

# PisaMedica

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



## in questo numero:

### La giornata del medico

*D. Giugliano*  
Giornalista

### Manlio Formiggini nella storia dell'implantologia

*N. Perrini*  
Centro di Odontoiatria e Stomatologia Pistoia  
Presidente Fondazione Prof. L. Castagnola  
Presidente Associazione Amici di Brugg

### Melanoma metastatico: nuovi immunomodulanti

*R. Marconcini - A. Romanini*  
*A. Antonuzzo - L. Galli - A. Falcone*  
U.O. Oncologia Medica - AOUP

# GLA. La vita è un viaggio che cambia in corsa.



Tua con DrivePass, da **279** euro al mese. Da oggi con un 1 anno di RCA inclusa.

- 35 canoni leasing da 279 euro\*
- 1 anno di assicurazione RCA
- 3 anni di manutenzione ordinaria e assicurazione furto incendio
- Anticipo 5.900 euro
- Dopo 3 anni puoi restituirla
- TAN fisso 5,9% e TAEG 7,16%

Riscatto finale € 15.049 e chilometraggio totale 80.000 km. \*DrivePass Leasing esempio per GLA 180 CDI Executive. Prezzo chiavi in mano € 27.460 (IVA, Messa su strada e contributi Mercedes-Benz Italia/Concessionaria inclusi, IPT esclusa). Importo totale finanziato € 21.560, importo totale dovuto dal consumatore € 25.343 (anticipo escluso), incluse spese istruttoria e attivazione polizza € 368, imposta di bollo € 16 e spese incasso € 4,27. Valori IVA inclusa. Salvo approvazione Mercedes-Benz Financial. Con assicurazione RCA per 12 mesi, assicurazione incendio e furto feel Star base per 36 mesi e manutenzione ServicePlus Compact per 36 mesi 80.000 km. Offerta soggetta a disponibilità limitata per contratti sottoscritti entro il 28 febbraio 2015 e immatricolazioni fino al 31 marzo 2015, non cumulabile con altre iniziative in corso. Lista concessionarie aderenti all'iniziativa e maggiori info su mercedes-benz.it. Fogli informativi e condizioni della polizza disponibili presso le concessionarie Mercedes-Benz e sul sito internet della Società. L'offerta è valida su tutta la gamma, motorizzazioni AMG escluse. La vettura raffigurata è una GLA Sport con cerchi in lega da 18" opzionali. Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Consumo combinato (km/l): 13,3 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 25,6 (GLA 180 CDI). Emissioni CO<sub>2</sub> (g km): 175 (GLA 45 AMG 4MATIC) e 103 (GLA 180 CDI).



**Mercedes-Benz**  
The best or nothing.

AUTO ITALIA GROUP

Auto Italia Group S.r.l. - Concessionaria Ufficiale di Vendita Mercedes-Benz

Ospedaletto (PI), Via Pontecorvo 2, tel. 050.6399111

[www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it](http://www.autoitaliagroup.mercedes-benz.it)

# E', di nuovo, caccia alle streghe

**C**i risiamo. E' la solita caccia alle streghe, periodica e puntuale. Il Governo ha bisogno di soldi e s'inventa, d'un tratto, lo spreco di denaro pubblico per esami ed analisi, dando ovviamente la colpa a noi medici. Una scelta tutta politica, ne siamo più che certi, dato che il problema – semmai esistesse nelle dimensioni e nelle forme indicate dall'Esecutivo – fosse sorto soltanto ora.

Come pietra dello scandalo, vengono tirate in ballo tecniche quale la risonanza magnetica ma, se non ne considerassimo oggi l'utilità, è davvero fare diagnosi con i mezzi di 50 anni fa. Il progresso scientifico – ci perdoni il Primo Ministro - ha talvolta questi vantaggi. Paventiamo comunque – alla pari di quanto avvenne in passato per l'idoneità edilizia degli ambulatori – la sottile capacità delle Istituzioni di fare, d'ora in avanti, certosini conti in tasca a questo od a quel collega, giorno per giorno, stilando magari classifiche di prescrizioni: roba da

dazebao, con tanto di cartelli affissi sui muri.

Una delle conseguenze potrebbe quindi essere quella di mettere alla berlina l'operato di bravi ed onesti colleghi che magari, per la loro tipologia di pazienti, si trovano più frequentemente di altri ad evidenziare patologie di maggiore complessità. Si va, dunque, verso una tutela della salute calcolata matematicamente a tavolino. Per assurdo, ma fino ad un certo punto, a stabilire addirittura un premio per il risparmio eventualmente raggiunto.

Il tutto – cari colleghi – fino a che non ci scappi il morto. Come credete si comporterebbe la Magistratura, davanti al collega che si giustifica di non aver prescritto un esame perché aveva già sfiorato il budget? Ci potranno anche essere degli sprechi – parola brutta quando si parla di salute – ma non è con la caccia alle streghe che troveremo la soluzione. Guardiamoci intorno: altri Paesi europei hanno lo stesso problema?



## **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, Paolo Baldi,  
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,  
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,  
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,  
Donella Prosperi, Paolo Stefani,  
Stefano Taddei, Elio Tramonte,  
Franco Pancani, Roberto Trivelli,  
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,  
Filippo Graziani

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.M. Pileri

# Pisa Medica Online

**C**aro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. Pertanto, **a partire da settembre 2015**, i nuovi numeri di "Pisa Medica" verranno pubblicati in formato **PDF sfogliabile e potranno essere scaricati dal sito dell'Ordine** (selezionando dal menù la voce Pisa Medica).

**A partire da gennaio 2016** Pisa Medica diventerà **PisaMedica Online**, la trasposizione digitale della versione cartacea, disponibile per tutti i dispositivi mobili, che consentirà una ricerca celere ed efficiente di titoli, articoli, rubriche ed autori (in breve /medio periodo, verranno ovviamente inseriti tutti i numeri già pubblicati in 15 anni di vita della rivista).

Tutti gli iscritti verranno avvisati della pubblicazione dei nuovi numeri tramite e-mail: pertanto, si prega di comunicare e/o aggiornare il proprio indirizzo e-mail presso la segreteria dell'Ordine.

Per quanti ne faranno espressa richiesta, sarà comunque possibile mantenere l'invio cartaceo del bollettino in abbonamento postale, compilando il modulo disponibile sul sito dell'Ordine (vedi figura) e inviando la richiesta di "modalità di invio di Pisa Medica preferita", tramite fax al n 050. 937.463 oppure tramite e-mail a [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

*Attenzione: la mancata compilazione del questionario entro il 30/07/2015, sarà interpretata come opzione per la modalità TELEMATICA e l'avviso di pubblicazione di "Pisa Medica" verrà inviato esclusivamente all'indirizzo e-mail che risulta presente in anagrafica.*

The screenshot shows a web form titled "GIURAMENTO DI IPPOCRATE E.N.P.A.M. FNOMCEO ORGANI ISTITUZIONALI" and "ALBI PROFESSIONALI CODICE DEONTOLOGICO". It is for the "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa". The form includes a "Menu Principale" with links like Home, Contatti, Modulistica, etc. The main section is "Modalità di spedizione Pisa Medica", which contains a warning about a deadline of 30/04/2015 for questionnaire completion. It asks for personal details like name, profession (Medici or Odontoiatri), and a choice between "Cartacea" and "Telematica" delivery. There is also a section for "Pisa Medica" with a "Pisa Medica" link and a "Verifica" field. A "CHIUDI INFO" button and a "PisaMedica DIGITALE O CARTACEO?" poll are also visible.

# La giornata del medico

**N**ella consueta giornata del Medico, il dato che più conforta è la crescita del nostro Ordine che adesso annovera 4.397 professionisti dell'arte medica. Un numero di iscritti che valutato sulla base del rapporto medico per abitante, ci pone ai vertici nazionali confermando la validità e la tradizione della scuola pisana. La giornata si è aperta con l'intervento del nostro presidente, che ha posto l'accento sulle problematiche che emergono nella nuova normativa sulla appropriatezza prescrittiva che è stata imposta senza alcun confronto con le rappresentanze dei nostri ordini professionali. «Questo regime sanzionatorio insito nella normativa - ha detto il nostro presidente - a nostro avviso, creerà non pochi problemi, soprattutto ai cittadini». Tra i vari aspetti trattati nel suo intervento, Figlini ha enfatizzato quello riguardante «l'insana moda» delle continue denunce alla nostra categoria. «A mio giudizio - dice Figlini - sottoporre a gogna mediatica la classe medica, ancor prima che sia emesso un giudizio anche di primo grado, crea sconcerto tra i pazienti e toglie serenità ai nostri colleghi che dovrebbero, invece, operare nella massima tranquillità. Successivamente, grande attenzione è stata riservata all'intervento sul tema della formazione Ecm del presidente nazionale del Cogeaps (l'organismo che verifica la formazione di tutti gli Ordini Professionali) Sergio Bovenga. «Gli Ecm - ha detto Bovenga - come avviene in tutti i Paesi, dovranno essere sostituiti dalla certificazione quinquennale. Per la classe medica, ad esempio, l'Ocse ci conferma nei primi posti della classifica mondiale, e nel contempo, paradossalmente, ci invita a migliorare la nostra formazione, abbandonando lo strumento ormai superato degli Ecm». I lavori si sono conclusi con le varie cerimonie durante le quali sono state assegnate le medaglie ai medici con 25, 50 e 60 anni di laurea. Targa d'argento alla carriera al professor Stefano Bombardieri, reumatologo di fama mondiale, al dottor Lamberto Allegrini, ginecologo-pediatra, medico militare e poi medico condotto, alla dottoressa Doretta Fabiani, neurologa e psichiatra di chiara fama, e al dottor Vassili Fotis, originario di Rodi, conosciuto per aver fatto parte di quel nutrito gruppo di colleghi che grazie ai legami tra Grecia e Pisa ha contribuito a portare l'odontoiatria della nostra città ai massimi livelli internazionali. Consueti momenti di grandissima commozione, per protagonisti e familiari intervenuti, durante il «Giuramento d'Ippocrate» da parte dei nuovi ed emozionatissimi 100 iscritti.



Il giuramento di Ippocrate



Momenti della giornata

## Una targa d'argento alla carriera è stata consegnata per meriti acquisiti a:

### **dott. Lamberto Allegrini**

*Il Dott. Lamberto Allegrini, nato a Cascina il 19/07/1930, avrebbe meritato l'anno scorso il premio per i 60 anni di laurea, se questo fosse stato già istituito.*

*Si avvicina alla professione già nel II e III anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Istituto di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica diretto dal compianto prof. Gabriele Monasterio.*

*Si laurea il 18/11/1954 con votazione 110/110 e lode.*

*Ufficiale Medico presso l'Ospedale Militare di Livorno dal 01/09/1955 al 06/01/1957.*

*Nell'anno 1961 si specializza in Ostetricia e Ginecologia presso la scuola diretta dal prof. Giovanni Paroli. Nel 1967 specializzazione in Pediatria con il prof. Augusto Gentili.*

*Medico Condotta titolare della condotta medica di Riglione-Oratoio a seguito di pubblico concorso.*

*Dal 1970 al 2000 Medico di Famiglia di tutti i Comandanti del Comando provinciale dei Carabinieri.*

*Il dott. Allegrini si è sempre dichiarato fiero di avere operato in*

*queste istituzioni di medicina pubblica, con scrupolo ed abnegazione in tutte le condizioni.*

*Particolare è stato il rapporto con tutti i pazienti ai quali ha offerto prestazioni che, anche per via di titoli di studio acquisiti e per la particolare sensibilità, avevano una componente che andava e va oltre il semplice rapporto medico-paziente.*

*L'esperienza nella medicina militare ed il rapporto privilegiato con l'Arma dei Carabinieri, ci permettiamo di pensare, hanno avuto non poca influenza nella formazione del carattere dell'uomo e del professionista, che talora può essere apparso rigido, ma sempre consono ai principi della professione.*

*Di questo persiste il ricordo ed il riconoscimento da parte dei suoi molti ex pazienti.*

### **prof. Stefano Bombardieri**

*Il professor Stefano Bombardieri si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1968. Dopo la laurea ha iniziato la sua formazione scientifica negli Stati Uniti nel 1969-70 come "Fellow" in Reumatologia dapprima presso il Department of Medicine della Columbia University e successivamente presso L'Hospital for Special Surgery della Cornell Medical College di New York. Tornato in Italia, nel 1971 è stato Borsista nel Laboratorio di Microbiologia dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma. Nel 1973 è venuto a Pisa quale Ricercatore in Immunologia Clinica del Laboratorio di Fisiologia Clinica del CNR.*

*La carriera accademica è iniziata nel 1974 quale Assistente Ordinario alla Cattedra di Patologia Medica dell'Università di Pisa.*



*Nel 1982 è diventato Professore Associato di Immunologia Clinica e dal 2000 è Ordinario di Reumatologia dell'Ateneo pisano.*

*1989-1999 Primario Responsabile U.O. Autonoma di Immunologia Clinica, Università di Pisa*

*1999-2014 Direttore U.O. Reumatologia Universitaria, A.O.U.P.*

*2004-2007 Presidente della Società Italiana di Reumatologia*

*2000-2014 Professore Ordinario di Reumatologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Reumatologia*

*2000-2014 Coordinatore Regionale per le Malattie Rare di interesse reumatologico*

*2009-2014 Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI) Muscoloscheletrico e Cutaneo dell'Azienda*

*Nell'ambito delle attività istituzionali d'Ateneo, il professor Bombardieri è stato membro del Consiglio di Amministrazione dal 1992 al 1994 e del Comitato di Valutazione dal 1995 al 1996. Dal 2008 è Direttore del Dipartimento di Medicina Interna.*

*Ha inoltre ricoperto incarichi di rilievo nazionale e internazionale: dal 2000 al 2003 è stato Chairman del Gruppo di Studio sulla Sindrome di Sjögren dell'American College of Rheumatology, dal 2004 al 2007 Presidente della Società Italiana di Reumatologia e dal 2007 è Vicepresidente della Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Artrite (FIRA).*

*Autore di 400 lavori scientifici su riviste internazionali con referee, con indice H (ISI) di 61. L'attività scientifica è prevalentemente concentrata sugli aspetti clinici ed immunologici, sulla diagnosi e terapia delle malattie reumatiche e autoimmuni sistemiche, tra cui il lupus eritematoso sistemico, la crioglobulinemia mista essenziale, la sindrome di Sjogren, la sclerosi sistemica, la polimiosite, le vasculiti sistemiche e la malattia di Behçet.*

*Ha inoltre coordinato numerosi gruppi di studio sia nazionali per conto della Società Italiana di*



*Reumatologia sia internazionali per conto dell'European League Against Rheumatism (EULAR) e della Comunità Europea.*

*È membro di numerose Società Scientifiche nazionali e internazionali, tra cui l'American College of Rheumatology, la Henry Kunkel Society e la Società Italiana di Reumatologia. È membro, o lo è stato, dell'Editorial Board delle principali riviste internazionali del settore.*

*Riconoscimenti*

*2006 Premio Delfino d'Argento, Cascina*

*2010 Ordine del Cherubino*

*2014 Master dell'American College of Rheumatology*

*2015 EULAR award*

*Il professor Bombardieri è un appassionato pescatore e ciclista*

### **dott.ssa Doretta Fabiani**

- 1954- Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Pisa.
- 1957 - Specializzazione in Neuropsichiatria. Da quell'epoca fino al 1969 (anno di apertura della Divisione Neuropsichiatria) consulenza neurologica presso l'ospedale di Pontedera;
- 1957-1961- Clinica Neurologica di Pisa: -attività clinica nei reparti di Neurologia e Psichiatria -studio dell'elettroencefalografia sia nella sperimentazione farmacologica che nell'epilessia.
- 1961 Apertura della Clinica Neurochirurgica presso l'Università di Pisa: Direttore: Prof. Giorgio Tusini; Assistente dr.ssa Doretta Fabiani - attività diagnostica clinica e strumentale;
- 1961-1969- Assistente in neurochirurgia. In questi anni:
  - 1962- : Stage a Tolosa presso la Neurochirurgia per lo studio delle patologie della colonna ;
  - 1964 e 1966. Stage all'Hopital Neurologique di Lione per le tecniche di studio del sonno negli stati di coma.
- 1962 -1968 frequenza annuale ai Corsi Internazionali di aggiornamento sull'EEG e sull'epilessia tenuti a Marsiglia , oltre alla partecipazione ai Congressi di Neurologia e Neurochirurgia tenutisi in Italia e in Austria, in particolare a Salisburgo.
- 1969 Inaugurazione a Pontedera del primo Servizio di Neurofisiopatologia d'Italia. Servizio di diagnostica neurologica strumentale, elettroencefalografica, elettromiografica ed ecografica (a quell'epoca di avanguardia) con attività sia interna che ambulatoriale.
- 1969- 1995 Ospedale Lotti di Pontedera in qualità di dirigente del servizio di Neurofisiopatologia.

*Sono stati anni di lavoro intenso.*

*L'attività sia interna che ambulatoriale si è sempre accompagnata all'aggiornamento scientifico e nei limiti dei mezzi disponibili alla ricerca clinica e farmacologica. Un particolare interesse e di risonanza nazionale, è stato lo studio neuroevolutivo del neonato.*

*Nel 1973 infatti, in collaborazione con il Comune di Pontedera e la neonatologia del Prof. Poli fu promossa un'indagine clinico-EEG a tappeto di tutti i nati a termine e pretermine del Comune.*

*Questa indagine ha permesso non solo di stabilire i criteri di "normalità" neurologica alla nascita e di seguire, nel tempo, l'evoluzione della maturazione neurologica.*

*Gli studi sul neonato, a quell'epoca rarissimi nella campo della ricerca neurologica, hanno fatto conoscere l'ospedale di Pontedera e il suo Servizio di Neurofisiopatologia a livello nazionale.*

*Per queste indagini innovative ha avuto varie nomine nei Consigli della società di EEG e di Neurologia, oltre alla possibilità di collaborare con istituti universitari importanti, quali quelli dell'Università di Torino, della Sapienza di Roma, di Bologna e quella di Perugia.*

*Questi anni di lavoro così impegnativi, hanno dato tanta gratificazione alla dottoressa e al personale del reparto, in particolare ai tecnici.*

*Uno dei maggiori successi della carriera della dr.ssa Fabiani è l'aver contribuito alla creazione della figura del "tecnico di neurofisiopatologia": figura clinica indispensabile in un'attività che*



*richiede tempo, pazienza e competenza che deve spaziare sia nel campo della fisica che della patologia neurologica*

*Fu proprio a Pontedera che nel 1975 fu bandito il primo concorso in Italia per "tecnici di neurofisiopatologia. Per la dottoressa è stato bello e gratificante lavorare fino a quando le riforme non hanno cominciato a privilegiare la quantità del lavoro e il fatturato rispetto alla qualità della prestazione fornita. Fare il medico cottimista con prestazioni a tempo e programmate magari secondo protocolli standard non era nella idea della professione della dottoressa.*

*Per questo motivo nel 1994 prese un periodo di aspettativa e poi nel 1995 la pensione.*

### **dott. Vassili Fotis**

*Il Dott. Vassili Fotis è nato a Rodi in Grecia il 25 Maggio 1935.*

*Fa parte di quel nutrito gruppo di Colleghi che grazie ai legami fra le isole italiane dell'Egeo, meglio note come Dodecaneso, e la città di Pisa ha contribuito a portare l'Odontoiatria della nostra città ad alti livelli nazionali ed internazionali.*

*Si è laureato ed abilitato nella nostra Università nel 1961.*

*Nel 1964 ottenne la specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria, dimostrando fin dall'ini-*



*zio la sua predilezione intellettuale per questa branca della Odontoiatria.*

*Nel 1978 a Padova si specializzò in Ortodonzia e, pur prediligendo la libera professione, ha sempre sviluppato oltre la clinica professionale una ricerca di avanguardia.*

*Già dal 1964 è stato assistente ordinario al reparto di Ortognatodonzia dell'Istituto "A. Beretta" di Bologna.*

*Dagli anni 60 è stato socio della Società francese di Ortopedia dento-facciale.*

*È stato socio e consigliere della S.I.D.O. (Società Italiana di Ortognatodonzia), e consulente per la cura della labiopalatoschisi al reparto di Chirurgia Plastica di Pisa.*

*Dal 1978 al 1984 è stato professore a contratto alla Scuola di Specializzazione di Ortognatodonzia di Padova.*

*Socio E.O.S. (Società Europea di Ortognatodonzia) e autore di numerosi studi, ricerche e pubblicazioni di importanza internazionale.*

*Dal 1991 al 1993 è stato professore a contratto alla Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia a Pavia.*

*Ha partecipato come relatore e presidente di seduta a numerosi congressi, seminari e corsi.*

*Socio onorario S.I.D.O. e S.I.B.O.S. (Società Italiana di Biomeccanica e Ortodonzia segmentata), dopo il suo ritiro dall'attività è stato ripetutamente invitato a trasmettere ai colleghi le sue molteplici esperienze ed i suoi pareri professionali in congressi italiani ed internazionali.*

*Dopo questa breve sintesi del curriculum professionale. è con nostro grande onore che consegnamo al Dott. Vassili Fotis questa targa per conto dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa come riconoscimento della sua attività medica ed ortodontica.*

*Grazie Dott. Vassili Fotis!*

## I premiati per i sessant'anni di professione

Bianchi Claudio, Bianchi Romano, Bonechi Igino, Botoni Luciano, Cosci Virgilio, Ferrari Enzo, Innocenti Egidio, Maggio Giuseppe, Marini Nilo, Pfanner Pietro, Puccini Gianfranco, Romeo Paolo

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

Innocenti Bruno, Tozzi Enrico, Gliozzi Ettore Maria, Carnasciali Ermanno, Giunti Ezio, Rizzo Gaetano, Squarcini Giuliano, Grossi Evandro, Miele Mauro, Coppo Pietro, Corti Primo, Sbrana Giuseppe, Pancanti Valentino, Atti Gian Pietro, Baracchini Graziella, Calderazzi Andrea, Consoloni Enrico Luigi, Dedola Enrico, Fiamma Ennio, Giorgi Ubaldo, Moggi Pelati Brunetta, Ottenga Franco, Palla Roberto, Rindi Paolo, Tognoni Osvaldo, Vogliazzo Pier Luigi

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

**MEDICI** Aloise Natalina, Angelini Fabrizio, Assanta Nadia, Bacciardi Daniela, Baldeschi Lelio, Baldini Mauro, Balestri Claudio, Balsano Loredana, Battini Roberta, Battolla Marina, Bernacchi Rita, Bernardeschi Alessandro, Bigalli Giovanni, Boldrini Antonella, Bondi Franca, Braccini Gianmarco, Brogioni Sandra, Buttitta Flavio, Cagnolati Camilla, Caporale Mario, Cappagli Barbara, Carnesecchi Paolo, Casarosa Stefano, Cianci Claudia, Cioni Nicoletta, Corchia Arturo, Dani Alessio, Del Cesta Riccardo, Dell'atti Tiziana, Dentico Patrizia, Di Franco Antonella, Di Simone Daniela, Doccini Pier Giovanni, Falaschi Cristina, Falco Patrizia, Ferrari Mauro, Ferrari Stefano, Frantzidou Eftychia, Landucci Edi, Lapi Paola, Lazzaroni Stefania, Lippolis Piero Vincenzo, Littara Alessandro Giuseppe, Loggini Barbara, Luccherino Luciano, Luperini Michelangelo, Lupetti Antonella, Magazzini Maria, Maggiorelli Fabrizio Paolo, Marrazzini Gloria, Marino Rosa, Mechelli Sandra, Menconi Mariacristina, Natale Gianfranco, Orsini Aldo, Parducci Rossana, Pavese Nicola, Pietroni Federica, Pistelli Francesco, Pistolesi Piero, Polese Fabrizio, Ponzone Simona, Puccetti Renzo, Puccinelli Susanna, Puccini Marco, Rizzo Loredana, Rognini Ferdinando, Rotondo Alessandro, Rucco Marcella Pompilia, Russo Raffaele, Sancin Alberto, Sanguineti Sabina, Santarelli Simonetta, Santoro Maria, Sciascia Pinetta Maria, Scibona Marcello, Signorini Serenella, Simonini Lorenzo, Taponeco Fabio, Tavella Nicola, Tibaldi Carmelo, Tregnaghi Carla, Vaccaro Angelina, Vallini Stefano, Vanni Gloria, Vignali Edda, Villa Maurizio, Zecchi Cristina

**ODONTOIATRI** Agi Erol, Bernardeschi Alessandro, Bicchierini Giuseppe, Braccini Gianmarco, Carnesecchi Paolo, Del Cesta Riccardo, Lazzaroni Stefania, Magazzini Maria, Nanni Fabrizio, Padula Anna Rosa, Sabella Francesco, Santarelli Simonetta, Simonini Lorenzo, Tellini Andrea, Tognoli Paola, Vaccaro Angelina

## Nuovi iscritti all'Ordine

**MEDICI** Alcibiade Alessandro, Antognoli Rachele, Antonelli Michele, Barbera Federico, Bernardini Azzurra, Biagini Giorgio, Boccuzzi Antonio, Braca Fernando, Brancatella Alessandro, Busetto Marga, Cafalli Martina, Caparello Maria Costanza, Caponi Lorenzo, Cappellani Daniele, Casella Iacopo, Cavallini Eleonora, Chine' Vincenzo, Chirichella Mariantonietta, Ciacchini Benedetta, Cinotti Sandro, Cipriani Silvestro, Coli Virginia, Congestri' Claudia, Curci Maria Giovanna, De Gori Carmelo, De Pasquale Carlotta Francesca, Del Punta Rossella, Del Re Federico, Di Bello Silvia, Di Lieto Chiara, Di Noia Alessandra, D'ischia Roberto, Fanelli Giuseppe Nicolo', Faraguna Ugo, Ferracuti Federica, Figliomeni Antonio, Fiorentino Leonardo, Fodale Anna Maria, Franconi Iacopo, Gabiati Letizia, Galeotti Gian Giacomo, Gallo Giovanni, Grassi Alessandro, Hensgens Martinus Johannes Mathias, Iuliano Ester, La Malfa Giovanni, Garibaldi Silvia, Ghelli Chiara, L'abbate Sara Maria Teresa, Lelli Cecilia, Lenci Niccolo', Lo Russo Monica, Loiacono Carmela, Luchini Marco, Luperini Chiara, Manni Anastasia, Mannoni Nicola, Mannucci Sara, Marchetti Sara, Marino Riccardo, Martinelli Caterina, Masini Gabriele, Mastrolia Manuela, Medino Paola, Memmini Luca, Migaleddu Gianmichele, Montagnani Ilaria, Montano Vincenzo Giovanni, Morciano Mario, Nesti Lorenzo, Notarfranchi Laura, Nucci Anna Maria, Nuti Michele, Pardo Maria Antonietta, Pescarissi Claudia, Picciarelli Gemma, Pieracci Edoardo Maria, Pieroni Erica, Pierri Francesca Maria, Pucci Andrea, Raglianti Valentina, Ramalli Dalia, Riggio Enrica, Romboli Andrea, Rosselli Del Turco Elena, Russo Elisa, Sartini Francesco, Schifano Martina, Scolaro Massimo, Selva Valerio, Signorini Viola, Sijoni Ledia, Sonato Chiara, Spera Vincenza, Taliani Alessandro, Tedeschi Valentina, Tonini Giulia, Vani Vanina, Vitiello Pompeo

**ODONTOIATRI** Amabile Federica, Boshnjaku Andia, Buonocunto Nino, Pisani Elisa, Puccinelli Greta



**G. Gambaccini - C. Rossi - M.P. Virgili - C. Frittelli - M.R. Maluccio - R. Galli**

UOC Neurofisiopatologia - Area Funzionale Clinico-Assistenziale Medica, Ospedale "Lotti" Pontedera

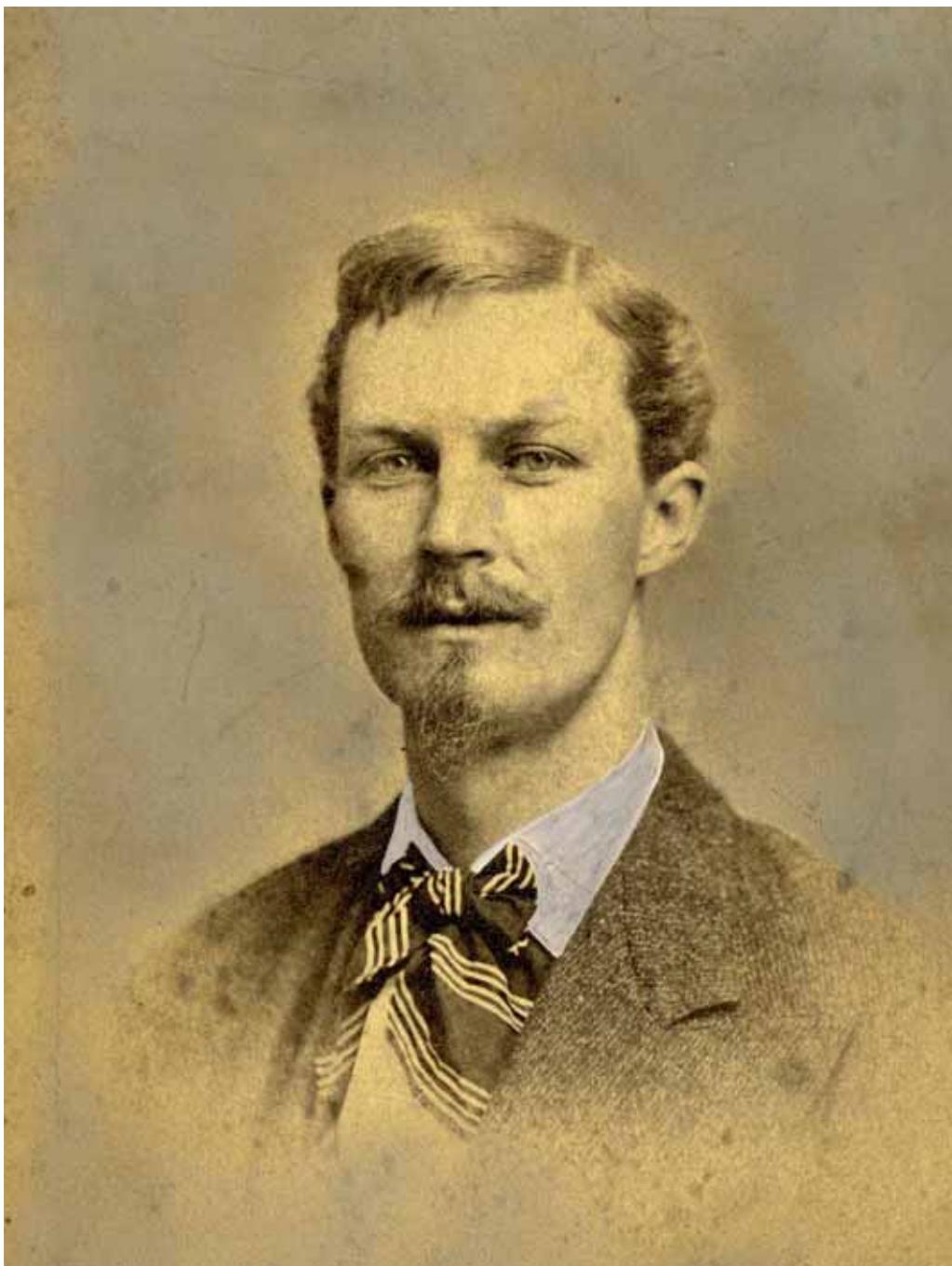
## La corea di Huntington: la malattia delle streghe

**L**a malattia di Huntington (MH) è una patologia rara, a trasmissione genetica autosomica dominante.

Il gene responsabile della MH si trova sul cromosoma 4: esso contiene le informazioni per la produzione di una proteina chiamata huntingtina (htt) la cui funzione è ancora ignota. La mutazione genetica avviene esattamente nel gene IT-15, isolato nel 1993, che codifica per una forma di huntingtina mutata, la quale induce la degenerazione neuronale in molte aree cerebrali, prevalentemente e inizialmente nello striato. Clinicamente la malattia si caratterizza per disturbi del movimento, progressiva perdita delle capacità cognitive, e disturbi della sfera psichica con ansia depressione (fino a comportamenti suicidari) e psicosi. I primi segni evidenti di malattia possono essere irritabilità, depressione, disturbi dell'umore insieme ad un leggero disturbo della coordinazione motoria con lievi e sporadiche ipercinesie simili a scatti

(corea). Rallentamento dei movimenti (bradicinesia) o contratture muscolari persistenti (distonia) possono caratterizzare l'insorgenza della malattia contribuendo

a varianti diverse a seconda dei casi. L'età di insorgenza è assai variabile anche se in genere i primi sintomi appaiono in media tra i 30 e i 50 anni: generalmente



con l'andare avanti della prognosi vi è il cosiddetto fenomeno della anticipazione genetica, per il quale i soggetti affetti dalla mutazione appartenenti alla stessa famiglia tendono a manifestare sempre più precocemente la malattia.

### Cenni Storici

Probabilmente i primi casi risalgono al 1600 e sono in relazione alla "caccia alle streghe" in Inghilterra, ove le "streghe" erano con tutta probabilità persone affette dalla malattia. Discendenti di queste famiglie, approdate negli Stati Uniti nel 1630 a bordo del vascello John Winthrop, ebbero certamente un trattamento simile. I movimenti involontari tipici della malattia furono ritenuti frutto dell'espressione diabolica. Pertanto la malattia era innominabile ed additata, dalla società americana bigotta e puritana, appunto come "that disorder - quel male".

La prima menzione certa della malattia, appare in una lettera di un medico, Waters (1842), che ne descrisse accuratamente sintomi, progressione ed ereditarietà. Gorman (1846) individuò la prevalenza della malattia in regioni specifiche così come Lund (1860): elevata prevalenza in famiglie abitanti in una valle di montagna in Norvegia.

La MH fu descritta in maniera completa per la prima volta da George Huntington (1872) dai dati raccolti da lui, suo padre e suo nonno su famiglie che vivevano nella contea di Huntington (NY). Dopo tali descrizioni la conoscenza della MH si diffuse in tutta Europa e nel XIX sec. e la maggior parte delle pubblicazioni scientifiche su tale disturbo furono europee.

Negrette, un medico venezuelano appena laureato, inviato a lavorare per un anno nella città di San Luis, piccolo villaggio di pescatori presso il lago Maracaibo osservò un elevato numero di abitanti di quel luogo che presen-

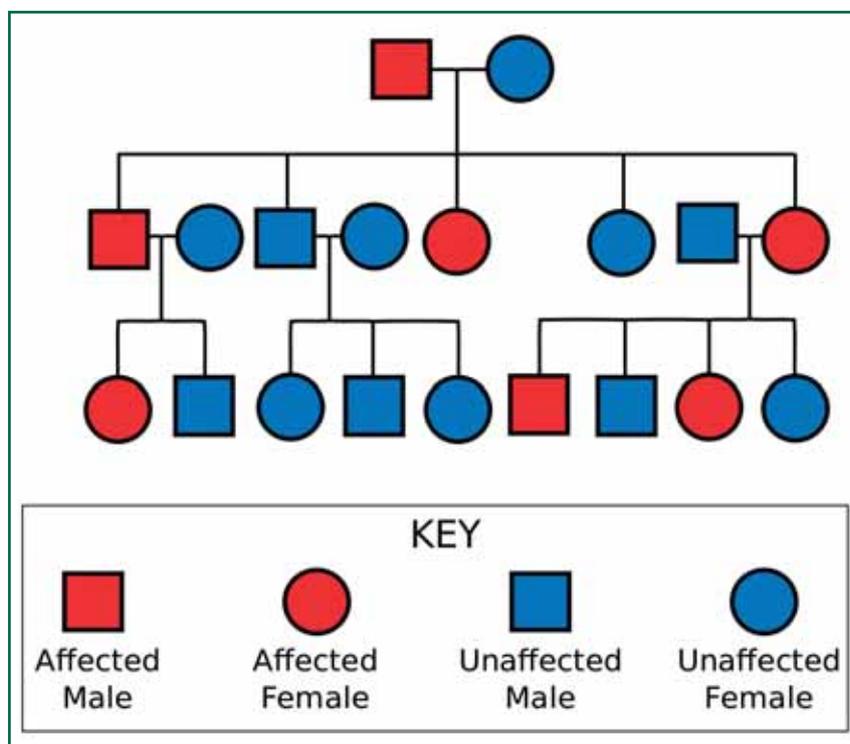
tavano strani comportamenti e movimenti involontari: da anni si sapeva che i discendenti di una famiglia (il cui capostipite era un marinaio inglese, verosimilmente portatore del gene patologico) presentavano quei disturbi. Negrette esaminò i malati e ne analizzò dettagliatamente l'albero genealogico, notando un'eredità autosomica dominante, concludendo che si trattava di casi affetti da MH e pubblicò una monografia che descriveva la famiglia. Avila-Giron, collaboratore di Negrette, in occasione del centenario della descrizione della MH negli USA presentò un video e la descrizione della casistica venezuelana. Questi dati indussero Wexler e Chase (del National Institute of Health statunitense) a eseguire uno studio sulle manifestazioni cliniche e sulla genetica nell'area in questione: dal 1981 si iniziò a raccogliere campioni di sangue nell'area e nel 1993: Huntington's Disease Collaborative research Group: identificazione gene IT15, la cui mutazione è responsabile della malattia

(contenente ripetizione tripletta CAG).

### Epidemiologia

L'insorgenza solitamente tardiva della malattia non pregiudica la riproduzione dei soggetti ammalati e quindi la sua trasmissione. La prevalenza, uguale per femmine e maschi, in tutto il mondo è di 5-10 casi/100.000 abitanti; si stima che in Italia siano circa 6000 le persone ammalate (2.3-4.8/100.000) e 18.000 quelle a rischio di ereditare la malattia.

Vi è forte variazione geografica in virtù di etnie e migrazioni. Il tasso di incidenza è più alto nelle popolazioni di discendenza europea mentre è più basso nel resto del mondo, in particolare 1 su 1.000.000 negli asiatici e negli africani. Altre aree ad alta prevalenza oltre Europa sono Venezuela (7000 individui su 1.000.000) e Tasmania (verosimilmente in relazione a migrazioni europee). Attualmente descritti 40.000 casi in Europa ma si stima che altri 160.000 soggetti siano a rischio di malattia in Europa.



La malattia di Huntington è ereditata in modo autosomico dominante. La probabilità per ogni discendente di ereditare un gene alterato è del 50%. L'ereditarietà è indipendente dal sesso e il fenotipo non salta generazioni.

# Melanoma metastatico: nuovi immunomodulanti

**N**egli ultimi cinque anni l'approccio terapeutico al paziente con melanoma metastatico si è radicalmente trasformato grazie all'utilizzo di nuovi farmaci diretti contro specifiche molecole bersaglio espresse dalla cellula di melanoma, quali mutazioni a livello della proteina BRAF, e di nuovi farmaci immunomodulanti, in grado cioè di dirigere efficacemente l'attività del sistema immunitario contro le cellule di melanoma.

Il 40-60% dei melanomi cutanei esprime una mutazione del gene BRAF, che comporta nella proteina la sostituzione della valina nella posizione dell'aminoacido 600 (BRAF v600), con conseguente proliferazione cellulare inarrestabile e non controllata. In presenza della mutazione BRAF v600 è possibile utilizzare i farmaci ad assunzione orale BRAF inibitori (Vemurefenib, Dabra-

fenib), MEK inibitori (Trametinib, Cobimetinib), e l'associazione di BRAF inibitore con MEK inibitore (Dabrafenib con Trametinib, Vemurafenib con Cobimetinib)(ved Fig 1a).

I farmaci BRAF inibitori hanno dimostrato percentuali di risposte (RR) di circa 50% e una mediana di sopravvivenza libera da progressione (mPFS) di circa 8 mesi, valori nettamente superiori rispetto a quelli ottenibili in precedenza con la chemioterapia (6% e 2 mesi, rispettivamente). Il profilo di tossicità risulta accettabile, caratterizzato da fotosensibilità, tossicità gastrointestinale (diarrea), insorgenza di carcinoma squamocellulare; dabrafenib è caratterizzato da comparsa di sporadici episodi di iperpiressia ad eziologia ignota.

Recentemente, diversi studi di fase III hanno dimostrato in pazienti non pretrattati che l'associazione

di BRAF e MEK inibitori presenta attività (RR≈70%) ed efficacia (mPFS≈11mesi) superiori rispetto alla monoterapia con solo BRAF inibitore, verosimilmente questo è dovuto al superamento dei meccanismi di resistenza a BRAF inibitori che consistono in una iperattivazione della proteina MEK. L'associazione risulta peraltro meglio tollerata, con una minore incidenza di fotosensibilità e carcinomi squamocellulari. L'associazione di BRAF e MEK inibitori risulta quindi ad oggi, tra le terapie a bersaglio molecolare, quella preferibile.

Nell'ambito dell'immunoterapia, gli anticorpi monoclonali diretti contro CTLA4 (ipilimumab) e PD1 (nivolumab, pembrolizumab) hanno notevolmente migliorato le probabilità di sopravvivenza dei pazienti con melanoma metastatico.

CTLA4 e PD1 sono due recettori determinanti anergia dei linfociti T; il primo è presente sulla superficie dei linfociti attivati e determina una inibizione dell'attività linfocitaria, il secondo è solitamente espresso sulle cellule tumorali che se ne servono per eludere la sorveglianza del sistema immunitario (ved Fig. 1b).

Ipilimumab viene somministrato per via endovenosa, ogni 21 giorni per 4 cicli totali. Le tossicità correlate sono dovute all'attivazione di meccanismi autoimmunitari soprattutto diretti contro il tratto gastrointestinale, la cute, il fegato, o raramente contro gli organi endocrini causando principalmente diarrea, eritemi cutanei, epatiti, tiroiditi o ipofisiti che, se di grado elevato, richiedono ricovero e terapia con alte dosi di corticosteroidi. In alcuni casi si osservano false progressioni radiologiche, cioè momentanei incrementi dimensio-

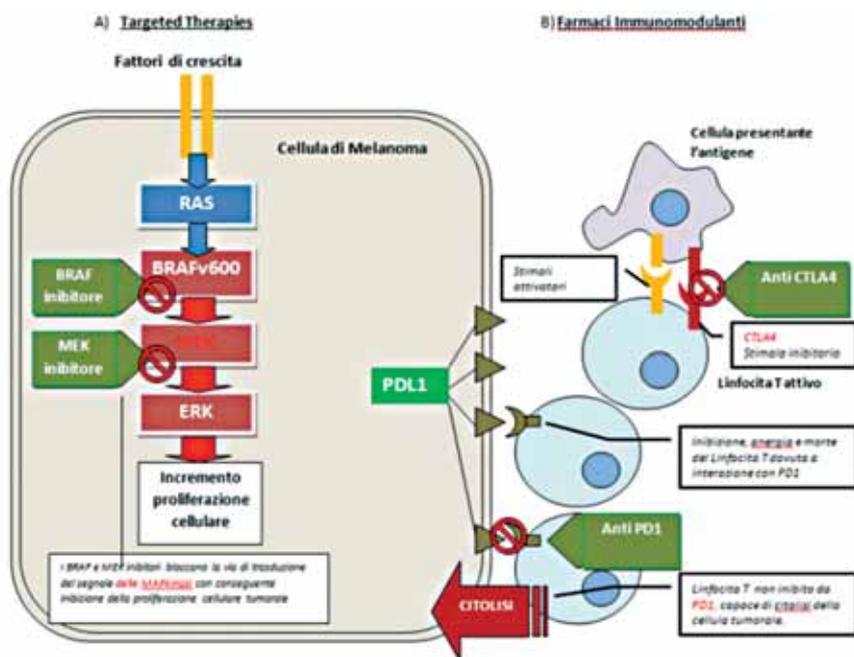


Fig1. Meccanismo di azione dei principali farmaci a bersaglio molecolare (a) e Farmaci Immunomodulanti (b) nel melanoma avanzato



nali delle lesioni metastatiche dovute alla presenza dell'infiltrato linfocitario. La percentuale di pazienti vivi a lungo termine (10 anni) in seguito a questo trattamento è di circa il 20%. Purtroppo ad oggi non abbiamo fattori predittivi di risposta in grado di discriminare i pazienti che beneficerebbero del trattamento.

I farmaci anti PD1 rappresentano un ulteriore progresso dell'immunoterapia: pazienti pretrattati con ipilimumab e BRAF inibitori presentano percentuali di risposta tra 30 e 40%, con riduzione del volume tumorale già dopo le prime somministrazioni e con una sopravvivenza a 1 e 2 anni del 70 e 40%, rispettivamente. La tossicità riportata è simile a quella di ipilimumab, ma meno frequente.

Sono stati recentemente presentati studi di fase III

sull'utilizzo in prima linea dei farmaci anti PD1 che confermano le attese di una loro migliore efficacia in tale contesto rispetto ai farmaci antiCTLA4. Sono stati inoltre presentati dati sull'utilizzo in combinazione di antiCTLA4 e antiPD1: in studi di fase III la RR è circa il 60%; la percentuale di sopravvivenza a 1 anno stimata in studi di fase I è superiore all'80%. Il 95% dei pazienti manifesta un qualche grado di tossicità e nel 50% di questi, la tossicità è di grado elevato. Al momento la combinazione di ipilimumab con inibitori di PD1 è da considerarsi un trattamento esclusivamente sperimentale.

Ulteriori novità sono attese nei prossimi anni: farmaci immunomodulanti diretti contro PDL1, farmaci a bersaglio molecolare diretti contro altri mediatori della via MAPkinasica, combinazioni di immunomodulanti e farmaci a bersaglio molecolare. Lo scenario del trattamento del melanoma metastatico è in continua evoluzione ed è destinato ad arricchirsi ulteriormente.

Nel parco commerciale  
di **Ospedaletto-Pisa**, proponiamo  
contesti ideali per il vostro  
**ufficio-studio Medico**

ed **Odontoiatrico\***

*...a pochi minuti  
dal centro città di Pisa*



Unità al **Piano Primo**  
completa di impianto elettrico,  
linea dati e di condizionamento,  
Consistenza: mq **245** ca.,  
servita da montascala a piattaforma.  
Parcheggi di pertinenza.  
**FINITURE DI PREGIO**

Lo spazio proposto è già  
attrezzato con spogliatoi,  
bagni e docce,  
rendendolo perfetto per:  
**Palestre riabilitative,  
e Studi fisioterapici.**

Consistenza:  
P. T. mq **800** ca.,  
Piano Soppalco mq **460** ca..

\* condizioni vantaggiose  
per trasferimenti o start-up.

c.e. «valore tipo» F IWhimc B. 24.80



**Lefim**

Promotion Real Estate Development

Info: Pettenon S.

☎ 0422.299311 • info@lefim.it • 🌐 www.lefim.it

**VENDESI  
AFFITTASI**

# I Giovani Medici a Pisa

**M**olti di voi ricorderanno, chi con affetto, chi con orgoglio, chi con timore, i primi passi mossi nella carriera medica: il desiderio di misurarsi, di fronte ai pazienti, con il vasto bagaglio di conoscenze ben accumulate con gli anni di studio, magari arricchito dall'entusiasmo di seguire un proprio Maestro-mentore nell'acquisire la pratica e la sensibilità che l'Arte Medica chiede di applicare ogni giorno.

E' con lo stesso spirito che, anche oggi, i giovani medici affrontano il loro ingresso nel lavoro ma, ahimè, in un mondo arricchito di complessità, burocrazia e mancanza di risorse per collocare e/o formare al meglio queste forze fresche.

La Commissione Giovani Medici si è andata costituendo, anche a Pisa, all'indomani delle difficoltà emerse con la nazionalizzazione del concorso per l'accesso alle Scuole di Specialità e dopo che, con migliaia di colleghi in tutto il Paese, abbiamo visto, bruscamente, l'interrompersi quella continuità di formazione/professione che segnava il nostro progetto di vita e di carriera; fenomeno che, fino a poco tempo fa, interessava una fetta probabilmente meno cospicua di giovani Medici ed in maniera meno continuativa.

Il confronto ed il supporto che ci siamo offerti gli uni con gli altri di

fronte al vasto e complesso tema del Concorso Nazionale è risultato prezioso ed ha reso evidente come fossero tanti i campi in cui un nuovo abilitato ha la necessità di avere risposte. Sempre meno ci si affianca alla figura del mentore di cui sopra (anche perché non è più finalizzata ad una continuità anche professionale) e di fronte alle attuali richieste di performance da parte di un professionista della salute non è possibile permettersi l'ingenuità dell'inesperienza.

In un mondo in cui le informazioni corrono velocemente, e che la nostra generazione cavalca con familiarità, spesso è facile che si spargano voci di dubbia attendibilità ed è faticoso e difficile orientarsi tra pareri personali amplificati dai social. Ed è da questa esperienza che è nata l'importanza di integrare tra loro l'istituzione dell'Ordine e la generazione dei Giovani Medici, under 40, "formandi", "formaturi" e "da poco formati".

La commissione è composta da 2 medici specializzandi, 2 medici che hanno terminato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, 2 medici in attesa di completare il proprio percorso formativo ed un odontoiatra.

Ci prefiggiamo di:

- svolgere un ruolo di raccolta di informazioni utili da condividere con i



collegi neo-laureati;

- analizzare le criticità della formazione post-laurea e del lavoro medico precario allo scopo di mettere in campo azioni di tutela e collaborazione da parte dell'Ordine;
- rappresentare in seno al Consiglio dell'Ordine le istanze dell'eterogenea categoria dei giovani medici ed odontoiatri.

Nella sezione "Attività Giovani Medici" del sito [www.omceopi.org](http://www.omceopi.org) potete trovare riferimento alle iniziative che sono state fin ora svolte e le informazioni sulle attività future.

I colleghi che volessero contattarci per chiedere informazioni e soprattutto di apportare un proprio contributo possono rivolgersi all'indirizzo mail [OMCeOPi.young@gmail.com](mailto:OMCeOPi.young@gmail.com).

## 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](mailto:vincenzopenne@email.it) - [www.fucinafotografica.it](http://www.fucinafotografica.it)**

## Il seme della violenza

**A**bbiamo indicato come “Il seme della violenza” la violenza dell’uomo sull’animale, facendo una citazione cinematografica (1) e abbiamo definito la violenza sull’animale e la violenza interpersonale “la stessa faccia della stessa medaglia” proprio a sottolineare il rapporto inscindibile tra gli agiti di crudeltà sull’animale compiuti dall’uomo e quelli compiuti dall’uomo sull’uomo legati da un filo conduttore; la violenza del più forte sul più debole.

L’agito violento e la scarsa empatia per il dolore dell’altro essere vivente sono infatti la stessa faccia della stessa medaglia; la voglia di sopraffazione del più debole, l’espressione della propria inadeguatezza, l’uso di un “linguaggio” nei rapporti con l’altro, acquisito in età evolutiva, l’affermazione di se stessi.

La vittima rappresenta l’essere più debole, facile a questa sopraffazione, facile da dominare; eguale essere sarà più facile alla sopraffazione di un animale, con scarsi o nulli diritti, che non può ribellarsi, o talora rappresentato da un animale già socialmente utilizzato a fini macellativi?

Riuscire a cogliere già in soggetti in età prescolare, quei segnali di allarme, indicatori di probabili abusi ma anche indici predittivi di sviluppo e conclamazione di una futura attività violenta, antisociale o delinquenziale in età adulta, permetterebbe di poter bloccare il ciclo della violenza. L’interesse per questo stretto legame va quindi oltre la mera didattica, ma diventa sociale, indirizzato a cercare di comprendere quei fenomeni e quei fattori che stanno alla base di tale violenza, “Il Seme” appunto.

Diventa quindi importante saper

riconoscere quando dai ‘normali’ agiti crudeltà esplorativa tipica della fase evolutiva dei bambini, si passa oltre, sfociando in qualcosa che ci fa comprendere che dietro quegli stessi agiti vi sia una probabile storia di abusi subiti, maltrattamento o di relazioni disfunzionali, disagi o sofferenze in ambito familiare, scolastico o amicale.

Questo permetterebbe di mettere in atto azioni protettive sul bambino o sull’adolescente stesso, ma anche di poter contemporaneamente interrompere una probabile evoluzione che in età adulta potrebbe manifestarsi a sua volta con azioni abusanti, maltrattanti, disfunzionali, fino a raggiungere veri e propri atti criminali.

Per un genitore, così come per un insegnante, un assistente sociale o per il medico di famiglia saper vedere il germogliare di questo Seme di violenza diventa fondamentale.

Nella pratica veterinaria i medici veterinari vengono spesso in contatto con animali soggetti a vario livello di maltrattamento, dalla cattiva cura a veri e propri atti di crudeltà. E’ dovere del clinico riconoscere i segni ed i sintomi e segnalare i casi all’Autorità competente. In Europa sono nate strutture ricettive e modalità di

protezione per gli animali che abbiano subito abusi. Interessanti sono i dati che legano segnalazioni di maltrattamento animali domestici da cui sono scaturite segnalazioni di maltrattamento familiare e di mi-

nori. Nella nostra Società e recentemente aumentata la sensibilità nei confronti della sofferenza animale. Il trattato di Lisbona nell’articolo 13 ha definito gli animali come “esseri senzienti”, decretando che i Paesi devono tenere conto del benessere degli animali in quanto esseri senzienti, cioè esseri in grado di avere autocoscienza e consapevolezza di sé, individui a tutti gli effetti. Quindi si comprende come atti di maltrattamento, di crudeltà, di tortura fino all’uccisione violenta fine a se stessi di un animale, rappresentino non solo una aberrazione morale e un reato penale regolato dal nostro Ordinamento dall’art 544 cp, ma siano un indicatore di abusi subiti dai maltrattanti in erba e un indicatore di un potenziale pericolo sociale proveniente da chiunque li commetta.

Nota a tutti è l’espertizzazione che quasi tutti i serial killer sadici/violenti hanno messa in atto nell’età infantile o adolescenziale, commettendo atti di crudeltà sugli animali che poi hanno riprodotto in vario modo in età adulta nelle proprie vittime umane.

E’ noto inoltre che nel 30-40% dei casi chi commette agiti di crudeltà e violenza interpersonale ha com-



messo in età evolutiva o adolescenziale atti di crudeltà sugli animali. Oltre alla crudeltà sugli animali compiuta dal singolo individuo non dobbiamo dimenticare quella utilizzata a scopi di lucro in ambito della criminalità organizzata come nel caso dei combattimenti o le corse clandestine o ancora di più nello sfruttamento sessuale. Questa attività lucrosa della criminalità organizzata continua ancora a rimanere nel sottobosco per quanto riguarda le forze messe in campo per debellarlo o arginarlo. Nonostante dai seppure pochi dati disponibili in letteratura, questo abominevole fonte di un giro di affari non indifferente ebbene questi atti di violenza vengono considerati di serie B poiché compiuti appunto su un animale e non sull'uomo.

Quello che invece teniamo a puntualizzare è la necessità di cambiare proprio quest'ultimo punto di vista. Abbiamo infatti parlato non a caso di "stessa faccia della stessa medaglia" e di Seme della violenza. I dati disponibili dalla letteratura sono infatti tutti concordi che il 15-50% degli stupratori seriali ha fatto precedente esperienza di violenze sugli animali prima di passare ai propri simili.

È ben noto, dalla psichiatria prima e dalla criminologia successivamente, lo stesso rapporto che lega soggetti sadici, non empatici, con particolari disturbi psichiatrici conclamati o disturbi di personalità ad azioni criminali, violente, crudeli, sadiche, che vanno dalla tortura all'uccisione delle loro vittime.

La violenza e la crudeltà feroce verso gli animali molto spesso ha origine infatti nell'infanzia, come conseguenza di una serie di disturbi, abusi o problemi mentali.

L'esternazione di questa pressione interna si materializza in ferocia e abuso verso gli animali domestici o randagi, può portare a rituali di sacrificio religioso oppure di tipo artistico, come ad esempio mostre ma anche l'uccisione durante riprese effettuate con video camere.

Tali azioni sono indicate come IATC – "Intentional Animal Torture and

Cruelty" – ovvero atti intenzionali di tortura e crudeltà. Chi li mette in atto può presentare disturbi della personalità con tendenze psicopatiche, che trasforma in azioni di sadismo.

La violenza ed aggressività perpetrata su animali da parte dell'uomo è oggetto di grande attenzione.

Già nel 1953 l'etologo e psicoanalista inglese **John Bowlby** riconosceva che "La crudeltà verso gli animali e verso gli altri bambini è un tratto caratteristico, sebbene non comune, dei delinquenti non empatici. Manifestazioni occasionali di crudeltà senza senso sono ben conosciute in alcune forme di malattie mentali".

Nel 1987 la crudeltà sugli animali è stata inoltre inserita fra i sintomi indicativi del disordine della condotta nel DSM-III-R (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*).

Le patologie psichiatriche nella quale è in anamnesi assistenza deficitaria, maltrattamento, abuso – violenza e tortura su animale sono molte e possono essere presenti in varie fasi dell'evoluzione della patologia con espressione maggiore o minore a seconda del quadro psicopatologico in cui il soggetto versa.

Il fenomeno è ampiamente presente e spesso sottostimato anche per una sorta di "omertà sociale" davanti a queste manifestazioni aggressive.

Di seguito si elencano alcune patologie, dove maggiormente risulta associato a un disturbo di natura psichiatrica la presenza di atti crudeli verso animali.

In primis troviamo sempre associato il disturbo della Condotta o Disturbo Antisociale di personalità seguono le Parafilie ed altri Disturbi.

#### Parafilie-Zoosadismo- Feticismo

Nel DSM-IV il sadismo è quella condizione psichica per la quale un individuo trae piacere dal dolore, fisico e morale, inflitto ad altri.

È una perversione dell'erotismo in cui il godimento sessuale è legato alla rappresentazione mentale di una sofferenza altrui o al

compimento di atti che provocano uno stato di dolore alla vittima. Le fantasie e gli atti sadici possono comportare un'attività che indica un controllo e dominio sulla vittima come imprigionare, bendare, fustigare, mutilare e procurare ferite fino alla morte.

Forme di sadismo: nel DSM-IV il sadismo è quella condizione psichica per la quale un individuo trae piacere dal dolore, fisico e morale, inflitto.

È una perversione dell'erotismo in cui il godimento sessuale è legato alla rappresentazione mentale di una sofferenza altrui o al compimento di atti che provocano uno stato di dolore alla vittima. Le fantasie e gli atti sadici possono comportare un'attività che indica un controllo e dominio sulla vittima come imprigionare, bendare, fustigare, mutilare e procurare ferite fino alla morte.

#### Lo zoosadismo

Forma di sadismo perpetrato a danno degli animali

La pulsione aggressiva del soggetto sadico spesso si manifesta già nella prima infanzia, la sua eziogenesi riconducibile alla sfera sessuale. Questa pulsione trova il soddisfacimento in azioni lesive o nell'uccisione di animali, nonché nell'assistere a scene cruente.

Si ritrova maggiormente in età adulta una correlazione con la difficoltà a mantenere relazioni affettive stabili, del rischio dipendenze da alcol e da droghe.

Lo zoosadismo è praticato da soggetti adulti che sublimano con questa modalità comportamentale l'aggressività repressa.

Il Crush fetish è uno dei tanti comportamenti parafilici reperibili in rete e diffusi in cui l'animale viene sacrificato al fine di aumentare il piacere sessuale.

Consiste principalmente nel desiderio di vedere altri individui (generalmente il proprio o un potenziale partner) calpestare un oggetto o animali/insetti.

Altri fenomeni sono la *zoerastia*,

cioè le pratiche sessuali tra esseri umani e animali e la **bestialità**, che consiste nel filmarsi mentre si infliggono torture agli animali per poi condividere il video sui social network.

Numerosi purtroppo sono i siti specializzati nei diversi aspetti della devianza, che diffondono immagini provenienti da tutte le parti del mondo, e quindi anche da Paesi che non hanno alcuna normativa a tutela degli animali.

#### Disturbo di Personalità Antisociale e Disturbo da uso di sostanze (uso problematico di alcool- uso di sostanze)

In individui con questo disturbo ritroviamo brevemente una triade sintomatologica caratterizzata da: indifferenza patologica per i diritti altrui ed una coazione a ripetere sistematiche violazioni degli stessi.

La presenza di alessitimia (ovvero la incapacità di dare un nome alle emozioni ed ai sentimenti), mancanza e deficit di empatia.

L'indifferenza emotiva e la scarsa empatia porterebbero gli stessi a perpetrare violenze e maltrattamento contro gli animali di varie specie. Il fine di questi atti è spesso quello di difendere un ruolo, intimidire altri soggetti vicini (familiari- figli, vicinato) oppure marcare un territorio che essi sentono minacciato. In età adulta la crudeltà verso gli animali o la loro uccisione sono riconosciute scientificamente come efficaci indicatori di pericolosità sociale, intendendo con tale espressione la probabilità o mera possibilità che un soggetto responsabile di tali crimini realizzi contemporaneamente o in futuro altri reati.

In ambito domestico il maltrattamento e l'uccisione di animali da parte di adulti sono scientificamente riconosciuti come indicatori di potenziale violenza su donne e minori e possono sfociare in atti persecutori ed intimidatori.

#### Disturbo ossessivo-compulsivo

Un esempio di abuso a danno dell'animale dove la violenza non si esprime con atti soppressivi è la

patologia da accumulo traslata su animali: Animal hoarding. Il termine inglese "animal hoarding" definisce precisamente la patologia di chi accumula (to hoard =accumulare, accaparrare, ammucciare) nella propria abitazione un numero elevato di animali.

Cani e gatti sono le specie più comunemente detenute, ma il fenomeno coinvolge in minor misura anche animali selvatici, esotici e specie d'allevamento. In questo caso le patologie riscontrate negli animali sono da mancata assistenza a causa del sovraffollamento di essi in aree circoscritte. La difficoltà di trattare gli ospiti adottati dal soggetto porterebbe a una minore attenzione per la profilassi di patologie, trasmissione di malattie per le frequenti scadenti condizioni generali in cui si vengono a trovare gli animali "accumulati"

Atti aggressivi verso animali si possono presentare, inoltre, all'interno di un Disturbo Delirante, nel Disturbo Bipolare di tipo I, nella Schizofrenia. In queste patologie, spesso, si assiste ad un'azione nei confronti degli animali non intenzionale, ma dettata dalla presenza di delirii di varia natura.

Applicare quindi la legge vigente e compiere uno sforzo investigativo per identificare e punire gli autori

di tali reati permetterebbe di creare una mappatura sul territorio di soggetti predisposti ad agiti di comparabile crudeltà nei confronti dell'uomo, mappatura che poi potrebbe essere utile in fase investigativa al momento della necessità di disegnare profili criminali in presenza di un crimine violento sull'uomo commesso nello stesso territorio.

Riconoscere invece quel "seme" nei bambini ci permetterebbe di scoperchiare un sottobosco di situazioni disfunzionali, abusanti di cui i piccoli sono vittime, permettendo la messa in atto di una rete protettiva non solo per il singolo bambino ma anche per la società in cui tale bambino si troverà ad interagire nel futuro.

L'approccio al fenomeno nel suo globale è quindi multidisciplinare coinvolgendo in primis aspetti medici (medicina veterinaria, psichiatria, psicologia, pediatria), giuridici, sociologici, e criminologici.

(1) *Il Seme della Violenza, Film drammatico USA, del 1955, regia e sceneggiatura di Richard Brooks, con Glenn Ford tra come attore protagonista. Titolo originale in lingua Inglese "The Blackboard Jungle", Dall'omonimo romanzo del 1954 di Evan Hunter, noto come Ed Mc Bain*



## Gli avvisi di liquidazione degli ex specializzandi

La vicenda del risarcimento ai medici "ex specializzandi" anni 1991- 2006 prende le mosse dalla mancata attuazione della disciplina comunitaria in tema di organizzazione dei corsi di specializzazione medica, disciplina volta a garantire il diritto ad un'adeguata remunerazione sancito in ambito Ue al fine di garantire ambiti omogenei di tutela tra gli stati membri in favore dei medici specializzandi. La direttiva europea 93/16 stabiliva l'obbligo dell'adeguata retribuzione per gli anni di scuola post-laurea. Dopo alcune pronunce favorevoli agli specializzandi con le quali i Tribunali riconoscevano il diritto di ciascun medico al risarcimento del danno conseguente all'illegittimo ritardo nell'opera di recepimento del diritto Comunitario, gli stessi si riunivano in "class action" dando vita ad azioni collettive. Diverse sono state le condanne allo Stato da parte delle Corti di Appello, a porre la parola definitiva è stata la Suprema Corte di Cassazione con la sentenza n. 5230 del marzo 2015: la Cassazione respingeva il ricorso proposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri ed i Ministeri dell'Istruzione e della Salute, motivando che laddove manchi o ritardi l'attuazione della disciplina comunitaria, sorge una responsabilità dello Stato Italiano, di cui può rispondere il Ministero ove convenuto quale Organo di direzione della politica generale del Governo. Nelle previsioni la cifra che lo Stato avrebbe dovuto rimborsare agli ex-specializzandi assumeva nel frattempo dimen-

sioni "preoccupanti" per le casse erariali: 4-5 miliardi di euro. In effetti lo Stato, soccombente alle sentenze, pagava tempestivamente onde evitare aggravii di interessi.

Nello scorso mese di settembre 2015 l'Agenzia delle Entrate di Roma ha notificato ai medici vittoriosi in giudizio tramite "class action" un avviso di liquidazione dell'imposta di registro pari al 3% del valore globale della sentenza, chiedendo a ciascuno di versare l'importo di euro 370.000,00.....a fronte di un rimborso personale percepito pari a 25.000,00 – 30.000,00 euro...La ragione della richiesta notificata a ciascun ricorrente dell'intera somma dell'imposta di registro del 3% trova la sua spiegazione nel principio di "solidarietà" in base al quale l'Erario decide a quanti e a quali suoi creditori (in questo caso i medici ricorrenti) notificare la richiesta complessiva. Il meccanismo di "solidarietà" però in questo caso non doveva essere

applicato infatti: infatti il singolo ricorrente non conosce gli altri soggetti che hanno partecipato all'azione di risarcimento del danno, con l'assurda conseguenza che più soggetti potrebbero pagare l'intero importo, oppure il pagamento da parte di un solo medico renderebbero vano il ricorso eventuale degli altri. Ma c'è di più: alcune sentenze della Cassazione hanno precisato che in caso di più azioni esercitate nello stesso processo ma da una pluralità di parti (appunto le "class action") l'imposta di registro non grava indistintamente su ciascun attore. Concludendo: i medici ai quali è stato notificato l'avviso di liquidazione adesso hanno sessanta giorni per decidere se pagare, se contestare l'avviso in autotutela o adire la Commissione Tributaria a meno che l'Agenzia delle Entrate non annulli spontaneamente gli avvisi.....

(Fonte "Eutekne")



# Manlio Formiggini nella storia dell'implantologia

**“Il mio metodo di infibulazione endoalveolare è l'unico metodo del genere e io vi dichiaro che più che alla paternità tengo all'italianità del mio metodo”  
Roma 1954**

Nella storia dell'implantologia riscontriamo una unanimità di consensi sul nome di Manlio Formiggini, cui va dato il merito di aver ideato gli impianti alloplastici endoossei “progenitura tutta italiana di questo movimento di pensiero” come giustamente scrisse il Prof. Augusto Pecchioni.

Manlio Formiggini nacque a Modena l'8 aprile 1883 e morì nella stessa città il 4 novembre 1959 all'età di 76 anni; sempre a Modena aveva conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia

ed era stato assistente alla Divisione Chirurgica della stessa Università mentre all'Università di Bologna si era specializzato in Odontoiatria.

L'essere di religione ebraica, pur avendo partecipato come volontario sia alla campagna di Libia del 1911 che alla prima guerra mondiale meritandosi una medaglia di bronzo e una d'argento, lo portò a subire le leggi razziali con la confisca di tutti i suoi beni e, per evitare l'internamento, si rifugiò in montagna dove, come medico, partecipò alla

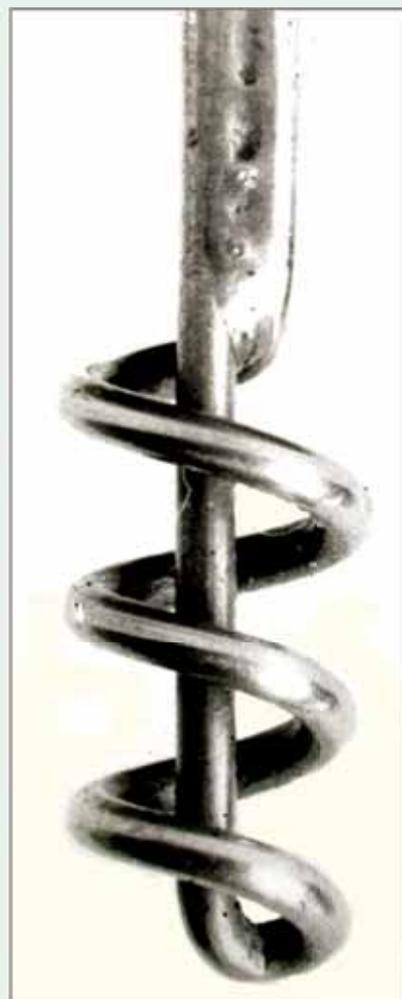
Resistenza. Alla fine della guerra, avendo

perso tutto, si trovò in condizioni economiche molto precarie e solo con il suo lavoro e la sua onestà morale riuscì a risollevarsi e a portare avanti le sue ricerche sugli impianti alloplastici endoossei; a tal proposito scriveva:

*“Ho cominciato i miei studi sugli impianti molto prima della guerra ma tutte le mie esperienze andarono perdute..... dopo la guerra i primi interventi positivi risalgono al 1946. Comunicai per la prima volta il mio metodo a Milano nel 1947*



Manlio Formiggini (8-4-1883/4-11-1959)



e mostrai tre casi, due di denti isolati e un terzo di una protesi a ponte tra un dente naturale e una mia vite”.

Non è questa la sede per valutare il contesto culturale odontoiatrico italiano del dopoguerra, ma, come scrive Formiggini: *“Cominciai a trovare opposizioni sistematiche e non costruttive, tendenti a demolire i miei studi.....e l’opposizione la trovai specialmente nelle persone dei professori ..... i quali senza portare argomenti, senza discussione, con una semplice alzata di spalle, dissero che queste viti sarebbero state eliminate nel giro di due o tre anni.....; ma l’autorità loro era tale che io dovetti accettare la sfida. Al quarto anno mi presentai al Congresso di Stresa con quindici casi tutti positivi e fra i quindici casi vi erano anche quei primi tre casi che avevo comunicato a Milano.....portai con me un paziente che si prestò a farsi esaminare ed a farsi interrogare. Ho voluto dimostrare quante difficoltà si incontrano e quanta pazienza bisogna avere per introdurre un metodo nuovo nell’ambito scientifico”.*

Anni durissimi per il non giovane Formiggini, alleviati solo dalla stima di alcuni che avevano intuito la sua preveggenza quali il Prof. Ceria di Torino ed il Prof. Zepponi di Roma. Per meglio comprendere il clima che circondava Formiggini, riporto cosa scriveva il Prof. Augusto Pecchioni: *“Co-*

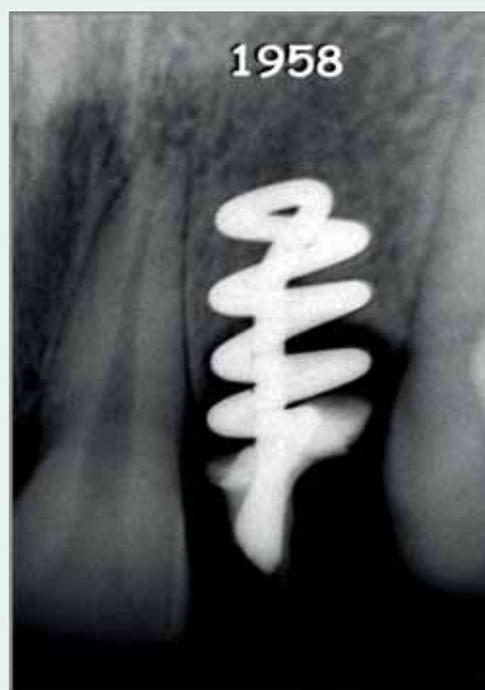
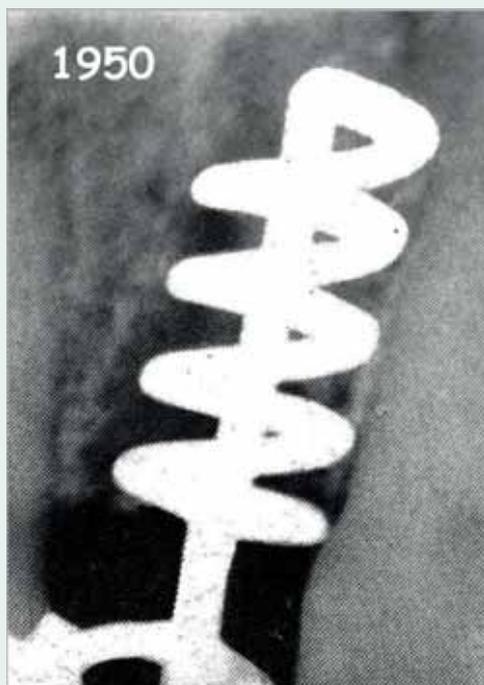
*nobbi Formiggini nel 1954 al Congresso di Venezia e posso testimoniare il silenzio e la derisione che seguirono alla sua comunicazione, nonché la ferocia dei suoi denigratori.... quantopiù che Formiggini usò sempre un linguaggio per nulla provocatorio”.*

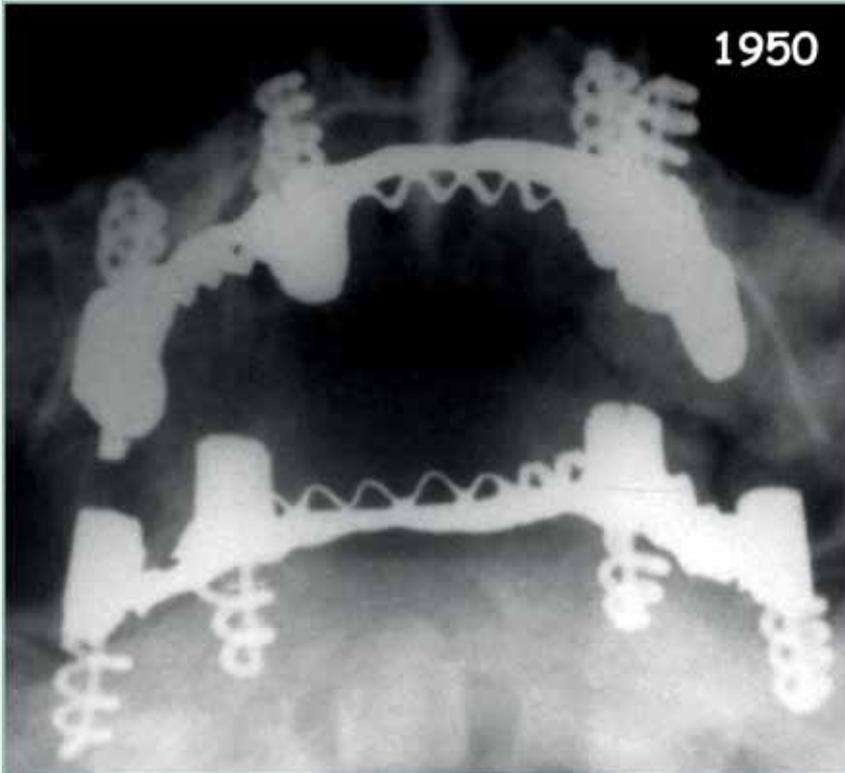
Il riconoscimento internazionale della sua priorità riguardo agli impianti endoossei avvenne molto tardivamente soprattutto per merito di Raphael Cherche-

ve che nel 1955 a Parigi lo riconobbe pubblicamente.

#### **La “Vite cava” di Formiggini**

*“la vite che ho ideato per le infibulazioni endomascellari viene costruita con un filo metallico inalterabile di 1 mm.-1,5 mm. di diametro avvolgendolo a spirale attorno a un asse centrale che stabilizza il sistema. L’asse centrale non è che la continuazione del filo e così pure la base formata dalle due*





estremità libere del filo che vengono saldate assieme. Da ciò pare chiara e giustificata la denominazione di "vite cava" che le ho attribuito perché il passo della vite è, per così dire libero, sospeso però stabilizzato dal perno centrale"

**La tecnica Formiggini per gli impianti post-estrattivi im-**

**mediati**

Formiggini è stato anche il primo a descrivere gli impianti post-estrattivi immediati: "In presenza di un alveolo ancora beante per recente avulsione procedo ad una accurata toilette per asportare i tessuti normali e patologici, mettendo così a nudo la parete alveolare. Lavata generosamente la cavità con ac-

qua ossigenata questa viene zaffata con garza iodoformica per 24 ore. All'indomani, tolgo lo zaffo, adatto con frese chirurgiche l'alveolo alla vite pre-costruita. Quest'ultima dovrà avere un diametro leggermente superiore a quello della cavità alveolare. Dopodichè arrovento la vite al color rosso e la immergo nello iodoformio. Insisto su questa manovra perché serve a creare una specie di vernice antisettica sul metallo. Raffreddata che sia, introduco la vite nell'alveolo con avvitamento forzato, fino a che la spirale sia completamente immersa nel tessuto osseo rimanendo esposto in bocca solamente il perno costituito dalle due estremità del filo saldate assieme. Se poi non esiste l'alveolo....con frese chirurgiche di diametro progressivo pratico nello spessore alveolare edentulo un alveolo artificiale.... dopodichè mi regolo come nel caso precedente".

**La tecnica Formiggini per il carico immediato**

Altra priorità di Formiggini è il carico immediato:

"Applicata la vite, si consiglia di procedere senz'altro indugio all'applicazione delle protesi, perché un corpo diviene estraneo nello organismo non tanto per la sua natura eteroplastica quanto per mancata funzione".

Nel caso si volesse collegare l'impianto ad un dente naturale (come scrive al Dr. Hans Bohren di Praga): "In questo caso prima di fare l'impianto prepari la corona del pilastro anatomico; successivamente pratici l'intervento e subito prenda l'impronta. La protesi deve essere costruita e applicata nel più breve tempo possibile; se le riesce entro 24-48 ore".

Nelle sue lettere Formiggini scrive di impianti perfettamente integrati e funzionanti anche dopo 14 anni.

# Targa alla carriera per il Dott. Vassili Fotis

**L'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pisa ha organizzato Sabato 26 Settembre 2015 la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra presso il B&B Hotel di Pisa - Ospedaletto -. La Cerimonia è iniziata con il saluto del Presidente Dott. Giuseppe Figlini. Il Dott. Sergio Bovenga (Presidente COGEAPS) ha svolto una relazione sul tema: "Ruoli e funzioni del COGEAPS per la certificazione della formazione ECM". Quindi sono state consegnate le medaglie d'argento per i 25 anni dalla laurea, quelle d'oro per i 50 anni e, per la prima volta in questo anno, quelle celebrative per i 60 anni di laurea. Ma prima di tutto la cerimonia è iniziata con la consegna delle targhe alla carriera ad alcuni valenti Colleghi. Per quanto riguarda gli Odontoiatri la targa alla carriera è stata consegnata in questa occasione al Dott. Vassili Fotis noto e stimato ortodontista.

Il Dott. Vassili Fotis è nato a Rodi in Grecia il 25 Maggio 1935. Fa parte di quel nutrito gruppo di Colleghi che grazie ai legami fra le isole italiane dell'Egeo, meglio note come Dodecaneso, e la città di Pisa ha contribuito a portare l'O-

dontoiatria della nostra città ad alti livelli nazionali ed internazionali.

Si è laureato ed abilitato nella nostra Università nel 1961.

Nel 1964 ottenne la specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria, dimostrando fin dall'inizio la sua predilezione intellettuale per questa branca della Odontoiatria.

Nel 1978 a Padova si specializzò in Ortodonzia e, pur prediligendo la libera professione, ha sempre sviluppato oltre la clinica professionale una ricerca di avanguardia.

Già dal 1964 è stato assistente ordinario al reparto di Ortognatodonzia dell'Istituto "A. Beretta" di Bologna.

Dagli anni 60 è stato socio della Società francese di Ortopedia dento-facciale.

È stato socio e consigliere della S.I.D.O. (Società Italiana di Ortognatodonzia), e consulente per la cura della labiopalatoschisi al reparto di Chirurgia Plastica di Pisa.

Dal 1978 al 1984 è stato professore a contratto alla Scuola di Specializzazione di Ortognatodonzia di Padova.

Socio E.O.S. (Società Europea di Ortognatodonzia) e autore di numerosi studi, ricerche e pubblicazioni di importanza internazionale.

Dal 1991 al 1993 è sta-

to professore a contratto alla Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia a Pavia.

Ha partecipato come relatore e presidente di seduta a numerosi congressi, seminari e corsi.

Socio onorario S.I.D.O. e S.I.B.O.S. (Società Italiana di Biomeccanica e Ortodonzia segmentata), dopo il suo ritiro dall'attività è stato ripetutamente invitato a trasmettere ai colleghi le sue molteplici esperienze ed i suoi pareri professionali in congressi italiani ed internazionali.

Dopo questa breve sintesi del curriculum professionale. è con nostro grande onore che consegnamo al Dott. Vassili Fotis questa targa per conto dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Pisa come riconoscimento della sua attività medica ed ortodontica.

Grazie Dott. Vassili Fotis!

La mattina è poi terminata con la toccante cerimonia di consegna ai neo iscritti al nostro Ordine di graditi riconoscimenti e con la lettura in coro del giuramento professionale di Ippocrate da parte di tutti quanti i nuovi Colleghi. A seguire un ottimo buffet, accompagnato dalla buona stagione, che ha favorito la convivialità.

# La Direzione delle Strutture Sanitarie

**A** Milano il giorno venerdì 9 ottobre si è tenuta l'Assemblea dei Presidenti CAO. La relazione del Presidente della CAO Nazionale è stata molto articolata ed ha approfondito numerosi aspetti, che tormentano la vita della nostra categoria. Uno di questi riguarda la direzione delle strutture sanitarie mediche ed odontoiatriche, che vengono spesso gestite con criteri del tutto indipen-

denti dalla legge e dalla deontologia. Pertanto ritengo opportuno sottolineare quanto a proposito afferma il Dott. Giuseppe Renzo nella detta relazione:

*“La FNOMCeO, recentemente, è entrata nel merito della normativa sulla direzione tecnica delle strutture sanitarie private in particolare dei poliambulatori dove al loro interno vengono svolte attività mediche ed odontoiatriche.*

*La legge 412/1991, ricorda la nota a firma del Presidente Roberta Cherversani, prevede che “le istituzioni sanitarie private che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale o specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e di riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vitro e in vivo devono*



## COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

### DISPOSITIVI MEDICI - SENTENZA TAR VICENZA

Sentenza del Tribunale Civile di Vicenza n. 1686/2015

**“il fabbricante è <<la persona fisica o giuridica responsabile della progettazione, della fabbricazione, dell’imballaggio e dell’etichettatura di un dispositivo in vista dell’immissione in commercio a proprio nome>>. L’odontoiatra non immette invece in commercio dispositivi medici, né può vendere prodotti al paziente, ma fornisce una prestazione professionale nell’ambito della quale applica un prodotto per la cura del paziente. Pertanto, a differenza dell’odontotecnico, la cui prestazione tipica consiste nella fabbricazione di un prodotto, nel caso dell’odontoiatra prevale l’attività diagnostica.**

Milano, 9 ottobre 2015



## COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

### DIREZIONE SANITARIA - STRUTTURE ODONTOIATRICHE

#### NOTA DELLA FNOMCeO

> Se la direzione è resa in una struttura **monospecialistica** di odontoiatria, chiarisce la nota, può essere assunta da un laureato in medicina e chirurgia iscritto ad entrambi gli albi (medicina ed odontoiatria) oppure da un laureato in odontoiatria e protesi dentaria iscritto al relativo albo.

> Se invece si tratta di una struttura **polispecialistica** comprensive di attività odontoiatriche e medica, la direzione sanitaria, specifica la FNOMCeO "potrebbe essere anche attribuita ad un medico iscritto al relativo Albo purché supportato, nello specifico, da un iscritto all'Albo degli odontoiatri quale responsabile di settore.

Milano, 9 ottobre 2015

avere un Direttore Sanitario o tecnico".

E tra i compiti del Direttore Sanitario c'è la "la responsabilità personale di carattere generale sul funzionamento complessivo del presidio con obblighi che attengono anzitutto alla vigilanza sui requisiti igienici e sull'idoneità delle attrezzature tecniche, nonché sul possesso da parte del personale addetto dei prescritti requisiti professionali, ma anche alla vigilanza sulla qualità delle singole prestazioni diagnostiche terapeutiche erogate ai pazienti". Altri compiti ed adempimenti specifici - ricorda la nota - sono indicati dalle leggi regionali in materia di autorizzazione all'apertura ed eser-

cizio delle strutture sanitarie".

Anche il Codice di Deontologia Medica, viene ricordato, "ha ampiamente chiarito che il medico che assuma la funzione di medico sanitario deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed essere adeguatamente supportato per le competenze relative ad entrambe le professioni di cui all'art. 1 (Medicina ed Odontoiatria) in relazione alla presenza delle stesse nella struttura". Ma in merito al quesito posto a quale Albo deve essere iscritto il Direttore Sanitario per non incorrere in sanzioni anche in tema di abusivismo professionale?

Se la direzione è resa in una struttura monospecialistica di odontoiatria, chiarisce la nota, può essere assunta da un laureato in Medicina e Chirurgia iscritto ad entrambi gli Albi (Medicina ed Odontoiatria) oppure da un laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria iscritto al relativo albo.

Se invece si tratta di una struttura polispecialistica comprensiva di attività odontoiatriche e mediche, la direzione sanitaria, specifica la FNOMCeO "potrebbe essere anche attribuita ad un medico iscritto al relativo Albo purché supportato, nello specifico, da un iscritto all'Albo degli Odontoiatri quale responsabile di settore."

# Uomo, Medico e Maestro il ricordo di Aldo Pinchera

Venerdì 9 ottobre, si è svolto a Pisa un convegno della Associazione degli Allievi della Scuola di Endocrinologia Pisana proprio per discutere le novità più interessanti nel campo della Endocrinologia. L'incontro era un'occasione per commemorare il Prof. Aldo Pinchera, fondatore della suddetta Associazione e Maestro indiscusso della Endocrinologia italiana. In occasione della sua scomparsa, avvenuta il 10 ottobre 2012, gli Allievi lo ricordano nella maniera che sarebbe stata a Lui più congeniale e cioè con un evento in cui sono stati discussi i temi più attuali e scottanti in Endocrinologia. E' noto infatti che la patologia tiroidea è divenuta negli ultimi 15 anni un problema sociale di impegno clinico per le strutture sanitarie e al tempo stesso per il personale medico. Molte sono le novità nel campo epidemiologico e terapeutico soprattutto per quanto riguarda il carcinoma tiroideo. In particolare si è parlato dell'impatto degli agenti chimici, a cui oggi noi tutti siamo esposti, sulla funzione tiroidea e sullo sviluppo del carcinoma tiroideo. La lettura è stata tenuta da uno dei più famosi allievi della scuola pisana, il Prof. Luca Chiovato, oggi professore ordinario della Endocrinologia della Università di Pavia. Successivamente si è parlato dell'incremento del numero di casi di noduli tiroidei e di conseguenza di carcinoma tiroideo, cercando di comprendere meglio se si tratti di un incremento reale, dovuto magari proprio all'esposizione a nuove sostanze chimiche, oppure di un incremento relativo al miglioramento delle tecniche diagnostiche e all'uso ormai diffusissimo della ecografia che consente di rivelare noduli clinicamente irrilevanti e che forse

non avrebbero mai dato segno di sé. Sono state dibattute inoltre le nuove indicazioni terapeutiche suggerite dalle linee guida internazionali alla cui stesura hanno partecipato esperti internazionali e in particolare proprio della Scuola pisana come il Prof. Furio Pacini, oggi professore ordinario della Endocrinologia della Università di Siena, e la Prof. Rossella Elisei, responsabile del settore oncologico della Endocrinologia di Pisa. La novità di queste indicazioni risiede nel fatto che tendono ad una medicina più personalizzata che tenga conto non solo della diagnosi istologica del tumore ma anche delle sue dimensioni e delle sue caratteristiche biologiche in modo da differenziare la terapia per tumori a basso rischio rispetto a quelli ad alto rischio di recidiva. Oltre ai suddetti, la discussione è stata animata da alcuni dei più illustri nomi della Endocrinologia italiana tra cui il Prof. Stefano Mariotti, professore Ordinario di Endocrinologia della Università di Cagliari, il Prof. Luigi Bartalena, professore Ordinario di Endocrinologia della Università di Varese, tutti allievi del Prof. Aldo Pinchera e soci fondatori della Associazione. In conclusione sono stati trattati anche problemi pratici, di estrema rilevanza per i colleghi endocrinologi del territorio, per quanto riguarda le modalità e i tempi dei controlli clinici e biochimici a cui si devono sottoporre questi pazienti che fortunatamente sopravvivono alla malattia tumorale nel 95% dei casi ma che devono comunque essere seguiti dallo specialista per la terapia sostitutiva e per la valutazione di possibili recidive. A differenza di qualche anno fa in cui la scelta terapeutica della terapia sostitutiva era obbligatoria dalla unicità del farmaco all'e-

poca disponibile, oggi ci sono vari farmaci a disposizione con diverse formulazioni quale la liquida, la solida e le capsule molli, caratterizzate da una diversa capacità di assorbimento. Esperti del settore hanno nell'occasione fornito utili indicazioni agli endocrinologi per orientarsi nella prescrizione dell'uno piuttosto che dell'altro sempre tenendo conto della esigenza soggettiva del paziente.

L'incontro è stato ospitato nell'aula del Dipartimento Cardiotoracico dell'Ospedale di Cisanello, aula molto cara agli Allievi della Endocrinologia pisana che li assisteranno alla ultima lezione istituzionale del Prof. Aldo Pinchera prima del suo pensionamento. Come negli scorsi appuntamenti il Convegno è stato voluto dal Prof. Paolo Vitti, Professore Ordinario di Endocrinologia della Università di Pisa e Direttore della Unità Operativa di Endocrinologia I e il Prof. Claudio Maccocci Professore Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Pisa e Direttore dell'Unità Operativa II. Il Convegno è stato aperto dal Prof. Paolo Vitti, insieme alla presidente della Associazione, la dottoressa Gabriella Bruno Bossio. L'Associazione degli Allievi della Endocrinologia è una associazione fortemente voluta dal Prof. Aldo Pinchera, sempre attento alla innovazione e alla diffusione delle informazioni scientifiche rilevanti. E non a caso questo incontro si è tenuto nella ricorrenza del 3° anno dalla sua scomparsa, una scomparsa peraltro solo fisica perché il ricordo del Prof. Aldo Pinchera è ancora vivo tra i suoi Allievi che proprio con questo simposio scientifico, seguito poi da un evento socio-culturale ospitato all'Hotel San Ranieri di Pisa.

# La Stimolazione Transcranica a Correnti Dirette

Lo studio dei fenomeni elettromagnetici in Medicina ha una lunga storia ed ha segnato l'origine e lo sviluppo della moderna Elettrofisiologia e della Neurofisiologia Clinica. Già nel 40 DC Scribonio Largo osservò che la scarica elettrica prodotta da una torpedine sulla testa di pazienti cefalalgici era in grado di indurre un sollievo, ancorché transitorio, dalla sintomatologia dolorosa. Analoghi aneddoti sono riportati anche nell'opera di Plinio il Vecchio ed in quella di Claudio Galeno. Nell'undicesimo secolo un medico arabo, Ibn-Sidah, descrisse per la prima volta un blando effetto terapeutico derivante dall'applicazione di correnti elettriche a basso voltaggio, prodotte dal pesce gatto, in pazienti affetti da epilessia. A partire da Giovanni Aldini, nipote di Galvani e pioniere della ricerca sugli effetti delle correnti elettriche nei tessuti biologici, numerosi ricercatori si sono via via dedicati allo studio sistematico dell'elettromagnetismo: altisonanti nomi come John Walsh, Michael Faraday e William Thompson hanno offerto il loro imprescindibile contributo, prima che nella seconda metà del secolo scorso rivoluzionarie scoperte nel campo della farmacologia e della farmacogenomica facesse ombra all'ulteriore sviluppo terapeutico dei campi elettromagnetici in Medicina. È altresì doveroso ricordare che il primo ad impiegare con beneficio i campi elettrici nella terapia di patologie psichiatriche, in modo particolare nella cosiddetta "melanconia", fu proprio Giovanni Aldini. L'elettromagnetismo è tornato d'attualità intorno alla metà degli anni Ottanta, quando un ingegnere inglese, Anthony Barker,

sviluppò un sistema di stimolazione non invasiva della corteccia motoria umana, da allora universalmente conosciuto come "Transcranial Magnetic Stimulation" (TMS) ed impiegato in tutto il mondo nella routine elettrodiagnostica. È grazie ad alcuni Neurologi italiani, primi fra tutti Paolo Maria Rossini e Simone Rossi, se tale tecnica ha anche acquisito importanza crescente come metodica di modulazione non invasiva delle funzioni cerebrali, a fini esplorativi e terapeutici.

Si deve, invece, al romano Alberto Priori, attualmente presso l'Università Statale di Milano, lo sviluppo intorno alla prima metà degli anni Novanta di una nuova metodica, nota come "transcranial Direct Current Stimulation" (tDCS), o stimolazione transcranica a correnti continue. La tDCS, come provato da numerosi studi della scuola tedesca di Göttingen di Walter Paulus e Michel Nietsche, ha effetti polarità specifici sull'attività neuronale: lo stimolo anodico produce effetti eccitatori, mentre quello catodico inibitori su differenti bersagli molecolari (la tDCS anodica riduce il GABA, quella catodica decrementa la biodisponibilità di glutammato). Lo strumento è molto semplice: una vera e propria pila, con i due poli collegati ad elettrodi in gomma; l'intensità di stimolazione, nell'ordine di 1.5-2.5 mA, è al limite della soglia di percezione.

Nulla il temuto potenziale epilettogeno di TMS e tDCS, in quanto entrambe le metodiche non interferiscono direttamente con l'attività sinaptica delle cellule piramidali della corteccia; la tDCS modula, infatti, l'attività neuronale intrinseca ("firing rate"), mentre la TMS attiva le cellule piramidali per via trans-

naptica, attraverso interneuroni eccitatori. Recentemente, la sicurezza d'impiego della tDCS è stata ulteriormente comprovata da due studi che hanno escluso sia modificazioni della concentrazione plasmatica di enolase neuro-specifica (NSE), un marcatore di necrosi neuronale, sia variazioni nella proliferazione e differenziazione leucocitaria.

Negli ultimi anni il nostro gruppo, in collaborazione con l'equipe del Prof. Priori, ha sviluppato una nuova metodica, del tutto analoga alla tDCS, per la stimolazione non invasiva del midollo spinale. I lavori dell'equipe del Prof. Sartucci e del Prof. Priori risultano a tutt'oggi i più numerosi e più largamente citati in letteratura sull'argomento. La metodica si avvale della stessa strumentazione prevista per la tDCS, ma con uno dei due elettrodi applicato sulla colonna vertebrale, tipicamente in posizione toracica bassa. Grazie ad effetti locali e sovra-spinali, in particolare attraverso la modulazione sia degli interneuroni corticali GABA(a) sia del processamento interemisferico, la stimolazione spinale a correnti dirette è in grado di interferire con l'efferenza motoria e con la conduzione dell'informazione lungo le vie della sensibilità generale e nocicettiva. Da un punto di vista terapeutico, infatti, la stimolazione spinale non invasiva si sta affermando nel trattamento del dolore, nonché nella terapia dei disturbi motori dopo eventi cerebrovascolari e nel trattamento della Sindrome delle gambe senza riposo. Data la facilità e la sicurezza d'impiego, è facilmente prevedibile che la tecnica troverà a breve numerosissime altre applicazioni cliniche, dalla patologia traumatica ai disordini del movimento.

# La Soluzione Vincente per i Vostri Convegni, Eventi, Meeting

## Una formula Ottimale a Servizio completo

- Studio di fattibilità
- Stesura del budget
- Individuazione della location e contatti con tecnici e fornitori per definizione dei servizi correlati (attrezzature tecniche, assistenza in sala, catering, allestimenti, prenotazioni alberghiere)
- Contatto con la segreteria scientifica per definizione programma scientifico
- Preparazione sponsor kit e ricerca sponsor
- Gestione mailing list
- Pratica ECM
- Divulgazione programma scientifico
- Raccolta abstracts e preparazione volume degli atti sia in formato cartaceo che multimediale
- Preparazione materiale didattico
- Gestione viaggio e soggiorno relatori
- Gestione iscrizioni
- Definizione di programmi per accompagnatori o post congress tour
- Organizzazione eventi sociali
- Organizzazione e gestione segreteria organizzativa in sede di evento
- Organizzazione e gestione ufficio stampa
- Realizzazione e coordinamento conferenza stampa

**ARCHIMEDIA**  
C O M M U N I C A T I O N



LA COMUNICAZIONE A 360°  
[www.archimediapisa.it](http://www.archimediapisa.it)

## Il Percorso Ortogeriatrico: due anni d'attività a Pisa

**N**ei Paesi occidentali la popolazione anziana è in costante aumento, in particolare per quanto riguarda i cosiddetti "grandi anziani" (età >80-85 anni). In questi soggetti le fratture di femore rappresentano una delle cause più frequenti di ospedalizzazione, perdita di autonomia e mortalità a breve termine. Questo tipo di frattura, e più in generale le fratture dell'anziano, sono strettamente correlate alla fragilità, cioè alla ridotta capacità di reagire di fronte ad eventi acuti per una ridotta riserva funzionale, dovuta a problematiche di varia natura (sanitaria, sociale, economica, ecc.). Il rischio di frattura di femore raddoppia ogni decade dopo i 50 anni e nel 95% dei casi tale evento riguarda soggetti in età geriatrica (>65 anni). Per questi motivi, a partire dagli anni '80, hanno iniziato ad affermarsi esperienze di gestione interdisciplinare dei pazienti con frattura di femore, in particolare tra geriatri ed ortopedici, da cui il nome di Ortogeriatrico, con lo scopo di ridurre al minimo le complicanze, la permanenza in ospedale, le morbidità, la mortalità a breve e lungo termine, il numero di

re-ospedalizzazioni nonché i costi legati alla degenza e alla riabilitazione. Numerosi studi di *co-management* ortogeriatrico hanno dimostrato la sua superiorità rispetto alla gestione mono specialistica del paziente anziano fratturato, in termini di migliore recupero funzionale, minore durata della degenza nel reparto per acuti, riduzione delle complicanze post-operatorie, soprattutto nei pazienti con decadimento cognitivo.

### L'Ortogeriatrico a Pisa

Da un progetto sperimentale spontaneo di collaborazione continuativa tra la Sezione Dipartimentale di Geriatria, diretta dal Prof. Fabio Monzani, e la UO Ortopedia e Traumatologia 1, diretta dal Prof. Michele Lisanti, ha avuto origine il Percorso Ortogeriatrico a Pisa (che ha successivamente coinvolto anche la UO Traumatologia e Ortopedia 2, diretta dal prof. Giulio Guido). Dall'aprile 2013 al gennaio 2015 sono stati seguiti 751 pazienti (190 maschi e 561 femmine), con età  $\geq 65$  anni (media  $81,9 \pm 7,8$  anni), ricoverati in regime di urgenza presso per frattura ossea da fragilità. Tale percorso prevede una valuta-

zione clinico-geriatrica precoce per stabilizzare eventuali problemi clinici pre-intervento, inquadrare il paziente attraverso la valutazione multidimensionale geriatrica, prevenire e gestire le complicanze mediche nel post-operatorio, eseguire una valutazione clinico-assistenziale di equipe, iniziare ove possibile un percorso riabilitativo e accompagnare il soggetto fratturato verso un *follow-up* condiviso. La valutazione multidimensionale geriatrica consente di determinare, negli anziani fragili, capacità e limitazioni, con lo scopo di migliorare l'accuratezza diagnostica e prognostica, ottimizzare i trattamenti, favorire il recupero dello stato funzionale antecedente la frattura. I pazienti seguiti nel Percorso Ortogeriatrico accedevano al Pronto Soccorso prevalentemente per caduta accidentale (88,2% dei casi) o sincope e pre-sincope (6% dei casi); in 545 pazienti (73,5% dei casi) era presente frattura di femore. In ben il 25,7% dei casi in anamnesi si evidenziavano precedenti fratture, in particolare nell'11,4% una pregressa frattura di femore. È interessante notare che solo una minima parte dei pazienti con nuovo evento fratturativo era in terapia antiosteoporotica di qualsiasi natura (prevenzione secondaria) (fig. 1). I risultati preliminari dello studio volto a valutare l'andamento della degenza nei pazienti seguiti nel Percorso Ortogeriatrico confermano come l'intervento attivo e la presa in carico di questi pazienti da parte del geriatra in condivisione con l'ortopedico influisca positivamente sul controllo di alcuni parametri che hanno un forte impatto sull'*outcome* globale del paziente, con potenziali risvolti positivi sia in termini di morbidità che di mortalità. In particolare, per ciò che concerne i valori diffe-

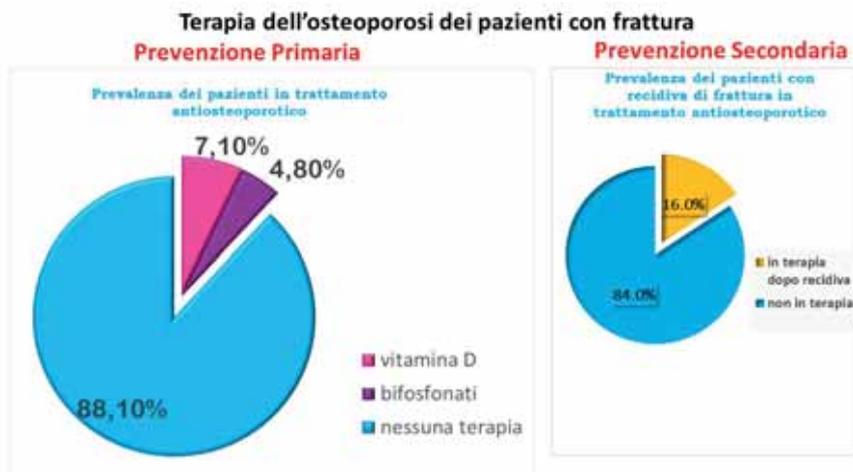


Figura 1



Figura 2

renziali dei parametri biomorali tra l'ingresso e la dimissione, è stato evidenziato un significativo miglioramento del profilo glicemico, conseguente l'ottimizzazione delle terapie, e della funzione renale in termini di filtrato glomerulare stimato (*MDRD*), grazie ad un attento monitoraggio dello stato di idratazione e dell'equilibrio idro-elettrolitico. In 111 pazienti (15,2%) si sono verificate complicanze peri-operatorie, un'incidenza comparabili alle migliori statistiche ottenute in studi di settore sul paziente anziano ospedalizzato con frattura da fragilità. E' stato sistematicamente utilizzato il "Confusion Assessment Method" (*CAM*) per valutare in maniera oggettiva l'eventuale insorgenza di *Delirium*, un quadro di alterazione cognitiva globale acuta e reversibile, che in base all'attività psicomotoria ed al livello di vigilanza, può essere distinto in ipercinetico, ipocinetico, o misto. L'insorgenza di *delirium* è unanimemente ritenuta un importante fattore di rischio per incremento di morbilità e mortalità a breve e medio termine. Nella nostra casistica è stato riscontrato *Delirium* (fig. 2) in un totale di 59 pazienti (6,4%), in 24 (3,3%) dei quali insorto prima dell'intervento. Tale prevalen-

za risulta significativamente inferiore a quella riportata in numerose precedenti casistiche in cui veniva riportata una prevalenza fino al 40%, ed il cui rischio relativo di insorgenza è circa 3 volte superiore nei pazienti con decadimento cognitivo. Nella nostra esperienza le variabili significativamente associate all'insorgenza di *Delirium* sono state: l'età, un deficit cognitivo allo "Short Portable Mental Status Questionnaire" (*SPMSQ*), l'uso di farmaci psicotropi, ed un quadro di ridotta autonomia pre-fratturativa valutata mediante la scala "Activity Daily Living" (*ADL*).

Tra i fattori di rischio modificabili abbiamo osservato un'associazione significativa tra *Delirium* e tempo di attesa per l'intervento, tempo di permanenza del catetere vescicale dopo l'intervento e l'assunzione di farmaci attivi sul SNC. Tali fattori, già descritti in numerosi studi precedenti, sono noti eventi *trigger* per *Delirium* negli anziani con frattura di femore da fragilità. Dall'analisi logistica multivariata è emerso infine che il grado di deficit cognitivo (ottenuto con la scala *SPMSQ*) rappresenta il miglior

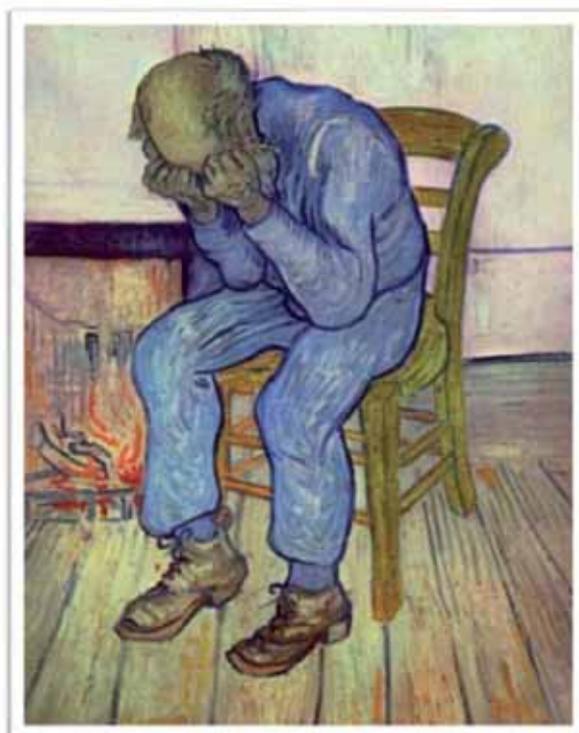
Il *Delirium* è un disturbo acuto, transitorio, globale, organico delle funzioni nervose superiori che comporta perdita dell'attenzione e alterazione dello stato di coscienza (*Brown TM, Boyle MF Delirium BMU 2002; 325:644-7*)

indicatore di rischio per lo sviluppo di *Delirium* peri-operatorio, con una correlazione ancora più stretta di una anamnesi preoperatoria positiva per demenza. Uno degli obiettivi più importanti del percorso Ortogeriatrico consiste proprio nella identificazione dei soggetti a rischio di *Delirium*, nella sua prevenzione e nella eventuale gestione di questa complicanza.

### Conclusioni

I risultati preliminari ottenuti nei due anni di attività del Percorso Ortogeriatrico a Pisa confermano l'importanza di una gestione condivisa da parte del Geriatra e dell'Ortopedico del paziente anziano con frattura da fragilità. E' questo, infatti, un paziente particolarmente vulnerabile, con scarsa capacità di reagire ad eventi stressanti acuti, come il dolore post frattura, il trauma chirurgico e l'immobilizzazione. Risulta essenziale una attenta prevenzione delle complicanze e l'ottimizzazione della terapia medica al fine di preservare al meglio la funzione d'organo.

L'inizio precoce della deambulazione è l'obiettivo principale della chirurgia.



V. Van Gogh, Uomo anziano nel dispiacere, 1890

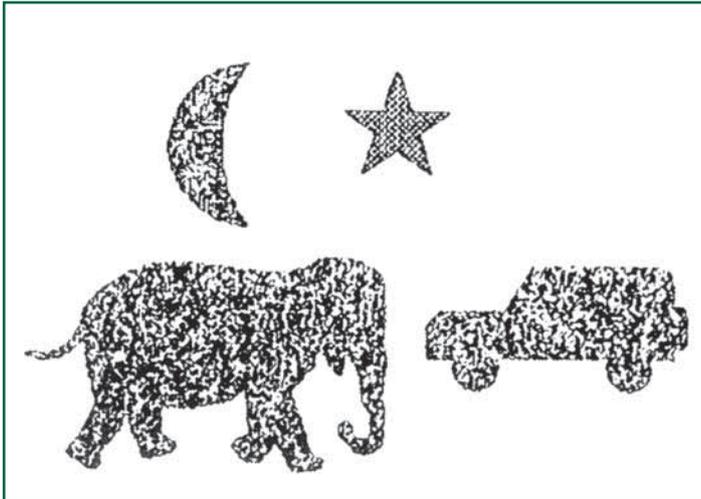
## Come stanno gli occhi dei nostri bambini

Come stanno gli occhi dei nostri bambini? Non è facile rispondere a questo semplice quesito in quanto la "buona visione" è più che il "vederci bene" riferito da bambini e genitori: è il risultato di numerosi fattori che devono svilupparsi contemporaneamente e con la giusta tempistica nel corso della crescita soprattutto nei primi anni di vita. La visione binoculare è un complesso fenomeno che non solo necessita dell'integrità anatomica e funzionale dei due occhi singolarmente ma pretende che i due occhi inviino immagini corrispondenti al cervello che deve imparare a riconoscerle e a dar loro un senso. Questo può accadere solo se già a partire dai primissimi mesi di vita gli stimoli esterni che giungono alle due retine sono sufficienti e sovrapponibili: ostacoli a carico dei mezzi diottrici (anomalie palpebrali, opacità corneali, cataratta congenita), patologie della motilità oculare estrinseca (strabismo), patologie retiniche, anisometropie

sono le principali cause che possono alterare la visione. Se però è vero che bambini che presentano importanti patologie oculari giungono alla nostra osservazione tempestivamente non altrettanta attenzione si presta ad un bimbo che apparentemente ci vede bene. Purtroppo dietro alla sensazione di vederci bene si possono celare disturbi soprattutto monoculari che il bambino tende a compensare sforzandosi o usando l'occhio migliore a discapito di un corretto sviluppo visivo controlaterale (si instaura il cosiddetto occhio pigro o ambliopia). Si possono manifestare così mal di testa e bruciore agli occhi soprattutto dopo uno sforzo visivo come quello che richiede fare i compiti, con conseguente cattiva attenzione a scuola e scarso profitto; si possono sviluppare anomale posizioni del capo nel tentativo di compensare un astigmatismo non corretto o forme particolari di strabismo; infine si può perdere la visione tridimensionale con conseguente riduzione della percezione

della profondità che può tradursi ad esempio in scarsa abilità a praticare sport. Tutte queste difficoltà spesso possono sfociare in disturbi psicofisici rilevanti. Quando i piccoli pazienti giungono per la prima volta alla nostra osservazione in età scolare, cioè all'età in cui si ritiene siano all'altezza di effettuare la visita completa, possono presentare già seri danni alla visione binoculare e il tempo per poter intervenire è notevolmente esiguo dato che la plasticità del sistema visivo si riduce drasticamente già intorno ai 6-8 anni di età. Il problema è più comune di quanto si pensi, l'ambliopia colpisce mediamente il 3% dei nuovi nati e rappresenta una delle principali cause di deficit visivo nell'infanzia e nei giovani al di sotto dei 20 anni. La nostra sfida è prevenire l'insorgenza di questo disturbo con screening mirati già nei primi 3 anni di vita e evitare l'insorgenza di danni irreversibili con un'opportuna terapia ottico-riabilitativa se l'ambliopia si è già instaurata. Già i genitori possono essere





impegna-  
to nella  
ricerca  
di riabi-  
lita zio-  
ne visiva  
dell'am-  
bliopia an-  
che dopo  
i 10 anni  
di età. La  
base del-  
la nostra  
ricerca è  
l'evidenza  
scientifica  
che la vi-

quisiti. Fattori che subentrano suc-  
cessivamente possono bloccare la  
visione binoculare ma non cancel-  
larla quindi utilizzando opportuni  
mediatori e agendo su specifici si-  
stemi neuronali si potrebbe richia-  
mare la condizione già appresa e  
silenziata nel tempo. Siamo solo  
agli inizi ma le prospettive sono al-  
lettanti, nel frattempo la nostra at-  
tenzione è pienamente rivolta alla  
prevenzione e alla terapia precoce  
dell'ambliopia per cui necessitia-  
mo del supporto trasversale di fam-  
iglia, medici pediatri e insegnanti  
nell'indirizzare al minimo sospetto  
il bimbo di qualunque età alla valu-  
tazione specialistica perché veder-  
ci bene non sempre significa che  
gli occhi dei nostri bambini stiano  
realmente bene.

un aiuto fondamentale al nostro  
scopo: gli chiediamo di provare a  
occludere in maniera alternata con  
la mano o con un cartoncino per  
pochi attimi un oc-  
chio mentre il bimbo  
fissa un oggetto da  
lontano che lo incuriosisce e di osservare  
le reazioni: irritabilità,  
insofferenza, pianto,  
tentativo di scoprire  
l'occhio coperto sono  
tutte condizioni che  
potrebbero indicare  
un'anomalia oculare  
che deve essere in-  
dividuata e valutata  
dallo specialista. Una  
volta riusciti ad indivi-  
duare il difetto visivo  
si instaura la terapia  
più adatta che con-  
siste nel rimuovere le  
cause che riducono  
la visione (prescrizio-  
ne di occhiali, piccoli  
interventi palpebrali o  
oculari) e nello stimola-  
re la visione dell'oc-  
chio pigro penalizzan-  
do l'occhio sano con  
una semplice benda e  
cercando di utilizzare  
l'occhio ambliope in  
attività che richiedo-  
no attenzione e quindi  
sforzo visivo (colora-  
re, fare i compiti, gio-  
care ai videogiochi). Il  
nostro centro è inoltre

sione binoculare si sviluppa molto  
precocemente già nei primi 3 mesi  
di vita e che il nostro cervello non  
"scorda" mai i comportamenti ac-



---

# 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.**



**[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*

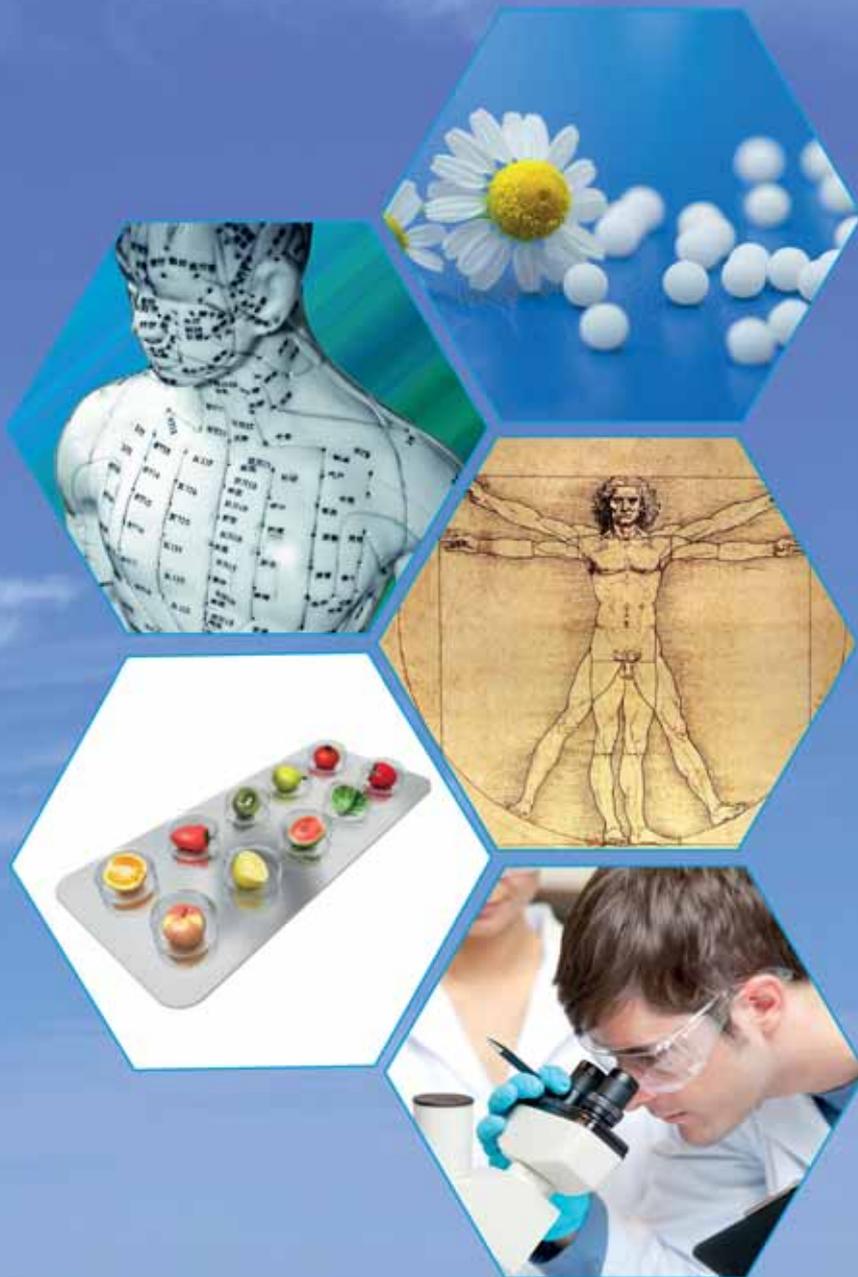
*BCC Ag. 19*

*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**