

PisaMedica

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

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



in questo numero:

Alzheimer e genetica: Pisa in un progetto europeo

M. Mancuso - G. Tognoni
G. Siciliano - U. Bonuccelli
Clinica Neurologica AOUP

La questione fillers

G. Rossi
Presidente SMOLT

Innovativo accordo tra Ordine dei Medici e Università di Pisa

G. Figlini
Presidente dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Oltre... il conto on line

Tu hai 1000 impegni, e allora...

**Banca di Cascina esce dall'ufficio
e viene da te**

Come?

Sempre:

con RELAX BANKING
che porta **il tuo conto corrente
direttamente sul tuo PC**

Quando vuoi:

ti veniamo a trovare noi
Non ci credi? Prova

**condizioni esclusive riservate
agli iscritti all'Ordine dei Medici**

**Trova qui la filiale
di Banca di Cascina
più vicina.**

Cascina

viale C. Comaschi, 4 Cascina (PI)
tel. 050 717211 • fax 050 717227

Casciavola

viale 2 Giugno, 37 Casciavola (PI)
tel. 050 760540 • fax 050 776843

Ghezzano

via Metastasio, 20/22 Ghezzano (PI)
tel. 050 878601 • fax 050 878635

Marina di Pisa

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

Perignano

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

SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94
Corso Italia, 24



Banca di Cascina

La forza della semplicità



Medicina territoriale: una riforma targata Pisa

Siamo stati i primi a sostenere che era tempo di cambiare per migliorare e così è stato: la ristrutturazione della medicina di base e del territorio avevano bisogno di una nuova immagine operativa, più funzionale e adattabile alle nuove esigenze del settore e della società che cambia. Ci credevamo ed ancor più ci crediamo tutt'ora, certi che la risposta dei cittadini sarà positiva. I frutti li vedremo dunque giorno per giorno, anche grazie all'impegno dei singoli operatori e dei gruppi di lavoro. Indubbiamente non è stato facile in fase di progettazione, perché le novità così profonde come le Aggregazioni Funzionali Territoriali non sempre trovano all'inizio il consenso unanime. Abbiamo quindi compreso la sorpresa e lo scetticismo di alcuni, accettato le perplessità di altri ma, forti delle nostre idee, abbiamo proseguito il cammino intrapreso.

Se dunque la Toscana si è dimostrata innovativa in un settore cardine dell'assistenza sanitaria, Pisa ha fatto senz'altro la propria parte, con umiltà e determinazione, ponendosi fin dall'inizio come capofila in un percorso che non poteva essere disatteso più oltre. Abbiamo ascoltato tutti, colleghi, istituzioni, cittadini ed abbiamo poi formulato un piano di rinnovamento adatto alle realtà, quale soprattutto la necessità di razionalizzare le spese ed al

contempo dare alla gente un servizio più completo e sicuro.

Quanto ci ha preceduto, ha consentito comunque di svolgere sempre un egregio servizio a tutela della popolazione secondo i dettami della Riforma Sanitaria, che rimane cardine dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo solo perfezionato il metodo di lavoro, aggiunto migliorativi, eliminando le fonti d'appesantimento del sistema, un lavoro d'attenta cesellatura, così come tanti anni fa fecero altri riformatori. Progresso significa miglioramento, scoperta di ulteriori iniziative per dare al meglio quei diritti sanciti dalla Costituzione, nello stesso modo in cui si muove la ricerca scientifica: un passo in più, ogni giorno, per contribuire al raggiungimento dello scopo finale.

Il percorso non sarà facile, ce ne rendiamo conto, perché da un lato cresce la domanda di salute e dall'altro si riduce il supporto finanziario, ma è sempre stato così. Però siamo convinti che con il contributo di tutti, operatori sanitari, istituzioni e cittadini, si otterrà ogni volta il risultato più concreto. Indietro non torneremo.



PisaMedica

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

Direttore Responsabile
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,
Paolo Monicelli, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio
Petri, Angelo Baggiani, Cataldo
Graci, Amalia Lucchetti, Antonio
De Luca, Stefano Taddei, Paolo
Baldi, Franco Pancani, Filippo
Graziani, Teresa Galoppi,
Alberto Calderani, Roberto Trivelli

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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da Luca Calcagno

Effetti della Biodanza® sulla funzionalità dei Parkinsoniani

Chi soffre del Morbo di Parkinson, una malattia neurodegenerativa che danneggia i neuroni dopaminergici della *substantia nigra*, presenta disturbi motori e non. I primi consistono classicamente nel tremore, nella bradicinesia e nella rigidità somatica, di solito associati all'instabilità posturale ed alla difficoltà nello scrivere, nel deambulare e, talvolta, nel parlare e nel deglutire. Gli altri comprendono ansia, depressione, deficit cognitivi, disturbi del sonno, problematiche vegetative, disfunzioni olfattive.

Il trattamento farmacologico e/o chirurgico talvolta non è così efficace come ci si aspetterebbe che fosse; d'altro canto, la riabilitazione rappresenta un utile supporto tera-



Rolando Toro Araneda, ideatore della Biodanza®

peutico per il deficit funzionale. Comunque, a tutt'oggi, si sente la necessità di altre opzioni terapeutiche

complementari o alternative.

La Biodanza® può costituire uno strumento per stimolare la riappro-



Una sessione di Biodanza® per Adulti nella Sede dell'Associazione *Il cerchio della vita* a San Giuliano Terme



priazione e la rilegittimazione delle emozioni nelle persone che la utilizzano, in particolare in quelle che, come i Parkinsoniani, esperiscono una coartazione affettiva. La Biodanza® fa uso della musica, della danza e dell'interazione di gruppo per aumentare l'autostima, la vitalità e la gioia; nonché per rafforzare l'identità e per facilitare la comunicazione interpersonale.

Il Progetto

Allo scopo di indagare oggettivamente l'efficacia della Biodanza® come approccio complementare alla terapia farmacologica, è nata l'idea di un corso pilota di Biodanza® per Parkinsoniani.

Grazie ad una stretta e proficua collaborazione fra l'Associazione di Promozione Sociale *Il cerchio della vita*, che favorisce la diffusione della Biodanza®, e l'Associazione *Neuro-Care onlus* che si occupa dei malati neurologici e della loro riabilitazione, è stato possibile realizzare un corso, articolato in 20 sessioni settimanali, che è stato condotto dall'operatrice di Biodanza® Cristina Vannini e monitorato dall'équipe medica coordinata dal Dott. Paolo Bongioanni. Sono state eseguite prima ed al termine del Corso misurazioni di parametri motori, funzionali e psicologici dei pazienti. Il Corso si è svolto da gennaio a giugno 2011 a Pisa, ed ha permesso di rilevare sensibili mi-

glioramenti nelle condizioni cliniche dei pazienti dopo la frequentazione del Corso rispetto a quanto osservato prima del suo inizio.

Il Sistema Biodanza®

La Biodanza® è una tecnica di integrazione psicofisica basata sul movimento, la musica e l'interazione di gruppo. **Rolando Toro Araneda**, il suo ideatore, psicologo e antropologo cileno, ha messo a punto le dinamiche di base di questa metodologia, sperimentandole dapprima sui suoi pazienti psichiatrici nell'Ospedale di Santiago del Cile. Dopo anni di applicazione in vari ambiti terapeutici, ha scoperto i benefici effetti che la Biodanza® ha sul Morbo di Parkinson. La Biodanza® lavora sulla parte sana del malato, non sul sintomo. Induce a muoversi sull'onda delle emozioni evocate dalla musica e dall'esercizio proposto, per cui il paziente si muove spinto da una forte motivazione emozionale che lo stimola a realizzare spontaneamente complessi movimenti di adattamento e gesti con valenza relazionale, che integrano la sua struttura affettiva e quella motoria.

La proposta di Biodanza® ai Parkinsoniani risponde a tre esigenze:

1. miglioramento della motricità e relativo recupero dell'autonomia;
2. riduzione dello stato depressivo e contrasto alla demotivazione esistenziale;

3. riduzione della quota ansiosa.

Nel caso di una malattia degenerativa e progressiva come il Morbo di Parkinson, il paziente deve affrontare dapprima il trauma della scoperta della malattia ed in seguito i momenti di acutizzazione o peggioramento, purtroppo inevitabili. Spesso la malattia insorge ad un'età in cui la persona è ancora inserita nell'attività lavorativa, e questo può costringere ad un pensionamento anticipato e ad un'inattività che spesso la emargina. La crescente difficoltà motoria può causare difficoltà di espressione e tendenza alla dipendenza, aspetti che minano i rapporti affettivi e sociali. La perdita del ruolo professionale e spesso anche sociale, la criticità che può istaurarsi nei rapporti affettivi, fanno sperimentare una perdita di identità: la persona non sa più chi è e non si riconosce nel nuovo stato.

Per questo motivo con i Parkinsoniani è fondamentale più che in altri casi lavorare sull'identità per rinforzare l'autostima e la fiducia in se stessi e nella vita. Abilità e doti personali, sconosciute o mai coltivate, possono essere scoperte a partire da quel livello di autostima e di fiducia nella vita che la Biodanza® può aiutare a riconquistare. Il riscatto delle capacità residue va a diminuire il senso di svalorizzazione spesso sperimentato e aiuta a sentirsi

non dei malati, ma delle persone con tutta la dignità e la fierezza di cui ogni essere umano è degno. Il prendere coscienza del proprio immutato valore aiuta a prendere consapevolezza dei propri limiti e ad accettare la malattia con più serenità.

E' per questo importante che nel gruppo si crei un ambiente di pari opportunità, che si lavori un contesto di ascolto accogliente, protetto e non giudicante, dove ognuno possa parlare liberamente dei propri problemi, un ambiente misto ed arricchente dove il malato non si senta il destinatario di una terapia specifica per la sua malattia, ma abbia la consapevolezza di essere in un percorso di crescita personale condiviso con molti altri.

Per tale ragione è estremamente positiva la partecipazione al corso di accompagnatori, operatori e volontari. Essi portano con la loro danza esempi di schemi motori sani da riprodurre, e con la loro presenza schemi comportamentali ben lontani dalla malattia, che permettono di superare il senso di emarginazione e la timidezza per le difficoltà.

La partecipazione alle sessioni di Biodanza® dei caregiver, quei familiari o operatori che quotidianamente si prendono cura di una persona malata, è fortemente incoraggiata. La Biodanza® lavora sul rapporto fra le persone ed in questo caso si tratta di un rapporto molto importante e particolare, che è messo a dura prova dal progredire della malattia. E' importante riportare questo rapporto ad un livello di parità dove non ci sia uno che dà ed uno che riceve, ma due persone che collaborano con amore e rispetto in una relazione sempre più empatica e rispettosa delle necessità di ognuno.

Casistica e Metodologia

Si sono presi in esame 15 soggetti (9 donne e 6 uomini) affetti da Morbo di Parkinson (età media $\pm$ DS: 74 $\pm$ 6 aa) di gravità moderata (Scala di Hoehn-Yahr: 3 $\pm$ 1). Familiari, operatori volontari e biodanzanti esperti hanno partecipato alle sessioni. All'inizio (T_i) ed al termine (T_f) del nostro Corso introduttivo alla Biodanza® i pazienti sono stati sottoposti

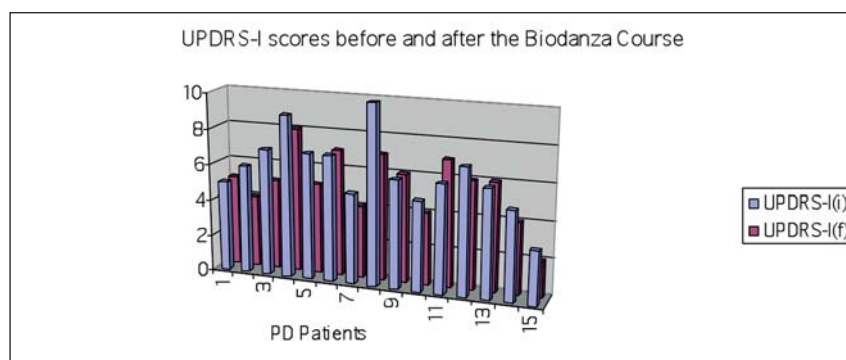


Fig. 1a. Punteggi dei Parkinsoniani alla Sezione I dell'UPDRS (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

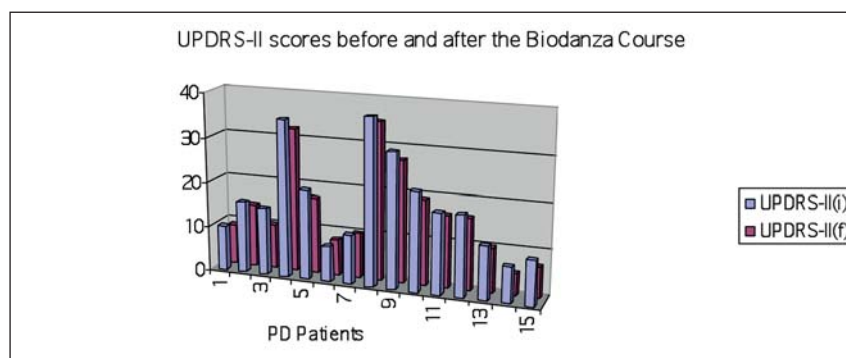


Fig. 1b. Punteggi dei Parkinsoniani alla Sezione II dell'UPDRS (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

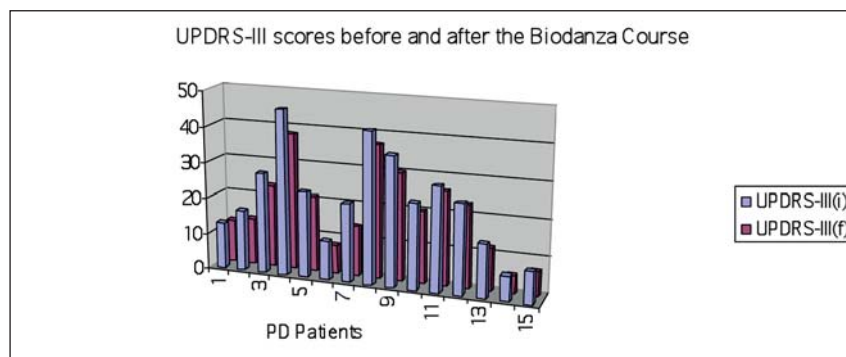


Fig. 1c. Punteggi dei Parkinsoniani alla Sezione III dell'UPDRS (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

za® i pazienti sono stati sottoposti a visita neurologica, hanno effettuato una valutazione fisioterapica ed hanno sostenuto un colloquio psicologico. Sono stati utilizzati: l'*Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) - Sezioni I, II e III* - per valutare le funzioni motorie e cognitive; il *Beck Depression Inventory (BDI)*, un questionario sullo stato dell'umore; la scala *Short Form-36 (SF-36)* per valutare la qualità di vita percepita - relativamente agli aspetti corporei (*Physical Component Score, PCS*) e psichici (*Mental*

Component Score, MCS).

Risultati

A T_f (Fig. 1) abbiamo osservato punteggi all'UPDRS inferiori rispetto a quelli riscontrati a T_i con una significatività statistica relativamente alle Sezioni II e III (in media $\pm$ DS, 16 $\pm$ 9 vs 18 $\pm$ 9 ($p < 0,05$) e 19 $\pm$ 10 vs 23 $\pm$ 12 ($p < 0,01$), rispettivamente). Ciò sta a significare che i Parkinsoniani sono migliorati significativamente nella loro funzionalità motoria e nelle attività della vita quotidiana.

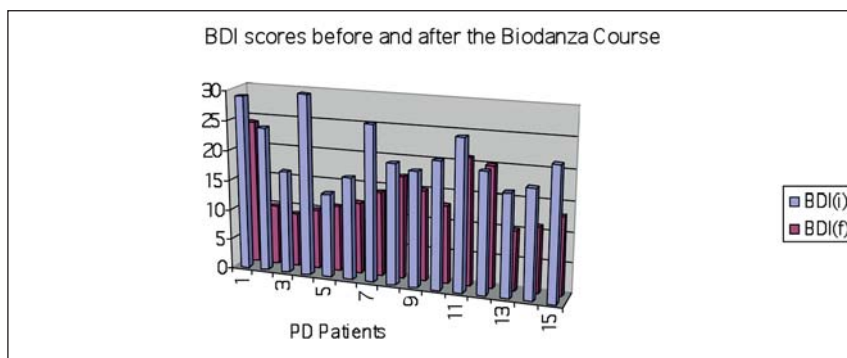


Fig. 2. Punteggi dei Parkinsoniani al BDI (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

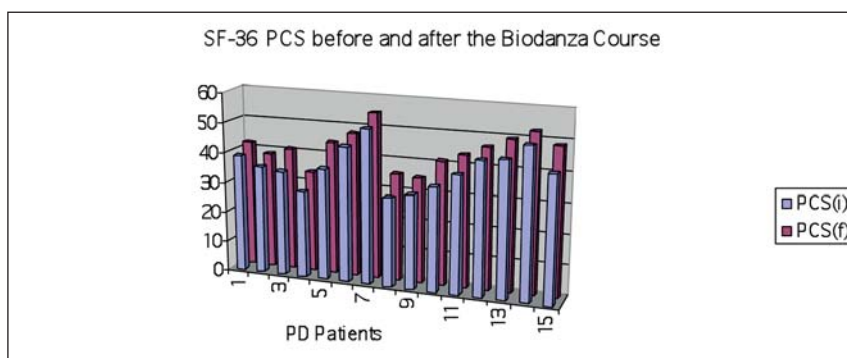


Fig. 3a. Punteggi dei Parkinsoniani nella componente fisica (P) della SF-36 (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

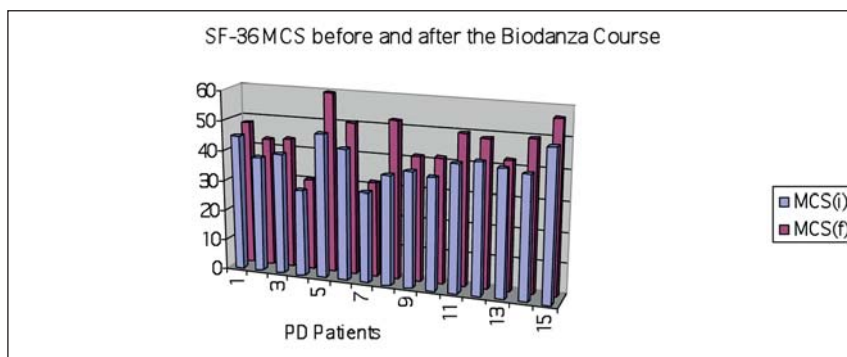


Fig. 3b. Punteggi dei Parkinsoniani nella componente mentale (M) della SF-36 (prima (i) e dopo (f) le sessioni di Biodanza®).

Inoltre, a T_f i punteggi al BDI (Fig. 2) erano significativamente ($p < 0,01$) ridotti (in media $\pm$ DS, 14 ± 5 vs 21 ± 5), mentre quelli alla scala SF-36 significativamente aumentati rispetto a quanto osservato a T_i (Fig. 3) - PCS: 44 ± 6 vs 39 ± 7 ($p < 0,05$); MCS: 46 ± 8 vs 40 ± 6 ($p < 0,01$). Questi dati dimostrano una riduzione dei sintomi depressivi dei Parkinsoniani associata ad un miglioramento della loro qualità di vita (per quanto concerne sia gli aspetti fisici, sia quelli mentali).

Discussione

A seguito delle sessioni di Biodanza® nel 91% e nel 87% dei pazienti sono migliorati l'umore e l'equilibrio emotivo, rispettivamente. Nel 62% dei Parkinsoniani si sono ridotti i disturbi motori (instabilità deambulatoria, rigidità somatica, tremore) nelle attività della loro vita quotidiana.

Durante la danza l'osservazione e l'imitazione azionale rivestono un ruolo cruciale: parecchi studi hanno riportato l'attivazione del sistema dei "neuroni a specchio", in particolare quando la persona ha imparato,

o anche solo eseguito, i movimenti precedentemente.

Un altro aspetto importante della danza è quello estetico: il sistema dei "neuroni a specchio" è particolarmente attivato quando i movimenti sono percepiti come estetici.

E' risaputo che nei Parkinsoniani gli stimoli acustici hanno una profonda ripercussione sul sistema motorio, producendo un incremento dell'iniziativa deambulatoria, della velocità del passo e della cadenza, riducendo peraltro la gravità del fenomeno di "freezing" (a seguito del quale il paziente si blocca come "congelato"): a quanto sembra, gli stimoli acustici possono bypassare il circuito malfunzionante dei nuclei della base attivando l'area supplementare motoria. La Biodanza® può, pertanto, costituire un ambiente arricchito, in grado di indurre un incremento della sintesi di fattori neurotrofici che promuovono la neuro plasticità.

Inoltre l'aumento dei livelli di serotonina indotto dal danzare, aumentando l'attivazione dei sistemi serotoninergici, potrebbe sortire un effetto benefico sull'umore dei Parkinsoniani. Quantunque ancora preliminari, le nostre osservazioni cliniche mostrano che la Biodanza® può far migliorare la consapevolezza corporea delle persone affette da Morbo di Parkinson ed aumentare il loro senso di benessere.



Associazione di Promozione Sociale e Sportivo Dilettantistica
Il cerchio della vita

Sede: Via Lenin 132F2

San Giuliano Terme, Pisa

biodanza.naturopatia@gmail.com

<http://www.ilcerchiodelavita.it>

Telefono: 335.8093151



Associazione NeuroCare onlus

Via Cisanello 14/B, 56124 Pisa

info@neurocare-onlus.it

<http://www.neurocare-onlus.it>

Telefono: 380-3834143

Le fratture nel femore dell'anziano. Un problema medico e sociale

In una società che sta invecchiando, acquistano sempre più importanza le patologie geriatriche. Dal punto di vista Ortopedico le fratture del collo femorale la fanno da padrone. Si tratta di eventi traumatici più frequenti nelle donne affette da osteoporosi, associati spesso a patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le fratture della metaepifisi prossimale del femore si possono dividere in due gruppi in base alla vascolarizzazione della testa femorale. Questa ha infatti una vascolarizzazione di tipo terminale, come altre ossa quali lo scafoide carpale, parte dell'astragalo etc, per cui la lesione dell'arteria principale provoca la necrosi ossea a

valle (Foto 1).

Il primo gruppo è rappresentato dalle fratture del collo femorale che, per la lesione vascolare connessa al tipo di frattura, spesso non vanno incontro a guarigione nell'anziano; il trattamento quindi sarà protesico con la possibilità di mobilizzare il Paziente nell'immediato post operatorio.

Il secondo gruppo è rappresentato dalle fratture del massiccio trocanterico che, al contrario, vanno quasi sempre a guarigione con trattamento "conservativo" cioè di riduzione e sintesi della frattura.

In alcuni casi anche in fratture del secondo gruppo, quando è possibile, si preferisce il trattamento protesico che consente una più

rapida mobilitazione con deambulazione precoce.

Le linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento di tali fratture deve avvenire il più precocemente possibile.

Vi è sostanziale accordo nel definire il **limite delle 48 ore (tempo che intercorre tra il ricovero e l'intervento chirurgico) come il ritardo temporale della chirurgia oltre il quale vi è un incremento significativo del rischio di mortalità per qualsiasi causa.**

Presso il nostro centro di Traumatologia d'Urgenza, ove si alternano le équipes chirurgiche delle 2 unità operative dirette dal Prof. Giulio Guido e dal Prof. Michele Lisanti, siamo riusciti, grazie ad

una costante collaborazione **ortopedico/clinico medico geriatra/rianimatore**, a rispettare l'obiettivo di eseguire l'intervento entro le 48 ore dal ricovero nella quasi totalità dei casi. Ciò ha permesso di ridurre la mortalità entro un mese dall'intervento al 3% (dati rilevati dall'analisi dei database regionali delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO e

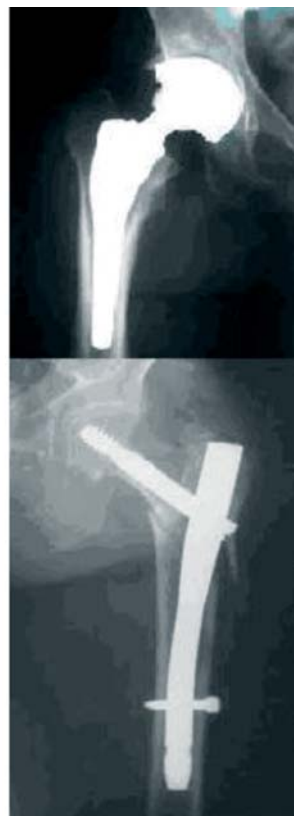
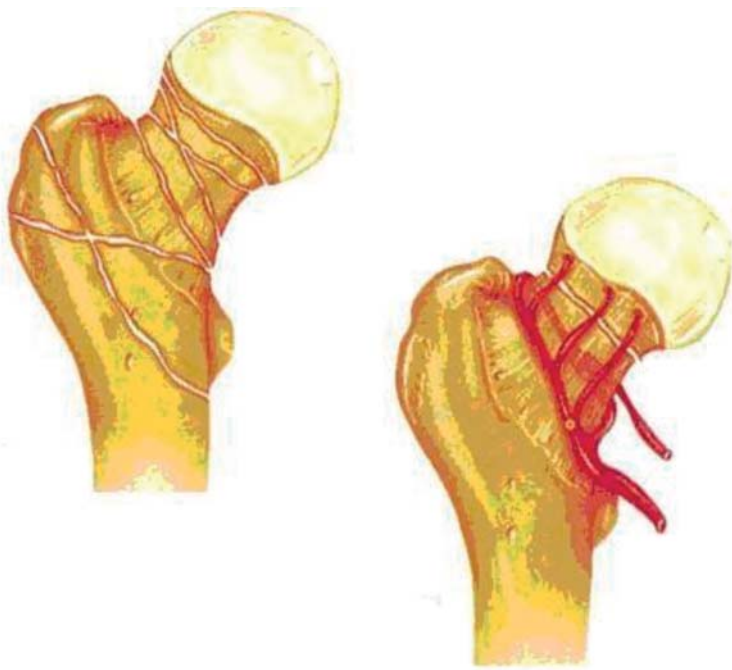


Foto 1

dei flussi farmaceutici dell'intera Toscana e riferiti al 2010).

Tale dato rappresenta un eccellente risultato, sia su base regionale, che nazionale.

Particolare attenzione deve essere posta anche ad una adeguata supplementazione con Vitamina D al Paziente anziano con frattura femorale mentre è ancora in regime di ricovero e consigliandolo nella lettera di dimissione tra le terapie da eseguire.

La scelta poi della terapia "antifratturativa" dovrà essere personalizzata in relazione

della prevedibile adesione alla terapia (compliance) da parte del/la Paziente in funzione del suo stato cognitivo, dello stato di salute generale etc.

Su base nazionale solo il 40,16 % dei ricoverati riesce ad essere operato nei tempi previsti. Una percentuale che tuttavia mostra un miglioramento negli ultimi anni.

E' opinione comune che il margine di miglioramento è ancora ampio considerando che il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura.

Comunque, ancora una volta si conferma la differenza tra Centro-Nord e Sud: nelle regioni del Nord e nel Centro più di otto pazienti su dieci sono operati entro le 48 ore mentre al sud i tempi si allungano molto. Ma non mancano le eccellenze in Sicilia, ad esempio nell'Aou G. Martino (Me) viene operato entro due gior-



ni l'86,9% dei pazienti.

Una inaspettata sorpresa ci arriva da uno studio (Progetto T.A.R.G.e.T. della Regione Toscana) di ricerca su 10 anni di fratture femorali in Italia: pur nel contesto di un complessivo aumento dei ricoveri per frattura femorale (+28% dal 2000 al 2009), per la prima volta c'è anche una notizia

positiva, frutto di una crescente attenzione al problema osteoporosi, e cioè che sono in costante diminuzione le fratture di femore nelle donne tra 65 e 74 anni di età. Queste avevano toccato i 10.000 ricoveri nel 2004, crescendo del 6,9% dal 2000, per poi ridiscendere ai livelli di inizio secolo (-6,5% dal 2004 al 2009). Discorso opposto per gli uomini ove invece si registra un aumento per la medesima fascia di età.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, sempre secondo lo

studio T.A.R.G.e.t., la situazione è migliore che nel resto del Paese in quanto vi sarebbe una riduzione delle fratture femorali anche per la fascia di età tra 75 e 84 anni.

Questi dati esprimono quindi i risultati positivi delle campagne di prevenzione dell'osteoporosi svolte negli ultimi decenni.



Sclerosi multipla e terapie: ecco lo stato dell'arte

La Sclerosi Multipla (SM) rappresenta una delle più frequenti patologie neurologiche che interessano giovani adulti ed una delle più importanti cause di disabilità nella popolazione lavorativa.

La comunità scientifica riconosce alla patologia una genesi infiammatoria su base autoimmune, ad andamento generalmente recidivante remittente nella maggior parte dei casi, pur presentando generalmente in una fase successiva un andamento progressivo.

Le terapie di cui disponiamo si distinguono in farmaci per il trattamento della fase acuta di malattia (la cosiddetta "ricaduta"), che consistono sostanzialmente in steroidi a vari dosaggi e con vari schemi posologici, e in terapie "di fondo" di malattia, che hanno l'obiettivo principale di rallentare la frequenza delle ricadute ed il conseguente rischio di progressione di malattia, e che, come prima linea, sono rappresentate dagli interferoni e dal copolimero.

Gli interferoni (Avonex®, Rebif®, Ex-

travia®, Betaferon®) ed il copolimero (Copaxone®) sono terapie iniettive ad azione immunomodulante, generalmente ben tollerate, che vengono somministrate per via iniettiva sottocutanea o intramuscolare. Più recente è la comparsa come terapia di fondo di malattia di fingolimod (Gilenya®), il primo farmaco orale attualmente disponibile: fingolimod è un modulatore dei recettori della sfingosina -1- fosfato e agisce trattenendo selettivamente i linfociti auto-reattivi nei linfonodi, riducendo così il danno derivante dal loro ingresso nel SNC. In modelli animali, Gilenya avrebbe dimostrato di limitare la demielinizzazione e promuovere la remielinizzazione

Principali segni e sintomi della Sclerosi Multipla

Sistema nervoso centrale:

- Affaticamento
- Deficit cognitivi
- Depressione
- Instabilità emotiva

Apparato visivo:

- Nistagmo
- Neurite ottica
- Diplopia

Apparato vocale:

- Disartria

Faringe/Esofago:

- Disfagia

Apparato muscoloscheletrico:

- Astenia
- Spasmi
- Atassia

Apparato sensoriale:

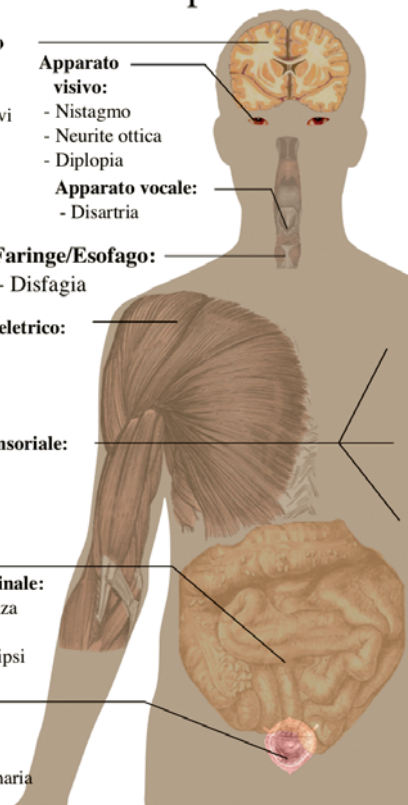
- Dolore
- Ipoestesia
- Parestesia

Apparato gastrointestinale:

- Incontinenza fecale
- Diarrea/Stipsi

Apparato urinario:

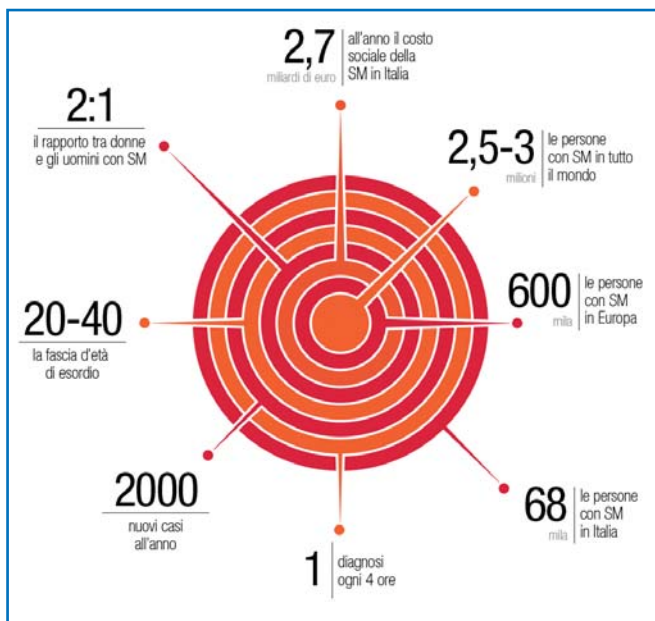
- Incontinenza urinaria
- Ritenzione urinaria
- Poliachiuria



mediante effetti diretti sul SNC. La somministrazione di Gilenya è quotidiana.

Nelle forme di SM ad elevata attività di malattia trova indicazione Natalizumab (Tysabri®), un anticorpo monoclonale che blocca il passaggio di linfociti nel sistema nervoso centrale: si tratta di un anticorpo ricombinante umanizzato anti alfa 4 integrina che viene somministrato per via infusionale una volta ogni 4 settimane. La sua somministrazione risulta associata ad un aumentato rischio di leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML), una infezione opportunistica causata dal virus JC che può risultare fatale o causare grave disabilità; per tale motivo i pazienti in terapia con Tysabri devo-





no essere attentamente monitorati ed edotti sui possibili sintomi iniziali di PML. Fattori associati ad un aumentato rischio di PML sono la presenza di anticorpi anti JC virus, la durata del trattamento superiore a due anni e pregressi trattamenti con immunosoppressori.

Oltre alla terapia di fondo di malattia, focalizzata per il momento sul contenimento della fase infiammatoria di malattia, la ricerca ha come oggetto di studio il controllo dei sintomi della fase di stato di malattia. Uno dei sintomi più invalidanti, che

percentuali di tetraidrocannabinolo e cannabidiolo, con note proprietà miorilassanti ed analgesiche, somministrato sottoforma di spray oromucosale.

La prescrizione di tutte queste terapie resta unico appannaggio del medico del Centro Sclerosi Multipla, date le indicazioni, estremamente specialistiche, ed il codificato protocollo di monitoraggio in corso di terapia.

Presso il Centro Sclerosi Multipla della Unità Operativa Complessa di Neurofisiopatologia dell'Ospedale

impatta pesantemente su una delle funzioni nervose principali, la deambulazione, è la spasticità. Da pochi mesi, sotto il controllo dell'AlFA, è stata consentita la prescrizione di un derivato purificato della cannabis indica, costituito da una combinazione di

Lotti di Pontedera, dove sono disponibili tutte le terapie sopra riportate, sono attualmente seguiti circa 150 pazienti, prevalentemente con forme di malattia recidivanti-remittenti o secondariamente progressive; vi è la possibilità di accedere ad un Day Service diagnostico per molte delle patologie neurologiche ed è presente un Ambulatorio Terapeutico, dove possono essere effettuati cicli di terapia in regime di "day hospital"; per i casi che necessitano di un monitoraggio quotidiano, come ad esempio nelle ricadute invalidanti, o per consentire l'esecuzione di procedure diagnostiche invasive, come la rachicentesi, è prevista la possibilità di effettuare un ricovero ospedaliero.

Il Centro di Pontedera partecipa inoltre alla creazione del Registro Toscano Sclerosi Multipla: i dati clinici di pazienti che ne esprimano il consenso vengono periodicamente inseriti nel Registro, una sorta di "rete" condivisa dai vari Centri della Toscana che consente di visualizzare lo storico di pazienti che per vari motivi avessero necessità di cambiare il proprio Centro di riferimento. La condivisione di informazioni e di esperienze rappresenta uno dei fondamenti della ricerca sulle malattie infiammatorie demielinizzanti del

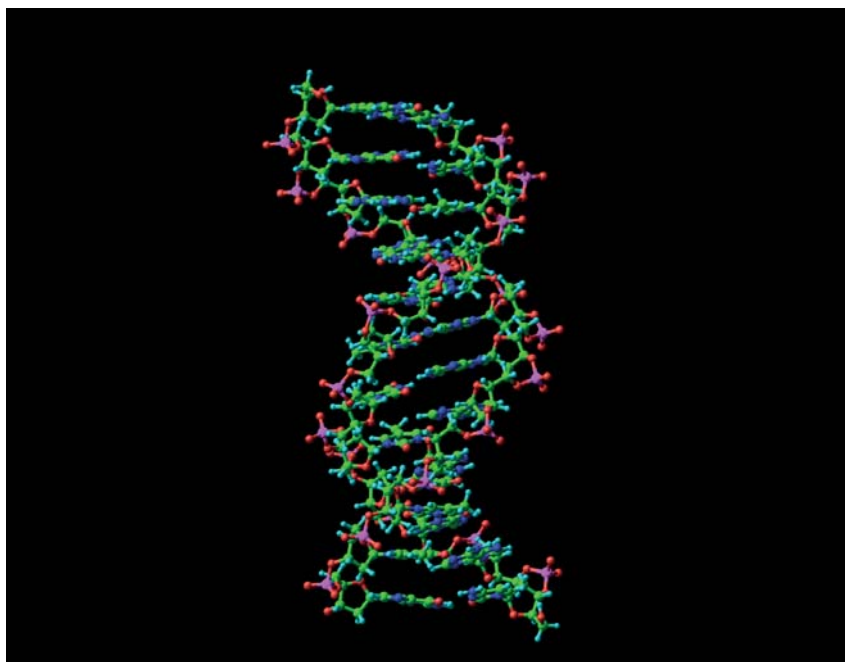
SNC, anche se molto ancora resta da studiare relativamente ai meccanismi che sottendono a patologie così complesse, non solo per ottimizzare il controllo delle fasi di attività di malattia, ma anche per contribuire alla neuro protezione e alla prevenzione dell'atrofia cerebrale, che è nota essere già presente sin dalle fasi iniziali di malattia.



Alzheimer e genetica: Pisa in un progetto europeo

La malattia di Alzheimer (MA) è la più comune patologia neurodegenerativa, e costituisce da sola due terzi di tutte le forme di demenza. In Italia attualmente ne sono affette 600.000 persone. Il costante aumento della popolazione in età senile sta rendendo questa patologia una vera e propria *peste silente*, con elevati costi sociali ed economici.

Ad oggi non sono noti tutti i meccanismi che determinano l'insorgenza della MA. In rari casi familiari la malattia, con esordio precoce (entro i primi 65 anni di vita), risulta associata ad alterazioni di geni specifici quali il precursore della proteina amiloide beta, principale costituente delle "placche senili", caratteristiche lesioni che si riscontrano nel cervello dei soggetti Alzheimer. Nella maggioranza dei casi non familiari di MA, ad esordio più tardivo, le cause che



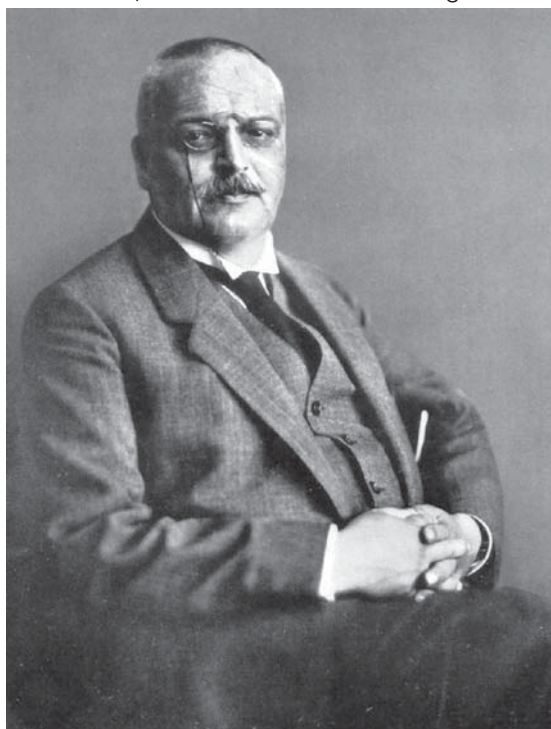
determinano la degenerazione dei neuroni non sono chiare. Secondo gli studi epidemiologici e di neurogenetica, i geni contribuirebbero per l'80% allo sviluppo della malattia, il resto dipenderebbe da stile di vita e fattori ambientali.

Finora numerosi geni sono stati proposti come fattori costituzionali di rischio. Il più significativo ad oggi risulta essere il gene E4 dell'Apolipoproteina E. Nello studio collaborativo multicentrico apparso nel 2011 su *Molecular Psychiatry*, con il contributo dei ricercatori della Clinica Neurologica di Pisa, è emerso come tale fattore genetico in effetti è molto più di un semplice "fattore di rischio", essendo il rischio con-

nesso allo sviluppo di MA nei portatori del genotipo E4 molto simile a quello di geni tradizionalmente causativi di malattia ereditaria autosomica dominante. Ciò risulta vero sia nei casi tardivi che ad esordio precoce di MA.

Negli ultimi anni, inoltre, la creazione di grossi network internazionali ha consentito progressi eccezionali nella comprensione dei meccanismi genetici coinvolti nel determinismo della MA.

Uno dei primi dati di questi consorzi, ottenuto nel 2009, è stata la scoperta di altri due geni associati ad aumentato rischio di MA: il gene *CLU* (noto anche come *APOJ*), codificante la Apolipoproteina J, e il gene *CR1*, che codifica il recettore 1 della componente del complemento 3b/4b. Nel numero di Dicembre scorso della prestigiosa rivista *Nature Genetics*, lo sforzo congiunto di numerosi gruppi accademici europei e americani ha portato alla identificazione di nuovi



Alois Alzheimer

geni associati alla MA, la cui disfunzione e' in grado di promuovere lo sviluppo della patologia. Lo studio si e' avvalso di una metanalisi di 74.046 soggetti (provenienti da Stati Uniti ed Europa, includendo centri di ricerca italiani fra cui Pisa); attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie genetiche (genome-wide association studies -GWAS-) sono stati identificati 11 nuovi geni associati alla MA. La strategia dello studio che ha coinvolto i soggetti in più repliche, ha portato a evidenziare risultati significativi a livello di geni, alcuni dei quali consentono di approfondire l'importanza di meccanismi della malattia già noti (associati alle proteine amiloide e tau), mentre altri sottolineano la rilevanza di nuove aree del cervello di potenziale interesse per la comprensione delle cause della malattia. Alcuni di questi nuovi geni sono infatti coinvolti nel funzionamento dell'ipocampo, la prima area cerebrale che si altera nella MA, e nelle attività di comunicazione inter-neuronale. Nel loro insieme, lo scenario che si delinea è che, mentre le forme familiari ad esordio precoce di MA sono dovute a geni che, se disfunzionanti, implicano un eccesso di produzione



di proteina beta amiloide, le varianti genetiche associate alle forme più comuni di MA ad esordio senile, quali l'ApoE e queste nuove varianti genetiche, comporterebbero una maggiore suscettibilità di malattia riducendo lo smaltimento della proteina beta amiloide e alterando le modalità comunicative tra i neuroni. Infine, e' in partenza un progetto europeo "Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research 2013", denominato studio PERADES (Defining Genetic, Polygenic and Environmental Risk for Alzheimer's Disease using multiple powerful cohorts,

focussed Epigenetics and Stem cell metabolomics), coordinato dalla Prof.ssa Julie Williams dell'Università di Cardiff che vede anche la partecipazione della Clinica Neurologica di Pisa. Tra gli obiettivi di tale progetto collaborativo, che dovrebbe portare ad un reclutamento di oltre 80000 soggetti di tutto il mondo, figurano il sequenziamento dell'intero genoma di pazienti Alzheimer, la valutazione dell'impatto ambientale nel determinismo della malattia e lo sviluppo di studi di metabolomica ed epigenetica anche al fine di una miglior comprensione dei meccani-

smi trigger in grado di scatenare la neurodegenerazione. La cautela è d'obbligo, ma i recenti annunci riportati da Nature Genetics, e il progetto PERADES in fase di lancio potrebbero consentire in un breve periodo di individuare nuove, stimolanti e finora inesplorate vie etiopatogenetiche alla base della neurodegenerazione della MA connesse, si spera, allo sviluppo di nuove e più efficaci terapie.



Il Carcinoma della prostata oggi: laparoscopia robot-assistita

Il carcinoma prostatico è il tumore solido più frequente nel maschio. La sua mortalità è invece al terzo posto, superata da tumori meno frequenti ma evidentemente meno facilmente curabili. Questa discrepanza dipende da almeno un paio di ragioni: l'esistenza di tumori prostatici aggressivi e meno aggressivi e la disponibilità di armi più affilate per combatterli, utilizzando quelle più adatte ad ogni stadio della malattia.

Oggi si parla di tumori "clinicamente insignificanti", insignificanti in quanto a bassissimo rischio di progressione, tumori che non danno segni

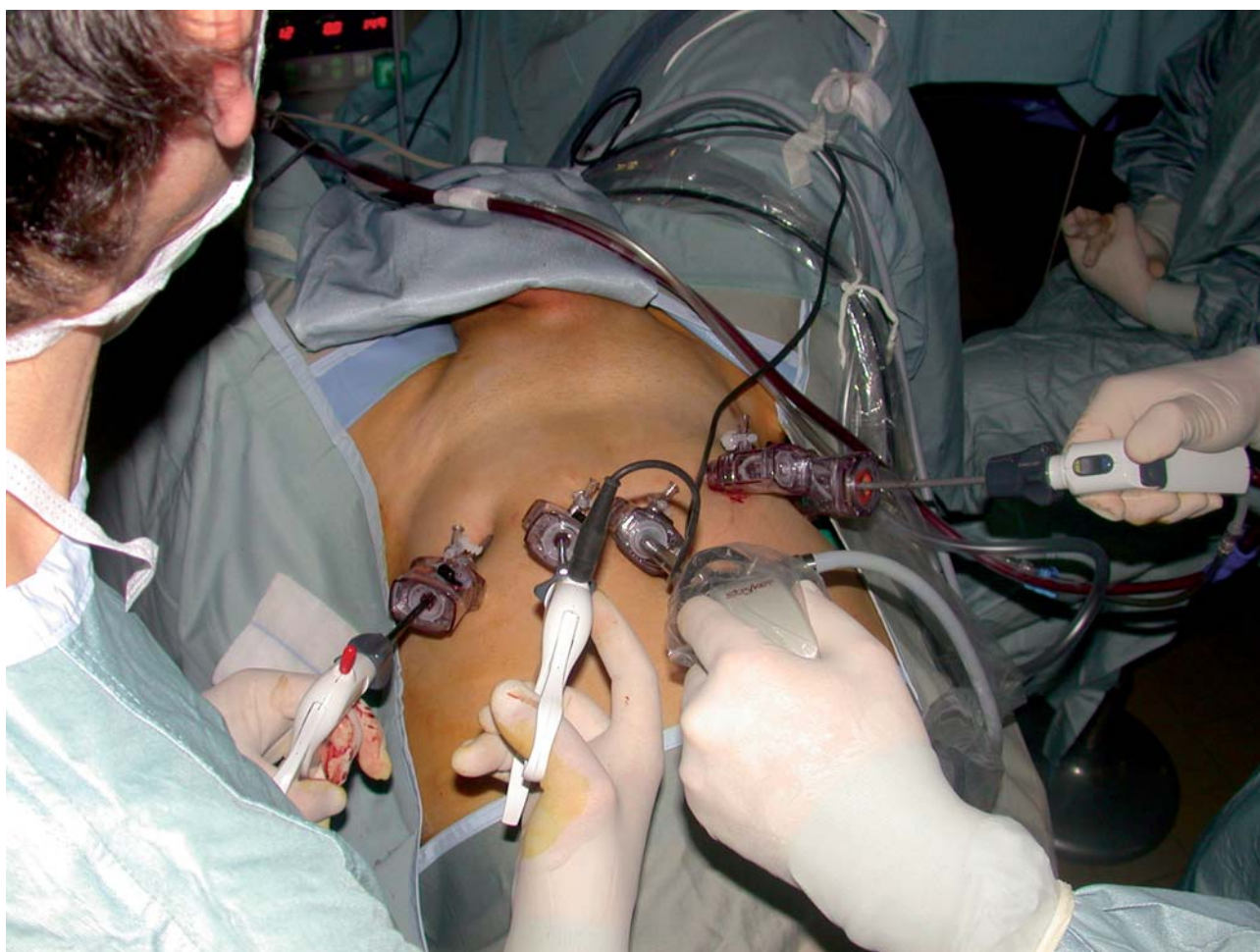
clinici di sé e che possono rimanere silenti molto a lungo non mettendo a repentaglio la vita del soggetto. Accanto a questi, diventati sempre più frequenti a seguito di diagnosi sempre più precoci, ci sono tumori aggressivi che richiedono trattamenti ragionevolmente rapidi.

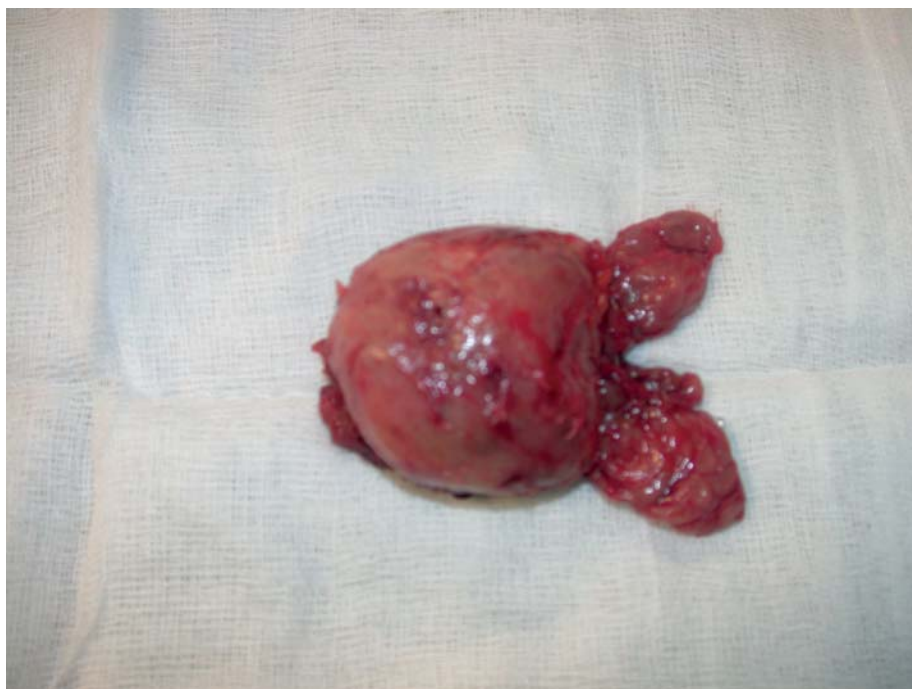
Due sono gli aspetti innovativi che devono essere portati a conoscenza di medici e pazienti. Entrambi sul versante terapeutico essendo la diagnosi e la stadiazione ancora ferme all'utilizzo del PSA nei soggetti con sintomi disurici come esame di sospetto e al mappaggio prostatico come esame di conferma diagnosti-

ca e di stadiazione locale. La Risonanza Magnetica Multiparametrica sembra essere promettente in ambito diagnostico ma è ancora allo stato embrionale della sperimentazione clinica presso pochi centri dedicati.

Dunque solo sul versante terapeutico sono stati fatti passi avanti. E sono soprattutto i trattamenti con intento curativo ad averne beneficiato con la Sorveglianza Attiva e la Chirurgia Laparoscopica Robot-Assistita.

La Sorveglianza Attiva (AS) consiste nel rinviare il trattamento terapeutico vero e proprio al momento in





invasività laparoscopica (minor dolore, minori perdite ematiche, convalescenza più breve) e la maggior precisione offerta dalla tecnologia robotica nella dissezione che permette di raggiungere migliori risultati funzionali, in particolare sulla conservazione della erezione postoperatoria. Per ottimizzare l'uso del robot, il cui utilizzo è molto più costoso delle altre tecniche chirurgiche disponibili, occorre selezionare rigidamente le indicazioni riservando la RALP ai soggetti giovani con malattia localizzata a basso rischio di progressione che abbiano soprattutto una valida funzione erettile preoperatoria e che siano fortemente motivati a conservarla.

cui viene documentata la progressione della malattia. Questo "ritardo terapeutico controllato" viene proposto a soggetti giovani con un piccolo focolaio tumorale dotato di bassa aggressività biologica (tumore presente in < 3 frustoli con < 50% di tumore per ciascun frustolo con Gleason < 4 e PSA < 10 ng/ml). Questi tumori detti " clinicamente insignificanti " possono rimanere tali per anni (circa 1/3 di loro) o possono progredire (aumentare di volume o di Gleason) in un periodo più o meno lungo. Procrastinare il trattamento attivo significa evitare le complicanze della chirurgia (incontinenza, deficit erettile) e della Radioterapia (disuria da cistite attinica, ostruzione urinaria, più raramente proctite attinica). E' chiaro che c'è un rischio di aggredire il tumore quando questi ha superato il

confine dell'organo ma è pressoché trascurabile se vengono rispettati i criteri di sorveglianza (PSA ogni sei mesi, mappaggio prostatico annuale). I dati della letteratura sulla sopravvivenza dei pazienti sottoposti a AS cominciano ad essere consistenti per considerare appropriata questa opzione terapeutica.

Certamente non tutti i pazienti accettano il peso psicologico di avere un tumore o di sottoporsi annualmente ad un esame invasivo come il mappaggio prostatico. Ne consegue l'importanza sempre maggiore che riveste l'informazione che il medico deve fornire al paziente per ottenere il suo consenso alla scelta del trattamento. L'altra relativa novità è la prostatectomia laparoscopica robot-assistita (RALP). I vantaggi della RALP rispetto all'intervento tradizionale open sono la minore

Non dobbiamo dimenticare che la mininvasività chirurgica spesso è accompagnata da una discreta invasività anestesiológica determinata dal pneumoperitoneo associato al decubito in Trendelenburg spinto necessario per l'approccio laparoscopico transperitoneale.

Anche per la malattia avanzata nuovi trattamenti sistemici palliativi sono stati introdotti o stanno per esserlo nella pratica clinica. In particolare gli antagonisti dell' RhLh già disponibili e nuovi chemioterapici per la malattia resistente alla castrazione. Il carcinoma prostatico sta diventando sempre più una malattia "cronica" per la quale sono disponibili differenti armi terapeutiche che devono essere utilizzate ed adattate ai pazienti in funzione del momento in cui viene intercettato durante la storia naturale della malattia.

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa

Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*

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

Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine

Tel. 347.0750078

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

Anno 2014: avere un immobile, locare un immobile

Il sistema fiscale immobiliare, sia per quanto concerne la fiscalità indiretta (ovvero vendite, registrazioni etc.) che per quanto concerne la fiscalità diretta (imposte sul reddito prodotto dagli immobili) che per quanto concerne la fiscalità locale, è in fase di totale ristrutturazione, anche se con scarsa chiarezza per quanto concerne l'impianto normativo e con grande "sofferenza" per i contribuenti che da una parte si trovano a sostenere un maggior carico di imposte, dall'altra faticano a tradurre la volontà legislativa.

Ultimo caso eclatante è stato quello della Mini-Imu dovuta entro il 24 gennaio 2014 sull'abitazione principale dei contribuenti proprietari degli immobili posti nei Comuni che avevano deliberato per la prima casa l'innalzamento dell'aliquota base del 4 per mille.

Dal 2014 chi acquisterà un immobile diverso da quello destinato ad abitazione principale verserà nuove aliquote per quanto concerne l'imposta di registro (non più il vecchio 7% ma il nuovo 9%) in compenso imposta ipotecaria e catastale saranno a tasso fisso euro 50,00. Per coloro che decideranno di affittare un immobile la detrazione forfetaria sul reddito percepito sino ad oggi riconosciuta per una percentuale del 15% passerà al 5% (norma introdotta dalla Legge Fornero nel 2012 con la quale viene assicurata in parte la copertura finanziaria alla legge stessa), la

cedolare secca sulle locazioni di immobili ad uso abitativo resta al 21% ma per coloro che decideranno di locare con le regole del "canone concordato" la tassazione si abbasserà al 15%.

E poi le grandi novità della finanza locale: la IUC, la nuova imposta che ingloba ben tre differenti imposte quali l'IMU, la TARI e la TASI. L'IMU (nata da poco ma purtroppo ormai ben nota ai contribuenti si continuerà a versare sugli immobili non prima casa, salvo che la prima casa non appartenga al genere di lusso (ovvero categorie catastali A/1, A/78 e A/9) e in tal caso resta ferma la detrazione di euro 200,00 ma scompare la detrazione per i figli a carico, la TARI che di fatto è la nuova tassa sui rifiuti (ex TARSU e ex TIA ed ex TARES) che i comuni potranno determinare con criteri tariffari alternativi: in base alla quantità e qualità medie dei rifiuti prodotti o in

base a coefficienti di produttività, e per la quale quindi potranno essere previste riduzioni tariffarie per alcuni casi (unico occupante, stagionali etc), poi la TASI tributo sui servizi comunali indivisibili che costituisce la maggiorazione sulla vecchia Tares che era di 30 centesimi a metro quadrato. La nuova TASI ha una nuova base imponibile sulla quale verrà calcolato il tributo ed è costituita dalla rendita catastale dell'immobile moltiplicata per appositi coefficienti, l'aliquota base è dell'1 per mille ma saranno i Comuni a decidere se aumentarla salvo un tetto massimo previsto per legge. Nel primo anno di applicazione, ovvero il 2014 l'aliquota base sarà del 2,5 per mille.

Insomma anno nuovo "tasse nuove".

(Fonte "La Settimana Fiscale" Gruppo 24 Ore)



La biblioteca anatomica “Guglielmo Romiti” (parte seconda)

La Galleria Mascagni

Lungo la Galleria Mascagni (Fig. 8) è possibile ammirare una pregevole serie di tavole anatomiche, opera di Paolo Mascagni che insegnò anatomia a Pisa nel 1800. In fondo alla galleria è collocato il busto di gesso di Mascagni. Quest'opera non è straordinaria solo per la precisione e la qualità dei disegni e dei colori, ma anche per gli intenti dell'autore. Fatto unico nel suo genere per quel tempo, le tavole descrivono a grandezza naturale una figura umana di tre braccia toscane, corrispondenti a cinque piedi e cinque pollici parigini, equivalenti cioè a circa un metro e settantacinque centimetri (Fig. 9). Già l'altezza scelta appare sorprendente, considerando quanto fosse decisamente più bassa la statu-

ra media dell'epoca. Secondo la tecnica della dissezione anatomica per piani, la figura umana intera è vista anteriormente e posteriormente in quattro situazioni diverse: a) primo strato: la superficie corporea, privata del tegumento, mostra muscoli, vasi e nervi superficiali; b) secondo strato: muscoli, vasi e nervi più profondi; c) terzo strato: muscoli e tronchi dei vasi arteriosi e venosi; d) quarto strato: scheletro e ligamenti. La soluzione scelta per la rappresentazione dei muscoli nelle figure intere, che in buona parte appaiono distaccati per un capo della loro inserzione e più o meno allontanati e ribaltati rispetto alla loro posizione normale, è indubbiamente dettata dall'intento di consentire sia l'apprezzamento dei rapporti che questi contraggono tra loro su piani diversi, sia



Fig. 8: La Galleria Mascagni

la visione, altrimenti nascosta, dei peduncoli vascolari e nervosi. Questo tipo di raffigurazione, lontano dai canoni tradizionali, dava un effetto di “esplosione”. Oltre alle otto tavole che raffigurano la figura umana intera, esistono altre venti tavole che rappresentano i visceri racchiusi nelle cavità del corpo. In definitiva, tutto il corpo umano è rappresentato in maniera dettagliata in ventotto tavole esposte in essenziali ma eleganti cornici di legno.

Per ogni tavola a colori esiste anche una controtavola in bianco e nero in cui le varie strutture anatomiche sono contrassegnate da numeri o lettere. Questa versione, della stessa dimensione delle tavole a colori, è rilegata in un volume. Per ovvie ragioni, le figure intere sono suddivise in tre parti, mentre quelle sui visceri conservano le stesse dimensioni: perciò il volume, delle ragguardevoli dimensioni di 71cm x 101cm, contiene un numero complessivo di quarantaquattro tavole. L'opera,

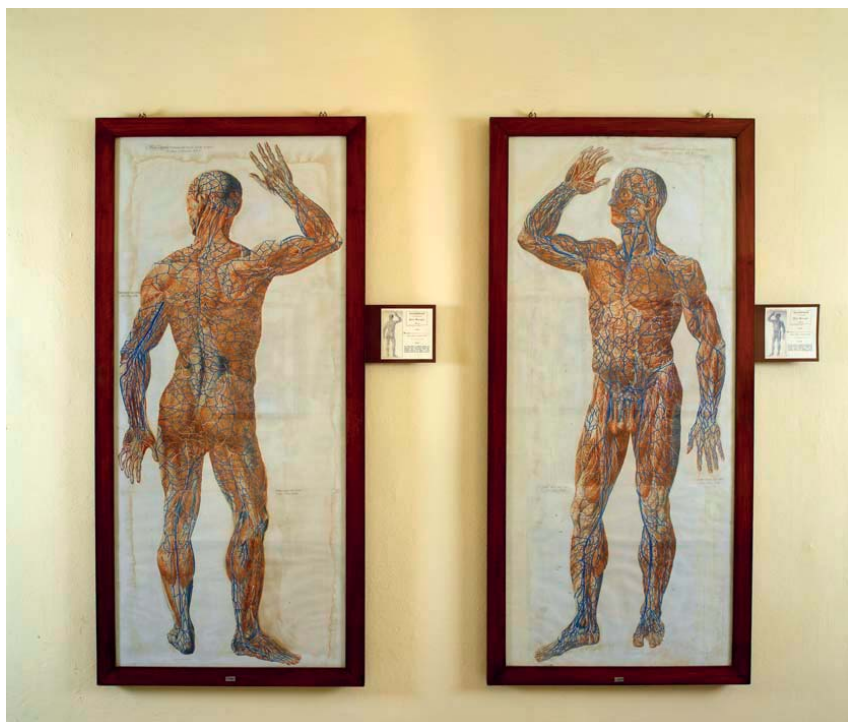


Fig. 9: Due tavole anatomiche di Paolo Mascagni

sia in bianco e nero sia a colori, non fu edita tutta insieme, ma pubblicata tra il 1823 e il 1831, in nove fascicoli annuali, dal libraio e stampatore pisano Nicola Capurro, e uscì postuma per iniziativa dei professori Andrea Vaccà Berlinghieri, Giacomo Barzellotti e Giovanni Rosini, amici e colleghi di Mascagni. I riscontri sul cadavere furono eseguiti da Girolamo Grifoni, allievo di Mascagni a Siena.

In quasi tutte le tavole è riportato anche il nome del calcografo che ne realizzò il disegno, la colorazione e l'incisione: Antonio Serantoni; in una tavola è riportato anche il nome di Giuseppe Canacci. L'opera è infine completata da un testo in latino che descrive le strutture anatomiche richiamate nelle controtavole in bianco e nero e fu intitolata, a ragione, *Anatomiae Universae Pauli Mascagnii Icones*. Nel frontespizio del libro è riportato il cenotafio di Mascagni che il nobile senese Giulio Del Taia aveva fatto scolpire da Stefano Ricci e che si trova a Siena (Fig. 10). Naturalmente, sia l'atlante con le controtavole che l'opera testuale sono conservate nella biblioteca "Romiti".

La Biblioteca "Romiti" nelle mostre di libri antichi

Gli interessanti testi anatomici della biblioteca "Romiti" sono stati esposti in alcune importanti mostre dedicate alla storia della medicina. Nel mese di ottobre del 1981, su iniziativa del Prof. Alberto Zampieri e dell'allora preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Prof. Claudio Pellegrino, nello storico Palazzo Lanfranchi di Pisa fu organizzata un'importante mostra di storia della medicina attraverso libri e documenti. La terza sezione della mostra era dedicata all'anatomia e, come sottolineò lo stesso preside, *ad arricchire questa sezione di testi molto rari in prima edizione oppure in edizioni successive, ma più pregevoli per la qualità del-*

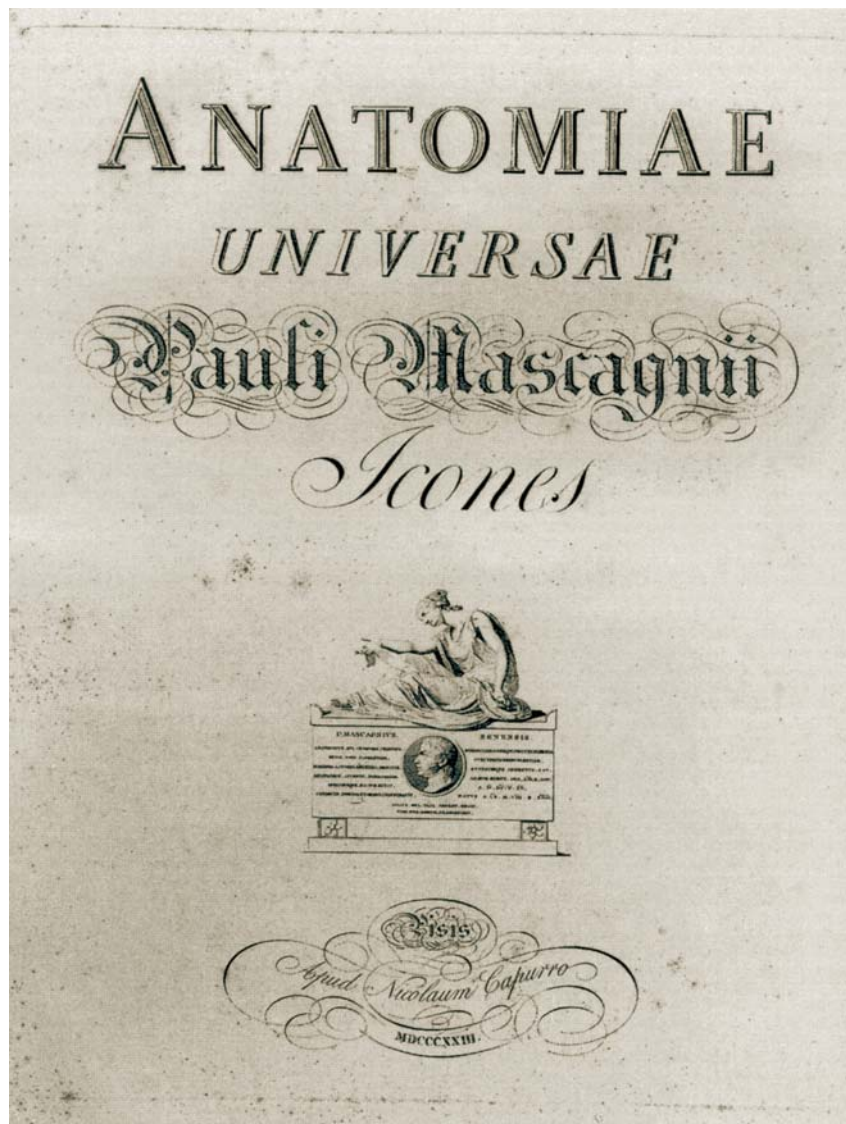


Fig. 10: Frontespizio dell'*Anatomiae Universae Pauli Mascagnii Icones* (1823)

le tavole incise, ha contribuito in modo determinante lo stesso Istituto di anatomia di Pisa, che possiede una selezionata e ben conservata biblioteca di testi anatomici. L'esposizione dei testi anatomici ebbe particolare risalto perché, come ricordò Curzio Massart, *tale manifestazione coincide anche con il XXXVII Convegno Nazionale della Società Italiana di Anatomia che, nella seconda decade di Ottobre del corrente anno, sarà tenuto nella nostra città, fornendo così l'occasione ai molti studiosi e ricercatori delle varie branche morfologiche e mi auguro anche ad un folto pubblico, di ammirare tale ricca messe di capolavori*

della dottrina medica dei più illustri e celebri Maestri, molti dei quali Pisa ebbe il vanto e l'onore di annoverare fra i docenti del nostro glorioso Ateneo e di seguire così l'evolversi del pensiero medico in questi secoli.

In occasione della presentazione del libro *Alla ricerca dell'arte di guarire*, curato dal Prof. Alberto Zampieri, alcuni testi e atlanti anatomici della biblioteca "Romiti" sono stati esposti al pubblico nella Galleria Mascagni dal 25 maggio al 20 giugno 2007 per illustrare la storia dell'iconografia anatomica.

Un importante progetto di recu-

pero e valorizzazione del fondo storico e degli atlanti anatomici ottocenteschi della biblioteca è stato promosso nel 2010 dalla Biblioteca di Medicina e Chirurgia (a cura di Amelio Dolfi, Patrizia Ciucci, Livia Iannucci, Nazzareno Bedini), con il sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa e con il patrocinio del Comune e della Provincia di Pisa.

Il progetto si è articolato in diverse fasi:

1. spolveratura degli scaffali e dei volumi eseguita da una ditta specializzata;
2. restauro della legatura e delle carte dei seguenti undici esemplari:

a) Alessandro Achillini. *Opera omnia in vnum collecta* ... Venetiis: apud Hieronymum Scotum, 1545.

b) Porphyrius. *In Aristotelis praedicamenta per interrogationem et responsionem brevis explanatio. Nec non Dexippi in Aristotelis praedicamenta quaestionum libri tres*. Venetiis: apud Hieronymum Scotum, 1556.

c) Avicenna. *Liber Canonis, De medicinis cordialibus, et Cantica. Cum castigationibus Andreae Alpigi* ... Venetiis: apud Iuntas, 1544 (Venetiis: apud haeredes Lucaeantonij Iuntae Florentini, 1544 mense Martio).

d) Johann Friedrich Blumenbach [Opere raccolte in un unico volume]

De sinibus frontalibus. Göttingae: typis Jo. Christ. Dieterich, 1779; *Specimen physiologiae comparatae inter animantia calidi et frigidi sanguinis; De nisu formativo et generationis negotio observationes nuperae*. Göttingae: apud Jo. Christ. Dieterich, 1787; *De vi vitali sanguinis*. Göttingae: apud Io. Christ. Dieterich, 1788; *Synopsis systematica scriptorum*. Göttingae: apud Joann. Christ. Dieterich, 1788; *Decas [prima-tertia] collectionis suae craniorum diversarum generum illustrata*. Göttingae: apud

Joann. Christ. Dieterich, 1790- [1795].

e) Realdo Colombo. *De re anatomica libri XV*. Parisiis: apud Andream Wechelum, sub Pegaso, in vico Bellouaco, 1572.

f) Georg Heinrich Eisenmann. *Quatre tables anatomiques représentant une observation très rare d'une double matrice, mis au jour par ordre de la Faculté de médecine de Strasbourg par George Henry Eisenmann*. Traduit du latin à Strasbourg, chez Amand König, 1752.

g) Gabriele Falloppio. *Observationes anatomicae*. Venetiis: apud Marcum Antonium Ulmum, 1561 (Venetiis: apud Gratosum Perchacinum, 1561).

h) Hippocrates. *Opera, quibus addidimus Commentaria Ioan. Marinelli ... Noua & argumenta in singulos libros per Ioan. Culman Geppingen sunt addita* ... Venetiis: typis Abbundij Menafolij, 1679. Titolo della parte 2: *Commentaria Ioan. Marinelli in lib. Hippocratis*.

i) Marcello Malpighi. *Opera posthuma quibus praefationes, & animadversiones addidit, pluribusque in locis emendationes instituit Faustinus Gavinellus ... Editio novissima figuris aeneis & indice illustrata*. Venetiis: ex typographia Andreae Poleti, 1698.

j) Giovanni Battista Morgagni. *Adversaria anatomica omnia archetypis aereis tabulis cominians ab auctore ipso communicatis, & universali accuratissimo indice ornata. Opus nunc vere absolutum, inventis, et innumeris observationibus, ac monitis refertum, quibus universa humani corporis anatome, & subinde etiam quae ab hac pendent, res medica, & chirurgica admodum illustrantur*. Venetiis: ex typographia Remondiniana, 1762.

Pubblicato con:

Giovanni Battista Morgagni. *Epistolae anatomicae duae novas observationes et animadversiones complectentes, quibus anatome augentur, anatomicorum inventorum historia evolvitur, utraque ab erroribus vindicatur*.

Adjectus est index rerum, et nomen accuratissimus. Venetiis: ex typographia Remondiniana, 1762.

k) Giovanni Benedetto Sinibaldi. *Geneanthropeia sive De hominis generatione decateuchon* ... Romae: ex typographia Francisci Caballi, 1642.

3. rilegatura di quaranta edizioni del fondo storico e realizzazione di cartelle per la conservazione di alcuni esemplari;

4. realizzazione di una mostra per l'esposizione delle opere di maggior pregio e quelle sottoposte a restauro;

5. creazione di una mostra virtuale permanente, comprendente anche la galleria Mascagni e i locali della biblioteca;

6. pubblicazione del catalogo della mostra.

Il 12 e il 19 aprile sono state organizzate due conferenze. La prima è stata l'inaugurazione dell'iniziativa in cui è stato illustrato il percorso della mostra ed è stato presentato il sito web (<http://www.bib.med.unipi.it/tesori/>). La seconda è stata dedicata ai problemi della conservazione dei libri antichi.

Il restauro di alcuni volumi antichi di anatomia della Biblioteca "Romiti" dell'Università di Pisa e la loro esposizione finalizzata a divulgare il pregevole lavoro svolto, hanno offerto l'occasione per far conoscere anche altri testi, meglio conservati, che contribuiscono a illustrare la storia dell'anatomia attraverso i secoli. La Biblioteca "Romiti" vanta, infatti, numerosi testi e atlanti anatomici che coprono un tempo che va dal Cinquecento ai giorni nostri. Alcuni di questi atlanti, poi, sono stati digitalizzati e sono consultabili in rete sul sito inaugurato in occasione della mostra. È quindi possibile non solo dimostrare l'importante ruolo che il restauro ha avuto nel recupero di testi che versavano in cattive condizioni, ma anche ricostruire un percorso culturale che



Fig. 11: La Galleria Mascagni durante la mostra del 2010

fa rivivere le tappe più importanti dello studio del corpo umano e dell'iconografia anatomica.

Se si tiene conto del valore delle opere presentate, è stata importante anche la scelta della sede dell'esposizione che doveva ulteriormente esaltarne il significato culturale. Alla luce di queste considerazioni, la mostra è stata allestita in tre ambienti storici della Scuola Medica: la Galleria Mascagni (Fig. 11), lo studio Vitali e la seconda stanza della Biblioteca "Romiti".

Oltre, naturalmente, ai volumi restaurati, fra le numerose opere della Biblioteca "Romiti" sono stati poi selezionati i testi più rappresentativi della storia dell'anatomia. Ogni libro è stato aperto sulla pagina che meglio lo rappresenta (antiporta, frontespizio, figura), corredato da un cartellino che riportava il nome dell'autore, il titolo del volume e alcune notizie sulla vita e sulle opere e il loro valore scientifico. Le opere sono state esposte in modo da creare un itinerario ben preciso, dalle più antiche fino all'Ottocento:

I primi volumi esposti testimoniano l'anatomia prevesaliana e comprendono le opere di Achillini, Avicenna (volume restaurato), Galeno e Ippocrate (volume re-

staurato). È l'anatomia più antica che a un certo punto, però, si chiude in se stessa, senza evolvere, restando imbrigliata nelle vecchie concezioni aristoteliche e galeniche.

Un secondo gruppo di libri risale al Cinquecento, con la nascita dell'anatomia moderna. Con Vesalio, infatti, riprese l'osservazione diretta del cadavere che permise di correggere e reinterpretare le confuse descrizioni della tradizione precedente. Questa rivoluzione fu sancita dalla pubblicazione di una pietra miliare degli studi anatomici, il *De humani corporis fabrica*, trattato-simbolo dell'opera di Vesalio. In questa sezione della mostra erano presenti i testi di Colombo (volume restaurato), Eustachio, Falloppio (volume restaurato), Valverde e, naturalmente, Vesalio.

Il Seicento è il periodo dell'anatomia funzionale. Lo studio puramente morfologico degli organi del corpo umano si associò ai tentativi di comprenderne la funzione. Fondamentali in questo periodo sono le ricerche di Harvey sulla circolazione del sangue. I volumi esposti comprendevano opere di Bartholin, Glisson, Harvey, Malpighi (volume restaurato), Pietro da Cortona, Sinibaldi (vo-

lume restaurato), Swammerdam e Willis.

La sezione successiva della mostra è invece dedicata al Settecento, con la nascita dell'anatomia patologica. Le ricerche anatomiche e fisiologiche progrediscono sempre di più e anche l'interesse medico per la patologia acquista una sua autonomia. Sono molti i volumi che rappresentano questo periodo, con opere di Albini, Blumenbach (volume restaurato), Cotugno, Eisenmann (volume restaurato), Haller, Heister, Kulm, Malacarne, Morgagni (volume restaurato), Palfijn, Pascoli, Spallanzani, Scarpa e Stampini (volume digitalizzato).

L'ultima parte della mostra è stata dedicata all'Ottocento, rappresentata dagli atlanti anatomici, quasi tutti digitalizzati, con opere di Auvert, Caldani, Lippi, Mascagni, Panizza, Regnoli-Ranzi (volume non digitalizzato), Scarpa. Oltre alla visione diretta dei volumi esposti, il visitatore ha potuto usufruire anche di uno schermo con proiezione continua delle immagini della mostra e al restauro dei libri con commento verbale, e di due postazioni informatiche interattive, permettendo di operare su tre cartelle visualizzate sul desktop.

Il percorso della mostra è stato integrato con la visita del Museo di Anatomia Umana "Filippo Civinini" che si trova al piano superiore della Scuola Medica. Istituito da Filippo Civinini nel 1832, il museo raccoglie circa 3.400 preparati suddivisi in varie collezioni: osteologiche (scheletri adulti e fetali, crani e varietà ossee), sindesmologiche (articolazioni e apparati ligamentosi), splancnologiche (preparati viscerali di vari apparati conservati in formalina) e angiologiche (statue anatomiche per la dimostrazione dei vasi arteriosi e venosi). Il Museo conserva, inoltre, importanti collezioni archeologiche (mummie egizie; mummie, arredi funerari e vasi peruviani precolombiani) e modelli anatomici in cera.

La questione fillers

Negli ultimi tempi, sia attraverso i media che nelle riviste del settore, si assiste ad una enfattizzazione dei contenuti e delle finalità estetiche in odontoiatria nonché all'introduzione di nuove tecniche e nuovi strumenti atti ad implementare le possibilità terapeutiche dell'odontoiatra.

Tale enfattizzazione non ha riguardato solo le consuete tecniche restaurative, in ordine alle quali l'attenzione degli operatori è tradizionalmente attenta nella realizzazione di ripristini che siano contestualmente idonei per la restituzione della funzione e del ripristino di una estetica gradevole ma ha proposto nuove prestazioni di natura estetica non tradizionalmente correlate all'attività dell'odontoiatra.

Queste tecniche includono sia le tecniche dei fillers che altre tecniche in seguito meglio indicate; per comodità di esposizione tratteremo unicamente le questioni aperte sull'utilizzo dei fillers da parte degli odontoiatri.

Queste procedure sono apparse ad una prima lettura non esattamente compatibili né sovrapponibili con quanto espresso dall'art 2 della legge istitutiva della professione di odontoiatra in ordine a alle competenze ivi indicate.

A tali spontanee osservazioni è stato replicato incentrando la questione sui **confini territoriali** da una parte asserendo che trattamenti localizzati alle labbra costituivano il naturale complemento dell'opera dell'odon-

toiatra. Dall'altra attraverso una revisione/interpretazione dell'anatomia topografica quale essa si deduce dalla citata legge 409/85 e pertanto includendo labbra e circostanti tessuti nei territori di competenza professionali indicati dalla citata norma di legge.

La questione della leicità dei trattamenti estetici appare assolutamente complessa e fonte di numerosi pronunciamenti perlopiù espressi come opinioni.

Il trattamento estetico mediante fillers viene affermato come lecito sulla base di concetti di territorialità consentita ancorché subordinata alla piena acquisizione delle procedure attraverso una formazione specifica.

In ordine alle questioni di legittimità e leicità sollevate, nonché alle risposte che a dette questioni sono state proposte appare assolutamente opportuna una

ponderata riflessione su tutti gli aspetti che la procedura implicano in ordine non solo a **legittimità** e quindi apparato normativo di copertura ma anche di tutela **assicurativa**.

Esaminiamo la questione **dal punto di vista normativo** posto che la norma di legge di riferimento è la 409/85 in cui all'art 2 si indicano e delineano le competenze della figura professionale dell'odontoiatra.

Art. 2 della legge 409/85

Formano oggetto della professione di odontoiatria le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali neces-





sari all'esercizio della loro professione.

La leicità delle procedure, non solo dei fillers, ma di quelle indicate come percorribili ed indicate nell'elenco di sotto rappresentato, sono desunte da interpretazioni dell'art 2 della legge istitutiva della professione dell'odontoiatra.

- *rivitalizzazione e mesoterapia*
- *peeling*
- *filler*
- *tecniche di bioristrutturazione*
- *tossina botulinica*
- *tecniche di ringiovanimento facciale*
- *tecniche fisiche per epilazione, trattamento delle iperpigmentazioni, rimozione di cicatrici (acne)*
- *radiofrequenza bipolare*
- *rinoplastica medica*

Premessa dell'esposizione di questo elenco è l'affermazione che i trattamenti di medicina estetica applicata al viso, ove non prevedano manovre di chirurgia "aperta" di competenza specialistica costituiscono il necessario completamento alla riabilitazione estetica del sorriso, che non può essere avulso dal suo naturale contesto che è l'intero viso. Prescindendo dall'ovvia considerazione che una riabilitazione è procedura terapeutica di una funzione compromessa e che l'inserimento prioritario se non esclusivo di obiettivi estetici pone degli obblighi comportamentali rispetto al risultato atteso oggetto del contratto, appare di non palmare evidenza che laddove si suggerisca, o meglio si dia per pacifica una competenza non solo "territoria-

le" ma anche terapeutica per l'odontoiatra, essa venga limitata a procedure di minor impegno chirurgico.

In altri termini se la competenza è di natura territoriale "allargata" mal si comprende quale sia il limite posto e che natura abbia il divieto di eseguire trattamenti terapeutici di chirurgia "aperta" limitando i trattamenti estetici a quelli a minore invasività.

La questione fondamentale è che l'affermazione di legittimità di dette procedure non trova esplicito e diretto riconoscimento nella norma di legge di riferimento ma piuttosto viene sostenuta da *interpretazioni*, anche autorevoli, della norma di legge stessa.

Quindi la questione si pone sulla lettura o meglio sull'interpretazione della norma di legge volendo identificare chi abbia l'autorità definita a sua volta da norma di produrre la decifrazione autentica di una norma di legge.

In termini estremi la questione è chi è legittimato a dire cosa in ordine alla lettura ed interpretazione autentica di una norma di legge.

La lettura o meglio l'interpretazione della legge non è lasciata al personale arbitro ma è codificata nel codice civile (libro IV dei procedimenti speciali titolo ottavo capo II).

La questione è giuridica e legata all'adozione di strumenti interpretativi delle leggi stesse.

Nell'applicare la legge non si può attribuire ad essa altro significato che quello fatto palese dal significato proprio delle parole secondo la connessione di esse e la volontà del legislatore.

Pertanto nell'interpretazione della legge si passa da un'interpretazione letterale (i relativi tessuti sono da porre in correlazione ai sostantivi che precedono denti, bocca, mascelle) ad una inter-

pretazione logica per mezzo della quale bisogna riconoscere l'intenzione del legislatore (*voluntas legis*).

i criteri per tale ricerca sono essenzialmente due:

- **interpretazione storica** che ricerca l'intenzione del legislatore nel contesto storico in cui la norma è stata pensata ed emanata (a tal riguardo appare difficile immagine che il legislatore nell'ambito della descrizione delle competenze di cui all'art 2 pensasse ad altro che ai tessuti ossei costituenti delle ossa mascellari)
- **interpretazione sistematica** che interpreta il dettato di legge in connessione e riferimento con la sua collocazione all'interno del sistema di leggi.

Esperiti questi passaggi ci si potrà trovare di fronte a significati non esattamente coincidenti con le parole espresse dalla legge; pertanto potremo avere:

- **una interpretazione restrittiva** limitando il significato delle parole utilizzate dal legislatore, cioè si limita l'uso normale di quel termine (per fare un esempio la bocca è certamente la cavità orale ma nell'uso comune si usa come sinonimo di labbra) nel caso di specie il termine mascellare, in ipotesi restrittiva si limita al tessuto osseo)
- **una interpretazione estensiva**, quando all'opposto si amplifica il significato originale del termine.

Pertanto la questione si sposta su chi è legittimato all'interpretazione della norma di legge.

Distinguiamo:

- **una interpretazione giudiziale** propria del giudice di merito e valida secondo il nostro orientamento solo per le parti in causa (esempio il primo odontoiatra che verrà citato in giudizio per danni da procedure estetiche)
- **una interpretazione dottrinale** effettuata dagli studiosi di diritto non vincolante ma orientativa
- **una interpretazione auten-**

tica da parte dello stesso legislatore per chiarire, attraverso apposite norme da lui emanate, il senso compiuto ed autentico della legge (norma interpretativa)

• **una interpretazione comune** quella resa da chiunque non compreso nelle precedenti voci e non inserito in una gerarchia delle fonti del diritto (per esempio anche la presente interpretazione) con il valore che qualsiasi opinione, comunque strutturata ha.

Altro aspetto da indagare criticamente è l'ambito in cui l'art 2 pone l'operato dell'odontoiatra. Certamente è quello della diagnosi e cura di quadri patologici, certamente in modo esplicito laddove cita il termine "malattie" in modo più estensivo laddove cita il termine anomalie.

Con detto termine si identifica una deviazione anatomica o funzionale da un quadro di normalità. Difficilmente l'invecchiamento con i quadri clinici correlati può definirsi un evento o progressione di eventi anomali.

Meno che mai laddove la presenza di alterazioni cutanee sostengono quadri psicologici-psichiatrici di sensazione di inadeguatezza soggettiva.

Il terreno di competenza è certamente medico e di ambito specialistico.

La norma di legge pare definire in modo esplicito le competenze dell'odontoiatra sia secondo un criterio di territorialità sia sulla base di finalità terapeutiche rispetto la presenza di quadri patologici (malattie ed anomalie congenite ed acquisite); in questa prospettiva interpretativa non trova posto la possibilità

per l'odontoiatra di eseguire trattamenti estetici con i fillers sulla base di assenza dei presupposti terapeutici indicati nella legge istitutiva.

In altri termini ciò che si va a trattare sono gli esiti di fisiologici processi di invecchiamento della cute le cui caratteristiche non possono in alcun modo essere comprese nel termine "malattia" ovvero "anomalie".

Altro aspetto di caratura comportamentale è che abitualmente la richiesta di intervento da parte del professionista sanitario è subordinata alla presenza di malattie e/o anomalie;

l'intervento richiesto è di natura diagnostica e successivamente terapeutica.

Appaiono in questa prospettiva di difficile comprensione gli aspetti comunicativi e commerciali correlati alle pratiche di odontoiatria estetica del volto che attraverso un lavoro persuasivo del team odontoiatrico (segreteria assistente igienista odontoiatra) indu-

cono la formazione di nuovi bisogni da parte dei pazienti.

Altro aspetto è la copertura assicurativa.

Abitualmente i contratti assicurativi coprono il danno estetico quale componente del danno biologico esitato al trattamento professionale colposamente connotato.

Può servire da esempio esplicativo la presenza di una fistola cutanea quale esito di un trattamento endodontico ascessualizzato, la lacerazione dei tessuti da parte di strumenti rotanti etc.

Dette fattispecie di danno sono strettamente correlate a procedure odontoiatriche inseribili in un più ampio contesto terapeutico pacificamente attribuito all'odontoiatra.

Altra cosa è un trattamento di odontoiatria estetica pura.

Un esito non felice ovvero non corrispondente ai desideri/aspettative del paziente in caso di applicazione di fillers nella regione

peri-orale necessiterebbe di esplicita menzione in ordine alla copertura assicurativa nell'oggetto del contratto assicurativo. Alcune compagnie assicurative escludono dalla copertura i danni derivanti dall'utilizzo per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'assicurato.

In sintesi la questione "fillers" non appare sufficientemente analizzata in tutte le sue componenti; la questione leicità appare trattata attraverso opinioni (ribadiamo ancorché autorevoli) ma che hanno un limitato peso giuridico in caso di contenzioso.



Medicina Estetica e Circolari CAO

L'articolo del Dott. Giampaolo Rossi sui fillers tratta un argomento di estrema attualità in ambito sociale ed anche per gli odontoiatri. Per comprendere meglio le problematiche che questo tipo di interventi terapeutici fanno emergere, ritengo opportuno integrare le argomentazioni espresse dall'autore con le circolari 1536/2009 e 6728/2010, entrambe a firma del Presidente CAO Nazionale dott. Giuseppe Renzo. Dalla lettura di entrambe, scritte a più di un anno di distanza l'una dall'altra, si comprende chiaramente come non esista una soluzione valida per tutti i casi e per tutti i tempi. Si può dire che ogni caso clinico può offrire una o più soluzioni specifiche, che il

singolo odontoiatra dovrà valutare con correttezza clinica e deontologica. Diversamente il rischio di esporsi a contestazioni da parte di pazienti, di colleghi, o peggio ancora di giudici, sarà notevole in quanto il tutto è sostenuto da interpretazioni, anche autorevoli, ma pur sempre **interpretazioni** della norma di legge stessa. Tutti noi siamo ben consapevoli come il campo estetico sia un territorio estremamente infido per i sanitari, anche per quelli dotati della migliore tecnica, manualità, e conoscenza della materia. La crisi socio-economica attuale conduce spesso a comportamenti poco corretti, forse "spericolati", ma dobbiamo essere ben consapevoli che nell'ambito estetico

la certezza del diritto, come già evidenziato, è minore, e di conseguenza dobbiamo muoverci adottando maggiori cautele. Un insuccesso sia pure minimo in mezzo alla montante contestazione della professione sanitaria potrebbe farci rimpiangere un operato non proprio essenziale al nostro piano terapeutico. Tralascio inoltre di ricordare come pareri redatti in merito alla prestazione di opera professionale medica nell'ambito della medicina estetica da parte di importanti studi legali sono numerosissimi, reperibili su Internet, spesso discordanti a seconda del committente, a conferma della parola sopra evidenziata anche dal Dott. G. Rossi: **interpretazioni**.

Indicazioni della CAO di Pisa

La Commissione dell'Albo degli Odontoiatri del nostro Ordine ritiene opportuno richiamare gli iscritti all'osservanza di una corretta redazione del preventivo e dei certificati di malattia. Per coloro che non lo avessero fatto la CAO suggerisce la lettura sul numero 1/2014 di Toscana Medica alla pagina 60 degli articoli relativi a questi nostri adempimenti. Riportiamo in sintesi gli stessi.

Obbligo di preventivo. L'art. 54 del Codice Deontologico prevede che il medico "è tenuto a far conoscere il proprio onorario preventivamente al cittadino". Inoltre la legge n.27 del 24/03/2012 ha dato forza legale a questo stesso principio, per cui adesso non è più solo un precetto deontologico, ma anche un obbligo di legge. Si raccomanda quindi di sottoporre al paziente il preventivo di spesa avendo cura di raccogliere la formale accettazione del preventivo stesso. La mancata ed ingiustificata sottoposizione del preventivo, oltre a costituire una mancanza disciplinare, **renderà impossibile per l'Ordine esprimere un parere di congruità sull'onorario richiesto.**

Certificati di malattia. Si ribadisce l'assoluta necessità che ogni medico (domanda: vale anche per gli odontoiatri? Non c'è scritto ma da informazioni verbali sembra di sì, cioè che la cosa sia sottintesa), in qualunque contesto operi e che abbia in carico il paziente in quel momento ottemperi in prima persona anche alla redazione del certificato di malattia, senza delegare ad altri (gli altri sono per lo più i medici di famiglia, che oggi devono operare con l'invio dei certificati in via telematica. Noi odontoiatri ovviamente li possiamo redarre solo in forma cartacea) questo adempimento.

Consigliere CAO
Dr. Alberto Calderani



FNOMCeO

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

Dr. M. Poladas

Sig.ra E. Catarinangi

FNOMCEO 12/02/09
RGP.0001536 2009
Cl. 01.09.01/1

**Ai Presidenti delle Commissioni per gli
Iscritti all'Albo degli Odontoiatri**

E-MAIL

**Oggetto :
Attività odontoiatrica -
Trattamenti di chirurgia
estetica -**

Cari Colleghi,

da più parti pervengono quesiti volti a conoscere se un odontoiatra può eseguire trattamenti di chirurgia estetica, come ad esempio, quelli concernenti l'uso di filler e l'esecuzione di infiltrazioni di acido ialuronico.

Al riguardo precisiamo che l'unico dato normativo vigente è quello relativo all'art. 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409 che testualmente stabilisce : *"Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche"*.

E' evidente che il quesito proposto non può che trovare soluzione attraverso un'interpretazione estensiva o restrittiva di questa norma di legge.

Riteniamo pertanto che sia difficile, se non inutile, tracciare linee di confine tra diverse competenze mediche e/o odontoiatriche in modo asettico, senza considerare l'unitarietà del corpo umano e la inevitabile sovrapposibilità di attività professionali.

E' difficile poi tracciare una distinzione inoppugnabile anche per quel che riguarda l'attività terapeutica e quella meramente estetica.

Nella fattispecie potrebbe sembrare che questi tipi di intervento non abbiano scopi terapeutici ma soltanto estetici, dimenticando che spesso gli interventi di estetica risolvono problemi di carattere psicologico, con le conseguenze che ne derivano.

In realtà, quello che va evidenziato è l'obiettivo terapeutico che si prefigge il professionista ed il corretto svolgimento dell'intervento per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico stesso.

Cordiali saluti



Giuseppe Renzo

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Piazza Cola di Rienzo, 38/A - 00192 Roma
Telefono: 06/6703215 - 06/6703233 - 06/6703255 - Fax: 06/6703292 E-mail: ufficiodontoiatri@fnomecno.it



FNMCEO

*Al Presidente
della Commissione degli odontoiatri
della Corte degli Arbitri*

FNMCEO 17/06/10
RGP.0006728 2010
Cl. 02.038 01/12

Oggetto: Medicina estetica -
Competenze odontoiatri

Spett.le OMCEO
GROSSETO
e-mail

p.c.
Ai Presidenti delle Commissioni Albo
odontoiatri
e-mail

La Commissione Albo Odontoiatri di Grosseto, che ringraziamo per la collaborazione, pone un delicato quesito concernente l'attività odontoiatrica in riferimento non alla chirurgia estetica ma ai trattamenti di medicina estetica.

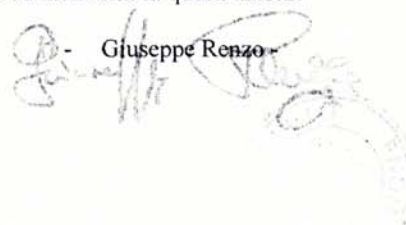
La Federazione più volte ha posto il problema evidenziando la necessità di privilegiare un'interpretazione estensiva o restrittiva della norma di cui all'art. 2 della legge 409/85 che testualmente stabilisce: "Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione".

Anche se sono evidenti le difficoltà interpretative, esprimo un parere che trova riscontro in termini di certezza su quanto riportato, quindi ritengo che tale norma consenta all'odontoiatra iscritto al relativo albo, di svolgere queste attività a scopi terapeutici ma anche estetici considerando che, come già evidenziato, spesso gli interventi di estetica risolvono problemi di carattere psicologico, con le conseguenze che ne derivano.

Del resto l'ampia dizione dell'art 2 citato, che fa riferimento alle anomalie congenite ed acquisite anche delle mascelle e dei relativi tessuti, permette di sostenere ampiamente la competenza dell'odontoiatra ad interventi in questi ambiti.

Cordiali saluti


Giuseppe Renzo

Innovativo accordo tra Ordine dei Medici e Università di Pisa



UNIVERSITÀ DI PISA

Convenzione per l'inserimento dei medici di medicina generale nelle attività formative del corso di laurea in medicina e chirurgia.

TRA

i Dipartimenti di

- Medicina Clinica e Sperimentale, con sede legale in Pisa, P.IVA 00286820501, C.F. 80003670504, Via Savi, 10,, rappresentato dal Direttore Prof. Mario Petrini, nato a Pisa (PI) il 31/12/1950, domiciliato per la sua carica presso la sede legale del Dipartimento;
- Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, con sede legale in Pisa, P.IVA 00286820501, C.F. 80003670504, Via Savi, 10, rappresentato dal Direttore Prof. Paolo Miccoli, nato a Livorno il 07/06/1947, domiciliato per la sua carica presso la sede legale del Dipartimento;
- Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia con sede legale in Pisa, P.IVA 00286820501, C.F. 80003670504, Via Savi, 10, rappresentato dal Direttore Prof. Giulio Guido, nato a Lecce il 25/02/1947, domiciliato per la sua carica presso la sede legale del Dipartimento, di seguito denominati "Dipartimenti"

E

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa, con sede in Pisa, c.a.p. 56127, in Via Battelli n. 5, C.F. 80003870500, rappresentata per la firma del presente atto dal Presidente Dott. Giuseppe Figlini, nato a Cascina (PI) il 28/07/1945, C.F.: FGLGPP45L28B950K, i seguito denominato "OdM",

PREMESSO CHE

- 1) il Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004 n.270, relativo al "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" prevede, all'art.10, comma 5, lettera d, il riconoscimento di attività formative volte ad agevolare le scelte professionali, professionali sulla base di apposite convenzioni;
- 2) i regolamenti didattici dei Corsi di Studio afferenti ai Dipartimenti definiscono le attività formative professionalizzanti, le funzioni dei tutors docenti e i luoghi presso cui è possibile svolgere l'attività di tirocinio;
- 3) Il regolamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prevede lo svolgimento di attività didattiche tutoriali che comportano per lo studente l'esecuzione di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale;
- 4) Il regolamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prevede, per ciascuna attività professionalizzante, il numero dei CFU, l'anno di riferimento, gli obiettivi formativi, le propedeuticità e le modalità di verifica finale;
- 5) L'Università di Pisa e i Dipartimenti dell'Area Medica stipulano convenzioni con enti pubblici e privati al fine di poter garantire le migliori opportunità formative ai propri studenti nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1

I Dipartimenti e l'OdM convengono di sottoscrivere un accordo che consenta di svolgere parte delle attività formative professionalizzanti del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia ("CdL") presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale ("MMG").

Come prescritto dal regolamento del CdL, ciascuno studente del sesto anno di corso dovrà acquisire 3 CFU di attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionalizzanti (pari a 60 ore di attività) con la frequenza di due settimane presso l'ambulatorio di un MMG. La denominazione ufficiale di questa attività è "attività formative professionalizzanti di assistenza territoriale" (di seguito AFP) e i suoi obiettivi formativi consistono nell'acquisire esperienza nella gestione del paziente ambulatoriale.

L' AFP descritta nel presente accordo risulta obbligatorio per tutti gli studenti dell'ordinamento LM-41. Ove fossero disponibili posti aggiuntivi, l' AFP potrà essere svolta anche dagli studenti dell'ordinamento 46/S, per i quali costituisce attività opzionale.

Articolo 2

Ai sensi del regolamento didattico di Ateneo e del regolamento del CdL in medicina e chirurgia, l' AFP è coordinata da uno o più docenti universitari del settore scientifico-disciplinare MED/09 – medicina interna, nominati dal consiglio di CdL in sede di programmazione didattica. Nella stessa sede il consiglio di CdL nomina docenti-tutori del tirocinio i MMG convenzionati con la ASL 5 che manifestino la loro disponibilità e soddisfino ai seguenti requisiti:

ASL 11 Provincia Pisa

a) avere almeno 750 assistiti;

b) essere convenzionati per la medicina generale da almeno 5 anni.

Il presidente dell'OdM ha l'incarico di raccogliere l'elenco del MMG che posseggano questi requisiti e manifestino la loro disponibilità, corredandolo dalla espressa adesione degli stessi agli impegni previsti dalla presente convenzione. L'elenco dovrà essere periodicamente aggiornato e trasmesso al presidente del CdL in Medicina e Chirurgia in tempo utile per l'approvazione della programmazione didattica.

L' AFP verrà svolta elettivamente nei periodi liberi da lezioni frontali, ma potrà essere programmata anche al di fuori di questi periodi per consentire il recupero a studenti rimasti indietro nel percorso formativo. Ogni MMG potrà comunque limitare la propria disponibilità ad un minimo di due mesi all'anno.

Articolo 3

Ogni docente-tutore seguirà di regola uno studente per periodo. Ciascun docente-tutore riceverà le credenziali per accedere al sito web dedicato alle iscrizioni alle AFP del CdL e verrà comunque informato via mail sui nominativi degli studenti a lei o lui affidati almeno una settimana prima dell'inizio di ciascun periodo di AFP.

Al termine del tirocinio il MMG annoterà sull'apposito libretto fornito agli studenti le attività svolte e formulerà un giudizio di merito, che verrà trasmesso al coordinatore dell'AFP per la verbalizzazione.

Ciascun anno il coordinatore del corso di Clinica Medica organizzerà una attività seminariale volta ad introdurre l'AFP. I seminari potranno essere svolti nel contesto del corso integrato di Clinica Medica, in codocenza con uno o più MMG, individuati dal coordinatore del corso d'intesa con il presidente dell'OdM.

Articolo 4

I Dipartimenti non sono tenuti a retribuire le attività svolte dai MMG come docenti-tutori, i quali potranno comunque usufruire di eventuali indennità corrisposte dalla Regione o dalla ASL 5. *Prov. Pisa*
La presente convenzione ha validità per tre anni accademici a partire da quello 2013/2014 e potrà essere rinnovata tramite scambio di corrispondenza.

Articolo 5

L'Università di Pisa garantisce a tutti gli studenti che svolgono il tirocinio la copertura assicurativa per danni propri o a terzi. In base alla normativa vigente, gli studenti possono svolgere attività sui pazienti congrue con il loro stato giuridico, sotto il controllo e la responsabilità del docente-tutore. Gli studenti sono tenuti a conformarsi alle stesse norme per la tutela della privacy previste per i MMG.

In caso di comportamento inappropriato da parte dello studente, il docente-tutore potrà disporre l'interruzione del tirocinio e trasmetterà una segnalazione scritta al presidente del CdL per i provvedimenti previsti dalla disciplina d'Ateneo.

I docenti-tutori sono tenuti a conformarsi alle norme di comportamento prescritte ai docenti dal regolamento didattico e dal codice etico dell'Università di Pisa.

L'OMG si impegna, tramite i MMG, a:

- garantire agli studenti le condizioni di sicurezza e di igiene nel rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza, sollevando da qualsiasi onere i Dipartimenti;
- segnalare, in caso di incidente occorso durante lo svolgimento dell'AFP, l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi ed alla Segreteria Didattico Amministrativa dei Dipartimenti.

Articolo 6

Le spese di bollo, se dovute, saranno a carico di ciascuna parte per l'originale dell'atto di propria competenza.

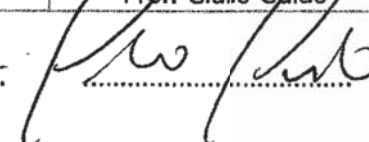
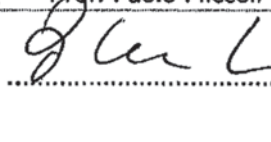
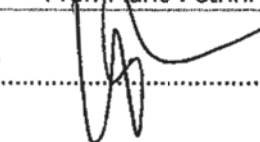
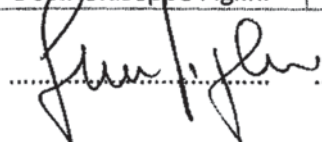
Il presente atto verrà registrato solo in caso d'uso a cura e spese di chi abbia interesse, ai sensi dell'art. 4 della Tariffa parte II allegata al DPR 131/86.

Articolo 7

Per tutto quanto non previsto dalla presente Convenzione le parti fanno riferimento alla normativa vigente in materia.

Pisa,

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa	Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale	Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica	Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia
Il Presidente	Direttore	Direttore	Direttore
Dott. Giuseppe Figlini	Prof. Mario Petrini	Prof. Paolo Miccoli	Prof. Giulio Guido



Il sovraffollamento nel DEA: possibili soluzioni

In questi ultimi anni una delle principali criticità che affliggono la maggior parte dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, DEA (organizzati in Italia sulla base di una specifica evoluzione di normative vedi fig.1) su scala mondiale, è rappresentata dal fenomeno del sovraffollamento.

Alcuni dei fattori che lo determinano sono:

- iperafflusso di pazienti determinato generalmente da una rete territoriale incapace di rispondere ai reali bisogni della popolazione, con conseguente aumento dell'inappropriatezza degli accessi che spesso presentano un'alternanza stagionale;
- modificazione delle esigenze assistenziali della popolazione (aumento di pazienti anziani e cronici con riacutizzazioni e remissioni), informazione degli utenti condizionata dai media, "frequentatori abituali" del PS che dovrebbero trovare risposte in diversi setting assistenziali;
- inappropriata occupazione dei posti letto di degenza ordinaria (sovraccarico di pazienti ricoverati, ritardo nelle dimissioni) con conseguente imbuto ricettivo tra PS e unità operative, aggravata dalla scarsa disponibilità di strutture di lungodegenza e dalle conseguenze della medicina difensiva;
- difficoltà di adattare strutture ospedaliere e spazi con differenti esigenze normative e in continuo cambiamento;
- difficoltà organizzative, oggi esasperate dal taglio della spesa pubblica, dal blocco del turnover del personale, con organici sotto-dimensionati e rallentamento delle attività di consulenza e dei servizi diagnostici.

I dati nazionali del 2010 documen-

tano circa 3.7 accessi in PS ogni 10 abitanti. Di questi, circa il 60% sono pazienti con codice verde e circa il 15% viene in seguito ricoverato (indicatore estremamente variabile in Italia). L'Overcrowding nei DEA genera conseguenze che coinvolgono l'intero ospedale: aumento del rischio clinico e degli eventi avversi, ritardo nei trattamenti, aumento di reclami, insoddisfazione degli utenti, conseguenze negative per il personale che lavora in condizioni non gratificanti.

Le soluzioni del fenomeno possono essere:

- aumento delle risorse: sia come unità di personale, sia per compiti specifici come nelle unità di osservazione o *bed manager*; della D.S;
- gestione delle richieste: progettazione di percorsi non urgenti, diversione delle ambulanze;
- introduzione dell'OBI: osservazione Breve Intensiva;
- introduzione del codice argento (**);

- percorso assistenziale per i codici bianchi
- definizione di percorsi assistenziali per specifiche categorie di pazienti (ICTUS ecct.)
- coinvolgimento del personale volontario
- formazione del personale del PS.

Il DEA dell'AOUP nato nel 2004 ha avuto nel corso di questi 10 anni alcune modifiche della sua composizione (fig. 1). Allo stato attuale è costituito da 9 UO di cui 5 a valenza Medica proprio per facilitare la possibilità di ricovero diretto da PS e con percorsi interni diagnostici per contenere il più possibile i tempi di degenza. Parte delle soluzioni organizzative innanzi proposte sono state messe in opera, inoltre in accordo con le linee guida e progetti regionali (Net Visual dea, Net Visual Hospital). Però bisogna dire che le strategie pianificate non risolvono completamente il problema però possono permettere una riduzione/





EVOLUZIONE NORMATIVA DEL SISTEMA

- 1938: tutti gli Ospedali devono far funzionare un servizio di Pronto Soccorso indipendente per poter assicurare alle urgenze provenienti dall'esterno la presenza di personale libero da impegni di assistenza ai ricoverati.
- Legge Mariotti 132 1968: si definiscono presenza e caratteristiche del Pronto Soccorso. Nei successivi decreti di attuazione (DPR 128/129/130 del 1969), vengono definiti anche caratteristiche e compiti del personale addetto al Pronto Soccorso
- 1992: Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza
- 1996: Linee guida per il sistema di emergenza/urgenza.

redistribuzione del sovraccarico di lavoro, la gestione più appropriata degli spazi e delle risorse, maggior appropriatezza delle prestazioni, e la riduzione del rischio per i pazienti. E' auspicabile in futuro di mettere in opera una maggiore sperimen-

tazione di OBI, di incrementare i programmi per l'ottimizzazione dei posti letto, e la maggiore diffusione di Discharge Unit dove concentrare pazienti in dimissione, in modo da facilitare il ricovero di nuovi pazienti nei reparti di ricovero.

L'EVOLUZIONE DEL DEA AOUP 2004-2014

2004-2007

- ANESTESIA E RIANIMAZIONE PS
- MEDICINA D'URGENZA DI PS
- MEDICINA D'URGENZA U
- ODONTOIATRIA
- RADIODIAGNOSTICA PS

2008-2010

- ANESTESIA E RIANIMAZIONE PS
- MEDICINA D'URGENZA DI PS
- MEDICINA D'URGENZA U
- CHIRURGIA DELLA MANO MCR
- CHIRURGIA D'URGENZA U
- CHIRURGIA DELLE VIE BILIARI
- CENTRO USTIONI
- MALATTIE CARDIOVASCOLARI 2
- RADIODIAGNOSTICA PS

2011-2014

- CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
- CHIRURGIA D'URGENZA
- CENTRO USTIONI
- MEDICINA 2
- MEDICINA 4
- MEDICINA 5
- MEDICINA D'URGENZA E DI PS
- MEDICINA D'URGENZA U
- RADIODIAGNOSTICA DI PS
- GERIATRIA

Fig. 1

Carcinoma coloretale: terapia personalizzata con anti-EGFR

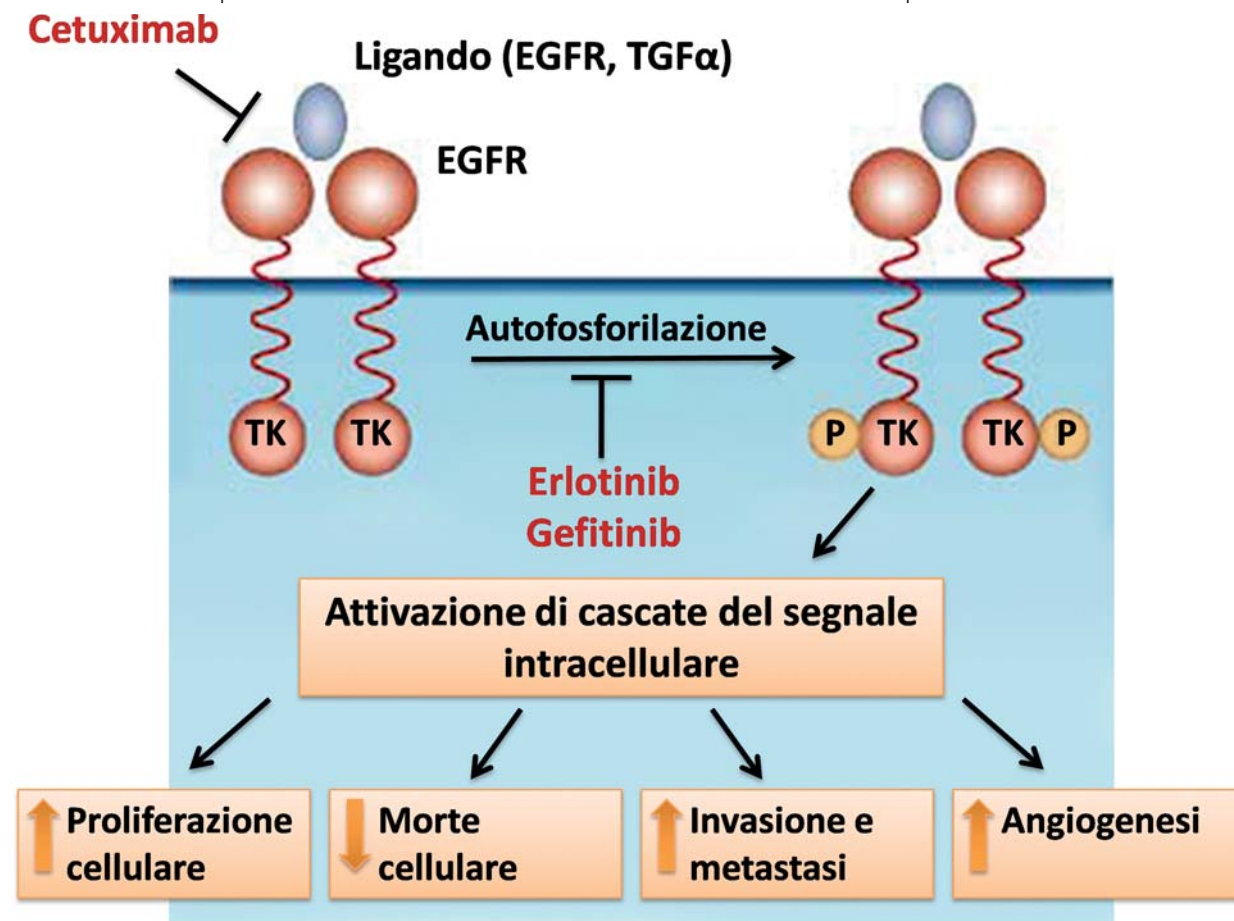
Sulle colonne di questa rivista abbiamo recentemente affrontato gli aspetti più salienti dell'epidemiologia del tumore coloretale e del ruolo dell'oncologo medico nella gestione dei pazienti affetti. Si sono rapidamente ripercorsi i maggiori progressi fatti nel tempo nella terapia medica di questa patologia e si è arrivati a qualche cenno sulle attuali possibilità di inquadramento biomolecolare e di terapia biologica della malattia avanzata. Proprio questi ultimi punti costituiscono l'oggetto di questo nuovo approfondimento.

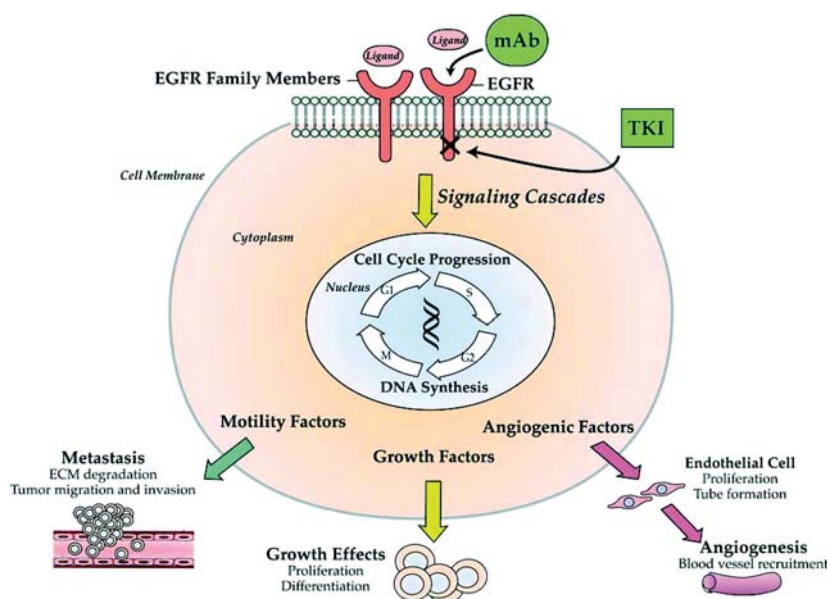
Da lungo tempo è noto ai patologi e biologi molecolari che l'iperespressione del recettore per il fattore di

crescita epidermoide (EGFR) da parte delle cellule di tumore coloretale è un fattore prognostico negativo, correlato ad una maggiore aggressività neoplastica e a maggiori capacità replicative e di diffusione metastatica. E' per questo che negli anni '90 si è identificato l'EGFR come uno dei più promettenti bersagli per una terapia farmacologica mirata del tumore coloretale. Lo sviluppo clinico di molecole in grado di bloccare l'attività è stato piuttosto rapido e prolifico e si è basato essenzialmente su due strategie: anticorpi monoclonali in grado di legare la porzione extracellulare di EGFR e piccole molecole con attività inibitoria dell'effetto tirosino-chi-

nasico con cui il recettore trasduce il segnale all'interno della cellula tumorale. I due anticorpi monoclonali cetuximab e panitumumab sono i farmaci che hanno avuto i migliori risultati e il maggiore sviluppo approdando all'indicazione terapeutica routinaria.

I primi studi clinici randomizzati a confrontare cetuximab o panitumumab verso esclusiva terapia di supporto nelle fasi avanzate di malattia sono stati condotti tra il 2003 e il 2005 e i risultati pubblicati nel 2007. In questi studi i farmaci sono stati somministrati solo a pazienti affetti da tumore coloretale in cui veniva rilevata sul pezzo istologico l'espressione immunoistochimica di





EGFR. I farmaci si sono dimostrati capaci di avere un chiaro effetto antitumorale portando a citoriduzione evidente, miglioramento della sopravvivenza libera da progressione e della sopravvivenza globale dei pazienti con un profilo di tossicità accettabile causando essenzialmente una tipica eruzione cutanea, grave solo in una bassa percentuale di casi. Sono però emersi parallelamente due elementi importanti: il beneficio era indipendente dai livelli di espressione di EGFR e solo un sottogruppo di pazienti aveva un chiaro vantaggio, con una buona percentuale di casi in cui il trattamento non portava a risultati diversi dalla sola terapia di supporto.

Molti gruppi di ricerca in tutte le parti del mondo si sono da subito impegnati nel cercare di definire se vi potessero essere caratteristiche molecolari del tumore o nell'assetto genetico germinale dei singoli pazienti che potessero definire una predisposizione alla risposta o alla resistenza ai trattamenti. Tra i vari tentativi uno in particolare ha segnato la storia di questa materia: un gruppo francese del laboratorio parigino diretto dal Prof. Pierre Laurent-Puig ha condotto un'esperienza retrospettiva piuttosto piccola in termini di numero di pazienti ma anche semplice nella fattibilità e nel concetto. I colleghi hanno testato il potere predittivo negativo di risposta alla terapia delle mutazioni del

gene KRAS. Il presupposto della valutazione stava nel fatto che tale gene codifica per una proteina a valle del recettore EGFR e che in caso di mutazione del gene la proteina stessa che ne deriva è costituzionalmente attiva, indipendentemente dal segnale di EGFR. Sono bastati 30 pazienti in questo studio preliminare per verificare una correlazione significativa tra la presenza della mutazione e la mancanza di risposta ad anti-EGFR. Nessuno degli 11 pazienti responsivi aveva infatti la mutazione vs 13 dei 19 non responsivi. E' bastato questo studio per dare l'avvio ad una serie di esperienze successive che hanno verificato la stessa ipotesi negli ampi studi registrativi internazionali dalla prima linea di trattamento alle successive portando così ad un cambio della stessa scheda tecnica dei farmaci.

Fin dall'inizio, lavorando dapprima presso l'U.O. di Oncologia Medica dell'ASL6 di Livorno e poi, dal 2009, al Polo Oncologico dell'AOU di Pisa anche il nostro gruppo, in stretta collaborazione con il team di patologi e biologi molecolari diretto dalla Prof.ssa Gabriella Fontanini, ha promosso e condotto ricerche in questo settore partecipando allo stesso a collaborazioni di studio nazionali e internazionali. In particolare ci si è focalizzati su condizioni relativamente più rare della mutazione dell'esone 2 di KRAS, studiando il potere pre-

dittivo di mutazioni attivanti su altri hotspot e del gene BRAF (anch'esso coinvolto nella stessa cascata di segnale) in uno studio pubblicato su British Journal of Cancer nel 2009. Prove definitive a sostegno di quanto ipotizzato inizialmente nelle nostre ricerche sono arrivate più lentamente, anche e soprattutto per la maggiore rarità delle alterazioni testate e solo nel corso del 2013 si sono avute le attese conferme. Ad oggi è noto a tutta la comunità oncologica mondiale come mutazioni attivanti di KRAS sui codoni 61 e 146 siano predittive di resistenza agli anti-EGFR e proprio negli ultimi mesi questo test è stato formalmente incluso nella label di cetuximab e panitumumab, così come la caratterizzazione del gene NRAS. Tutti i tumori colorettali che abbiano dato una diffusione metastatica devono essere sottoposti ai test di BRAF e RAS per l'impostazione di un programma terapeutico ottimale, per orientare la scelta di trattamento verso farmaci diversi, risparmiare tossicità inutili al paziente e ottimizzare il rapporto costo-beneficio delle terapie.

L'esempio degli anticorpi monoclonali anti-EGFR nel trattamento del tumore colorettale, non è unico nell'oncologia moderna. L'impiego di farmaci biologici in sottogruppi di pazienti molto specifici e selezionati da un punto di vista molecolare è una realtà in varie neoplasie e per varie molecole. Esempi analoghi si hanno nella terapia biologica del tumore mammario, del tumore polmonare, del melanoma ed altri. In tutte queste situazioni è stato sempre fondamentale il contributo della piccola ricerca accademica e indipendente per definire elementi sostanziali e sfumature che hanno nel tempo portato all'ottimizzazione delle schede tecniche dei farmaci e delle loro indicazioni. E' stata, e sarà sempre più nel futuro una responsabilità di tutti i sanitari coinvolti contribuire con determinazione e impegno costanti al successo di queste ricerche e alla loro rapida applicazione nella pratica di tutti i giorni.

L'Ordine informa

Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita dal 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Procedura:

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

Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica: 0575/0500

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



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

Parent Project onlus

INSIEME **X** FERMARE LA DUCHENNE

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

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

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

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

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

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



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



CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

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

Per fare una donazione:

c/c postale 94255007

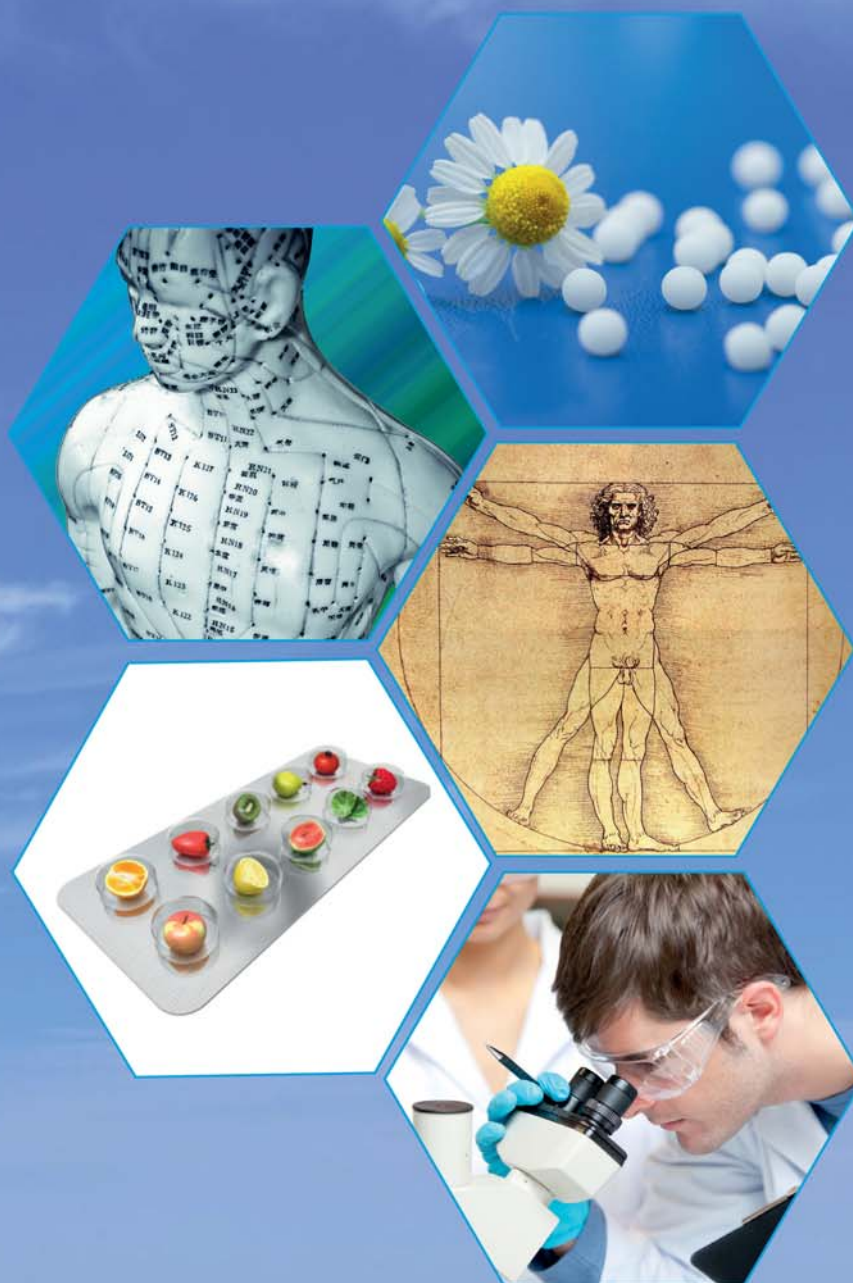
BCC Ag. 19

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



Igea Network

www.igeanetwork.eu



Il punto d'incontro fra medicina convenzionale, ricerca e medicine complementari, per un approccio integrato