

# 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:

### **Camera iperbarica: il nuovo "percorso Pisa"**

*P. Malacame*

Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione VI - AOUP  
F. Ghelardoni Resp. Camera Iperbarica - AOUP  
F. Giusti Medico Iperbarista - AOUP

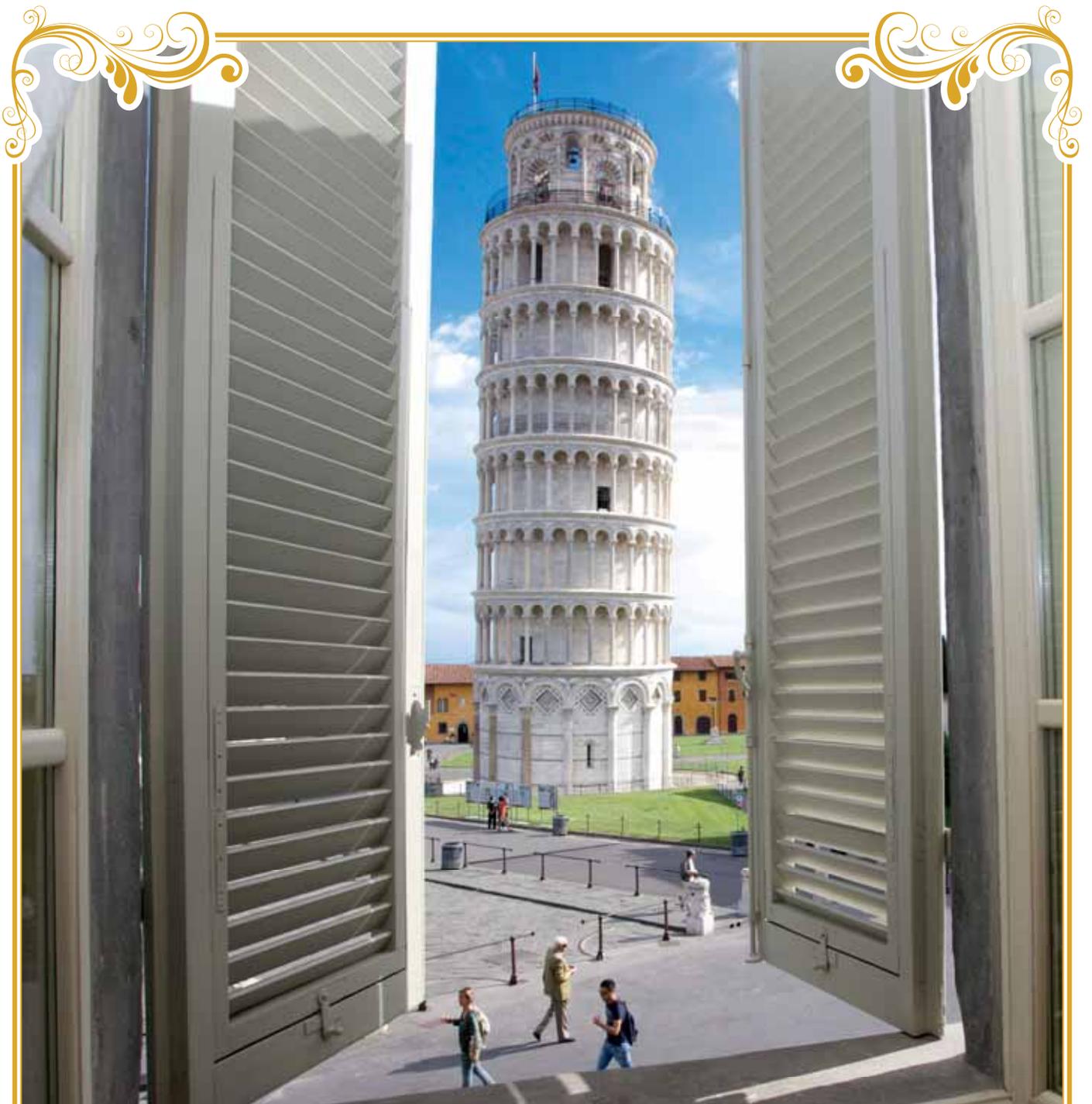
### **Sistema autorizzativo toscano delle strutture sanitarie: modifiche**

*R. Trivelli*

Presidente Commissione dell'Albo  
degli Odontoiatri di Pisa

### **Le ipersonnie: malattia medica e sociale**

*E. Bonanni - L. Carnicelli - M. Fabbrini  
A. Schirru - M.R. Ferraro - M. Maestri - U.  
Bonuccelli* Centro Regionale Disturbi Sonno,  
Dip. Specialità Mediche-AOUP,  
Dip. Medicina Clinica e Sperimentale - Univ Pisa



# CAMERA CON VISTA STORIA

Trascorrere anche una sola notte nella magia del Relais I Miracoli, è un'esperienza che vi accompagnerà per la vita. Abbiamo impiegato anni di attento e meticoloso lavoro, utilizzando il meglio delle **più moderne tecnologie ecocompatibili** per offrirvi il **migliore confort** all'interno delle nostre location: quattro "exclusive rooms" e quattro "de luxe rooms".

TARIFFA AGEVOLATA PER GLI ISCRITTI AGLI ORDINI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI  
SCONTO 25% SUI PREZZI DI LISTINO - TARIFFA NON RIMBORSABILE



*Residenza d'Epoca*  
RELAI I MIRACOLI

Via Santa Maria, 187 - 56100 Pisa ☎ Tel: +39 050 560572

✉ [info@relaisimiracoli.it](mailto:info@relaisimiracoli.it) 🌐 [www.relaisimiracoli.it](http://www.relaisimiracoli.it)

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

# Eroi, sempre e comunque

**E**roi, **sempre e comunque**. Dall'estremo sacrificio per salvare una vita, a quello di rischiare la perdita del lavoro per assistere e curare i pazienti, pur nell'umiliante carenza di strutture sanitarie.

Ci si ricorda di noi medici quando accade la tragedia, poi più nulla. Può anche essere giusto – siamo i primi ad ammetterlo – quello che invece respingiamo con forza è la volontà politica di colpire volutamente l'immagine di chi si prodighi, **sempre e comunque** nella quotidianità, anche della semplice ricerca di una barella che non c'è. Qui, solo il pronto intervento del Ministro della Salute – cui riconosciamo una non comune fermezza – ha evitato il pericoloso dilagare delle accuse. Ma, in fondo, è la storia che si ripete ancora una volta. Ci additano da un lato di essere dei "bramini" ovvero appartenenti ad una casta sociale privilegiata. Ci addossano, al contempo, le responsabilità delle disfunzioni e della malasanita per nascondere, al contrario, gli errori

di altri.

Purtroppo, avremo altre tragedie, purtroppo avremo a che fare con un continuo linciaggio morale dove, dallo spillo all'elefante, tutto appare collegato ad una colpa nostra. Siamo costretti cioè a vivere ed a subire un'assurda caccia alle streghe, dove sul rogo viene posta ogni volta la figura di chi segue i principi etici di quel Giuramento, fatto a tutela del paziente e della sua salute.

Il rischio drammatico è che quel fuoco, alimentato dal vento di coloro che invidiano soprattutto la nostra dignità, possa insinuarsi nel rapporto fiduciario tra medico e paziente. Vogliamo dirlo, allora, a chiare lettere. Non ci piegheremo mai a questo assurdo tiro al bersaglio. Non siamo perfetti. Siamo soltanto esseri umani che vogliamo portare avanti il loro lavoro con umiltà e professionalità, senza inutili vittimismo o false enfasi.

Sì, perché siamo certi che il medico – ieri, oggi ed in futuro – si possa e si debba fare in una maniera soltanto: la nostra. Beato quel popolo che non ha bisogno di eroi, ma onoriamo chi lo sia realmente. Le maldicenze non ci toccano e le offese continueremo a metterle sotto le scarpe. E' il posto più adatto.



## *PisaMedica*

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

Direttore Responsabile  
Giuseppe Figlini

Direttore Editoriale  
Gian Ugo Berti

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

Comitato Scientifico  
Giampaolo Bresci, Lina Mameli,  
Paolo Monicelli, Paolo Baldi,  
Piero Bucciatti, Mauro Ferrari,  
Paolo Fontanive, Cataldo Graci,  
Piero Lippolis, Eugenio Orsitto,  
Paolo Stefani, Stefano Taddei,  
Elio Tramonte,  
Franco Pancani, Roberto Trivelli,  
Alberto Calderani, Teresa Galoppi,  
Filippo Graziani

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

Segreteria di redazione  
Francesca Spirito, Sabina  
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione  
ALFA&CO Comunicazione  
per Archimedia Communication

Stampa  
Luminarprint srl

Foto di copertina  
concessa da G.M. Pileri

# Pisa Medica Online

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

**A partire da gennaio 2017** Pisa Medica è diventata **PisaMedica Online ([www.pisamedica.it](http://www.pisamedica.it))**, 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 e inviando la richiesta tramite fax al n. 050.791.20.44 oppure tramite e-mail a [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

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

The screenshot displays the PisaMedica website interface. At the top, the logo "PisaMedica" is prominent, with the subtitle "Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa". Below the logo is a navigation menu with "HOME", "INFORMATIVE", "NEWS", and "CONTATTI". The main content area is divided into two columns: "MEDICINA NEWS" and "ODONTOIATRIA NEWS".

**MEDICINA NEWS** articles include:

- LA VIOLENZA È L'ULTIMO RIFUGIO DEGLI INCAPACI** (Feb 26, 2017) by [Author]
- CASERTA IRRADIATA: IL NUOVO "PERCORSO PISA"** (Feb 26, 2017) by [Author]
- LE IPERSONNIE: MALATTIA MEDICA E SOCIALE** (Feb 26, 2017) by [Author]
- ICTUS ISCHEMICO E TROMBOLISI: IL "PERCORSO" NELL'AGL WORD-OVEST** (Feb 26, 2017) by [Author]
- ODONTOLOGIA UNIVERSITARIA: SPECIALIZZANDI IN ITALIA** (Feb 26, 2017) by [Author]
- INFEZIONE VERTICALE DA HIV: MODELLO PREVENZIONE A PISA** (Feb 26, 2017) by [Author]

**ODONTOIATRIA NEWS** articles include:

- SETTIMANA ANTICORRUPTIVA: TOLIMANO DELLA SPERANZA SANITARIA: MEDICINA** (Feb 26, 2017) by [Author]
- ESSE INDONTA LA FALSA NEWS** (Feb 26, 2017) by [Author]
- UNA CONFERENZA NATA** (Feb 26, 2017) by [Author]
- UNA NUOVA SPERANZA DI SANITÀ PER I PAZIENTI** (Feb 26, 2017) by [Author]
- OPPORTUNITÀ PER IL NOSTRO PAESE** (Feb 26, 2017) by [Author]
- PROGETTO MEDICO A PISA: LAUREE PER IL FUTURO** (Feb 26, 2017) by [Author]

# Delibera della CNFC in materia di crediti formativi ECM

## Art. 1

### **(Obbligo formativo triennio 2017-2019)**

1. L'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.
2. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell'obbligo formativo nel presente triennio formativo (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).
3. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017-2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

## Art. 2

### **(Certificazione per il triennio 2017-2019)**

1. Il professionista sanitario può richiedere la seguente documentazione:
  - a) Attestato di partecipazione al programma ECM;
  - b) Certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo.
2. L'attestato di partecipazione al programma ECM contiene esclusivamente l'indicazione del numero di crediti conseguiti qualora gli stessi non soddisfino l'obbligo formativo nel triennio.
3. Il certificato sancisce il completo soddisfacimento dell'obbligo formativo nel triennio.
4. Solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla Commissione nazionale all'art. 4 della presente delibera, concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale.
5. I documenti di cui sopra (comma 1 del presente articolo) sono rilasciati da Ordini e Collegi professionali per quanto riguarda gli esercenti professioni sanitarie regolamentate e ordinate, dalle Associazioni maggiormente rappresentative degli esercenti le professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per quanto riguarda gli iscritti alle stesse, dalla Commissione nazionale per la formazione continua per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non sono iscritti alle Associazioni ora citate.

## Art. 3

### **(Regole applicative)**

1. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

---

2. Il professionista sanitario, tramite formazione erogata da provider accreditati, deve acquisire in qualità di discente almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. I crediti acquisiti tramite autoformazione non possono superare il 10% del fabbisogno formativo triennale.

3. Il professionista sanitario non può acquisire crediti in qualità di reclutato dalle Aziende sponsor oltre il limite di 1/3 del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.

#### **Art. 4**

##### ***(Docente, tutor/relatore di formazione organizzata da Provider)***

1. Fermo restando i criteri di attribuzione dei crediti, ciascun docente/tutor/relatore non può acquisire più di 50 crediti per un singolo evento.

2. Al fine di evitare che per uno stesso evento i crediti vengano calcolati due volte nel caso in cui un soggetto rivesta contemporaneamente più ruoli (docente/tutor/relatore e discente), è vietata l'attribuzione di crediti per più ruoli all'interno dello stesso evento. In tal caso nel rapporto dell'evento il nominativo del professionista sanitario può comparire una sola volta con i crediti o di docente/tutor/relatore o di discente, lasciando al professionista la relativa scelta.

3. I crediti saranno, invece, sommati solo nel caso in cui il professionista sanitario partecipi in qualità sia di docente/relatore che di tutor, in tal caso i crediti dovranno essere rapportati con il ruolo di 'docente', rispettando comunque il limite dei 50 crediti a partecipazione.

4. Nel caso di una sessione svolta in co-docenza, vale a dire nel caso in cui in una sessione i docenti siano due o più di due e gli interventi vengono svolti simultaneamente, si applica il criterio generale di attribuzione di due crediti l'ora per ogni singolo co-docente. Affinché i crediti possano essere erogati, la durata minima di una sessione per singolo docente, deve essere di almeno mezz'ora (in tal caso ad ogni singolo co-docente viene attribuito 1 credito).

5. Il professionista sanitario che nello stesso anno partecipa a più edizioni dello stesso evento con ruoli diversi (in qualità di docente/tutor/relatore in un'edizione e in un'altra come discente), può acquisire i crediti per entrambi i ruoli, per una sola volta; il provider, nel caso il professionista sanitario partecipi come discente a un corso di cui era stato docente, dovrà inserire un nuovo programma in quanto non dovrà più comparire il nome del professionista sanitario nel ruolo di docente/tutor/relatore.

#### **Art. 5**

##### ***(Eventi di formazione ECM)***

1. Con riferimento al triennio formativo 2017-2019 tutti gli eventi formativi dovranno concludersi entro il triennio formativo in cui vengono inseriti. L'evento formativo non può durare più di 12 mesi ad esclusione delle "Attività di ricerca" che possono durare fino a 24 mesi, sempre entro il limite di conclusione del triennio formativo.

#### **Art. 6**

##### ***(Norme finali)***

1. Per quanto non espressamente disciplinato nella presente delibera si rimanda agli atti deliberativi adottati dalla Commissione nazionale per la formazione continua e alla normativa disponibile sul sito ECM/AgE.Na.S. in materia di attribuzione e calcolo dei crediti.



FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 2

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI  
PROVINCIALI DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI

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

2017/279-11-01-2017-PARTENZA

**Oggetto:** ECM - Obbligo formativo triennio 2017-2019 - Completamento dell'obbligo formativo del triennio 2014-2016.

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno segnalare che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha fornito le indicazioni in ordine ai crediti formativi ECM per il triennio 2017-2019.

**La suddetta Commissione nel corso della riunione del 4 novembre 2016 ha deliberato il nuovo obbligo formativo ECM per il triennio 2017-2019 (All. n. 1) ed ha approvato la nuova delibera per l'implementazione del Dossier Formativo**, valida per il triennio formativo 2017-2019, rivolta a tutti i professionisti sanitari, alle Aziende sanitarie pubbliche e private, agli Ordini, ai Collegi e alle rispettive Federazioni nazionali, agli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, che possono accedere alla costruzione del dossier (All. n. 2).

La medesima Commissione, nel corso della riunione del 13 dicembre 2016, ha inoltre approvato la nuova delibera per i **"Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" che sostituisce la precedente regolamentazione (All. n. 3) e ha deliberato di consentire ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro il prossimo 31 dicembre 2017, nella misura massima del cinquanta per cento del proprio obbligo formativo, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni. I crediti acquisiti nel 2017, quale recupero del debito formativo del triennio 2014-2016, non saranno computati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019.**

Con riferimento alla delibera della CNFC in materia di crediti formativi ECM l'art. 1 recante **"Obbligo formativo triennio 2017-2019"** prevede che:

**"1. l'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione**

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 25 818 - e-mail: [presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it) - C.F. 02340010582



FNOMCeO

Il Presidente

continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

**2. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell'obbligo formativo nel presente triennio formativo (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).**

**3. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017 -2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti".**

Si rileva inoltre che all'art. 2 (Certificazione per il triennio 2017-2019) si prevede che il professionista sanitario possa richiedere al proprio Ordine provinciale l'attestato di partecipazione al programma ECM, contenente il numero di crediti conseguiti e il certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo nel caso in cui abbia acquisito i crediti previsti nel triennio nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

In conclusione si invitano gli Ordini provinciali, nell'ambito della propria competenza territoriale, a dare ampia diffusione alla presente Comunicazione.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE

Dott.ssa Roberta Chersevani

All. n. 3



Responsabile del procedimento: Dott. Marcello Fontana

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 25 818- e-mail: [presidenza@fnomeco.it](mailto:presidenza@fnomeco.it) – C.F. 02340010582

## Camera iperbarica: il nuovo “percorso Pisa”

**L'**Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) è la somministrazione incruenta di ossigeno puro (o di miscele gassose iperossigenate), che avviene all'interno di speciali ambienti, le camere iperbariche, che vengono portati ad una pressione superiore a quella atmosferica mediante pressurizzazione con aria compressa, mentre il paziente, all'interno, respira ossigeno puro (o miscele gassose iperossigenate), in circuito chiuso, attraverso maschere, caschi o tubi endotracheali.

Nella respirazione in aria, a pressione atmosferica, il 98,5% dell'ossigeno viene trasportato dai globuli rossi, nei quali è presente l'emoglobina con cui si lega l'ossigeno; pertanto è necessaria la presenza di vasi sanguigni integri, affinché possano passare i globuli rossi, per facilitare l'arrivo

dell'ossigeno ai tessuti. L'esposizione a pressioni elevate di ossigeno comporta l'aumento della sua quota trasportata in soluzione nel plasma e disponibile per la respirazione tissutale. A pressioni fra le 2 e le 2,8 atmosfere assolute (ATA) la quantità di ossigeno trasportato ai tessuti, in questa forma, può essere anche di 15 volte superiore al normale, fino a poter soddisfare interamente le necessità delle cellule. Questo aumento dell'O<sub>2</sub>, disciolto in forma fisica nel plasma, comporta la possibilità di ripristinare l'ossigenazione in aree dove i vasi sanguigni sono carenti o danneggiati (aree ipossiche o ipoperfuse) permettendo la ripresa di funzioni tissutali O<sub>2</sub>-dipendenti e la possibilità di contrastare danni che l'ipossia tissutale abbia provocato. Comporta inoltre la ridistribuzione del sangue verso i tessuti ipossici a seguito di vasocostrizio-

ne nei tessuti sani. Oltre a questi effetti l'ossigeno iperbarico esplica anche un'azione antibatterica diretta ed indiretta, ha un'azione di vasocostrizione con riduzione dell'edema post-traumatico e/o post-chirurgico, protegge i tessuti dai danni conseguenti ad eventi di ischemia/riperfusion mantenendo normali i livelli di Atpasi, di Fosfocreatinkinasi e basso quelli dei lattati, protegge le membrane dalla lipoperossidazione radicalica, inibisce la produzione di beta2-integrine che favoriscono l'adesività dei leucociti sulla parete capillare, con conseguente danno endoteliale. Promuove i processi riparativi con l'aumento del metabolismo cellulare, la riattivazione di fibroblasti, osteoblasti, della collagenosintesi, incrementa la sintesi di matrice extracellulare, ha un effetto di stimolo sulla neoangiogenesi. L'azione dell'ossige-





no iperbarico per potersi esplicitare ha bisogno di un certo tempo e di un certo numero di sedute, che variano a seconda della patologia, acuta o cronica, da trattare, del tessuto interessato dalla patologia e dall'associazione nella stessa patologia di più cause invalidanti. Il ripristino di funzioni vitali come la respirazione cellulare, con conseguente riattivazione dei compiti a cui la cellula è preposta, la ne-

formazione vascolare, ecc. sono tutti effetti che l'ossigeno iperbarico esplicita nel corso di cicli più o meno lunghi e tali effetti si protraggono nel tempo anche dopo la fine della terapia.

La camera iperbarica dell'AOU Pisana, parte integrante della U.O. Anestesia e Rianimazione VI attualmente diretta da Paolo Malacarne, è situata presso il P.O. di

S. Chiara (Edificio 14 piano terra, tel 050992738 - 2387). La realizzazione dell'attuale impianto iperbarico si deve in gran parte a Giuseppe De Iaco, **già Direttore della U.O. di Anestesia Rianimazione, primo vero esperto di medicina iperbarica nel nostro ospedale e promotore della disciplina stessa all'interno dell'azienda e a livello regionale e nazionale.**

Il personale è costituito da due



Medici, specialisti in Medicina Iperbarica, e quattro infermieri professionali che sono anche abilitati alla conduzione dell'impianto stesso.

Le sedute terapeutiche routinarie, della durata di 90', sono effettuate in 4/5 turni giornalieri, ma la struttura è attivabile per urgenze h/24 tramite reperibilità.

L'accesso all'OTI prevede preliminarmente una visita ed una prova in camera iperbarica, per la quale è possibile prenotare un appuntamento contattando direttamente la struttura. Successivamente all'accertamento della idoneità vengono programmati cicli di trattamenti secondo precisi protocolli terapeutici.

La Regione Toscana eroga in regime di convenzione la ossigenoterapia iperbarica per le seguenti patologie:

- Malattia da decompressione
- Embolia gassosa arteriosa (iatrogena o barotraumatica)
- Intossicazione da monossido di carbonio

- Gangrena gassosa da clostridi ed infezioni necrotizzanti dei tessuti molli da flora batterica mista
- Gangrena umida delle estremità in diabetici e piaghe torpide in corso di diabete

- Lesioni da schiacciamento
- Trapianti cutanei e lembi a rischio
- Osteomielite refrattaria cronica
- Piaghe torpide da insufficienza venosa ed arteriosa
- Radionecrosi dei tessuti molli ed osteoradionecrosi
- Ipoacusia improvvisa
- Osteonecrosi asettica
- Sindrome di Meniere

Allo stato dell'arte costituiscono **CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE** all'OTI:

- Pneumotorace non drenato
- Enfisema bollosa
- Episodi di pneumotorace spontaneo
- Broncostenosi
- Ipertensione polmonare
- IMA recente, aritmie bradicardizzanti
- Stato di grande male epilettico

- Claustrofobia, quadri psicotici

Altri quadri di comorbidità potrebbero costituire controindicazioni relative e dovranno essere valutati in sede di visita preliminare.

Nel 2016 questo Centro ha effettuato 7556 trattamenti:

- necrosi ossea asettica: 2436
- lembo cutaneo a rischio: 555
- lesioni da schiacciamento: 250
- vasculiti: 49
- piaghe torpide da insufficienza art/ven: 259
- retinite pigmentosa: 121
- ipoacusia improvvisa: 984
- sindrome di meniere: 1810
- osteomielite refrattaria: 439
- intossicazione da CO: 78
- ischemia retina: 77
- cistite emorragica: 114
- infezioni necrotizzanti tessuti molli: 226
- Patologie da decompressione: 41
- Radio necrosi: 13
- Piede diabetico: 26
- Esiti amputazione arti: 25
- Malattie rare: 53

**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.**



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*

**0574.574495**    [www.lefim.it](http://www.lefim.it)

# Le ipersonnie: malattia medica e sociale

L'interesse generale per le ipersonnie è recente, date le crescenti evidenze che documentano i costi sociali di questi disturbi, con maggior ricorso alle risorse sanitarie, la perdita di produttività e un incrementato rischio di incidenti stradali e lavorativi.

La sonnolenza diurna è definita come l'incapacità a rimanere sveglio durante i principali periodi di veglia diurna che determina una involontaria caduta in uno stato di sopore o di sonno.

La più frequente causa di eccessiva sonnolenza è la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), che si caratterizza per ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree superiori, mentre il controllo centrale della respirazione e dei movimenti toraco-addominali sono preservati. La prevalenza nella popolazione adulta oscilla tra il 2 e il 10%, con un incremento con l'età ed una preponderanza maschile, anche se con la menopausa l'incidenza nella donna si avvicina a quella dell'uomo. La sintomatologia, insorge in maniera insidiosa ed in fase conclamata è caratterizzata da sintomi notturni, quali russamento, apnee riferite, risvegli con sensazione di soffocamento, insonnia, sonno non ristoratore, e diurni, come sonnolenza, stanchezza e difficoltà di concentrazione. La sonnolenza diurna è tipica e può arrivare ad interferire drammaticamente con la vita lavorativa e sociale dei pazienti, con una frequenza di incidenti stradali e lavorativi fino a 10 volte superiore rispetto alla popolazione generale; vi è una crescente evidenza che l'OSAS sia un fattore di rischio indipendente per diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, cardiopatia ische-



mica ed aritmica e encefalopatia vascolare. Inoltre viene associata a disturbi cognitivi prevalentemente caratterizzati da deficit di memoria, attenzione, vigilanza che interferiscono pesantemente con le attività quotidiane e possono regredire dopo adeguato trattamento.

Fondamentale è intervenire sullo stile di vita (soprattutto dimagrimento). La terapia strumentale si basa sull'apparecchiatura C-PAP (Continuous Positive Air Pressure) che impedisce il collassamento delle vie aeree; altre possibilità terapeutiche sono gli apparecchi di avanzamento mandibolare o la chirurgia ORL o maxillofaciale.

La narcolessia è una malattia cronica verosimilmente su base autoimmune, associata alla mancanza del neuropeptide ipotalamico orexina, coinvolto nei sistemi che promuovono il mantenimento dello stato di veglia. Ha una prevalenza di 0,2-2 casi ogni 1000 abitanti ed è tendenzialmente sottodiagnosticata: in Italia meno di 800 casi a fronte dei 25.000 attesi. Tende a comparire sporadicamente, secondo una curva bimodale, con picchi a 15 e

25-35 anni, senza distinzione fra i sessi. L'intervallo tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi è ancora di molti anni.

I sintomi più frequenti sono l'eccessiva sonnolenza diurna, attacchi di sonno pluriquotidiani e irrestibili, relativamente brevi e ristoratori, con vigilanza conservata nei periodi intercritici e la presenza di comportamenti automatici, con rischio di importanti conseguenze sulle attività quotidiane.

Può associarsi cataplessia, ovvero improvvisa perdita del tono muscolare con coscienza conservata, causata da diversi possibili trigger emozionali e dovuta all'intrusione in veglia dell'atonìa muscolare tipica del sonno REM. A seconda dei distretti muscolari coinvolti, il paziente può cadere a terra oppure presentare caduta del capo, disartria, o interessamento della muscolatura facciale. La durata di queste crisi va da pochi secondi fino a diversi minuti, al termine dei quali si ha ripresa completa senza deficit. La frequenza degli episodi è estremamente variabile. La cataplessia va in diagnosi differenziale



forma di ipersonnia grave. Anche dopo aver dormito molte ore, i pazienti rimangono assonnati e stanchi, con risveglio difficile e stato prolungato di "ubriachezza da sonno" ("sleep inertia"). Gli episodi diurni di sonno tendono ad essere protratti e non sono ristoratori. I presidi terapeutici sono gli stessi della narcolessia ma con risposta meno favorevole. La Sindrome di Kleine-Levin è una rara patologia che si caratterizza per attacchi di sonno che durano giorni o settimane, associati talora a iperfagia, con assunzione compulsiva di cibo e ipersessualità.

soprattutto con fenomeni di natura epilettica e drop-attack.

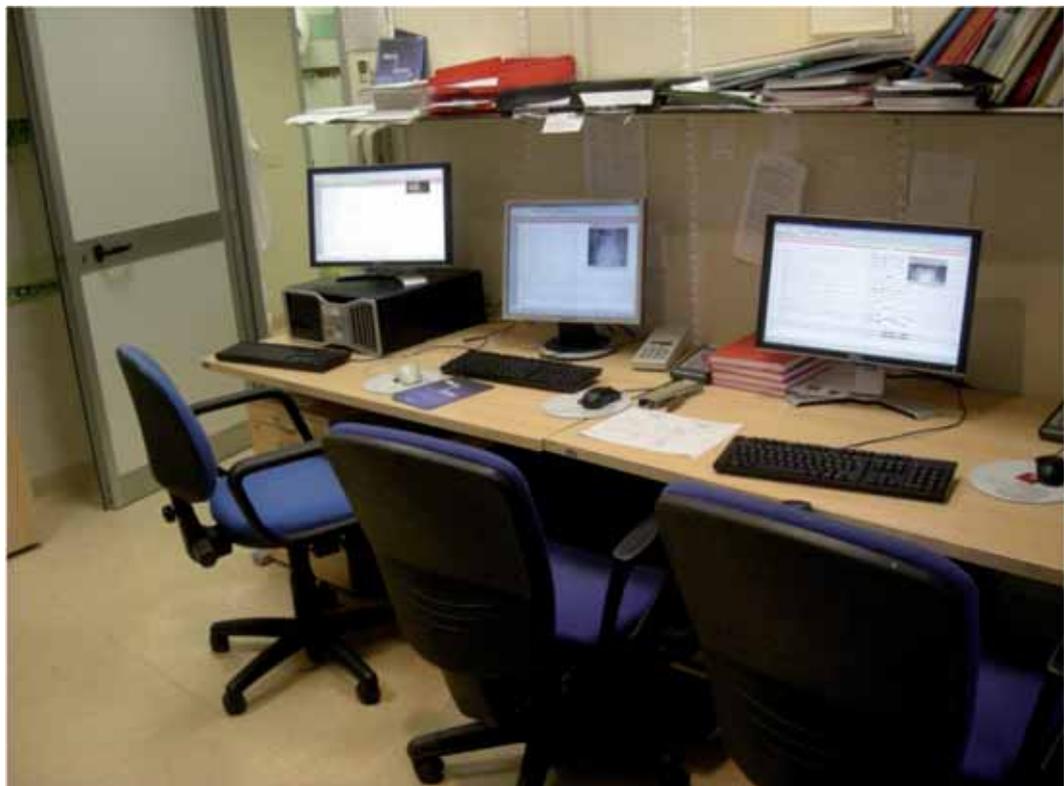
Il quadro clinico della narcolessia è altresì caratterizzato da altri sintomi causati dall'intrusione di sonno REM durante la veglia o all'addormentamento, come allucinazioni ipnagogiche (visive vivide, spesso associate a paura, all'addormentamento o al risveglio), paralisi del sonno (il paziente è sveglio ma non riesce a muoversi né a parlare, nella transizione tra sonno e veglia), insonnia di mantenimento.

Per porre una diagnosi di narcolessia, deve essere presente eccessiva sonnolenza diurna quotidianamente per almeno 3 mesi. Il sospetto clinico deve essere confermato con esami in laboratorio sia neurofisiologiche (test delle latenze multiple al sonno) che liquorali (dosaggio dell'ipocretina).

I farmaci di prima scelta, sviluppati negli ultimi anni, sono rappresentati dal modafinil (Provigil), attivo prevalentemente sulla sonnolenza, l'ossibato di sodio (Xyrem) e il pitolisant (Wakix), che agiscono su differenti sintomi della malattia, oltre ad antidepressivi con azione attivante.

La ipersonnia idiopatica è una rara

In conclusione l'eccessiva sonnolenza diurna rappresenta un sintomo molto frequente nella pratica clinica per cui, dopo aver escluso una quantità di sonno insufficiente che rappresenta la causa più comune, si possono rendere necessari ulteriori accertamenti che richiedono la collaborazione tra medico di medicina generale e specialista.



Struttura dedicata alla registrazione dei ritmi sonno-veglia

# Ictus ischemico e trombolisi: il “percorso” nell’ASL Nord-Ovest

**L'**ictus ischemico rappresenta la principale causa di disabilità permanente, la seconda di demenza e la terza di morte nella popolazione con costi sanitari e sociali. La trombolisi endovenosa con rt-PA (Actilyse) è la terapia efficace indicata nei pazienti con ictus ischemico acuto entro quattro ore e mezzo dall'esordio dei sintomi o entro 3 ore nei pazienti sopra 80 anni e selezionati in specifici criteri.

Lo scopo è quello di sciogliere il coagulo determinante l'occlusione arteriosa e riperfundere il tessuto cerebrale nel più breve tempo possibile riducendo esiti disabilitanti e mortalità. L'efficacia è tempo dipendente per cui quanto più q è precoce tanto più aumenta la probabilità di esito favorevole.

La trombolisi endovenosa, per minimizzare il rischio emorragico sistemico e cerebrale, possiede controindicazioni che ne limitano l'esecuzione oltre ad avere parziale efficacia quando l'occlusione interessa un grosso vaso intracranico. La Neuroradiologia Interventistica ha sviluppato tecniche di navigazione selettiva del circolo arterioso cerebrale che hanno reso possibile la frammentazione meccanica del trombo e/o la lisi grazie all'uso di farmaci trombolitici rilasciati in corrispondenza dell'occlusione. Tale procedura ha permesso di ottenere elevati tassi di ricanalizzazione entro 6 ore dall'esordio dei sintomi per il circolo anteriore ed entro 12 per il circolo posteriore nonostante una relativa maggiore incidenza di sanguinamenti intracerebrali. Recenti

**AUTORI**  
**G. Gambaccini, C. Frittelli, M.R. Maluccio, C. Pecori, C. Rossi, R. Galli** U.O.C. Neurofisiopat., Pontedera - Area Omogenea Pat. Cerebro e Cardio Vascolari  
**G. Amato, G. Grazi, R. Andreini** U.O.C. Medicina, Pontedera; U.O.C. Medicina, Volterra - Area Omogenea Degenza Medica - Dip. Specialità Mediche, ASLTNO  
**A. Pasquinucci, P. Tognarelli** U.O.C. Emergenze Territoriali e 118, Zona Pisana  
**S. Giomi, L. Spisni** U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza, Pontedera - Area Emergenza ed Urgenza  
**N. Cioni, P. Carnesecchi** U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Pontedera - Area Critica - Dip. Emergenza Urgenza, Area Critica, Blocco Operatorio, ASLTNO  
**P. Verzanini, M. Bimbi, S. Cozza** U.O.C. Radiologia, Pontedera - Area Radiodiagnostica - Dip. Diagnostica per Immagini, ASLTNO  
**R. Colombai** Dir. P.P. O.O. Pontedera- Volterra

trials hanno confrontato gruppi di pazienti con occlusione di grosso vaso intracranico in presenza di adeguati circoli collaterali o di persistente penombra ischemica (valutata con immagini TC di perfusione o multifase) trattati o con solo trattamento sistemico o con questo più trombectomia meccanica (rescue). La superiorità del rescue è evidente sia in termini di numero di rivascolarizzazioni, ma soprattutto in termini di outcome clinico che due degli studi sono stati interrotti prima del termine.

Emerge la raccomandazione che per meglio validare e garantire sicurezza ed efficacia è opportuno che vengano sviluppate in contesti specialistici di elevata organizzazione, specializzazione e provata esperienza, documentata da adeguati volumi di attività interventistica cerebrovascolare. E' necessario iniziare il trattamento endovenoso il più precocemente possibile nell'ospedale accreditato e poi trasportare il

paziente nel centro esperto per il trattamento intrarterioso (“drip and ship”).

La Regione Toscana con una specifica delibera (n.1186 del 15.12.14) ha definito le linee di indirizzo alle aziende per la realizzazione della rete ictus che, in linea con il decreto ministeriale n.70 del 2.4.15, prevede di adottare un modello organizzativo uniforme in grado di assicurare sul territorio regionale le raccomandazioni clinico-assistenziali per ridurre al minimo gli esiti permanenti della malattia.

Poiché la trombolisi è la principale arma per ridurre gli esiti dell'ictus, si è reso necessario creare una rete tempo-dipendente che permettesse di ridurre il ritardo evitabile fra esordio dei sintomi ed esecuzione del trattamento.

La delibera identifica i nodi della rete nei presidi ospedalieri che sono sede delle strutture accreditate all'esecuzione della trombolisi endovenosa (delibera n.1327 del 29.12.2015). Definisce inol-



tre, in accordo col decreto ministeriale n.70 del 2.4.15, i presidi ospedalieri di 1° livello (sede di PS/DEA di 1° livello) nei quali, una volta accreditati, è richiesto di implementare la trombolisi endovenosa e di selezionare casi per il trattamento intrarterioso. Quest'ultimo in base alla normativa vigente deve essere sviluppato nei presidi ospedalieri di 2° livello (sede di PS/DEA di 2° livello) che sono identificati come tali in quanto sede di neuroradiologia interventistica e neurochirurgia. La delibera stabilisce che il presupposto per la selezione dei casi da inviare a trattamento intrarterioso è l'istituzione di un teleconsulto con trasmissione di immagini fra il neurologo (o medico esperto di ictus) del 1° livello e il neuroradiologo presente nel 2° livello.

Nel territorio dell'Area Vasta Nord-Ovest (AVNO) sono presenti sei Presidi Ospedalieri di 1° livello (Massa, Lucca, Versilia, Pontedera, Cecina, Piombino) ed uno di 2° livello (Livorno) per la trombolisi endovenosa e con i requisiti per praticare quella arteriosa (Livorno) e il Presidio Ospedaliero di Pisa-Cisanello (2° livello) afferente all'AOUUP che,

oltre all'accreditamento per la trombolisi endovenosa, possiede da tempo provata esperienza di neuroradiologia interventistica con documentati volumi di attività.

Attualmente nell'ATNO sono presenti requisiti strutturali e competenze adeguate per implementare in modo appropriato la trombolisi endovenosa in completa autonomia

E' previsto un monitoraggio dell'efficienza della rete attraverso indicatori di processo e di esito collegati al sistema di valutazione delle Direzioni Aziendali. Fra i presidi di primo livello, accreditati al trattamento trombolitico endovenoso, vi sono differenze organizzative riguardanti lo stroke team.

Lo stroke team è un team di medici esperti nel trattamento della trombolisi endovenosa costituito da medici emergenzisti, neurologi, radiologi/neuroradiologi, rianimatori, internisti.

In base alle esigenze delle risorse disponibili nei vari Presidi Ospedalieri di primo livello sono state effettuate scelte organizzative di vario tipo: in alcuni ospedali il trattamento trombolitico endovenoso è accreditato per le

UUOO di Neurologia (PO Massa, PO Lucca, PO Viareggio) mentre in altri per DEA (PO Livorno, PO Cecina e PO Piombino).

Nel Presidio Ospedaliero di Pontedera, ove la trombolisi endovenosa è ancora in fase di implementazione, è stata pensata una scelta "mista" nel modello organizzativo. In particolare, come presso gli altri Presidi Ospedalieri, è presente uno stroke team formato da medico del DEA, neurologo, rianimatore, radiologo e internista. Il reparto accreditato per l'uso di r-tPA è il DEA, ma dalle 8 alle 20 dei giorni lavorativi la selezione del paziente candidato a trombolisi endovenosa viene effettuata dallo specialista neurologo, mentre nei giorni festivi e dalle 20 alle 8 il medico esperto nel trattamento trombolitico, che opera adeguata selezione del paziente in base ai criteri inclusione /esclusione di trombolisi sistemica e che decide di iniziare il suddetto trattamento, in accordo ai criteri SPREAD, è il medico del DEA.

Nella tabella l'algoritmo operativo del percorso diagnostico-terapeutico per trombolisi sistemica nel PO di Pontedera della ATNO.

## Oculistica Universitaria: specializzandi in India

**L**e problematiche della esperienza chirurgica iniziale degli specializzandi in oftalmologia sono complesse in quanto un errore anche lieve può portare anche ad una riduzione visiva permanente per il Paziente. A ciò si aggiunge il fatto che interventi di comune esecuzione, quali ad esempio la cataratta, vengono erroneamente considerati semplici mentre invece sono tecnologicamente complessi e non ammettono errori: ciò da indubbiamente una forte pressione psicologicamente negativa sul giovane medico che inizia. Tale pressione è poi accentuata dal fatto di dovere eseguire gli interventi nel contesto delle altre attività previste nella giornata senza ritardarle ed ai tempi operatori che devono essere rispetta-

ti per non creare intralcio alle sedute. A tutto questo si è cercato di porre rimedio con un approccio strutturato che comprende inizialmente l'approccio teorico poi il wet lab ed infine la esperienza in sala operatoria. L'approccio teorico è fondamentale in quanto è necessario conoscere a fondo il funzionamento degli strumenti impiegati per poter adattare i parametri di utilizzo ad ogni situazione clinica; il Wet Lab è l'esperienza su occhi animali (generalmente di maiale prelevati dal macello) che serve per prendere confidenza con l'uso del microscopia e della strumentazione complessa ed infine la pratica chirurgica vera e propria a cui gli specializzandi vengono avviati gradualmente. Questo iter complesso ha comunque un punto debole: la

difficoltà a concentrare gli interventi in un lasso di tempo ridotto di modo che la esperienza chirurgica venga rafforzata e la attività operatoria non sia più un fatto eccezionale ma divenga una situazione routinaria. Poiché andare oltre gli standard minimi previsti per l'addestramento chirurgico nelle nostre strutture è oltremodo difficile anni fa è stata valutata la possibilità di inviare gli specializzandi presso strutture estere ove fosse possibile svolgere un periodo intensivo di attività chirurgica. Valutate diverse possibilità è scelta **Agarwal Eye Hospital, Chennai**, come la più promettente sulla carta in qualità Direttore della Scuola mi sono recato personalmente sul posto per verificarne la idoneità in termini di strumentazione,





possibilità didattiche e non ultimo tutela dei pazienti e dei medici. La sede doveva dare garanzia che i pazienti in caso di complicanze fossero seguiti adeguatamente secondo gli standard assistenziali del mondo occidentale. Risultata positiva la verifica in loco è stato affrontato il problema amministrativo per poter convalidare il periodo di frequenza e gli interventi effettuati, affinché potessero risultare nel curriculum formativo degli specializzandi, ed affinché si potesse dare un sostegno economico agli stessi a parziale copertura delle spese. Risolti questi ultimi problemi il programma ormai attivo da anni prevede che gli specializzandi dell'ultimo anno a completamento del loro programma formativo trascorrano 15 giorni a Chennai ed in tale periodo effettuino 25 interventi di cataratta. Ciò



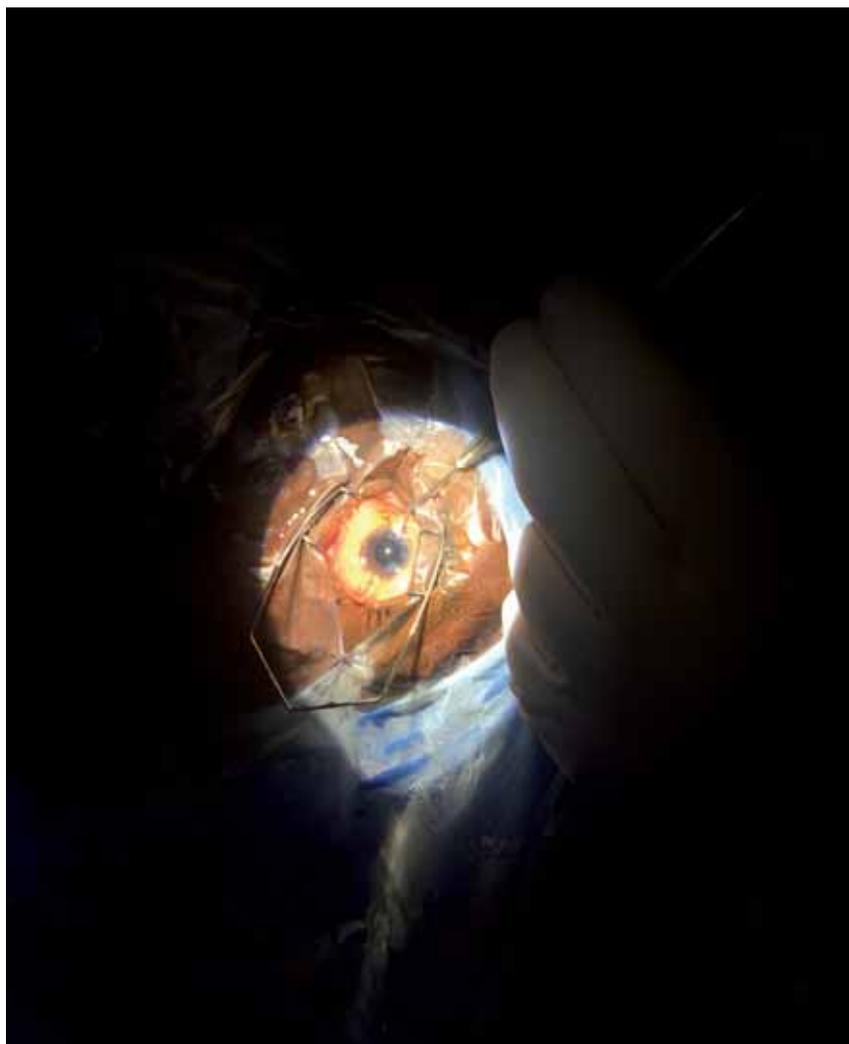
---

consente oltre alla possibilità di fare una esperienza chirurgica consistente in un tempo ristretto anche di fare una full immersion sull'argomento fuori da ogni altro condizionamento ambientale che potrebbe essere fonte di distrazione. Il feed back è stato così positivo che è stato adottato da altre scuole di specializzazione in Italia e all'estero. Di seguito la esperienza di una delle ultime 3 specializzande da poco rientrate da Chennai.

Chennai è una città caotica, in cui il rumore incessante dei clacson e la povertà di chi vive in ogni angolo di strada, ti suscitano sensazioni contrastanti difficili da descrivere.

Scene di estrema miseria e sofferenza contrapposte a scene di infinita gratitudine, lealtà e stima e ciò che più impressiona; non c'è diffidenza nei nostri confronti, ma solo una grande speranza: quella di poter ricominciare a vedere grazie alle cure da noi fornite.

La Clinica di Chennai ha sale d'attesa piene di persone. I pazienti per lo più sono gio-



vani. Hanno tra i 45-50 anni, con un quadro clinico molto più complesso rispetto agli omologhi i pazienti italiani, con cataratte talmente consistenti da renderli praticamente ciechi. (Al policlinico di Pisa operiamo pazienti con un'età dai 65/70 anni in su, con cataratte molto meno consistenti.)

Abbiamo lavorato in un'equipe di operatori qualificati, tutor sempre pronti ad insegnare, correggere, supportare ogni

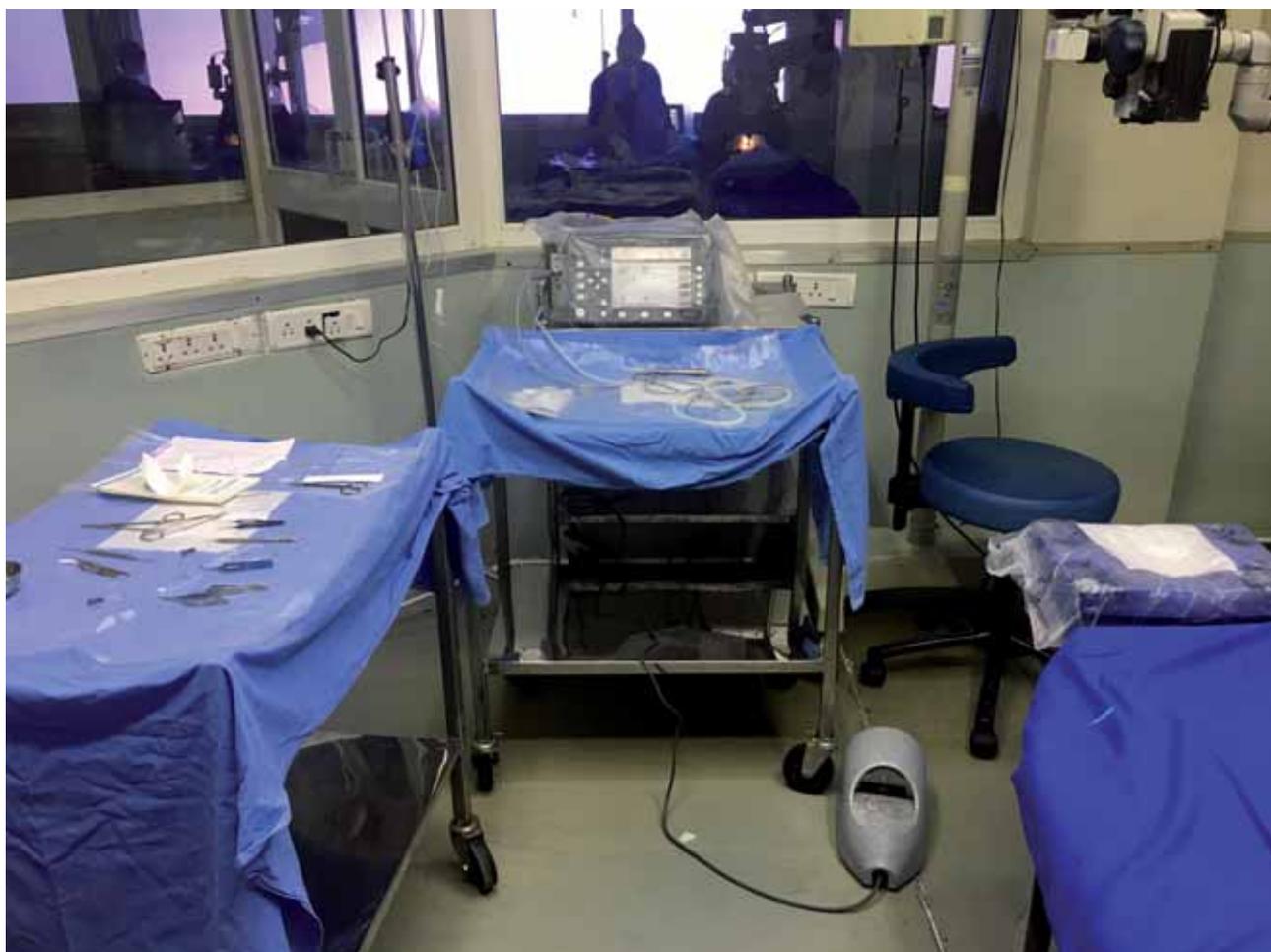
---

nostro nuovo passo, in un ambiente lavorativo al pari degli standard europei, anche in termini di microscopi e strumentazioni.

Una full-immersion di 15 giorni, in cui ci è stata data la possibilità di far diventare routinaria un'attività per noi nuova, fino a quel momento considerata "spaventosa", sempre spinti dalla sensazione di essere davvero utili per chi aveva bisogno.

Abbiamo conosciuto persone speciali, amici, colleghi, compagni di viaggio che ci hanno permesso di crescere umanamente e professionalmente.

Per me non è stato un semplice viaggio, ma un'esperienza indimenticabile che mi ha aperto una nuova strada, permettendomi di capire che bisogna ampliare i nostri orizzonti ed aprirsi alle possibilità che il mondo offre.



## Internet e le opportunità in ambito fiscale

**D**alla lettura dei più recenti report in argomento si apprende che in Italia su una popolazione di quasi 60 milioni di abitanti oltre 39 milioni di cittadini utilizzano internet, quindi oltre la metà della popolazione fa uso di questo potente strumento.

Nello specifico e perciò in ambito fiscale e tributario la “rete” è divenuta un ausilio indispensabile per la Pubblica Amministrazione, obiettivo ottenere un miglioramento nell’efficienza dei servizi e contemporaneamente un risparmio per la spesa pubblica.

Del 1998-1999 gli albori del “Fisco Telematico” per la prima volta le dichiarazioni dei redditi dovevano essere inviate online, nessun allegato solo un file che conteneva ciò che fino all’anno precedente veniva “pesantemente” (in senso fisico) consegnato all’Ufficio delle Imposte. Da questo primo passo che pareva poco comprensibile e molto criptico, la telematica riservata in un primo momento ai tecnici del settore, diviene via via di utilizzo comune.

Le funzioni sviluppate dall’Amministrazione Finanziaria in ambito telematico sono state molteplici: dal semplice appuntamento con l’Agenzia delle Entrate che può essere prenotato online per un qualsiasi Ufficio posto sul territorio Italiano, alla possibilità per i contribuenti di autenticarsi al sito “fisconline” tramite il quale inviare le proprie dichiarazioni, versare le imposte mediante i modelli di pagamento F24, verificare la regolarità della propria posizione fiscale, verificare i dati catastali dei propri immobili, richiedere il duplicato della tessera sanitaria, chiedere il rimborso del canone Rai. Ma non solo: telematicamente si può effettuare anche la registrazione dei contratti di locazione, sia per uso abitativo (con o senza cedolare secca) che commerciale.

Negli anni 2014-2015 prende vita un nuovo obbligo fiscale, anche questo telematico: la fattura elettronica. Questo documento da utilizzarsi per la fatturazione nei confronti delle pubbliche amministrazioni viene di fatto gestito dall’Agenzia delle

Entrate con il Sistema di Interscambio attraverso il quale transita la fattura elettronica. Dall’anno 2017 è presente nell’area fiscale dedicata un’apposita funzione che permette la creazione delle fatture e la possibilità per i contribuenti di utilizzare questo tipo di fatturazione non solo verso le amministrazioni pubbliche ma anche verso clienti privati dotati di partita iva. L’utilizzo di questa modalità esercitata per tutta la fatturazione in entrata e in uscita, dà diritto al contribuente di accedere ad un regime definito “premile” dall’Agenzia delle Entrate.

Da alcuni giorni è stato reso disponibile anche il software relativo alla compilazione della Denuncia di Successione che dovrà essere obbligatoriamente utilizzato con decorrenza dicembre 2017 e che sostituirà in toto la denuncia cartacea. Ovviamente anche la trasmissione avverrà telematicamente e sarà possibile allegare la documentazione occorrente e necessaria.

(Fonte “Agenzia Entrate”)



# Sistema autorizzativo toscano delle strutture sanitarie: modifiche

**I sistema autorizzativo toscano delle strutture sanitarie** è stato recentemente revisionato con la **modifica** della legge regionale n.51 del 5 agosto 2009 *"Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"* e l'approvazione del relativo regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Nel nuovo regolamento nel complesso non sono presenti sostanziali modifiche rispetto al passato e restano i criteri di distinzione fra prestazioni invasive e prestazioni a minore invasività. Sulla base di questa distinzione vengono individuati gli studi soggetti ad autorizzazione e quelli soggetti a segnalazione certificata di inizio attività (SCIA).

Ma almeno due **novità** meritano di essere sottoposte all'attenzione e sono state messe in discussione dalle componenti ordinarie della

Toscana: l'introduzione per gli studi medici e odontoiatrici soggetti a SCIA del **defibrillatore semiautomatico** sul carrello delle emergenze accanto agli altri presidi indicati e il riferimento nei requisiti autorizzativi per gli studi soggetti ad autorizzazione di una non chiara richiesta della presenza di una **unità infermieristica**: in alternativa la stessa mansione può essere svolta dall'**igienista dentale** che notoriamente ha un profilo e mansioni differenti dalla professione di infermiere. In data 2 febbraio 2017 i Presidenti CAO della Toscana hanno riunito la Commissione Regionale licenziando il sottostante documento da sottoporre alla attenzione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana e sul quale si è trovata una convergenza con i Presidenti degli Ordini dei Medici delle province toscane sulle criticità presenti in un provvedimento che si rivolge sia a studi medici che odontoiatrici e nel quale tra l'altro è presente una argomentata richiesta di sospensiva riguardo l'obbligo del

DAE. Noi crediamo in una progettualità che favorisca una rete pubblica di defibrillatori individuandone il posizionamento strategico soprattutto nei luoghi di aggregazione con a monte corsi di formazione BLS e campagne di sensibilizzazione per le quali ci rendiamo disponibili. L'obbligo invece in luoghi privati quali gli studi medici e odontoiatrici non supportato da dati epidemiologici e in strutture tra l'altro soggette a vincoli di orario di apertura che non rendono il DAE facilmente fruibile in caso di bisogno, a nostro avviso è di scarsa utilità per la comunità. La Regione Toscana in un incontro con i rappresentanti dell'OMCeO dott. Mirengi e dott. Peirano del 10 febbraio, ha ritenuto di non accogliere la proposta presente nel documento mantenendo l'obbligatorietà del defibrillatore secondo le indicazioni della LR 51/09. A riguardo l'ANDI Regionale ha previsto un ricorso amministrativo. Seguiremo naturalmente e vi terremo informati sulle valutazioni e sugli sviluppi della questione.

## Documento CRO 2 febbraio 2017

Le Commissioni Albo Odontoiatri (CAO) della Regione Toscana, visto il regolamento della legge regionale 51 pubblicato sul BURT 29 nov 2016 esprimono all'unanimità le seguenti considerazioni:

- per quanto riguarda il metodo ritengono utile proporre la propria disponibilità ad essere consultate preventivamente, in qualità di organi ausiliari dello stato, in merito alla stesura di provvedimenti dell'Assessorato alla Sanità che riguardano l'odontoiatria;
- richiedono la revisione della prescrizione di una figura infermieristica negli studi odontoiatrici assoggettati ad autorizzazione: la necessità di tale figura dovrebbe essere stabilita non in base al regime cui è assoggettato lo studio, Scia od Autorizzazione, ma in base al grado di invasività delle prestazioni che vi vengono eseguite. Contrariamente si creerebbe un contrasto con l'attuale assetto organizzativo col rischio di procurare immensi danni ai livelli occupazionali esistenti;
- richiedono la revisione della parte che recita 'infermiere e /o igienista dentale' essendo due figure professionali con percorsi formativi e mansioni assolutamente non assimilabili;
- per quanto riguarda la prescrizione del defibrillatore le CAO della Toscana chiedono la sospensione del provvedimento in quanto ritenuto non supportato da dati epidemiologici né in linea con quanto previsto dal Decreto 18 Marzo 2011 "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni".

Le CAO toscane propongono e si rendono disponibili per la creazione di una commissione che studi ed indichi interventi razionali per realizzare un piano regionale di diffusione dei defibrillatori che coinvolga tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. Tale progetto dovrebbe prevedere la formazione in ambito BLS e BLS. Una volta effettuata la formazione si potranno scegliere le strutture sanitarie ove, alla luce delle attuali ricerche, l'impatto con l'evento risulta statisticamente più probabile. Per le altre, il defibrillatore potrà essere suggerito come uno strumento utile e raccomandabile;

e) individuano nel 'Manuale Operativo' di prossima realizzazione lo strumento per accogliere le osservazioni di cui sopra ed auspicano di poter contribuire alla sua stesura;

f) auspicano una convergenza sui temi sovraesposti nell'ottica di una unità delle rappresentanze ordinarie dei medici toscani.

# Pisa Odontoiatrica news

**C**ontinuiamo con questo numero di PisaMedica a porre alla vostra attenzione una selezione degli articoli a nostro parere più interessanti apparsi sulla stampa di categoria in particolare sui servizi online di odontoiatria33.

## - Albo degli odontoiatri, cresce il numero di iscritti ma con moderazione. Oltre il 40% dei nuovi iscritti è donna

Sembrano essere definitivamente finiti i tempi delle crescite a doppie cifre per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri, infatti anche per il 2016 l'incremento è sotto all'1%: per l'esattezza dello 0,86%.

Stando ai dati che il **CED FNOMCeO** ha fornito ad Odontoiatria33, al 13 gennaio 2017 gli iscritti all'Albo degli odontoiatri sono **61.140** contro i 60.597 alla stessa data (per l'esattezza erano stati rilevati l'11 gennaio 2016) del 2015. In totale considerando gli iscritti all'Albo dei medici e quelli all'Albo degli odontoiatri sono 427.003.

1.018 i nuovi iscritti all'Albo degli odontoiatri nel 2016 di cui 413 sono donne mentre i professionisti che si sono cancellati sono stati 472 portando ad un saldo attivo di nuovi iscritti di 546 unità.

Continua, inesorabile, la riduzione del numero dei laureati in medicina che mantengono l'iscrizione sia all'Albo dei medici che a quello degli odontoiatri: nel 2016 erano 29.027, 27 i doppi iscritti con menù di 34 anni, certamente laureati in medicina che hanno poi conseguito anche la laurea in odontoiatria. Per quanto riguarda i soli iscritti all'Albo degli odontoiatri (32.113 il numero totale) le donne rappre-

sentano poco meno della metà: 11.112 le iscritte.

Sul fronte anagrafico i dati confermano di come la professione sia ancora "anziana" visto che il 50% degli iscritti ha più di 55 anni. La fascia di età più numerosa è quella tra i 60 ed i 64 anni con 12.183 iscritti seguono i dentisti con un'età compresa tra i 55 e 59 anni (11.036). Altra conferma il dato degli iscritti con un'età compresa tra i 65 ed i 69 anni (4.967), di fatto molto simile ai colleghi tra i 40 ed i 44 anni (4.186).

E stando a questi dati non è azzardato sostenere che uno dei temi cogenti della professione dei prossimi anni non sarà tanto la pleto-  
ra ma il passaggio generazionale. Molti di questi studi saranno costretti alla chiusura in quanto non troveranno colleghi disposti a rilevarli, non tanto per la mancanza di pazienti ma perché non ci saranno abbastanza neo laureati disposti a subentrarci.

## - Servizi TV su amalgama: le precisazioni della Cao

*In merito alle allarmanti note veicolate da un servizio trasmesso da un noto programma televisivo, corre obbligo, quale organo ausiliario dello Stato, di manifestare il grave rischio che, così come è successo per altre forme di generalizzazioni o per vere e proprie bufale, si possa scatenare un fenomeno contrario alle buone intenzioni che certamente animano gli stessi proponenti".*

Così la **Cao** (Commissione Albo Odontoiatri) nazionale commenta le reazioni scatenate da un servizio sull'amalgama dentale trasmesso il 18 dicembre scorso da **"Le Iene"**.

*"Un'eventuale richiesta, frutto di paura incontrollata, di una rimozione generalizzata delle otturazioni (presenti nel cavo orale da anni in milioni di cittadini) in amalgama dentaria è fuori luogo, contraria ad ogni principio scientifico e costituisce, essa sì, il momento più critico per il rischio di assunzione e assorbimento di nano particelle di mercurio"* continua la **Cao**.

*"Va detto inoltre – rassicura la Cao - che la ricerca scientifica internazionale ritiene a tutt'oggi l'uso di questo materiale per otturazione assolutamente praticabile".*

*"È necessario comunicare, con assoluta puntualità, che il Ministero della Salute ha da tempo emanato direttive al riguardo, mai ad oggi ponendo al bando l'amalgama dentaria. Il Medico Dentista è tenuto ad ottemperare alle direttive con scienza e coscienza, e anche questo caso opererà in tal senso".*

*"Va detto – conclude la Cao – per doverosa completezza di informazione, che, così come per qualsiasi prodotto di uso terapeutico, la comunità medica è consapevole che si possano verificare casi di intolleranza, anche gravi, e a questi casi specifici e percentualmente limitati va fornita la massima attenzione e risposta".*

*"Spetta però allo stesso Ministero stabilire se un farmaco o un qualsiasi materiale terapeutico possieda o meno i requisiti per il corretto e sicuro utilizzo. Non compete certo al singolo medico, pur doverosamente attento alla presa in carico della persona ed alla sicurezza delle cure, l'ob-*

---

*bligo di escludere da un possibile piano terapeutico, a propria discrezionalità, un farmaco/prodotto/ materiale che il Sistema Sanitario (sentito il parere di importanti organismi, quali il Consiglio Superiore di Sanità, l'Accademia e la Comunità Scientifica) ritiene appropriato".*

**- ECM: la Commissione concede "proroga". Un anno di tempo in più per ottenere i crediti**

Ci sarà tempo per tutto il 2017 per mettersi in pari con i crediti ECM relativi al triennio 2014 - 2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni).

A stabilirlo, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del 13 dicembre scorso.

Sempre in quell'occasione, la Commissione ha fissato i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare, **fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni.**

Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la Commissione ha infatti previsto una riduzione di 15 crediti per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di 30 crediti per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti se il "punteggio si assesta tra 80 e 120.

Partiranno a gennaio i nuovi corsi Fad della FNOMCeO, offerti gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma Fadinmed. A inaugurare la serie, un corso sulle Vaccinazioni

**- La CAO Nazionale incontra l'On. Gelli. Pubblicità scorretta, norme contro l'abusivismo e autorizzazioni sanitarie tra**

**gli argomenti discussi**

Una delegazione della CAO Nazionale nelle persone del presidente **Giuseppe Renzo**, del segretario **Sandro Sanvenero**, del consigliere Alessandro Zovi insieme al presidente della CAO di Pisa **Roberto Trivelli** ha incontrato oggi, a Palazzo San Macuto, l'Onorevole **Federico GELLI**, presidente della Commissione Parlamentare sull'immigrazione e referente per il PD in materia di sanità.

Sono state condivise le preoccupazioni comuni riguardanti l'esercizio abusivo della professione e la necessità di riformare l'art. 348 c.p. che punisce in modo troppo blando questo grave reato. Grande attenzione è stata dedicata alla pubblicità della informazione sanitaria che è attualmente svolta in modo troppo invasivo e scorretto con grave pericolo per la salute dei cittadini destinatari di informazioni troppo spesso incongrue e fuorvianti.

Altri temi affrontati nell'incontro sono stati quelli della necessità di migliorare l'attuale sistema relativo alle procedure per l'apertura degli studi libero-professionali. Il vigente sistema autorizzativo è infatti troppo diversificato tra Regione e Regione con regole non univoche ed eccessivamente burocratiche. Affrontati anche i temi relativi all'inserimento delle prestazioni odontoiatriche nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quelli concernenti la riforma della responsabilità professionale in riferimento all'iter di approvazione dello specifico disegno di Legge.

L'incontro si è concluso nella reciproca disponibilità a promuovere una più continua sinergia con frequenti scambi di parere sulle diverse problematiche e soprattutto sulla possibilità di soluzioni condivise.

**- Pubblicità sanitaria: si deve abrogare la Bersani**

Il messaggio pubblicato a pagina 39 del quotidiano Il Messaggero, cronaca di Roma del 2 febbraio è

chiaro: "Raggiunto l'accordo per il Comune di Roma. Tutti i residenti nel Comune di Roma possono usufruire della convenzione. 290 euro ad impianto" e sotto la postilla, scritto in (molto) piccolo che chiarisce "il costo è riferito al solo impianto". Forse non abbastanza visto che chi ce l'ha segnalato via mail chiede se eravamo a conoscenza che il Comune di Roma avesse fatto una convenzione con quel Centro odontoiatrico.

Ma la pubblicità non dice "raggiunto l'accordo con il Comune di Roma", ma "per" il Comune di Roma, dove la parola comune non è intesa come istituzione ma come area geografica.

Probabilmente l'accordo raggiunto è quello intercorso tra la proprietà del Gruppo Dentaldent e la clinica romana per offrire l'impianto a un prezzo vantaggioso per i concittadini.

Dopo il decreto Bersani, grazie al quale sono state abrogate alcune norme relative alla pubblicità, è da tempo in atto un ampio dibattito sul quale sia il messaggio corretto e quale quello scorretto. E la cosa diventa ancora più complicata perché poi, come potrebbe capitare per quello pubblicato su Il Messaggero, c'è anche l'incognita su come il messaggio viene interpretato dal lettore.

"Questo messaggio - commenta ad Odontoaitria33 il presidente nazionale CAO **Giuseppe Renzo** - mi sembra sia l'ennesimo esempio, deplorabile, di forme pubblicitarie che inquadrano l'esercizio della professione odontoiatrica come mera attività commerciale che deve promuovere l'immagine profondamente errata di un professionista della salute che si comporta come un imprenditore spregiudicato che deve attirare clienti, per ottenere il massimo profitto in termini economici nella sua "azienda".

E' di tutta evidenza che queste forme di pubblicità ingannevole dovrebbero essere sanzionate dall'Autorità Garante della concorrenza e del mercato (Antitrust).

---

avviene, purtroppo, il contrario, in quanto la stessa Autorità tende a privilegiare soltanto una malintesa logica di tutela della libera concorrenza senza comprendere che in sanità tutto quello che è "a buon mercato" non garantisce in alcun modo la salute dei cittadini.

Si tratta di aspetti di grande rilevanza, infatti, il diritto alla salute non può essere tutelato quando il danno derivante da una informazione scorretta si sia già manifestato.

Non sempre è possibile risolvere questioni di danno biologico soltanto attraverso un intervento economico risarcitorio che non potrà mai garantire il recupero della salute del paziente.

Il buonsenso, quindi, dovrebbe portarci a ritenere fondamentale un intervento preventivo, a livello disciplinare delle CAO provinciali. In questo ambito, è stata da tempo presentata, dalla CAO nazionale al Ministero della Salute, uno schema di codice comportamentale con regole definite che riguardano la comunicazione pubblicitaria in sanità.

Qualche segnale positivo, comincia a pervenire e ci auguriamo che anche il legislatore sappia finalmente dettare regole corrette sull'informazione in materia sanitaria, tenendo presente che il cittadino è spesso disarmato di fronte a forme pubblicitarie distorte ed ingannevoli.

**Invece oggi i presidenti CAO devono verificare la veridicità dei messaggi e poi, eventualmente, intervenire. Ma questo è praticamente possibile?**

*La normativa vigente, non consente più un intervento preventivo alle Commissioni disciplinari ordinistiche, ma soltanto un eventuale azione successiva alla pubblicazione di messaggi pubblicitari scorretti che nel frattempo hanno già prodotto il loro effetto negativo. Nel caso di specie, sono certo che il presidente della CAO di Roma, competente per territorio, interverrà attivando*

*le opportune procedure anche disciplinari per reprimere quello che sta avvenendo. Non posso esimermi, però a questo riguardo, di ricordare un problema contingente ma ormai di durata notevole, che riguarda la mancata riattivazione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS), organo disciplinare di secondo grado avverso i ricorsi contro i provvedimenti disciplinari irrogati dagli Ordini. In buona sostanza il professionista colpito da una sanzione, anche grave, irrogata dall'Ordine, con il semplice ricorso alla CCEPS può sospendere l'efficacia della sanzione e continuare ad operare senza alcun timore. In questa vicenda, paradossalmente, gli incolpevoli Ordini vengono accusati, come è successo anche di recente perchè non svolgerebbero i loro compiti.*

**Chiedere ogni volta l'intervento all'Autorità, visti i tempi delle risposte, rende di fatto inutile ogni intervento. La pubblicità nel metre raggiunge l'effetto sperato e poco cambia se poi vengono sanzionati o gli si impone la rettifica, non trova?**

*Ritengo che il potere disciplinare sugli iscritti anche nel campo di eventuali violazioni deontologiche sulla pubblicità sanitaria, debba rimanere competenza dell'Ordine. L'intervento dell'Antitrust che finalmente colpisse queste forme di pubblicità scorrette costituirebbe comunque un deterrente importante per stabilire una nuova cultura nella valutazione dei messaggi pubblicitari in campo sanitario, che permetterebbe, in breve tempo, di superare l'odierno "far west". Non si tratta, dunque, di interventi a rettifica che certamente servirebbero a ben poco, ma di promuovere una nuova forma di correttezza nella pubblicità sanitaria per cui sarebbe necessario anche un intervento normativo, primo fra tutti quello della riforma*

*ma della c.d. Legge Bersani (L. 4/08/2006 n°248).*

**Ma poi, se viene fatta e a verifica avvenuta, i presidenti CAO sanzionano?**

*Lo affermo con cognizione di causa. Gli interventi disciplinari delle Commissioni Albo odontoiatri, sono i più numerosi, in termini percentuali, fra tutte le professioni sanitarie. Non lo dico io, lo dicono i dati che ci ha fornito la Commissione Centrale Esercenti le professioni sanitarie. Certamente, non tutti i presidenti provinciali CAO hanno la stessa solerzia e capacità d'intervento, bisogna sempre migliorare, ma è indiscutibile che la maggior parte degli stessi presidenti svolgono con grande impegno il compito di garanti della deontologia intervenendo tempestivamente. Occorre, infine, ricordare che non è più il tempo del "galleggiamento" e delle mezze misure, occorre riappropriarsi con coraggio del governo della nostra professione. Anche perchè i colleghi iscritti agli albi, fortemente motivati dalla persistente crisi economica, sulla questione della pubblicità (come credo ed auspico) non accetteranno più alibi di sorta.*

**La CAO chiede la revisione della Bersani per quanto riguarda la possibilità di fare pubblicità in ambito sanitario. Quale è stata la risposta della politica? Quali le azioni che intraprenderete? Sarete supportati anche dalla parte medica?**

*La modifica della legge Bersani, costituisce senz'altro la strada più breve per reprimere forme di pubblicità sanitaria scorrette ed indecorose. I politici, come spesso accade, sembrano consapevoli del problema e si dichiarano favorevoli a questo intervento di riforma. Sappiamo tutti, però, che il passaggio dalle "buone intenzioni" alla concreta realizzazione degli obiettivi è molto lungo e pieno di insidie e*

trabocchetti. Stiamo cercando di operare al meglio, anche attraverso un incremento dei rapporti con gli uomini di buona volontà, che per fortuna, esistono anche in politica, per arrivare al risultato. Stiamo studiando, anche da un punto di vista giuridico, la possibilità di far approvare un regolamento ministeriale, o ancor meglio un D.P.R, che sulla falsariga di quanto già codificato con il D.P.R. n. 137/2012 (Regolamento sulla riforma degli Ordini Professionali) stabilisca regole più incisive sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, garantendone la legittimità, ma delineando un sistema di regole e garanzie, che non la rendano ingannevole nei confronti dei cittadini. Per quanto riguarda i medici, posso affermare con piena convinzione che, se c'è un tema su cui tutte le professioni sanitarie sono d'accordo (quindi non solo i medici e gli odontoiatri) è quello di una nuova disciplina della pubblicità in materia sanitaria rispettosa dell'etica a tutela non della corporazione ma dei cittadini utenti.

#### - **Petizione contro la pubblicità in sanità**

Dopo aver raccolto il sostegno della CAO, di ANDI, ora la petizione attivata da **Gilberto Triestino** vice presidente ANDI Roma e membro della CAO di Roma, incassa anche il sostegno del Movimento Consumatori.

“Da oggi anche Movimento Consumatori sostiene questa petizione perché è finalizzata ad attirare l'attenzione delle istituzioni su un problema serio:

la necessità che anche e soprattutto i servizi alla persona aventi ad oggetto prestazioni mediche/sanitarie vengano promossi e pubblicizzati in maniera corretta, prevedendo che siano oggetto di un'analisi preventiva che ne escluda l'ingannevolezza”, afferma **Alessandro Mostaccio**, segretario generale del Movimento Consumatori.

“Il principio della tutela dell'interesse e della salvaguardia della salute (art. 32 della Costituzione), si realizza anche attraverso un'adeguata informazione - spiega **Laila Perciballi**, legale MC - la scorretta informazione spesso induce il consumatore ad erronee valutazioni, comportando una lesione dei suoi diritti fondamentali e un pregiudizio per i professionisti che operano nel rispetto delle regole. L'esame preventivo di correttezza etica dei messaggi pubblicitari sanitari da parte dell'ordine dei medici permetterebbe invece di verificare irregolarità e avviare eventuali procedimenti disciplinari nei confronti di chi mette in atto comportamenti lesivi dei diritti dei pazienti”.

L'idea di attivare la petizione, spie-

ga ad Odontaitria33 Triestino, nasce durante la Fiera dell'Estetica di Roma. “Ho visto le estetiste che facevano sbiancamenti in bocca con mascherine e lampada su poltrone tipo le nostre, volantini per propagandare bontà e innocuità del trattamento e la gente che ci si sottoponeva con commenti al vetriolo contro i dentisti ed i medici”, racconta aggiungendo: “Mi è bastato, ma il vaso era già colmo da tempo”.

Dottor Triestino ovviamente contento dell'attenzione che la sua iniziativa ha ottenuto. “Ho capito che nel nostro mondo c'è tanta gente per bene che si ricorda ancora del Giuramento fatto. Non posso che dire grazie a chi ci sta aiutando e in modo particolare a tutti coloro che hanno firmato e quelli che lo faranno. La politica se saremo in tanti dovrà ascoltarci e io coinvolgerò tutti, anche e specialmente il Movimento Consumatori”.

L'obiettivo dell'iniziativa è quella della tutela del cittadino/paziente/consumatore che Triestino ricorda dovrebbe essere “un dovere civico trasversale”.

“L'informazione deve essere etica e veritiera, la gente non deve





## Infezione verticale da HIV: modello prevenzione a Pisa

**N**el mondo, nel 2015, secondo le stime del programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS), vivono circa 37 milioni di persone con infezione da HIV/AIDS. Di queste, 1,8 milioni ha un'età inferiore a 15 anni, e circa il 66% vive nell'Africa Sub-Sahariana.

Si calcola che, a livello globale, nell'ultimo anno, nella popolazione pediatrica ci siano stati 150.000 nuovi casi di infezione da HIV. Sebbene si possa notare una significativa riduzione rispetto ai 490.000 nuovi casi pediatrici registrati nel 2000, il numero di nuovi bambini infettati con HIV rimane inaccettabilmente alto. Oltre il 90% dei bambini con infezione da HIV contrae l'infezione dalla madre per via verticale.

La prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV da madre a feto rappresenta pertanto il punto cardine per il contenimento dei nuovi casi pediatrici di infezione da HIV. La gestione del paziente con infezione da HIV/AIDS, così come la prevenzione dell'infezione per via verticale è demandata a centri specialisti-

ci. Presso la Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è attivo il Servizio di Immunologia Clinica e di Laboratorio di cui è responsabile la Prof.ssa Rita Consolini. Il Servizio si occupa di Immunodeficienze Primitive e Secondarie; nell'ambito di quest'ultime, acquisisce importanza preminente la gestione della terapia e della prevenzione dell'infezione da HIV. La gestione della infezione da HIV, per le relative possibili coinfezio-

ni e comorbidità e gli eventuali effetti collaterali della highly active antiretroviral therapy (HAART) individua nel pediatra con profilo specialistico a carattere immunologico il coordinatore di una sorveglianza multidisciplinare del paziente.

La precoce identificazione delle donne gravide affette da HIV attraverso lo screening universale, l'assunzione della terapia antiretrovirale in gravidanza e la somministrazione della profilas-

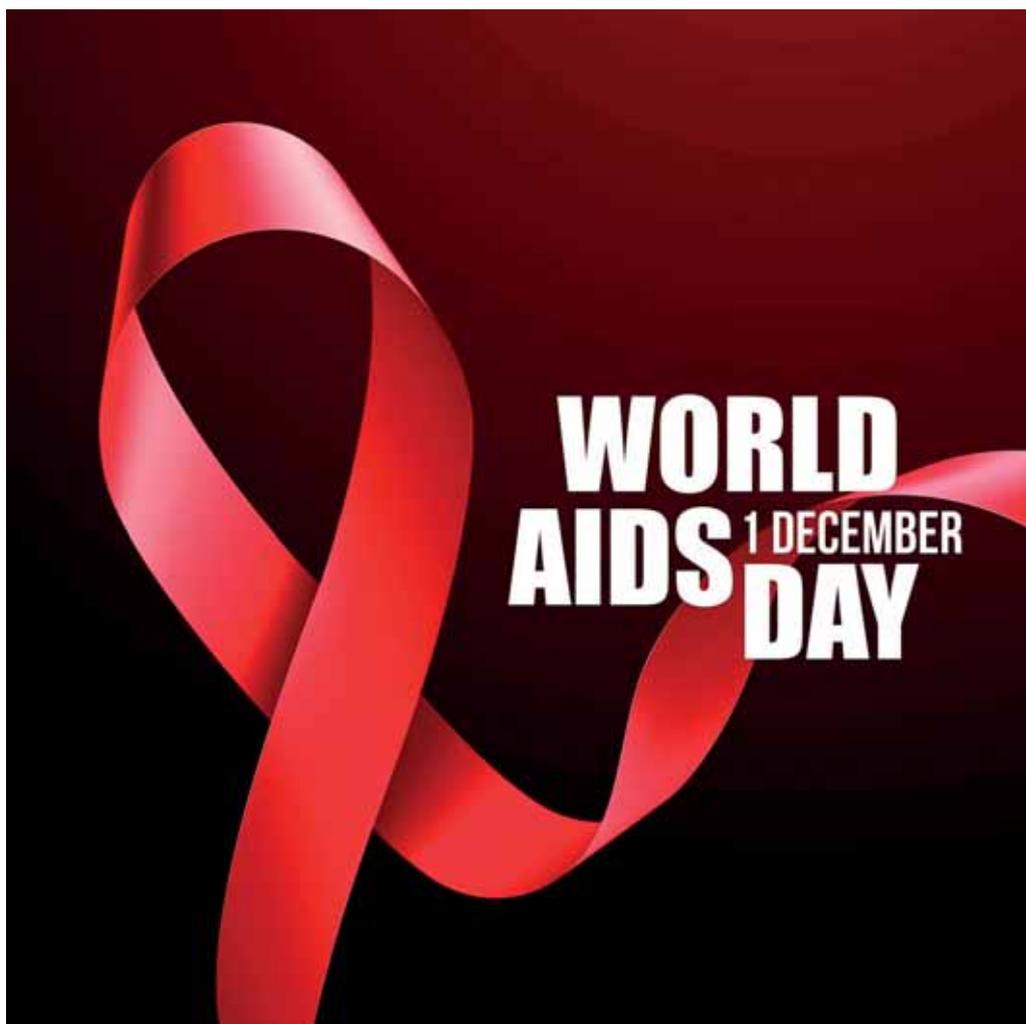


Figura 1: Nastro rosso, simbolo della giornata mondiale per la lotta contro HIV/AIDS.

---

si antiretrovirale al neonato rappresentano i cardini delle nuove linee guida di prevenzione della trasmissione verticale dell'infezione da HIV, che comprendono inoltre una corretta gestione dell'espletamento del parto e l'adozione dell'allattamento artificiale esclusivo.

Il Servizio di Immunologia della Clinica Pediatrica segue annualmente circa 10 nuovi nati da madre con infezione da HIV. Si tratta prevalentemente di figli di genitori stranieri (70% dei casi) provenienti dall'Africa Sub-Sahariana o dall'Europa dell'EST, concordanti per l'infezione da HIV in circa il 50% dei casi. Nel 20% dei casi le gestanti hanno scoperto il proprio stato di infezione in occasione degli esami di screening eseguiti nel primo trimestre di gravidanza. Una coinfezione da HBV è stata osservata nel 30% dei casi. Circa il 60% di questi bambini è nato da parto vaginale, che, in accordo ai criteri della Società Italiana di Ginecologia-Ostetrica (SIGO-HIV 2011), è praticato solo nelle donne HIV+ in terapia HAART e

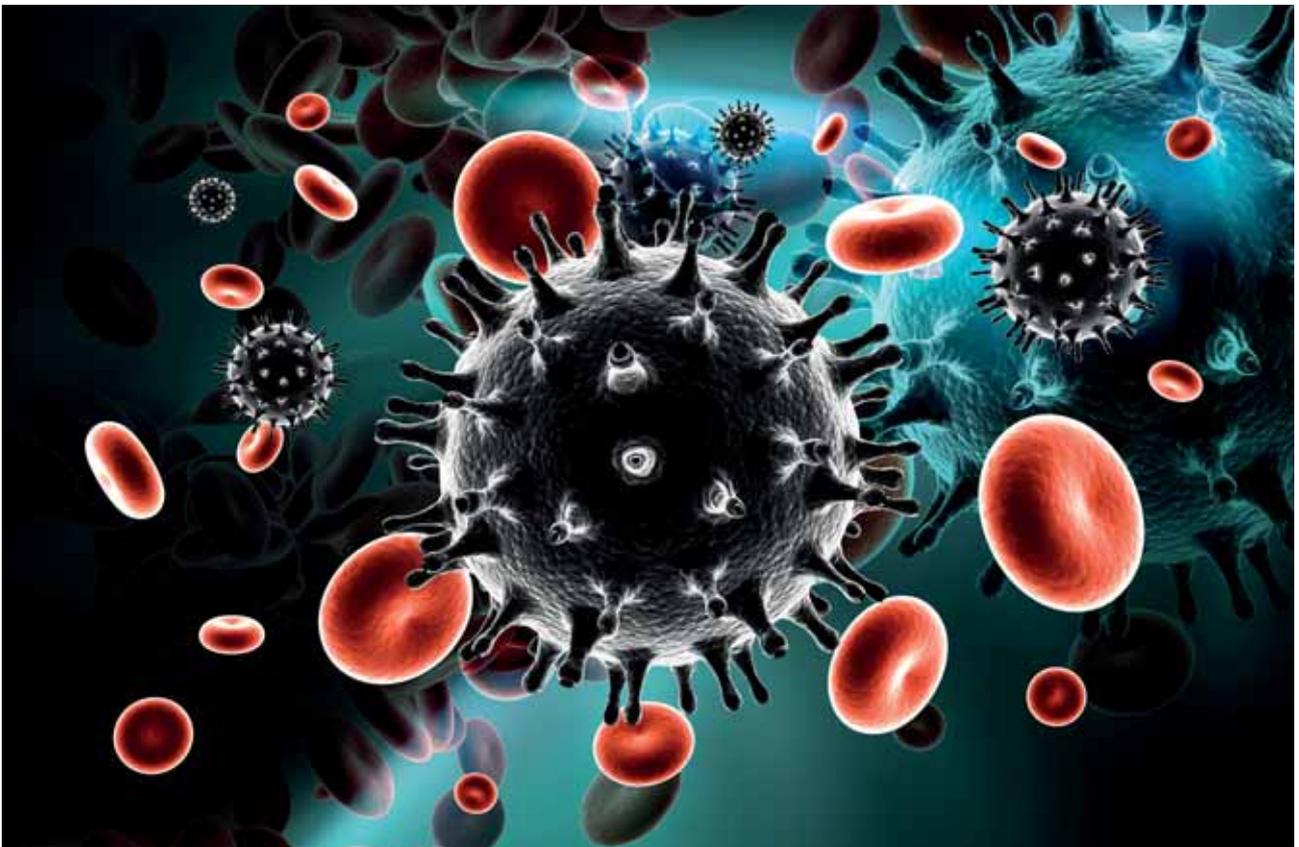
con HIV RNA non rilevabile durante la gravidanza. Solo nel 40% dei casi, secondo i criteri indicati nelle linee guida, è stata praticata una infusione intrapartum di un inibitore nucleosidico antiretrovirale (zidovudina). Tutti i neonati valutati nell'ultimo anno sono nati a termine, con un peso adeguato per l'età gestazionale e sono stati alimentati esclusivamente con latte formulato. A tal proposito si puntualizza che, in Italia è prevista per legge un'esenzione che consente di ottenere gratuitamente la fornitura necessaria di latte artificiale fino al sesto mese di vita del bambino.

Dopo un'attenta valutazione dello stato immuno-virologico della gestante, effettuata dall'infettivologo, tutti i nati hanno ricevuto profilassi antiretrovirale. Nella fattispecie, tutti i neonati esaminati hanno ricevuto il solo inibitore nucleosidico della trascrittasi inversa (zidovudina) per os per le prime 6 settimane di vita.

Nei casi a rischio per scarsa compliance la zidovudina è stata somministrata due volte al gior-

no (a fronte delle quattro previste), garantendo il mantenimento del dosaggio previsto dalle linee guida (Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 del 17 Dicembre 2015).

La terapia è stata ben tollerata in quasi la totalità dei pazienti. Per la tossicità midollare sulla serie eritroide è stato necessario effettuare terapia con eritropoietina solo in rari casi di profonda anemia. Il Servizio di Immunologia Clinica e di Laboratorio della Clinica Pediatrica ha partecipato, nell'ambito di un network europeo, a uno studio volto ad evidenziare eventuali segni clinici o di laboratorio di tossicità mitocondriale, nei nati da madre con infezione da HIV sottoposti a profilassi con zidovudina. In nessun paziente della nostra coorte sono stati rilevate manifestazioni ascrivibili a tale tossicità. La determinazione di HIV-RNA è stata eseguita, fra la nascita ed i 14 giorni di vita, ad un'età compresa fra uno e due mesi, fra i quat-



tro e i sei mesi di vita. È di prossima introduzione il test HIV-DNA. L'esclusione della trasmissione dell'infezione in bambini è stata posta in presenza di due test virologici negativi, che si è verificata nel 100% dei casi. Il tasso di trasmissione materno-fetale dell'infezione da HIV, basata sulla positività di due test virologici, risulta essere pari a zero nella coorte dei pazienti esaminati. In accordo con quanto riportato dalle stime nazionali abbiamo osservato un abbattimento del "rate transmission" (pari al 12-14% prima dell'introduzione del protocollo di profilassi).

A completamento, dopo i 18 mesi di vita, è eseguita la ricerca di anticorpi anti-HIV, al fine escluderne la produzione autoctona da parte del paziente. Questo risultato rappresenta una soddisfacente testimonianza dell'efficacia della strategia di prevenzione, effettuate nell'ambito della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisa-



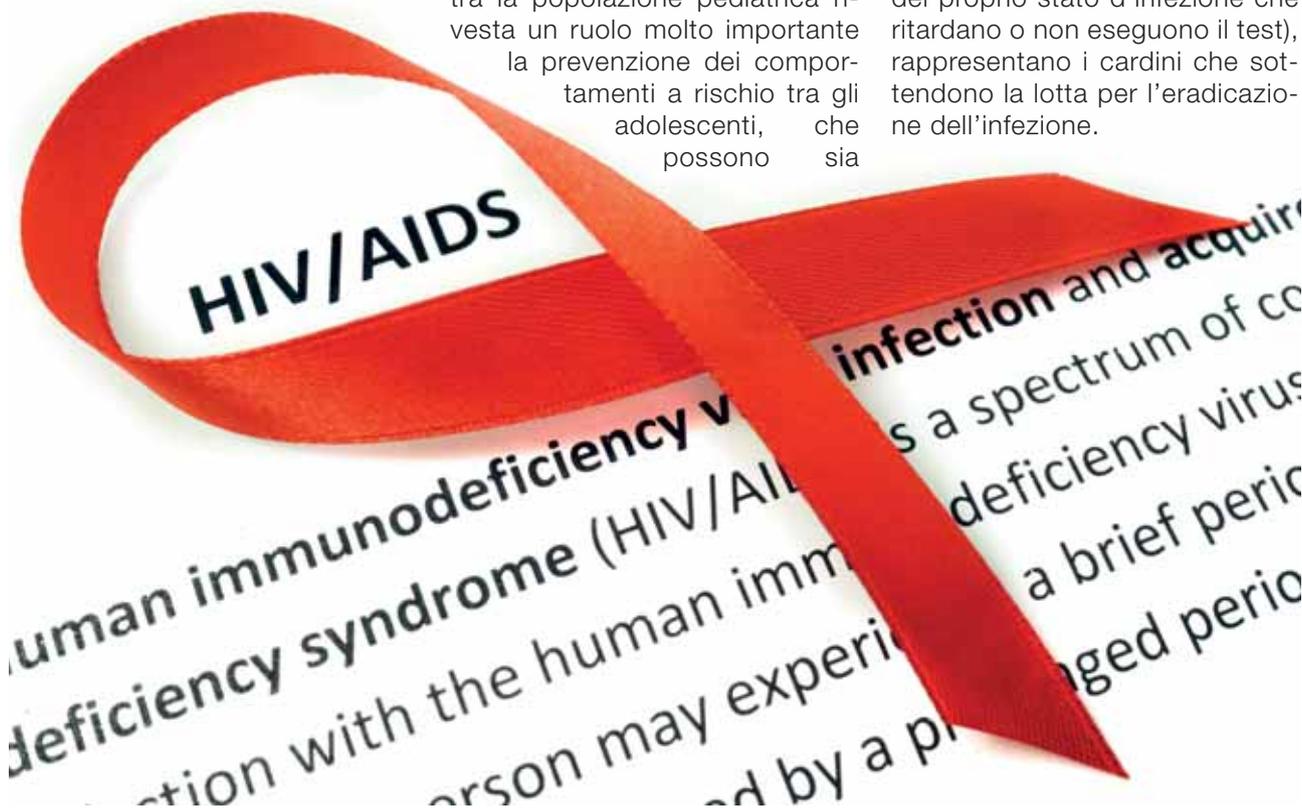
na, attraverso il lavoro congiunto e coordinato con i colleghi Infettivologi, Ginecologi, Neonatologi e Virologi.

Accanto agli aspetti assistenziali, il Servizio di Immunologia si pone come obiettivo la ricerca e l'aggiornamento continuo dei programmi di prevenzione, oltre che la formazione/educazione della popolazione.

E' opportuno ricordare come, tra la popolazione pediatrica rivesta un ruolo molto importante la prevenzione dei comportamenti a rischio tra gli adolescenti, che possono sia

nel breve che nel lungo periodo mettere in pericolo la salute fisica e il benessere psicosociale dell'individuo. Tra questi, il comportamento sessuale precoce e non protetto ne rappresenta uno dei più rilevanti, in quanto veicolo principale dell'infezione da HIV tra gli adolescenti.

Questo obiettivo al pari dell'eradicazione del "sommerso" (cioè di quei soggetti inconsapevoli del proprio stato d'infezione che ritardano o non eseguono il test), rappresentano i cardini che sostengono la lotta per l'eradicazione dell'infezione.



# Fibrillazione atriale: nuove terapie

**N**onostante i progressi nella cura dei pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA) questa aritmia rimane una delle maggiori cause di mortalità, ictus, scompenso cardiaco, ospedalizzazione e declino cognitivo.

Gli anticoagulanti orali antagonisti della vitamina K, warfarin ed acenocumarolo, (VKAs) e gli anticoagulanti non antagonisti della vitamina K (NOACs), riducono marcatamente la mortalità e l'ictus nei pazienti con FA. La stima del rischio è basata sul CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score (1 punto in presenza di: scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, malattia arteriosa vascolare, diabete mellito, sesso femminile, età compresa tra 65 e 74 anni; 2 punti per: precedente ictus, TIA, embolismo, età maggiore  $\geq$  75 anni). I maschi con uno score di rischio  $\geq$  1 e le femmine con score  $\geq$  2 verosimilmente beneficiano del trattamento con anticoagulanti orali. I VKAs vengono somministrati da molti anni nella prevenzione dell'ictus da FA con eccellenti risultati, il loro uso è però limitato da un intervallo terapeutico stretto (INR tra 2 e 3) che necessita di frequente monitoraggio ed aggiustamento. I NOACs invece non richiedono alcun controllo dei parametri coagulativi. Questi farmaci includono gli inibitori diretti della trombina (dabigatran) e gli inibitori del fattore X attivato (rivaroxaban, apixaban, edoxaban). Differiscono per meccani-

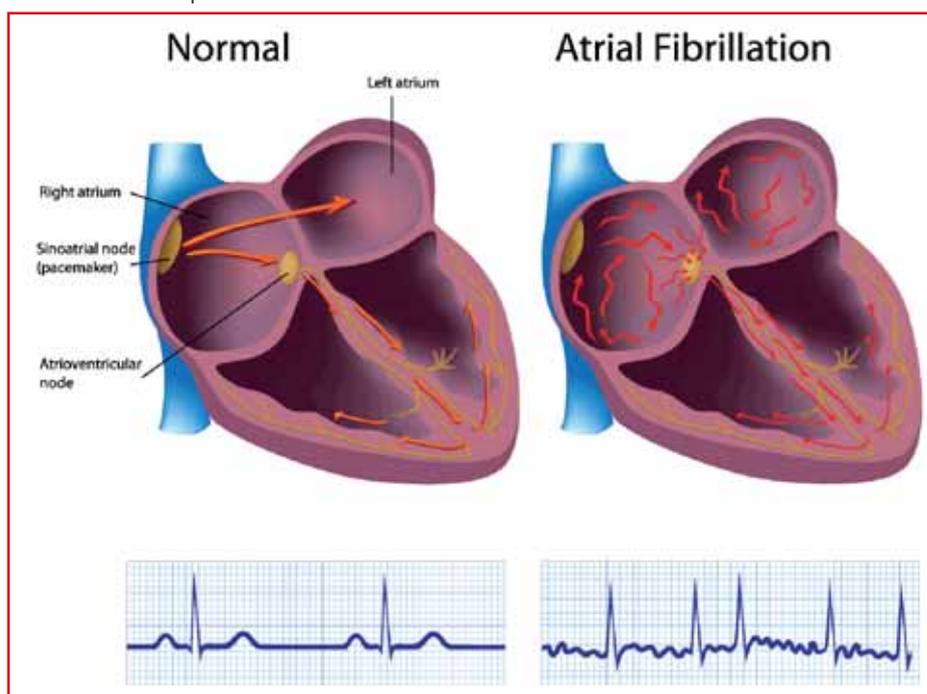
simo d'azione, biodisponibilità, emivita, interazioni farmacologiche e interazioni con i citocromi e la P-gp. Anche l'eliminazione renale ed epatica differisce tra le varie molecole: quella renale è maggiore per il dabigatran (80%) e minore per l'apixaban (27%), tanto che l'assunzione di dabigatran non è approvata per valori di VFG  $<$  30 ml/min/m<sup>2</sup>, mentre quella per il rivaroxaban, l'apixaban e l'edoxaban per valori  $<$  15 ml/min/m<sup>2</sup>. Un importante aspetto di sicurezza consiste nella presenza di un antidoto specifico per il dabigatran (idarucizumab), utile in caso di gravi emorragie o di necessità di intervento chirurgico d'emergenza.

I NOACs sono stati confrontati con il warfarin in quattro trials valutando la loro non inferiorità in termini di efficacia e sicurezza nella profilassi antitrombotica

nei pazienti con FA non valvolare: RE-LY (Dabigatran), ROKET-AF (Rivaroxaban), ARISTOTLE (Apixaban), ENGAGE AF-TIMI 48 (Edoxaban). Gli obiettivi di efficacia e sicurezza risultavano analoghi nei quattro trials; l'obiettivo primario di efficacia era rappresentato dalla somma degli ictus ischemici ed emorragici e degli eventi trombo embolici sistemici.

Nello studio RE-LY il trattamento con dabigatran 110 mg comportava un rischio di ictus ed embolia sistemica simile a quello dei pazienti in warfarin, mentre con dabigatran 150 mg il rischio era addirittura inferiore; unico tra tutti i NOACs dabigatran 150 mg è in grado di ridurre l'ictus ischemico. La mortalità totale era uguale a quella del warfarin, mentre quella cardiovascolare risultava inferiore.

Il trial ROKET-AF ha dimostrato



che rivaroxaban somministrato al dosaggio di 20 mg die non è inferiore al warfarin nella prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica, della mortalità totale e di quella cardiovascolare.

Nel trial ARISTOTLE apixaban 5 mg è risultato superiore al warfarin nella prevenzione di ictus ed embolie sistemiche mostrando anche una significativa riduzione della mortalità totale.

Lo studio ENGAGE AF-TIMI 48 ha evidenziato la non inferiorità di edoxaban 60 e 30 mg nella prevenzione di ictus ed embolia sistemica. La mortalità cardiovascolare si riduce con entrambi i dosaggi e quella totale solo con il 30 mg. Edoxaban 30 mg aumenta l'incidenza di ictus ischemico nel confronto con warfarin. In termini di sicurezza, rispetto al warfarin, i NOACs hanno mostrato in tutti i trials un profilo addirittura superiore con una riduzione di almeno il 50% del rischio di ictus emorragico.

Nel RE-LY dabigatran 110 mg ha determinato una riduzione dei sanguinamenti totali, di quelli maggiori e di quelli pericolosi per la vita senza aumentare i sanguinamenti gastro intestinali. Dabigatran 150 mg ha ridotto i sanguinamenti totali e quelli pericolosi per la vita; non sono state riscontrate differenze significative nei sanguinamenti maggiori; sono invece aumentati quelli gastro intestinali.

Nel ROKET-AF rivaroxaban non ha mostrato differenze rispetto al warfarin nell'incidenza di sanguinamenti totali e maggiori; è aumentata la frequenza di quelli del tratto gastro enterico.

Nello studio ARISTOTLE apixaban ha ridotto i sanguinamenti maggiori e quelli totali con effetto neutro sui gastrointestinali.

Infine nel trial ENGAGE TIMI-AF 48 in pazienti trattati con edoxaban si è osservata, ai dosaggi 60 e 30 mg, una riduzione dei sanguinamenti totali, di quelli maggiori e di quelli pericolosi per la vita; quelli gastrointestinali han-

no un'incidenza minore solo con il dosaggio di 30 mg; edoxaban 60 mg aumenta l'incidenza di sanguinamenti gastro intestinali. Da questi trials emerge quindi come tutti i NOACs mostrino un'efficacia non inferiore al warfarin nella prevenzione dell'ictus e, in termini di sicurezza, riducono i sanguinamenti intracranici e l'ictus emorragico. Sulla base di queste evidenze le linee guida 2016 della società europea di cardiologia raccomandano l'uso dei NOACs nei pazienti con FA che debbano iniziare la terapia anticoagulante, lasciando l'indicazione agli VKAs ai pazienti con fibrillazione atriale portatori di protesi valvolari meccaniche o con stenosi valvolare mitralica di entità moderata-severa.

La scelta di un particolare NOACs ed il suo dosaggio deve essere indirizzata dalle caratteristiche cliniche del paziente. Dagli studi sopracitati risulta come l'ictus e l'embolia sistemica si riducano con l'utilizzo di dabigatran 150 mg e di apixaban 5 mg, come l'ictus ischemico diminuisca unicamente con l'utilizzo di dabigatran 150 mg, come la mortalità totale si riduca con l'utilizzo di apixaban 5 mg ed edoxaban 30 mg. Nei pazienti con clearance della creatinina di circa 30 ml/min è da preferire un NOACs con ridotta eliminazione

renale come apixaban 2.5 mg, rivaroxaban 15 mg o edoxaban 30 mg; con clearance della creatinina maggiore di 95 ml/min potrebbe essere sconsigliato l'uso di edoxaban 60 mg. Nei casi con alto rischio di sanguinamento gastro intestinale la prima scelta dovrebbe ricadere su apixaban 5 mg, dabigatran 110 mg, edoxaban 30 mg. Negli anziani con più di 75 anni potrebbe essere suggerita la terapia con apixaban.

Tutti i NOACs si sono rivelati efficaci e sicuri nella prevenzione del rischio trombo embolico nella FA non valvolare. La maggior parte degli studi indicano che i pazienti trattati con questi farmaci hanno un'aspettativa ed una qualità di vita maggiori rispetto ai pazienti trattati con VKAs. L'efficacia e la sicurezza dei NOACs non sono però uguali tra loro in termini di riduzione di ictus e di embolia sistemica, di ictus ischemico, di mortalità totale, di sanguinamenti totali e gastro-intestinali. La compromissione della funzione renale indirizza inoltre pesantemente la scelta del farmaco. Anche la presenza di un antidoto specifico costituisce un elemento di sicurezza.

Verosimilmente si può concludere con: "ogni paziente ha il suo NOACs ed ogni NOACs ha il proprio paziente".

Recommendations	Class	Level
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended for all male AF patients with a CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score of 2 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended in all female AF patients with a CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score of 3 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in male AF patients with a CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score of 1, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in female AF patients with a CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score of 2, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Vitamin K antagonist therapy (INR 2.0–3.0 or higher) is recommended for stroke prevention in AF patients with moderate-to-severe mitral stenosis or mechanical heart valves.	I	B
When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban), a NOAC is recommended in preference to a Vitamin K antagonist.	I	A

Prevenzione dell'ictus in pazienti con fibrillazione atriale (LG ESC 2016)

## Donazione a cuore fermo: complessità e prospettive

La donazione a cuore fermo, fino alla fine degli anni '60, era stata l'unica modalità di reperimento di organi in quanto, all'epoca, non vi era altro sistema per poter procedere al prelievo se non quello di attendere l'arresto cardiaco irreversibile. Solo dopo il Rapporto di Harvard (1968) fu possibile individuare, oltre ai pazienti deceduti per arresto cardiaco, anche quelli sottoposti a manovre rianimatorie e deceduti per "morte encefalica" determinatasi a seguito di grave lesione cerebrale. A seguito di ciò sono stati definiti, a seconda dei casi, due distinti metodi di **accertamento** e di **certificazione** dell'evento morte. Il primo da effettuarsi avvalendosi di criteri neurologici ha consentito, nel tempo, oltre alla possibilità di identificare clinicamente le morti encefaliche

all'interno delle rianimazioni, anche l'individuazione di potenziali donatori - **heart beating donor (HBD)** o **donor after brain death (DBD)** a beneficio di persone affette da gravi patologie. Il secondo metodo, da effettuarsi invece con criteri cardiaci, altrettanto garantista e metodologicamente scrupoloso nel suo iter diagnostico, può consentire l'individuazione di potenziali donatori - **non heart beating donor (NHBD)** o **donor after cardiac death (DCD)**. Quest'ultimo metodo, ai fini donativi, non ha dato però gli stessi risultati del primo anche a causa della tempistica prevista dalla normativa italiana per fare diagnosi di morte. E' fondamentale precisare che la legge definisce rigorosamente le modalità e i tempi con cui deve essere, in ogni caso, accertata la morte. Per quanto riguarda

quella per arresto cardiocircolatorio l'intervallo di tempo necessario per certificare il decesso è di non meno di venti minuti di tracciato elettrocardiografico piatto (**no touch period - death determination**) rispetto ai cinque - dieci minuti richiesti dalle leggi o linee guida di altri Paesi. Di conseguenza, per quanto concerne le possibili attività di donazione di organi, anche a causa dei tempi di **ischemia calda**, sono sicuramente maggiori le complessità delle problematiche sollevate dall'accertamento di morte con standard cardiaco rispetto a quella con criteri neurologici. Ovviamente, la legge e l'etica impongono anche che l'accertamento e la certificazione non possano essere condizionati in funzione della donazione e ciò vale sempre anche quando la certezza della morte

e la preservazione degli organi non sono in piena concordanza. A questo proposito il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel giugno 2010, ha considerato la tempistica prevista dalla legge italiana di venti minuti "una garanzia prudenziale necessaria" precisando però che "un intervallo di





dieci minuti di mancanza assoluta di attività cardiaca, sicuramente accertata, sia da considerarsi elemento di elevata presunzione dell'avvenuta morte dell'individuo". Lo stesso CNB, nel documento in questione, pur ritenendo che "allo stato, non sia eticamente accettabile la riduzione dei tempi di osservazione della morte cardiaca, riconosce, tuttavia, la necessità di riconsiderare il complesso problema dell'accertamento della morte con criteri cardiocircolatori alla luce delle esperienze in corso in alcuni ospedali italiani e del dibattito scientifico internazionale sul tema". Il Centro Nazionale Trapianti (CNT agosto 2015) ha

emanato le raccomandazioni operative per le attività di donazione a cuore fermo nelle quali, tra l'altro, si legge che " il prelievo di organi può avvenire solo dopo l'accertamento e certificazione di morte, in determinate categorie di pazienti deceduti e previo consenso espresso in vita dal soggetto oppure in assenza di opposizione dei familiari". Sempre il CNB, nel documento già citato, esprime la seguente raccomandazione: "in Italia qualora si estenda la pratica di prelievo NHBD-DCD gli eventuali singoli protocolli da utilizzare non devono essere frutto di decisioni isolate o autonome, ma devono essere elaborati nel

rispetto della norma e approvate dall' autorità garante nazionale: il CNT". In conclusione di questo excursus si può, facilmente comprendere come, in tema di donazione NHBD - DCD, vi siano ancora alcuni aspetti che necessitano di un maggiore approfondimento ma, anche, molti scenari aperti da esperire ulteriormente. Compete, quindi, agli esperti di ogni settore pertinente, confermare le certezze ai cittadini ed al contempo proseguire nella individuazione di strumenti clinici, etici e organizzativi, sempre più aggiornati e specifici, atti a conciliare, in modo crescente, le discrepanze tra le varie esigenze.

**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](http://www.fucinafotografica.it)**

---

---

# L'Ordine informa

## Nuova Convenzione Aruba - PEC gratuita

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

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

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

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

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

Procedura di attivazione:

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

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

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

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

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

# SERGIO CAPONE

GIOIELLI



PISA

BORGO STRETTO, 6

050 971 1408

INFO@SERGIOCAPONE.COM

VIAREGGIO

VIALE MARCONI, 87

0584 582776

VIAREGGIO@SERGIOCAPONE.COM

  
**ROLEX**

*Cartier*

*Powellato*

**BVLGARI**

  
**TUDOR**

**IWC**  
SCHAFFHAUSEN

  
**JAEGER-LECOULTRE**

*Chopard*

  
**Chantecler**  
CAPRI

**PASQUALEBRUNI**

**GUCCI**  
TIMEPIECES & JEWELRY

  
**BAUME & MERCIER**  
MAISON D'HORLOGERIE GENEVE 1830

  
**OMEGA**

**LONGINES**

  
**HAMILTON**  
AMERICAN SPIRIT • SWISS PRECISION

**swatch**

  
**DoDo**

**MONT  
BLANC**

**GIOVANNI  
RASPINI**

*Baccarat*

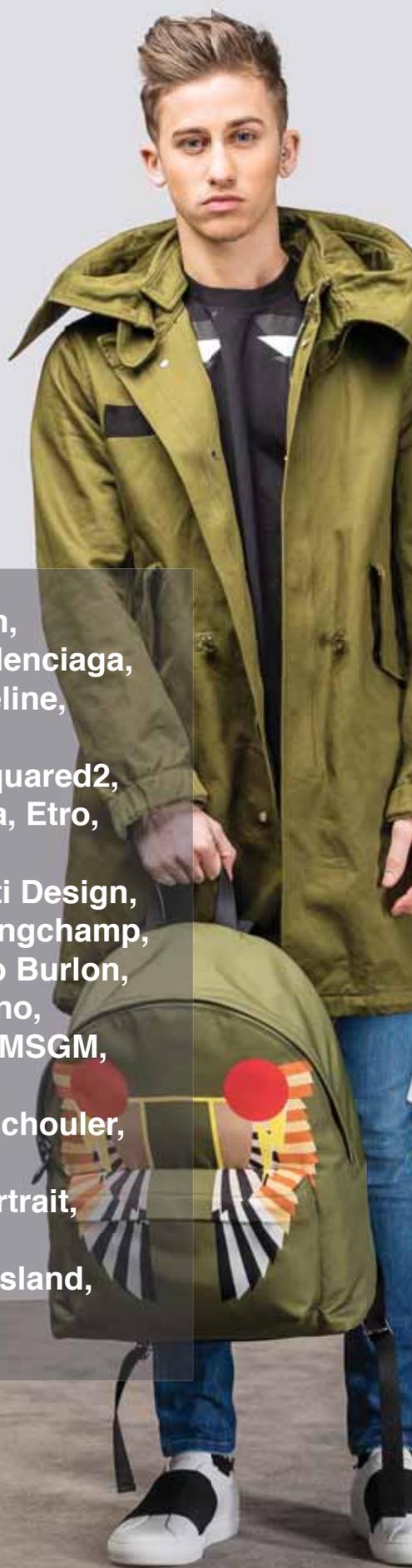
  
**Richard  
Ginori**  
1735

**LOCMAN**  
ITALY

**VENINI**

**WEDGWOOD**  
ENGLAND 1759

  
**Rosenhal**



  
**VALENTI**  
 PISA

Alberto Biani, Alexander McQueen,  
 Anya Hindmarch, Aquazzura, Be-Low, Balenciaga,  
 Balmain, Bottega Veneta, Burberry, Celine,  
 Charlotte Olympia,  
 Chiara Boni - La Petite Robe, Chloè, DSquared2,  
 Dior Homme, Dondup, Dolce & Gabbana, Etro,  
 Frame, Fay,  
 Faith Connection, Fendi, Giuseppe Zanotti Design,  
 Givenchy, Herno, Jimmy Choo, Kenzo, Longchamp,  
 Loewe, Levis, LesPetits Joueurs, Marcelo Burlon,  
 Max Mara, Miu Miu, Moncler, Moschino,  
 McQ, Marc Jacobs, Michael Kors, MCM, MSGM,  
 N°21, Paula Cademartori,  
 Peuterey, Philipp Plein, Prada, Proenza Schouler,  
 Rag&Bone,  
 Red Valentino, Saint Laurent, Self Portrait,  
 Sergio Rossi,  
 Stella McCartney, Sonia Rykiel, Stone Island,  
 Valentino, Vivetta.

**THE BEST SHOPS®**  
 CAMERA ITALIANA BUYER MODA

  
**VALENTI**  
 PISA

Esibisci il coupon nei nostri negozi e avrai diritto al  
**15% di sconto** (non cumulabile con altre promozioni)