

# PisaMedica

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

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB PO - €3,00



## in questo numero:

### **Asma e BPCO: l'esperienza pisana**

*P. Paggiaro*  
SD Fisiopatologia Respiratoria  
e Riabilitazione Respiratoria Univ. AOUP

### **Condizioni odontoiatriche di erogabilità del SSN**

*R. Trivelli*  
Consigliere CAO e OMCeo Pisa

### **Dolore post-operatorio: combatterlo, è un obbligo**

*A. Paolicchi*  
Anestesia e Terapia del Dolore - 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)

# Salute e Regioni: un "harakiri" annunciato

**U**n collega ci ha detto, preoccupato ed umiliato, che un suo paziente ha deciso di prendere la residenza in Toscana, perché l'assistenza per i gravi problemi di salute di cui soffre un familiare da noi sono a carico del Servizio Sanitario Regionale".

Siamo costernati da questa situazione e comprendiamo il suo stato d'animo. In verità, non siamo sorpresi. Prima o poi sarebbe accaduto.

Noi medici siamo dei professionisti della salute e consideriamo malati e malattie tutti allo stesso livello. Eppure le scelte politiche, da 45 anni a questa parte, sono sempre andate verso la regionalizzazione della tutela della salute.

A lungo andare, però, il divario si è fatto via via più marcato. E queste drammatiche situazioni non coinvolgono più singoli casi, ma fanno ormai parte di un modo di pensare sotto la pressione soprattutto delle difficoltà economiche.

Proviamo a fare una proiezione, in un futuro anche non lontano: i gio-

vani medici a cosa si troveranno di fronte? Ad una crescente migrazione sanitaria, con risvolti umani, professionali e pratici quantomeno preoccupanti. Esercitare in sostanza la professione in contesti regionali maggiormente in difficoltà di bilancio e dunque d'erogazione di servizi, peserà come un macigno sulla loro attività e sulla loro dignità. Senza trascurare l'ipotesi di un trasferimento in altre regioni più abienti da parte degli stessi colleghi, di fatto una resa. Sarà poi frustrante spiegare al malato che, in sanità, esiste un'Italia delle Regioni e che quindi, nascere in una oppure in un'altra, rappresenterà di per sé un marchio di livelli per qualità e quantità dell'assistenza.

Davvero non c'è che dire per un Paese che si muove, orgoglioso, verso un'Europa senza barriere e steccati. Quelli, in tema di salute, ce li mettiamo da soli e, per di più, a casa nostra. Chiamiamolo, dunque, un "harakiri della salute", comunque prevedibile ed annunciato. Possiamo provare ad evitarlo?



## *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

# Registro Italiano dei Medici: richiesta n. iscritti coinvolti



FNOMCeO

Prot. N°: \_\_\_\_\_

Rif. Nota:

Resp. Proced.: - Dr.ssa L. Castiglione

Resp. Istrut.:

OGGETTO:

Registro Italiano dei Medici –  
richiesta n. iscritti coinvolti.

Roma, \_\_\_\_\_

COMUNICAZIONE N. 13

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRIAI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER  
GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI  
ODONTOIATRI

LORO SEDI

Facendo seguito alle nostre precedenti comunicazioni concernenti il "Registro Italiano dei Medici, chiediamo a ciascun Ordine di comunicarci il numero dei propri iscritti che risultino essere coinvolti nella vicenda, al fine di poter conoscere, con la maggiore precisione possibile, il dato totale dei professionisti coinvolti in Italia e, conseguentemente, di valutare eventuali iniziative da proporre a tutela dei nostri medici.

Le continue segnalazioni che seguitano a pervenire in Federazione, concernenti i solleciti di pagamento, accompagnati da minacce di ritorsioni legali, da parte della società di recupero crediti Credit Business Resolution S.R.O. con sede a Praga, stanno suscitando nei professionisti un estremo stato di emotività e di ansia, contribuendo a creare un consistente allarme in un vasto strato della categoria.

Per tali ragioni, chiediamo la collaborazione di ciascun Ordine provinciale, al fine di poter giungere ad una, da tutti auspicata, conclusione definitiva della questione, anche per poter provvedere ad ulteriori denunce alle Autorità giurisdizionali competenti.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
Dott.ssa Roberta Chersevani

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

2016/1985-10-02-2016-PARTENZA

# Asma e BPCO: l'esperienza pisana

**L**e malattie ostruttive delle vie aeree, che sono rappresentate principalmente dall'asma bronchiale e dalla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO, definibile come un misto di bronchite cronica ed enfisema polmonare), sono le malattie respiratorie più frequenti, e sono quindi responsabili di alti costi socio-sanitari, sia per le limitazioni nello stile di vita dei pazienti che ne sono affetti, inclusa la perdita di attività lavorativa, sia per il costo diretto dovuto alle prestazioni sanitarie, specialmente in termini di accesso al pronto soccorso o ricovero ospedaliero per le riacutizzazioni della malattia. Infatti l'asma è tra le prime cause di morbilità, specie nei bambini e nei giovani adulti, mentre la BPCO, secondo i più recenti dati ISTAT, è tra le prime 10 cause di morte in Italia. E' quindi necessario che ogni Sistema Sanitario stabilisca strategie appropriate per una corretta gestione di queste malattie, con l'obiettivo di ridurre l'impatto nella popolazione. L'epidemiologia di queste malattie è ormai ben conosciuta. In Italia si stima che circa il 3.5% della popolazione sia affetto da una qualsiasi forma di asma, e tale prevalenza raddoppia nell'età pediatrica. La prevalenza della BPCO è meno ben definita: infatti, mentre gli studi epidemiologici su campioni rappresentativi della popolazione generale stimano una prevalenza della malattia (definita come presenza di ostruzione bronchiale misurabile spirometricamente e non completamente reversibile dopo broncodilatatore, in presenza o no di sintomi respiratori cronici, come dispnea da sforzo, tosse ed espettorato abituale) attorno al 3-4% (aumentando a quasi il 10% delle fasce di

età più elevate), i dati di prevalenza della malattia derivati dai database della Medicina Generale parlano di una prevalenza molto minore, attorno all'1%. Ciò dimostra la larga sottostima e mancata diagnosi di questa malattia, che per la sua modalità di comparsa subdola e lentamente progressiva, può non dare sintomi di rilievo che possano portare il paziente all'attenzione del medico.

I criteri diagnostici di queste malattie sono ormai ben codificati da tempo, ma è comunque necessario sempre ricordare che alla comparsa di minimi sintomi che possano sospettare queste condizioni, o talora anche in sola presenza di fattori di rischio (come il fumo di sigaretta nei soggetti con più di 50 anni), è necessaria una valutazione funzionale respiratoria che documenti la diagnosi di asma o di BPCO: in assenza di tale conferma funzionale, la sola diagnosi clinica non è più accettabile per il rischio di confondere queste malattie con altre patologie delle vie aeree o del polmone che ovviamente non ri-

sponderanno alla specifica terapia, ma che richiederebbero invece altri interventi terapeutici.

Mentre le forme lievi e moderate di entrambe queste condizioni, una volta diagnosticate, dovrebbero essere gestite dal Medico di Medicina Generale, sempre ovviamente con la possibile consulenza dello specialista Pneumologo, le forme più gravi di asma e di BPCO richiedono la presa in carico completa da parte dello specialista Pneumologo, sia per la complessità dell'inquadramento "fenotipico", sia per la possibilità di prescrizione di nuovi farmaci o procedure terapeutiche ad alto costo e che quindi vanno accuratamente valutate e prescritte solo in ambito specialistico.

La nostra Sezione di Fisiopatologia Respiratoria e Riabilitazione Respiratoria Universitaria (v. foto) da tempo si occupa di diagnosi e terapia delle più frequenti ed importanti malattie respiratorie acute e croniche, e negli ultimi anni si è molto dedicata alla gestione delle forme più gravi di asma e di BPCO.



---

## L'asma grave

Mentre nella maggior parte dei casi l'asma, una volta correttamente diagnosticata, può essere facilmente messa sotto controllo con una appropriata terapia farmacologica, una minoranza di pazienti asmatici (meno del 10%) è affetto da una forma di asma grave che li espone ad alto rischio di eventi acuti importanti, talora fatali. Questa minoranza di soggetti asmatici è in realtà responsabile di oltre il 50% delle spese sanitarie collegate all'asma, sia in termini di spesa farmaceutica che in termini di visite specialistiche, accessi al Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri. Questi pazienti hanno una cattiva qualità di vita, per le molteplici limitazioni che la malattia impone nella vita quotidiana e per la necessità di elevati livelli di terapia farmacologica e di ricorso alle cure del sistema sanitario.

Secondo un recente documento congiunto delle maggiori società scientifiche internazionali, l'asma grave è definita come quella forma di asma che, nonostante un elevato livello di terapia farmacologica con i farmaci più facilmente disponibili (in genere alte dosi di combinazioni contenenti corticosteroidi inalatori, CSI, associati a broncodilatatori a lunga durata d'azione, LABA e/o LAMA), continuano a presentare sintomi frequenti ed invalidanti e ricorrenti riacutizzazioni di malattia che richiedono trattamento farmacologico aggiuntivo (in genere rappresentato dai corticosteroidi per via generale) e talora il ricorso all'emergenza sanitaria. Il riconoscimento di questi soggetti non è sempre facile, e richiede un iter diagnostico e valutativo ormai ben consolidato: a) verificare dapprima che il paziente abbia una almeno soddisfacente aderenza al piano terapeutico (molti pazienti eseguono la terapia farmacologica in maniera irregolare e non continuativa); b) confermare la diagnosi di asma con criteri oggettivi funzionali (in alcuni casi, altre condizioni diverse dall'asma sono responsabili dei sintomi del paziente, come la disfunzione delle corde vocali o la patolo-

gia rino-sinusitica); c) verificare che i possibili fattori scatenanti o aggravanti l'asma (come la persistente esposizione ad allergeni o agenti professionali, il fumo di sigaretta, la presenza di comorbidità come la patologia rino-sinusale, l'obesità, o il reflusso gastro-esofageo) siano stati opportunamente considerati e trattati; d) ottimizzare la terapia con i farmaci comunemente disponibili, prima di pensare alle nuove e moderne terapie.

In questo senso, è di pratico utilizzo distinguere i pazienti con asma grave in quelli affetti da "asma di difficile trattamento" (intendendo quei pazienti in cui la gravità della malattia è dovuta ai fattori suddetti, in particolare la scarsa aderenza alla terapia e la presenza di importanti comorbidità) e in quelli invece con asma "resistente al trattamento" (dove invece la gravità delle manifestazioni asmatiche è dovuta ad un elevato livello del processo fisiopatologico infiammatorio alla base della malattia). Questa distinzione è importante da un punto di vista concettuale, ma nella pratica anche trattare al meglio le comorbidità o ottimizzare l'aderenza alla terapia raramente porta ad un consistente miglioramento del controllo.

Per questi pazienti è necessario una attenta caratterizzazione dei diversi "fenotipi" di asma, in particolare distinguendo tra quelli in cui l'infiammazione eosinofila è preponderante, e quelli in cui questa caratteristica non c'è. Diversi biomarcatori possono essere utilizzati per avvivare a questa definizione fenotipica, come la ricerca degli eosinofili nell'espettorato indotto, alcuni marcatori ematici non routinari (come il dosaggio della periotina) o la misurazione dell'ossido nitrico nell'aria esalata. Tutte queste indagini sono possibili solo in centri di riferimento specializzati nello studio dell'asma. In questo caso, è possibile allora pensare alle nuove terapie biologiche, di cui una sola è già attualmente disponibile (l'omalizumab, il primo anticorpo monoclonale diretto verso le IgE plasmatiche), mentre le successive

saranno di prossimo arrivo (come il mepolizumab, anticorpo monoclonale diretto verso la Interleuchina-5 che ha un ruolo importante nella maturazione ed attivazione degli eosinofili) o sono ancora in fase di sperimentazione clinica (in questo ambito, almeno 5 prodotti sono in fase di sviluppo e potrebbero essere disponibili sul mercato entro i prossimi 3 anni). Questi farmaci avranno tutti un costo elevato per il Sistema Sanitario, e quindi saranno soggetti ad attento monitoraggio per l'appropriatezza prescrittiva e la verifica di efficacia. Questi saranno quindi prescrivibili solo da centri selezionati in ogni regione, sulla base delle specifiche competenze.

La nostra Sezione da tempo effettua sperimentazione clinica con i nuovi farmaci per l'asma, compresi i suddetti farmaci biologici, ed un gruppo di persone (1 medico, un biologo, 1 infermiera e 1 amministrativa, v. foto) è praticamente a tempo pieno dedicato a questi studi sui nuovi biologici in asma. L'esperienza della letteratura e la nostra personale dimostra la estrema efficacia di questi farmaci: quando il soggetto asmatico viene correttamente individuato e studiato, i risultati che si ottengono sono molto spesso straordinari: netta riduzione delle riacutizzazioni, quasi scomparsa dei ricoveri o dei accessi al Pronto Soccorso, miglioramento evidente dei sintomi, e miglioramento netto della qualità di vita. Altre procedure terapeutiche sono possibili nel ns Dipartimento, tra cui la cosiddetta "termoplastica bronchiale", procedura più invasiva che richiede tre diverse sedute di broncoscopia con un intervento diretto a ridurre la massa del muscolo liscio bronchiale, responsabile del broncospasmo. Tale procedura è ancora in fase di attenta valutazione, ma rappresenta una ulteriore opzione terapeutica in quei casi di asma grave in cui la terapia biologica non funziona o non è applicabile. Stiamo quindi andando verso una diversa personalizzazione della terapia dell'asma, specie in questi soggetti con asma difficile da gesti-

---

---

re. Il futuro sarà sempre più quello di individuare dei predittori di risposta a questi nuovi farmaci biologici, che siano molto forti, permettendo quindi di dare “il farmaco giusto al paziente giusto”.

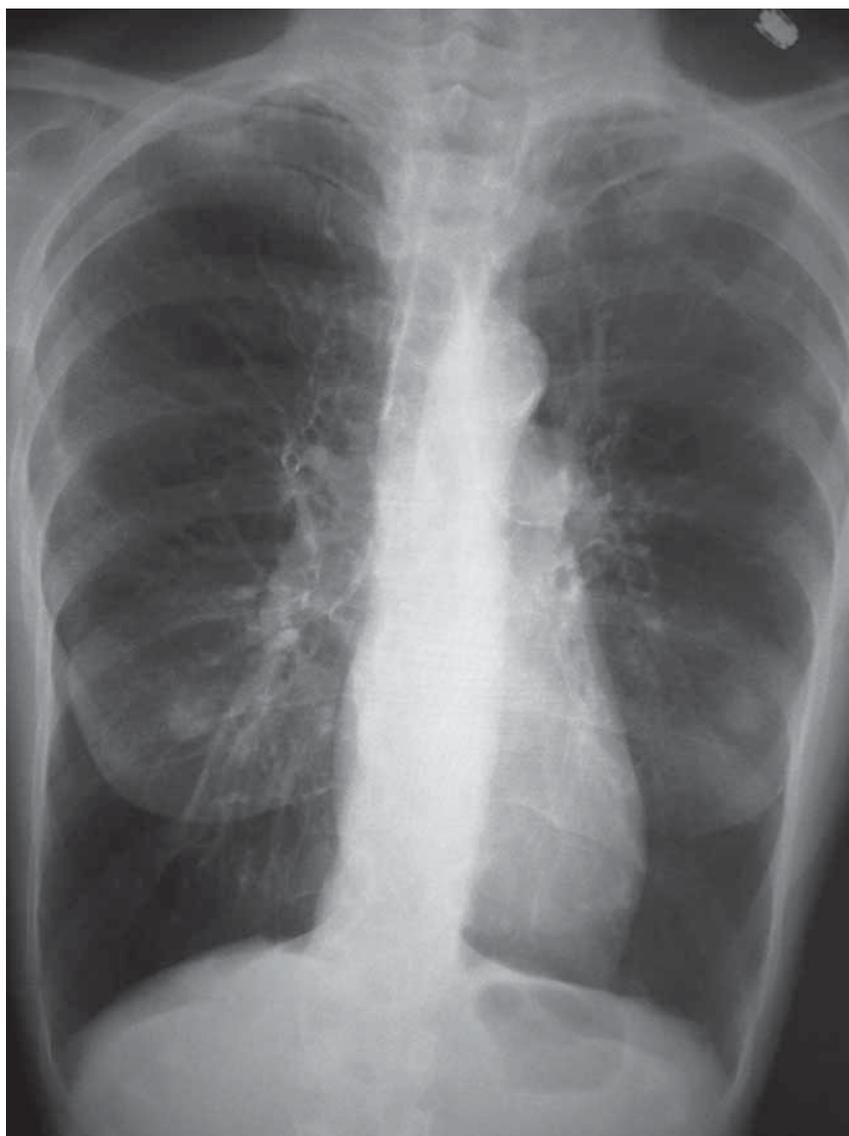
#### La BPCO grave

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia progressiva, con una evolutività nel tempo che il più delle volte è lenta, ma talora accelerata (i cosiddetti “rapidi declinatori”) portando il paziente ad una età relativamente giovane ad avere gravi limitazioni nella vita quotidiana a causa della malattia. Questi pazienti affetti dalle forme più gravi di BPCO hanno sintomi invalidanti (come dispnea da sforzo di grado 2 o più della scala MRC, il che vuol dire avvertire affanno per minime attività della vita quotidiana, come camminare in pianura o fare minimi lavoretti o addirittura solo muoversi per la casa), hanno una funzione polmonare molto compromessa, e presentano frequenti e gravi riacutizzazioni che li portano talora al pronto Soccorso o in Ospedale, dove talora richiedono interventi di terapia semintensiva o intensiva. Sono quindi soggetti con una cattiva qualità di vita ed in cui è necessario ricorrere a tutte le possibili strategie per migliorare le condizioni cliniche e permettere al paziente di avere uno stile di vita non drammaticamente diverso dalla normalità.

Le strategie terapeutiche sono ben codificate dai vari documenti internazionali e Linee Guida. E' comunque essenziale che questi pazienti vengano presi in carico totale da strutture pneumologiche di secondo livello che possano garantire tutte le diverse modalità di intervento terapeutico, non solo quelle farmacologiche. Infatti in questi pazienti anche la ottimizzazione della terapia farmacologica non porta ad un evidente cambiamento nelle condizioni cliniche. Da tempo si è fatto strada il concetto di “Riabilitazione Respiratoria”, che secondo i più recenti documenti delle maggiori società scientifiche pneumologiche

ERS e ATS, viene definita come “un intervento globale personalizzato sul paziente, con lo scopo di migliorare la sua performance fisica, ridurre le conseguenze negative della malattia e migliorare la qualità di vita”. Si può quindi ben capire come questa “presa in carico globale del paziente” comprenda: a) ottimizzazione della terapia farmacologica con i farmaci attualmente disponibili (i farmaci biologici per questo gruppo di pazienti sono ancora molto lontani da una previsione di arrivo sul mercato); b) allenamento all'attività fisica, utilizzando strategie diverse personalizzate al singolo paziente (allenare il paziente a fare maggiore attività fisica spezza quel circolo vizioso che porta il paziente, che ha grave dispnea da sforzo, a rimanere fermo e immobi-

le a casa con conseguente perdita di massa muscolare e conseguente precoce sviluppo di acidosi lattica muscolare per minimi sforzo, e ciò aggrava ancor più la dispnea); c) educazione sulla propria malattia e conoscenza degli stili di vita appropriati; d) correggere i disturbi alimentari, la depressione spesso collegata alla gravità e cronicità della malattia, e le complicanze o comorbidità cardiovascolari; e) ridurre il rischio di riacutizzazioni ed evitare il ricovero ospedaliero. Tutto questo è possibile da parte del team di riabilitazione respiratoria (costituito da medici, fisioterapisti, infermieri, v. foto) con il supporto di dietisti, psicologi e cardiologi, solo grazie ad un attento monitoraggio del paziente attraverso diari clinici che permettono al paziente di riconosce-



---

re tempestivamente la comparsa delle riacutizzazioni (un trattamento tempestivo delle riacutizzazioni al loro primo manifestarsi riduce fortemente il rischio di arrivare a forme gravi di riacutizzazione che possono richiedere l'ospedalizzazione), e attraverso un contatto frequente, sia telefonico che in ambulatorio, del paziente con il medico, per aggiustare in tempo reale le strategie terapeutiche.

La nostra Sezione sta sperimentando un tale approccio ai pazienti con BPCO grave, nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute e dalla Regione Toscana. I pazienti con BPCO grave che hanno avuto uno o più ricoveri ospedalieri nel corso degli ultimi 3 anni per riacutizzazione di BPCO vengono attentamente valutati e, se la BPCO rappresenta realmente la causa principale di invalidità del paziente, questo viene inserito nel piano di gestione globale secondo quanto detto prima. In collaborazione con il Medico Curante, vengono stabilite forme di monitoraggio e modalità di intervento non solo farmacologico, che devono portare ad

una riduzione delle riacutizzazioni gravi, che come è noto rappresentano un importante predittore di mortalità.

Ovviamente altri interventi terapeutici si rendono spesso necessari in questi pazienti, come l'intensificazione delle strategie per la cessazione del fumo di sigaretta (molti pazienti con BPCO grave hanno già cessato, purtroppo tardivamente, l'abitudine al fumo, ma non è raro vedere ancora che alcuni di questi pazienti fumano ancora). Le strategie di disassuefazione sono ora ben codificate, ed in questi pazienti dovrebbero essere intensificate da personale esperto, come quello afferente ai Centri Antifumo. Anche l'ossigenoterapia a lungo termine è talora necessaria nei pazienti con insufficienza respiratoria cronica; la quantità da somministrazione e le modalità di utilizzo (notturne, sotto sforzo o a riposo) devono essere attentamente valutate e raccomandate, in quanto la regolare somministrazione di ossigeno (nonché la cessazione del fumo di sigaretta) è uno dei pochi interventi che ha dimostrato con certezza di ridurre la

progressione di malattia e la mortalità.

Altre strategie di intervento meno frequentemente utilizzate si possono applicare ai pazienti con grave enfisema, specie se a distribuzione polmonare disomogenea. La riduzione volumetrica polmonare, chirurgica o più frequentemente endoscopica con inserimento di valvole endobronchiali che hanno lo scopo di "svuotare" il polmone enfisematoso e quindi migliorare la dispnea, è una procedura più complessa e limitata ad un piccolo sottogruppo di pazienti, in cui però si può ottenere un importante risultato in termini di miglioramento della qualità di vita. Il nostro Dipartimento dispone anche di questa opzione terapeutica, che ha dato in un molto selezionato gruppo di soggetti risultati positivi. Quindi nella BPCO grave si sta andando verso una gestione più completa ed integrata da parte di diverse figure specialistiche, con lo scopo di agire su tutte le componenti della malattia (non solo quelle strettamente polmonari), rafforzando il concetto più estensivo e completo di "Riabilitazione Respiratoria".



# Dolore post-operatorio: combatterlo, è un obbligo

Il dolore postoperatorio è un dolore acuto presente nel paziente sottoposto a procedura chirurgica, causato da malattia preesistente, dalla procedura chirurgica stessa (compreso drenaggi, sondini, complicanze) o da entrambe. In generale rappresenta la risposta al trauma tissutale causato dall'atto chirurgico; il risultato è un dolore acuto, localizzato solitamente nell'area dell'intervento chirurgico, ma che può presentarsi anche nelle zone non direttamente coinvolte dall'intervento.

Non rappresenta soltanto una sensazione sgradevole, ma induce reazioni neurovegetative (respiratorie, cardiocircolatorie, ormonali, muscolari, ecc.) capaci d'influenzare negativamente lo stato di salute e

umentare il rischio di complicanze post-intervento, interferendo con il recupero e il ritorno del paziente alle normali attività. Numerose sono le disfunzioni legate alla presenza di dolore postoperatorio e vari sono i meccanismi patogenetici sottostanti il processo di guarigione.

Un adeguato controllo del dolore aiuta a prevenire le complicazioni: riuscire a respirare profondamente ed a tossire dopo un intervento significa ridurre il rischio d'infezioni respiratorie; riuscire a muoversi facilmente e presto, ridurre complicanze come la trombosi venosa profonda. Il recupero è favorito dal movimento, dalla possibilità di mangiare normalmente e dormire bene, attività inibite dalla presenza di dolore.

Durante e dopo l'insulto chirurgico, l'organismo risponde con modificazioni endocrine e metaboliche in aggiunta ad alterazioni nelle funzioni d'organo, definite "reazione da stress", caratterizzate dall'increzione di ormoni catabolici (cortisolo, glucagone, ormone della crescita, catecolamine) e dalla inibizione di sostanze anabolizzanti come testosterone ed insulina. La risposta allo stress chirurgico è un fattore chiave della morbilità postoperatoria ed è una caratteristica condivisa, che comporta modificazioni della funzionalità dei vari organi.

La risposta è correlata alla grandezza dell'insulto chirurgico: la morbilità è ridotta dopo procedure chirurgiche minori, mentre quella allo stress è più importante dopo la chirurgia



maggiore.

Per ridurre l'impatto sono state sviluppate strategie basate sul concetto di anestesia e chirurgia **stress-free**, in grado di attenuare le risposte fisiologiche al trauma indotto dall'intervento, con conseguente riduzione della morbidità.

Il dolore postoperatorio è una delle componenti dello stress chirurgico, in grado di amplificarne la risposta e provocare conseguenze negative nel decorso. Il dolore grave è uno dei fattori che contribuisce ad una risposta ormonale catabolica esagerata: ritenzione di sodio e di acqua per l'aumentata secrezione di aldosterone e ormone antidiuretico, iperglicemia dovuta ad aumentata secrezione di cortisolo e adrenalina. Il bilancio azotato negativo nel periodo post operatorio può essere prolungato ed esagerato quando il dolore non è trattato efficacemente, tanto da causare immobilità, perdita di appetito e ridotto apporto calorico.

Come il dolore è un'esperienza personale, la percezione doloro-

sa dopo un intervento chirurgico è soggettiva, dovuta sia a differenze genetiche relativamente a sensibilità e tolleranza al dolore stesso, sia a fattori psicosociali, come l'ansia, la preoccupazione, il substrato culturale e le precedenti esperienze dolorose. I sanitari dovrebbero adeguare i trattamenti analgesici al tipo ed all'intensità del dolore riferito da ogni singolo paziente. Quella della misurazione del dolore è uno dei cardini della legge 38 del 2010, laddove viene indicato di riportare in cartella clinica il grado di dolore. Esistono scale specifiche come la Scala Numerica, la Scala Verbale e la VAS (Scala Analogico Visiva). **Ad esempio, chiedere ad un paziente di definire il dolore provato in quel momento rispetto a una scala da 0 a 10 – Scala Numerica (0 se il dolore sarà inesistente, 10 per il dolore più forte che ha mai provato), è un sistema per conoscere l'entità del dolore, che va annotato in cartella clinica, ripetendo periodicamente le misurazioni in quanto può variare nel tempo.**

Il dolore postoperatorio è acuto, con una durata limitata nel tempo, permanendo per alcuni giorni, o, negli interventi più pesanti, alcune settimane, riducendo d'intensità nel tempo. In alcuni casi, può perdurare per mesi (dolore persistente) o anni, diventando fortemente invalidante: dolore cronico postchirurgico.

La frequenza varia con il tipo di intervento, la tecnica utilizzata, la somministrazione di analgesici; interventi considerati minori come l'ernia inguinale sono gravati in percentuale considerevole da questa complicanza (tra il 2% e il 7% in alcuni studi, altri tra 0% e 37% e altri ancora tra 1-2%). Sappiamo che esistono meccanismi specifici per cui un dolore acuto, mal curato, può esitare in dolore cronico.

Alla fase acuta caratterizzata dalla liberazione di sostanze irritanti da parte delle cellule danneggiate, segue una risposta secondaria che comprende modificazioni plastiche del sistema nervoso centrale, responsabili di sindromi dolorose che possono persistere per molto tem-



---

po, riferite anche in regioni diverse da quelle coinvolte nell'intervento.

Il paziente, soprattutto anziano, è convinto che un certo grado di sofferenza debba far parte del suo iter terapeutico. E' dovere dei sanitari riuscire a fare cambiare mentalità, comprendendo, oltre al profondo valore etico della cura del dolore, che il trattamento del dolore postoperatorio riduce gli effetti collaterali nel breve periodo e diventa reale terapia per migliorare l'outcome a lungo termine soprattutto nel paziente oncologico che va incontro ad intervento chirurgico.

I farmaci sono molti, più o meno potenti. La scelta e la via di somministrazione dipendono dalle condizioni cliniche, gravità del dolore e tipo di intervento.

Per dolori forti si utilizzano analgesici oppioidi (morfina e derivati) endovenosi, mentre per dolore lieve o moderato possono essere somministrati farmaci antiinfiammatori non steroidei (fans), paracetamolo in infusione endovenosa, oppure per via orale.

Per molti interventi si ricorre a tecniche di anestesia locale o locoregionale (peridurale o blocchi periferici): l'analgesia può essere garantita per ore o giorni grazie alla somministrazione continuativa di anestetici locali in piccole dosi.

La terapia del dolore postoperatorio deve prevedere:

- approccio preventivo: la dimostrazione del fenomeno del wind-up rappresenta la base dell'analgesia preventiva (somministrazione di un analgesico prima dell'intervento dello stimolo algico). Riducendo la risposta iniziale acuta al dolore, può prevenire, o limitare, le modificazioni neuronali associate al wind-up. Manifestazioni di wind-up possono essere riscontrate a distanza di un mese da interventi chirurgici: per prevenirlo, la somministrazione di analgesico dovrebbe iniziare prima della chirurgia e proseguire durante e dopo la stessa.

- approccio multimodale: la scelta di farmaci appartenenti a differenti classi analgesiche, che influenzano le vie del dolore, comporta effetto

additivo ma sinergico, ottimizzando l'analgesia e minimizzando gli effetti collaterali.

Alcune persone hanno bisogno di dosi maggiori di analgesici rispetto ad altre; gli stati ansiosi possono aumentare la percezione del dolore; le dosi analgesiche possono essere aumentate o possiamo prevedere dosi aggiuntive da somministrare in dolore persistente. Le tecniche per eliminare questo tipo di dolore consistono in sistemi di auto somministrazione, poco diffusi in Italia, attraverso i quali i pazienti possono autosomministrarsi il farmaco analgesico in caso di dolore. Definite Patient Controlled Analgesia sono dotate di sistemi di sicurezza per evitare abuso o eccessiva somministrazione.

Esistono metodi non farmacologici per ridurre il dolore postoperatorio.

- Informare preventivamente il paziente circa la procedura chirurgica e l'andamento del periodo postoperatorio può diminuire lo stress che peggiora la sensibilità al dolore.

Tecniche di visualizzazione preparano la mente aiutando il recupero: sapere che cosa ci aspetta elimina l'ansia legata all'ignoto.

- Approfondito colloquio con i medici può incrementare la volontà di cooperare e controllare la situazione, riducendo stress e sensazione di essere inermi di fronte al dolore.

La gestione del dolore post operatorio in Italia non è ancora diventata abitudine corrente ed ubiquitariamente diffusa, risultando ben al di sotto degli standard europei. Una denuncia delle società scientifiche evidenzia che solo il 10% dei pazienti venga trattato secondo linee guida, con una diffusione di modelli organizzativi a macchia di leopardo ed insoddisfacenti.

La sfida è culturale: i professionisti, dal chirurgo all'anestesista, all'infermiere, senza tralasciare l'importanza del coinvolgimento del paziente, devono convincersi che l'analgesia postoperatoria non è un optional, non rappresenta dispendio di risorse ed energie, ma migliora la qualità delle cure, riduce i tempi di degenza

favorendo un più rapido recupero della gestione del paziente post chirurgico. I centri sono all'opera per fare cultura, grazie alla formazione continua ed alla diffusione delle buone pratiche.

Il reparto di Chirurgia Generale di Piero Bucciatti ed il nostro sono realtà consolidate e punto di riferimento nazionale, per la collaborazione tra anestesisti, chirurghi ed infermieri che hanno condiviso il percorso perioperatorio dei loro pazienti. L'obiettivo chirurgia e anestesia **stress free** si realizza attraverso la contemporanea applicazione di metodiche chirurgiche ed anestesologiche protettive, come la tecnica laparoscopica o la chirurgia mini invasiva e le metodiche anestesologiche in grado di controllare la stimolazione nervosa afferente dall'area chirurgica e prevenire l'insorgenza di dolore. Il paziente viene informato dell'importanza del trattamento del dolore postoperatorio fin dalla visita anestesologica preoperatoria, illustrando le opzioni terapeutiche e scegliendo le modalità più idonee in base al tipo di intervento chirurgico. Operato, il ruolo attivo del paziente si realizza attraverso la gestione personalizzata del dolore con la Patient Controlled Analgesia.

Un risultato importante è stato raggiunto: formare un'unica equipe lavorando con obiettivi comuni, rispettando la centralità del paziente. I colleghi in formazione della scuola di specializzazione di Anestesia e Rianimazione partecipano con il tutoraggio dei colleghi più esperti.

I sanitari conoscono il loro compito dalla misurazione periodica del dolore effettuata dall'infermiere, alla programmazione dei sistemi di erogazione dei farmaci da parte dell'anestesista in sala operatoria, alla alleanza terapeutica con il chirurgo che condivide le scelte analgesiche.

Altre chirurgie non sono insensibili alla problematica ed il trattamento del dolore postoperatorio viene affrontato. C'è molto da fare. La contaminazione verso gli altri reparti chirurgici è l'ambizioso obiettivo che ci proponiamo.

# Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)

**N**el linguaggio comune con il termine di abbuffata si intende un'eccessiva assunzione di cibo; ma le abbuffate sono anche una caratteristica tipica di molte patologie alimentari come la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED).

Il DAI, descritto per la prima volta nel 1959, è stato riconosciuto solo nel 2013 come categoria diagnostica distinta inclusa tra i Disturbi del Comportamento Alimentare nel DSM-5. È caratterizzato da malnutrizione per eccesso, si rileva nel 3% della popolazione generale, ma è in alta percentuale tra i soggetti obesi (dal 10 al 30 % secondo diversi studi) con un rapporto di 2:1 tra femmine e maschi. L'esordio è più frequente tra 15 e 30 aa, ma talora le prime manifestazioni possono comparire già in età infantile. Il termine di alimentazione incontrollata (o da abbuffate compulsive) si riferisce al rapido ed eccessivo consumo di cibo, senza comportamenti di compenso (come il vomito nella BN). Nel DAI la persona non vive l'esperienza di nutrirsi, di

alimentarsi fino a sentirsi pieno, ma piuttosto quella di esagerare, di rimpinzarsi voracemente; l'esperienza è associata non solo alla perdita di controllo, ma anche alla spinta irresistibile, alla coazione a mangiare. Diversamente da ciò che avviene in genere dopo un'abbondante mangiata conviviale, nel DAI le sensazioni non sono quelle di sazietà o di piacere; le abbuffate sono normalmente vissute in solitudine, possono dare un fugace senso di rilassamento e di attenuazione di emozioni negative, ma ne conseguono prevalentemente senso di vergogna, di colpa e vissuti di autovalutazione anche molto marcati, fino al disgusto di se stessi.

Clinicamente il DAI si associa a sovrappeso e obesità, e la sua prevalenza aumenta con l'aumento del BMI; nel DAI si rilevano maggiore frequenza e gravità di complicanze mediche, maggiore preoccupazione per peso e forme del corpo e minore qualità di vita. Elevata è l'associazione del DAI con disturbi psichiatrici (60% disturbi d'ansia, 45% disturbi dell'umore, 30% disturbi del controllo degli impulsi,

20% disturbo da abuso di sostanze).

La maggior parte delle problematiche fisiche nel DAI sono quelle dell'obesità spesso associata, con maggiore rischio per lo sviluppo della sindrome metabolica.

Negli ultimi anni molti studi hanno messo in evidenza basi neurobiologiche specifiche del disturbo; particolare rilievo è stato dato ad alterazioni neurotrasmettitoriali encefaliche, specie delle vie dopaminergiche; nei soggetti con DAI sarebbero presenti alterazioni recettoriali a livello di nuclei mesencefalici e della corteccia prefrontale, con una sensibilità specifica in risposta all'assunzione di cibo, specie se ad alta densità calorica, che motiverebbero la spinta all'abbuffata (anche con meccanismi simili a quelli della dipendenza da sostanze). Di particolare interesse inoltre, sul piano eziopatogenetico, è la comprovata osservazione che l'attivazione di tali meccanismi e il mantenimento nel tempo del comportamento disfunzionale conseguono non solo all'assunzione di cibo, ma anche alla protratta restriz-

zione calorica (tipica dei soggetti obesi che si impegnano ripetutamente in regimi dietetici allo scopo di perdere peso). Allo stato attuale delle conoscenze comunque, la maggior parte degli AA. concor-





da sulla possibilità che il DAI sia sostenuto, piuttosto che da un univoco meccanismo, da differenti meccanismi in soggetti diversi: le abbuffate, come spinte incontrollabili, possono essere correlate ad impulsività (Impulse Control Disorders - ICDs); possono rappresentare tentativi autoterapici (legate a blocco emozionale e fuga dalla consapevolezza) in risposta più o meno consapevole, a molteplici condizioni e distress psicologici (senso di inadeguatezza, deficit di autostima, necessità di mitigare stati ansiosi, conflitti familiari, disturbi affettivi); possono costituire una modalità di gestire e controllare emozioni negative e intollerabili; infine, specie se associate al dieting, possono conseguire all'attività del sistema neuroencefalico del reward ("reward circuitry").

Il trattamento del DAI è complesso e, come in tutti i disturbi alimentari, necessita di un approccio multiprofessionale integrato; sul piano diagnostico oltre al colloquio clinico psichiatrico e alla visita medica (con le indagini strumentali e di laboratorio volte anche alla valutazione delle possibili complicanze associate), sono indicati anche tests psicodiagnostici che esplorano i diversi aspetti della patologia qua-

li BES, EDI3, YFAS, BUT e DERS; utile può essere anche il TSD-OC (Test SIO per le Disabilità Obesità Correlate).

L'approccio terapeutico deve coinvolgere diversi specialisti e necessita di una strategia che integri, in maniera il più possibile personalizzata, gli aspetti dietetico-nutrizionali con la psicoterapia e la terapia psicofarmacologica.

Il trattamento nutrizionale, per quanto detto, deve tener conto di molteplici aspetti connessi alla relazione con il cibo (abitudini alimentari, fattori edonico-sensoriali e precedenti esperienze con il cibo, composizione corporea e assetto metabolico, regolazione interna ed esterna di fame e sazietà, storia del peso, motivazione, fattori di stress cronico, ecc.). Gli schemi dietetici e i trattamenti semplicemente comportamentali si sono rivelati di scarsa efficacia nel DAI. In base alle indicazioni delle linee guida l'approccio deve focalizzarsi, nelle fasi iniziali, più che sul calo ponderale (la restrizione calorica può anzi favorire il comportamento disfunzionale), sulla riduzione delle abbuffate e sulla modifica dei vissuti negativi rispetto all'esperienza del nutrirsi.

Anche la perdita di peso necessita di adeguati interventi di psicoterapia

combinati con efficaci interventi di riabilitazione nutrizionale, come l'approccio psicobiologico basato sul Training di familiarizzazione con il cibo (TFC).

Il lavoro psicoterapeutico, integrato con quello nutrizionale, deve tener conto degli aspetti emotivi, della struttura di personalità, della possibile presenza di impulsività e disregolazione emotiva, della rappresentazione cognitiva delle esperienze con il cibo (funzioni esecutive). Le linee guida e l'esperienza clinica indicano a riguardo robuste evidenze di efficacia per terapia cognitivo-comportamentale (CBT-E) e terapia dialettico-comportamentale (DBT).

L'unico farmaco con indicazione specifica per il DAI, recentemente approvato dalla FDA, è la lisde-xamfetamina (non in commercio in Italia); peraltro in soggetti con DAI sono spesso utilizzati gli SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina) utili per la riduzione degli episodi bulimici e per il trattamento dei disturbi psicopatologici spesso associati; il topiramato (che può favorire il calo ponderale, ma con effetti collaterali talora rilevanti) e il bupropione (che ha efficacia modesta sul calo ponderale, e nulla sugli episodi bulimici).

# Neurochirurgia e Biofotonica: nasce il “Percorso Pisa”

**L**a Biofotonica, che studia l'interazione tra cellule e fotoni, permette di raffinare diagnosi e trattamento in molteplici malattie. Questa disciplina nasce già nel 1931 quando Cutler introdusse la diafanografia nella identificazione del tumore del seno. Tuttavia, nonostante il brillante lavoro descritto, la metodica fu rapidamente abbandonata in conseguenza della limitata tecnologia del tempo. Il problema maggiore consisteva nella scarsa penetrazione della luce nel tessuto mammario ed alle non favorevoli proprietà di scattering del tessuto stesso.

E' nel 1977 che di fatto inizia la diagnostica ottica *in-vivo*, quando Jobsis per primo utilizzò la luce vicino all'infrarosso per la sua mag-

giore penetrazione nel tessuto. Da allora, gli studi sulla spettroscopia ottica sono drasticamente aumentati. La lunghezza d'onda della luce utilizzata spazia adesso dalla ultravioletta allo spettro infrarosso. Il conseguente studio della fluorescenza e spettroscopia ha portato ad ampliare l'utilizzo della biofotonica a molti campi di ricerca nelle scienze mediche, tra cui, più recentemente alla neuro-oncologia. Infatti, le informazioni biochimiche ottenute *in-vivo*, permettono di migliorare l'identificazione dei margini del tumore, di discriminare i margini di recidiva tumorale dai danni attinici post radioterapici, di identificare tipi di cellule diverse attraverso particolari neurotrasmettitori ed infine di riconoscere cellule o farmaci “ot-

ticamente etichettati”.

Ad esempio l'uso dell'acido 5-aminolevulinico (5-ALA), un fluoroforo esogeno che si lega alle cellule di glioblastoma ma non al tessuto sano, permette di identificare con miglior approssimazione i margini tumorali sotto ad una luce dello spettro blu-violetto. La miglior definizione permette inoltre di discriminare più efficacemente i foci anaplastici, guidando un'eventuale biopsia a cielo aperto, talora utile per un'istologia intra-operatoria. L'hardware necessario è di basso costo, facilmente trasportabile e di rapido utilizzo.

Ancora, con la spettroscopia ottica si possono meglio discriminare alcune strutture cerebrali come ad





ed al tessuto imprenditoriale toscano, negli ultimi anni anche in Toscana, al pari altre nazioni europee (Francia, Germania, Olanda, Svezia, Spagna), la Biofotonica si è diffusa alle discipline chirurgiche.

In particolare, la collaborazione tra il CNR-IFAC, il Dipartimento Cardio Toracico dell'Università di Pisa (Diretto dal Prof. M. Ferrari) e la

esempio i nuclei, la sostanza bianca e la sostanza grigia. Queste informazioni permetteranno di allineare il Neuronavigatore allo scenario intraoperatorio, talora modificato dal brain-shift. Il fenomeno del brain shift comporta infatti una modifica della forma e dimensione dell'encefalo che, una volta sopposto a deliquorazione, appare collabito. Come conseguenza, i dati topografici ottenuti da uno studio neuroradiologico pre operatorio, utilizzato dai comuni sistemi di neuronavigazione, non sono ulteriormente utili. La conseguenza è che il chirurgo, in seguito al brain shift, non potrà continuare ad utilizzare l'ausilio visivo del neuronavigatore a meno che questo non venga ri-allineato. Attualmente questo è possibile grazie all'utilizzo di RMN o TC intraoperatoria, che richiedono tempi e costi elevati. L'esatta identificazione delle strutture anatomiche, della topografia vascolare e dei neurotrasmettitori (ad esempio aspartato e glutammato, usati come fluorofori endogeni) potrà in futuro allineare lo scenario pre e post operatorio annullando di fatto il fenomeno del Brain Shift.

Con una luce con lunghezza d'onda 450-470 nm si può calcolare la

quantità di nicotinamide-adeninodinucleotide e nicotinamide-adeninodinucleotide fosfato [NAD(P)H]. Questi composti sono implicati nella fosforilazione ossidativa e respirazione aerobica. Inoltre il [NAD(P)H] è collegato alla donazione del nucleotide durante riparazione del DNA. Il monitoraggio continuo o intermittente, permetterebbe quindi di determinare la reale efficacia di un farmaco anti tumorale in real time o near-real time. Infatti, se non si assistesse, dopo somministrazione dell'antitumorale, a modificazioni dei livelli di [NAD(P)H] potremmo concludere che non si ha morte cellulare e quindi che l'agente somministrato potrebbe essere inefficace.

Le piattaforme tecnologiche necessarie allo sviluppo di queste ricerche sono tuttavia principalmente disponibili in poche aree geografiche e richiedono ingenti investimenti anche industriali. Le grandi e medie imprese hanno stabilito collaborazioni forti con con gli Enti di Ricerca in poche aree geografiche in ambito mondiale.

Grazie alle politiche regionali ed al coordinamento dell'Istituto di Fisica Applicata "Nello Carrara" CNR-IFAC, diretto dal Prof. Roberto Pini,

Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (Diretta dal Dr. R. Vannozzi) ha permesso di affrontare problemi antichi con strumenti moderni: la biofotonica. Infatti da questa collaborazione sono scaturiti progetti di ricerca a diverso stadio di avanzamento, alcuni anche finanziati e premiati dalla comunità europea. Ad esempio: la possibilità di completare una anastomosi vascolare su arterie o vene di diametro inferiore ai 3 mm attraverso l'uso di laser a diodi con riduzione dei tempi chirurgici, la possibilità di sigillare la porta di ingresso negli approcci endoscopici trans sfenoidali ("saldando" la dura madre) per ridurre il rischio di fistola liquorale, ed ancora la possibilità di rimuovere una neoplasia intracerebrale con l'aiuto di laser ad accesso percutaneo con monitoraggio in "real time" del risultato.

In conclusione, appare indiscutibile l'importanza di continuare a potenziare la ricerca tecnologica avanzata potenziando l'interconnessione tra discipline diverse ma unite nell'obiettivo di migliorare la qualità delle cure cui consegue un vantaggio in termini di risultati per il singolo paziente ma anche di spesa sanitaria e costi sociali.

## Corea di Huntington, in Toscana Malattia rara, ma non troppo

**L**a malattia di Huntington (MH) è una patologia rara, a trasmissione genetica autosomica dominante. Il gene responsabile si trova sul cromosoma 4 e codifica per una proteina detta huntingtina (htt), la cui funzione è ancora ignota. La mutazione genetica avviene nel gene IT-15, isolato nel 1993, che codifica per una forma di htt mutata, che induce degenerazione neuronale in molte aree cerebrali a partire dallo striato. Clinicamente la malattia è caratterizzata da disturbi del movimento, progressiva demenza e disturbi psichici. L'età di insorgenza è assai variabile anche se di solito i primi sintomi appaiono tra i 30 e i 50 anni: generalmente vi è il cosiddetto fenomeno della anticipazione genetica, per il quale soggetti della stessa famiglia, affetti da mutazione, tendono a manifestare sempre più

precocemente la malattia.

### Epidemiologia

L'insorgenza solitamente tardiva della malattia spesso non pregiudica la riproduzione dei soggetti ammalati e quindi la sua trasmissione.

La prevalenza, uguale per femmine e maschi, nel mondo è di 5-10 casi/100.000; 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 (1 su 1.000.000 negli asiatici e negli africani). Altre aree ad alta prevalenza oltre Europa, dove sono descritti 40.000 casi, sono Venezuela (7000 individui su 1.000.000) e Tasmania

(verosimilmente in relazione a migrazioni europee).

### I dati toscani

Gli unici dati epidemiologici relativi alla Toscana per la MH si riferivano ad un lavoro scientifico di Arena e collaboratori degli anni 70.

Attualmente è possibile ricorrere ai dati del registro Toscano per le Malattie Rare (RTMR). Tale registro nasce nel 2005 con lo scopo di sostenere la programmazione e la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza ai pazienti in Toscana. Il Registro raccoglie casi di malattie rare diagnosticati a partire dall'anno 2000. Una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti. Gli obiettivi che si prefigge il Registro sono quelli di raccogliere dati sulla prevalenza/incidenza delle MR, effettuare una



Azienda	U.O.	N° casi
AOU FIRENZE-CAREGGI	NEUROLOGIA 1	86
AOU SIENA	NEUROLOGIA E MM. NEUROMETABOLICHE	30
AOU SIENA	GENETICA MEDICA	25
ASL 11 OSPEDALE EMPOLI	NEUROLOGIA	20
AOU PISA	NEUROLOGIA-NEUROFISIOPATOLOGIA	18
ASL 8 AREZZO	NEUROLOGIA-NEUROFISIOPATOLOGIA	16
AOU FIRENZE- CAREGGI	NEUROLOGIA 2	13
ASL 12 VIAREGGIO	NEUROLOGIA	4
ASL 9 GROSSETO	NEUROLOGIA	3
AZIENDA SANITARIA FIRENZE	NEUROLOGIA	3
AUSL 5 PISA OSPEDALE PONTEDERA	NEUROFISIOPATOLOGIA	2
AUSL 3 OSPEDALE PISTOIA	NEUROLOGIA	2
AUSL 4 OSPEDALE LUCCA	NEUROLOGIA	1

Aree provenienza	% casi
Centro Toscana	51.9
Nord Ovest Toscana	13.5
Sud Est Toscana	18.6
Extra regione	12.7
Non nota	3.3

I dati raccolti nel Registro includono dati anagrafici e clinici del paziente. Il Registro raccoglie dati registrati da medici operanti nei 150 Centri di Riferimento.

La distribuzione dei casi per Aziende Sanitarie e Ospedaliere –Universitarie (utilizzata la denominazione delle Aziende vigente prima del riordino di SSR Toscano) e aree di provenienza.

Anche se è possibile che permangano bias epidemiologici, come ad esempio il fatto che non tutti i pazienti realmente affetti siano stati registrati, o che facciano riferimento ad altre aziende extraregionali, ad oggi l'RTMR rappresenta il più valido strumento epidemiologico per malattie rare, quali la MH e non solo.

La sorveglianza epidemiologica delle MR e creare una base per la ricerca scientifica, fornire informazioni ai pazienti, alle Associazioni e agli operatori sanitari, dare informazioni per il censimento della Rete dei Presidi di certificazione, diagnosi e cura, sviluppare protocolli diagnostici e terapeutici. La gestione del Registro è affidata alla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio del CNR di Pisa mentre gli utenti autorizzati ad inserire i casi di MR nel RTMR sono i medici appartenenti ai Presidi della Rete Toscana Malattie Rare.

Ciascun nuovo utente che spontaneamente faccia richiesta di accesso al Registro viene identificato e segnalato ai Direttori Sanitari e ai Coordinatori di riferimento per le varie patologie. L'accesso al Registro avviene tramite login e password e nel rispetto della normativa sulla privacy.

Per quanto riguarda la MH, l'RTMR, aggiornato a marzo 2014, riporta 223 casi totali.

Nelle tabelle è rappresentata la di-



# Sanità integrativa e complementare

I medici e gli odontoiatri possono sottoscrivere un piano sanitario. La copertura può essere estesa al nucleo familiare.

Per aderire non sono previsti limiti di età anche per coniugi e conviventi (more uxorio).

I contributi associativi possono essere detratti dalle imposte al 19 per cento, fino a un importo massimo di 1.291,14 euro.

## Requisiti

Possono aderire:

- tutti gli iscritti Enpam attivi e pensionati senza limiti di età (compresi coniugi e conviventi more uxorio);
- i familiari degli iscritti deceduti titolari di una pensione Enpam senza limiti di età;
- i componenti del nucleo familiare dell'iscritto/a (i figli fiscalmente a carico fino a 26 anni; i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi).

## Gestione

Il piano sanitario può essere sottoscritto aderendo a SaluteMia, Società di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri, costituita da parte del Fondo sanitario integrativo degli Medici e degli Odontoiatri il cui promotore è la Fondazione Enpam. Le attività operative sono svolte da Enpam Sicura, una società partecipata interamente da Enpam.

## Piani sanitari

Il piano sanitario è componibile secondo le proprie esigenze, scegliendo tra un piano base obbligatorio per tutti, e tre moduli integrativi. Ogni componente del nucleo familiare può scegliere i piani di proprio interesse, senza dover sottoscrivere le stesse combinazioni per l'intera famiglia.

**Piano sanitario base.** Copre dai rischi che derivano dai gravi eventi morbosi, i grandi interventi chirurgici, l'alta diagnostica, l'assistenza alla maternità, la prevenzione dentale e gli screening preventivi anche in età pediatrica.

**Piano sanitario integrativo 'Ricoveri'.** Vengono rimborsate le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto) e day hospital.

**Piano sanitario integrativo 'Specialistica'.** Copre le spese mediche per prestazioni di alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie, visite specialistiche, analisi di laboratorio e fisioterapia.

**Piano sanitario integrativo 'Odontoiatria'.** Sono rimborsate le spese per l'igiene e la prevenzione, per le cure dentarie e le prestazioni odontoiatriche particolari.

Consulta il dettaglio delle prestazioni e dei costi su [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net).

## Come aderire

- Online cliccando qui. È necessario

iscrivere all'area riservata Olos (gestita da Enpam Sicura srl) inserire i dati richiesti, scegliere le garanzie e pagare il costo calcolato.

- Per telefono chiamando il numero 06 21011 350 (tasto di scelta rapido 1);

- È anche possibile compilare a mano il modulo di adesione che si può scaricare dal sito di SaluteMia, e inviarlo secondo uno dei modi indicati.

Si possono avere preventivi su misura.



## Contatti

Per informazioni:

email [adesioni@salutemia.net](mailto:adesioni@salutemia.net);

tel. 06 21011 350; fax 06.21.011.950

(orari: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30).

Per incontrare di persona i consulenti: SaluteMia Società di mutuo soccorso dei Medici e degli Odontoiatri, presso Enpam Sicura srl via Torino n. 38, 00184 - Roma  
orari: lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9,30 - 12.30

martedì e giovedì: 14.30 - 18.00.

## 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)

## **Mutui Enpam, 100 milioni per il 2016**

Più agevolazioni per gli under 35 con partita Iva e niente più limite massimo di reddito. Dal 15 febbraio online il bando, per fare la domanda ci saranno due mesi di tempo

Tornano i mutui agevolati dell'Enpam per i medici e i dentisti. Dopo il riscontro avuto nel 2015, in cui sono giunte richieste per 70milioni di euro, anche per quest'anno è stato confermato lo stanziamento di 100milioni di euro, di cui la metà destinati ai professionisti con meno di 45 anni. Il bando 2016 però contiene importanti novità soprattutto per i più giovani. I criteri di accesso sono infatti stati rivisti per allargare la platea dei potenziali beneficiari.

### **LE NOVITÀ**

Il nuovo bando ha un occhio di riguardo per i giovani con meno di 35 anni che lavorano in partita Iva con il regime dei minimi. Per loro è più facile rientrare nei parametri richiesti, che vincolano la concessione del mutuo a un reddito superiore a 20mila euro. Per rientrarvi è possibile considerare il solo reddito personale del 2014 o del 2015, oppure alternativamente la media annua del reddito del nucleo familiare degli ultimi due anni o tre anni (2013-2014 o 2012-2013-2014). È stato inoltre annullato il limite per i redditi superiori a 65mila euro purché siano già state soddisfatte le richieste degli iscritti con redditi inferiori. Infine, niente più click day. Le domande si potranno presentare dal momento dell'apertura del bando fissata per il 15 febbraio fino al 15 aprile.

### **MUTUI ENPAM**

L'accesso al credito agevolato rientra in un più ampio programma di welfare strategico con il quale l'Enpam punta a facilitare la vita lavorativa degli iscritti come garanzia di un futuro più sicuro e sostenibile. I mutui ipotecari, di importo fino a 300mila euro, saranno a tasso fisso e potranno durare fino a un massimo di 30 anni. Potranno servire a finanziare, fino all'80% del valore, l'acquisto, la costruzione o la ristrutturazione della prima casa.

Il mutuo potrà essere chiesto anche per sostituirne un altro esistente. Chi ha meno di 45 anni potrà beneficiare di un tasso fisso del 2,55 per cento annuo. Per poter fare la domanda dovrà avere un reddito superiore a 26.046 euro (quattro volte il min

imo Inps). I requisiti di reddito per gli iscritti con meno di 35 anni, che rappresentano la novità di quest'anno, sono illustrati sopra. I medici e i dentisti con più di 45 anni potranno invece contare su un tasso fisso annuo del 2,95 per cento. Il limite minimo di reddito è di 32.557 euro (cinque volte il minimo Inps).

Gli iscritti interessati potranno entrare nell'area riservata per compilare la richiesta già dal 15 febbraio e una volta perfezionata la pratica inviarla entro le ore 12 del 15 aprile.

# Novità 2016

Come per gli scorsi anni anche il 2016 non è un anno avaro di novità anche fiscali- organizzative per aziende e professionisti, vediamole in breve:

## SPID:

Lo SPID (Sistema Pubblico per la gestione dell'Identità digitale di cittadini e imprese) a breve sarà realtà. Con la nuova proce-

dura sarà possibile accedere ai servizi online della Pubblica Amministrazione utilizzando un apposito Pin unico di identificazione rilasciato dall'Agenzia per l'Italia Digitale a coloro che lo richiederanno. Questa procedura consentirà ad ogni cittadino di avere un vero e proprio "domicilio digitale".

## Privacy:

Privacy, in arrivo nuove regole dettate dalla Comunità Europea che accantonano di fatto le attuali normative dei singoli Paesi. Il Codice della Privacy lascerà il posto al "Regolamento della privacy". Tra le varie novità è previsto un potenziamento dell'informativa in modo tale da renderne più semplice la comprensione, e l'introduzione di un professionista (Dpo) che dovrà controllare e coordinare l'attività di coloro che utilizzano i dati personali nelle grandi amministrazioni e nelle pubbliche amministrazioni.



## Maxi ammortamenti:

Via libera ai "maxi ammortamenti" per i lavoratori autonomi, ovvero per l'acquisto di beni strumentali acquistati nel periodo 15 ottobre 2015 - 31 dicembre 2016 si applica un aumento figurativo pari al 40% del valore del bene stesso. Questo artificio contabile consentirà perciò a coloro che effettueranno acquisti di beni materiali, strumentali e nuovi di godere di un maggior beneficio dal punto di vista fiscale, infatti al costo del bene si deve aggiungere il 40% e sul totale effettuare il calcolo degli ammortamenti.

## Modello 730:

Novità anche per coloro che utilizzeranno il Modello 730 precompilato, infatti dal 2016 la dichiarazione precompilata dall'Agenzia delle Entrate, conterrà molti dati relativi alle spese sanitarie sostenute nel 2015, i rimborsi ottenuti a fronte del sostenimento di spese sanita-

rie, i versamenti effettuati alla previdenza complementare, le spese di istruzione e le spese funebri. Infine anche a coloro che non utilizzano il modello 730 ma piuttosto il Modello Unico, sarà consentito consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie trasmessi attraverso il canale Tessera Sanitaria.

## Nuovi professionisti:

Novità per chi inizia un'attività professionale: infatti coloro che non abbiano esercitato nei tre anni precedenti alcuna attività professionale, e che svolgano un'attività che non costituisca in nessun modo una prosecuzione di un'attività svolta precedentemente sotto altra forma, viene riservata l'applicazione di una imposta sostitutiva sul reddito pari al 5% per la durata di cinque anni (indispensabile però osservare le condizioni previste per la permanenza nel regime).

(Fonte "Il Sole 24 Ore")

# Condizioni odontoiatriche di erogabilità del SSN

**N**ella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 15 del 20/01/2016, è stato pubblicato, con il disaccordo delle principali associazioni e sindacati medici, il Decreto 9 dicembre 2015: "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

Il decreto che individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica,

Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare) erogabili nell'ambito del Ssn di cui al Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996 e previsto dal decreto Enti locali dell'agosto scorso contenente diverse misure di contenimento della spesa sanitaria.

Il decreto Enti locali da cui scaturisce il Decreto Ministeriale appropriatezza, prevede che le 203 prestazioni se prescritte al di fuori delle condizioni di erogabilità contemplate dal DM saranno poste a totale carico del paziente.

Il significato di questo articolo è quello di informare ed aiutare nella comprensione del decreto i colleghi

odontoiatri, dal momento che tra le prestazioni oggetto di controllo e limitazione è alto il numero di interventi odontoiatrici, senza però entrare nel merito, a mio parere, delle giuste perplessità delle associazioni mediche.

**Al momento in cui scriviamo, la Regione Toscana con una nota sospende il decreto rimandando i contenuti ad accordi in sede di Conferenza Stato Regioni.**

**L'allegato 3 indica i criteri in base ai quali sono state identificate le condizioni di erogabilità di odontoiatria.**



- a) programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva;
- b) assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

### **2. Programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva (0-14 anni)**

Premesso che la prevenzione attiva anche in tema di salute odontoiatrica ricade nella assistenza sanitaria collettiva, la prevenzione in campo odontoiatrico richiede anzitutto specifici programmi a favore della popolazione in età evolutiva. La disamina degli interventi già posti in essere a livello regionale, fanno ritenere efficace prevedere per i soggetti interessati (0-14 anni) l'attivazione di programmi che prevedano:

- a) il monitoraggio della carie e delle malocclusioni;
- b) il trattamento della patologia cariosa;
- c) la correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio (gradi 4° e 5° dell'indice IOTN (1)).

Detti interventi, tramite l'offerta attiva da parte del SSN, dovranno consentire di giungere alla diagnosi precoce delle patologie, con particolare attenzione ai bambini provenienti da contesti socio-economici problematici, segnalati come soggetti che presentano maggiori problemi di accesso alle cure necessarie (vedi di seguito vulnerabilità sociale).

Destinatari delle prestazioni: i cittadini in età evolutiva (0-14 anni).

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle, riportate nell'allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità «0-14 anni»):

- a) visita odontoiatrica: a tutti i soggetti in età evolutiva, (nella visita sono comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo)
- b) altre prestazioni riguardanti: estrazioni, chirurgia parodontale, chirurgia orale ricostruttiva, ablazione del tartaro, incappucciamento in- diretto della polpa, trattamenti ortodontici limitatamente ai minori con patologie ortognatodontiche a maggior rischio (grado 5° dell'indice IOTN) che versano in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale, ecc.

### **3. Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità**

Considerato che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 fa generico riferimento a «condizioni di vulnerabilità», occorre individuare le condizioni cliniche per le quali è necessario effettuare le cure odontoiatriche ed anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private.

Possono pertanto essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilità:

Vulnerabilità sanitaria: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;

Vulnerabilità sociale: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

#### *La Vulnerabilità Sanitaria*

Per definire le condizioni di vulnerabilità sanitaria, vale a dire le malattie o le condizioni per le quali sono necessarie cure odontoiatriche, possono essere adottati due differenti criteri:

il primo criterio (criterio «ascendente») prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali

sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labio-palatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.)

il secondo criterio (criterio «discendente») prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

Le discipline regionali intervenute su questa materia associano, in genere, entrambi i criteri, identificando platee più o meno ampie di destinatari.

Ciò premesso, la vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio «discendente»), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi «quoad vitam» del soggetto.

Destinatari: in tale ottica, sono individuabili almeno le seguenti condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave;
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

*(1) L'Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico (IOTN), ideato per stadiare la necessità di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno ad alterazioni funzionali. È raccomandato dalla British Orthodontic Society (come strumento per discriminare l'erogabilità e la priorità di trattamento ortodontico che avvenga con onere a carico del NHS), e prevede 5 classi di gravità: grado 1 – nessuna necessità di trattamento; grado 2 – insufficiente necessità di trattamento; grado 3 – casi border line; gradi 4/5 – necessità di trattamento*

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio «ascendente»), potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale.

Occorrerà comunque definire più in dettaglio, le caratteristiche e gli attributi che identificano la patologia stessa ed il periodo di concessione del beneficio (es. durata dell'assistenza post-trapianto). Inoltre, occorrerà definire in modo puntuale le modalità ed i percorsi attraverso i quali tali soggetti possano essere individuati.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità «vulnerabilità sanitaria»)

Date le premesse e la gravità delle patologie stesse, ai soggetti così definiti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

#### *La Vulnerabilità Sociale*

Può essere definita come quella condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale, che impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto

per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private.

In particolare, l'elevato costo delle cure presso gli erogatori privati, unica alternativa oggi per la grande maggioranza della popolazione, è motivo di ridotto accesso alle cure stesse soprattutto per le famiglie a reddito medio/basso; ciò, di fatto, limita l'accesso alle cure odontoiatriche di ampie fasce di popolazione o impone elevati sacrifici economici qualora siano indispensabili determinati interventi.

Pertanto, tra le condizioni di vulnerabilità sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

- a) situazioni di esclusione sociale (indigenza)
- b) situazioni di povertà
- c) situazioni di reddito medio/basso

Destinatari

È demandata alle Regioni ed alle Province autonome la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socio-economica (ad esempio indicatore ISEE o altri) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Analogamente, può essere demandata alle Regioni l'adozione di criteri più articolati (ad esempio, la previsione di determinate condizioni socioeconomiche per i soggetti affetti da patologie – croniche o rare - non incluse tra quelle che determinano la «vulnerabilità sanitaria», ovvero per altre categorie socialmente protette), in considerazione delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione interessata e delle risorse da destinare a questo settore.

L'indicatore socio-economico potrebbe essere utilizzato, inoltre, per identificare «clusters» di soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale e socio-sanitaria cui garantire alcune prestazioni gratuite ed altre erogabili con una compartecipazione crescente in funzione del reddito.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità «vulnerabilità sociale»)

Stanti le considerazioni precedentemente esposte circa l'impiego di risorse e la platea dei destinatari, a tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilità sociale devono essere almeno garantite:

1. visita odontoiatrica
2. estrazioni dentarie
3. otturazioni e terapie canalari
4. ablazione del tartaro
5. applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
6. applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto)
7. apicificazione ai soggetti 0-14 anni

#### **4. La popolazione generale**

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nella categorie di protezione indicate (tutela età evolutiva e condizioni di vulnerabilità), devono essere comunque garantite le prestazioni riportate nell'allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità «popolazione generale» e, in particolare, le seguenti:

1. visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
2. trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura).

**M. Gabriele** Prof. Ordinario Università di Pisa, Direttore U.O. Odontostomatologia e Chirurgia Orale - AOUP  
**F. Graziani** Prof. Associato Università di Pisa, Responsabile Percorso Parodontologia e Alitosi - AOUP

## Sviluppo della Campagna Sanitaria sulla Parodontite

**S**i è recentemente concluso il progetto "Periodontal disease as emergent systemic pathology: development of a new clinical unit for patients global health care" finanziato dal Ministero della Salute e la regione Toscana. Tale progetto si è incentrato primariamente sui rapporti fra parodontite e salute sistemica con lo scopo di creare un centro di riferimento clinico per poter trattare non solo la parodontite, ma intercettare patologie croniche in stato attivo o pre-clinico. A tal fine presso la U.O. di Odontostomatologia e Chirurgia Orale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana è stato sviluppato il Percorso Diagnostico-Terapeutico in Parodontologia, Alitosi e Medicina Parodontale.

Nell'ambito dello sviluppo del progetto è stato privilegiato l'obiettivo specifico di rinforzare l'importanza della salute e del benessere della popolazione Toscana realizzando una speciale campagna sanitaria. Di fondamentale importanza ai fini del progetto è stato cercare di aumentare, nella popolazione in particolare toscana, la conoscenza sulla parodontite e le sue strette relazioni con la salute sistemica. La campagna ha avuto come focus la popolazione sopra i 35 anni (l'incidenza

è fra i 35 ed i 45 anni e la prevalenza è in aumento dai 35 anni in poi passando dal 47 al 65% della popolazione). I messaggi da comunicare sono stati i seguenti:

- i denti si perdono per malattia e non per età;
- la parodontite è insieme alla carie la malattia più diffusa nel mondo;
- la parodontite, con le opportune terapie si può mettere e tenere sotto controllo;
- i soggetti con parodontite sono più affetti da patologie cardio-vascolari, diabete ed altre patologie mediche rispetto ai non affetti;
- mettendo sotto controllo la parodontite migliora anche la salute sistemica in modo significativo;
- esiste un percorso dedicato finanziato dal Ministero della Salute e dalla Regione Toscana.

L'attuazione di questa campagna ha visto più momenti e più fasi che hanno coinvolto i mezzi di comunicazione a mezzo stampa, televisiva e, come da progetto, anche l'utilizzo di forme innovative di comunicazione quali internet e social network.

A tale scopo si è creato e messo on-line il sito [www.periomed.it](http://www.periomed.it)

it che descrive il progetto e soprattutto ha permesso di fornire i contatti del Percorso di Parodontologia in AOUP. E' stata altresì creata la pagina di facebook del progetto [https://www.facebook.com/pages/Progetto-perio-medicine/1388896374676644?skip\\_nax\\_wizard=true](https://www.facebook.com/pages/Progetto-perio-medicine/1388896374676644?skip_nax_wizard=true) in cui si è provveduto a redigere dei post tesi a rimarcare i rapporti fondamentali fra salute orale e salute sistemica.

Grazie al contributo fattivo ed importante del personale dell'ufficio stampa dell'A.O.U.P si è provveduto a coinvolgere un'agenzia di comunicazione come interfaccia con i canali media. Tramite di essa si è posto attenzione alla comunicazione del percorso nelle seguenti forme che hanno portato alla creazione di un hashtag apposito "#RiconosciLaParodontite" e la comunicazione con i giornali del settore. E' stato quindi creato il banner della campagna.

E' stato inoltre preparato uno spot da proiettare non solo nelle televisioni locali che coprono l'area delle provincie di Pisa e

Campagna informativa sanitaria sul percorso in Parodontologia, Alitosi e Medicina Parodontale a cura dell'Unità Operativa di Odontostomatologia e Chirurgia Orale della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

**UNA MALATTIA TRA LE PIÙ COMUNI AL MONDO PUÒ TOGLIERTI IL SORRISO**

LA DIAGNOSI PRECOCE È ESSENZIALE: LA PARODONTITE SI PUÒ CONTROLLARE!

CAMPAGNA FINANZIATA DA

**LA PARODONTITE (O PIORREA) È INSIDIOSA! NON SOTTOVALUTARNE I SINTOMI!**

Se hai uno di questi:

- gengive che sanguinano
- gengive ritirate
- sensibilità al caldo e al freddo
- movimento dei denti
- alitosi

ESEGUI UNA VISITA DI CONTROLLO. RICORDA CHE:

- i denti non cadono per età
- chi ha la parodontite è più esposto ad alcune malattie gravi
- curando la parodontite, si ottengono anche benefici significativi per la salute generale.

ESEGUIRE DEI TEST DI SCREENING PUÒ AIUTARTI A VIVERE MEGLIO E A PREVENIRE LA CADUTA DENTALE.

[WWW.PERIOMED.IT](http://WWW.PERIOMED.IT)

Banner della campagna

quelle limitrofe, ma anche nei cinema della città e canali televisivi locali. A tal scopo sono stati effettuati tre speciali a Canale 50 di 15 minuti e 3 a telegranducato di 45' per poter sviluppare la tematica della parodontite divulgandola alla popolazione.

Tale banner ha costituito il tramite visivo della campagna e come tale è stato aggiunto agli articoli su giornali e post su facebook. I canali stampa utilizzati sono stati il Tirreno (una tiratura di 136000 copie in provincia) e la Nazione, i quotidiani più letti nella nostra regione ed in particolare nelle provincie di Pisa, Lucca e Livorno. Gli articoli hanno previsto un format basato su domanda e risposta con linguaggio semplice e comprensibile da poter ripetere anche su più uscite.

diabete, le malattie cardiovascolari e infine l'osteoporosi (scaricabile da [http://www.popsoci.it/speciali/20151021\\_speciale\\_salute\\_orale/rivista.pdf](http://www.popsoci.it/speciali/20151021_speciale_salute_orale/rivista.pdf)). Il volume è stato diffuso in 31.000 copie digitali, 1.500 copie in cartaceo. Inoltre 50.000 copie specifiche dell'intervista con la presentazione del progetto sono state diffuse anche in edicola all'interno del numero dicembre 2015.

Il target della campagna stabilito da progetto non è stato solo la popolazione, ma anche i sanitari al fine di diffondere il concetto di correlazione fra salute sistemica e salute orale. Per ciò che riguarda questa categoria l'azione di diffusione si è incentrata sulla diffusione del percorso diagnostico-terapeutico in Parodonto-

tra fra malattie gengivali e salute sistemica. Si è tenuto inoltre un corso FAD, riservato a Medico Chirurghi, Farmacisti ed Odontoiatri della durata di circa 1 ora nell'ambito dei programmi "Dental Accademy" dal titolo "Odontostomatologia: salute orale, importanza della prevenzione e correlazione con malattie sistemiche". In tale corso è stato evidenziato il ruolo della parodontite ed i suoi rapporti con altre patologie sistemiche con particolare focus alle patologie cardio-vascolari ed al diabete. Gli iscritti al corso sono stati 3563 utenti ed il corso è stato Completato con successo da 2545 utenti. Di questi sono stati registrati 698 Odontoiatri, 1071 Farmacisti e 922 Medici. Sono stati inoltre pubblicati 4 articoli sulla rivista Dental Tribune sempre incentrate sui rapporti tra malattie gengivali e salute sistemica. Il primo si focalizzava sul razionale di collegamento, il secondo sui rapporti fra parodontite e malattia cardio-vascolare, il terzo con il diabete ed infine il quarto sull'associazione con altre patologie sistemiche quali obesità, artrite reumatoide e nefropatie (Fig. 16).

In conclusione, nell'ottica della prevenzione e promozione della salute, ivi compresa quella orale, questo nostro progetto rappresenta un importante fattore di crescita socio-culturale che si basa su interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di diversi specialisti (odontoiatri, igienisti dentali, cardiologi, diabetologi, reumatologi...). Si ritiene quindi, che la campagna sanitaria abbia fortemente contribuito ad iniziare un'affidabile processo di consapevolezza nella popolazione nella speranza che coloro che si rivolgeranno all'Odontoiatria possano trovare le giuste risposte per incrementare la loro ritenzione dentaria e salvaguardare così la salute del cavo orale ed in concomitanza quella sistemica generale.



Articolo "Il Tirreno"

Sono state anche considerate riviste a più ampia diffusione sul territorio nazionale. Pertanto è stata inviata la richiesta di pubblicazione a numerose riviste divulgative nel settore del benessere. Fra queste si segnalano le seguenti riviste: "Come Stai", "For Man", "OK Salute e Benessere" Tali articoli hanno avuto la forma di domanda e risposta con tono molto informale ed esplicativo. E' uscito infine un importante volume di "Popular Science" completamente dedicato alla Periomedicine con un'intervista al Prof. Graziani con la presentazione del percorso. Il fascicolo di 64 pagine consta di più sezioni comprendente la salute orale, la carie, la parodontite, il

logia, Alitosi e Medicina Parodontale di AOUP. Oltre alle vere e proprie pubblicazioni scientifiche in estenso, prodotte durante il periodo in oggetto e già citate, a tal fine si sono utilizzati canali quali la televisione, relazioni congressuali e le pubblicazioni a carattere divulgativo seppur in riviste professionali. Il mezzo televisivo di scelta è stato il canale SKY "440 Doctor's life". Tale canale è visibile solo a professionisti in quanto il decoder è accessibile solo dopo registrazione tramite numero d'iscrizione all'ordine dei Medici e degli Odontoiatri. Sul canale è andata in onda un'intervista ripetuta fino a dicembre 2013 della durata di 16 minuti e incentrata sui rapporti esisten-

# Carcinoma del colon - retto: guaribili, forse, le metastasi

**N**egli ultimi anni la terapia del tumore del colon-retto metastatico ha vissuto una rapida evoluzione con un netto miglioramento della prognosi e della guarigione. La sopravvivenza media ha subito un incremento negli ultimi vent'anni, passando da 12 mesi nell'era in cui la chemioterapia a base di 5-fluorouracile era lo standard, a circa 30 negli studi clinici degli ultimi due anni.

Il raggiungimento si è concretizzato per l'ampliamento delle opzioni di trattamento sistemico disponibili e la possibilità di integrare, in casi selezionati, i trattamenti con tecniche chirurgiche radicali. Gli avanzamenti che si sono realizzati parallelamente in ambito medico, con il contributo di terapie sistemi-

che sempre più efficaci ed in ambito chirurgico, con il perfezionarsi di tecniche che hanno reso operabile quanto prima non era aggredibile chirurgicamente, hanno rivoluzionato la prospettiva. Si è passati dall'esclusiva palliazione alla possibilità di guarigione, obiettivo perseguibile in pazienti selezionati, anche in presenza di metastasi.

Caso emblematico è la malattia metastatica limitata al fegato, in cui scenari clinici con differente esordio richiedono strategie terapeutiche diverse che possono perseguire uno scopo curativo. Esistono casi in cui la malattia epatica può essere da subito aggredita chirurgicamente (*"easily resectable"*, circa il 15% dei casi), con due approcci: chirurgia epatica d'emblée,

seguita da un trattamento chemioterapico post-operatorio ad intento adiuvante oppure medica in fase pre- e post-chirurgia epatica, secondo la strategia "peri-operatoria". Diversi sono i casi in cui la resezione delle metastasi è fattibile in principio, ma sensata solo dopo aver ottenuto un controllo della malattia complessiva e quelli in cui la malattia inizialmente non resecabile può diventarla dopo un trattamento sistemico che garantisca una riduzione del carico di malattia (*"potentially resectable"*, circa il 35% dei casi) da consentire un intervento chirurgico radicale. E' importante definire a priori la cosiddetta "resecabilità" della malattia metastatica: è imprescindibile chiedersi se la guarigione



---

può essere un obiettivo perseguibile, per non essere rinunciati in partenza, e se, nel caso in cui l'intervento potesse avere delle finalità

curative, con le armi della terapia medica possiamo permettere o, in alcuni casi, agevolare la strada chirurgica. E' indiscutibile oggi

l'importanza della gestione multidisciplinare della neoplasia coloretale. Lo stretto dialogo tra diverse figure, come l'oncologo, il chirurgo



ed il radiologo, è cruciale per una scelta della strategia diagnostica e terapeutica da seguire nel singolo caso. L'integrazione di diverse competenze medico-chirurgiche è garanzia di qualità ed efficienza del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale.

Circa l'evoluzione del trattamento medico, le tappe più importanti nell'ultimo decennio sono l'avvento dei farmaci cosiddetti "biologici" od a bersaglio molecolare e l'introduzione della selezione molecolare nella pratica clinica.

Fino a dieci anni fa, l'unica opzione nel trattamento di prima linea era la chemioterapia, rappresentata da tre soli farmaci citotossici (fluoropirimidine, irinotecano e oxaliplatino). Ora abbiamo farmaci biologici che interferiscono con diverse vie di segnale, tanto fondamentali per la crescita tumorale da rendere la loro inibizione una strategia di successo: quella angiogenica, tra cui il principale mediatore è VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), verso cui è diretto l'anticorpo monoclonale bevacizumab, e quella a valle del fattore di crescita epidermico (EGFR, Epidermal Growth Factor Receptor), con cui interferiscono gli anticorpi monoclonali cetuximab e panitumumab. Il trattamento standard prevede l'associazione di una combinazione di farmaci citotossici con un farmaco a bersaglio molecolare.

Parallelamente, la ricerca traslazionale, sostenuta dall'introduzione di nuove tecnologie di biologia molecolare, ha contribuito alla personalizzazione dei trattamenti oncologici e all'ottimizzazione delle cure. L'attenzione si è rivolta ad identificare potenziali biomarcatori molecolari che potessero a priori predire il beneficio o la resistenza intrinseca ad una specifica categoria di farmaci, al fine di ottimizzare l'utilizzo, in termini di costi economici e di tossicità p. In prospettiva, il passo più importante è stato l'utilizzo degli anticorpi anti-EGFR: a seguito dell'osservazione dell'inefficacia di questi agenti nei pazienti i cui tumori presentano

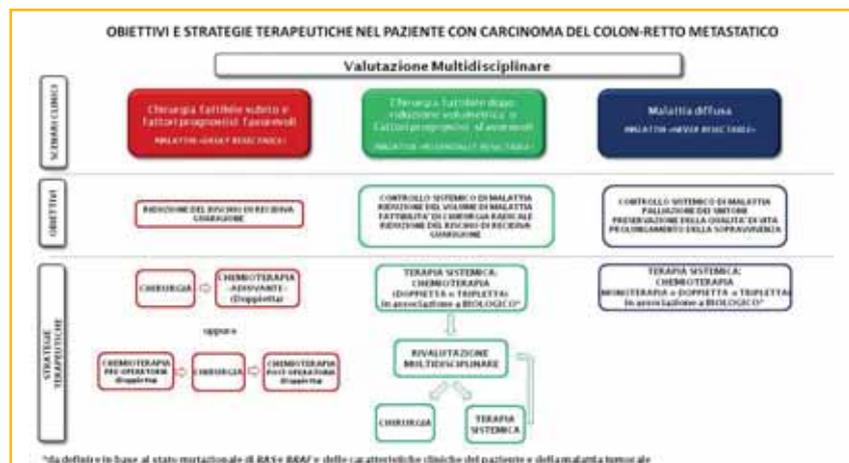
mutazioni a carico della famiglia di geni *RAS*, l'utilizzo dei farmaci anti-EGFR è stato ristretto ai pazienti che non presentano tali mutazioni, definiti "*RAS* wild-type". Mentre per i pazienti con tumori *RAS* mutati, l'antiangiogenico bevacizumab è l'unico farmaco biologico a disposizione per la prima linea di trattamento, per i pazienti con tumori *RAS* wild-type la scelta può ricadere sia su bevacizumab che su un farmaco diretto contro EGFR.

Se da un lato l'identificazione del "migliore farmaco biologico" per ogni singolo paziente è controversa aperta, dall'altro evidenze forniscono punti fermi nella scelta della "migliore chemioterapia", offrendo la possibilità di modulare l'intensità del trattamento chemioterapico di prima linea ed ampliando le possibili opzioni, oltre la doppietta convenzionale, con strategie di depotenziamento e di intensificazione, che prevedono l'uso rispettivamente di uno solo o tre chemioterapici insieme. La valutazione del paziente (comprendente età, condizioni generali, comorbidità, motivazione e aspettative personali), piuttosto che dello stato mutazionale dei geni *RAS* o della resecabilità della malattia metastatica, deve essere l'elemento all'apice della checklist nella scelta del primo trattamento di ogni paziente con tumore del colon-retto in stadio avanzato. Ed è la strategia d'intensificazione del trattamento, con la somministrazione contemporanea dei tre citotossici attivi secondo

lo schema FOLFOXIRI in combinazione a bevacizumab, che si è dimostrata superiore alla doppietta chemioterapica sempre in associazione all'antiangiogenico nello studio di fase III TRIBE, pubblicato lo scorso anno sulle pagine del New England Journal of Medicine. Da questa esperienza italiana, coordinata dall'Oncologia Medica di Pisa, è che l'uso di una terapia intensiva consente di ottenere un ottimo controllo di malattia, che si concretizza sia nella possibilità di convertire a resecabile una malattia metastatica inizialmente non agredibile chirurgicamente, offrendo quindi delle chances curative, sia in un significativo beneficio in sopravvivenza complessiva, che nello studio in circa un 20% dei casi si mantiene a lungo termine fino a 5 anni dall'inizio del trattamento.

Il miglioramento della prognosi trova ragione nel più recente ampliarsi del ventaglio di terapie, inteso come introduzione di nuove molecole attive. Negli ultimi due anni, nuovi farmaci (regorafenib e TAS-102) hanno dato risultati promettenti, dimostrando di essere efficaci nel controllare la malattia metastatica nelle sue fasi più avanzate.

Si rafforza l'importanza di strategia terapeutica intorno al paziente con un approccio multidisciplinare allo scopo di personalizzare il trattamento sulla base delle caratteristiche del paziente stesso, del tumore e della malattia nel suo complesso e le speranze di ulteriori miglioramenti nella prognosi.



# Sistema ECM: questo sconosciuto

**L'**ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale.

Il progetto ha inizio nel 2002 con il DLgs 502/1992, successivamente integrato dal DLgs 229/1999, i quali avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità.

Con l'entrata in vigore della legge Finanziaria 2008, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, fino ad allora competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

La nuova fase dell'ECM si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali. I soggetti interessati sono *"tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi dunque i liberi professionisti"*.

Il sistema ECM è uno strumento volto a garantire la formazione continua e migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed a supportare i comportamenti degli operatori sanitari con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza,

sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale. Il sistema ECM riguarda anche i liberi professionisti, che possono trovare in esso un modo per formarsi in modo continuo e uno strumento di attestazione della propria riqualificazione professionale.

Gli Ordini Professionali si collocano all'interno del sistema quali soggetti del tutto legittimati ad esercitare una propria funzione di responsabilità e garanzia dei professionisti e delle attività da questi svolte verso i cittadini. I crediti formativi attestati ai professionisti della Sanità da un provider accreditato a livello nazionale o regionale, hanno valore nazionale.

## Obblighi formativi per il triennio in corso 2014-2016

Vediamo adesso quali sono i punti chiave emanati dalla commissione nazionale per la formazione continua per il triennio 2014-2016.

1. L'obbligo formativo standard per il triennio 2014-2016 è pari a 150 crediti formativi.
2. È prevista la possibilità per i professionisti sanitari per il triennio 2014-2016, in virtù della formazione effettuata nel triennio precedente (2011-2013), di avvalersi di una riduzione fino a 45 crediti.
3. L'obbligo formativo individuale è determinato all'inizio del triennio sottraendo dall'obbligo formativo standard le riduzioni calcolate secondo la tabella sotto riportata.
4. Fermo restando l'obbligo di con-

seguire 150 crediti formativi nel triennio, i liberi professionisti hanno la possibilità di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera flessibile.

Al termine del triennio 2014-2016, il professionista sanitario può richiedere i seguenti documenti:

- a) attestato di partecipazione al programma ECM;
- b) certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo.

I documenti di cui sopra sono rilasciati per i Medici Chirurghi e per gli Odontoiatri dagli Ordini Professionali.

## Regole applicative

Il professionista sanitario dovrà acquisire, ogni anno del triennio, un ammontare di crediti ECM compreso in un *range* che va da un minimo del 50% ad un massimo del 150% dell'obbligo formativo annuo. È consentito a tutti i professionisti sanitari di assolvere l'intero debito formativo anche mediante formazione a distanza (FAD).

Si ricorda inoltre che non solo i discenti ma anche ciascun docente, tutor e relatore può acquisire crediti ECM durante gli eventi formativi con alcuni limiti (si raccomanda di consultare la normativa specifica per i dettagli).

## Esoneri ed esenzioni

Vengono riconosciuti alcuni periodi di esenzione e di esonero. A titolo non esaustivo, si riportano alcu-

Crediti acquisiti nel triennio 2011-2013	Fabbisogno triennale 2014-2016	Fabbisogno annuale 2014-2016
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5
Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5



ni esempi: i medici e gli odontoiatri che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese.

Sono altresì esonerati per l'intero obbligo formativo individuale annuale ECM i professionisti sanitari che frequentano i seguenti corsi di formazione post-base aventi carattere certificativo:

- diploma di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari di primo e secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno
- corso di formazione specifica in medicina generale.

La frequenza di corsi universitari diversi da quelli sopraelencati dà diritto all'esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese.

I giorni di frequenza possono anche essere non continuativi e cumulabili nell'anno di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di formazione a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di formazione a maggio. Tale periodo dà diritto a 4 crediti ECM.

I crediti acquisiti durante i periodi di esenzione ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo, non sarà quindi utile al fine raggiungimento di quota 150 crediti raccogliere crediti ECM durante specializzazione o corso di formazione specifica in medicina generale.

#### **Formazione individuale svolta all'estero**

I crediti ECM per la formazione individuale all'estero possono essere acquisiti entro il 50% dell'obbligo formativo triennale individuale, comunque nel limite massimo di 75 crediti. La certificazione dei crediti all'estero si effettua in base alle seguenti linee operative: nel caso in cui nella documentazione prodotta dallo stesso sia indicato il numero dei crediti, si applica il criterio della riduzione del 50% fino ad un massimo di n. 25 crediti ECM. Mentre nel caso in cui siano indicate le ore di formazione, si applica il criterio di un credito ECM per ora di formazione, per poi riconoscere il 50% dei crediti risultanti fino ad un massimo di n. 25 crediti ECM. Se la formazione supera le 50 ore, viene considerato comunque un limite massimo di 50 crediti formativi ad evento, a cui si applica la riduzione del 50%.

#### **Verifica dei crediti acquisiti**

Registrandosi al sito internet della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (<http://ape.agenas.it>) ed accedendo alla propria area personale "myECM" si potrà monitorare online la propria situazione formativa per quanto riguarda i crediti acquisiti. Su myECM il professionista può:

- verificare l'ammontare dei crediti E.C.M. suddivisi per anno e tipologia di offerta formativa (formazione a distanza, residenziale e sul campo);
- consultare un elenco degli eventi formativi per i quali ha conseguito crediti, contenente tutte le informazioni relative a ciascuno di essi;
- consultare un elenco di eventi di prossimo svolgimento, filtrato in maniera automatica dal sistema sulla base delle discipline associate.

Alternativamente è possibile visualizzare la propria posizione iscrivendosi al sito del Consorzio di Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it).

Si invitano quindi tutti gli iscritti a verificare il proprio status dato che siamo ormai giunti all'ultimo anno del triennio in corso. Per ogni ulteriore dettaglio si rimanda alle determinate adottate dalla CNFC e alla normativa disponibile sul sito ECM/Age.Na.S. in materia di attribuzione e calcolo dei crediti.

## Parkinson: nuovi farmaci. Pisa nella ricerca europea

**L**a Malattia di Parkinson (MP) è una patologia neurodegenerativa definita da rigidità, bradicinesia e tremore e causata da una carenza di dopamina nei Nuclei della Base. E' un disturbo neurologico complesso in cui il riconoscimento, relativamente recente, di una serie di sintomi non motori come parte integrante, e spesso prodromica, della malattia, trova in parte una spiegazione nel coinvolgimento patologico, accanto a quello della via dopaminergica nigro-striatale, di altri sistemi neurali anche periferici come i plessi di Meissner e Auerbach nell'intestino.

La dinamicità delle concettualizzazioni relative alla malattia, la varietà di sottotipi che si vanno delineando come ad esempio forme benigne a lenta evoluzione accanto a forme rapide con precoce comparsa di declino cognitivo va di pari passo con l'interesse sul piano della ricerca terapeutica nei riguardi di questa condizione che interessa più di 6 milioni di pazienti nel mondo.

La Neurologia di Pisa vanta una lunga tradizione nella diagnosi e nel trattamento di questa patologia e di quelle correlate (parkinsonismi, corea, distonia) con un Centro Regionale riconosciuto a livello inter-

nazionale che vanta volumi di attività intorno alle 2000 visite/anno per circa 1500 pazienti in follow up attivo. Il gruppo di ricercatori clinici sta portando importanti contributi diagnostici avvalendosi della collaborazione con Neuroradiologi e Medici Nucleari per l'imaging con RM a 3 e 7 T (2 apparecchi in Europa) e con PET e SPET: pochi mesi fa si è tenuto a Pisa il Corso Internazionale della Società Internazionale del Parkinson sul ruolo del neuroimaging in questa patologia. L'altra eccellenza è rappresentata dall'esperienza ormai trentennale nella terapia farmacologica testimoniata





dalla presenza pisana nel panel che ha redatto le linee guida europee e dai numerosi trials clinici internazionali sui nuovi farmaci in cui Pisa è coinvolta.

Attualmente, nella terapia del parkinson un ruolo importante è giocato dagli inibitori delle MAO-B, come rasagilina e selegilina, che aumentano la disponibilità cerebrale della dopamina endogena e che hanno però un modesto effetto sintomatico controbilanciato da un possibile effetto neuroprotettivo (sono potenti antiossidanti) di rallentamento della progressione di malattia. Il cardine è rappresentato da farmaci sintomatici che aumentano la concentrazione di dopamina nel cervello (levodopa) o che vanno a stimolare direttamente i recettori dopaminergici (dopaminoagonisti); questi si accompagnano ad una serie di possibili effetti collaterali comportamentali (dopaminoagonisti) e motori (levodopa) che richiedono un sapiente monitoraggio. In particolare problematica è la comparsa delle complicanze motorie rappresentate dalle fluttuazioni on/off (con progressiva prevalenza delle fasi OFF definite dalla riemergenza dei sintomi parkinsoniani) e dai movimenti involontari o discinesie, entrambi inevitabili dopo alcuni anni di terapia anche in relazione all'evoluzione progressiva naturale della malattia; ne consegue un graduale restringimento della finestra terapeutica con necessità di continui

aggiustamenti.

Nuovi trattamenti farmacologici e/o nuove modalità di somministrazione sono stati sviluppati per superare i limiti intrinseci dei farmaci attualmente disponibili e di soddisfare le necessità cliniche dei pazienti nelle varie fasi. Tra le nuove molecole, in fase più avanzata di sviluppo clinico, vi sono: gli antagonisti del recettore adenosinico quali l'Istradefillina (già in commercio in Giappone) e il Tozadenant che hanno dimostrato di ridurre le fasi di off motorio dei pazienti con fluttuazioni, andando indirettamente a potenziare il segnale dopaminergico. Questi farmaci sono dei derivati della caffeina epurati di alcuni effetti negativi della caffeina stessa che da tempo si consiglia di assumere ai pazienti sotto forma di caffè o tè. Analoghi risultati preliminari sono stati forniti dall'Opicapone, appartenente alla categoria dei farmaci inibitori delle COMT (enzimi coinvolti nel metabolismo della dopamina tra cui il noto Entacapone), il cui meccanismo d'azione è di ridurre la degradazione periferica della levodopa aumentandone l'emivita. Un nuovo farmaco, ormai prossimo alla disponibilità in Italia, è Safinamide; sintetizzato negli anni 70 da alcuni chimici di scuola pisana che lavoravano in Farmitalia, solo da una decina d'anni è stato scoperto il suo effetto di inibitore altamente selettivo e reversibile delle MAO-B come rasagilina e selegilina; Safi-

namide ha anche un'azione non-dopaminergica (agisce sul sistema del glutammato) rivelandosi capace di migliorare lo stato motorio ed esercitare un'influenza positiva sulle discinesie. Vi sono promettenti formulazioni di levodopa che puntano a superarne i limiti farmacocinetici e farmacodinamici, ottimizzandone le potenzialità a livello centrale: è il caso dell'IXP66 da poco approvato in USA con il nome di Ritary, che combina la componente sia a rilascio immediato che prolungato della levodopa, così da prospettare un'efficacia maggiore grazie ad un'azione più rapida ed estesa nel tempo. Inizierà a breve uno studio di fase 2 con una levodopa riformulata da un'azienda farmaceutica israeliana: questa nuova formulazione del tutto segreta prevede la somministrazione continua di levodopa per via transdermica con una piccola pompa portatile della grandezza di un telefonino: la nuova risorsa potrebbe cambiare il destino di pazienti in fase avanzata che presentano fluttuazioni dei sintomi motori e discinesie; la somministrazione sottocutanea continua potrebbe assicurare livelli stabili nel plasma e nel cervello di levodopa riducendo sia le fluttuazioni che le discinesie come si può ottenere con la pompa di infusione duodenale (Duodopa), metodo di gran lunga invasivo e non privo di complicanze.

Una delle sfide più importanti resta quella di perseguire una terapia "disease-modifying", che possa impattare il processo neurodegenerativo di base, rallentandolo o arrestandolo; una serie di potenziali bersagli molecolari sono stati individuati; tra questi l' $\alpha$ -sinucleina, il cui accumulo intracellulare rappresenta un "marchio" patologico di malattia, stimola grande interesse e sono allo studio strategie di immunoterapia-anticorpi monoclonali- con l'obiettivo di neutralizzarla i risultati di due studi di fase 1 che hanno mostrato una buona tollerabilità fa intravedere la possibilità di studi di fase 2 nei quali anche il Centro di Pisa dovrebbe essere coinvolto.

---

# 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*

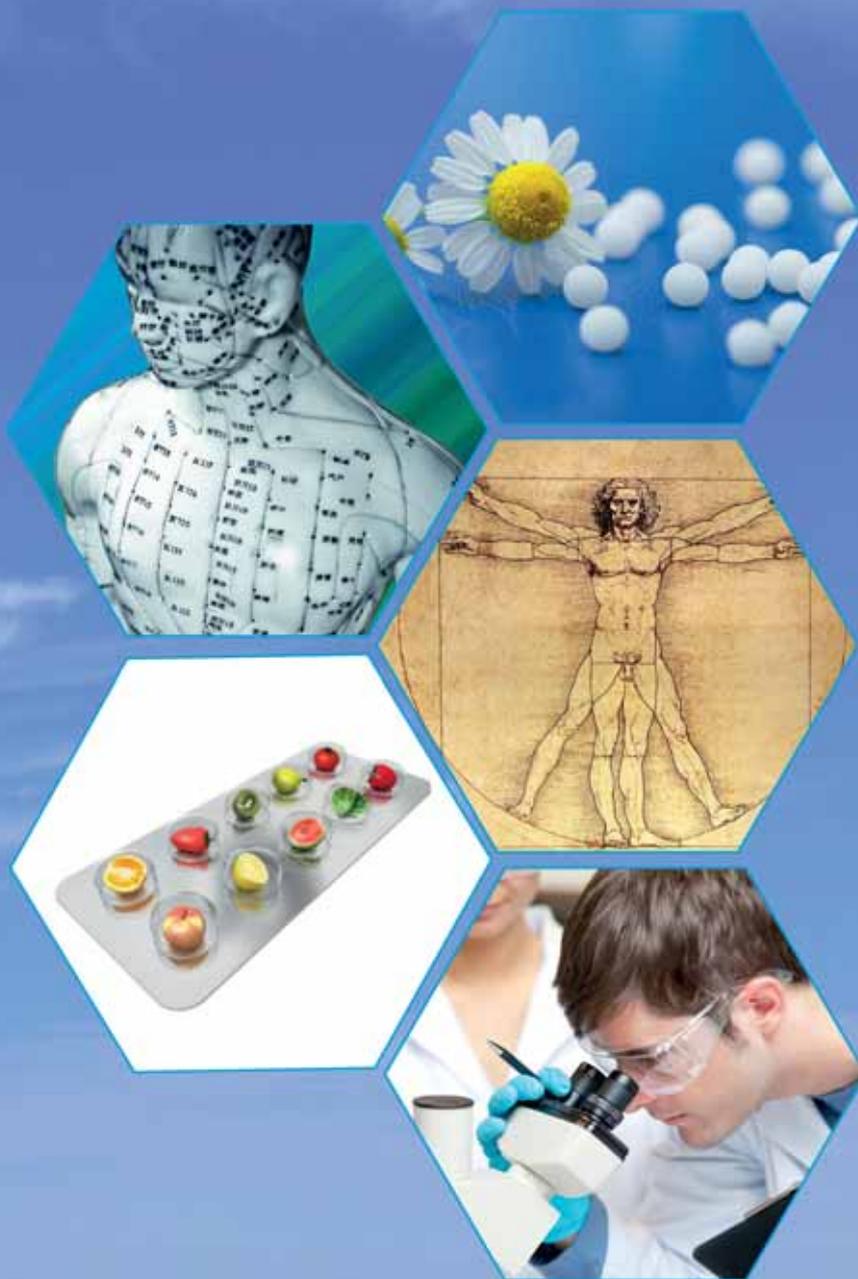
*BCC Ag. 19*

*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**