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:

La giornata del medico

D. Giugliano
Giornalista

Pisa odontoiatrica news

Commissione dell'Albo degli Odontoiatri di Pisa

Dialisi e territorio: nuove prospettive

G. Grazi - B. Catania - G. Manca Rizza
M. Meriggioli - A. Kanaki
Nefrologia e Dialisi Ospedale "Lotti" Pontedera

numero 77 Novembre - Dicembre 2016

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_2 (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

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Insieme, contro ogni violenza

Contro ogni violenza, in qualunque forma essa si manifesti. E' sempre stato e sempre sarà il nostro compito prioritario e, soprattutto, il nostro dovere morale. Davanti ad un fenomeno dilagante ed inarrestabile, è nostro preciso impegno alzare il livello d'attenzione nel rapporto con ogni paziente, interpretare con professionalità anche taluni aspetti o segnali marginali oppure semplici sfumature che possano indurre a sospettare una condizione di violenza, di sopruso indipendentemente dall'età o dal sesso e poi compiere sollecitamente gli opportuni passi e prendere con decisione i necessari provvedimenti.

I numeri sono purtroppo indiscutibili. Ma una cosa è certa. Le conseguenze di una violenza sono una malattia alla pari delle altre e dunque dobbiamo trovare il modo, anche a livello organizzativo e di Ordine professionale, di promuovere iniziative valide ed idonee di tutela. La realtà legislativa e i tempi della burocrazia non ci sostengono nel nostro percorso. Non per questo, la nostra azione deve venire meno. Il Codice Deontologico - lo ricordiamo con forza e determinazione - sottolinea un concetto importante ed indelebile: il dovere di sostenere i soggetti fragili e tale è chi sia vittima di violenza.

Ci associamo dunque alle proposte della Federazione e promuoveremo, assieme, percorsi d'informazione e di sensibilizzazione per far fronte a questa piaga umana e sociale. Lo dobbiamo a quel Giuramento che abbiamo fatto un giorno, lo dobbiamo ai nostri pazienti che ci danno ogni giorno la loro fiducia, lo dobbiamo ai giovani colleghi che si apprestano ad iniziare un compito impegnativo. Siamo dunque loro d'esempio. E' il primo insegnamento. Sicuramente, non lo dimenticheranno per un mondo migliore.

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 Buccianti, 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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
concessa da G.M. Pileri

Pisa Medica Online

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

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

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

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

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

D. Giugliano Giornalista

La giornata del medico

La Sanità pisana si coniuga sempre più al femminile. E' questo il dato più significativo emerso nel corso dell'annuale "Giornata del Medico" , alla presenza di un consistente numero di professionisti del settore: medici di base, ospedalieri, universitari, odontoiatri, iscritti all'Ordine di Pisa, il secondo per grandezza, dopo quello di Firenze. Un trend nazionale che

Momenti della giornata

Momenti della giornata

Si ringrazia Vincenzo Pennè per le foto pubblicate nel presente articolo

non sembra arrestarsi, che vede il gentil sesso acquisire ruoli di prestigio soprattutto all'interno del Servizio Sanitario Pubblico. Pisa non è da meno come si evince dai numeri forniti durante l'evento di presentazione dei nuovi iscritti. Agli attuali 4126 i si vanno ad aggiungere gli adesso 114 new entry, che proprio in questa giornata hanno vissuto l'emozionante momento della declamazione corale del "Giuramento d'Ippocrate". Ovviamente, un coro decisamente al femminile, composto da 69 donne e 45 uomini. Pisa, che è città universitaria e la Medicina ha un ruolo primario, questa tendenza è ancor più netta. Si parla di un rapporto di 2 donne per ogni uomo iscritto sia ai corsi di Laurea che in quelli di specializzazione". Un cambiamento epocale, il cui costante andamento cronologico si è evidenziato durante la consueta consegna delle medaglie d'oro (50anni di Laurea) e d'argento (25 anni di Laurea). Oro a 24 uomini e 2 don-

Intervento dell'On. Federico Gelli

Il giuramento di Ippocrate

ne, argento a 48 uomini e 41 donne. Tutta maschile, ma ancora per poco, la cerimonia della consegna delle targhe alla carriera, assegnate al prof. Generoso Bevilacqua, al dott. Vittorio Taccini, al dott. Paolo Graziani e al dott. Ugo Baicchi. Non solo premi e dati statistici per questo evento che conserva sempre e comunque il suo aspetto socializzante tra vecchie e nuove generazioni, ma anche e soprattutto un importante momento di riflessione su tematiche legate alla professione. Il tema di quest'anno, decisamente attuale "Responsabilità civile e penale del Medico", è stato relazionato dall'on. Federico Gelli, iscritto all'Ordine di Pisa in quanto medico e promotore un disegno di Legge che mira a far definitiva chiarezza tra colpe reali e quelli che sempre più appaiono quali autentici tentativi di estorsione nei confronti di medici, aziende sanitarie e compagnie assicuratrici. Una situazione a dir poco incresciosa causata dal sofisticato sistema giuridico italiano che ha determinato e sostiene la cosiddetta **medicina difensiva**. L'incidenza percentuale dei costi della medicina difensiva sulla spesa totale si attesta a11'11,8%; ciò incide sulla spesa sanitaria pubblica per 0,75 punti di P/L, poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo. La medicina difensiva, inoltre, non è solo una prerogativa ospedaliera, ma coinvolge anche i medici di famiglia che subiscono sempre di più accuse, vere o presunte, di malasanità.

Il presidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri, Giuseppe Figlini, è stato insignito dal Presidente della Repubblica della "Benemerenza alla Sanità Pubblica". Il prestigioso riconoscimento, che negli ultimi due anni non era stato attribuito a nessuno, corona la lunga ed attivissima carriera del medico pisano, alla guida dell'Ordine da ben quattro mandati, a dimostrazione della stima e fiducia che riscuote tra i colleghi. "E' una notizia – dice Figlini – che mi ha fatto oltremodo felice, molto di più del cavalierato e la commenda ricevuta negli anni passati. Credo che per un medico, ricevere un attestato per il lavoro svolto in tanti anni per migliorare la Sanità Pubblica, sia il miglior premio per la proprio attività". Un percorso professionale, quello di Figlini che prende avvio quale medico condotto nel Comune di Montopoli Vald'Arno, per passare poi all'esperienza di Ospedaliero al "Lotti" di Pontedera ed infine quale Medico di Famiglia a Cascina. Attratto dal mondo sindacale e sociale, Figlini, nel 1994 diviene Segretario Generale Provinciale della Fimmg, unitamente alla vicepresidenza regionale. Tra gli altri innumerevoli incarichi rivolti alle politiche per il paziente, tiene in particolar modo al suo ruolo nell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale, e a quello che lo vede protagonista nel Comitato di Bioetica e del Comitato di sperimentazione farmaci dell'Aoup. Attualmente ricopre anche il ruolo di consigliere nazionale nel Cda dell'Empam. A lui si deve il forte impulso alla Medicina Territoriale con l'avvio, nel 1996, della prima esperienza nazionale dell'Assistenza Domiciliare Integrata Oncologica, realizzata in sinergia con Ospedale, Asl, Amministrazione Comunale e associazioni di volontariato. Due anni più tardi, progetta e realizza con il gruppo di lavoro già attivo in Adi "L'Ospedale di Comunità", che si aggiudica tra 287 concorrenti il prestigioso premio nazionale "Andrea Alesini", assegnato dal Tribunale per i Diritti del Malato, per la Buona Sanità. "Ho sempre pensato – dice Figlini parlando dell'Adi – che fosse possibile curare il paziente oncologico a casa propria. Naturalmente dovevamo creare una rete che sostituisse in toto le pratiche ospedaliere, ecco quindi la necessità del supporto delle associazioni di volontariato, di infermieri professionali e di medici di famiglia"

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

Barsotti Antonio, Bolcioni Giancarlo, Carnevali Carlo, Cervetto Luigi, Cristiani Giustino, Davini Paolo, Donati Gervasio, Favilla Alfio, Fenzi Gianfranco, Filorizzo Gian Salvatore, Gentile Franco, Ghetti Bernardino, Giuliani Luicio, Mannocci Alfredo, Martino Enio, Mosca Franco, Piccolo Stefano, Pieri Luciano, Placidi Gianfranco, Riboni Maria Grazia, Salvadori Graziano, Scasso Antonio, Sedlacek Margherita, Teti Giuseppe

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

dott. Ugo Baicchi

Laureato nel 1970 con successiva specializzazione in Malattie del Tubo Digerente, del Ricambio e del Sangue si è occupato fin dal 1973 della Studio e la Terapia dell'Emofilia e delle Malattie Emorragiche e Trombotiche presso il centro allora ubicato in Santa Chiara contribuendo all'organizzazione del Centro stesso, che in breve diviene uno dei più quotati in Italia con collaborazione ed interscambio con analoghe strutture della Francia e dell'Inghilterra.

Dal 1978 al 2009 ha espletato la sua attivtà come assistente, aiuto e infine direttore del centro trasfusionale che nel tempo assunto la denominazione di U.O.C. immunoematologia. In tali veste ha compiuto:

- studi sulla metodologia di allestimento del crioprecipitato, organizzandone la produzione da gruppi di donatori selezionati in base alla maggiore concentrazione del Fattore VIII circolante

- organizzazione del servizio di aferesi terapeutica, divenuto centro di riferimento regionale e in particolare all'impiego nelle alle sindromi da iperviscosità cellulare (policitemie e poliglobulie) e al danno tissutale da sovraccarico di ferro (emocromatosi ed ipersiderosi). Le ricerche condotte su questa malattia lo porteranno ad essere uno dei primi autori a segnalarne in letteratura il legame patogenetico con l'ipersiderosi epatica e con l'infezione da HCV.

- un originale programma di interventi a supporto dell'attività di trapianto epatico dell'AOP, mediante il quale vengono realizzati: il monitoraggio immunoematologico del paziente, il sostegno al trapianto mediante le tecniche della plasmaferesi, foto aferesi e soprattutto la pronta disponibilità di emocomponenti ed emoderivati, idonei per quantità e qualità a rendere possibile l'efficace impiego di tutte le donazioni

- la raccolta delle cellule staminali circolanti da donatori e da pazienti sia adulti che in età pediatrica, dei granulociti e dei concentrati piastrinici ad elevata concentrazione e purezza per il supporto ai trapianti di midollo, nonché i trattamenti dei pazienti con GVHd mediante fotoaferesi.

Dal 1999 al 2001 ha diretto il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per le attività trasfusionali, ammodernando le attrezzature e la rete informativa delle strutture trasfusionali toscane.

Ha partecipato come consigliere prima e tesoriere poi all'attività del nostro ordine curando la gestione delle risorse finanziarie dando impulso alle attività formative e disciplinari.

E' autore di numerose pubblicazioni di ematologia, emostasi e medicina trasfusionale su riviste nazionali ed estere e di comunicazioni a congressi nazionali ed internazionali.

Negli anni della sua professione si è assistito al graduale trapasso dalla medicina tradizionale fondata soprattutto sull'intuizione clinica alla medicina attuale fondata sulla superspecializzazio-

ne e ha sicuramente contribuito in maniera fondamentale al passaggio dalla tradizionale disciplina trasfusionale alla più avanzata concezione di una nuova scienza medica: la Medicina Trasfusionale, basata sui principi del trasferimento biologico efficace, sicuro ed articolata in più settori di alto livello scientifico, tecnico ed operativo.

prof. Generoso Bevilacqua

Generoso Bevilacqua è nato a Foggia il 2 Gennaio del 1947.
Dopo il diploma di Liceo Classico a Foggia, viene ammesso al Collegio Medico-Giuridico della Scuola Normale Superiore, che diventa poi parte della Scuola Superiore S. Anna.Nel 1971 si laurea in Medicina e Chirurgia, con lode, presso l'Università di Pisa. Nel 1976 consegue il diploma di Specialista in Anatomia Patologica, con lode, presso l'Università Cattolica a Roma.
Nell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Pisa entra come studente interno nel 1969, per poi iniziare la carriera accademica, che conclude come Professore Ordinario.
Nel 2012 è stato insignito dell'Ordine del Cherubino da parte del Magnifico Rettore dell'Università di Pisa.
Nell'Università di Pisa ha diretto l'Istituto di Anatomia e Istologia Patologica, il Dipartimento di Oncologia, la Scuola di Specializzazione in Oncologia e la Scuola di Dottorato in Scienze Biologiche e Molecolari, essendo stato "fondatore" degli ultimi tre. E' stato inoltre Coordinatore del Collegio dei Direttori delle Scuole di Dottorato.
Nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ha diretto l'UO di Anatomia Patologica e Diagnostica Molecolare e Ultrastrutturale e il Dipartimento di Medicina di Laboratorio.
Fra gli incarichi accademici e scientifici, è stato Presidente del Collegio Italiano dei Professori di Anatomia Patologica, membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Anatomia Patologica e della Società Italiana di Cancerologia, membro del Consiglio Direttivo della European Society of Pathology e della European School of Pathology, nella quale è stato anche Direttore del Molecular Pathology Program, le cui attività si sono svolte a Pisa.

La formazione all'estero ebbe inizio sin da studente, con un periodo di frequenza presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Grisby, nel Regno Unito, per proseguire da Assistente, sempre nel Regno Unito, presso diverse Istituzioni Scientifiche di Londra e le Università di Edinburgo, Aberdeen, Glasgow. Infine, un lungo periodo di ricerca presso l'Invasion and Metastasis Laboratory del National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, USA. E' coautore del brevetto del Governo Americano sul gene NM23, primo gene ad essere ritenuto responsabile del processo di diffusione tumorale. Gli studi sulla patogenesi molecolare del cancro, iniziati negli anni'80, hanno fatto sì che il suo laboratorio pisano sia stato il primo in Italia, e fra i primi in Europa, a introdurre la Patologia Molecolare, cioè lo studio degli aspetti molecolari delle malattie, oggi con importanti ripercussioni sulla terapia. Al contempo, lo stesso laboratorio è stato il primo in Italia, e fra i primi in Europa, a condurre syudi sugli aspetti

molecolari della trasmissione ereditaria dei tumori della mammella e dell'ovaio, che hanno portato alla realizzazione del Centro di Genetica Oncologica dell'Ospedale "S. Chiara" di Pisa.
Ha svolto funzioni di ScientificReviewer/Counselor per numerose Istituzioni Italiane, Europee e Internazionali, fra le quali la Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, la Dutch Cancer Society, le Fonds National de la Recherche Scientifique in Belgio, l'Austrian Science Fund, l'HelmholtzZentrumin Germania, l'Institut National du Cancer in Francia, l'International Union Against Cancer, la Israel Science Foundation, l'Università di Manchester, il Ministero della Salute della Giordania.
Conclude la carriera come Direttore Scientifico della Fondazione Pisana per la Scienza, alla cui ideazione e realizzazione ha direttamente contribuito.
Il suo principale argomento di studio è l'ipotesi che il cancro della mammella umana possa essere causato da un virus, l'MMTV (Mouse MammaryTumor Virus), riconosciuto come il fattore eziologico del tumore mammario del topo. Negli anni passati ha descritto il meccanismo di assorbimento del virus nell'intestino del topo neonato, in tempi recenti ha svelato la stretta associazione fra MMTV e le fasi preinvasive del cancro umano, mentre lo scorso autunno ha dimostrato che sequenze del virus sono presenti nella saliva, suggerendo che questa possa essere la via di trasmissione interumana. Attualmente sta concludendo uno studio che dimostra la presenza dell'MMTV (o di un virus equivalente) nella specie umana almeno sin dall'età del bronzo, cioè da almeno 4.500 anni.
Gli piace camminare lentamente, chiacchierare, ascoltare musica, leggere, guardarsi intorno. Si ritiene fortunato per essere nato in Puglia in una famiglia che non ha mai desiderato diversa, per i maestri che ha avuto, per la famiglia che ha, per i collaboratori del tempo passato e per quelli di ora. E' grato a Pisa e alle sue istituzioni e a tutti gli amici pisani veri e acquisiti che lo hanno accompagnato dai primi passi nel mondo dei grandi all'età ormai più che matura.

dott. Paolo Graziani

Il Dott. Paolo Graziani ha dedicato la propria vita allo sviluppo della Odontoiatria Pisana. La storia della famiglia Graziani si intreccia indissolubilmente infatti con quella della professione Odontoiatrica, partendo con il padre Dott. Vincenzo, medico specialista in Odontostomatologia, fino al figlio Filippo, Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche all'Università di Pisa.

Paolo Graziani, nato a Pisa il 13 ottobre 1939, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso L'Università di Pavia nel luglio 1967 discutendo una tesi di Medicina Legale sul tema delle tossinfezioni alimentari. Volendo proseguire nella tradizione di famiglia entrò nella specializzazione in Stomatologia presso l'Università di Bologna, specializzandosi nel 1970, discutendo una tesi con il Prof. Marcello Calandriello, avente come tema la protesi nel paziente parodontopatico. Nel periodo immediato alla specializzazione si dedicò alla libera professione lavorando nello studio di famiglia, insieme al padre in via Rigattieri n.33, affiancandolo anche nell'esercizio della chirurgia orale. Nel 1977 decide di aprire

uno studio in via Turati, caratterizzato da una forte presenza di macchinari all'avanguardia per quei tempi. Lo studio di Pisa è stato accompagnato poi da fine degli anni '90 dallo studio di Vicopisano di cui serba un ricordo di grande affetto. Dal 1970 fino al 2006 Paolo Graziani si è dedicato inoltre con immensa passione all'Ortodonzia ed all'Odontoiatra Protesica presso le Asl di Pontedera, Pisa e Castel Fiorentino e Firenze. Ha sempre svolto attività sindacale ed inoltre è stato presidente della Commissione Odontoiatri della provincia di Pisa per due mandati, dedicando molto del suo tempo libero alla promozione dell'attività odontoiatrica. Sempre in quegli anni si è dedicato alla creazione del bollettino odontoiatrico al fine di aiutare soprattutto i giovani colleghi. Al di là del suo impegno medico il Dott. Paolo Graziani ha amato profondamente non solo il suo lavoro e la tecnica ad esso correlata, ma anche la prevenzione odontoiatrica e soprattutto lo speciale rapporto umano che si crea fra paziente ed Odontoiatra, mai dimenticandosi i principi per cui un uomo decide di fare il medico.

dott. Vittorio Taccini

Il Dr. Vittorio Taccini nato a Pisa il 10/03/1934, laureato a Pisa in Medicina e Chirurgia il 03/03/1961, medico di Medicina Generale fino all'età del pensionamento, titolare per concorso della condotta medica di Pisa San Marco – San Giusto fino all'epoca della soppressione di tale istituto è, quindi, di tale figura di pubblico ufficiale.

Ha interpretato questi due ruoli con alto senso del dovere stabilendo sempre un rapporto di piena solidarietà e disponibilità sia con i pazienti che con le persone con le quali è venuto in contatto per ragioni d'ufficio o più strettamente professionali.

Tale atteggiamento, connaturato al suo modo di essere, ha continuato ad avere anche dopo il pensionamento con i molti suoi ex pazienti ed altrettanti amici che gli si rivolgono ancora in modo del tutto disinteressato approfittando della sua maturata esperienza ed umanità. Nel corso della sua carriera professionale ha sempre adottato comportamenti rispettosi della norme previste dal Codice di Deontologia Medica.

Infine piace evidenziare il rapporto di vera amicizia con quei colleghi che erano e sono suoi veri estimatori.

Il Collega con buona ragione può essere indicato come esempio per le giovani leve di colleghi.

Convenzione per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Pisa
Vincenzo Penné - *Fotografo Professionista*
Servizi fotografici per matrimoni, lauree, battesimi, reportages, still life, book fotografici
Sconto del 10% per tutti gli iscritti all'Ordine
Tel. 347.0750078 - e-mail: vincenzopenne@email.it - www.fucinafotografica.it

G. Grazi - B. Catania - G. Manca Rizza - M. Meriggioli - A. Kanaki Nefrologia e Dialisi Ospedale "Lotti" Pontedera

Dialisi e territorio: nuove prospettive

L'evoluzione della dialisi domiciliare ha segnato le principali tappe nella storia della terapia sostitutiva dell'insufficienza renale cronica. Infatti l'emodialisi domiciliare è stata da subito considerata come una alternativa possibile al trattamento in ambito nosocomiale, ma in ogni caso di difficile realizzazione a causa dell'enorme impatto organizzativo che comportava. Col tempo pertanto si sono affermati i trattamenti ospedalieri con la creazione di una rete di centri dialisi diffusa su tutto il territorio, dai grandi ospedali fino ai centri più periferici. Per decenni si è così sviluppata una doppia offerta terapeutica rappresentata da una parte dalla dialisi extracorporea ospedaliera e dall'altra dalla dialisi peritoneale (DP) domiciliare, con netta prevalenza della prima sulla seconda. Negli ultimi anni si è inoltre osservato un importante sviluppo della tecnologia che ha portato alla realizzazione di "cycler" per l'effettuazione della DP nelle ore notturne, sicuri, affidabili, di semplice utilizzo, che hanno migliorato notevolmente la compliance dei pazienti al trattamento. A tutto ciò si è aggiunta la più recente immissione in commercio di semplici monitor per l'effettuazione anche dell'emodialisi a domicilio (HHD): si tratta di apparecchiature di facile gestione, che non necessitano di acqua di rete ma utilizzano soluzioni elettrolitiche sterili (e pertanto, rispetto ai primi trattamenti emodialitici domiciliari, non richiedono gravosi lavori sull'impianto idraulico dell'abitazione). Inoltre, entrambe le apparecchiature possono essere facilmente trasportate permettendo sia ai pazienti in DP sia a quelli in HHD una agevole mobilità.

Gli orientamenti attuali

In controtendenza al secolo appena passato, numerosi trattamenti stanno "uscendo" dagli ospedali, per tre fondamentali ragioni. La prima di ordine logistico: nei paesi industrializzati gli ospedali risultano sottodimensionati rispetto alle esigenze di una popolazione sempre più anziana. La seconda di ordine economico, legata alla crescita del costo del lavoro, con il conseguente sempre maggiore impatto degli stipendi degli operatori sanitari sulla voce di spesa dell'assistenza. La terza di ordine culturale: si è sviluppata infatti negli ultimi anni la tendenza alla rivalutazione del paziente come "individuo" da trattare con terapie personalizzate da eseguire per quanto possibile all'interno del suo abituale contesto di vita.

E proprio in questa direzione va la possibilità di deospedalizzare i trattamenti cronici, dei quali la dialisi costituisce uno dei più rappresentativi. Alle motivazioni sopra riportate, che hanno fatto sì che negli ultimi 10-15 anni i trattamenti domiciliari (soprattutto la DP) siano andati crescendo rispetto ai trattamenti totali, si aggiunge un dato "geografico". In Paesi con estesa superficie e bassa densità di popolazione lo sviluppo delle tecniche "home" ha avuto uno sviluppo maggiore e non è un caso che la casistica più ampia di pazienti in HHD sia presente in Australia dove oltre il 30 % dei pazienti pratica la propria terapia a domicilio.

Quali sono i vantaggi dell'HHD

Rispetto all'emodialisi standard (che richiede tre accessi settimanali al Centro), con vincoli di turno ed orario, l'HD domiciliare consente al paziente di stabilire il programma in base alle proprie attività, come il lavoro o altri impegni familiari; in genere il numero delle sedute settimanali è superiore, di media 5, ma queste presentano una durata inferiore (raramente superiore alle 3 ore) con conseguenze positive sia cliniche (miglior controllo della pressione arteriosa, dell'anemia, del funzionamento dell'accesso vascolare) che di vita (minori restrizioni di tipo dietetico e dell'apporto di liquidi, libertà di movimento e possibilità di organizzarsi la vita quotidiana compreso eventuali periodi di vacanza, guadagno in assoluto di tempo).

Quali possono essere i potenziali svantaggi

E' necessario uno spazio dedicato nella propria abitazione per effettuare il trattamento, ma soprattutto per conservare il materiale "disposable" dedicato, quale kit di trattamento, sacche di dialisato, linee, aghi, disinfettanti; è prevista la presenza di un "care giver", generalmente un familiare, che potrebbe andare incontro col

tempo a fenomeni di “burn out”.

Il problema della venipuntura
La puntura dell’accesso vascolare è spesso vissuta, soprattutto dal partner, come il principale ostacolo ad accettare l’HHD. In realtà, se adeguatamente formati, i partner riescono senza particolari difficoltà ad acquisire buone capacità di incannulazione della fistola ed anzi, uno dei motivi da ricercare nel miglior funzionamento della FAV in questi pazienti è proprio legato al fatto che sempre lo stesso operatore procede alla sua puntura.

L’esperienza del nostro Centro è iniziata verso la fine del 2015; le motivazioni che ci hanno indotto ad intraprendere questa strada sono state principalmente due: la prima è stata una necessità indotta dal numero crescente di pazienti incidenti e dalla limitata disponibilità di risorse; la seconda una volontà, quella di fornire ai nostri pazienti una opzione terapeutica in più, che si potesse adattare alle esigenze, cliniche e di vita, di ciascuno. E’ stato creato un team di operatori dedicati (un Medico e tre Infermieri, questi ultimi a rotazione) adeguatamente formati che si sono fatti carico in un anno di avviare al trattamento domiciliare 5 pazienti di varia tipologia (due uomini giovani lavoratori in proprio, una signora “desiderosa” della propria privacy, una con seri problemi di deambulazione ed infine un paziente residente in RSA). E’ stato realizzato un programma per la formazione sia dei pazienti che dei loro “care giver” che in media in 4 settimane (le prime due presso il Centro le altre a domicilio) rende la coppia autonoma nello svolgimento della terapia; in particolare nella preparazione del sistema, nella venipuntura, nella somministrazione di farmaci, nel monitoraggio del trattamento, nel controllo dei parametri vitali e al termine nella decannulazione dell’accesso e nella sanificazione del monitor.

I risultati sono stati del tutto confortanti: al momento nessuno dei pazienti è uscito dalla metodica, tutti riferiscono una migliore qualità di vita, richiedono minori dosi di farmaci antiipertensivi e di eritropoietina, mantengono una diuresi residua sufficiente; l’efficienza dialitica si sta dimostrando sovrapponibile a quella dei trattamenti svolti in ospedale. Mediamente vengono a controllo clinico mensile.

Dal punto di vista organizzativo l’avvio del programma di HHD (oltre ovviamente al mantenimento di quello di DP) ci ha consentito, ad isorisorse di personale ed in estrema difficoltà di posti tecnici, di poter farci carico anche di pazienti che altrimenti avrebbero dovuto essere trasferiti presso altri Centri dialisi. Proseguendo su questa strada si potrà raggiungere anche un sicuro obiettivo economico di contenimento della spesa sanitaria a parità di efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate.

Un ringraziamento va a tutto il Personale Medico ed Infermieristico della Dialisi di Pontedera che, anche se non coinvolto direttamente nella gestione dei pazienti in HHD, collabora al regolare svolgimento delle attività.

M. Taddei Direttore U.O. Medicina IV SSN AOUP **S. Mechelli** Dirigente medico U.O. Medicina IV SSN AOUP

Anziani e anemie carenziali: il punto in medicina interna

L'anemia è una delle problematiche ematologiche di più frequente riscontro in età avanzata (> 65 anni) e la sua prevalenza aumenta con ogni decade, sia nei maschi che nelle femmine (circa 30% nella popolazione ultrasessantacinquenni; 45% nella popolazione ultraottantacinquenne).

L'anemia ha un impatto importante sulla qualità di vita del soggetto poiché può ridurre significativamente l'autosufficienza, rendendo il soggetto fragile.
E' un problema sottostimato e sottotrattato tanto da avere un risvolto considerevole sulla salute, sui costi e sulla qualità di vita.

I sintomi sono aspecifici e spesso misconosciuti, rappresentati da astenia, riduzione delle capacità cognitive, maggiore facilità alle cadute, dispnea; sintomi presenti in altre patologie dell'anziano.

L'eziologia nei soggetti anziani è spesso multifattoriale: carenziale, da disordine cronico, da ridotta produzione midollare, da neoplasie.
Nella pratica clinica in medicina interna le anemie carenziali rappresentano una percentuale rilevante come causa di ricovero e prolungamento della degenza ospedaliera.

Le anemie carenziali

Le carenze più frequenti sono quelle di ferro, vitamina B_{12} ed acido folico.

- Carenza marziale:
La causa più frequente è rappresentata dalla perdita, che per la maggioranza dei casi avviene nel tratto gastro-enterico e del tratto urinario.
Nell'anziano è possibile che la carenza di ferro possa derivare da un ridotto apporto alimentare (dieta non adeguata) o da un ridotto assorbimento.

Nella diagnosi precoce sono importanti pochi esami mirati: es. emocromo, il dosaggio della ferritina che rapprersenta il test principe.
Ferritina ridotta, anemia microcitica, sideremia ridotta e transferrina aumentata sono le alterazioni ematochimici tipiche dell'anemia sideropenica.

- Carenza di vitamina B_{12} e folati:
La caratteristica clinica di questa carenza è rappresentata dall'aumento delle dimensioni delle degli eritrociti (MCV: volume corpuscolare medio). Si parla di Anemia Megaloblastica.

Vitamina B_{12}
La vitamina B_{12} è presente nella carne

e nei cibi a base di proteine animali. Il suo assorbimento è complesso; avviene nella parte terminale dell'ileo e richiede la presenza del fattore intrinseco, un prodotto di secrezione specifico delle cellule parietali della mucosa gastrica, indispensabile per il trasporto attraverso la mucosa intestinale.

La carenza di B_{12} è essenzialmente dovuta ad una riduzione dell'assorbimento che può essere causata da diversi fattori.
Spesso è relata ad un quadro di gastrite con perdita di secrezione del fattore intrinseco (anemia perniciosa).
I siti di assorbimento dell'ileo possono essere congenitamente assenti o essere distrutti a causa di enterite infiammatoria regionale o in seguito a resezione chirurgica.
Cause meno comuni di ridotto assorbimento di B_{12} includono la pancreatite cronica, le sindromi di malassorbimento, certi farmaci (p. es., i chelanti orali del calcio, l'acido aminosalicilico, le biguanidi).
Altre cause di deficit di B_{12} sono rappresentate da:
- inadeguato apporto (di solito nei vegetariani)
-aumentato metabolismo della B_{12} come avviene nell'ipertiroidismo protratto
Nella maggior parte dei casi l'anemia si sviluppa in modo subdolo e progressivo in concomitanza con l'esaurimento dei depositi epatici di B_{12}.

Per tale motivo l'anemia è spesso più pronunciata di quello che i sintomi indicano. Può essere riscontrata splenomegalia e epatomegalia. Possono concomitare diverse manifestazioni a carico del tratto GI, tra cui anoressia, stipsi intermittente con diarrea e dolore addominale diffuso. La glossite, descritta di solito come "bruciore della lingua", può essere un sintomo precoce. È frequente un considerevole calo ponderale. Un raro segno è la febbre di n.d.d., che risponde prontamente al trattamento con B_{12}.
L'interessamento neurologico può essere presente anche in assenza di anemia. Questo si verifica più spesso nei pazienti al di sopra dei 60 anni di età. Le lesioni dei nervi periferici precedono di solito quelle midollari. I sintomi neurologici di solito compaiono prima delle anomalie ematologiche (o sono presenti quando queste mancano, soprattutto se è stato assunto acido folico).
L'anemia è macrocitica, con MCV > 100 fl. La bilirubinemia sierica indiretta può essere elevata a causa dell'eritropoiesi inefficace e della sopravvivenza accorciata dei GR. Di solito l'LDH è molto elevata, il che indica l'inefficacia dell'ematopoiesi e l'aumentata emolisi. La ferritina sierica è di solito aumentata (> 300 ng/ml), compatibile con emolisi.
Il dosaggio della Vitamina B_{12} ne rivela il deficit.
Una volta accertata la carenza è necessario trovare la causa (ricerca anticorpi contro le cellule parietali gastriche, anticorpi contro fattore intrinseco).

Folati
Anche i folati, al pari della vitamina B_{12}, nella loro forma attiva sono coinvolti nei processi di sintesi del DNA. L'uomo non li sintetizza e deve assumere con gli alimenti il suo fabbisogno giornaliero di circa 100 µg. Come per la B_{12} la carenza può derivare da problemi di assorbimento ma la principali cause sono da riscontrarsi nell'etilismo, le malattie epatiche ad esso connesse oltre che a carenze nutrizionali frequenti nell'anziano.
Anche in questo caso fondamentale è il dosaggio dell'acido folico.
Gli esami strumentali necessari nell'inquadramento diagnostico delle anemie carenziali sono i seguenti: l'ecografia dell'addome e l'endoscopia del tratto digerente (EGDS e/o colonscopia).

Terapia:
• carenza di ferro: terapia marziale ev o per os.
Se il paziente è ricoverato in regime ordinario o DH può essere sottoposto a terapia di reintegro dei depositi con Ferro Saccarato ev con carico 2 fiale per il giorno uno ed eventualmente da ripetere dopo 7 gg e poi terapia per os per almeno 5-6 mesi, associando Folina per os con controllo successivo di esame emocromo e ferritina.
• carenza di Vit B_{12} e/o folati : terapia sostitutiva im o per os.
Se il paziente è ricoverato in regime ordinario o DH può essere sottoposto a terapia di reintegro dei depositi con carico di Vit B_{12} im 5000 U per 1 giorno poi da 1000 per altri 4 gg e poi 1 volta alla settimana per almeno 3 mesi con controllo successivo di esame emocromo, Vit B_{12} e folati.

G. Siciliano - E. Caldarazzo Ienco - C. Simoncini - E. Schirinzi - G. Ricci
Dip. Medicina Clinica e Sperimentale, AOUP, Clinica Neurologica, Osp. S. Chiara

Malattie neuromuscolari: nasce il programma aziendale

Il centro di riferimento per le Malattie Neuromuscolari di Pisa, afferente alla Unità Operativa di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP), è una struttura assistenziale e di ricerca riconosciuta come polo nazionale e internazionale per la diagnosi, terapia e ricerca nell'ambito delle malattie neuromuscolari. La sua attività si articola sui diversi ambulatori orientati specificatamente alla gestione clinica delle miopatie, malattie primariamente a carico del muscolo scheletrico, delle malattie del nervo periferico e delle malattie del motoneurone, tra cui la sclerosi laterale amiotrofica. Si tratta di patologie complesse, sia genetiche che acquisite, comunque caratterizzate da un frequente interessamento di altri organi ed apparati al di fuori dell'apparato neuromuscolare, in prima istanza sistema nervoso centrale, cuore e apparato respiratorio, come avviene in patologie quali la distrofia miotonica di Steinert e le malattie mitocondriali, a carattere multisistemico. Se si aggiunge che si tratta di patologie in molti casi altamente invalidanti, a decorso cronico e per le quali le terapie di tipo conservativo rappresentano a tutt'oggi il principale trattamento, pur in uno scenario a questo riguardo negli ultimi anni in via di cambiamento, si può ben capire come le Malattie Neuromuscolari rappresentano un settore clinico di estremo interesse in ambito di programmazione degli interventi sanitari e di spesa sanitaria. A fianco di patologie primitive, non bisogna poi trascurare che muscolo e nervo possono rappresentare bersaglio di danno d'organo nel corso di molte condizioni cliniche prima-

riamente extramuscolari, si pensi ad esempio a patologie di pertinenza reumatologica, ematologica, diabetologica, oncologica e intensivistica.
Ad oggi non disponiamo di dati di prevalenza globale delle patologie neuromuscolari ma l'analisi epidemiologica delle diverse forme cliniche, quale dedotta dai registri di patologia oggi disponibili, indica trattarsi di valori singolarmente all'interno di quelli considerati per le malattie a prevalenza rara (inferiori a 1:2000, secondo la definizione adottata dai programmi d'azione comunitaria sulle malattie rare dell'Unione Europea), ma cumulativamente non trascurabili considerando la numerosità delle entità nosologiche comprese. In tal senso, pur avendo la legge 279 del 2001 accentrato l'attenzione sulle malattie rare, è ancor oggi frequente rilevare come, pur in presenza di centri di riferimento con le competenze specialistiche in merito, non sono spesso operativi percorsi integrati che permettano una presa in carico del paziente nella complessità dei diversi risvolti clinici riconducibili a questo ambito di patologia.
Nell'anno 2015 sono stati valutati, presso gli ambulatori per le Malattie Neuromuscolari dell' Unità Operativa di Neurologia di questa AOUP, circa 2000 pazienti, per un numero totale di prestazioni di oltre 5000 nel corso dell'anno (incluse le prese in carico derivanti dai ricoveri ospedalieri presso la stessa AOUP), molti provenienti da aree geografiche al di fuori del territorio di Area Vasta ed Extraregione. Nel 50% almeno dei casi, considerata la complessità dei quadri clinici, è stato necessario integrare l'approccio diagnostico avvalendosi della consulenza di specialisti in altra materia che hanno affiancato il neurologo esperto in disturbi neuro-muscolari, tra cui lo pneumologo, il cardiologo, il gastroenterologo, il fisiatra, l'otorino.
In linea con l'atto aziendale dell'AOUP (Titolo V: il Modello organizzativo, art. 24 "….L'organizzazione aziendale, fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, mira al miglioramento delle competenze professionali, tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali, di didattica e di ricerca…") e riconosciute le competenze al riguardo, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa è stata di recente formalizzata l'attivazione di un Programma Aziendale Interdipartimentale sulle Malattie Neuromuscolari, responsabile il Prof. Gabriele Siciliano del Dipartimento Universitario di Medicina Clinica e Sperimentale, con l'obiettivo, in linea con l'art. 41 del citato atto, che l'attività in tale ambito sia ulteriormente "..finalizzata alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca..", con particolare riguardo a quanto innovazioni tecnologiche e assistenziali occorse hanno negli ultimi anni hanno modificato il panorama dell'intervento sanitario in tale ambito, per quanto riguarda individuazione delle risorse, appropriatezza degli interventi, ottimizzazione dei risultati e ricadute socio-assistenziali, in grado di soddisfare esigenze di percorsi dedicati a diagnosi e cura del paziente con malattia neuro-muscolare
Questo appare ancora più impellente nella prospettiva dello sviluppo delle Reti Europee per le Malattie Rare (ERN: European Rare Disease Networks) la cui candidatura di afferenza come struttura assistenziale è stata, per conto di AOUP, di recente formalizzata nella partecipazione alla rete neuromuscolare EURO-NMD.
L'attività si avvale, oltre che di ambulatori dedicati, del supporto di una serie di strutture in sede necessarie nella pratica diagnostica e di follow-up del paziente, tra cui un laboratorio di neurofisiopatologia per l'esecuzione di esami strumentali quali l'elettromiografia, la conduzione nervosa o i potenziali evocati, un laboratorio di neurobiologia per esami metabolici muscolari (ad es il test da sforzo per il dosaggio dell'acido lattico), dosaggio di anticorpi specifici (ad es. gli anticorpi antigangliosidi per le neuropatie o anticorpi per la miastenia), diagnosi molecolare. Sono state inoltre consolidate strette collaborazioni con U.O. di Chirurgia e di Anatomia Patologica per l'esecuzione e l'analisi delle biopsie muscolari.
Trattandosi molto spesso di patologie definite rare o a prognosi non sempre benigna con un gravoso carico sociale che ricade soprattutto sulle famiglie, il nostro Centro si relazione con le varie associazioni di pazienti, come la UILDM (Unione Italiana Lotta Distrofie Muscolari) o la CIDP Onlus (associazione per i malati di poliradicolneuroptia infiammatoria demielinizzante cronica), tanto per citarne alcune, facendosi promotore di iniziative che possano rispondere alle esigenze dirette dei pazienti. In quest'ottica, non potendo trascurare la necessità che pazienti e caregivers hanno di un supporto psicologico adeguato, il nostro centro si avvale di una Psicologa dedicata.
L'attività clinica si affianca, come insito nello spirito di un gruppo che trae le proprie radici in un contesto universitario, alla costante attività di ricerca. L'afferenza a specifiche Associazioni Scientifiche Nazionali ed Internazionali dei vari membri del gruppo, nonché le relazioni con altri Centri di riferimento su territorio Nazionale, creano una proficua rete di collaborazione che permette l'adesione a studi epidemiologici, registri di malattia o trial terapeutici finalizzati a migliorare l'offerta diagnostica e terapeutica, oltre a contribuire ad una maggiore conoscenza di queste malattie.

C. Rossi - G. Gambaccini - M. R. Maluccio - C. Frittelli - R. Galli Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest – Dip. Specilità Mediche – Area Omogenea Patologie Cerebro e Cardio Vascolari – U.O.C. Neurofisiopatologia – P.O. "F. Lotti" Pontedera

Quando temere la vertigine

Uno dei disturbi che più comunemente conduce il paziente all'attenzione del medico curante è la vertigine, preceduta in percentuale soltanto dal dolore toracico di qualsiasi tipo e dalla sensazione di astenia: la frequenza è tale da interessare il 50% della popolazione al di sopra dei 65 anni.
Viene generalmente definita come una sensazione soggettiva o oggettiva di movimento, caratterizzata da una percezione erronea di moto del corpo nello spazio e può assumere spesso carattere rotatorio (vertigine soggettiva) o di rotazione dell'ambiente circostante (vertigine oggettiva). In genere quasi tutte le forme di vertigine sono accompagnate da sintomi neurovegetativi (nausea, vomito, sudorazione, pallore e ipotensione).

L'equilibrio è una risultante dell'interazione tra le informazioni fornite dai sistemi visivo, propriocettivo e vestibolare, e una sua alterazione, associata a comparsa di vertigine, può derivare da interruzioni a qualsiasi livello di tale circuito di integrazione.
L'individuazione della eziopatogenesi della sintomatologia vertiginosa indirizzerà il clinico verso approcci diagnostici e terapeutici differenti, ma spesso risulta addirittura amletico il dubbio che si pone di fronte alla discriminazione tra una vertigine di origine centrale e periferica (tabella 1). Di aiuto può risultare il riconoscimento di insorgenza acuta, e appunto ictale, del disturbo, che può nascondere una patologia cerebrovascolare alla base. Generalmente inoltre, un danno del sistema nervoso centrale, in accordo all'area cerebrale coinvolta, può determinare una costellazione di segni e sintomi oltre la vertigine: cefalea, paralisi dei nervi oculomotori, disturbi cerebellari, motori o sensitivi. In corso di stroke soltanto l'1% della popolazione presenta solo un segno o sintomo.

Le problematiche del sistema centrale che possono determinare la comparsa di vertigine comprendono:
- malattie cerebrovascolari (TIA/ictus ischemico o emorragico del circolo posteriore, dissecazione delle arterie vertebrali, sindrome da furto della succlavia)
- malattie demielinizzanti
- neoplasie parenchimali/extraparenchimali
- epilessia vestibolare
- emicrania
- patologie neurodegenrative
- trauma cranico.

Un evento vascolare deve sempre essere sospettato laddove siano presenti fattori di rischio vascolari: età al di sopra dei 50 anni, patologie emo-coagulative anamnestiche, traumatismi cervicali (es. manipolazioni, tamponamenti). Si ribadisce comunque la necessità di riconoscere la presenza di segni neurologici (bilaterali o "alterni")

VERTIGINE	PERIFERICA	CENTRALE
Nausea e vomito	*grave*	*modesto*
Disequilibrio	*modesto*	*grave*
Ipoacusia	*frequente*	*non frequente*
Oscillopsia	*frequente*	*non frequente*
Deficit neurologici	*assenti*	*presenti*
Compenso	*rapido*	*lento*

Tabella 1

associati, ricordando che vertigini isolate croniche raramente riconoscono un'origine vascolare.

Imbattersi in una sintomatologia vertiginosa a seguito di trauma cranico è estremamente frequente: talvolta la causa può nascondersi in una frattura della rocca petrosa e conseguente sofferenza labirintica o in uno brusco stiramento del tronco con secondaria sofferenza transitoria e non documentabile delle strutture di controllo dell'equilibrio.

Farmaci che possono causare vertigine

Alfa-litici (doxazosina, terazosina)
Alfa e beta bloccanti
ACE inibitori
Clonidina
Dipridamolo
Diuretici (furosemide)
Idralazina
Metil dopa
Nitrati
Antipsicotici (clorpromazina, clozapina)
Oppiodi
Antiparkinsoniani
Antispastici (baclofen, tizanidina)
Antidepressivi triciclici (amitriptilina, trazodone)
Posfodiesterasi (sildenafil)
Anticolinergici urinari (ossibutinina)

Tabella 2

La vertigine, insieme alla cefalea, è comunque riferita molto frequentemente nelle ***sindromi post-traumatiche*** e tende a mantenersi: rientra generalmente in un disturbo complesso di tipo psichico secondario all'eventuale stato di shock, talora anche favorita da sindromi da indennizzo. In questi casi il disturbo è sempre di tipo soggettivo come nelle forme legate agli attacchi di panico.
Nell'anziano inoltre riconsiderare l'anamnesi farmacologica (tabella 2) può essere da guida nello svelare un quadro di ipotensione ortostatica, disturbo reversibile che spesso può causare vertigine (associata talvolta a cadute ed episodi sincopali).

In conclusione, occorre sottolineare la necessità di eseguire un esame di neuroimmagine nei casi di vertigine complessa o nei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare noti: la TC encefalo senza mdc rimane il test diagnostico di prima scelta per la rapida acquisizione delle immagini, accessibilità della metodica, sensibilità per le lesioni emorragiche. Nei casi sospetti (trauma cervicale, massaggi, interessamento di più nervi cranici, alterazione stato di vigilanza) tuttavia occorrerà optare per una angio RM encefalo che permetta una rapida diagnosi ed ottimizzazione della terapia.

Alice Sanpaolesi de Falena Dottore Commercialista Revisore Contabile

La lotteria dell'Erario

Dalla bozza di Legge di Bilancio 2017: "....A decorrere dal 1° gennaio 2018 i contribuenti, persone fisiche residenti nel territorio dello Stato che effettuano acquisti di beni e servizi, fuori dall'esercizio di attività di impresa, arte o professione, presso esercenti che hanno optato per la trasmissione telematica dei corrispettivi ai sensi dell' art. 2, comma 1, del decreto legislativo 5 agosto 2015 n. 127, possono partecipare all'estrazione a sorte di premi attribuiti nel quadro di una lotteria nazionale. Per partecipare all'estrazione è necessario che i contribuenti al momento dell'acquisto comunichino il proprio codice fiscale all'esercente e che quest'ultimo trasmetta all'Agenzia delle Entrate i dati della singola cessione o prestazione secondo le modalità di cui al comma 3 e 4 dell' articolo 2 del decreto legislativo 5 agosto 2015 n. 127....". Questo è quanto. La "lotteria" è stata ampiamente illustrata dal Vice Ministro Casero in una intervista rilasciata al "Corriere della Sera", obiettivo combattere l'evasione fiscale. Il Vice Ministro chiarisce le dinamiche: è un po' come quando si acquista un medicinale in farmacia, si fornisce il codice fiscale al negoziante e il negoziante lo inoltra direttamente all'Agenzia delle Entrate. Nessun documento dovrà essere conservato dall'acquirente, e in più lo stesso contribuente avrà l'accesso ad un file dove saranno registrati gli acquisti e i relativi codici per partecipare alla lotteria. I premi in palio saranno consistenti, forse in denaro forse un oggetto. Ai commercianti che hanno rilasciato lo scontrino vincente verrà riconosciuto un incentivo. Ma la bozza di legge di Bilancio prevede oltre alla lotteria, la possibilità di detrarre dalle imposte le fatture e le ricevute, con un meccanismo un po' più complesso. Infatti solo a fine anno si conoscerà la categoria estratta, che dice il Vice Ministro potrà essere quella dell'idraulico o dell'avvocato, e prosegue affermando che in tal modo i cittadini saranno incentivati a chiedere a tutti il documento fiscale perché solo "a consuntivo" sapranno quali fatture/ricevute saranno detraibili.

Questa la storia futura. Nel passato Taiwan è stato il primo Paese ad avere messo in piedi una "Tombola Erariale" che pagava dal terno in su, poi la Cina ne seguì l'esempio e il risultato fu eclatante nel senso che le Regioni ove si teneva la lotteria risultarono avere ricavi dichiarati per oltre il 20% in più rispetto alle Regioni nelle quali non esisteva la tombola. Anche in Europa esistono già le "lotterie fiscali" le ha adottate Malta, Slovacchia, Portogallo.

Che dire, una certa perplessità rimane, l'evasione è un fenomeno da biasimare ma immaginare di fornire alla panetteria la propria tessera sanitaria che contiene il codice fiscale o richiedere all'idraulico la fattura solo perché forse a fine anno si scoprirà essere detraibile è un po'..." inconsueto" ! Comunque: contribuenti in bocca al lupo!

(Fonte *"Il Corriere della Sera"*)

Commissione dell'Albo degli Odontoiatri di Pisa

Pisa Odontoiatrica news

In questo numero di Pisa Medica, prendendo anche spunto dalla stampa di settore e dalle comunicazioni pervenute al nostro Ordine, abbiamo cercato di raccogliere le informative di più rilevante interesse per la nostra professione e che hanno caratterizzato queste ultime settimane di fine anno 2016.
Ci preme anche ricordare che entro l'11 gennaio 2017 i lavoratori degli studi odontoiatrici e coloro che hanno effettuato il corso RSPP entro il 2012 devono effettuare un **corso di aggiornamento obbligatorio** in tema di Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro.

Autorizzazioni regionali
Proprio in questi ultimi giorni la Regione Toscana ha pubblicato sul BURT il **"Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie"**. Ad una prima lettura (il documento è pervenuto poco prima della stampa di questo numero) la principale modifica rispetto al passato sembra essere l'obbligo del defibrillatore anche negli studi che praticano interventi a bassa invasività e per questo sottoposti a SCIA. E' da chiarire la necessità dell'unità infermieristica all'interno degli studi sottoposti ad autorizzazione. La legge è a disposizione sul sito della Regione Toscana. Ci riserviamo una più attenta interpretazione sottolineandone le criticità anche con il coinvolgimento della componente medica che è pure parte interessata.

Decretone fiscale. Le norme previste riguardano anche i medici e gli odontoiatri? Il parere della CAO Nazionale
Il decreto legge 193/2016, il cosiddetto "decretone fiscale" ha superato lo scoglio della Camera ed è approdato e approvato al Senato. Molti i nuovi adempimenti introdotti per aziende e lavoratori autonomi.
Tra questi il nuovo spesometro che comprende l'obbligo di trasmettere telematicamente all'Agenzia delle Entrate una comunicazione contenente i dati di tutte le fatture emesse nel trimestre di riferimento, e di quelle ricevute e registrate comprese le bollette doganali, nonché i dati delle relative variazioni. I dati, da trasmettere in forma analitica, comprendono almeno dati identificativi dei soggetti coinvolti, data e numero, base imponibile, aliquota applicata, imposta e tipologia di operazione.
Come si collocano i medici e gli odontoiatri rispetto al nuovo adempimento: vi rientrano tra le partite Iva? Sono interessati per tutta la loro attività libero professionale o solo per le prestazioni con Iva?
Cerca di fare chiarezza **Sandro Sanvenero**, Segretario della Commissione Albo Odontoiatri

Nazionale, che sta seguendo da vicino il tema. “Premesso che le novità sono recentissime, cerchiamo di fare un ragionamento logico. La corretta interpretazione di una norma si basa su due aspetti: qual è l’obiettivo del legislatore (la ratio della norma) e la lettura letterale della norma stessa. Secondo l’aspetto di lettura della norma, i medici -chirurghi od odontoiatri- possono essere possessori di partita Iva e, come tali, ricompresi. Ma l’obiettivo dichiarato del legislatore è impedire una evasione di Iva. È noto che tutte le attività di diagnosi e cura della persona ne sono esenti e, come tali, non determinano nessun gettito Iva che, è bene ricordarlo, per tale motivo costituisce un vero e proprio costo per i sanitari (che acquistano con Iva, ma fatturano in esenzione). Riterrei, quindi, che la corretta interpretazione della norma vedrebbe assoggettati i medici solamente per quelle prestazioni che non siano esenti Iva. A completamento del ragionamento precedente, la legge “Bassanini” vieta alla Pubblica amministrazione di richiedere, a un qualunque soggetto, dati già in suo possesso (anche qualora fossero detenuti da altra amministrazione). Pertanto, certamente, l’assoggettamento all’invio dei dati ai fini del 730 precompilato, considerando altresì valide le condizioni di non invio (cioè l’opposizione da parte del diretto interessato, il paziente), soddisfa il requisito dell’invio”.

Il decretone introduce poi la possibilità di rottamare le cartelle esattoriali incluse le sanzioni ulteriori (more etc) per il mancato pagamento delle multe: si paga solo la somma scritta con gli interessi legali e l’aggio della riscossione. Si riaprono inoltre i termini per far emergere i capitali detenuti all’estero violando le regole sulle dichiarazioni dei redditi: entro il 31 luglio 2017 si possono sanare le violazioni fino al 30 settembre 2016.

L’odontoiatra può effettuare prelievi venosi ma solo se inerenti alla propria attività clinica. La posizione della FNOMCeO

La necessità di poter effettuare un prelievo venoso per la tecnica di rigenerazione ossea è solo una delle esigenze del laureato in odontoiatria. Se tecnicamente può imparare ad effettuare un prelievo, legalmente la sua laurea gli consente di effettuarlo?

Il dibattito è da tempo aperto ed i pareri non sono sempre stati univoci. Ora la FNOMCeO, sollecitata da più Ordini provinciali, si esprime sulla possibilità per il laureato in odontoiatria e protesi dentaria di eseguire dei prelievi venosi.

La normativa di riferimento, ricorda la presidente **Roberta Chersevani** nella nota inviata a tutti i presidenti OMCeO e CAO, e che qui alleghiamo, è quella contenuta nel Decreto del Ministero della Salute del 2 novembre 2015 “Disposizione relative ai requisiti di qualità e sicurezza di sangue e degli emocomponenti”.

Nello specifico, ricorda il presidente FNOMCeO, nell'allegato 10 del predetto decreto concernente "Emocomponenti per uso non trasfusionale" al punto 3 si sancisce: "Per le attività che riguardano gli emocomponenti per uso non trasfusionale, si applicano le seguenti modalità: la richiesta deve essere effettuata da un medico o, solo per le attività cliniche di competenza, da un odontoiatra".
Viene poi stabilito, continua la nota FNOMCeO che "l'applicazione di emocomponenti in ambito odontoiatrico può essere effettuata da un odontoiatra solo per le attività cliniche di competenza".
Si può quindi affermare, conclude la presidente Chersevani, "che il sanitario iscritto al solo Albo degli odontoiatri può svolgere questa prestazione clinica solo per le attività cliniche di competenza della professione odontoiatrica".
Nota che non solo chiarisce gli ambiti di intervento del laureato in odontoiatria ma sembrerebbe limitare al laureato in medicina iscritto al solo Albo degli odontoiatri, la possibilità di effettuare un prelievo venoso solo se finalizzato alla cura odontoiatrica, a differenza del collega iscritto anche all'Albo dei medici.

Giornata Europea degli Antibiotici per arginare l'antibiotico resistenza. Landi(CED): anche i dentisti devono fare la propria parte

I dati pubblicati dall'Organizzazione internazionale sul consumo degli antibiotici confermano la necessità di diminuirne l'utilizzo inadeguato per contrastare l'antibiotico resistenza che, spiegano gli esperti pone un onere significativo sui sistemi sanitari e bilanci nazionali.
Gli ospedali, si legge nel rapporto dell'Ocse pubblicato in occasione della Giornata Europea degli Antibiotici, "spendono, in media, tra i 10.000 e i 40.000 dollari per il trattamento di un paziente infettato da batteri resistenti. I costi sociali possono essere alti come i costi sanitari, a causa della perdita di produttività e di reddito. E tutto ciò è preoccupante perché stiamo andando verso una "era post-antibiotica", dove le infezioni comuni possono diventare, ancora una volta, fatali".
Negli ultimi 10 anni, ha rilevato l'OCSE, il consumo (anche per l'uso massiccio che se ne fa negli allevamenti) è cresciuto in media nei Paesi Ocse del 4%, arrivando fino alla media di 20,5 dosi ogni 1.000 abitanti. Il Paese che ne consuma di più è la Turchia (41 dosi ogni 1.000 abitanti), seguita dalla Grecia (34), Corea (31,7), Francia (29), Belgio (28,4) e Italia (27,8). Lo stato che ne consuma di meno è invece il Cile (9,4 dosi) e i Paesi Bassi (10,6). Da notare come in Italia negli ultimi 10 anni l'uso degli antibiotici sia cresciuto del 6%".
Anche gli odontoiatri devono fare la loro parte visto che i dati provenienti dal Regno Unito che riguardano l'utilizzo degli antibiotici da parte dei dentisti, assegnerebbe ai dentisti la responsabilità della prescrizione del 9% circa di tutti gli antibiotici utilizzati per l'uomo.
Per sensibilizzare i dentisti europei verso una prescrizione consapevole, il Council of European Dentists (CED) ha aderito alla Giornata Europea degli Antibiotici, che si è celebrata venerdì 18 novembre, iniziativa di salute pubblica promossa dalla Commissione e dal Parlamento Europeo, condotta dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) che è l'agenzia dell'Unione europea che mira a rafforzare le difese europee contro le malattie infettive e che per preparare e organizzare la Giornata europea degli antibiotici ha lavorato in partenariato e con il sostegno di varie organizzazioni professionali e di reti sanitarie dell'UE.
"Il Council of European Dentists - spiega il suo presidente **Marco Landi** - è uno dei partner professionali dell'ECDC e , come già avvenuto per le precedenti campagne, ha ribadito il suo sostegno all'iniziativa che quest'anno si concentra particolarmente sull'uso appropriato degli antibiotici in ambiente ospedaliero".
Il CED parteciperà attivamente anche alla Global Twitter Chat durante la Settimana Mondiale degli Antibiotici (World Antibiotic Awareness Week) lanciata per la prima volta lo scorso anno dal WHO , l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
In alcuni Paesi la campagna di sensibilizzazione verso i dentisti si concentrerà particolarmente sulla necessità di non prescrivere terapie antibiotiche quando altri interventi non farmacologici potrebbero portare uguale o maggiore beneficio al paziente.
"Troppo spesso spiegano dal CED- si è rilevato, specialmente all'interno di strutture pubbliche e private nelle quali il dentista si può trovare ad operare con tempi "contingentati", che la prescrizione antibiotica in realtà può essere il paravento della mancanza di volontà o della impossibilità di eseguire manovre in urgenza, come l'apertura di una camera pulpare, e un modo di procrastinare il paziente dandogli la sensazione comunque di aver preso in considerazione la sua problematica".
Il CED, nell'ambito della sua costante collaborazione con le altre organizzazioni professionali europee (i medici del CPME, i farmacisti del PGEU, gli infermieri dell'EFN) sostiene dunque autorevolmente , grazie alla rappresentatività di 30 Paesi, la campagna di sensibilizzazione sull'uso prudente degli antibiotici, in linea con l'approccio integrato "Una sola salute" della Commissione europea.
Chi fosse interessato al materiale informativo sul tema, da distribuire anche ai propri pazienti può visitare il sito www.ecdc.europa.eu.

La Cassazione ribadisce che solo il medico può progettare e collocare nel cavo orale del paziente la protesi

Non può esistere rapporto contrattuale tra abusivo e paziente secondo la sentenza (n° 12996/2016) della Corte di Cassazione Civile intervenuta sul ricorso di un diplomato odontotecnico condannato a risarcire una paziente a cui aveva eseguito lavori (devitalizzazioni e protesi) non andati a buon fine.

Cassazione che evidenza come deve essere considerato nullo il contratto che si instaura tra un finto dentista ed il paziente e questo comporta "ad un tempo, l'insussistenza del diritto del professionista al compenso e il diritto del cliente a ripetere, invece, quanto a tale titolo corrisposto".

Cassazione che ricorda, come già rilevato in altre sentenze, che in riferimento alla figura professionale dell'odontotecnico, "la progettazione, preparazione e collocazione nel cavo orale del cliente di una protesi dentaria implicano l'esecuzione di operazioni e manovre vietate agli odontotecnici dal R.D. 31 maggio 1928, n. 1334, art. 11 perchè riservate ai sanitari iscritti negli albi professionali dei medici chirurghi o degli odontoiatri. Con la conseguenza, ai sensi del combinato disposto degli artt. 2229 e 2231 cod. civ. e in relazione all'art. 1418 cod. civ., della nullità assoluta del rapporto contrattuale intercorso al riguardo tra odontotecnico e cliente, che deve essere rilevata anche d'ufficio dal giudice (Cass., 16 ottobre 1995, n. 10769)".

"Questa sentenza ancora una volta fa giustizia in un campo su cui molti fanno strumentalmente confusione", scrive il presidente CAO **Giuseppe Renzo** ai presidenti provinciali Albo degli odontoiatri.

Presidente CAO che sottolinea come nel caso preso in esame dalla Cassazione "l'incauto utente che si sia rivolto ad un odontotecnico istaurando un presunto rapporto contrattuale per la prestazione di cure odontoiatriche, in caso di inadempimento e di danni rivenienti dalla predetta cura non potrà utilizzare lo strumento della responsabilità contrattuale considerato che il contratto è nullo ab origine è tale nullità è rilevabile d'ufficio da qualsiasi giudice".

"Ovviamente -chiarisce Renzo- potrà sempre essere seguita in caso di lesioni la strada della responsabilità extracontrattuale che però, come oramai sappiamo, è più complessa da comprovare considerato che l'onere della prova sarebbe a carico del danneggiato".

Presidente CAO che chiude la nota rilevando come "ancora una volta la Giurisprudenza fa giustizia di queste iniziative e credo sia necessario attivarsi ancora di più per far comprendere all'opinione pubblica che rivolgersi ad un odontotecnico per risolvere problemi di salute odontoiatrica, oltre che pericoloso, è anche controproducente ai fini della tutela dei propri diritti anche economici.

FNOMCeO

Roma, _____

2016/12819-16-11-2016-PARTENZA

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

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

LORO SEDI

Prot. N°:

Resp. Proced. : Dott. Marco Poladas

Resp. Istrut.: Sig.ra Virna Lisai

Oggetto: Questione prelievo venoso.

Diversi Ordini provinciali hanno posto a questa Federazione il quesito concernente la possibilità per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria di eseguire dei prelievi venosi.

Data la rilevanza della questione comunichiamo la risposta a tutti gli Ordini provinciali.
Occorre tenere conto del Decreto del Ministero della Salute del 2 novembre 2015 "Disposizione relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

Nello specifico nell'allegato 10 del predetto decreto concernente "Emocomponenti per uso non trasfusionale" al punto 3 si sancisce: " Per le attività che riguardano gli emocomponenti per uso non trasfusionale, si applicano le seguenti modalità:
3.1 la richiesta deve essere effettuata da un medico, o, solo per le attività cliniche di competenza, da un odontoiatra".

Viene poi stabilito al punto 3.6 che "l'applicazione di emocomponenti in ambito odontoiatrico può essere effettuata da un odontoiatra solo per le attività cliniche di competenze".

In conclusione si può affermare che il sanitario iscritto al solo albo degli odontoiatri può svolgere questa prestazione clinica solo per le attività cliniche di competenza della professione odontoiatrica.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott.ssa Roberta Chersevani)

ARCHIVIO FNOMCeO

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06.36 20 31 Fax 06.32 22 794 – e-mail: segreteria@fnomceo.it – C.F. 02340010582

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Comunicato Stampa

NO A OGNI IPOTESI DI SANATORIA DELL'ABUSIVISMO

"Una ferita inguaribile alla tutela della salute dei cittadini".
Con queste parole le 47 Società Scientifiche ospiti ieri a **Roma** degli Stati **generali dell'Odontoiatria** – obiettivo: esaminare e fissare criteri oggettivi per l'accreditamento nei confronti della **Fnomceo** e del **Ministero della Salute** - hanno manifestato la preoccupazione di tutta l'Odontoiatria italiana per alcune ipotesi di "*sanatoria dell'abusivismo*" che starebbero per essere introdotte, tramite un emendamento dell'ultima ora, nel provvedimento relativo alla Legge di Bilancio.
"*Si tratterebbe* – hanno spiegato all'unisono le più di 50 tra Associazioni e Società Scientifiche presenti – *dell'ennesimo tentativo non solo di accogliere gli odontotecnici tra le professioni sanitarie ma di sanare il pregresso, permettendo che semplici diplomati siano equiparati, con un colpo di spugna, a professionisti opportunamente formati, per specifici compiti, tramite una laurea breve*".
"*Gli odontotecnici hanno tutto il diritto di vedersi riconosciuto un percorso di miglioramento della loro formazione culturale* – hanno continuato - *ma non certo attraverso un immotivato inserimento nell'ambito delle professioni sanitarie. Professioni che hanno un ruolo, quello della tutela della salute, che nulla ha a che vedere con attribuzioni di carattere commerciale e artigianale".*
"*L'incandescente momento pre – elettorale* – hanno concluso - *non può certo essere strumentalizzato per raggiungere obiettivi che nulla hanno a che vedere con provvedimenti di legge che hanno scopi ben diversi".*
"*Vigileremo con grande attenzione nell'immediato futuro* – si sono impegnati i rappresentanti delle Società Scientifiche dell'Odontoiatria - *per evitare che i 62.000 iscritti all'albo degli odontoiatri e gli altri 300.000 coinvolti nell'indotto vedano avvilita la loro professionalità e premiato invece, attraverso una sorta di sanatoria mascherata, il fenomeno dell'abusivismo, che costituisce ancora una piaga tutta italiana dell'assistenza odontoiatrica".*

Ufficio Stampa Fnomceo: 0636203238 (3371068340) ***informazione@fnomceo.it***
Comunicato del 25 11 2016

G. L. Gatti – A. Giacomina Chir. Plastica, AOUP **e lo Staff del PERCORSO LABIOPALATOSCHISI**

50 anni di "sorrisi" sotto la Torre La labiopalatoschisi a Pisa

Il Percorso Labiopalatoschisi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) nasce il 21 Febbraio 2014 grazie all'impegno del Direttore Generale dr. Carlo Rinaldo Tomassini ed alle pressioni delle tante famiglie dei piccoli pazienti in trattamento. La storia del trattamento delle Labiopalatoschisi a Pisa ha origini a fine anni '60, grazie al lavoro del prof. Paolo Santoni-Rugiu, che fu allievo di Tord Skoog, luminare svedese della chirurgia plastica mondiale ed esperto di labiopalatoschisi, e successivamente del prof. Alessandro Massei , Direttore dell'U.O. di Chirurgia Plastica dal 1981 al 2008, che ha dedicato tutta la sua vita "chirurgica" allo studio ed al trattamento di questa malformazione, creando tecniche personali innovative e portando la scuola pisana ad essere conosciuta e rinomata nel mondo. Nel 2008, in seguito al pensionamento del prof. Massei, il dr. Gian Luca Gatti ha portato avanti, quale allievo del primario, il trattamento dei piccoli pazienti e dopo un primo anno (2009) in cui il numero di interventi è stato circa lo stesso degli anni precedenti (tra i 70 e 90 interventi con 30-40 primi casi annui), nel 2010 si è assistito ad una crescita progressiva che ha portato attualmente il numero di interventi a circa 250-300 annui corrispondenti a 150-170 primi casi, il che ha fatto sì che il centro di Pisa diventasse il primo in Italia. Tutto ciò è stato possibile grazie anche al decisivo aiuto della Oncoematologia Pediatrica che ha permesso di utilizzare la propria sala operatoria e posti letto per un giorno a settimana, incrementando il numero di interventi settimanali (dal Nov. 2011). L'attivazione del Percorso ha permesso la creazione di un poliambulatorio multidisciplinare tutti i venerdì mattina con gli specialisti coinvolti nella cura delle Labiopalatoschisi presenti in uno stesso luogo ("one-building") per permettere alle famiglie (80% delle quali vengono da fuori regione Toscana) di avere la massima assistenza in un solo accesso.

Dal Dicembre 2015 ad Aprile 2016, viste le difficoltà di reperimento di posti letto e di personale infermieristico, l'attività è stata tutta svolta in Pediatria con un massimo di 5 bambini operati a settimana.

L'11 Aprile 2016 è stato finalmente inaugurato il nuovo reparto del Percorso Labiopalatoschisi, unico in Italia, dotato di 10 posti letto e di personale dedicato, che con dedizione e passione ha lavorato e continua a lavorare garantendo un numero

di 7 interventi a settimana; il reparto, viste le competenze chirurgiche, permette il ricovero di tutti i pazienti con malformazioni congenite esterne (ad esempio sindrome di Poland, nevi congeniti, malformazioni genitali maschili e femminili, malformazioni degli arti, emangiomi-linfangiomi, ecc.) rappresentando un polo di accentramento importante per l'Azienda Pisana; l'apertura del reparto è stato motivato dalla enorme "pubblicità" delle famiglie che trovano a Pisa un'assistenza competente, altamente specializzata e in primis un ambiente famigliare e cordiale. Tutto questo ha aumentato la domanda di ricovero e di conseguenza ha generato una lista d'attesa crescente (circa 170 pazienti) con i pazienti più grandi che aspettano anche più di un anno per i loro interventi.

L'attività multidisciplinare ambulatoriale prevede visite del chirurgo plastico (Dr. Gian Luca Gatti, Dr. Alessandro Giacomina, dr. Nicola Freda), dell'ortodontista (Dr.ssa G. Fortini) e della chirurgia orale (Prof. Mario Gabriele), della logopedista (Dr.ssa Renata Salvadorini), dell'anestesista (Dr.ssa Beate Kuppers, Dr.ssa Brita De Lorenzo), dell'otorinolaringoiatra (Dr. ssa Francesca Forli, Dr. Andrea De Vito), del genetista (Dr.ssa Benedetta Toschi, dr. Simone Gana), dello psicologo (Dr.ssa Chiara Toma), della pediatra (Dr. ssa Margherita Nardi), del neonatologo (dr. Paolo Ghirri) insieme alle consulenti dell'allattamento del progetto "AllatTiamo" di AISMEL (Associazione dei genitori dei pazienti con LPS) per un totale di più di 800 visite annue. L'attività di ricovero e le visite ambulatoriali si occupano del trattamento primario, secondario e del follow-up delle labiopalatoschisi: tale malformazione colpisce 1:830 nati in Italia ed in circa il 30% dei casi è sindromica; in Toscana ogni anno nascono circa 20 pazienti affetti, quindi circa l'80% dei pazienti che afferiscono al centro provengono da fuori regione, con aumenti progressivi dei pazienti adottati (per lo più dalla Cina) affetti da questa patologia. Il protocollo chirurgico prevede la ricostruzione del labbro, naso e gengiva a 2,5-3 mesi di età e la ricostruzione del palato a 6-7 mesi; nei casi più gravi (schisi ossee mascellari maggiori) viene effettuato un ulteriore intervento preparatorio a 40-50 gg di vita, denominato sinechia labiale temporanea. Durante la crescita possono rendersi necessari ulteriori 2-3 interventi correttivi fino al raggiungimento della maggiore età.

L'intervento che contraddistingue la scuola pisana è la periostioplastica, tecnica personale ideata dal prof. A. Massei che, eseguita contestualmente alla cheiloplastica e alla rinoplastica a 2,5-3 mesi di vita, permette la

produzione spontanea di osso nella sede della schisi ossea mascellare e riduce la necessità di innesto osseo, che invece deve essere fatto in tutti i pazienti operati negli altri Centri, ad 1 paziente su 5. Pertanto al momento della correzione primaria della malformazione verrà eseguita la ricostruzione del labbro mediante cheiloplastica, del naso mediante rinoplastica, del palato mediante palatoplastica ed anche dell'osso mascellare mediante periostioplastica, risolvendo a 360 gradi il problema. L'affidabilità della tecniche chirurgiche ed anestesiologiche, che hanno ridotto quasi allo zero la percentuale di complicanze, la creazione di un reparto dedicato con personale qualificato ed il clima famigliare e rassicurante con cui le famiglie ed i loro piccoli vengono accolti e seguiti durante il ricovero, fanno del Percorso Labiopalatoschisi una entità unica nel nostro paese, importante centro di attrazione e fiore all'occhiello dell'AOUP.

Attualmente i tanti problemi legati alla carenza di personale (o alla precarietà di molti dei professionisti coinvolti) non permette un "orizzonte sicuro". Si naviga sempre a vista, aspettando di risolvere i problemi con le poche risorse (sicuramente in primis economiche) che l'Azienda ci fornisce. La centralità della famiglia, al momento del ricovero, è per noi fondamentale: i bambini sono inconsapevoli, perché piccoli, del trauma chirurgico, ma i genitori hanno ben presente lo stress pre-intra-post-operatorio. Il nostro intento è quello di farli sentire più a casa possibile, in un ambiente confortevole, accogliente e umano; cercare di ridurre al minimo i giorni di ricovero ospedaliero; creare un network di professionisti anche a distanza che si occupi di tutte le cure nel lungo percorso di crescita. Avere spazi maggiori, una grande ludoteca per far giocare i piccoli, degli ambienti dedicati alla mamma che allatta (specie dopo l'intervento), e soprattutto riuscire ad avere più stanze di degenza per tenere insieme la famiglia nel momento del ricovero (attualmente i papà solitamente dormono, a proprie spese, in albergo e b&b, in quanto spesso abbiamo 2 pazienti per stanza) sono i punti importanti che cerchiamo perseguire dal lato della gestione dei ricoveri e della degenza.

Tutto quello che è stato fatto finora è frutto della passione per il lavoro, dell'impegno quotidiano ma soprattutto del sorriso che non solo compare sul viso dei pazienti operati ma anche su quello della famiglia che riabbraccia colma di emozione il piccolo appena uscito dalla sala operatoria e di tutti coloro che partecipano a che quel momento avvenga.

VENDESI
& affittasi
Lefim
Promotion Real Estate Development

- a pochi chilometri dal centro di Pisa;
- inserite in un contesto ben servito dai mezzi pubblici;
- con ampia disponibilità di posti auto.

Locali predisposti per:
Palestre riabilitative
e **Studi fisioterapici.**
Consistenza:
Piano Terra mq **820** ca.,
Soppalco mq **460** ca..

Già attrezzati con spogliatoi, bagni e docce.

Unità al Piano 1°
Consistenza: da mq **245** ca.,
a mq **850** ca..

Complete di impianto elettrico, riscaldamento-condizionamento.
Disponibilità di montascala, parcheggi di pertinenza.
Finiture personalizzabili.

☎ **0574.574495** www.lefim.it

Gruppo Basso
Dal 1930, uomini che lavorano.
Da oltre 85, al servizio delle piccole, medie e grandi imprese

Basso Cav. Angelo
COSTRUZIONI GENERALI
Industrialized Building Infrastructures
Realizziamo e ristrutturiamo i vostri immobili con la formula chiavi in mano

Sogeicom
Property Facility Management
Gestiamo e ci prendiamo cura del vostro patrimonio immobiliare

BHR
Basso Hotels and Resorts
Ospitiamo i vostri clienti e rendiamo unici i vostri eventi aziendali a due passi da Venezia

F. Carmassi U.O. Ortopedia e Traumatologia, AOUP

Malattia di Dupuytren: collagenasi ok, però...

Dalla letteratura medica ho potuto rilevare che l'impiego della collagenasi nel trattamento del morbo di Dupuytren risulta essere una tecnica valida da usare in casi selezionati.
Il trattamento è ambulatoriale e consiste nell'infiltrare la corda palmare retraente in più punti. Se la malattia ha determinato contratture multiple, le altre corde possono essere trattate in occasione di altre visite mediche per il trattamento a distanza di circa 4 settimane.
Il giorno successivo viene eseguita una manipolazione del dito per ottenere una estensione del dito stesso. La manipolazione è dolorosa e viene eseguita in anestesia tronculare della regione anatomica da trattare. Nei giorni successivi, tali manipolazioni vengono ripetute. Se non si ottenesse una risposta soddisfacente, è possibile ripetere sia la somministrazione che la procedura di estensione del dito dopo circa 4 settimane.
I risultati di tale metodica sono incoraggianti. I pazienti non subiscono un intervento chirurgico che li rende inabili per circa un mese; le percentuali di successo sono buone e gli effetti collaterali non particolarmente importanti.
Non conviene però estendere tale metodica a tutti i casi.
Innanzi tutto non è possibile trattare casi molto gravi con retrazioni di 3° 4° delle articolazioni interfalangee e metacarpo falangee. Di fronte a retrazioni di più raggi della mano non risulta applicabile per l'eccessiva dose del farmaco da impiegare, come già affermato, il trattamento deve essere eseguito in sedute a distanza di circa un mese le une dalle altre.
L'indicazione ideale è una mono localizzazione, ad un raggio della mano, di grado non eccessivo quindi senza una grave retrazione dei cordoni aponeurotici.
Le complicazioni locali più frequenti sono le lacerazioni cutanee, le necrosi cutanee e gli ematomi.
E' necessario, inoltre, seguire in maniera accorta il decorso post infiltrativo in particolare nella fase rieducativa per evitare una recidiva della fibrosi e della retrazione in conseguenza ad una cattiva "compliance" da parte dei pazienti.
I costi della terapia non sono irrisori.
Questa metodica mi ricorda molto quella che veniva usata per le ernie discali contenute.
In casi di lombalgia da ernia discale, ove ne sussistevano le indicazioni, era effettuata una iniezione intradiscale di una enzima proteolitico (chemionucleolisi) che portava ad una distruzione di parte del disco intervertebrale e, quindi, ad una riduzione del volume erniario.
Dopo un periodo iniziale di entusiasmo, durante il quale sembrava di poter risolvere tutto con la "discectomia chimica, le indicazioni si sono molto ridotte e, ad oggi, tale metodica è stata pressochè soppiantata da altre procedure.
In conclusione, il trattamento del morbo di Dupuytren con collagenasi risulta essere una metodica valida da usare in casi ben selezionati e da personale dedicato e ben addestrato. Solo dopo anni di trattamenti e revisioni di casistiche, saremo in grado di poter dare un giudizio definitivo su questa promettente procedura.

G. Saggese - C. Angelucci Clinica Pediatrica, Dip. Medicina Clinica e Sperimentale - Università di Pisa

Il futuro comincia dalla nascita

L'incremento delle cosiddette "patologie croniche non trasmissibili" a cui stiamo assistendo negli ultimi anni, quali la patologia cardiovascolare (48%), neoplastica (21%), le patologie respiratorie croniche (12%), il diabete (3.2%), sta portando sempre maggiore attenzione sulla finestra temporale dei "primi 1000 giorni di vita" dell'individuo, dal concepimento al compimento del secondo anno di età, come target su cui investire, in termini di prevenzione, per il benessere dell'adulto di domani.
La nutrizione nelle prime fasi della vita ha un impatto determinante sulla salute negli anni a venire in quanto condiziona crescita, sviluppo cognitivo, maturazione del sistema immunitario, composizione del microbiota intestinale. Il rischio di sviluppare malattie non è determinato solo da fattori genetici, ma dipende sensibilmente dall'ambiente e in particolare dalla nutrizione. Difatti, un regime nutrizionale carenziale o inadeguato può causare variazioni nell'espressione genica con relativi adattamenti che potrebbero essere trasmessi alle generazioni future.
Il medico ed epidemiologo David Barker, già nei primi anni del secolo scorso, aveva postulato la ***"fetal programming hypothesis"***, osservando che la carenza di determinati nutrienti nelle prime fasi di vita potesse essere associata ad una maggior incidenza di patologie in età adulta.
L'ipotesi di Barker, inizialmente contestata, viene oggigiorno universalmente accettata, rappresentando la pietra miliare di un affascinante e vasto campo di ricerca noto con l'acronimo anglosassone DOHaD (***Developmental Origin of Health and Disease***).
Lo sviluppo dell'individuo, infatti, non è influenzato soltanto dal proprio patrimonio genetico, ma è condizionato anche dall'interazione con fattori ambientali. A tal proposito, sempre più consistente è il valore dell'epigenetica, ovvero lo studio dei meccanismi, indotti dall'ambiente, responsabili di cambiamenti ereditabili nell'espressione del genoma, senza alcuna modificazione della sequenza del DNA,
La capacità di modulare in tal senso l'espressione del DNA è una caratterista emergente di sempre più numerosi agenti, sia epigenotossici (quali inquinamento ambientale, fumo, alcool, caffè) che non (es. alimentazione, attività fisica).
Lo sviluppo del bambino (***Early Child Development***) è dunque la risultante dell'interazione tra le caratteristiche biologiche individuali e l'ambiente in cui nasce, vive e cresce. Da un punto di vista operativo il termine anglosassone *Early Child Development* si riferisce a strategie preventive per garantire espansione delle

abilità fisiche, cognitive, psicologiche e socio-emozionali che portano a una maggiore competenza, autonomia e indipendenza. Risulta pertanto imperativo individuare fattori di rischio biologico e contestuali di tale periodo, compresa la vita intrauterina, e le aree di intervento, distinte per età, su cui focalizzare un'attenzione preventiva.

EPOCA PRE-CONCEZIONALE E GRAVIDANZA

I fattori sui quali concentrare maggior attenzione prima del concepimento e durante la gravidanza riguardano prevalentemente lo stato di salute dei futuri genitori, in particolare della futura mamma. Come ben noto, l'età materna > 35 anni rappresenta un importante elemento per ciò che concerne il rischio abortivo e malformativo del feto. Fondamentale anche lo stato nutrizionale della neo mamma, sia in termini di sovrappeso (un BMI ≥ 30 si associa a numerose complicanze, quali diabete gestazionale, basso peso alla nascita, macrosomia, preeclampsia e sovrappeso, obesità, iperinsulinemia, sindrome metabolica del bambino, ecc.) che di dieta equilibrata nei macro- e nei micronutrienti (acido folico, ferro, vitamine e minerali). Anche l'esposizione ai fattori epigenotossici (fumo, alcool, caffè) è un elemento di cui tener conto nel "bilancio di salute" della futura madre; l'esclusione di questi dalle abitudini di vita deve essere una prerogativa fondamentale della strategia del medico di fronte ad una donna che desideri una gravidanza.

I PRIMI 24 MESI DI VITA

Negli ultimi decenni, in Italia come nel resto del mondo industrializzato, il numero di bambini con problemi di peso è costantemente aumentato tanto che i bimbi in sovrappeso sono praticamente duplicati negli ultimi 20 anni. L'obesità infantile è il risultato di un bilancio energetico positivo protratto nel tempo; in pratica si introducono per molto tempo più calorie di quante se ne consumano. Si può parlare di obesità quando il peso di un bambino supera del 20% il peso ideale (in base al sesso e all'altezza), di sovrappeso se lo supera del 10-20%. In certi casi si parla di super-obesi: sono quei bambini il cui peso supera del 40% i valori normali. In Italia, ogni cento bambini della classe terza elementare 24 sono in sovrappeso e 12 obesi.

La promozione di una corretta alimentazione nel bambino rappresenta pertanto un elemento cardine della strategia preventiva dei "1000 giorni". Il concetto di nutrizione è multidisciplinare e deve essere integrato con applicazioni pratiche di educazione alimentare al fine di promuovere uno stato di salute ottimale. L'allatta-

mento al seno, possibilmente esclusivo fino al sesto mese di vita del bambino, deve esser fortemente incoraggiato. Rappresenta, infatti, l'alimento più nutriente e maggiormente protettivo non solo nei confronti delle infezioni, ma anche verso obesità, ipertensione e patologie neoplastiche. Dallo svezzamento in avanti, l'adesione ad una dieta di tipo mediterraneo (inserita dal 2010 nel patrimonio culturale immateriale dell'Umanità dal Comitato Intergovernativo dell'UNESCO) si associa anche nel bambino ad una riduzione del rischio delle patologie croniche non trasmissibili. Nei nuovi LARN del 2014, oltre alla raccomandazione al mantenimento di un elevato apporto lipidico fino al 2° anno di vita e la riduzione della percentuale di zuccheri a rapido assorbimento, viene confermata la raccomandazione ad un'importante riduzione della quota proteica durante tutto il periodo che va dai 6 mesi ai 24 mesi di vita, anche in relazione al rischio di ***early adiposity rebound*** per assunzioni superiori al 15% dell'energia totale. Un'iperalimentazione nei primi due anni di vita oltre a causare un aumento di volume delle cellule adipose, determina anche un aumento del loro numero; da adulti, pertanto, si avrà una maggiore predisposizione all'obesità ed una difficoltà a scendere di peso o a mantenerlo nei limiti, perché sarà possibile ridurre le dimensioni delle cellule, ma non sarà possibile eliminarle. Intervenire durante l'età evolutiva è, quindi, di fondamentale importanza, perché ci dà la garanzia di risultati migliori e duraturi. I bambini in sovrappeso hanno un rischio notevolmente maggiore di diventare degli adulti obesi e di soffrire, nel loro futuro, delle tipiche complicanze derivanti dall'obesità come il diabete,

l'ipertensione, le malattie cardiocircolatorie, i calcoli biliari, l'artrosi e alcuni tipi di tumore (patologie tanto più frequenti quanto più precoce è l'obesità).

Responsabilità del pediatra è dunque l'aggiornamento continuo in campo nutrizionale. Il compito è quello di verificare nel tempo le abitudini alimentari dei pazienti, coinvolgendo attivamente i genitori ed esplicando con chiarezza i rischi a breve e a lungo termine che può comportare un'alimentazione non adeguata. E' da sfatare la convinzione generale che un bambino diventa obeso solo perché mangia troppo; non sempre infatti, un bambino "cicciotello" è necessariamente un "mangione"; più frequentemente capita che egli preferisca cibi molto calorici, ricchi di zuccheri e grassi, associati a bevande dolci.

Accanto ad una corretta nutrizione, fondamentale è l'attività fisica che, secondo le raccomandazioni internazionali, dovrebbe essere di almeno 60 minuti al giorno. E' opportuno abituare il bambino a praticare attività fisiche e sportive (uso della bicicletta, corsa podistica, gioco del calcio, alcune attività di palestra); è importante che questa scelta diventi per il bambino un'attività costante e serva a limitare le attività sedentarie come il dannoso stazionamento davanti alla televisione e l'uso eccessivo del computer. A tal proposito, le azioni da sostenere per la promozione di uno stile di vita dinamico sono: 1) l'incoraggiamento alla creazione e predisposizione di ambienti urbani e sociali favorevoli, come aree gioco, politiche del traffico, agevolazioni al credito per l'acquisto di biciclette e dispositivi di protezione; 2) la riduzione del comportamento sedentario, spesso attribuibile all'uso di strumenti digitali e TV, il cui utilizzo non dovrebbe essere superiore alle 2 ore giornaliere; 3) l'accrescimento della consapevolezza dell'importanza dell'attività fisica nel mantenimento dello stato di benessere.

Qui le grandi responsabilità che devono investire il pediatra, i caregiver, le istituzioni e le politiche socio-sanitarie nel promuovere buone pratiche nelle fasi precoci di sviluppo del bambino, per le quali vi è evidenza di efficacia.

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
- 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 dito 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.

Assofly®

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

Duchenne Parent Project onlus

CENTRO ASCOLTO DUCHENNE
800 943 333

www.parentproject.it

Per destinare il 5X1000:

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

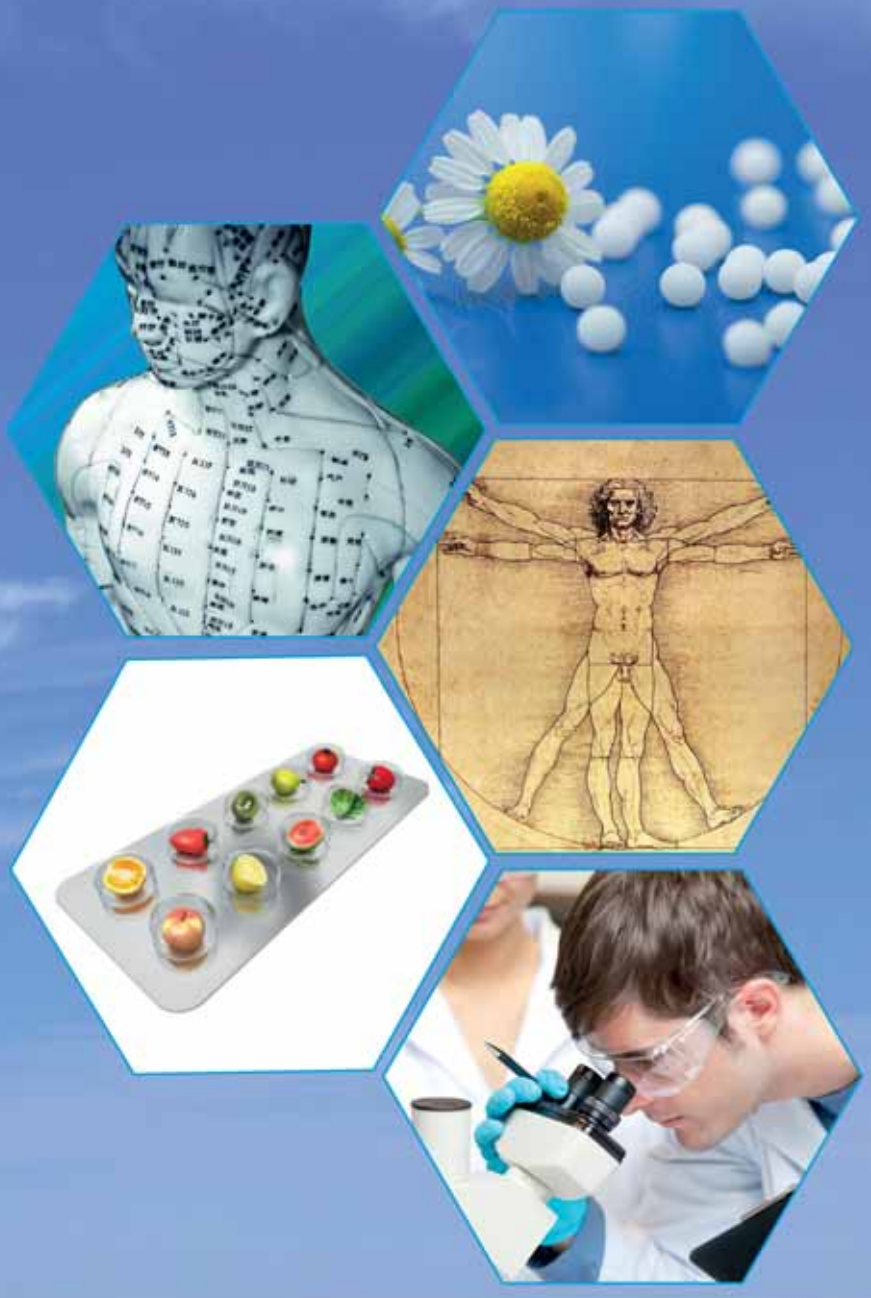
Per fare una donazione:

c/c postale 94255007
BCC Ag. 19
IBAN IT 38 V 08327 03219 000000005775
intestati a Parent Project Onlus

Progetto IGEA

Igea Network

www.igeanetwork.eu



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