

# *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:

### **Pisa "capitale" della medicina del sonno**

*E. Bonanni*  
Responsabile Centro per lo Studio delle Malattie  
del Sonno - AOUP

### **Odontoiatria: dal passato al futuro**

*F. Pancani*  
Presidente CAO Pisa

### **Gruppo Chirurgia d'Urgenza ONLUS**

*E. Evangelista*  
U.O. Chirurgia Generale e d'Urgenza - AOUP

# Oltre il conto on line

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

## Banca di Cascina

esce dalla filiale  
per venire da te...

### - con Relax Banking

il tuo Conto corrente sarà  
sempre disponibile  
su PC o Tablet,  
a casa, o dove vuoi tu.

- **Concordando un appuntamento**  
verremo a trovarti personalmente

**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. e fax 050 311048

#### Perignano

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

#### Livorno - Prossima Apertura

via Cairoli, 1  
tel 0586 885041 • fax 0586 890302

#### SPORTELLI BANCOMAT PISA

via Santa Maria, 94  
Corso Italia, 24

[www.bancadicascina.it](http://www.bancadicascina.it)



**Banca di Cascina**

La forza della semplicità



# Eterologa sì, ma uguale per tutti

**L**e leggi non si discutono, si applicano. Questo vale anche nel campo della tutela della salute e dunque noi, che siamo il collegamento fra lo Stato e la popolazione, ce ne facciamo carico e continueremo a compiere il nostro dovere con professionalità. Un percorso dunque come altri, quello dell'eterologa, dopo il pronunciamento della Consulta. Il Governo ha affidato ulteriori valutazioni al voto del Parlamento e noi attenderemo le sue decisioni. Chiediamo soltanto tempi brevi e chiarezza legislativa. Sì, perché una volta dato il via alla legittimità costituzionale, i cittadini hanno il diritto di poter disporre delle nuove normative. Si tratta di materia certo nuova, anche nella cultura della popolazione. Dunque, occorrono messaggi semplici, efficaci che non lascino dubbi ad interpretazioni di sorta. Per esperienza, comunque, guardiamo purtroppo con perplessità all'evoluzione della situazione con Regioni che, comprensibilmente, hanno iniziato procedure singole sia nei tempi, che nei modi, che negli aspetti

amministrativi.

La preoccupazione – e lo ribadiamo come Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri – è di dar vita a percorsi locali, dai quali possa emergere una disuguaglianza interpretativa ed operativa. Sarebbe infatti una delusione vedere, alla fine, differenziazioni così ampie da portare la gente a scegliere una Regione rispetto a quella d'appartenenza. Esiste un organismo importante, la Conferenza permanente fra Stato e Regioni, così come esiste un nostro Ordine Nazionale. Ecco perché, da Pisa, lanciamo un forte appello a tutti i colleghi affinché, ciascuno nelle proprie realtà locali, operino un ruolo di stimolo fattivo perché si crei nei fatti un sinergismo propositivo ed organizzativo. Soltanto così potremo essere certi di aver tutelato la salute come un diritto dei cittadini e lo Stato ha il dovere di muoversi in un'ottica globale. Non vorremo giungere, anche per l'eterologa, a Regioni di Serie A e B. Nessuno lo meriterebbe. Quindi, muoviamoci per tempo.



## *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](mailto: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](mailto:info@archimediapisa.it)

Progetto grafico e Impaginazione  
ALFA&CO Comunicazione  
per Archimedia Communication

Stampa  
MYCK Press

Foto di copertina  
concessa da G. Michele Pileri

# La giornata del medico

**P**isa si conferma città della Medicina grazie all'attività di professionisti di altissimo livello. La Sanità pisana cresce esponenzialmente nel tempo, come evidenziato dall'autentica valanga di nuove iscrizioni all'Ordine Provinciale dei Medici ed Odontoiatri. Una conferma, non del tutto attesa, giunta nel corso dell'annuale Giornata del Medico e dell'Odontoiatra che pur tra le molteplici incognite causate dalle attuali politiche sanitarie nazionali e regionali, gettano su questa professione, e conseguentemente sulla salute dei cittadini. L'evento si è celebrato ancora una volta in un clima di familiarità ben lungi del corporativismo che caratterizza altre professioni. La partecipazione di interi nuclei familiari, bambini compresi, può rendere ampiamente l'idea del senso di celebrazione, pur sempre festosa, che ormai caratterizza da qualche anno questo evento, che raduna di fatto, professionisti della Salute di varie appartenenze, privati, generici, ospedalieri ed universitari, iscritti da tempo all'Ordine. Un successo di nuovi iscritti, oltre 150 tra medici ed odontoiatri, impegnati al termine dell'evento a declamare il consueto "Giuramento d'Ippocrate" che li impegna, non solo nella vita professionale, a porre al centro della loro attività la salute del paziente. Una giornata, iniziata con il consueto saluto dell'attivissimo presidente dell'Ordine, Giuseppe Figlini, e proseguita con i vari interventi di illustri relatori, fra cui quello di Luigi Mario Daleffe, Responsabile Nazionale del "Fondo Sanità", che ha affrontato il tema "La previdenza per il Medico e l'Odontoiatra: miraggio o realtà?". Momenti di autentica e sincera commozione hanno salutato la consegna delle medaglie d'oro per i 50 anni di laurea, ai medici e specialisti a cui si deve non poco del successo che la nostra attività professionale riscuote non solo in campo nazionale. Molteplici anche le medaglie d'argento (92) per i 25 anni di laurea assegnate ai medici che continuano ad onorare il buon nome della Sanità pisana. Così come hanno fatto coloro che hanno ricevuto la targa d'argento alla carriera. Una giornata che si è conclusa con il consueto piacevole momento conviviale che ancora una volta ha sottolineato il senso di appartenenza ad un gruppo coeso che è poi la vera forza dell'Ordine Provinciale dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Pisa.



Il giuramento di Ippocrate



Momenti della giornata

## Una targa ricordo della giornata è stata consegnata per meriti acquisiti a:

### prof. Egidio Bertelli

*Nato a Casciana Terme (PI), si laurea in Medicina e Chirurgia, presso l'università degli studi di Siena. Inizia la sua carriera nel 1973 come assistente prima e aiuto poi presso la cattedra di Anatomia Patologica della stessa Università. Negli anni della sua permanenza in questo Istituto partecipa attivamente all'assistenza ed alla ricerca. Per quanto riguarda la parte didattica, ricopre anche l'insegnamento presso la scuola di specializzazione in Odontostomatologia.*

*Nel 1980 si trasferisce dalla cattedra di Anatomia patologica a quella di Odontostomatologia al momento della creazione del Corso di Laurea in odontoiatria e Protesi Dentaria. Partecipa attivamente all'istituzione di tale Corso che, nel 1984, fra le prime in Italia vide appunto l'Università degli Studi di Siena laureare i primi medici odontoiatri. Nel 1982/83 professore associato*



*in patologia speciale odontostomatologica, nel 1985 professore ordinario della stessa materia, nel 1989/1990 viene nominato direttore dell'istituto di Discipline Odontostomatologiche, poi del dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, incarico che ha ricoperto fino al pensionamento avvenuto nell'anno 2009. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche a stampa e ha partecipato in qualità di relatore a numerosi congressi nazionali ed internazionali.*

*E' stato responsabile scientifico per l'Italia del GIRSO' (Groupement international Pour la Recherche en stomatologie et odontologie) e ha ricevuto l'attestato di laurea per meriti scientifici. E' stato presidente della Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice per due trienni e della Società Italiana di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo Facciale fino all'anno 2013. Di entrambe le società è tuttora past president. Nel corso di laurea di Odontoiatria e protesi dentaria ha ricoperto i seguenti insegnamenti: Patologia Odontostomatologica, odontoiatria conservatrice e clinica odontostomatologica e ha fatto parte per molti anni del comitato per la didattica.*

*Nel corso di laurea per igienisti dentali, alla cui istituzione molto ha contribuito, ha ricoperto l'insegnamento di patologia e clinica odontostomatologica e ha fatto parte del comitato per la didattica. Per quanto riguarda l'attività assistenziale è stato inizialmente responsabile del reparto di odontoiatria conservatrice e in seguito direttore dell'unità operativa di Odontostomatologia in toto. E' stato responsabile del Dipartimento Assistenziale Integrato prima comprendente Odontoiatria, oculistica, Otorino, Orotopedia e Chirurgia Maxillo Facciale, e in seguito del Dipartimento Assistenziale Integrato Organi di senso comprendente le sopracitate discipline ad eccezione dell'ortopedia.*

*Ha fatto parte del Consiglio dei sanitari. Ha ricoperto la carica di Vicepresidente della facoltà di Medicina e Chirurgia per tre mandati ed è stato membro del Consiglio di Amministrazione di Ateneo.*

*Nel giugno 2009 è andato in pensione. Dal suo curriculum emerge una vita intera dedicata alla didattica, alla ricerca e all'assistenza in strutture pubbliche. E' stato membro del comitato scientifico di molte riviste specifiche del settore ed attualmente è nel comitato scientifico della rivista Doctor Os. Dal momento del suo pensionamento esercita libera professione dedican-*

*dosi particolarmente all'odontoiatria estetica, ricostruttiva e riabilitativa.*

### **dott. Alfonso Capria**

*Il Dott. Alfonso Capria è iscritto all'Ordine dei Medici fin dall'inizio della sua carriera, che risale al 1967. Nei primi 4 anni dopo la laurea ha svolto la sua attività professionale nell'ambito della medicina generale, approfondendo in particolare i problemi di ricerca clinica nel campo delle malattie del metabolismo. Dal 1972 sino al 1977 si è interessato fondamentalmente di*



*epatologia, soprattutto dal punto di vista immunologico ed istologico. Negli anni successivi, pur non trascurando l'esperienza clinica epatologica e delle malattie metaboliche, si è dedicato con particolare interesse alla endoscopia digestiva sia diagnostica che operativa.*

*In tali veste ha ricoperto importanti incarichi didattici e istituzionali nelle società scientifiche essendo stato uno dei primi in Toscana a portare avanti le varie tecniche di trattamento endoscopico delle varici esofago-gastriche sanguinanti,*

*delle ulcere peptiche emorragiche, della papillosfinterotomia, della dilatazione delle stenosi esofagee e duodenali. Dopo una esperienza di perfezionamento, presso il Royal Free Hospital di Londra e successivamente presso l'Hospital Santi Lazare di Parigi, ha percorso tutta la carriera presso l'attuale AOUP da assistente ad aiuto, fino a primario della U.O.C di Gastroenterologia e Malattie del Ricambio.*

*Sotto la sua guida, la Unità Operativa da lui diretta ha rappresentato un centro di riferimento reale per la gastroenterologia e particolari patologie quali: l'ipertensione portale, le emorragie digestive, le malattie infiammatorie croniche intestinali, il malassorbimento intestinale e la malattia da reflusso gastro-esofageo. Tra i primi in Italia, ha introdotto e utilizzato l'endoscopia capsulare e la colonscopia robotica.*

*Infine, ma non ultimo come valore trasmesso, è stato ideatore dell'associazione ANCoRE Onlus, che persegue finalità di solidarietà sociale nel campo della ricerca scientifica, prevenzione e trattamento delle neoplasie del colon retto.*

*Ha impostato il suo lavoro e quello dei collaboratori su principi etici ed organizzativi, dimostrando professionalità, rispetto per il malato e spirito di servizio.*

*Per questo, l'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Pisa ha deciso di assegnarle la targa alla carriera.*

### **prof. Enio Martino**

*Il Prof. Enio Martino, personalità scientifica di livello internazionale, è stato tra i principali artefici dello sviluppo delle conoscenze dei meccanismi fisiopatologici, diagnostici e terapeutici di importanti patologie endocrine. Laureatosi a Roma nel 1966, ha completato la sua formazione scientifica presso le Università di Marsiglia in Francia, la Free University di Bruxelles in Belgio, la University of Massachusetts di Boston e la University of Chicago, nella quale ha ricoperto il ruolo di Associated Professor dal 1976 al 1979 e di visiting professor dal 1982.*

*Il Prof. Martino è stato Professore Ordinario di Endocrinologia dal 1986 al 2012, ricoprendo anche il ruolo di Presidente del Collegio dei Professori Ordinari di Endocrinologia. Inoltre è*

stato Direttore del Dottorato di Ricerca in Scienze Endocrine e Metaboliche e Direttore del Dipartimento di Endocrinologia e Malattie Metaboliche dell'Università di Pisa. E' stato Direttore dell'U.O. Endocrinologia 2 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. L'attività scientifica del Prof. Martino è stata di primissimo livello con contributi fondamentali sulla conoscenza delle malattie della tiroide e delle malattie ipotalamo-ipofisarie.

La rilevanza scientifica del Prof. Martino lo ha portato a ricoprire la carica di Presidente della Società Italiana di Endocrinologia e Presidente della Fondazione della Società Italiana di Endocrinologia. E' stato membro del Comitato degli Esperti del Ministero della Salute.

Il Prof. Martino è stato insignito di diversi premi nazionali ed internazionali, tra i quali quello della Società Italiana di Endocrinologia nel 1990 e l'Ordine del Cherubino dell'Università di Pisa nel 2007. Ma l'aspetto più importante dell'attività scientifica del Ennio Martino è stato quello di aver creato un solido gruppo di ricerca, fornendogli le caratteristiche strutturali e culturali per poter continuare nel tempo l'opera del suo fondatore. La rara capacità di fondare una scuola e strutturarla in modo da darle autonomia e prospettive scientifiche che si proiettano nel futuro rappresenta senza ombra di dubbio il vero merito del Prof. Martino e il segno distintivo del suo lavoro all'interno dell'Università di Pisa. Per questo, l'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Pisa ha deciso di assegnarle la targa alla carriera.

#### **dott. Massimo Monicelli**

Ha iniziato la professione all'età di 24 anni come allievo volontario in clinica medica dove è stato alcuni anni, poi, come ogni giovane medico all'inizio della carriera, ha cercato di lavorare dove c'era possibilità ha infatti lavorato dapprima come tisologo al sanatorio di Cisanello, poi come pediatra nei consultori dell' ONMI, quindi presso la cassa mutua dell'ENPAS facendo il medico della mutua, figura resa molto famosa dal film "il medico della mutua" di Alberto Sordi, che l'ha fatta diventare una figura negativa per antonomasia, ma per fortuna non tutti i medici erano di quella pasta.

Solo in seguito ha esercitato fino alla pensione la professione di Medico di Medicina Generale quando non esisteva la guardia medica ed il medico era attivo giorno e notte 365 giorni l'anno con un numero molto elevato di assistiti dato che non esisteva ancora il massimale di scelte.

È presente ancora oggi nel ricordo di più generazioni di pazienti per la competenza professionale sempre alimentata dal costante aggiornamento e supportata dall'autorevolezza, dalla pazienza e dai buoni consigli da padre di famiglia verso tutti i suoi pazienti, in un periodo in cui il medico era ancora il signor dottore o "dottorino" come veniva affettuosamente denominato agli inizi della professione per la sua giovane età.

L'amore per la professione, la dedizione al lavoro, la competenza professionale, il rispetto e la comprensione degli altri sono stati insegnamento per molti colleghi, e per i suoi due figli dato che anch'essi hanno deciso di fare il medico ed in specie il medico di famiglia spinti dal suo esempio.

Per tutto questo la Commissione proponente ed il Consiglio Direttivo nel suo insieme lo indica come esempio per le nuove generazioni di Colleghi.



## I premiati con medaglia d'oro per i cinquant'anni di professione

Giovanni Baldacci, Giulio Alberto Comastri, Paolo Demuru, Alberto Diara, Orio Donati, Giorgio Giorgi, Antonio L'Abbate, Giuseppe Fabrizio Menchini Fabris, Domenico Milano, Gabriella Scarlatti, Almerinta Smorfa Penne', Italo Spinelli, Antonio Vagelli, Mario Zingoni



Dott. Giulio Alberto Comastri



Dott. Antonio L'Abbate



Dott. Antonio Vagelli



Prof. Giuseppe Fabrizio Menchini Fabris

## I premiati con medaglia d'argento per i venticinque anni di professione

**MEDICI** Francesco Aiello, Gioachino Amato, Giovanni Antonelli, Carlo Baioli, Giorgio Bambini, Alessandra Benedetti, Pasqualina Benincasa, Elisabetta Bernacchi, Luca Bernacchi, Sandra Bertoncini, Maria Bombara, Rosanna Bonacci, Luca Bonfiglio, Piero Boraschi, Mirella Calcinai, Cristina Irene Campassi, Lucia Cappelli, Roberto Caputo, Nadia Maria Caraccio, Carla Carloti, Donatella Cecconi, Vladyslav Chubuchnyi, Pietro Cilurzo, Claudia Cinini, Giovanni Consani, Maria Cristina Cossu, Guido Costagli, Nicola Danisi, Enza D'eusebio, Emanuele Di Bartolo, Maria Cristina Di Paco, Maria Pia Dolcher, Silvia Drago, Francesca Rosa Faraco, Maddalena Faraoni, Francesca Fasano, Sabrina Ferrante, Francesco Fornai, Paola Freer, Antonio Galli, Carmelo Gambuzza, Daniele Gandini, Massimo Gargani, Maria Susana Gavelli, Maria Gherardini, Stefano Giannotti, Agostino Gigliotti, Antonella Giorgi, Barbara Giubbilei, Marianna

Giuliano, Tommasina Grosso, Maria Teresa Guarnieri, Laura Guerrini, Leonarda Lambresa, Elena Lazzeri, Rossella Ledda, Francesco Leoli, Alessandro Lippi, Fabio Lodispoto, Guido Luppichini, Doretta Maccherini, Massimo Mariani, Maria Cristina Mariotti, Alessandro Marracchini, Pierpaolo Medda, Franca Melfi, Claudia Dealta Emma Menconi, Antonio Monicelli, Maria Cristina Monje Verdugo, Marco Morale, Laura Moretti, Monica Nannipieri, Vincenzo Nardini, Maria Letizia Natale, Maria Natale, Alessandro Natale, Alessandra Paglini, Francesco Papisidero, Cecilia Pardi, Cristiana Parri, Francesco Pedetta, Paolo Pellizzoni, Gianluca Peonia, Andrea Pieraccini, Marina Polizzi, Lorenza Pratali, Carmen Presti, Gabriele Salvatore Puglisi, Luca Pupeschi, Alessandro Ribechini, Monica Riccetti, Silvia Riccioni, Enrica Richieri, Jacopo Romagnoli, Riccardo Ruffoli, Giusta Paola Ruju, Giovanni Sacco, Paola Salvadori, Rita Sardi, Silverio Sbrana, Michela Sbrana, Angela Maria Scavello, Antonio Silvi, Eleni Athina Siuti, Sandra Sostegni, Alessandro Tani, Carlo Tascini, Sergio Taviani, Alberto Topi, Simona Vestri, Loredana Voci, Elena Zaccagnini, Elena Zipoli, Antonio Zoppi

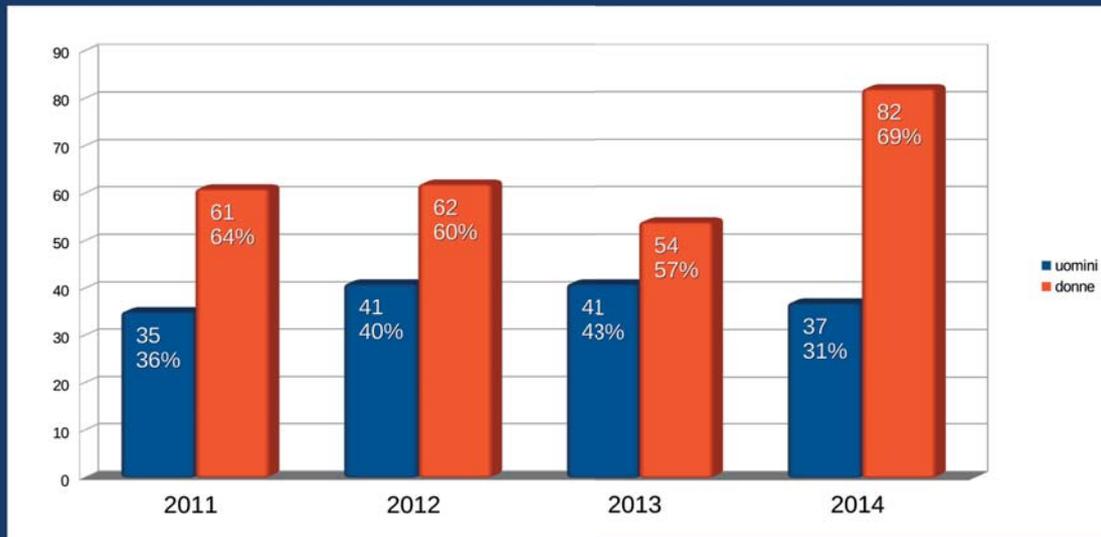
**ODONTOIATRI** Mauro Baschieri, Isabella Ferulli, Pierpaolo Fioretti

### **Nuovi iscritti all'Ordine**

**MEDICI** Eleonora Albano, Francesco Arces, Stefano Aringhieri, Enrica Armienti, Stefano Atzori, Anna Aventaggiato, Giacomo Baldereschi, Tiziano Balestrino, Francesco Baratto, Margherita Barbuti, Matteo Bardelli, Alessia Baroni, Clara Baroni, Marina Barsacchi, Francesco Barsotti, Alice Bartalucci, Alfredo Beccasio, Carlotta Becherini, Anna Bendinelli, Marzia Bernardeschi, Ilaria Bertaggia, Maria Giulia Bianchi, Elena Bracco, Concetta Cacace, Carlotta Cacciatore, Federico Cagnazzo, Ilaria Calabrese, Enrico Calderani, Ileana Capozza, Rosilde Caputo, Francesco Giuseppe Carbone, Irene Carpita, Elena Cecchi, Eugenio Cerri, Caterina Cianchi, Giulia Cianetti, Ilaria Ciarfella, Tiziana Controzzi, Elisabetta Corsi, Camilla Cremonini, Serena Dal Canto, Maria Giovanna De Luca, Annalisa Del Giacomo, Alberico Del Torto, Umberto Dell'agnello, Vittorio Depaulis, Gabriele D'hauw, Mattia Di Cello, Annalisa Di Giacomo, Martina Di Giacomo, Ilaria Maria Di Somma, Gioia Di Stefano, Maria Gaia Dodaro, Anna Fabbri, Mohammad Walid A Fatayer, Elena Favilli, Giulia Ferrannini, Paola Cristina Ferrauto, Vincenzo Ferrucci, Claudia Foghi, Barbara Fredianelli, Francesca Galiero, Alessandro Gennaiotti, Francesca Gervasi, Valentina Giaconi, Giulio Giambartolomei, Luigi Giorgi, Serena Giorgi, Samuele Giubbolini, Matteo Giunta, Alessandra Gonnelli, Matteo Gozzoli, Davide Grassi, Cinzia Guerrini, Rosanna Iannarella, Angelo Indino, Anisa Kondakciu, Elona Koni, Lorenzo Latella, Lorenza Lepore, Martina

## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA

### Albo Medici - Prime iscrizioni



Giornata del Medico e dell'Odontoiatra  
27 settembre 2014

Lombardi, Marilena Lombardo, Valentina Lombardo, Serena Losacco, Teresa Lucchese, Giulia Macchini, Elisa Malacarne, Veronica Mancuso, Francesca Mangani, Ornella Mangiacasale, Ippolita Marchini, Alessia Marianelli, Andrea Marrazzini, Lucilla Marzotta, Manuel Melo, Nafije Menga, Melissa Menichini, Michele Milianti, Davide Maria Mocellin, Claudia Monaci, Carlo Mondelli, Samuele Montagnani, Matteo Morda', Serena Morleo, Carlotta Natali, Alberto Nieri, Manila Notarbartolo, Margherita Notarnicola, Domenico Oriente, Francesca Papini, Giulia Parri, Alberto Pastore, Gabriele Luciano Petracca, Fiorella Petrelli, Lorenzo Piccini, Angela Piccirilli, Ugo Politti, Vito Pollina, Catia Pulera', Maurizio Radogna, Filippo Maria Francesco Ricci, Sara Ricciardi, Anna Righi, Laura Rivieri, Virna Robustelli, Azzurra Rossi, Ilaria Rossi, Erion Rreka, Serena Salehzadeh, Alessandra Scionti, Stefania Spina, Sara Stagnari, Dorotea Stefanini, Silvia Tafuto, Annalisa Tambasco, Gaia Tarantini, Lorenzo Tesi, Alessandro Tognoni, Carla Vaccaro, Giulia Vadi, Marika Valota, Simone Venturini, Letizia Vergura, Rita Viglialoro, Silvia Xynelis

**ODONTOIATRI** Andrea Bizzarri, Gianni Ciampalini, Enrica Giammarinaro, Eleonora Mascitelli, Marco Nisi, Barbara Gabriela Nunez Torrijos

## **La previdenza per il Medico e l'Odontoiatra: miraggio o realtà?**

*Le condizioni demografiche (diminuzione delle nascite ed aumento dell'aspettativa di vita) e le crisi economiche hanno obbligato a numerose riforme previdenziali negli ultimi 20 anni, portando all'innalzamento dell'età pensionabile, alla diminuzione dei coefficienti con cui si calcolano le rendite vitalizie, con la necessità di trovare soluzioni integrative.*

*La previdenza complementare si assume quindi un compito importante per tutti i lavoratori, ma fondamentale per i giovani.*

*Per tutti i lavoratori si tratta, infatti, di un investimento che permette di accantonare un patrimonio, per il periodo di quiescenza, con grandi vantaggi fiscali, gestendolo secondo la propria propensione al rischio ed in relazione al tempo che manca al momento del pensionamento.*

*Per i più giovani, ad esempio, è possibile gestire l'investimento in modo più aggressivo: l'orizzonte temporale lunghissimo diluisce il rischio di un investimento azionario attivo, permettendo rendimenti più elevati. I numeri contano pur qualcosa, e ci dicono che un rendimento superiore del 3% in 36 anni raddoppia il capitale: non cambia la vita, però la può migliorare significativamente, proprio nei momenti in cui possiamo averne più bisogno.*

*Questo è il motivo per cui è conveniente valutare la proposta di FondoSanità: cosa è FondoSanità cercherò di spiegarlo brevemente.*

*Nel 1996 l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani costituiva, sulla base della normativa prevista nel Decreto 124/1993, FondoDentisti: era un fondo pensione complementare chiuso riservato agli esercenti legalmente l'odontoiatria in Italia.*

*Quando la normativa previdenziale, con il decreto 243/2004, ha concesso alle Casse Previdenziali privatizzate, come l'ENPAM, la possibilità di istituire un fondo pensione complementare, l'Ente dopo uno studio approfondito valutò che la via più breve e sicura per offrire ai medici la previdenza complementare era costituita dall'allargamento di FondoDentisti a tutti gli iscritti all'ENPAM. Dal 16 giugno 2007 FondoDentisti è diventato FondoSanità, al quale hanno poi aderito anche ENPAF (farmacisti), ENPAPI (infermieri liberi professionisti) e SIVeMP (veterinari)*

*FondoSanità è dunque "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli esercenti le professioni Sanitarie": un fondo chiuso, limitato alle categorie succitate.*

*Come funziona un fondo pensione complementare chiuso? cominciando dalla base, gli aderenti eleggono, ogni tre anni, l'Assemblea dei Delegati, la quale poi nomina i Consiglieri di Amministrazione ed il Collegio dei Sindaci.*

*I compiti del Consiglio di Amministrazione sono numerosi: da questo organo sono nominati i dirigenti del Fondo, compreso il Direttore Generale, e sono scelti il Service Amministrativo, la Banca Depositaria, ed i Gestori Finanziari. Il Fondo, infatti, non svolge in prima persona i compiti di gestione finanziaria: questa attività è affidata a gestori professionali, i quali operano indirizzando gli investimenti del patrimonio gestito dalla Banca Depositaria, e sono controllati, inoltre, da una Società di controllo della gestione finanziaria. A propo-*

sito della gestione finanziaria, questa è suddivisa in quattro comparti, garantito, obbligazionario, bilanciato ed azionario, in modo che l'aderente possa scegliere, in base al suo orizzonte temporale di permanenza nel Fondo ed alla sua propensione al rischio, in quale comparto investire.

Il collega che vuole iscriversi, dopo aver visionato la scheda informativa e lo Statuto (entrambi sono disponibili sul sito internet del Fondo "www.fondosanita.com") invia la scheda di adesione alla Segreteria del Fondo, con la quota di adesione "una tantum" (26 €); dopo di che effettua il versamento contributivo (può farlo in unica soluzione annuale o in due tranches o addirittura mensilmente) sul conto corrente dedicato della banca depositaria (BNP Paribas), indicando in quale comparto (o comparti) il suo patrimonio deve essere gestito. È facoltà dell'aderente cambiare comparto, gratuitamente, una volta l'anno; una volta l'anno riceve anche notizie per posta sull'andamento del suo patrimonio, patrimonio che comunque può controllare tutte le volte che vuole su internet utilizzando il suo codice personale segreto.

Il sistema di controlli è costituito, oltre che dal Consiglio di Amministrazione, dal Service Amministrativo e dalla Banca Depositaria, dalla Società di Controllo della gestione finanziaria, dal Collegio dei Sindaci, dalla Società di Revisione dei bilanci, dalla Società di Controllo interno, e dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione.

Il patrimonio accumulato potrà essere utilizzato per una rendita vitalizia, con la possibilità di riscuoterne una quota, in ogni modo non superiore al 50%, sotto forma di capitale; per la rendita vitalizia potrà essere indicata una persona titolare dell'eventuale reversibilità, e anche l'opzione long term care.

La deducibilità fiscale del versamento può raggiungere annualmente 5.164,57 € euro, come tutti i fondi, anche quelli aperti; e la rendita vitalizia sarà tassata con una percentuale variabile dal 9 al 15 %, a seconda dell'anzianità di appartenenza al fondo. La quota di gestione amministrativa annuale è di 60 €, ma quello che differenzia FondoSanità, è il valore della commissione annuale di gestione, che varia dallo 0,08 allo 0,17%. Utilizzando gli ISC (indicatore sintetico dei costi), cioè dati ufficiali prelevati dal sito COVIP, possiamo valutare il considerevole risparmio che si ottiene con FS rispetto a tutti i fondi aperti disponibili in Italia: in 30 anni si realizzano differenze nei puri costi che vanno da 12.000,00 a 58.000,00 €. E questi risparmi si aggiungono a rendimenti che sono tra i più elevati.

In più il CdA ha deciso di facilitare i giovani con l'aiuto delle fonti istitutive: sconterà 85 € per il primo anno a tutti coloro che si iscrivano a FondoSanità con meno di 35 anni di età. Altro aspetto importante è la possibilità di iscrivere i famigliari a carico: cominciare a costruire ai figli un patrimonio previdenziale è estremamente importante, perché i più penalizzati dalle riforme previdenziali sono proprio i più giovani.

Non è possibile esaurire in queste righe tutte le notizie necessarie; ma rivolgendovi all'Ordine dei Medici o sul sito [www.fondosanita.it](http://www.fondosanita.it) troverete sicuramente motivi di riflessione e le motivazioni per iscrivervi.

Luigi Mario Daleffe  
Responsabile Nazionale del "Fondo Sanità"

# Pisa “capitale” della medicina del sonno

Il Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS – Pisa – 5/8 novembre) costituisce l'occasione di incontro annuale della comunità ipnologica italiana. L'AIMS – come è noto – riunisce specialisti di varie discipline mediche e non (prevalentemente neurologi, pneumologi, otorinolaringoiatri, pediatri, neuropsichiatri infantili, chirurghi maxillo - faciali, psicologi, fisiologi) impegnati nello studio clinico e nella ricerca nel settore della medicina e della ricerca sul sonno.

Il titolo, deciso per questa XXIV edizione del congresso, “Dalla ricerca di base alla clinica”, vuole in particolare sottolineare la multidisciplinarietà e la trasversalità del sonno e la grande importanza della collaborazione e della comunicazione tra le differenti professionalità e non solo all'interno dei singoli gruppi. Da un lato saranno cioè numerose le occasioni di aggiornamento, grazie alla presenza di relatori internazionali di assoluto valore scientifico ed ai numerosi incontri con l'esperto su temi importanti e dibattuti della medicina del sonno, legati ai complessi rapporti tra disturbi del sonno e altre condizioni fisiologiche (come la gravidanza o l'età evolutiva) o patologiche (come la cefalea o i disturbi psichici) con importanti implicazioni diagnostiche e terapeutiche. Inoltre, all'interno del Congresso, si svolgerà la consegna del prestigioso Pisa Sleep Award, giunto alla decima edizione, che premia ricercatori europei che si sono particolarmente distinti nella ricerca sperimentale e clinica nel-

la Medicina del Sonno.

La nuova direttiva europea sulla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e la patente di guida e le conseguenze per la gestione sanitari sulla gestione della patologia saranno, sicuramente, un argomento fondamentale per le conseguenze pratiche che avranno negli anni a seguire.

Numerosi simposi metteranno inoltre a confronto le esperienze locali ed i differenti punti di vista su molti temi caldi: un “update” sulla sindrome delle gambe senza riposo (contesto in cui molti ricercatori italiani hanno fornito un contributo importante), simposi su neurofisiologia ed aspetti clinici dei disturbi del sonno nelle malattie neurodegenerative e nell'epilessia, insonnia e disturbi psicopatologici, personalizzazione del trattamento ventilatorio della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e ventilazione non invasiva a lungo termine, opzioni chirurgiche in questo ambito, nuovi ambiti di utilizzo della melatonina, rapporti tra sonno e coscienza così come tra sonno e

alimentazione. Gli incontri, organizzati in collaborazione con altre società, confermano la volontà di continuare ed implementare le collaborazioni scientifiche ed organizzative, nell'ottica di una ottimizzazione delle sempre più scarse risorse a disposizione e dei percorsi diagnostico-terapeutici. Un Simposio organizzato con i Tecnici di Neurofisiopatologia sarà dedicato all'aggiornamento sulla diagnosi ed il trattamento della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno. Il ruolo delle innovazioni tecnologiche (tessuti intelligenti, smartphone, progettazione ergonomica) nella Medicina e nello studio del Sonno sarà oggetto di un ulteriore incontro. Quattro corsi dedicati ad odontoiatri, psicologi, medici del lavoro e medici di medicina generale, che si affacciano alla medicina del sonno, completano il programma congressuale. Per ogni informazione, il sito del congresso è [http://www.avenuedia.eu/source/congressi/congressi\\_2014/AIMS\\_Pisa/indice\\_AIMS\\_Pisa.html](http://www.avenuedia.eu/source/congressi/congressi_2014/AIMS_Pisa/indice_AIMS_Pisa.html)



# Adenocarcinoma del retto: approccio multidisciplinare

Il tumore del retto è una patologia complessa perché caratterizzata da alcune caratteristiche peculiari, ovvero la cattiva prognosi, il problema delle recidive locali e una chirurgia complessa che deve conciliare radicalità oncologica e, possibilmente, la preservazione sfinteriale. Per tutto ciò è fondamentale l'approccio multidisciplinare in quanto sono necessari una stadiazione molto accurata ed una valutazione chirurgica, oncologica e radio-terapica fin dal momento della diagnosi per poter pianificare una adeguata strategia terapeutica.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana questa attività viene coordinata da alcuni anni dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) dei tumori del colon-retto. Il GOM si riunisce regolarmente ogni settimana e coinvolge regolarmente chirurghi, oncologi e radio-terapisti, in caso di necessità anche radiologi ed anatomo-patologi.

La valutazione multidisciplinare precoce è importante per vari aspetti quali una maggiore accuratezza diagnostica, una ottimizzazione delle tempistiche degli accertamenti e dei trattamenti e di conseguenza per ottenere il migliore risultato possibile per il paziente.

In particolare, un punto di fondamentale importanza per il tumore del retto è la stadiazione ottimale che prevede l'esecuzione di:

- Colonscopia, necessaria per la diagnosi e la caratterizzazione istologica della neoplasia

- Ecografia trans-rettale, che dà informazioni dettagliate sul grado di infiltrazione della parete intestinale (parametro T) e in misura minore sulla presenza di linfonodi patologici (parametro N) compresi nel campo di studio della metodica

- Risonanza Magnetica pelvica, accertamento necessario e fondamentale per la valutazione del mesoretto e quindi del mar-

gine circonferenziale (cioè dei rapporti tra la neoplasia e la fascia mesoretta), dei rapporti con i muscoli elevatori e le altre strutture pelviche e dei linfonodi locoregionali (parametro N) (figura 1); tutti questi parametri hanno un peso prognostico di grande rilevanza

- TAC torace-addome-pelvi, utile soprattutto per la valutazione delle eventuali metastasi a di-

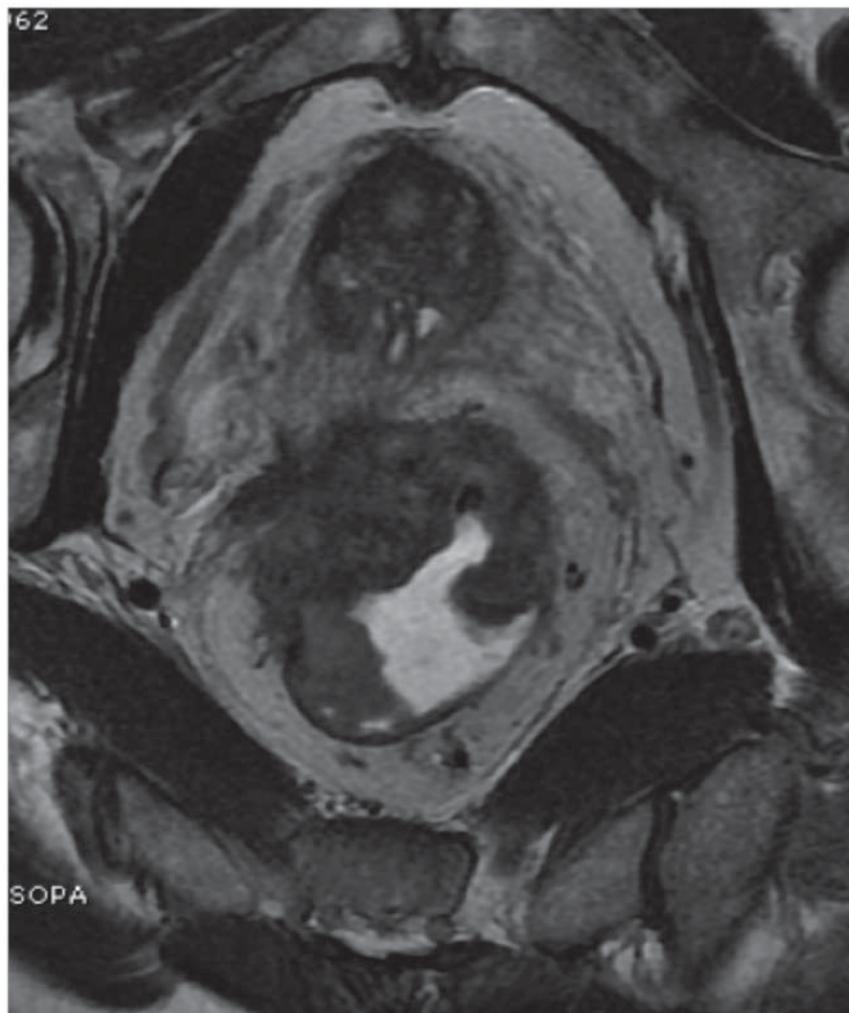


Figura 1A: Importanza della Risonanza Magnetica nella stadiazione del tumore del retto. Linfadenopatia presacrale a meno di 1 mm dalla fascia mesoretta



Figura 1B: Importanza della Risonanza Magnetica nella stadiazione del tumore del retto. Neoformazione rettale che interessa la parete viscerale a tutto spessore con invasione del mesoretto fino alla fascia mesoretale e infiltrazione delle vescicole seminali

stanza (parametro M).

Solo quando tutti questi elementi sono stati chiariti è possibile impostare una adeguata strategia terapeutica che si può articolare nelle seguenti opzioni:

- TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), che consiste nell'escissione locale del tumore, indicata solo ed esclusivamente in casi molto selezionati in stadio cT1cN0cM0 e contemporaneamente con tumore che ha una infiltrazione minima della sottomucosa (Sm1), dimensioni inferiori ai 3 cm, è situato entro 8 cm dal margine anale ed è una adenocarcinoma ben o moderatamente differenziato
- Resezione chirurgica con

escissione totale del mesoretto (TME), che è ormai universalmente considerato l'approccio chirurgico standard per i tumori del retto ed è il trattamento esclusivo nei casi cT1-2cN0cM0 - Trattamento integrato preoperatorio con chemio-radioterapia neoadiuvante seguito da chirurgia con TME, seguito da chemioterapia adiuvante, che è il trattamento ottimale per le neoplasie localmente avanzate cioè in stadio cT3-4 e/o con interessamento linfonodale loco-regionale (cN1-2)

È importante sottolineare che, diversamente da quanto si riteneva in passato, è ormai dimostrato che il trattamento preoperatorio è fondamentale non

tanto e non solo per consentire la resecabilità chirurgica o una chirurgia più conservativa, ma anche e soprattutto perché riduce maggiormente l'incidenza di recidive locali rispetto ad un trattamento post-operatorio.

La possibilità di avere un team multidisciplinare altamente specializzato e coordinato consente, inoltre, di poter sviluppare protocolli di ricerca finalizzati ad un ulteriore miglioramento dei risultati terapeutici. In particolare, un quesito di grande interesse che è attualmente in studio in molti centri nel mondo ed anche presso l'AOUP è la valutazione di una terapia medica di induzione, cioè eseguita prima del trattamento integrato chemio-radioterapico e della TME, che consenta di eseguire nella stragrande maggioranza dei pazienti una terapia sistemica attiva al fine di agire precocemente non solo sul tumore primitivo, ma anche sulle eventuali micrometastasi.

Come ultimo aspetto da sottolineare, la valutazione precoce in sede di GOM consente di trattare efficacemente anche casi molto complessi come ad esempio i pazienti che si presentano già al momento della diagnosi con metastasi a distanza e che necessitano di un trattamento adeguato sia per le metastasi che per il tumore primitivo, o i pazienti che si presentano con tumori complicati dal punto di vista della sintomatologia (ad esempio con sanguinamento, quadri sub-occlusivi, fistolizzazione) per cui è richiesta una strategia terapeutica personalizzata.

Per concludere è fondamentale che tutti i pazienti con tumore del retto vengano riferiti precocemente ad una valutazione multidisciplinare al fine di poter gestire al meglio le numerose problematiche che questa neoplasia presenta e quindi ottenere il miglior risultato possibile per ogni paziente.

# Trauma cranio-encefalico: fra dubbi e certezze

**S**i stima che oggi nel mondo si verifichi un trauma cranico ogni 15 secondi e una morte per trauma cranico ogni 14 minuti. In Italia l'incidenza è di 250 nuovi casi per 100.000 ab./anno e la mortalità di 15/100.000 ab./anno, quasi in linea con la media europea. La spesa correlata al trauma cranico negli USA è di circa 4 miliardi di dollari/anno.

Nonostante la maggiore efficacia della più recente prevenzione primaria, il perfezionamento e la rapidità del primo soccorso, la migliore comprensione della fisiopatologia del trauma e il consolidamento di nuove strategie rianimatorie e neurochirurgiche, gli ordini di grandezza dei dati epidemiologici sottolineano la rilevanza che ancora oggi riveste la traumatologia cranio-encefalica nel nostro lavoro. Inoltre, date le sue caratteristiche nosologiche e l'ampiezza della perturbazione socio-familiare che essa comporta, l'impatto sociale del risultato terapeutico sarà molto elevato.

La prima guerra mondiale ha segnato l'inizio della neurochirurgia traumatologica con i lavori pionieristici di Harvey Cushing sui traumi cranici penetranti. Il primo approccio sistematico al trauma non penetrante fu effettuato alla fine degli anni '70 con lo studio pilota del Traumatic Coma Data Bank.

Il trauma cranico, in base alla sua entità, alla sua dinamica ed alle caratteristiche del paziente, può causare al momento dell'impatto una certa quota di danno **primario** irreversibile del tessuto cerebrale. Dopo questo danno iniziale, che può aver già prodotto effetti sul piano neurologico (da sfumati deficit focali al coma), qualsiasi strategia

terapeutica applicata al paziente ha come obiettivo la prevenzione o il contenimento del danno tissutale **secondario**, ovvero quella catena di eventi che porta alla necrosi di tessuto cerebrale non ancora danneggiato dal trauma o interessato da un danno reversibile.

La prevenzione del danno secondario inizia sulla scena del trauma, durante le prime manovre di soccorso, effettuate secondo i protocolli ATLS. Prosegue nelle varie fasi di ospedalizzazione fino alla degenza in Rianimazione o in Neurochirurgia, mediante i monitoraggi del caso e, in ultima analisi, ha come obiettivo il mantenimento di un adeguato livello di ossigenazione e trofismo cerebrale.

Una prima TC del capo positiva segna l'inizio della fase neurochirurgica e può evidenziare un danno cranico, intracranico extracerebrale, intracranico intracerebrale o una commistione di questi. L'evoluitività delle lesioni diventa a questo punto l'elemento determinante visto che, a parità di volume (intracranico), una lesione più grande genera notoriamente una maggiore pressione. Queste variazioni di pressione vengono rilevate col monitoraggio della pressione intracranica (PIC) (indicato se Glasgow Coma Scale dopo stabilizzazione è uguale o inferiore a 8 + TC encefalo positiva) che viene effettuato in Rianimazione mediante un catetere ventricolare o un trasduttore piezoelettrico intracerebrale e che, al buio delle condizioni neurologiche, costituisce il faro delle strategie rianimatorie ed eventualmente chirurgiche. Le attuali linee guida del trauma cranico, stilate e costantemente aggiornate dalla Brain Trauma Foundation, descrivono in dettaglio

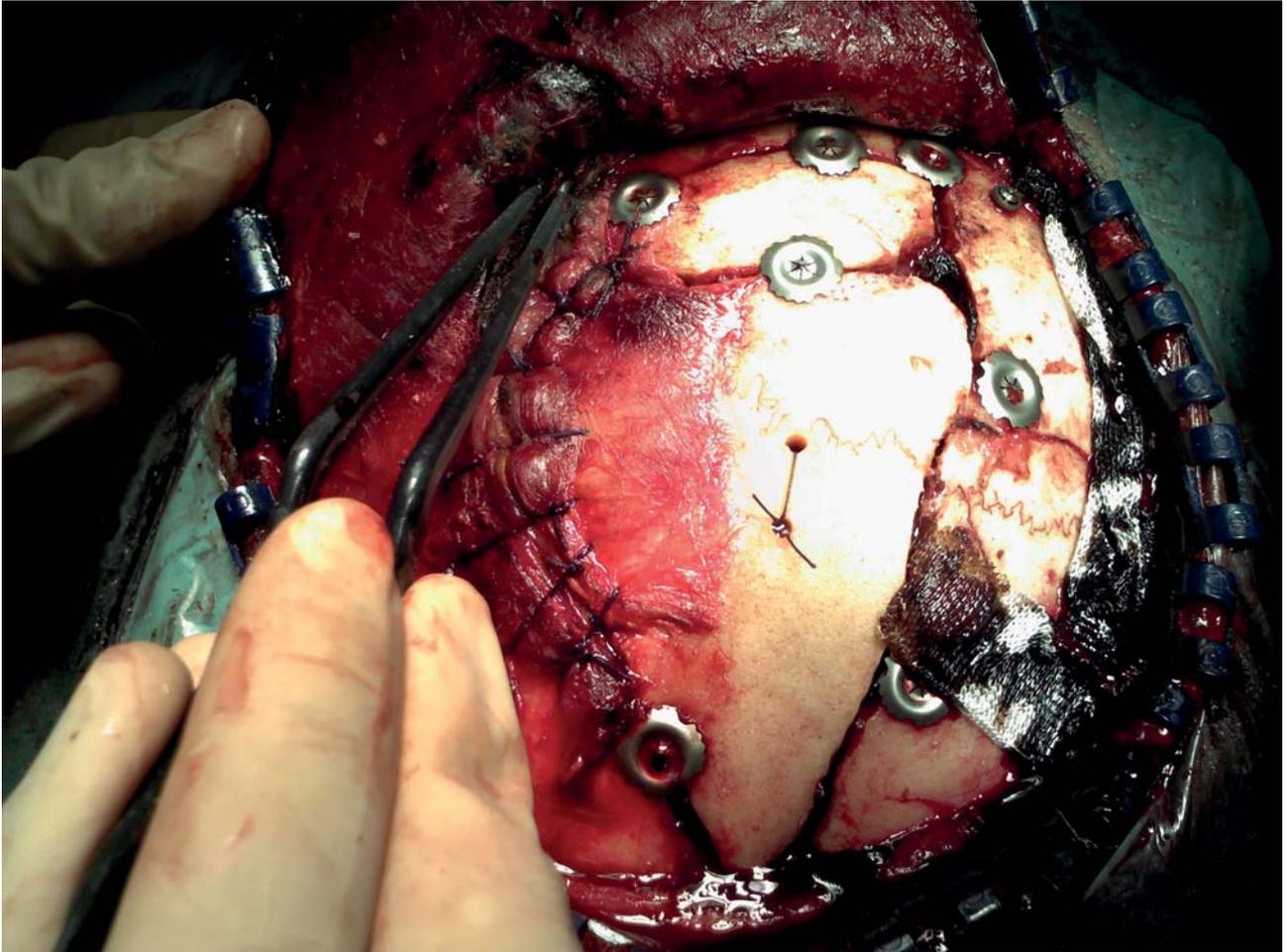
ogni aspetto delle strategie conservative e chirurgiche disponibili, conferendo loro un valore scientifico in base al livello di evidenza (classe I, II o III). Allo stato attuale non esistono livelli di evidenza di classe I (standard) nella gestione del trauma cranio-encefalico, salvo la controindicazione alla terapia con steroidi.

L'incidenza di fratture della volta cranica è oggi notevolmente ridotta per l'uso del casco e dei più recenti sistemi di protezione nei mezzi di trasporto. A differenza di quelle lineari, alcune fratture depresse o comminute possono essere di rilievo chirurgico. Le fratture del basicranio sono ancor più rare e vengono trattate se causano liquorrea.

Le lesioni intracraniche, sia extra-cerebrali, si comportano come masse occupanti spazio e sono di origine ematica, di origine edematosa o miste.

Le lesioni evolutive di natura puramente **ematica**, come l'ematoma epidurale o l'ematoma subdurale acuto, o di natura **mista**, come le contusioni cerebrali (tessuto cerebrale contuso + ematoma + edema reattivo) possono raggiungere dimensioni critiche, comprimere l'encefalo e, dopo aver spostato un pari volume di liquor e sangue, causare ipertensione endocranica: si rende necessaria la loro rimozione.

Dopo la terapia medica e chirurgica standard, la persistenza o l'incremento di un **edema cerebrale diffuso** vengono trattati farmacologicamente, prima dando un po' di spazio alle cellule (tp antiedema), poi chiedendo loro di consumare meno (barbiturico), fino al raggiungimento della cosiddetta terapia



medica massimale di 2° livello. La PIC non è certo l'unico parametro che condiziona le scelte terapeutiche; tuttavia, quando supera la soglia di circa 25 mmHg, una pressione arteriosa media elevata non riesce comunque a mantenere una adeguata perfusione cerebrale, con conseguenti eventi ischemici cerebrali che, oltre a peggiorare di per sé l'outcome, innescano una spirale negativa che può condurre all'edema cerebrale intrattabile e, in ultima analisi, all'arresto di circolo e morte cerebrale. A questo punto della progressione dell'edema, l'ultima risorsa può essere una trasgressione dell'ipotesi di Monroe-Kelly: l'incremento volumetrico del contenitore. Questo spazio può essere ottenuto mediante asportazione, se presente, di materiale necrotico cerebrale (decompressione interna) o dalla rimozione di una notevole quota di parete cranica (decompressione esterna). Quest'ultima, la cra-

nietomia decompressiva (CD), consiste nell'espianco di un ampio lembo osseo e nell'apertura del piano durale, che consentono al cervello di espandersi nel nuovo spazio creato. Tutto ciò sembrerebbe la soluzione ideale, sempre a portata di mano. In realtà diversi fattori condizionano pesantemente questa scelta:

- 1) l'estrema invasività di questo atto chirurgico e il suo peso su un grave traumatizzato
- 2) le complicanze che possono verificarsi a breve e lungo termine
- 3) il nuovo limitato volume a disposizione potrebbe essere una piccola parte di quello richiesto dalla progressione dell'edema cerebrale
- 4) una volta decompresso il paziente, non sapremo mai come sarebbe andata senza intervento
- 5) uno dei possibili **outcome** è lo stato vegetativo permanente (SVP).

Quest'ultima evenienza, secondo alcuni il sommo fallimento terapeutico,

oltre a risucchiare un enorme carico di risorse umane ed economiche che verranno sottratte a pazienti con una chance terapeutica, determina una drastica riduzione delle donazioni d'organo. Se consideriamo che spesso il donatore è giovane e che può salvare 5 vite e renderne migliori almeno una ventina, è evidente quale tipo di bilancio sia in ballo.

Ma il fattore che gioca il ruolo chiave in questa chirurgia è l'assenza di evidenze scientifiche a suo favore. Il più recente studio (DECRA) afferma con livello di evidenza di classe II che, quanto meno, la CD non offre chiari vantaggi sull'outcome.

Per questo motivo urge definire, applicare e mettere al vaglio linee guida più dettagliate sul trattamento dell'ipertensione endocranica, che porrebbero fine ad annose controversie sul piano clinico, non raramente legale, forse anche umano.

# Gruppo Chirurgia d'Urgenza ONLUS

**S**i tratta di un gruppo di medici, infermieri e tecnici dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana che vengono chiamati a soc-

correre le vittime di un evento catastrofico in Italia e all'estero. Al fine di amalgamare le persone e stimolarle alla partecipazione, fu

fondata all'uopo, un'associazione di volontariato Onlus denominata: Gruppo Chirurgia D'Urgenza per interventi di protezione civile che attualmente ha come riferimento per la formazione e il training chirurgico l'U.O. di Chirurgia Generale e d'Urgenza. Il coordinamento del Gruppo è affidato al Prof. G. Evangelista.

Per attuare le sue finalità questo gruppo ha un supporto logistico composto da tende pneumatiche per il trattamento delle vittime e tutta la strumentazione e presidi sanitari relativi per formare una Unità Sanitaria Mobile campale.

Il personale sanitario che per lo più lavora quotidianamente in reparti di area critica, viene formato sia con corsi certificati dall'American College of Surgeons (ATLS; BTLs; ecc.), sia con corsi specifici di medicina delle catastrofi, chirurgia di guerra e con l'obbligo di frequentare il corso annuale di perfezionamento in Tecniche sanitarie di Protezione Civile tenuto dal Dipartimento di Chirurgia. Il materiale viene distinto fra quello logistico (tende, apparato elettrico a norma CEI, generatori) e quello sanitario che necessita di periodiche verifiche di funzionalità per la strumentazione e di scadenze per i farmaci e presidi sanitari.

Il tutto è preassemblato in contenitori ermetici in alluminio contrassegnati con codice colore internazionale per la tipologia di contenuto, con codice numerico progressivo e con codice alfabetico per la tenda di destinazione. Un data-base raccoglie tutte le voci cassa per cassa con relative specifiche e scadenze.

In caso di partenza è prevista un'autonomia completa: viveri, presidi sanitari ed equipaggiamento per circa 5 giorni. Il Gruppo è in grado quindi di fornire un'alta competenza sia sa-



Le casse del materiale in alluminio impilabili



La sala operatoria



Apparecchio radiologico digitale



Il modulo sanitario campale allestito a San Rossore

nitaria che gestionale nell'affrontare i primi momenti più critici di una maxi-emergenza.

Il team di partenza, scelto fra coloro che si presentano dopo aver ricevuto via internet un messaggio SMS, è composto da 10 medici, di cui uno ricopre le funzioni di team leader, chirurghi, anestesisti e traumatologi, e 10 infermieri compreso uno strumentista, un'ostetrica ed un tecnico di radiologia. Giunti sullo scenario

dell'evento, mentre una parte dei sanitari si dedica al montaggio dell'Unità sanitaria mobile, gli altri possono iniziare un primo triage che verrà seguito dall'idoneo trattamento di stabilizzazione e la possibilità di procedere ad interventi salva-vita improcrastinabili, avendo a disposizione anche un'attrezzata sala opera-

toria.

Completano il corredo strumentale un apparecchio di eroga-analisi per analisi cliniche, un apparecchio radiologico digitale, un ecografo ed un'apparecchiatura radio-satellitare con possibilità di teleconsulto.

I tempi di attivazione del Gruppo variano a seconda del luogo di destinazione, per cui per eventi a carattere nazionale il tempo è di 6 ore, mentre per quelli internazionali occorre un preavviso di 12 ore.

Al fine di accelerare i tempi delle operazioni di partenza sono state effettuate prove di caricamento su velivoli militari che abitualmente si occupano del trasferimento. Inoltre almeno una volta ogni sei mesi viene eseguita un'esercitazione con allarme, prove di caricamento, e montaggio dell'intera struttura.

Il G.C.U dal 1985 ad oggi ha partecipato a diverse missioni:

- Terremoto in Turchia 1991
- Terremoto Foligno 1998
- Missione Arcobaleno Albania 1999
- Terremoto Algeria 2003
- Terremoto Iran (Bam) Dic.2003-Genn.2004
- Maremoto Sri Lanka Dic.2004-Mar.2005
- Terremoto Cina 2008
- Terremoto Haiti 2010

In conclusione la professionalità del personale operante, la rapidità di attivazione-impiego e la completezza del materiale sanitario preassemblato e pronto all'uso, fanno di questo Gruppo il più valido Nucleo Sanitario Campale che il Dipartimento della Protezione Civile e la Comunità Europea possono utilizzare come primo supporto per le maxi.emergenze.



# Archivio su lesioni midollari: l'esperienza di Pontedera

**L**a lesione del midollo spinale rappresenta una delle più drammatiche patologie che possono colpire l'uomo per le gravi disabilità che ne conseguono e per la repentinità con cui si manifesta l'evento lesivo. Si stima che ogni anno in Toscana circa 100 persone subiscano lesioni midollari, la maggior parte delle quali di origine traumatica e sotto i 35 anni di età, con conseguente perdita delle funzioni motorie e sensitive agli arti inferiori o a tutti e quattro gli arti.

A seguito del protocollo d'intesa del 2004 sottoscritto dalla Commissione Unità Spinale (Deliberazione G.R. del 2004, Decreto n.3805/2010) l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana ha ricevuto l'incarico dalla Regione di istituire l'archivio regionale delle lesioni midollari come importante strumento di programmazione sanitaria per una più efficace e specifica capacità di osservazione e monitoraggio continuo del suddetto fenomeno. L'archivio ha lo scopo di raccogliere, a partire dal 01/01/2012, i nuovi casi di lesione midollare che afferiscono alle strutture del territorio regionale sia residenti in regione sia extra regione, al fine di calcolarne l'incidenza, analizzare il percorso assistenziale del paziente con lesione midollare dalla fase acuta alla riabilitazione, pesare il carico di lavoro dei reparti coinvolti nella cura di tali pazienti e infine orientare la programmazione sanitaria. L'obiettivo ultimo del registro, una volta a regime, è quello di rappresentare il punto di partenza per studi di follow-up sui medullosi.

All'archivio regionale partecipano tutti i reparti presenti nelle strutture ospedaliere toscane; in parti-

colare Unità Spinale, Neurologia, Neurochirurgia, Terapia Intensiva e Rianimazione, Neuroriabilitazione e reparti di Ortopedia attrezzati per la cura delle lesioni spinali. Nel caso in cui l'evento traumatico si sia verificato fuori regione oppure il paziente sia stato ricoverato in ospedali che non rientrano nell'archivio, il paziente può essere inserito successivamente dai reparti che partecipano all'archivio nel momento in cui essi lo individuano (ad esempio in sede di follow-up o ambulatoriale), previa segnalazione all'ARS che provvede alla verifica nell'archivio regionale e autorizza il centro all'eventuale inserimento.

La raccolta dati è coordinata dall'Osservatorio di Epidemiologia dell'ARS della Toscana che ha predisposto una maschera per l'inserimento dei dati via web. Ogni referente di reparto si occupa dell'inserimento dei nuovi casi, accedendo all'archivio tramite login, password e *token* personali, il tutto nel rispetto della privacy del paziente, in seguito all'acquisizione del consenso informato e fornendo al paziente una copia dell'informativa sulla privacy e trattamento dei dati sensibili.

Alla fine del ricovero, se il paziente viene inviato ad un altro reparto della rete dei centri partecipanti ed il centro trasferente avrà salvato i dati sulla maschera web, il centro ricevente potrà visualizzare tali dati e inserire nuove informazioni.

Vengono inclusi nell'archivio regionale i casi incidenti con lesione del midollo spinale o della cauda equina di tipo completo o incompleto, secondo la Classificazione Internazionale ASIA utilizzando l'*ASIA Impairment Scale* (Classificazione di Frankel modificata dall'ASIA) che

prevede la valutazione della funzione motoria, della sensibilità tattile e dolorifica ai quattro arti e l'esame della regione sacrale (livello S3-S5), importante nel definire se la lesione è completa o incompleta, permettendo in tal modo di definire il livello neurologico, la completezza della lesione e il grado di deficit (4 gradi di deficit secondo i criteri ASIA: AIS A-D), nonché l'evoluzione del quadro neurologico. Si considerano i casi con Frankel AIS A-D al momento del ricovero, anche se al momento della dimissione è presente un Frankel AIS uguale a E (Tab. 1). Sono escluse dalla raccolta dati le lesioni demielinizanti e la spina bifida.

Ogni scheda dell'archivio è composta da 4 sezioni di cui le prime due compilate dal primo centro di ricovero: la sezione 1 comprende i dati anagrafici del paziente (comprensivi di stato civile, nucleo familiare e titolo di studio); la sezione 2 comprende le informazioni sulla lesione ovvero se la natura è traumatica, specificandone la causa (infortunio sul lavoro, infortunio domestico, incidente stradale), la dinamica (es. incidente stradale da autoveicolo, bicicletta, motociclo; da caduta; da arma da fuoco, ecc.) oppure non traumatica (es. ischemia midollare, mielite virale o batterica, neoplasia, siringomielia, ecc.). Ogni tipo di lesione, sia traumatica che non traumatica, è contraddistinta da un proprio codice ICD9-10; la sezione 3 comprende le informazioni sugli interventi chirurgici della colonna; la sezione 4 fa riferimento all'esito del ricovero ovvero decesso, dimissione a domicilio o con assistenza domiciliare integrata e trasferimento presso altra struttura.

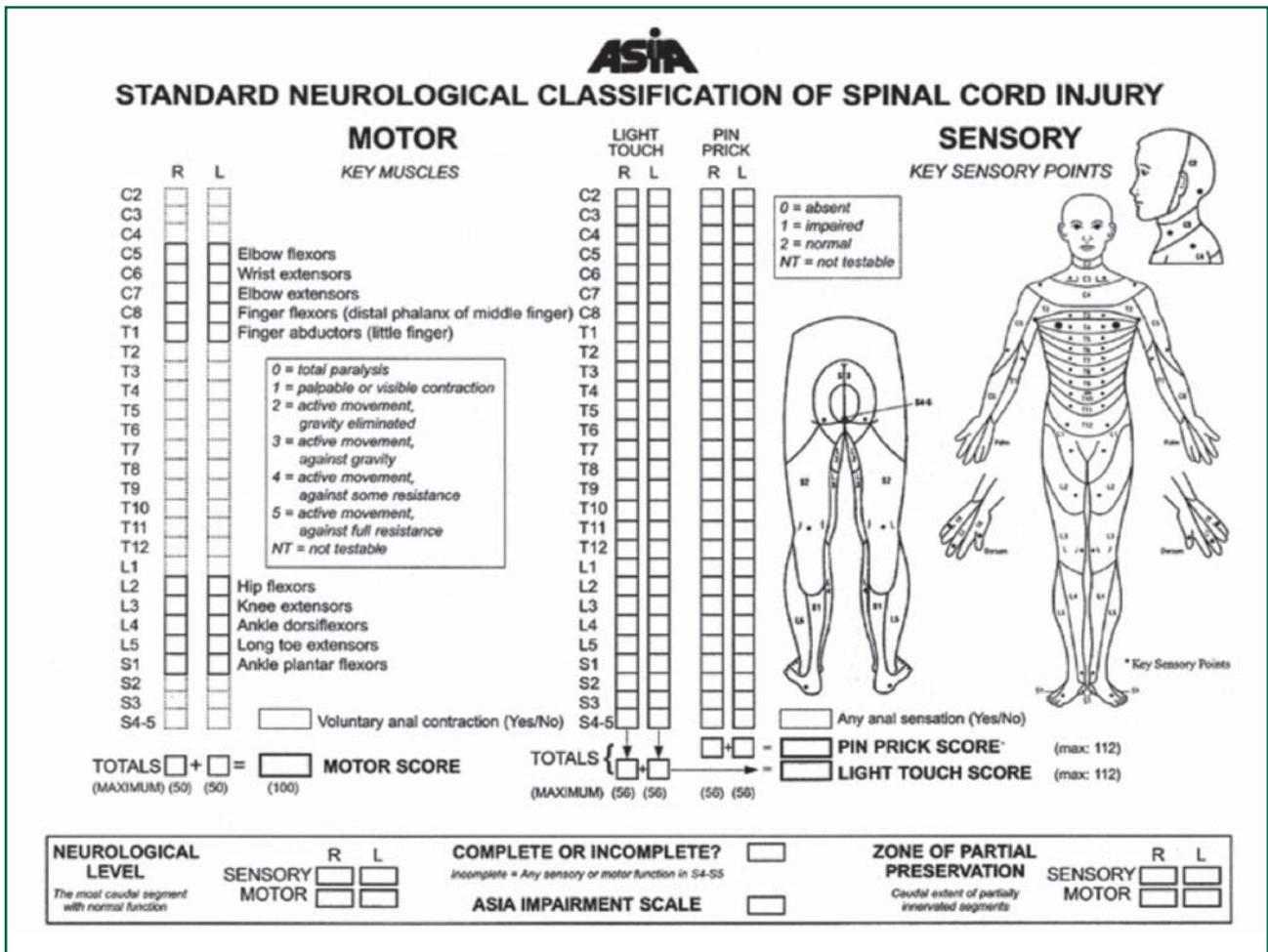


Figura 1

Anche la U.O.C. Neurofisiopatologia dell'Ospedale "F. Lotti" di Pontedera-AUSL5 Pisa, partecipa alla raccolta dati dell'archivio regionale delle lesioni midollari e, in caso di sospetta lesione midollare ad un primo esame obiettivo neurologico, il paziente viene segnalato al referente del reparto il quale procederà alla valutazione dettagliata secondo la Classificazione neurologica standard dell'ASIA, sottoponendo

il paziente all'esame della funzione motoria dei muscoli chiave valutati in sequenza prossimo-distale bilateralmente, tramite la scala MRC di valutazione della forza, all'esame della sensibilità tattile e dolorifica dei dermatomeri previsti e all'esame della sensibilità e della motricità dei segmenti sacrali S3-S5, arrivando in tal modo a definire il livello neurologico sensitivo e motorio, il tipo di lesione (completa o incom-

pleta) e il grado AIS A-D (Fig.1). Tempestivamente il paziente viene quindi sottoposto ad esame di *neuroimaging* del rachide dopo il quale, se confermata la lesione e l'eziologia della stessa, il paziente viene informato della raccolta dati dell'archivio regionale delle lesioni midollari, delle sue finalità e invitato a firmare il consenso informato, requisito fondamentale per poter essere incluso nell'archivio.

A	Completa: Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5.
B	Incompleta: Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include i segmenti S4-S5.
C	Incompleta: la motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3.
D	Incompleta: la motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3.
E	Normale: nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici, ma possibili alterazione dei riflessi).

Tabella 1 - ASIA Impairment Scale

Nell'ultimo anno presso la U.O.C Neurofisiopatologia del P.O. di Pontedera sono stati individuati due casi di lesione midollare (una lesione ischemica del midollo cervicale da stenosi del canale vertebrale e una lesione dorsale post-traumatica), entrambi trasferiti subito dopo la diagnosi presso altri reparti partecipanti all'archivio regionale.

# Novità e curiosità fiscali d'autunno

**L**e novità in campo fiscale sono come sempre innumerevoli, una di prossima introduzione interessa un'ampia platea di contribuenti, ovvero i privati (non titolari di partita iva) obbligati all'utilizzo del pagamento mediante F24 telematico nel caso in cui l'importo delle imposte da versare superi i 1.000,00 euro.

Il pagamento di imposte attraverso il modello F24 cartaceo è infatti normalmente utilizzato anche dai contribuenti "non partita iva" per i versamenti relativi all'IMU, alla TARI (ex tassa smaltimento rifiuti), alla TASI (la nuova imposta comunale) e non è raro che l'importo totale superi i 1.000,00 euro. Fino alla data del 30 settembre 2014 nessun problema ma dal 1° ottobre non sarà più consentito pagare né in banca né presso gli uffici Postali importi superiori ai 1.000,00 euro, ma sarà necessario utilizzare l'home banking (per coloro che ne dispongono) o il canale telematico dell'Agenzia delle Entrate richiedendo il proprio pin per accedere a "Fisconline", oppure rivolgersi al proprio commercialista o al Caf. La nuova "complicazione" vale anche qualora si voglia sfruttare lo strumento della compensazione ovvero utilizzare un credito fiscale per pagare un altro debito fiscale, anche in questo caso vige l'obbligo del versamento telematico. Ma attenzione: se dalla compensazione non emerge alcun importo a debito non è ammesso neppure l'utilizzo dell'home banking ma si deve utilizzare unicamente Fisconline o rivolgersi al professionista (o Caf) di fiducia.

La "TASI" grande protagonista dell'autunno fiscale degli italiani, e frutto delle libere scelte dei 7400 Comuni Italiani che hanno deliberato entro il 10 settembre 2014, rimane un enigma di difficile soluzione e necessita di grandi doti divinatorie e interpretative: migliaia le tipologie di aliquote, migliaia di detrazioni, delibere composte anche di 65 pagine, un Comune ha addirittura previsto di abbattere l'imposta del 50% per chi adotta un cane randagio, un altro Comune ha previsto uno sconto aggiuntivo di 50,00 euro se nella famiglia è presente un soggetto con disabilità superiore al 100%.....(fonte "Il Sole24Ore" del 22/09/14) insomma la fantasia talvolta ha regnato sovrana..... Resta da vedere come si liquiderà la suddetta imposta nei restanti 700 Comuni che non hanno ancora deliberato: è vero

che la norma prevede che in tal caso si dovrà versare l'intera imposta in unica soluzione entro il 16 dicembre con l'aliquota dell'1 per mille, ma se il Comune verrà dichiarato "dissestato" allora potrà nuovamente rientrare in gioco e deliberare le sue aliquote e detrazioni, anche dopo il 10 settembre 2014. Prima del 16 dicembre per questi 700 Comuni sarà indispensabile verificare l'accaduto sul sito del MEF e su quello del Comune.

Un breve cenno infine alla possibile modifica al "Regime dei Minimi" per il quale si prevedono novità in tema di accesso e permanenza ed il probabile incremento dell'aliquota dell'imposta sostitutiva che passerebbe dall'attuale 5% al più gravoso 15%.

(Fonte "Il Sole 24 Ore")

The image shows a portion of the F24 tax payment form. It is titled 'MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO' and includes the logo of the Agenzia delle Entrate. The form is divided into several sections:

- CONTRIBUENTE:** Fields for CODICE FISCALE, DATI ANAGRAFICI (date of birth, sex, municipality), and DOMICILIO FISCALE.
- SEZIONE ERARIO:** A table for 'IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI' with columns for 'codice tributo', 'aliquota/regione/prov./meas. rif.', 'anno di riferimento', 'importi a debito versati', and 'importi a credito compensati'. It includes a 'TOTALE A' and 'SALDO (A-B)'.
- SEZIONE INPS:** A table for 'IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI' with columns for 'codice tributo', 'aliquota/regione/prov./meas. rif.', 'anno di riferimento', 'importi a debito versati', and 'importi a credito compensati'. It includes a 'TOTALE C' and 'SALDO (C-D)'.
- SEZIONE REGIONI:** A table for 'IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI' with columns for 'codice tributo', 'aliquota/regione/prov./meas. rif.', 'anno di riferimento', 'importi a debito versati', and 'importi a credito compensati'. It includes a 'TOTALE E' and 'SALDO (E-F)'.

# Odontoiatria dal passato al futuro

**S**abato 27 Settembre, secondo tradizione, si è svolta a Pisa in un ambiente affollato di giovani neo iscritti all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra. La sala dell'hotel in cui ci siamo riuniti forniva un bel colpo d'occhio; la Segreteria dell'Ordine aveva predisposto tutto con cura insieme ad alcuni dei Consiglieri, quelli più attivi. Gli ospiti venuti da fuori hanno ringraziato per l'accoglienza ed hanno apprezzato tutta la nostra manifestazione in ogni aspetto definendola particolarmente curata nel panorama ordinistico italiano. Nel saluto si introduce alla mattinata il Presidente Dott. Giuseppe Figlini ha toccato alcuni punti della attività del trascorso triennio, come ad esempio i numerosi corsi organizzati per venire incontro alle necessità di punti ECM degli iscritti. Ha esaminato rapidamente anche altre delle molteplici 'attività dell'Ordine ed inoltre si è avvalso di alcuni grafici relativi agli iscritti all'Albo dei Medici dai quali risulta che nel 2014 gli iscritti sono 4005 di cui 2236 uomini (56%) e 1769 donne (44%). C'è stato un loro progressivo

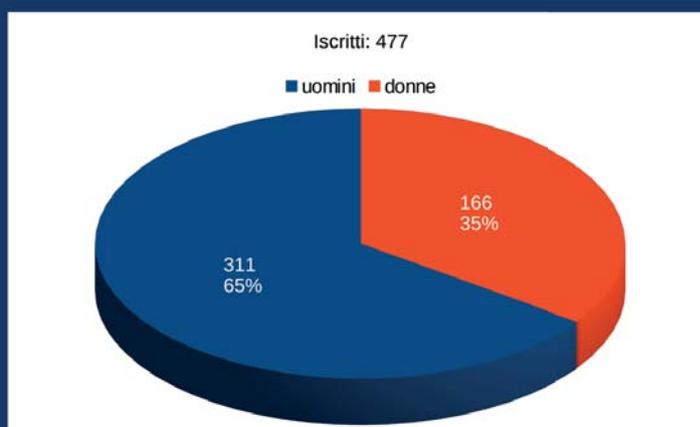
aumento numerico nel corso del passato triennio, e le donne

sono aumentate maggiormente degli uomini, sia in numero asso-

luto che in percentuale, passando i due gruppi da percentuali

## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA

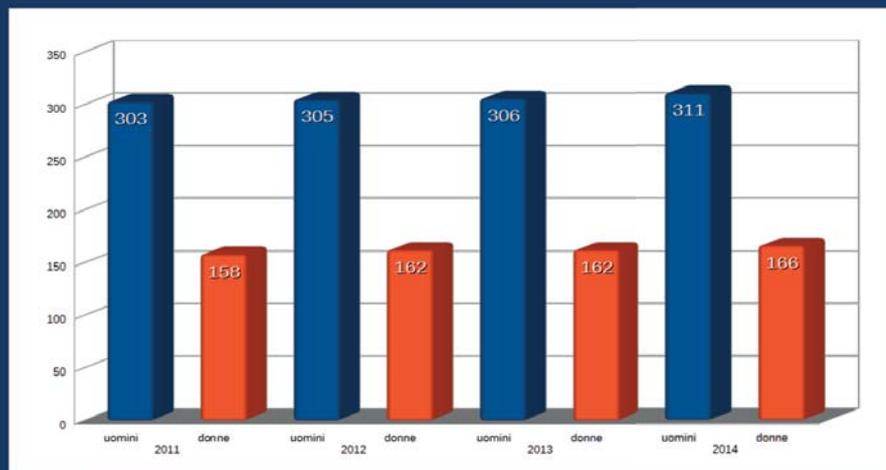
### ALBO ODONTOIATRI



Giornata del Medico e dell'Odontoiatra  
27 settembre 2014

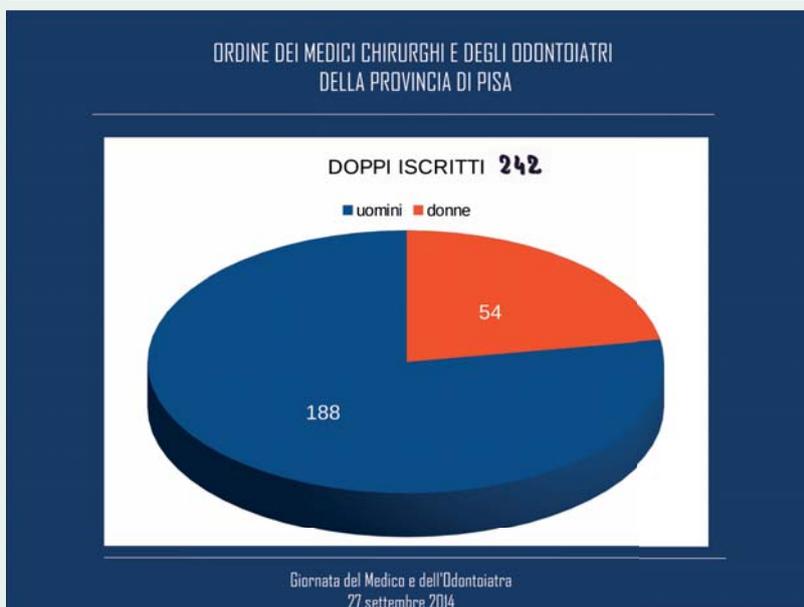
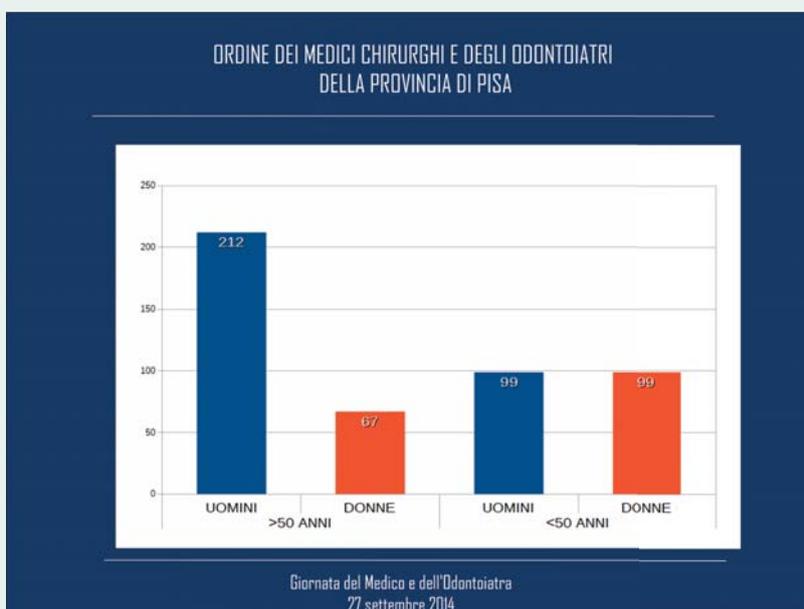
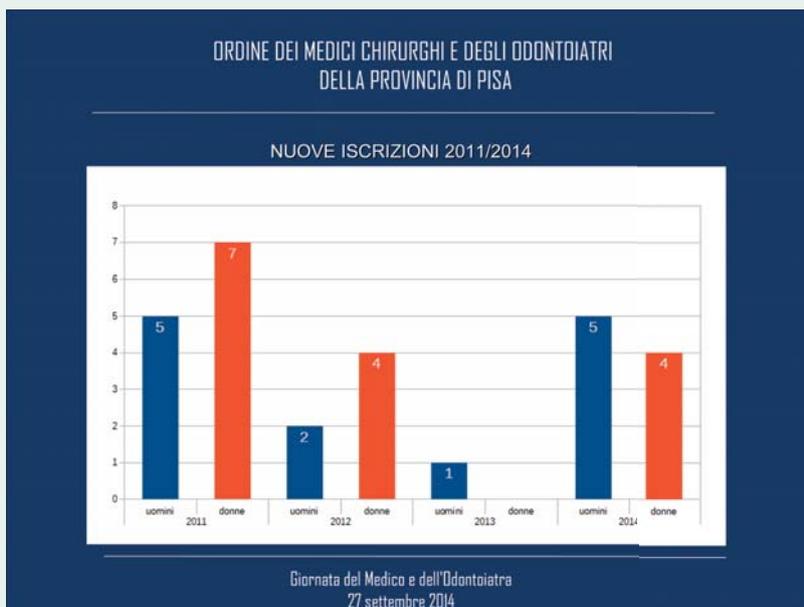
## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA

### ISCRITTI 2011/2014

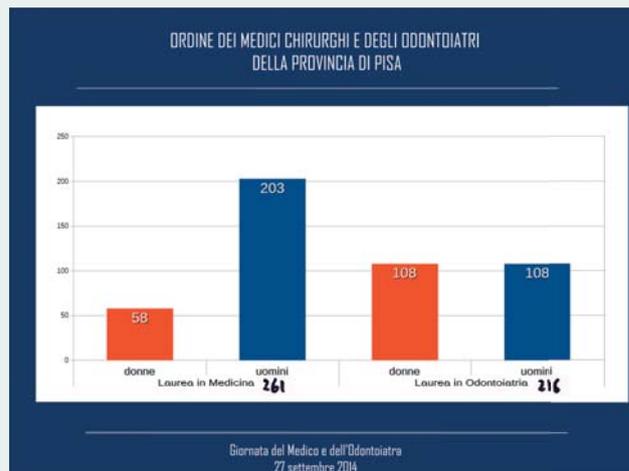
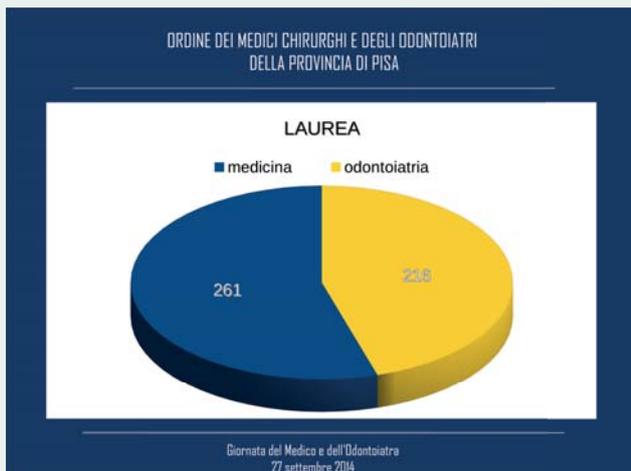


Giornata del Medico e dell'Odontoiatra  
27 settembre 2014

rispettive di 58% contro il 42% nel 2011 a 56% contro il 44% nel 2014. Questo andamento concorda con i dati nazionali volti ad un progressivo aumento della componente femminile, mentre abbiamo un aumento del componente maschile fra gli anziani, proprio a sottolineare un sempre maggiore e prevalente ingresso delle donne nelle fasce più giovani. Il dato è ancora più evidente con le prime iscrizioni, che mostrano nel corrente anno una percentuale di 31% di uomini e 69% di donne. Detto movimento generale lo ritroviamo anche nell'Albo degli Odontoiatri, per ora in maniera meno evidente con 477 iscritti di cui 311 (65%) sono uomini e 166 (35%) sono donne. Infatti la progressione degli iscritti odontoiatri nel triennio è stata lieve, passando dai 461 del 2011 ai 477 del 2014 con un eguale aumento di 8 unità per uomini e donne, ed anche le fasce di età non hanno subito rilevanti differenziazioni. Riguardo alla caratteristi-



ca propria della categoria, che presenta iscritti all'Albo degli Odontoiatri laureati in Medicina o laureati in Odontoiatria, i medici sono ancora prevalenti 261 contro 216, e lo sono anche i doppi iscritti - sia pure di poco - 242 contro i 235 iscritti al solo Albo Odontoiatri. È evidente che i doppi iscritti, che sono odontoiatri laureati in Medicina e spesso specializzati, sono un gruppo destinato a ridursi progressivamente. Per sottolineare questo aspetto emergente, cioè il progressivo aumento numerico e percentuale degli Odontoiatri rispetto alla componente medica, quest'anno da parte dell'Ordine e della CAO è stata particolarmente messa in luce la premiazione degli odontoiatri "puri". Anche per questo la targa dedicata alla carriera del Prof. Egidio Bertelli ha ancor più rimarcato questo aspetto. Infatti a livello nazionale è stato notevole il suo un impegno nel promuovere il suddetto nuovo corso di laurea. Oltre a questo motivo è stato un



vivissimo piacere omaggiare il Professore Egidio che, nonostante una carriera condotta con grande prestigio in ambito senese, a capo di una Scuola che ha saputo portare ad alti livelli, ha sempre voluto mantenere la sua iscrizione al nostro Ordine di Pisa. Le motivazioni professionali del riconoscimento non sono da enunciare perché note e numerose, mentre a me piace appunto esaltare l'aspetto umano che il Professore ha voluto mettere in rilievo in un breve ricordo scritto della mattinata, trascorsa anche alla presenza della sua bella famiglia, e che io mi permetto di diffondere tramite questa pagine a tutti gli iscritti all'Ordine.

## CONSIDERAZIONI SULLA GIORNATA DEL MEDICO PISA 2014

Si è stata per me veramente una bellissima giornata!

Bellissima non soltanto perché mi è stato riservato un grandissimo riconoscimento alla carriera ma perché mi ha permesso di respirare un'aria familiare che mi ha fatto veramente bene e al contempo mi ha fatto rimpiangere di non essere stato nel passato un più assiduo frequentatore delle manifestazioni dell'Ordine. A dire il vero hanno fatto eccezione le giornate mediche che si svolgevano fino a qualche anno fa nel mio paese di origine, Casciana Terme, alle quali partecipavo insieme a mio padre.

Come Franco Pancani ha illustrato nella sua presentazione, ho svolto tutta la mia carriera a Siena dove mi portò proprio una scelta di vita, ma volli nel lontano 1973 iscrivermi ugualmente all'Ordine dei Medici di Pisa, per affetto natale e anche perché vi era iscritto mio padre.

Ricordo con simpatia i primi passi da giovane medico, quando mi recavo, se non mi fallisce la memoria in via Battelli, sempre accolto da gentilezze e preziosi consigli specialmente da parte di una gentilissima signora.

Lasciamo l'"amarcord" e torniamo alla giornata.

Parlavo prima di aria respirata: semplice, sobria, essenziale, familiare, sotto l'abile guida del Presidente Dott. Giuseppe Figliini, ma al tempo stesso austera e commovente per i contenuti non solo simbolici ma, per chi ci sa leggere, coinvolgenti e educativi.

C'è stata un po' di amarezza per gli assenti che



avranno avuto pur valide giustificazioni ma con altrettanta gioia ho ammirato, con rispetto, chi è venuto a ritirare le medaglie dei 25 anni e con un pizzico di commozione quella dei 50 anni.

E' stata per me una bellissima giornata perché mi ha permesso di abbracciare cari amici.

Cito per primo Luigi Daleffe, conosciuto anni fa in veste di Presidente ANDI e ora cimentato in altre avventure.

Fra le importantissime cose oggetto della sua relazione ritengo molto importante quanto ha

riferito sull'ENPAM e sugli altri sistemi assicurativi, e credo che abbia aperto gli occhi a molti di noi su cose non particolarmente conosciute e riflettute. Particolare piacere mi ha fatto quando, rispolverando, lui rude bergamasco, la favola di Esopo ha ricordato ai nostri giovani presenti che, in un periodo di cicale dispendiose, avido e poco oneste, vale ancora applicare la saggia "politica" della formica.

Mi ha permesso di abbracciare dopo tantissimi anni Alessandro Russova, figura a me molto cara, perché conosciuta a fianco di mio padre quando, per sbarcare il lunario, ne svolgeva saltuariamente, da giovane medico volontario in clinica, le veci di sostituto. Lo ricordo con molto affetto per la sua filosofia di vita, per le sue capacità professionali e, se non guasta, anche perché suo padre mi seguì nei primi passi da calciatore, passione che si è spenta naturalmente con l'età.

Mi ha permesso di rivedere Mauro Baschieri, al quale sono molto legato perché con lui discussi la mia prima tesi di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria in qualità di relatore e Mauro fu fra i



primi laureati italiani nel 1984 a Siena, in quanto Pisa si attivò con qualche anno di ritardo.

Mi ha permesso di stare qualche ora seduto accanto ad Alberto Calderani, grande amico e grande signore nella professione che svolge. Nonostante abbiamo gli studi a pochi chilometri di distanza, raramente riusciamo entrambi a trovare il tempo per incontrarci.

E non me vogliano tutti quelli che non ho citato, accomunati per altro tutti da simpatia e cordialità. E' stata per me una bellissima giornata perché ho visto sfilare davanti a me tante facce pulite ed entusiaste per la scelta intrapresa. E' stato veramente un bel "colpo d'occhio" vederli tutti insieme leggere il giuramento di Ippocrate.

Io di giovani ne ho seguiti tantissimi e laureati tanti e credo di aver acquisito, anche se qualche volta ho fallito, il tanto celebrato "occhio clinico".

A loro tutti in un momento così difficile mi sento solo di augurare con il cuore la realizzazione pratica delle loro aspettative e dei loro sogni.

Sicuramente quello che è passa-

to loro davanti ai loro occhi sabato 27 con molta semplicità e naturalezza sarà di grande aiuto per la vita, e aggiungo che l'augurio più grande che son capace di formulare loro è quello che insieme alla professionalità e alla competenza specifica nei vari settori della medicina, sappiano coniugare onestà, rispetto, educazione e disponibilità.

Per concludere confesso che, per chi ha sempre anteposto, come me, i valori umani agli interessi personali quanto mi è stato attribuito dall'Ordine dei Medici di Pisa, è stata una grandissima gratificazione e un grande riconoscimento per tutto quello che sono stato capace di costruire nella mia carriera.

Mi scuso con tutti se, quando Franco leggeva le motivazioni ho visto passar davanti ai miei occhi parte della mia vita e la commozione ha preso il sopravvento.

E' stata per me proprio una bellissima giornata sabato 27 e di questo ringrazio l'Ordine dei Medici di Pisa tutto.

Con riconoscenza e affetto

Egidio Bertelli

La C.A.O. ritiene di estrema importanza trasmettere oltre che sul sito dell'Ordine di Pisa anche tramite Pisa Medica, insistendo sull'argomento, le circolari pervenute dall'Ufficio Centrale Odontoiatri della FNOMCeO a firma del nostro Presidente Nazionale Dott. Giuseppe Renzo relativa all'utilizzo di tessuto muscolo scheletrico.



UFFICIO CENTRALE ODONTOIATRI

FNOMCeO

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

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

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

Resp. Proced.: Dr. Marco Poladas

Resp. Istrut.: Dr.ssa Anna Belardo

**OGGETTO: Utilizzo di tessuto muscolo-scheletrico**

***Comunicazione Urgente !***

Quale Presidente della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO ritengo assolutamente doveroso chiedere il vostro diretto intervento per portare a conoscenza degli iscritti, con i mezzi che riterrete più idonei, ma con assoluta urgenza, le problematiche dell'utilizzo non corretto di tessuto muscolo-scheletrico nell'ambito dell'attività odontoiatrica.

Vi allego per opportuna conoscenza, al fine di trasmetterla anche agli iscritti, la Linea Guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto approvate dal Centro Nazionale Trapianti il 10 luglio 2013.

In tale Linea Guida sono riscontrabili tutti gli elementi normativi, regolamentari e scientifici concernenti il prelievo, la processazione e la distribuzione dei tessuti a scopo di trapianto.

Per comprendere la gravità e la serietà della problematica che ci consta sia posta in atto da alcuni professionisti, vi segnalo che l'art. 22 comma 3 della Legge 1 aprile 1999, n. 91 "disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" testualmente prevede: "*chiunque procura per scopo di lucro un organo o un tessuto prelevato da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, ovvero ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da lire 20 milioni a lire 300 milioni. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.*"

Occorre poi segnalare che in certi casi potrebbe anche integrarsi il reato di cui all'art. 413 del Codice Penale "uso illegittimo di cadavere" che stabilisce: "*chiunque disseziona o altrimenti adopera un cadavere, o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici, in casi*

2014/K777-01-07-2014-PARTEN7A

*non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a cinquecentosedici euro”.*

Occorre ancora chiarire che si definisce “banca dei tessuti” ogni unità di ospedale pubblico o struttura sanitaria senza fini di lucro, in cui si effettuano attività di lavorazione, conservazione, stoccaggio o distribuzione di tessuti umani, come definito nel DLgs 191 del 6 novembre 2007; la banca dei tessuti deve essere autorizzata dalla Regione di competenza.

In conclusione, occorre segnalare, ribadisco, con la necessaria urgenza, che chiunque utilizza un tessuto muscolo-scheletrico non proveniente da banche di tessuto italiane, e che quindi non rispetti la normativa di riferimento e non trascriva nella cartella clinica, in caso di attività libero professionale, scheda-clinica/diario-clinico, i dati sull'utilizzo del tessuto umano con i relativi dati identificativi e non tenga informato il paziente sui dati e le modalità attraverso cui viene impiantato, a scopo terapeutico, tessuto umano, rischia una pesante incriminazione penale secondo il quadro normativo che si è sinteticamente delineato.

Restano, poi, ferme ovviamente, le responsabilità deontologiche dell'utilizzazione scorretta ed illegittima di tessuto muscolo-scheletrico a scopo di lucro senza il rispetto della normativa di legge.

Cordiali saluti

All.vari

Giuseppe Renzo



## CAO informa

### La Esposizione e la Radioprotezione per gli Odontoiatri

*Venerdì 28 Novembre p.v. presso l'Hotel San Ranieri a Cisanello si terrà, organizzato da ANDI Pisa, un corso di formazione sugli argomenti sopra esposti.*

*Le tecniche operative odontoiatriche sono in continua evoluzione nei vari gruppi specialistici del settore, senza alcuna esclusione, ed anche i mezzi tecnologici usati sono sempre più sofisticati e precisi. I radiologici sono a tal proposito un gruppo di apparecchiature all'avanguardia e la CBCT (Cone Beam Computer Tomography) è quella che oltre ad avere rivoluzionato molto gli approcci clinici, sta creando problemi operativi interprofessionali non di poco conto per gli odontoiatri e per i radiologi e sicuramente in futuro anche per altre specialità mediche.*

*In breve, gli argomenti che dovremo chiarirci durante quel giorno per operare correttamente nei nostri studi e per eseguire degli investimenti corretti saranno numerosi, per cui la CAO invita i Colleghi ad una numerosa e costruttiva presenza.*

*I più importanti temi da approfondire saranno:*

- *Il principio di giustificazione o di ottimizzazione*
- *Il concetto di ALARA, acronimo inglese che significa “As Low As Reasonably Achievable” (il più basso ragionevolmente raggiungibile). È cioè un modo di procedere atto a minimizzare i rischi conosciuti, mantenendo l'esposizione ai livelli più bassi ragionevolmente possibili.*
- *La valutazione della dose erogata e di quella assorbita con i nuovi macchinari e la protezione del paziente*
- *Il consenso informato specifico del settore*
- *Il corretto uso della radiografia endorale, della ortopantomografia, della telecranio e della CBCT.*

# Retina: la chirurgia oftalmica compie 43 anni

**L**a moderna chirurgia della retina compie 43 anni. Nel 1971, infatti, fu il chirurgo tedesco Robert Machemer, realizzò il primo intervento di vitrectomia via pars plana avvalendosi di un nuovo strumento (vitrectomo) del diametro di 17 gauge. Oggi è una vera e propria branca oftalmologica. Presupposti insindacabili, quali l'aumento dell'età media della popolazione, gli stili comportamentali ed alimentari e la cronicizzazione di patologie un tempo rapidamente progressive, hanno fatto sì che divenissero sempre più frequenti talune condizioni morbose, rendendo necessario lo sviluppo di uno specifico settore capace di trattare quadri patologici sempre più frequenti, complessi ed invalidanti.

Superato l'iniziale periodo pionieristico, è stata raggiunta una fase di maturità chirurgica di notevole livello al punto che la vitrectomia può essere considerata una delle tecniche di micro-chirurgia oftalmica più avanzata sviluppata negli ultimi trent'anni.

L'introduzione di novità, sia nella strumentazione che nelle tecniche chirurgiche, volte ad un approccio sempre meno invasivo, ha portato alla realizzazione di vitrectomi di 27 gauge (dal diametro inferiore ad un ago di insulina) capaci di passare attraverso incisioni sclerali di piccolo diametro e "self-sealing" (auto sigillanti) riducendo il trauma chirurgico sui tessuti, l'infiammazione post-operatoria

e permettendo una riabilitazione più rapida.

In funzione di tutto ciò, malattie retiniche quali il pucker maculare, il foro maculare ed il distacco di retina, fino a pochi anni fa di difficile approccio clinico-chirurgico, sono diventati, ora, interventi di routine associati nella maggior parte dei casi a restituito ad integrità della componente anatomica retinico-maculare ed a buon recupero funzionale.

Nella maggior parte dei casi si tratta di interventi chirurgici eseguiti in anestesia locale, con tecnica retrobulbare o parabolbare, per evitare al paziente qualsivoglia tipo di stress psicologico e fisico legati ad un'anestesia generale.

L'intervento, effettuato in regime di Day-Surgery, oltre a permettere di razionalizzare l'attività e le spese gestionali di reparto fa sì che il paziente, dimesso il giorno stesso dell'intervento, eviti il disagio di una lunga degenza ospedaliera.

L'Unità Operativa Universitaria della AOUP si occupa da anni dello screening, della diagnosi, della terapia medico-chirurgica e del follow up delle patologie che colpiscono il segmento oculare posteriore.

La possibilità dell'utilizzo di strumenti

di ultima generazione (ecografia, tomografia ottica, angiografia retinica a fluorescenza e con indocianina) consente di diagnosticare precocemente patologie retiniche che, se opportunamente sottoposte a trattamento chirurgico, possono evitare in una completa risoluzione.

Il riferimento è a patologie quali il distacco di retina (separazione della retina neuro sensoriale dall'EPR associato ad accumulo di liquido sottoretinico); il pucker maculare (maculopatia secondaria alla formazione di membrane a livello dell'interfaccia vitreo-retinica); il foro maculare; l'emovitreo (versamento ematico in camera posteriore a seguito di: retinopatia diabetica, rottura retinica, distacco di retina, occlusione venosa retinica, distacco posteriore del vitreo, degenerazione maculare senile e traumi).

Tra i diversi servizi è operativo anche un ambulatorio specifico per le patologie retiniche, al quale è possibile accedere, tramite appuntamento, chiamando il numero 050 997656.



# Donazioni d'organo: la Toscana doppia la media nazionale

In Italia, dopo un lungo periodo "volontaristico" in cui la donazione di organi e tessuti era stata affidata alla particolare sensibilità di medici rianimatori e dei familiari di soggetti deceduti in morte encefalica, il Legislatore andò a colmare un vuoto normativo con l'emanazione della Legge 1 Aprile 1999 n.91 che regolamentava, in tutti i suoi aspetti, le attività di donazione e trapianto. In particolare con l'istituzione dei Coordinamenti Locali alla donazione (art.12) fu dato, di fatto, l'impulso necessario alla nuova organizzazione del processo donativo ed, in seguito, la Conferenza Stato Regioni del 21 marzo 2002, 3.1,b gettò le basi affinché si creasse una struttura operativa all'interno della quale poter esercitare una nuova branca specialistica: "la medicina della donazione".

La conferma definitiva venne dalla Conferenza Stato-Regioni del 13.10.2011 allegato A paragrafo 2.4 comma 3 "le strutture di coordinamento sono in staff alla Direzione Sanitaria e la loro articolazione e dimensionamento viene stabilita in base alla complessità dell'ospedale e dovrà prevedere figure professionali mediche, infermieristiche ed amministrative di supporto".

In verità la Regione Toscana, anticipando la normativa nazionale, nel 1996 aveva dato indicazione affinché venisse individuata la figura del Coordinatore Medico in tutte le Aziende sanitarie regionali che dalla fine degli anni '90 è stata integrata da quella del Coordinatore Infermieristico.

Con grande lungimiranza nel 2002 nell'ospedale pisano, per la prima volta in Italia, venne istituita una Sezione, interna alla Direzione

Sanitaria, denominata "Medicina della Donazione di Organi e Tessuti per Trapianto".

Successivamente, con l'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (O. T. T.), si diede inizio a quel processo regionale di evoluzione verso il consolidamento strutturale e organizzativo che in molti casi ha determinato la realizzazione di specifiche strutture all'interno delle quali viene esercitata la medicina della donazione.

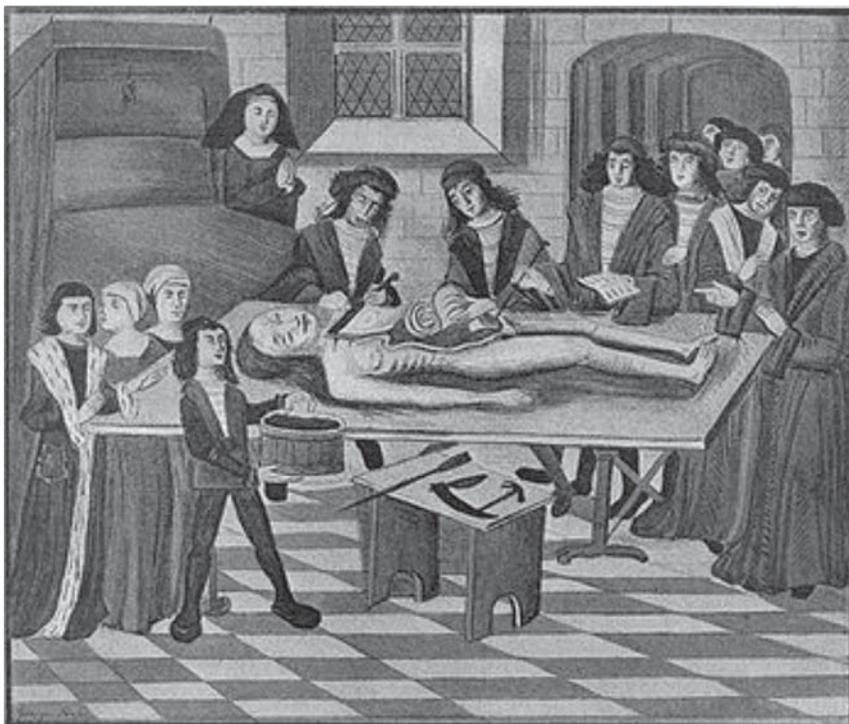
## Articolazione e dimensionamento della Struttura Operativa di Medicina della Donazione

Nel rispetto della Conferenza Stato-Regioni 2011, prima riportata, Il dimensionamento della Struttura deputata alle attività donative è variabile in base alla maggiore o minore articolazione del nosocomio in cui ha sede, alla presenza o meno di reparti di neurochirurgia o di programmi di trapianti e in base ai programmi di procurement attivi (di soli organi, di organi e tessuti e cellule, HBD e/o NHBD o da vivente).

In tutti i casi si dovrebbe assicurare, in modo flessibile e tenuto conto delle potenzialità generative di potenziali donatori, una gestione organizzativa che tenga conto degli aspetti di programmazione, organizzazione e controllo, così da rendere il procurement oggettivo e scientifico.

Le professionalità sanitarie dedicate al processo donativo sono quelle classiche delle attività assistenziali, medica, infermieristica e di supporto.

E' inoltre necessaria l'attribuzione di risorse economiche finalizzate da assegnare in base al raggiun-



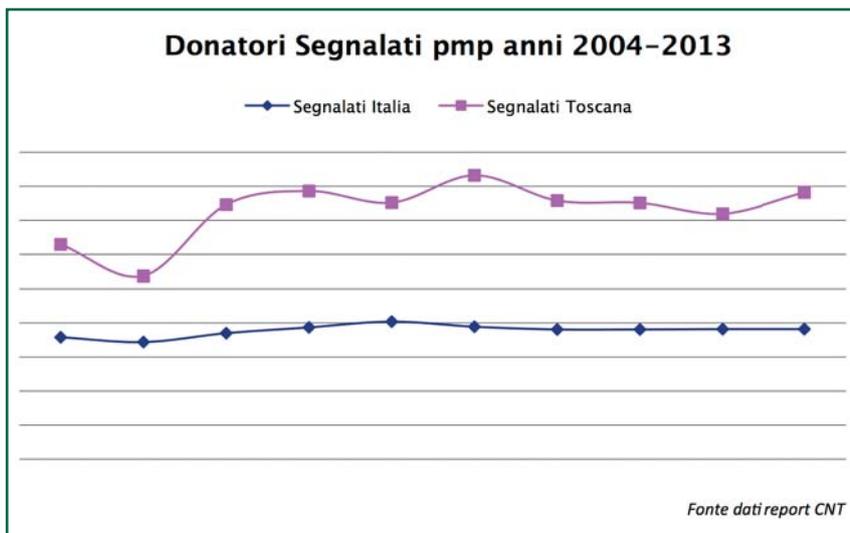


Figura 1

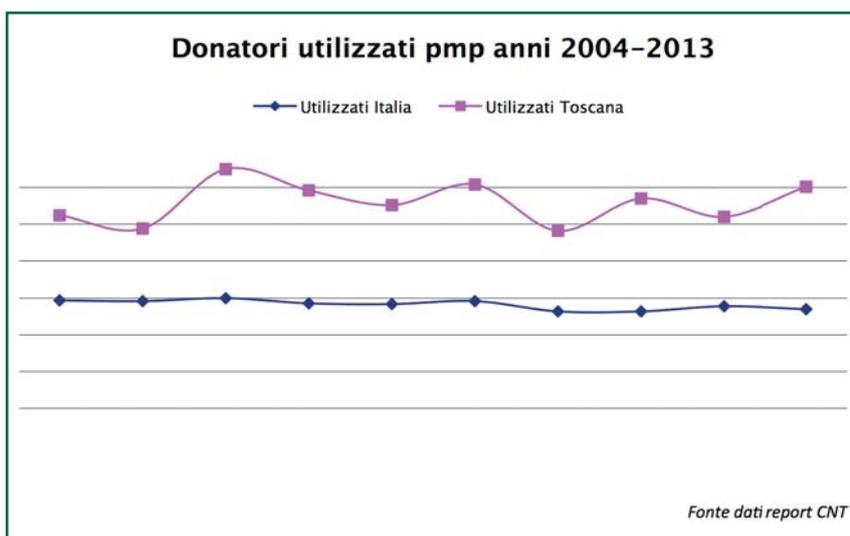


Figura 2

gimento di obiettivi predeterminati e concordati.

### Ambiti professionali di competenza

Gli ambiti professionali di competenza della Medicina della Donazione, integrati pienamente nel sistema aziendale, regionale e nazionale, sono quelli propri della disciplina, vale a dire quelli necessari a dare risposte oggettive e scientifiche ai quesiti che di volta in volta si situano di fronte all'esperto.

Il calcolo del potenziale generativo di donatori di organi e/o tessuti, che sta alla base del procurement, in una determinata Azienda sanitaria, non può prescindere da un rigoroso monitoraggio e da

studi clinico-epidemiologici dei decessi nosocomiali e dalla individuazione e calcolo di indicatori specifici.

Così come la costruzione di una rete organizzativa concentrica che consenta la migliore valutazione d'insieme dell'organizzazione, non può non tenere conto dei criteri di qualità e sicurezza.

Gli aspetti peculiari connessi con la relazione d'aiuto alle famiglie dei pazienti deceduti in ME o ACR, nell'ambito della quale viene verificata la disponibilità alla donazione, richiedono all'operatore sanitario una forte specificità ed esperienza nella comunicazione interpersonale; così come peculiari sono gli aspetti a carattere medico-legale da affrontare e

risolvere nel corso del processo. L'attività scientifica e di ricerca supporta tutta l'attività ed orienta i cambiamenti e i miglioramenti. Il monitoraggio globale e l'uso di indicatori di fase, di processo e di performance consentono la misurazione della efficacia e l'efficienza del processo.

### L'Approccio scientifico al metodo

L'applicazione dei criteri e degli strumenti offerti dalla Medicina della Donazione ha consentito di sviluppare e attuare un approccio scientifico alle problematiche specifiche. Il nuovo procedimento ha determinato l'applicazione di nuove metodiche e l'approfondimento della conoscenza suscitando maggiore interesse e creando nuove funzioni e nuovi ambiti professionali e di ricerca.

La Medicina della Donazione ha, oggi, un "corpus dottrinale" che ne stabilisce i confini e ne delinea le competenze e che consente agli operatori sanitari che la esercitano, la pratica di un'attività specialistica propria e una attività di consulenza per altre discipline.

### I risultati e le prospettive

L'iter organizzativo regionale toscano e i dati che negli anni sono stati ottenuti, (78,2 toscano Vs 38,2 dato nazionale per quanto concerne i potenziali donatori segnalati p.m.p. nell'anno 2013, e 38,2 Vs 18,2 p.m.p. per quelli utilizzati) collocano la nostra regione ai vertici europei e sono la migliore evidenza di quale potrebbe essere l'impulso che il sistema nazionale riceverebbe qualora si determinasse l'estensione del modello organizzativo toscano secondo i criteri della medicina della donazione. (Figura 1 e 2).

Infine l'avanzato e specifico sistema di monitoraggio regionale, fino al marzo 2014 con sede in AOUP, ha visto la Toscana come Benchmark nazionale per completezza e correttezza dei dati elaborati e forniti.

# L'Ecografia del torace nei versamenti pleurici

In condizioni "non patologiche" nelle cavità pleuriche è presente un sottilissimo strato liquido (15-20 ml) con funzione lubrificante, indispensabile per lo scorrimento dei foglietti pleurici durante gli atti respiratori. L'anomalo accumulo di liquido superiore a 15-20 ml viene definito "**Versamento pleurico (V.P.)**".

I **V.P.** rappresentano un problema comune che coinvolge ogni anno nei paesi industrializzati oltre 300 pazienti/100000 ab. e negli USA oltre 1 milione paz/anno, risultando complicanza influenzante sfavorevolmente la prognosi, nei paz. affetti da cancro (polmone, mammella, ovaio, pleura e linfomi).

Diversi meccanismi anche in associazione, risultano determinanti nella produzione del **V.P.**

1) aumento della P. Osmotica  
2) diminuzione della P. Oncotica  
3) blocco del drenaggio linfatico (neoplasie)  
4) aumento della P. negativa intrapleurica (atelectasie)  
5) aumentata permeabilità capillare (polmoniti).  
Il versamento a basso contenuto proteico < di 2.5 g/dl viene definito "**Trasudato**". Di solito riconosce un aumento della P. Osmotica o una diminuzione della P. Oncotica, (scompenso cardiaco congestizio, pericardite costrittiva, cirrosi epatica, s. nefrosica, embolia polmonare, malnutrizione ect.). Diversamente il liquido pleurico ricco di proteine (contenuto proteico > di 2.5 g/dl, o sec. Light con rapporto cont. proteico I. pleurico/cont. Prot. plasmatico > a 0.5) viene definito "**Essudato**"

e risulta espressione di aumentata permeabilità capillare o blocco del drenaggio linfatico (flogosi, neoplasie, m. immunomediata, ascessi subdiaframmatici da chirurgia addominale/pancreatiti). Menzione specifica tra gli essudati ricoprono invece l'empima, l'emotorace e il chilotorace.

**L'Ecografia Toracica (ET)** è una metodica di studio per immagini del torace che si avvale di sonde di superficie convex/mini-convex con frequenze 3.5-5 Mhz o di sonde lineari come quelle utilizzate nello studio dei tessuti superficiali con frequenze 7.5-10Mhz.

Per l'identificazione e studio dei versamenti sono preferibili le sonde con frequenze 3,5-5 Mhz in quanto la buona penetrazione del fascio **U.S.** ci permette anche lo studio del parenchima e delle strutture mediastiniche. I vantaggi dell'**E.T.** rispetto all'**Rx** sono molteplici: assenza di radiazioni, basso costo, valutazioni emodinamiche, facilita' della riproduzione dell'esame in real-time anche al letto del malato, ed è stato inoltre ampiamente dimostrato come l'**E.T.** sia metodica piu' sensibile dell'**Rx** nell'identificare la presenza anche di minime quantità di liquido (10-15 ml rispetto ai 300cc circa necessari per essere visibili al radiogramma) e in particolar modo nel distinguere gli inspessimenti o le lesioni pleuriche solide rispetto a piccoli versamenti saccati.

L'**E.T.** poi, oltre che risultare piu' sensibile nella valutazione qualitativa, per distinguere i versamenti trasudatizi da

quelli essudatizi (il v. trasudatizio all'ecografia apparirà libero, cioè modificabile con i decubiti, con margini regolari e anecogeno "**privo di echi**", mentre il v. essudatizio se in alcuni casi può risultare anecogeno, solitamente appare ricco di echi, di tralci fibrinosi, plurisetato, e associato ad inspessimenti pleurici o a lesioni solide pleuriche o parenchimali), risulta metodica piu' agevole dell'**Rx** anche nella stima quantitativa reale del versamento, soprattutto nei paz. in posizione supina in base a formule sviluppate da alcuni autori come Eidenberg o Roch.

L'**E.T.** quindi, oltre a risultare metodica affidabilissima e complementare alle metodiche di imaging radiologiche, nei versamenti pleurici recidivanti associati in particolar modo a malattia neoplastica, risulta oggi anche indispensabile come metodica di guida ad atti diagnostico/terapeutici invasivi, efficaci, di basso costo e con bassa morbilità, come la toracentesi o i drenaggi pleurici.

L'**E.T.** può essere utilizzata o soltanto per l'individuazione/centraggio dello spazio intercostale dove eseguire la toracentesi o applicare il drenaggio (**tecnica eco-assistita**), oppure per guidare in real-time tutto l'intervento procedurale (**tecnica eco-guidata**) al fine di minimizzare complicanze importanti come il pneumotorace o le punture accidentali di organi toracici/addominali, e sia la toracentesi che il posizionamento di drenaggi tipo pig-tail, vengo-



Versamento pleurico sx.  
Scansione ecografica.



Toracentesi ecoguidata a dx.

in regime ambulatoriale di D.H. con procedure standardizzate.

La toracentesi viene effettuata di solito a paziente in posizione seduta, ma non è insolito nei paz. defedati, poco collaborenti, sfruttare la posizione supina. Nel primo caso la sede della procedura risulterà in sede posteriore sottoscapolare, in corrispondenza dello spazio intercostale individuato con l'esame ecografico. Nei paz. supini, con le braccia sollevate dietro la nuca, sempre con gli ultrasuoni (U.S.) verra' individuato lo spazio intercostale piu' idoneo all'introduzione dell'ago, di solito in corrispondenza delle linee

Dopo il centraggio ecografico, previa disinfezione della cute ed anestesia locale con carbocaina, si procede a puntura esplorativa del cavo pleurico, verificando la natura del versamento. Subito dopo procederemo alla toracentesi vera e propria, con l'introduzione all'interno della cavità pleurica di un ago cannula in teflon, di appropriate dimensioni (16/14 G) al di sopra del margine superiore della costa, nello spazio intercostale individuato con gli U.S. Dopo la rimozione del mandrino metallico, la cannula di teflon viene collegata ad un kit per toracentesi che consentirà l'evacuazione del versamento.

Per quanto riguarda l'applicazione dei drenaggi a permanenza (pig-tail), la tecnica utilizzata è quella di Seldinger, con l'inserimento del drenaggio in sede laterale, nello spazio intercostale piu' declive individuato con gli U.S. Questi drenaggi pleurici, lunghi circa 35 cm e di piccolo calibro (10-12 F), dopo il posizionamento all'interno dello spazio pleurico, sono raccordati con rubinetto a 2 vie, tramite il quale potremo effettuare quotidiane aspirazioni del liquido pleurico, monitorando così la perdita giornaliera, ma cosa ancora piu' importante ci consentiranno di eseguire trattamenti endocavitari a scopo terapeutico o pleurodesico, attraverso l'instillazione nel cavo pleurico di sostanze medicinali.

no oggi eseguite quasi sempre ascellari media o posteriore.

### 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**

---

# L'Ordine informa

## Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

E' disponibile la nuova convenzione per l'attivazione della casella di Posta Elettronica Certificata **Gratuita**, per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa.

Tale convenzione permette agli iscritti di **uniformarsi alle disposizioni di Legge**, senza alcun costo ed in maniera semplice ed intuitiva.

**Attenzione: Tutte le caselle PEC in convenzione** (sia quelle di nuova attivazione che quelle già attive alla data del 13/06/2014) **verranno rinnovate automaticamente** - ogni 3 anni - a carico dell'Ordine.

**Gli iscritti che chiederanno il trasferimento ad altro Ordine o la cancellazione dall'albo avranno 15 giorni di tempo per scaricare e salvare i messaggi** presenti nella casella PEC. Trascorso questo periodo **la casella verrà disattivata**.

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

Procedura di attivazione:

- Accedere al portale [www.arubapec.it](http://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 inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026

### **Per accedere alla propria casella PEC (dopo l'attivazione)**

- webmail: <https://webmail.pec.it/index.html>
- Per la configurazione con i principali client di posta elettronica (Outlook, Thunderbird, etc.) sono disponibili delle videoguide sul sito di Aruba
- Inserire il codice convenzione

### **Per ulteriori informazioni e assistenza tecnica**

- telefono: 0575/0504
- web: <http://assistenza.arubapec.it/Main/Default.aspx>



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](http://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*

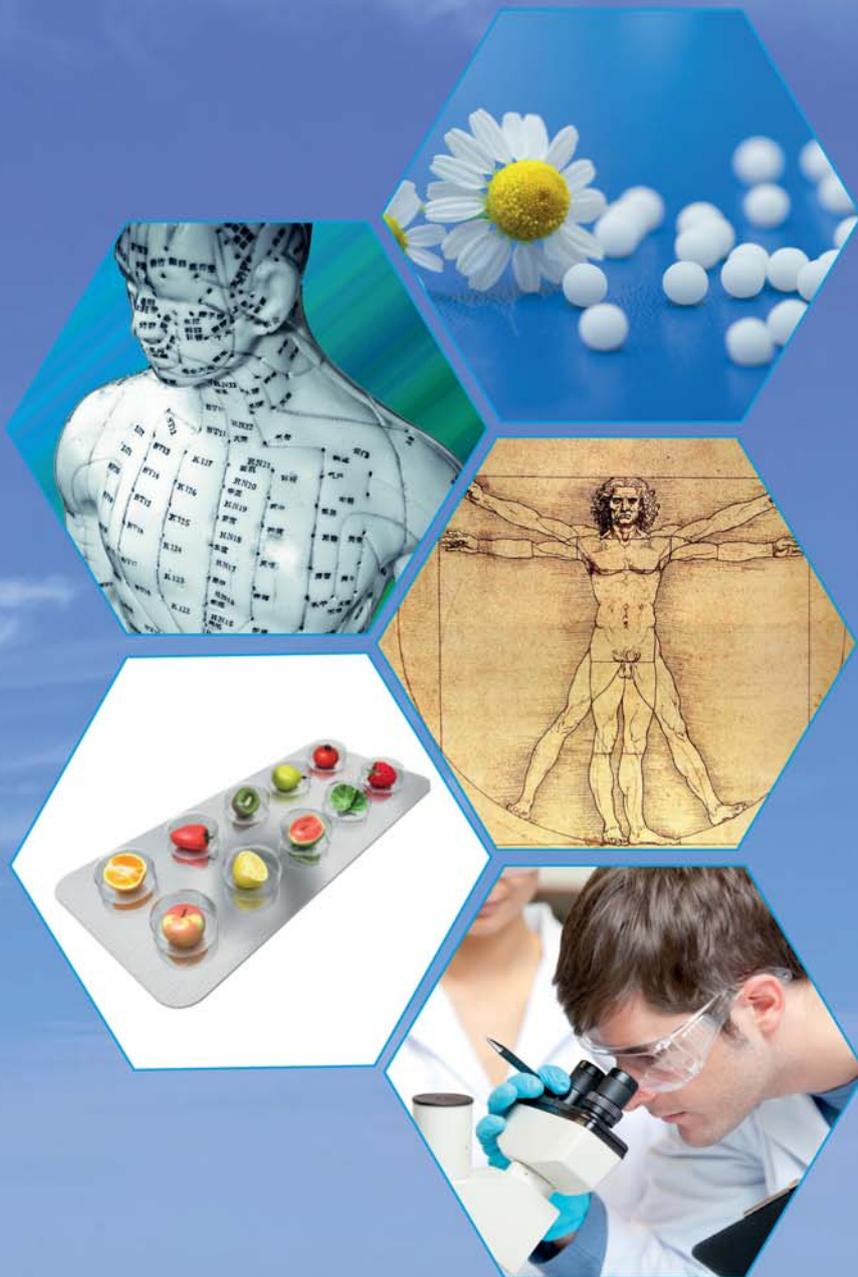
*BCC Ag. 19*

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



# Igea Network

[www.igeanetwork.eu](http://www.igeanetwork.eu)



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