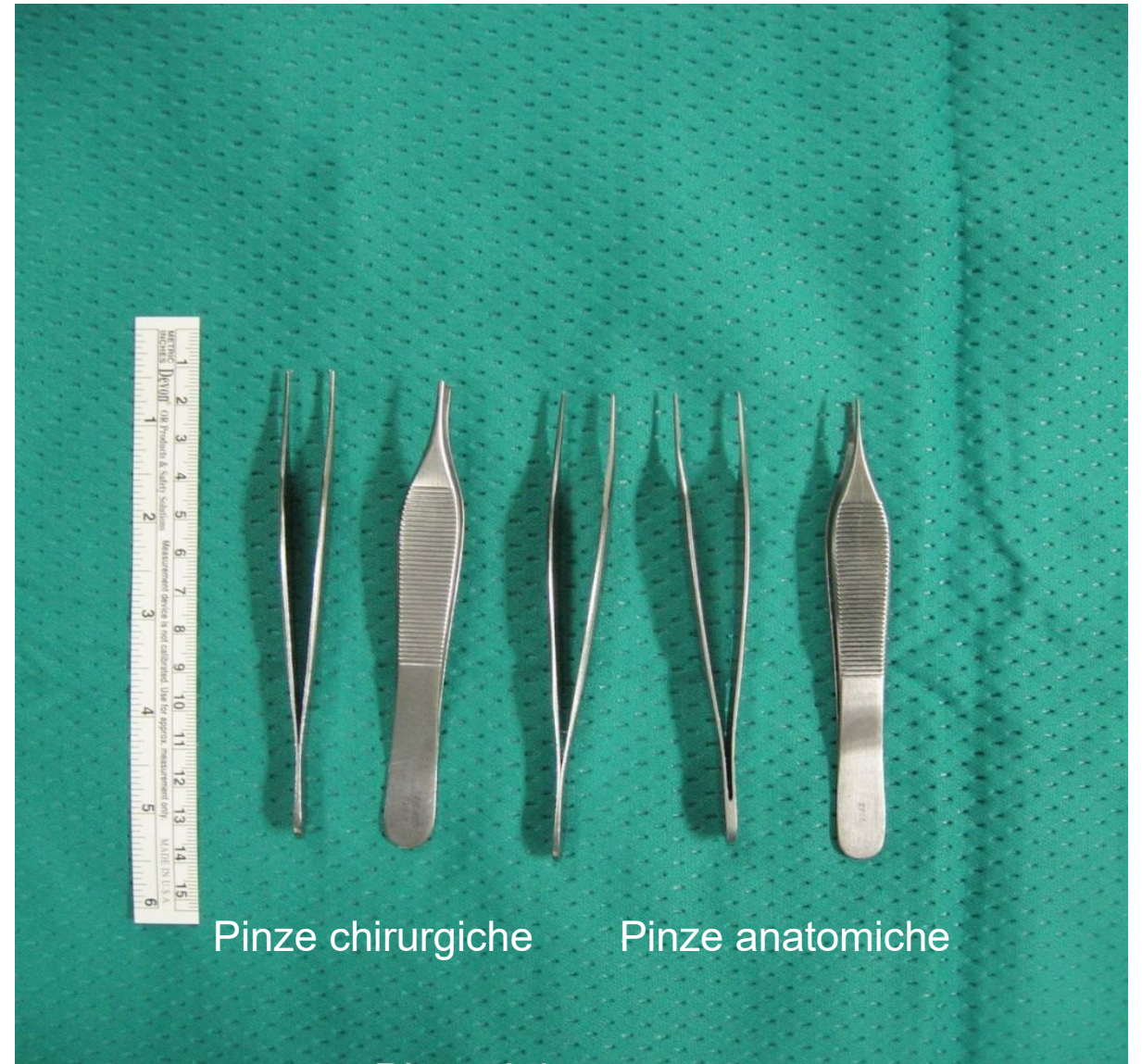
Preparazione del tavolo di Mayo e disposizione dei ferri chirurgici



Gli strumenti in dettaglio



Divaricatori Cushing n°2 e n°8

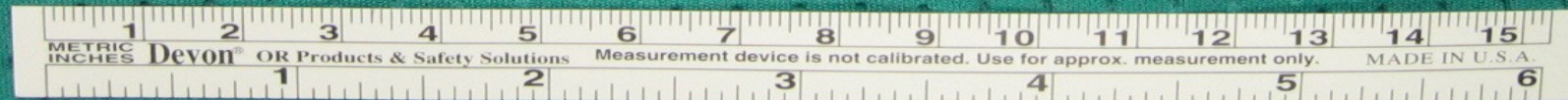
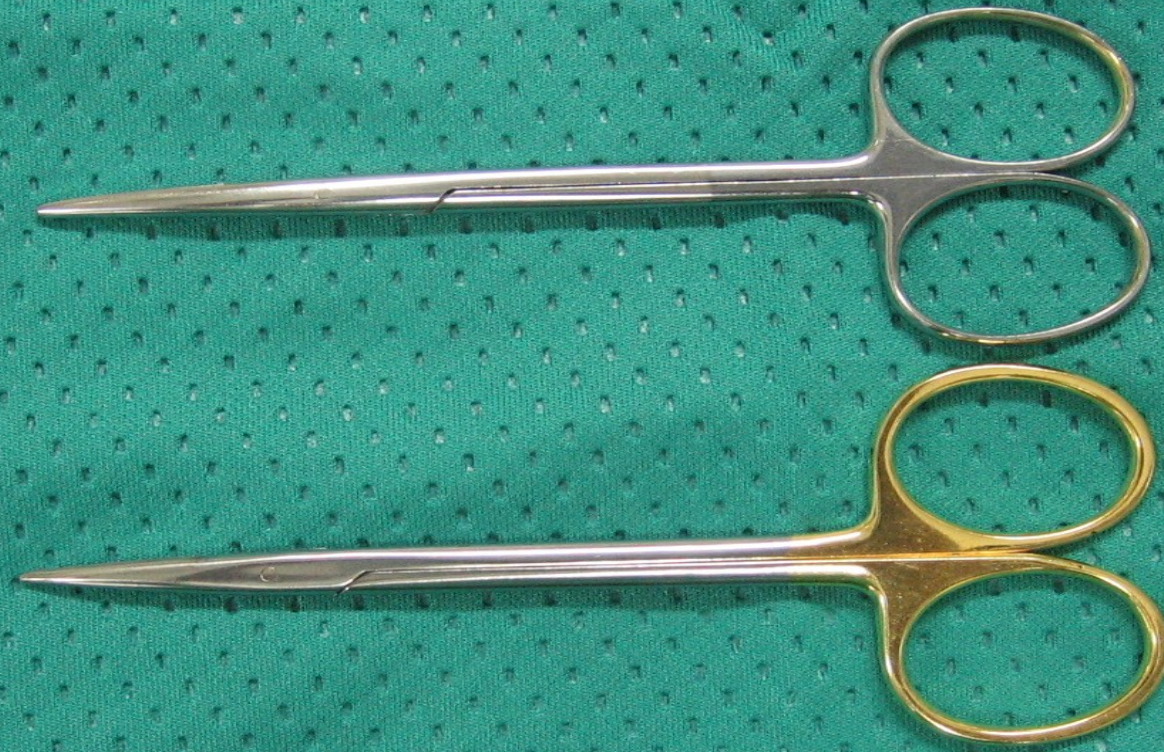


Pinze chirurgiche

Pinze anatomiche

Pinze Adson

Forbicine Strabismuss curve 11,5 cm punta smussa



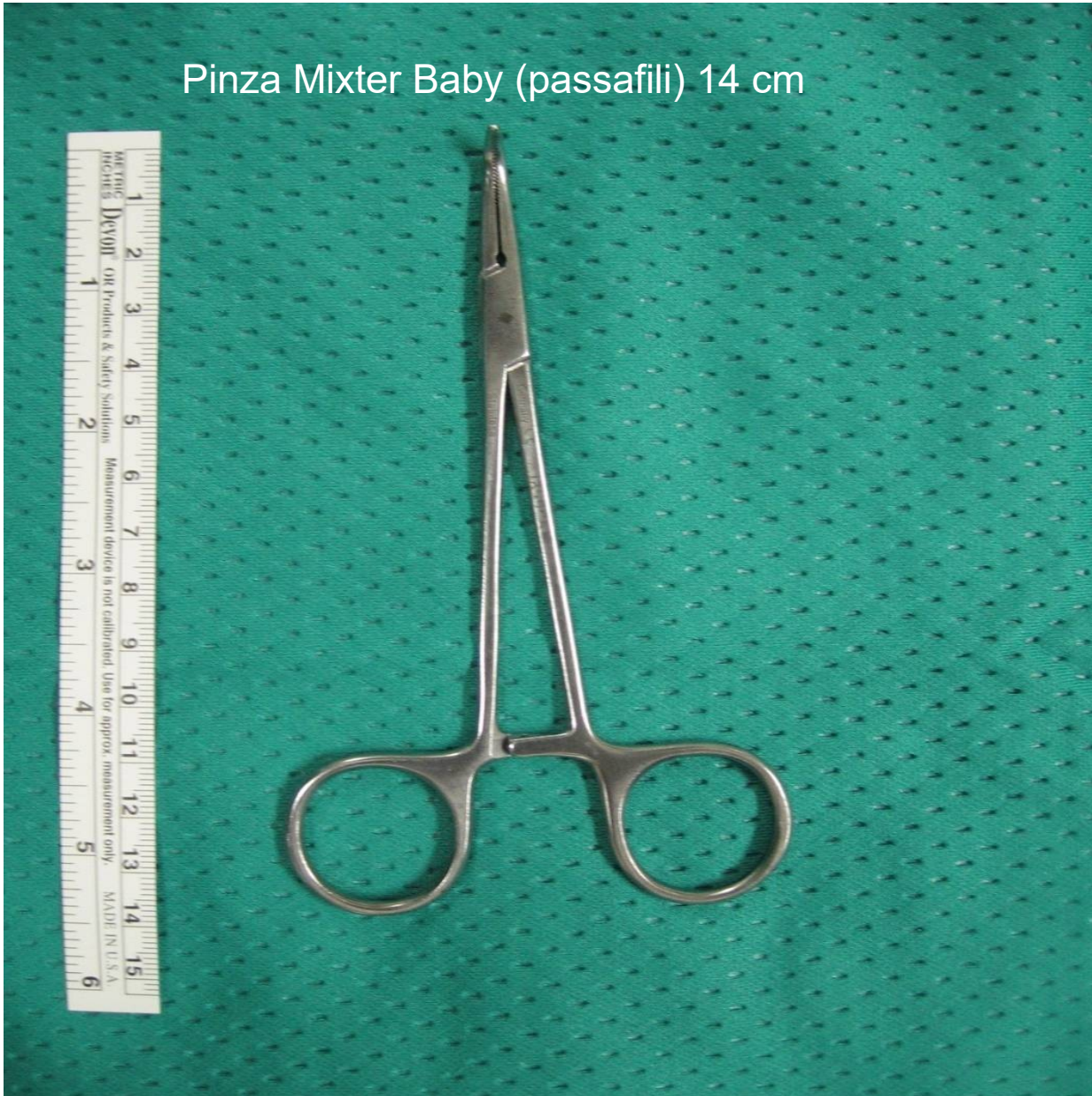
Angiostati Bulldog curvi e retti 5 cm



Angiostati al carbonio retti e curvi arteriosi e venosi 3,5 cm



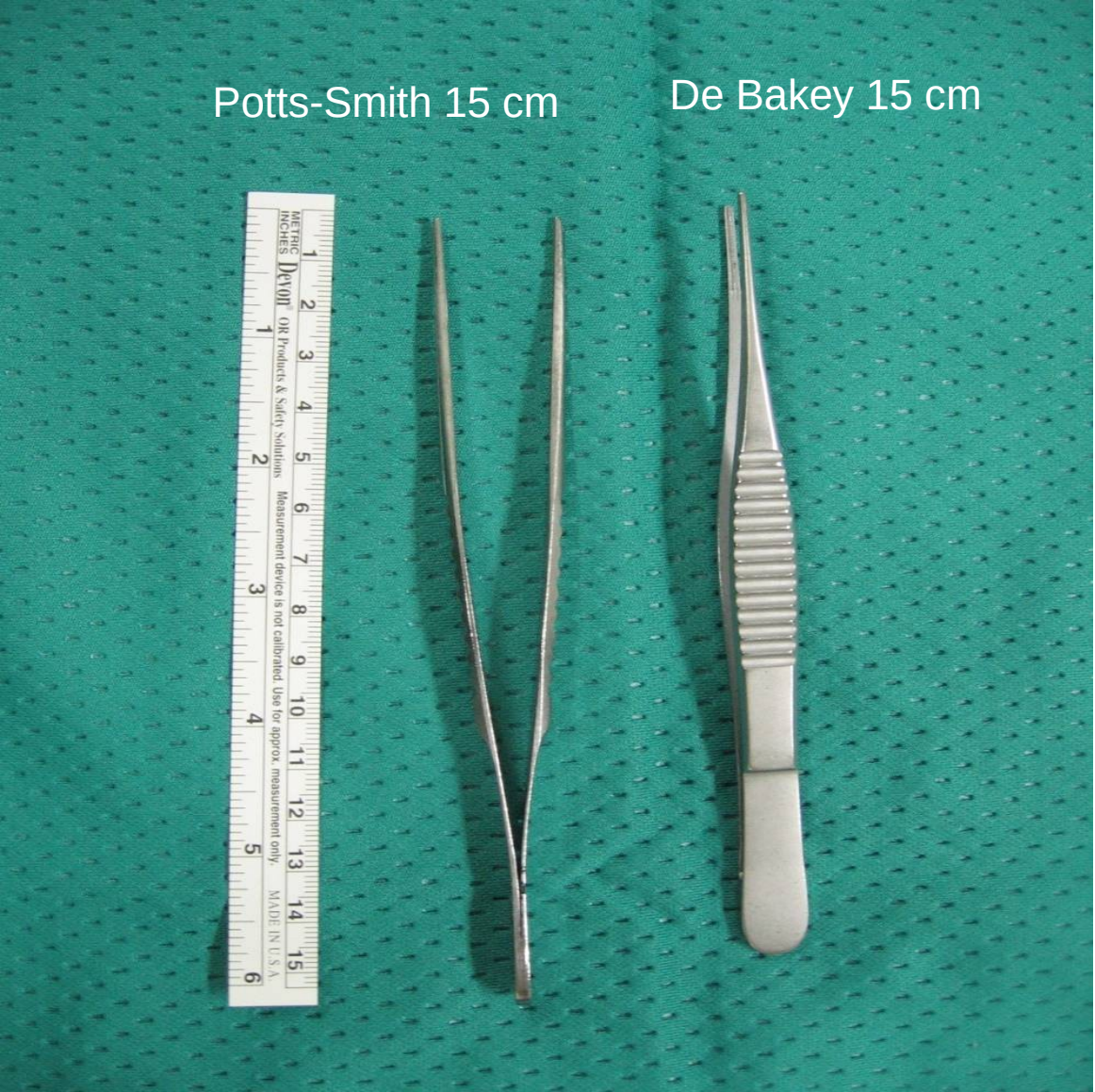
Pinza Mixer Baby (passafili) 14 cm



Portaghi



Pinze



Bisturi con lame n° 15 e n°11



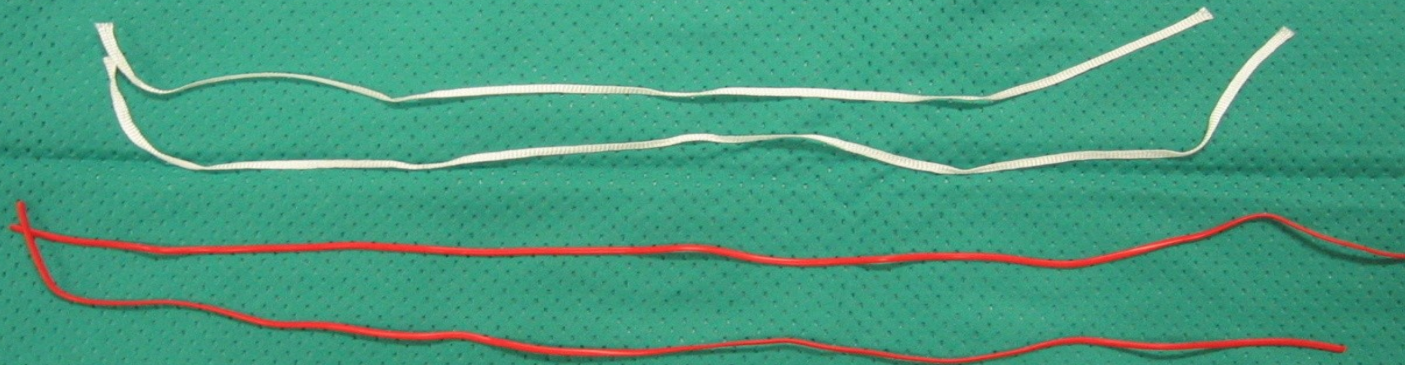
Forbice Metzemaum curva 15 cm punta smussa



Backhaus



Pinze Mosquito rette e curve

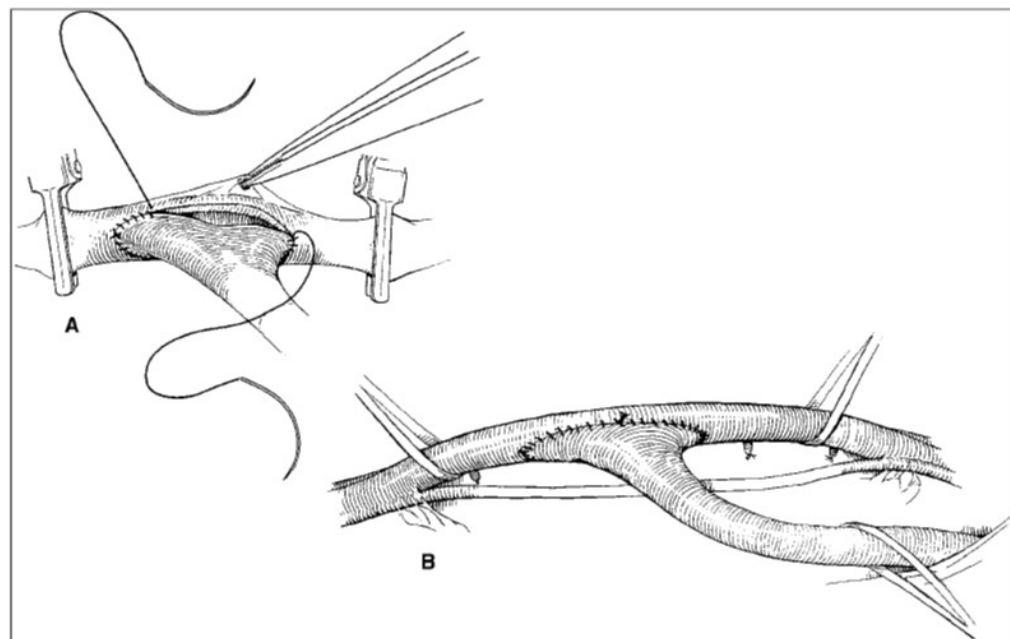
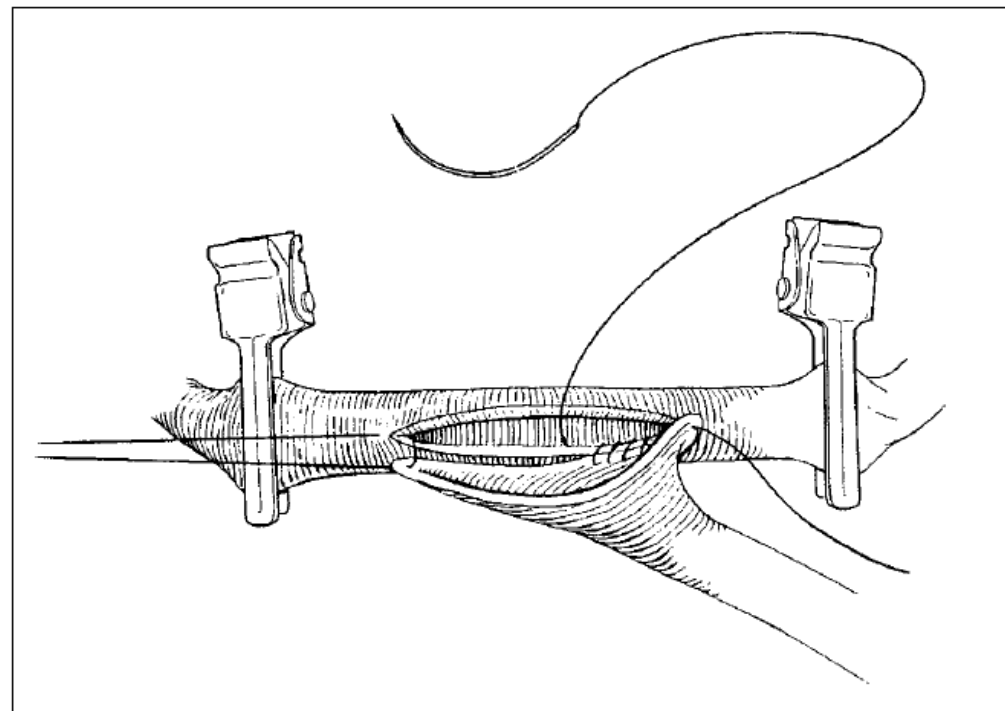


Anse vascolari

Forbicina
microangolata 9 cm
(a becco d'oca)



Portaghi castroviejo 9 cm e 14
cm



I materiali

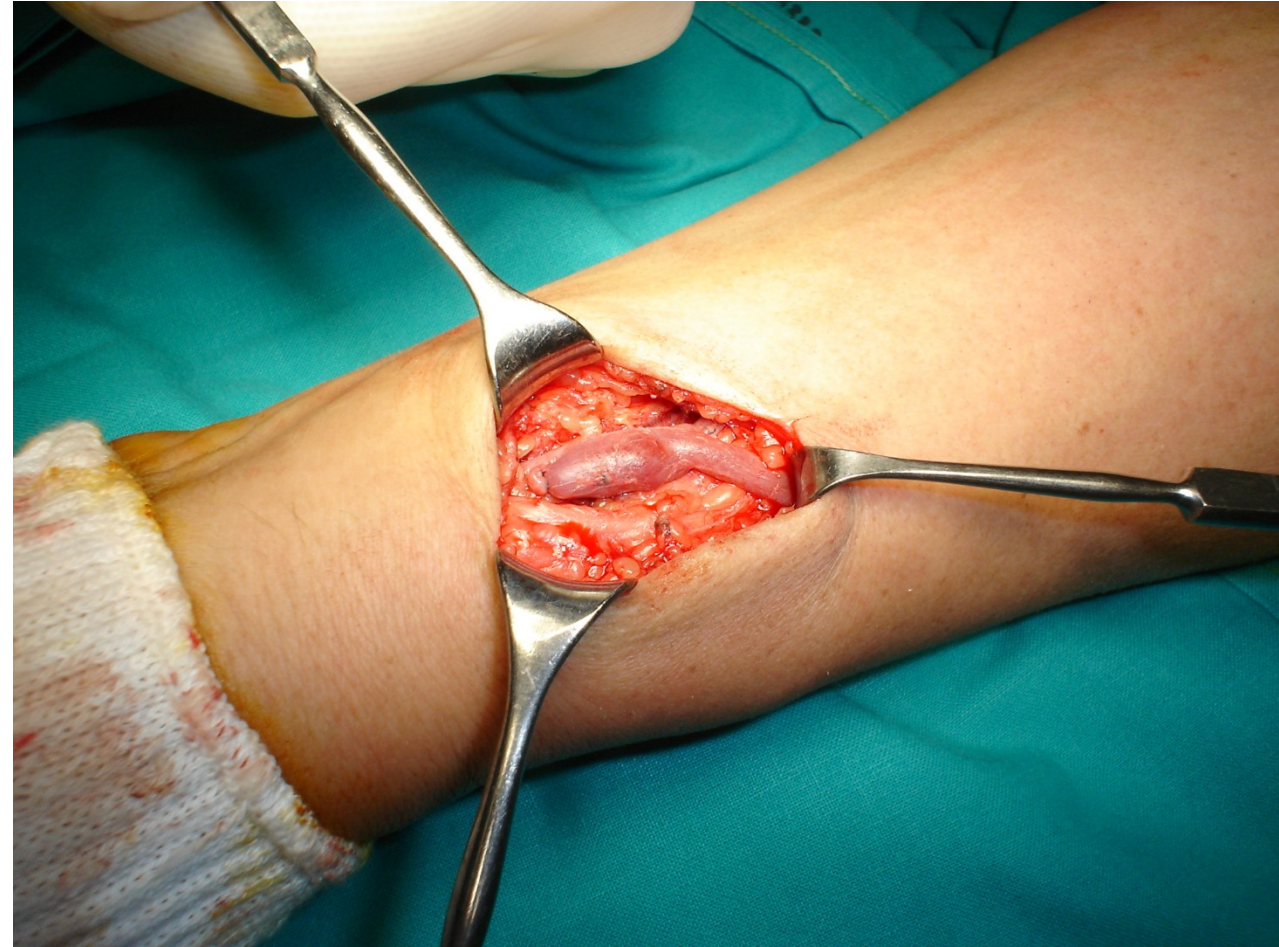
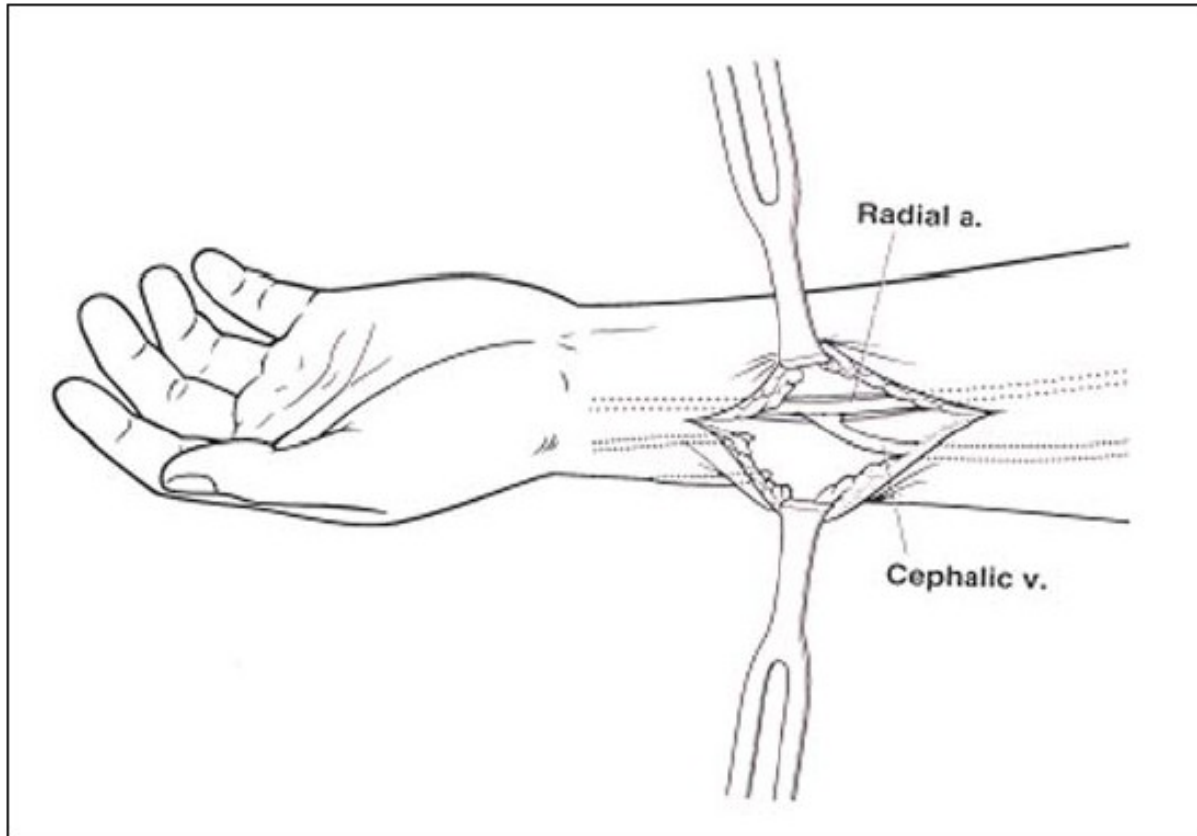


Fili di sutura

1. Prolene 8-0
2. Prolene 7-0
3. Seta 6-0
4. Seta 4-0
5. Polysorb 4-0
6. Vicryl Rapide 4-0

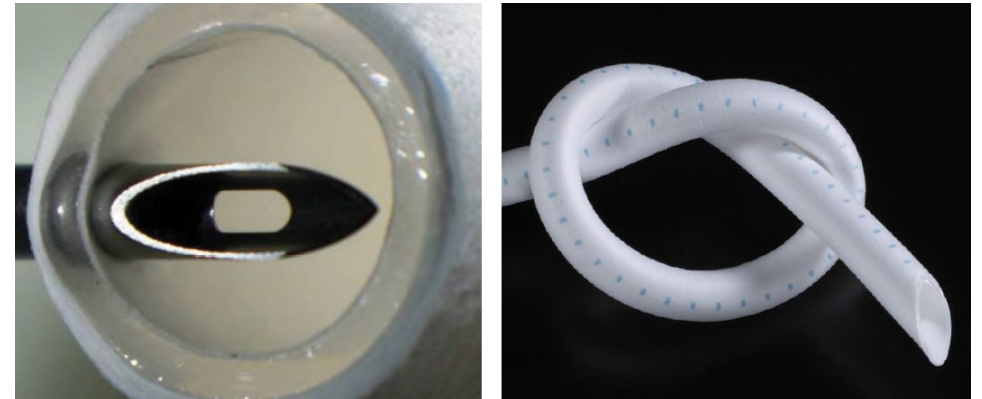
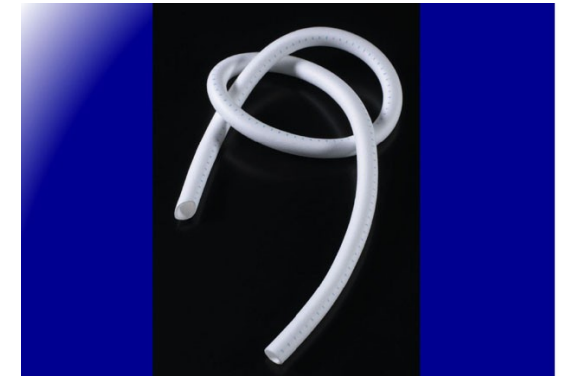


FAV native



FAV protesiche

- Standard PTFE (stretch, rigide, curve)
- PTFE eparinato
- Early cannulation (24h)
- Bioprotesi (bovino, ovino)



FAV protesiche



Strumenti per casi complessi – multidisciplinarietà

- Salvataggio di CVC
 - CVC incarcerato, fibrin sheath (es. stripping, manovra di pallonamento di Hong)
 - stenosi venose centrali (es. angioplastiche senza/con posizionamento di stent)
 - perdita della via convenzionale all'accesso centrale (es. sistemi ibridi, in-out)
- Recupero di FAV
 - stenosi dell'anastomosi o del deflusso venoso (angiografia e angioplastica, palloni medicati, stent, interposizione di ponte protesico)
 - trombosi (es. trombectomia mediante fogarty, fibrinolisi)
- Allestimento di EndoFAV
 - sistemi a singolo catetere a resistenza termica
 - sistemi a due cateteri in parallelo con magneti e radiofrequenza
- Preparazione di vasi difficili
 - applicazione di sistemi di supporto anastomotico esterno
 - arterie calcifiche (es. litotrissia intraoperatoria dell'arteria radiale)

Bibliografia

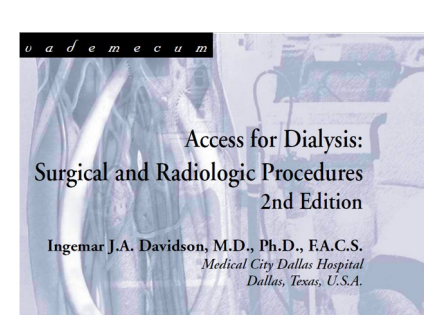
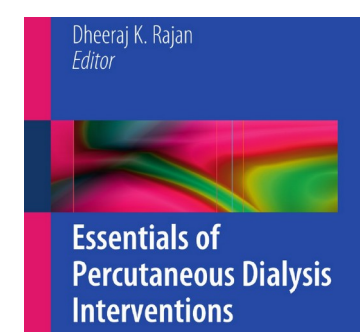
KDOQI

KIDNEY DISEASE OUTCOMES
QUALITY INITIATIVE

National Kidney Foundation

KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR
ACCESS: 2019 UPDATE

Charmaine E. Lok, Thomas S. Huber, Timmy Lee, Surendra Shenoy, Alexander S. Yezlin, Kenneth Abreo,
Michael Allan, Arif Asif, Brad C. Astor, Marc H. Glickman, Janet Graham, Louise M. Moist, Dheeraj K. Rajan,
Cynthia Roberts, Tushar J. Vachharajani, and Rudolph P. Valentini



- Ash SR. Advances in tunneled central venous catheters for dialysis: design and performance. Semin Dial. 2008 Nov-Dec;21(6):504-15
- Beathard GA. Role of interventional nephrology in the multidisciplinary approach to hemodialysis vascular access care. Kidney Res Clin Pract. 2015 Sep;34(3):125-31.
- Davidson IJA, Access for Dialysis: Surgical and Radiologic Procedures, 2002
- Engstrom BI, et al. Tunneled internal jugular hemodialysis catheters: impact of laterality and tip position on catheter dysfunction and infection rates. J Vasc Interv Radiol. 2013 Sep;24(9):1295-302.
- Juncos LA, et al. Vascular access, membranes and circuit for CRRT. Semin Dial. 2021 Nov;34(6):406-415.
- KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. AJKD Vol 75, Issue 4, Suppl 2, April 2020
- Ling XC. A systematic review and meta-analysis of the comparison of performance among step-tip, split-tip, and symmetrical-tip hemodialysis catheters. J Vasc Surg. 2019 Apr;69(4):1282-1292
- Rajan DK. Essentials of Percutaneous Dialysis Interventions, 2011
- Silverstein DM, et al. Clinical and Regulatory Considerations for Central Venous Catheters for Hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 13: 1924–1932, 2018

Grazie per l'attenzione!

Francesco Guzzi
SOC Nefrologia e Dialisi
Nuovo Ospedale Santo Stefano – Prato
Azienda USL Toscana Centro
francesco.guzzi@uslcentro.toscana.it