

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:

Dipendenze patologiche Update

G. Ceraudo - L. Dell'Osso
U.O. Psichiatria Universitaria - AOUP

Rapporto odontoiatra-odontotecnico

CD SMOLT
Società Medico Odontoiatrica
Legale Toscana

Asma grave: diagnosi e terapia Nasce il "percorso Pisa"

E. Bacci - F. Dente - P. Paggiaro
Sez. Dip. Fisiopatologia Respiratoria e Riabilitazione
Respiratoria Univ., Cardio-Toraco-Vascolare, AOUP



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 🌐 www.relaisimiracoli.it

La medicina degli onesti

Difficile è sradicare la zizzania, ieri come oggi e purtroppo anche in futuro. Fa parte della storia dell'umanità. Chi ne paga le conseguenze sono – ogni volta – le spighe di grano che hanno l'unico torto di trovarsi nel terreno sbagliato. Lo è, al contempo, per la nostra categoria. Eppure, tutti noi medici nasciamo pronunciando quel giuramento di onestà e rispetto verso il malato, comunque la persona. I fatti di cronaca ed i percorsi penali che ne seguono dimostrano, invece, senza se e senza ma, il totale disprezzo per la vita e la dignità altrui, il cinismo e la crudeltà nell'agire.

Ci chiediamo allora preoccupati, pensando in particolare ai giovani colleghi ed a quelli che a migliaia stanno dando gli esami di ammissione alle Facoltà di Medicina, nella speranza di trovare, qui, un mondo basato sempre sui principi d'onestà ed altruismo: cosa li aspetta? Quando finirà tutto questo? E sorge spontanea una riflessione dettata dall'esperienza dei capelli bianchi: abbiamo sbagliato qualcosa nei nostri insegnamenti?

Non è certo facile dare una rispo-

sta, semmai si possa realmente trovare. Ciascuno può trarre conclusioni in base alla propria esperienza, ma se poi si andasse a fare il passo successivo, si porrebbe un altro interrogativo: trovato il nome della malattia, vuol dire trovata la cura? Ne dubitiamo. Certo è che simili episodi, non rari purtroppo, scuotono ogni volta le coscienze. Come Ordine professionale, riteniamo si possa e si debba fare di più, a livello di peculiari controlli e di trasparenti confronti. Dobbiamo ricordare, a noi stessi, che la nostra interfaccia è la gente e quelli che da noi attendono un sostegno ed una partecipazione alle loro necessità. Tradirli, è come tradire noi stessi. La nostra preparazione ci pone, verso la loro domanda di salute, in una posizione di particolare superiorità. Per loro, siamo la vita. Siamo cioè possessori d'una ricchezza inestimabile che è il sapere. Tutto è importante al mondo, mai quanto la salute. Non veniamo meno, dunque, alla loro fiducia. Noi dobbiamo sempre – senza se e senza ma – soltanto rappresentare la medicina degli onesti ed a testa alta, ben alta.



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

Segreteria di redazione
Francesca Spirito, Sabina
Beoncini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
Luminarprint srl

Foto di copertina
concessa da Gianfranco Borrelli

Pisa Medica Online

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

A partire da gennaio 2017 Pisa Medica è diventata **PisaMedica Online (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

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. 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. The left column, titled "MEDICINA NEWS", features articles such as "CAMERA IPERBARICA: IL NUOVO 'PERCORSO PISA'", "LE IPERSONNIE: MALATTIA MEDICA E SOCIALE", "ICTUS ISCHEMICO E TROMBOLISI: IL 'PERCORSO' NELL'ASL NORD-OVEST", "OCULISTICA UNIVERSITARIA: SPECIALIZZANDI IN INDIA", and "INFEZIONE VERTICALE DA HIV: MODELLO PREVENZIONE A PISA". The right column, titled "ODONTOIATRIA NEWS", includes articles like "SISTEMA AUTORIZZATIVO TOSCANO DELLE STRUTTURE SANITARIE: MODIFICHE", "PISA ODONTOIATRIA NEWS", "NO A OGNI IPOTESI DI SANATORIA DELL'ABUSIVISMO", and "QUESTIONE PRELIEVO VENOSO". Each article includes a small image and a brief summary.

Commissione nazionale per la formazione continua

LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

VISTO il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e in particolare l'art. 16-ter istitutivo della Commissione nazionale per la formazione continua;

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 01 agosto 2007, concernente il *"Riordino del sistema di formazione continua in medicina"* (Rep. Atti n. 168/CSR);

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 05 novembre 2009, concernente *"Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività realizzate all'estero, liberi professionisti"* (Rep. Atti n. 192/CSR);

VISTO il D.P.C.M. 26 luglio 2010 – Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 05 novembre 2009;

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 aprile 2012, concernente *"Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti"* (Rep. Atti n. 101/CSR);

VISTO il documento sui "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua il 13 gennaio 2010;

VISTO il nuovo documento sui "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" approvato dalla Sezione I nel corso della riunione del 22 novembre 2016;

CONSIDERATO che il Comitato di Presidenza nel corso della riunione del 1° dicembre 2016 ha espresso parere favorevole in merito al citato documento apportando alcune modifiche correttive;

CONSIDERATO che la Commissione nazionale per la formazione continua nel corso della riunione del 13 dicembre 2016 ha approvato il testo definitivo sui "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM";

DELIBERA

di adottare il documento allegato concernente i "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" che sostituisce il precedente. I criteri di calcolo previsti si applicano per gli eventi che saranno validati a decorrere dal 1° gennaio 2017.

Il Segretario
(Marco Maccari)

Il Vice Presidente
(dott.ssa Roberta Chersevani)

CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI ALLE ATTIVITÀ ECM

Criteria per l'assegnazione dei crediti ECM

Nella Tabella allegata sono indicati i criteri per l'assegnazione dei crediti al programma ECM e quindi al professionista sanitario che avrà seguito un evento o un programma formativo accreditato ed avrà soddisfatto i momenti di valutazione.

Al fine di garantire un quadro completo ed armonico che permetta di comprendere le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili sono state identificate le seguenti 11 tipologie:

1. FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA (RES)
2. CONVEGNI, CONGRESSI, SIMPOSI E CONFERENZE (RES)
3. VIDEOCONFERENZA (RES)
4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)
5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC)
6. ATTIVITA' DI RICERCA (FSC)
7. FAD CON STRUMENTI INFORMATICI / CARTACEI (FAD)
8. E-LEARNING (FAD)
9. FAD SINCRONA (FAD)
10. FORMAZIONE BLENDED
11. DOCENZA, TUTORING E ALTRO

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine *blended* (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

FORMAZIONE RESIDENZIALE		
TIPOLOGIE FORMATIVE	VERIFICHE	CREDITI
1. FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA		
Attività da svolgersi in sedi appropriate per la didattica in cui uno o pochi docenti si rivolgono a molti discenti (comunque non superiore a 200 partecipanti previsti) e il livello di interattività di base è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione.	<ul style="list-style-type: none">- Presenza documentata ad almeno il 90% della durata- Qualità percepita- Valutazione di apprendimento documentata	<ul style="list-style-type: none">• 1 credito ogni ora (non frazionabile) fino a 100 partecipanti previsti;• 0,7 crediti ogni ora (non frazionabile) da 101 a 200 partecipanti previsti.

<p>Altresì è possibile svolgere una sessione interattiva, se il numero dei discenti è limitato, coinvolgendo i discenti e aumentando il livello di interazione tra loro e i tutor/docenti. Si possono realizzare simulazioni, <i>role playing</i>, prove/esercitazioni e piccoli lavori di gruppo (massimo 25 partecipanti previsti a tutor fino ad un massimo di 50 partecipanti previsti per garantire un'adeguata partecipazione).</p> <p>E' possibile svolgere la prova di valutazione dell'apprendimento utilizzando un questionario on-line (domande a risposta quadrupla) entro tre giorni dal termine dell'evento, effettuando una singola compilazione del questionario (non ripetibile).</p>	<p>con una prova specifica ed attestata dal Provider</p>	<p>E' prevista la possibilità di incremento di 0,3 crediti/ora per ciascuno dei criteri sotto riportati, cumulabili tra di loro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di partecipanti previsti fino a 25; - presenza di metodologie interattive per un massimo di 50 partecipanti previsti. Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti previsti per tutor/docente); - Eventi su tematiche specifiche di interesse regionale, individuate da apposito provvedimento regionale, riconosciute da parte della Commissione Nazionale o tematiche di interesse nazionale indicate dalla Commissione Nazionale.
--	--	--

2. CONVEGNI CONGRESSI SIMPOSI E CONFERENZE (oltre 200 partecipanti previsti)

<p>Attività da svolgersi in apposite sedi che garantiscono una maggiore capienza, ma con valore formativo limitato, potrà essere acquisito un limitato numero di crediti in base alla documentazione di registrazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza documentata ad almeno il 90% della durata documentata preferibilmente con sistemi di rilevazione elettronica - Qualità percepita 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,3 crediti per ora (non frazionabile) fino a un massimo di 6 crediti
<p>Eventi che si svolgono all'interno di congressi e convegni tra cui Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti previsti).</p> <p>E' possibile svolgere la prova di valutazione dell'apprendimento utilizzando un questionario on-line (domande a risposta quadrupla) entro tre giorni dal termine dell'evento, effettuando una singola compilazione del questionario (non ripetibile).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza documentata ad almeno il 90% della durata - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata 	<p>0,7 credito per ogni ora di partecipazione effettiva (non frazionabile) entro e non oltre i 100 partecipanti.</p> <p>I crediti formativi acquisiti</p>

<p>nario on-line (domande a risposta quadrupla) entro tre giorni dal termine dell'evento, effettuando una singola compilazione del questionario (non ripetibile).</p>	<p>con una prova specifica ed attestata dal Provider</p>	<p>siti per la partecipazione ai workshop, seminari, corsi teorici, ecc., escludono la possibilità di sommare i crediti formativi previsti con quelli del convegno, congresso, simposio, conferenza di riferimento. E' prevista la possibilità di incremento di 0,3 crediti/ ora per ciascuno dei criteri sotto riportati, cumulabili tra di loro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di partecipanti previsti fino a 25 - presenza metodologie interattive per eventi fino ad un massimo di 50 partecipanti previsti. <p>Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti previsti per tutor/docente).</p>
<p>3. VIDEOCONFERENZA (RES)</p>		
<p>Sono attività formative residenziali che prevedono forme di trasmissione a distanza usufruite dai discenti in simultanea in sedi definite e con la presenza del personale del provider e/o tutor e docenti. La videoconferenza non può prevedere forme di metodologie interattive ne incremento dei crediti per il numero dei discenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza documentata ad almeno il 90% della durata - Qualità percepita - Prova di verifica dell'apprendimento in base ai partecipanti previsti (vedi punto 1 "Formazione residenziale classica" e 2 "Convegni congressi simposi e conferenze") 	<p>Il numero dei partecipanti previsti è quello risultante dalla somma dei presenti nelle diverse sedi. Il numero dei crediti viene calcolato in base alle regole della formazione residenziale (vedi punto 1 "Formazione residenziale classica" e 2 "Convegni congressi simposi e conferenze") senza possibilità di incremento dovuta alla presenza metodologie interattive e al numero dei discenti.</p>

FORMAZIONE SUL CAMPO

TIPOLOGIE FORMATIVE	VERIFICHE	CREDITI
4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)		
<p>Attività in cui il partecipante in modo attivo acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali.</p> <p>Si verificano in genere durante tirocini, training, periodi di affiancamento, attività di addestramento, supervisione in psicoterapia, etc.</p> <p>Si svolgono in contesti lavorativi qualificati e sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica. E' necessaria la presenza di un formatore tutor preferenzialmente nel rapporto 1:1 - 1:3 e comunque non oltre 1:5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza documentata ad almeno il 90% della durata - Qualità percepita - Rapporto conclusivo a cura del tutor basato sulla valutazione dell'apprendimento valutata dal Tutor (indicato dal Provider accreditato che attesta i crediti) 	<p>I crediti sono assegnati al progetto/obiettivo sulla base dell'impegno: 1,5 credito ogni ora (non frazionabile)</p> <p>E' prevista la possibilità di incremento di 0,3 crediti/ora per il criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventi su tematiche specifiche di interesse regionale, individuate da apposito provvedimento regionale, riconosciute da parte della Commissione Nazionale o tematiche di interesse nazionale indicate dalla Commissione Nazionale
5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC)		
<p>Attività in cui l'apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate prevalentemente al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura, etc. Prevedono, di solito, la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, etc. Includono l'Audit clinico-assistenziale con revisione sistematica e strutturata di argomenti e contesti clinici.</p> <p>Queste attività si svolgono di solito in ambienti lavorativi clinici ma si possono svolgere anche in sedi diverse (contesti lavorativi qualificati). E' possibile, e in al-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza documentata ad almeno 90% delle riunioni - Qualità percepita - Rapporto conclusivo basato su valutazione dell'apprendimento valutata dal Tutor <p>Per tutte queste attività è necessaria la designazione formale e la presenza documentata alle riunioni/attività sotto la responsabilità del Provider.</p>	<p>1 credito per ogni ora (non frazionabile)</p> <p>E' prevista la possibilità di incremento, tranne per i comitati aziendali permanenti, di 0,3 crediti/ora per ciascuno dei criteri sotto riportati, cumulabili tra di loro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redazione di un documento conclusivo quale ad es. linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative (tranne audit clinico) - Partecipazione di un docente/tutor esperto,

cuni casi necessario, l'uso di tecnologie informatiche per la comunicazione a distanza e per l'accesso alla documentazione.

Tra i gruppi di miglioramento possono essere identificate, a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie (tutte attestate da Provider accreditato e validate dalla documentazione prodotta) che si realizzano con la partecipazione a gruppi di lavoro:

gruppi di lavoro/studio/miglioramento finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, etc.; circoli di lettura di articoli scientifici, discussioni su casi clinici, su problemi assistenziali e cure primarie, circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze.

comitati aziendali permanenti (ad esempio comitato etico, per il controllo delle infezioni, il buon uso degli antibiotici o del sangue, il prontuario terapeutico, la sicurezza ed emergenze sul lavoro, HACCP, ospedale senza dolore, etc.);

commissioni di studio (interaziendali, dipartimentali, aziendali)

comunità di apprendimento o di pratica: gruppo o network professionale con obiettivo di generare conoscenza organizzata e di qualità. Non esistono differenze gerarchiche perché il lavoro di ciascun componente è di beneficio all'intera comunità. Possono avvalersi anche di tecniche web.

Audit clinico e/o assistenziale: Attività in cui i professionisti esaminano il proprio operato e i propri risultati, in particolare attraverso la revisione della documentazione sanitaria e la modificano se necessario.

L'audit si articola nelle seguenti fasi: - identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto della valutazione, con conseguente identificazione del campione di pazienti; - identificazione del set di informazioni da raccogliere

esterno al gruppo di miglioramento, che validi le attività del gruppo

- Eventi su tematiche specifiche di interesse regionale, individuate da apposito provvedimento regionale, riconosciute da parte della Commissione Nazionale o tematiche di interesse nazionale indicate dalla Commissione Nazionale

Ogni progetto è accreditabile per un minimo di 6 ore, l'Audit è accreditabile per un minimo di 3 incontri/progetto.

<p>per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione; - identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi standard); - analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra i profili assistenziali e i loro esiti clinici documentati e gli standard di riferimento; - definizione delle opportune strategie di miglioramento laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli standard professionali di riferimento; - ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento.</p> <p>Pdta integrati e multiprofessionali: percorsi assistenziali che perseguono risultati relativi all'affermazione di buone pratiche evidence based ed al miglioramento degli assetti organizzativi e gestionali dell'assistenza.</p>		
<p>6. ATTIVITÀ DI RICERCA (FSC)</p>		
<p><u>Attività di ricerca programmate da Provider accreditato:</u> Partecipazione a studi finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie e alle modalità assistenziali.</p> <p>Le tipologie sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> Studi osservazionali Studi epidemiologici Ricerca clinica Sperimentazione di farmaco o dispositivo medico (secondo la normativa vigente) <p>Attività approvata da specifica delibera del Comitato Etico secondo la normativa vigente.</p> <p>La partecipazione si realizza, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di sperimentazioni cliniche, nell'ambito dello svolgimento della ricerca e prevede attività di studio e organizzazione di documentazione bibliografica, di collaborazione al disegno dello studio, di raccolta ed elaborazione di dati, di discussione in gruppo sui risultati, di redazione, presentazione e discussione di elaborati che possono dare esito a pubblicazioni scientifiche, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza tra i nominativi degli investigatori (investigatore principale o coinvestigatore) approvata dal Comitato Etico/ partecipazione - Rapporto conclusivo basato su valutazione dell'apprendimento valutata dal Responsabile del progetto e attestata dal provider 	<p>I crediti per ogni iniziativa, sono rilasciati in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 crediti per sperimentazioni fino a sei mesi; - 10 crediti per sperimentazioni di durata superiore a sei mesi e fino a dodici mesi; - 20 crediti per sperimentazioni oltre i dodici mesi, non oltre i 24 mesi, e sempre entro il limite del triennio formativo.

FORMAZIONE A DISTANZA (FAD)

TIPOLOGIE FORMATIVE	VERIFICHE	CREDITI
7. FAD CON STRUMENTI INFORMATICI / CARTACEI)		
<p>Fruizione individuale di materiali durevoli attraverso: computer/dispositivi informatici abilitati alla riproduzione dei contenuti o utilizzando specifici software dedicati o attraverso materiale cartaceo preparato e distribuito dal Provider. La formazione con strumenti informatici può avvenire attraverso materiali durevoli contenuti in uno specifico hardware (CD-ROM, DVD-ROM, BD-ROM, PenDrive, etc) o eseguendo un software distribuito che garantisce la ripetibilità della fruizione.</p> <p>Non è prevista l'azione di un tutor, ma è richiesta la valutazione dell'apprendimento che costituisce anche la verifica della partecipazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza - partecipazione documentata dal test di verifica dell'apprendimento - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata da prova specifica e attestata dal Provider 	<p>1 credito per ogni ora (non frazionabile) di impegno previsto.</p>
8. E-LEARNING (FAD)		
<p>Utilizzazione di materiale didattico durevole e ripetibile attraverso l'utilizzo di tecnologia multimediale fruita grazie ad una connessione ad Internet.</p> <p>La fruizione avviene utilizzando una piattaforma tecnologica dedicata alla formazione che garantisce l'utilizzo senza vincoli di orari specifici o di presenza in luoghi prestabiliti. La piattaforma tecnologica garantisce la tracciabilità delle operazioni effettuate.</p> <p>La piattaforma tecnologica può prevedere percorsi modulari della formazione e processi intermedi di autovalutazione.</p> <p>Possono essere aggiunti ambienti di collaborazione tra i discenti e canali di interazione sincrona e/o asincrona (entro 48h) con i docenti/tutor. La verifica della partecipazione è assicurata dallo svolgimento della prova di verifica dell'apprendimento ed è garantita dalla rilevazioni delle operazioni registrate dal sistema, inoltre devono essere previste specifiche verifiche dell'identità del professionista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza - partecipazione documentata dal test di verifica dell'apprendimento e dalle operazioni tracciate sulla piattaforma ed identificazione del professionista - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata da prova specifica 	<p>1 credito per ogni ora (non frazionabile) di impegno previsto.</p> <p>E' prevista la possibilità di incremento di 0,5 crediti/ora per il criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza di tutor dedicato e di ambiente di collaborazione (chat, forum)

FORMAZIONE SUL CAMPO

TIPOLOGIE FORMATIVE	VERIFICHE	CREDITI
9. FAD SINCRONA		
<p>Partecipazione a sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata (aule virtuali, webinar), fruibile in diretta tramite connessione ad Internet.</p> <p>La sincronicità della partecipazione prevede il collegamento dei discenti agli orari prestabiliti dal programma formativo e garantisce un elevato livello di interazione tra il docente/tutor ed i discenti i quali possono richiedere di intervenire nelle sessioni e scambiare opinioni ed esperienze.</p> <p>Ogni sessione, inclusi gli interventi, deve essere registrata e resa disponibile per una fruizione asincrona/ripetibile.</p> <p>La partecipazione dei discenti viene rilevata attraverso la registrazione degli accessi alla piattaforma durante la sessione di formazione, inoltre devono essere previste specifiche verifiche dell'identità del professionista.</p> <p>La verifica di apprendimento verrà effettuata tramite una verifica dell'apprendimento da svolgersi al termine della sessione di formazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza rilevata dalla piattaforma, tracciatura delle operazioni effettuate ed identificazione del professionista - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata da prova specifica e attestata dal Provider 	<p>1,5 crediti per ogni ora (non frazionabile) di impegno previsto.</p>
FORMAZIONE BLENDED		
10. BLENDED		
<p>Integrazione tra diverse tipologie di formazione all'interno dello stesso percorso formativo con successione della fruizione tra la tipologie.</p> <p>La modalità di verifica della presenza varia in base alle tipologie che compongono l'evento, essa avverrà secondo le singole modalità previste dalle diverse tipologie formative che compongono</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica della presenza in base alla verifica prevista dalle tipologie che compongono l'evento - Qualità percepita - Verifica dell'apprendimento con appropriati strumenti predisposti dal Provider che provvede 	<p>Si effettua la somma dei crediti dei singoli moduli utilizzando i criteri di assegnazione dei crediti definiti per le tipologie che compongono l'evento blended (RES; FAD o FSC).</p>

<p>l'evento formativo.</p> <p>La prova di verifica dell'apprendimento sarà effettuata secondo la tipologia formativa che conclude il percorso formativo del discente oppure è possibile effettuarla al termine di ciascun modulo; in tal caso, per la verifica dell'apprendimento dovranno essere valutate comparativamente tutte le verifiche somministrate nel corso dell'evento.</p>	l'attestazione	
11. DOCENZA, TUTORING E ALTRI RUOLI		
<ul style="list-style-type: none"> - Docenze/Relazioni a eventi residenziali - Docenze/relazioni/tutoring a eventi FAD - (tipologia 9) - Preparazione materiale durevole per eventi FAD e registrazioni per l'erogazione di un videocorso FAD (Docenza) – (tipologia 7-8) - Coordinatore/Responsabile scientifico qualora svolga l'attività di Docenza in attività di FSC 	Documentazione attestata dal Provider	- 1 credito per ½ ora (½ ora non frazionabile)
Tutoring per training individualizzato (FSC)	Documentazione attestata dal Provider	1 credito l'ora (ore non frazionabili)
Tutor in aula in eventi accreditati (RES)	Documentazione attestata dal Provider	0,5 crediti/ora (ore non frazionabili)
Tutor FAD (tipologia 7 e 8)	Documentazione attestata dal Provider	4 crediti/per mese di tutoraggio (fino ad un massimo di 24 crediti per evento)

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

La neurostimolazione per la cura del dolore cronico

L'uso della corrente elettrica per il controllo del dolore risale al 1969, ma solo nel 1983 viene introdotto il primo elettrodo nel sistema nervoso e il primo pacemaker completamente impiantabile per il trattamento del dolore cronico. Negli ultimi quarant'anni la tecnologia medica è riuscita ad ottenere risultati importanti e a creare dispositivi sempre più efficaci per il controllo del dolore cronico.

La neurostimolazione spinale (SCS: Spinal Cord Stimulation) consiste nella stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale tramite elettrocateri, impiantati per via percutanea nello spazio epidurale, situati a varie altezze nella sede in cui è necessario ottenere una stimolazione, collegati ad un generatore di impulsi grande circa come un cronometro. I segnali elettrici agiscono in modo da modificare (modulare) i messaggi dolorifici prima che raggiungano il cervello; il formicolio prodotto dal sistema dissimula la sensazione di dolore.

Varie sono le ipotesi sul meccanismo di funzionamento della neurostimolazione, dalla modulazione di prostaglandine alla produzione di neuropeptidi. Di fatto, la neurostimolazione provoca un importante blocco del simpatico nell'area di pertinenza, cui consegue una vasodilatazione distrettuale che spiega la sensazione di calore riferita dal paziente.

La neurostimolazione trova principale indicazione nelle seguenti situazioni cliniche: radicolopatia e neuropatia peri-

ferica, lombosciatalgia, FBSS, dolore ischemico per arteriopatia periferica, angina refrattaria. I pazienti che traggono beneficio dalla neurostimolazione sperimentano in media una riduzione del dolore del 50%, hanno una minore necessità di farmaci orali e, di conseguenza, meno effetti collaterali provocati all'uso e abuso di quest'ultimi. La riduzione del dolore porta naturalmente a un notevole miglioramento delle attività quotidiane e della qualità della vita.

Inoltre questo tipo di trattamento non comporta cambiamenti radicali a carico del midollo spinale. Può essere regolato e fornire diversi livelli di stimolazione nelle varie attività o nei diversi momenti della giornata, è reversibile e può essere "testato" per un breve periodo di tempo prima di sottoporsi all'impianto permanente.

La neurostimolazione dovrebbe sempre essere presa in considerazione quando:

- Il paziente non risponde ad altri tipi di trattamento
- Non sono possibili altri interventi chirurgici
- Non ci sono condizioni mediche che potrebbero complicare l'intervento
- Il paziente non presenta gravi disturbi psichiatrici

Dal 1990 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è attiva un Reparto di Terapia del Dolore. Il primo impianto di neurostimolatore midollare risale al 1992, il numero è cresciuto negli anni e alla fine del 2016 il totale superava le 1000 unità.

Dal Dicembre 2012 presso il Centro Hub di Terapia del Dolore dell'AOUP vengono impiantati tutta una nuova generazione di neuro stimolatori fra cui anche il primo sistema di neuromodulazione spinale impiantabile ad alta frequenza.

I vantaggi di questi nuovi device sono una maggiore efficienza procedurale, migliore efficacia clinica e semplicità d'uso. Gli interventi sono più brevi e rispetto agli altri neurostimolatori non è necessario alcun tipo di programmazione intraoperatoria. L'innovazione principale dell'uso dell'alta frequenza è il sollievo dal dolore senza parestesia. Quindi le ripercussioni sulla qualità di vita sono notevoli: il paziente, grazie all'uso dell'alta frequenza, non avverte alcuna sensazione fastidiosa e rileva un notevole miglioramento dell'attività diurna e del riposo notturno.

Secondo le statistiche l'Italia è al terzo posto in Europa per prevalenza di dolore cronico nella popolazione generale. Il 26% degli italiani, infatti, soffre di dolore. Un grave problema che comporta un costo sociale notevole. La neurostimolazione rappresenta il futuro per il trattamento del dolore cronico non oncologico. Il Centro Hub di Terapia del Dolore dell'AOUP è tra i primi Centri in Italia per numero di accessi (oltre 18.000 nel 2016) e per numero di impianti di neurostimolatori ed è, pertanto, diventato Centro di riferimento per il trattamento del dolore cronico per mezzo delle alte tecnologie.

Colon-retto metastatico: attualità e prospettive

Negli ultimi 20 anni e in particolare nell'ultima decade, l'aspettativa di vita dei pazienti con tumore del colon-retto metastatico è notevolmente migliorata. Si è passati da una sopravvivenza mediana di circa 12 mesi nell'era in cui la chemioterapia a base di 5-fluorouracile era lo standard terapeutico a circa 30 mesi negli studi clinici pubblicati negli ultimi due anni.

Vari sono i fattori che hanno contribuito a tale miglioramento:

- I cambiamenti nella presentazione clinica dei pazienti prima dell'inizio del trattamento, per un più stretto follow-up dopo resezione del tumore primitivo e per una diagnosi più precoce di malattia metastatica;
- Il miglioramento dell'efficacia e della disponibilità delle terapie sistemiche in termini di regimi utilizzati, sequenza di somministrazione, numero di opzioni e selezione dei pazienti in base alle caratteristiche bio-molecolari del tumore;
- L'aumento del numero di pazienti candidati a resezione delle metastasi grazie ai trattamenti medici più attivi e alle migliorate tecniche chirurgiche, offrendo così ad un maggior numero di pazienti la possibilità di guarigione e un'aumentata sopravvivenza;
- L'implementazione di strategie di trattamento di "continuum of care" con una precoce integrazione della terapia di supporto.

E' chiaro quindi che l'integrazione tra i vari trattamenti diventa un caposaldo fondamentale per l'impostazione della miglior

strategia di cura per ogni singolo paziente. In questo contesto, i determinanti essenziali per la scelta di tale strategia sono legati a:

- caratteristiche del tumore: presentazione clinica (carico di malattia e localizzazione della malattia) e biologia del tumore (in particolare la valutazione dello stato mutazionale dei geni *RAS* e *BRAF*);
- caratteristiche del paziente: età, condizioni generali, comorbidità, aspettative e preferenze del paziente;
- caratteristiche del trattamento: profilo di tossicità e possibili conseguenze sulla qualità della vita.

Le condizioni generali e l'età, biologica oltre che cronologica, del paziente sono i principali fattori prognostici e quindi i principali determinanti della strategia terapeutica. Ad esempio, in base alle caratteristiche del paziente, potremo distinguere i pazienti adeguati a ricevere un trattamento medico più intensivo (con 2 o 3 farmaci chemioterapici in associazione ad un agente biologico), da quelli adatti ad un trattamento meno intensivo (monochemioterapia associata a bevacizumab, doppietta di chemioterapici a dosi personalizzate o trattamento con solo anti-EGFR), e pazienti non candidati ad alcun trattamento oncologico specifico ma ad esclusiva terapia di supporto.

In base alle caratteristiche del tumore e in particolare al suo carico di malattia, basato sugli organi interessati e sull'entità

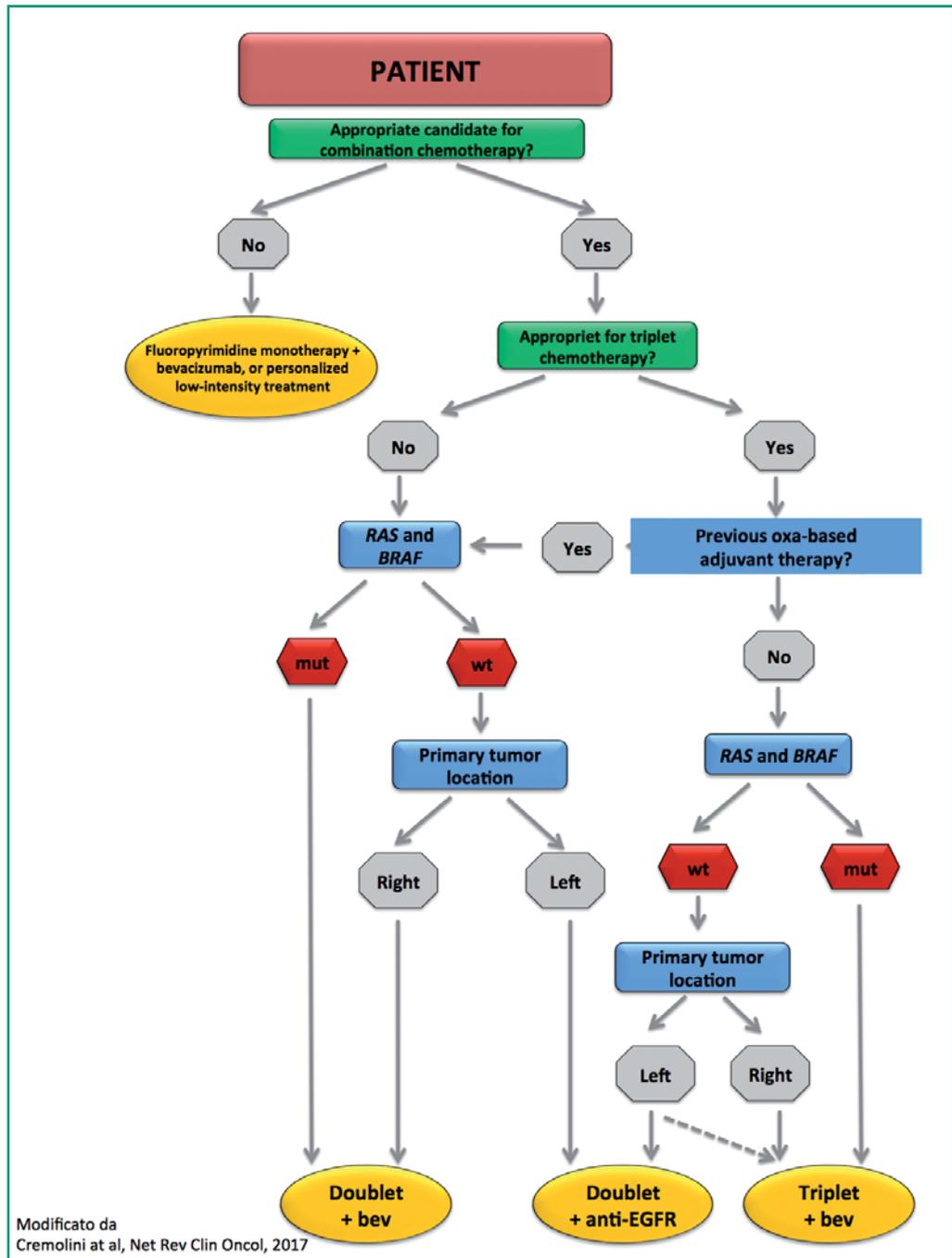
del coinvolgimento di ogni singolo organo, possiamo distinguere i pazienti candidabili ad un intervento di resezione delle metastasi d'emblée o dopo una riduzione del carico di malattia con un trattamento chemioterapico, dai pazienti che non saranno mai candidati a resezione delle metastasi. Quindi in base all'estensione della malattia e alla possibilità di resezione delle metastasi possiamo modulare l'intensità dei trattamenti chemioterapici da somministrare e la miglior strategia terapeutica in ogni singolo caso. La decisione se un paziente è reseccabile o potenzialmente tale deve essere presa in ambito multidisciplinare con chirurghi dedicati o, in alternativa, essere riferiti in centri specializzati. Sempre più opzioni sono oggi disponibili tra i trattamenti ablativi loco-regionali (radioterapia, termoablazione, radio- e chemio-embolizzazione) in particolare nei pazienti con malattia oligometastatica, da combinarsi o meno alla chirurgia.

Alla luce delle evidenze degli ultimi anni, è migliorata anche la nostra capacità di identificare marcatori clinici e molecolari in grado di fornirci informazioni prognostiche e predittive di beneficio o resistenza ai farmaci a disposizione massimizzando il rapporto costo-beneficio. Caso emblematico è lo stato mutazionale dei geni *RAS*: tutti i pazienti con tumore del colon-retto che presentano una mutazione in uno di questi geni (circa il 50%) sono resistenti ai farmaci anti-EGFR (cetuximab e panitumumab). Molti altri farmaci a ber-

saggio molecolare sono in studio e dati preliminari hanno confermato l'efficacia di tali farmaci solo in particolari sottogruppi di pazienti che esprimono un determinato biomarcatore. Due esempi recenti sono l'iperepressione o l'amplificazione del recettore HER-2-neu predittivo di risposta ai farmaci anti-HER-2 (trastuzumab, lapatinib e pertuzumab) e l'instabilità dei microsatelliti predittivo di risposta ai farmaci immunoterapici (pembrolizumab e nivolumab). Oltre ai marcatori biomolecolari, recentemente sono state identificate anche delle caratteristiche cliniche predittive di resistenza ai farmaci; infatti all'ultimo congresso europeo di oncologia sono stati presentati dati molto importanti che hanno evidenziato come i pazienti con un tumore originato dal colon destro (dal ceco al colon trasverso) non beneficiano dei farmaci anti-EGFR anche se i loro tumori non presentano mutazioni dei geni RAS. Ovviamente la sede del tumore primitivo è solo un marcatore surrogato di resistenza; il razionale biologico alla base di questa evidenza è che nel colon destro sembrerebbero concentrarsi la maggior parte delle alterazioni molecolari, oltre alle mutazioni di RAS, che determinano la resistenza ai farmaci anti-EGFR. In quest'ottica è stato recentemente

pubblicato un algoritmo terapeutico sulla scelta del miglior trattamento medico di prima linea che riguarda sia la scelta più appropriata in termini di intensità della chemioterapia, che la scelta del miglior farmaco biologico da associare alla chemioterapia. Primum movens è chiaramente la valutazione globale delle caratteristiche del paziente che è posta all'apice dell'algoritmo, quale determinante cruciale della scelta (figura 1). Quindi mettendo insieme le varie

caratteristiche sopra citate, in primis le condizioni del paziente, e le nuove prospettive terapeutiche (non solo i trattamenti medici, ma anche trattamenti chirurgici e approcci loco-regionali), si tenta di raggiungere una migliore personalizzazione del trattamento. Se oggi sono prevalentemente fattori clinici a pesare su tale scelta, ci si attende che nel prossimo futuro saranno più decisive considerazioni molecolari, il cui livello di evidenza è ad oggi solo preliminare.



Dipendenze patologiche Update

Dalla Silicon Valley il nuovo trend: LSD in microdosi per incrementare la creatività e la produttività a lavoro. L'universo delle dipendenze patologiche si è arricchito nell'ultimo decennio di nuove sostanze ed inevitabilmente di nuovi quadri clinici, ponendo costantemente gli operatori del settore di fronte a mutevoli realtà sempre più eterogenee. La rapida modernizzazione della società e le pretese narcisistiche di cui si abbuffa di mondo umano sono solo alcuni dei fattori che hanno contribuito alla ampia diffusione e al largo uso delle sostanze psicotrope nella popolazione generale. In aggiunta a ciò il panorama delle dipendenze si allarga ad altre condotte patologiche tra

le quali spiccano: gioco di azzardo patologico, doping sportivo, sex-addiction e Internet-addiction.

Benché le evidenze scientifiche continuino a sottolineare i danni relativi al consumo di sostanze, il confine tra vizio e malattia appare talora labile nella cultura generale soprattutto della popolazione giovanile in cui si amplificano atteggiamenti minimizzatori e ipocritici. Pertanto si assiste ad una precocità di contatto con il mondo delle sostanze già in età adolescenziale e a una sempre più tardiva richiesta di intervento terapeutico. Ne segue l'incremento del fenomeno del poli-abuso, ovvero della contemporaneità dell'uso maldattativo di due o più sostanze,

e si favorisce la slatentizzazione di disturbi psichiatrici. L'aumento del consumo di sostanze su ampia scala alimenta inesorabilmente gli esordi di disturbi della sfera affettiva e psicotica, configurandosi una relazione di causa-effetto in cui gli squilibri psichici a loro volta risultano essere fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze. Si palesa spesso di conseguenza quella condizione clinica definita doppia diagnosi, caratterizzata dalla concomitanza di un disturbo da uso di sostanze e un disturbo psichiatrico. Tutto ciò si intercala in una realtà contemporanea frenetica, megalomane e pressante, dove si respira una cultura del non-dolore per la quale ad ogni sintomo



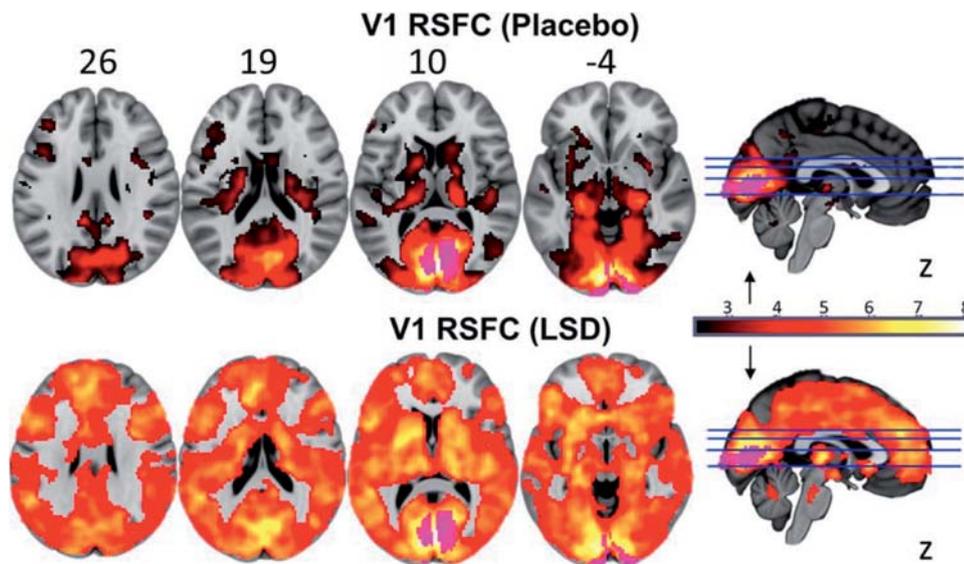


Figura 1: Indagine PET confronto LSD vs placebo (Nutt D., 2016)

psichico o fisico deve corrispondere un rimedio farmacologico. E partendo dal dato biologico per cui nel cervello i centri neuronali del dolore sono in numero assai minore rispetto ai centri del piacere, diventa comune osservare individui pronti a tutto pur di provare un po' di piacere o di vivere meno dolore. Se da un lato il primo incontro con le sostanze accade per caso, per gioco, per curiosità, per provare sensazioni diverse, ben presto si selezionano individui che ripetono l'assunzione della sostanza e diventano candidati a svilupparne un abuso o una dipendenza sotto la spinta della ricerca del piacere. In base al vissuto piacevole soggettivo, e quindi in base alle caratteristiche psico-fisiche del soggetto, il raggiungimento del piacere è ottenuto attraverso l'impiego di diverse sostanze prescelte, più o meno associate fra loro, o consumate in maniera alternata in periodi diversi. In particolare, esiste stabilmente nei paesi occidentali un numero di soggetti che sviluppa un rapporto patologico o disfunzionale con i propri centri del piacere. Le sostanze da abuso permettono la loro stimolazione attraverso la modulazione della neurotrasmissione in tempi rapidi e senza alcuna fatica. Tuttavia il

continuo uso di sostanze psicotrope genera modificazioni funzionali della neuro-trasmissione, e il cervello tende ad adattarsi a stimoli esogeni ripetuti, tanto da attenuare, distorcere o compromettere il raggiungimento del piacere stesso. Le attuali acquisizioni nel settore dei comportamenti di abuso e dipendenze da sostanze sono ormai suffragate da anni di ricerche biochimiche e cliniche per le quali è possibile definire la dipendenza da sostanze come una malattia organica del cervello, caratterizzata da un andamento recidivante con un elevato rischio di mortalità e ad alta prevalenza di patologie concomitanti. La genesi della tossicodipendenza deve essere affrontata in chiave multifattoriale con particolare riferimento all'uso stesso della sostanza, agli aspetti psichiatrici, oltre ai fattori sociali e familiari. Il tossicodipendente ha specifiche aree cerebrali danneggiate dall'abuso di sostanze e un gran numero di circuiti neuronali possibili sedi di malfunzionamento. Tali sistemi sono per lo più deputati alla modulazione di fondamentali funzioni quali la percezione del dolore, il tono dell'umore, la gratificazione, le pulsioni, il comportamento e alcune importanti regolazioni del sistema ormona-

le. Da questa base diventa quasi inesorabile l'evoluzione di sindromi psichiatriche complesse, maggiormente resistenti ai trattamenti psicofarmacologici e con tendenza alla cronicizzazione. L'ultimo trend esportato dalla Silicon Valley e rapidamente approdato in Europa, è rappresentato dall'uso di microdosi di LSD (acido lisergico in dosi di un quinto-un decimo rispetto alla dose intera). Sostanza allucinogena che ha avuto il suo

boom a partire dagli anni '60 con la cultura hippy americana per la ricerca di una profonda introspezione o di esperienze mistiche, torna in auge a dosi ridotte col fine di incrementare la creatività artistica e la produttività mentale, per sviluppare idee, progetti o start-up da vendere. In un'epoca dove una buona idea o un buon progetto hanno un valore anche il New York Times enfatizza in un recente articolo: *"too small to inspire Technicolor hallucinations, but large enough to enhance a sense of mental flow"*. Nel 2016 in uno studio in doppio cieco è stato documentato, attraverso immagini PET (Figura 1), l'aumento della produzione mentale con microdosi di LSD al confronto con soggetti che avevano assunto placebo, osservando l'amplificazione di connessioni sinaptiche di varie aree cerebrali che fisiologicamente non comunicano fra loro. Insomma vedere suoni, sentire colori senza stravolgersi troppo. Le conseguenze mentali dell'uso continuativo di microdosi di allucinogeni non sono ancora note ma solo ipotizzabili dall'esperienza con le dosi intere, tuttavia c'è già chi scommette sul loro potenziale terapeutico per ansia e depressione (collegli un po' hippy inclusi).

Novità 2017

Come per gli scorsi anni anche il 2017 porta con sé un buon numero di novità per i professionisti e più in generale per i contribuenti, vediamo alcune delle modifiche introdotte:

TAX DAY

Ormai da molti anni i contribuenti vedono “raggruppate” in un unico giorno (il 16 giugno per la precisione) le scadenze dei versamenti più cospicui dell’anno: ovvero le imposte scaturenti dalla dichiarazione dei redditi e dalla prima rata IMU e TASI. Tale coincidenza di date genera un comprensibile disagio in termini economici per coloro che sono chiamati a pagare. Nel Decreto Legge 193 collegato alla Legge di Stabilità 2017 sono stati previsti due diversi termini di versamento: per quanto concerne il versamento IMU – TASI il 16 giugno mentre le imposte derivanti dalla dichiarazione dei redditi si pagheranno il 30 giugno. A tal proposito si osserva che purtroppo i versamenti vengono prorogati di soli 15 giorni e al contempo giova rilevare che un versamento (quello relativo all’acconto della cedolare secca sulle locazioni) è rimasto ancorato alla scadenza del 16 giugno, da ciò derivando che coloro che possiedono un immobile, lo hanno affittato e hanno optato per il regime della “cedolare secca” dovranno comunque compilare e versare questa imposta al primo round fiscale!

SOSPENSIONE CONTROLLI E PAGAMENTI

Viene previsto che dal 1°

agosto al 4 settembre sono sospesi i termini per inviare documenti e informazioni agli Uffici dell’Agenzia delle Entrate che li hanno richiesti tramite gli “Avvisi bonari” e viene anche sospeso il termine di 30 giorni per pagare le somme dovute a seguito di controlli automatici e formali derivanti dalla liquidazione delle imposte sui redditi soggette a tassazione separata. Insomma “in vacanza tranquilli!”.

NOTIFICA TRAMITE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Un’altra importante novità contenuta nel Decreto 193/2016 consiste nell’obbligo di notifica degli Avvisi da effettuarsi obbligatoriamente tramite PEC (posta certificata elettronica) da parte dell’Agenzia delle Entrate ai professionisti iscritti in appositi albi (pertanto anche agli iscritti all’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri). L’obbligo decorre dal 1° luglio 2017, perciò da quella data sarà opportuno

controllare spesso i messaggi in arrivo sulla posta certificata in modo da evitare la scadenza dei termini per le eventuali impugnazioni.

CHIUSURA DI EQUITALIA

Equitalia chiuderà con il 1° luglio 2017 e sarà sostituita dalla nuova “Agenzia delle Entrate – Riscossione” nei fatti non vi saranno modifiche nel rapporto tra Enti Creditori e contribuenti, ed i vecchi carichi di Equitalia passeranno alla nuova Agenzia sottoposta all’indirizzo e vigilanza del ministero dell’Economia e delle Finanze ed al monitoraggio della stessa Agenzia delle Entrate. Il nuovo Ente potrà anche svolgere l’attività di riscossione delle entrate tributarie e patrimoniali degli Enti Locali. Infine i rapporti del nuovo organismo saranno improntati alla collaborazione con i contribuenti ed al rispetto dello Statuto del Contribuente.

(Fonte “Il Sole 24 Ore”)



Rapporto odontoiatra - odontotecnico

L'Odontoiatra svolge giornalmente un'attività ambulatoriale che è caratterizzata dal suo stretto rapporto di collaborazione con l'Odontotecnico; quest'ultimo provvede alla realizzazione dei manufatti protesici/ortodontici utilizzando i modelli in gesso tratti dalle impronte forniteli dal Professionista.

L'Odontotecnico esercita un'arte ausiliaria di una professione sanitaria, istituita nel nostro paese con il Regio Decreto n. 1334 del 1928 che delinea i limiti e le modalità di esercizio dell'arte: "gli odontotecnici sono autorizzati unicamente a costruire apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti da impronte loro fornite da medici chirurghi a dagli abilitati a norma di legge all'esercizio della odontoiatria, con le indicazioni del tipo di protesi; è in ogni caso vietato agli odontotecnici di esercitare, anche alla presenza del medico, alcuna manovra cruenta o incruenta nella bocca del paziente".

Il successivo Regio Decreto n. 1265 del 1934 ha stabilito che

"chiunque intenda esercitare un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie deve essere munito di licenza, rilasciata dalle scuole appositamente istituite per impartire l'insegnamento delle arti medesime". L'ambito di attività dell'Odontotecnico, stabilito in modo preciso dai suddetti Decreti, non ha subito sostanziali revisioni nel corso del tempo, anzi è stata ulteriormente disciplinata sia con l'introduzione dell'obbligo di conseguimento del Diploma Scolastico presso l'Istituto Professionale sia dalle nuove norme vigenti sui dispositivi medici introdotte dalle Direttive Europee. In accordo con la normativa, i laboratori odontotecnici devono registrarsi nell'elenco dei fabbricanti dei dispositivi medici su misura presso il Ministero della Salute ed il manufatto protesico/ortodontico può essere realizzato soltanto se preceduto da una specifica prescrizione da parte di un medico richiedente.

In accordo con la vigente Direttiva 47 del 2007 e il D.Lgs 46/97 il manufatto protesico/ortodontico

è da considerarsi un "dispositivo medico su misura", definito come "dispositivo

fabbricato appositamente sulla base della prescrizione scritta di un medico debitamente qualificato che precisi, sotto la propria responsabilità, le caratteristiche specifiche di progettazione e destinato ad essere utilizzato solo per un determinato paziente". I dispositivi su misura sono prodotti da imprese artigiane, dunque sono caratterizzati da una ineliminabile variabilità sia della fase progettuale sia della realizzazione, dunque l'Odontotecnico fabbricante deve redigere una dichiarazione di conformità per ogni dispositivo prodotto.

Ai sensi del D.Lgs 46/97, la dichiarazione di conformità sostituisce il marchio CE e contiene i dati identificativi del dispositivo, il nome del paziente utilizzatore esclusivo del dispositivo, il nome



del medico prescrittore, le caratteristiche specifiche del dispositivo e la dichiarazione che il dispositivo è conforme con i requisiti essenziali.

In data 17.07.1998 il Ministero della Salute ha emanato la Direttiva 93/42 ove si precisa che l'Odontotecnico deve definire e documentare le proprie procedure di lavorazione, analizzare i rischi ascrivibili all'uso del dispositivo, con particolare riferimento alla compatibilità dei materiali utilizzati, fornire foglio illustrativo contenente istruzioni d'uso e informazioni per utilizzo sicuro del dispositivo, compresi eventuali rischi residui di livello accettabile che non è stato possibile rimuovere. Infine la direttiva 93/42 prevede che la dichiarazione di conformità sia redatta in duplice copia e consegnata all'Odontoiatra, che a sua volta ne consegnerà una al paziente cui è destinato il dispositivo e conserverà l'altra presso il proprio studio.

Dal punto di vista giurisprudenziale la collaborazione tra Odontoiatra ed Odontotecnico configura, di fatto, un contratto di prestazione d'opera avente come oggetto la costruzione del manufatto protesico/ortodontico; il rapporto fra i due soggetti è quindi regolato dalle norme di legge che disciplinano il contratto di prestazione di opera (Art 2222).

Con l'accettazione del contratto l'Odontotecnico si impegna

a seguire le indicazioni ricevute nella prescrizione medica, realizzando un manufatto (opus) esente da imperfezioni secondo le condizioni stabilite dal contratto, le regole dell'arte (art 2224) e la diligenza prevista da norma di legge, costantemente rapportata alla capacità media di un operatore della stessa età e qualifica (art 1176).

Nel caso che il manufatto risulti difforme rispetto alle indicazioni fornite dall'Odontoiatra ovvero presenti difetti tali da rendere la protesi non idonea allo scopo per cui è stata richiesta, si applica l'art. 2226 del Codice Civile: "il committente deve, a pena di decadenza, denunciare la difformità e i vizi occulti al prestatore d'opera entro otto giorni dalla data della scoperta; l'azione si prescrive entro un anno dalla scoperta".

Nella circostanza di cui sopra, dimostrata la responsabilità del prestatore di opera ex art 1218, il committente Odontoiatra potrà:

- chiedere la corretta esecuzione ex art 1454 "diffida ad adempiere"

- recedere dal contratto unilateralmente ex art 2227c.c.; in caso di recesso andrà garantito alla controparte il corrispettivo per le spese sostenute in relazione sia al lavoro utilmente portato a buon fine e sia al mancato guadagno

- chiedere il riconoscimento del danno ex art 2043 e ex art

1223, risarcimento comprensivo della perdita subita dal creditore, come il mancato guadagno qualora questo sia conseguenza immediata e diretta dall'inadempimento. Dal punto di vista della giurisprudenza anche il rapporto fra medico e paziente è di tipo contrattuale; quando l'odontoiatra prende in cura un paziente fra i due soggetti si costituisce un contratto di prestazione di opera professionale e l'oggetto del contratto può essere la realizzazione di una riabilitazione protesica. Per adempiere a tale opera professionale il medico svolge attività di diagnosi, elabora un piano di trattamento scegliendo la terapia protesica più idonea, interviene sui tessuti biologici presenti nel cavo orale, istruisce il paziente al corretto mantenimento dell'igiene orale e rileva le impronte che vengono consegnate all'Odontotecnico contestualmente alla prescrizione medica per la costruzione del manufatto protesico secondo le specifiche tecniche indicate per quello specifico caso clinico. Il sanitario applicherà la protesi controllando la conformità alle indicazioni prescritte, il corretto adattamento ai tessuti orali; seguirà l'eventuale funzionalizzazione e programmazione di controlli periodici con verifica del corretto mantenimento dell'igiene orale da parte del paziente. Nonostante la professione medica sia di tipo



intellettuale, nel caso di una riabilitazione protesica il medico esercita una attività dove inserisce un'opera materiale realizzata da terzi nel contesto di un piano terapeutico, in cui l'applicazione del manufatto protesico costituisce un momento non prevalente rispetto agli altri passaggi clinici. In merito la Suprema Corte ha ribadito che "un'entità materiale non è mai individuabile nell'opera del dentista, neanche in riferimento alla protesi, che può considerarsi un'opera materiale ed autonoma solo in quanto oggetto della prestazione dell'odontotecnico". In altri termini la Suprema Corte enuncia la responsabilità dell'odontoiatra in ogni passaggio del ripristino protesico, dalla progettazione al controllo in situ del manufatto realizzato dall'odontotecnico il cui ruolo viene definito quale realizzatore di opera materiale su indicazione del sanitario.

In conclusione occorre distinguere tra l'Odontotecnico prestatore di opera materiale e l'Odontoiatra prestatore di opera professionale/intellettuale; quest'ultimo, nello svolgimento di un piano terapeutico con applicazione di protesi, è tenuto a mettere in atto un comportamento adeguato all'applicazione di un manufatto (opus materiale) realizzato da terzi sotto la sua indicazione.

Nel caso la riabilitazione protesica si rivelasse inidonea per erronea progettazione o per vizi di realizzazione del manufatto, il professionista è integralmente responsabile nei confronti del paziente, questa circostanza è prevista ex art 1228 Codice Civile "Responsabilità per fatto degli ausiliari: il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro". Dunque il medico risponde anche dell'operato dell'odontotecnico e dei vizi insiti nel manufatto che è andato ad installare nel cavo orale del paziente.

Il rapporto contrattuale fra Odon-

toiatra e Odontotecnico mantiene escluso il paziente; questi ha stipulato un contratto di cura con il medico e di fatto non sceglie l'Odontotecnico dunque non può far valere alcuna azione diretta nei confronti di quest'ultimo. Nell'ipotesi che la terapia protesica fallisca per difetti di costruzione del manufatto, l'Odontoiatra è l'unico legittimato a contestare la prestazione all'Odontotecnico, che è tenuto al risarcimento dell'eventuale danno derivato dall'inadempimento (art 1218).

Nel caso che la condotta del sanitario sia stata tale da pregiudicare il conseguimento dei risultati funzionali ed estetici del trattamento protesico, egli risponde sia del mancato assolvimento dell'impegno contrattuale sia degli eventuali danni all'integrità fisica del paziente. Nei confronti dell'Odontoiatra la responsabilità derivante dal contratto stipulato con il paziente vige per 10 anni da calcolarsi dal momento in cui eventuali vizi o difformità della protesi si sono resi percepibili e palesi al paziente; tale norma a garanzia dell'azione di rivalsa nei confronti del sanitario. Di seguito gli articoli di legge del Codice Civile cui l'articolo ha fatto riferimento:

Art 2222: Contratto di opera "quando una persona si obbliga ed eseguire presso un corrispettivo un'opera od un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione con il committente".

Art 1176: Obbligazioni "nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia; nell'adempimento delle obbligazioni inerenti l'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività prestata".

Art. 2224: Esecuzione dell'opera "Se il prestatore d'opera non procede all'esecuzione dell'opera secondo le condizioni stabilite dal contratto e a regola d'arte, il committente può fissare un

congruo termine, entro il quale il prestatore d'opera deve conformarsi a tali condizioni. Trascorso inutilmente il termine fissato, il committente può recedere dal contratto, salvo il diritto al risarcimento dei danni."

Art. 2226: "il committente deve, a pena di decadenza, denunciare la difformità e i vizi occulti al prestatore d'opera entro otto giorni dalla data della scoperta; l'azione si prescrive entro un anno dalla scoperta".

Art 1454: Diffida ad adempiere "alla parte inadempiente l'altra può intimare per iscritto di adempiere entro un congruo termine con dichiarazione che, decorso inutilmente detto termine, il contratto si intenderà risolto"

Art 2227: Recesso unilaterale dal contratto "Il committente può recedere dal contratto, ancorché sia iniziata l'esecuzione dell'opera, tenendo indenne il prestatore d'opera delle spese, del lavoro eseguito e del mancato guadagno"

Art 1218: Responsabilità del debitore "il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile".

Art 1228: Responsabilità per fatto degli ausiliari "il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro".

Art 2043: Risarcimento per fatto illecito "qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno"

Art 1223: Risarcimento del danno "Il risarcimento del danno per l'inadempimento o per il ritardo deve comprendere così la perdita subita dal creditore come il mancato guadagno, in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta".

Pisa Odontoiatrica news

Informazione sulla salute orale nelle scuole. La CAO si propone di coordinarla sul territorio con i Provveditorati per evitare che si trasformi in pubblicità occulta

Sono molte le iniziative a livello locale che vedono impegnati dentisti e istituti scolastici nell'organizzare momenti formativi per studenti ed insegnanti sul tema della salute orale. Un momento fondamentale quello di promuovere la salute orale ed insegnare i corretti percorsi della prevenzione nelle scuole che, però, può anche sfociare in più o meno occulte forme di pubblicità.

“Sempre più frequentemente la CAO Nazionale viene portata a conoscenza di iniziative, in forma diversificata e sempre più spesso aggressiva, di singoli professionisti e, recentemente, con una maggiore capacità di convincimento, di gruppi organizzati in associazioni, società, cooperative ed altro, che si offrono di fornire informazioni e visite preventive a favore di alunni, e quindi di

famiglie, nelle diverse scuole di ogni ordine e grado”, scrive alle CAO provinciali il presidente nazionale CAO **Giuseppe Renzo**.

“Le modalità di queste iniziative, pur facendo salva la buona fede e le buone intenzioni purtroppo a volte non molto trasparenti, potrebbero apparire forme di pubblicità e protagonismo che sfociano nella concorrenza sleale” precisa il presidente CAO.

Ricordando come il codice deontologico consenta queste attività, ma allo stesso modo indichi il comportamento corretto, il presidente Renzo invita i presidenti provinciali CAO a contattare le Direzioni Scolastiche locali ed in particolare i Responsabili degli Uffici Scolastici Regionali, per coordinare insieme questo tipo di iniziative.

“L'obiettivo -spiega- è quello di evitare che iniziative che invece hanno tutti i crismi di correttezza e di etica in un settore così importante come quello della prevenzione scolastica, possano essere confuse con altre forme

che non hanno la stessa valenza e correttezza”.

L'invito che la CAO fa agli istituti scolastici è quello di condividere con le CAO provinciali i progetti proposti e di prossima attivazione in modo che si possa valutare e coordinare insieme “con il fine comune di evitare comportamenti non in linea con l'interesse dei cittadini e con la deontologia professionale”.

CAO scende in piazza con le altre professioni per l'equo compenso. Renzo, torna su tariffario minimo e denuncia: giovani costretti a trattamenti inaccettabili

Una legge sull'equo compenso: è quanto chiedono Architetti, Ingegneri e Avvocati al Governo. Per questo hanno organizzato una manifestazione che si svolgerà a Roma il 13 maggio 2017 alla quale chiedono alle altre Professioni ad aderire.

Appello prontamente raccolto e rilanciato dalla Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della

CORSO FAD OBBLIGATORIO IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE

Con il decreto della Regione Toscana n.4372 del 17 giugno 2016 avente a oggetto la “Radioprotezione in odontoiatria” l'allegato A individua e definisce i contenuti del corso obbligatorio in materia di radioprotezione ai sensi della legge 187/2000. Secondo tale legge le attività radiodiagnostiche complementari all'esercizio clinico possono essere svolte dal medico chirurgo in possesso della specializzazione nella disciplina in cui rientra l'intervento stesso o dall'odontoiatra nell'ambito della propria attività professionale specifica. Il personale che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica deve seguire corsi di formazione con periodicità quinquennale; nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis del citato decreto legislativo n.502 del 1992 è previsto un programma in materia di radioprotezione

La Regione Toscana ha dato mandato al Formas di produrre ed erogare il corso in modalità FAD. In accordo con le Commissioni dell'Albo degli Odontoiatri della Toscana e ANDI Regione Toscana, è stato individuato un comitato scientifico per la redazione dei contenuti del corso.

Tale corso si prevede possa essere fruibile verso la fine di Aprile sulla piattaforma del Formas.

FNOMCeO.

“L'equo compenso, quando si parla di professioni intellettuali, e a maggior ragione quando è la salute ad essere in gioco, come nel caso delle cure odontoiatriche, è un presidio di qualità e sicurezza” afferma il presidente della CAO nazionale, **Giuseppe Renzo**.

“In Odontoiatria esistono dei costi incomprimibili: e sono quelli legati alla sicurezza e alla qualità dei materiali, della strumentazione, delle condizioni igieniche e di lavoro. Quando si gioca al ribasso sui costi delle cure, si gioca, quando va bene, con il portafoglio dei pazienti, che credendo di risparmiare subiscono invece danni fisici ed economici. Quando va male, si mette a repentaglio la loro salute e la loro vita. E noi non possiamo permetterlo”.

“Per questo - spiega Renzo - scenderemo in piazza, il 13 maggio, a fianco delle altre professioni e chiamo a raccolta tutti gli iscritti affinché aderiscano a questa battaglia di civiltà e di difesa del diritto a cure sicure ed efficaci”.

Presidente CAO che in una nota ricorda come il termine “equo compenso”, voglia dire “la corresponsione di un compenso proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro svolto” questione posta in una recente interrogazione parlamentare al Ministro della Giustizia.

“La normativa che ha sostanzialmente abrogato le tariffe professionali minime -ricorda il presidente Renzo- si sta rivelando uno strumento di pressione e di mortificazione nei confronti di

tutti i professionisti, non soltanto quindi degli avvocati”.

“Tutte le professioni -continue- sono chiamate ad una battaglia da combattere insieme per vedere approvata una nuova legge che tuteli maggiormente i professionisti in campo tariffario per non renderli succubi dei committenti specialmente quando si tratta di committenti di elevato potere economico”.

Presidente CAO che evidenzia come sia “ampiamente condivisibile l'approvazione di un disegno di legge che preveda la tutela dei professionisti in questo campo tenendo conto certamente di parametri equi e corretti che non rischino però di avvilire la professionalità degli operatori”.

“Gli odontoiatri italiani -conclude- sono quindi vicini agli altri professionisti tenendo conto che in campo sanitario il giusto compenso non garantisce soltanto il professionista ma diviene modo e garanzia di tutela della qualità dell'atto medico in favore del cittadino paziente”.

L'Agenzia delle Entrate chiarisce e precisa: niente Iper ammortamento per i professionisti. Ecco quanto è possibile risparmiare con il Maxi Ammortamento

La Legge di Bilancio 2017 ha previsto la proroga del Maxi ammortamento e ha introdotto l'Iper ammortamento, una maggioranza del 150% del costo di acquisizione di determinati beni ai fini della deduzione delle quote di ammortamento e dei canoni di locazione finanziaria.

L'agenzia delle Entrate con la

Circolare 4/E del 30 marzo scorso, ha confermato che l'Iper ammortamento non potrà essere utilizzato dai liberi professionisti e, peraltro, ha indicato i metodi per aderirvi da parte della aziende rendendolo utilizzabili da soggetti non certo appartenenti a settore dentale, gli investimenti devono superare i 500 mila euro.

Confermato Maxi ammortamento

La circolare entra anche nel merito del maxi ammortamento, ovvero l'agevolazione che prevede l'incremento del 40% del costo fiscale di beni materiali originariamente acquistati dal 15 ottobre 2015 al 31 dicembre 2016, poi prorogato al 31 dicembre 2017. Il maggior costo, riconosciuto solo per le imposte sui redditi e non ai fini Irap, può essere infatti portato extracontabilmente in deduzione del reddito attraverso l'effettuazione di variazioni in diminuzione in dichiarazione.

Nella tabella i possibili risparmi per l'investimento di un bene del valore di mille euro.

Per cosa è possibile utilizzarlo

Il maxi ammortamento può essere utilizzato per tutti quegli acquisti che riguardano materiali strumentali nuovi effettuati entro il 31 dicembre 2017. Il termine può essere allungato fino al 30 giugno 2018, ma solo a condizione che entro la data del 31 dicembre 2017 il relativo ordine risulti accettato dal venditore e sia avvenuto il pagamento dei rispettivi acconti in misura almeno pari al 20% del costo di acquisizione.

	Ammortamento Ordinario	Maxi Ammortamento
Importo deducibile	1.000 euro	1.400 euro
Risparmio Imposta (ipotizzato aliquota 38%)	380 euro	532 euro
Costo netto investimento (scorporando risparmio imposta)	620 euro	468 euro

Tabella



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

IL COLPO DI MANO DELLA FIDUCIA SUL TESTO BLINDATO DEL D.D.L. SULLA CONCORRENZA VIOLA PRINCIPI COSTITUZIONALI E ALTRE LEGGI VIGENTI

Cercando di introdurre, attraverso un veicolo non consentito (in quanto attinente alla concorrenza e non alle figure che possano esercitare la professione), una nuova figura sanitaria si violano sia i principi di tutela della salute, per cui la sanità è materia regolamentata, sia la coerenza legislativa. La riserva costituzionale, che tutela la sanità, prevede che solamente il medico in possesso dei titoli abilitanti di cui alla legge 24/07/1985 n. 409, possa esercitare la professione odontoiatrica.

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO, Dott. Giuseppe Renzo, “lancia un grido di dolore” riguardo le notizie di stampa che preannunciano il voto di fiducia del Parlamento subito dopo Pasqua sul testo del D.D.L. sulla concorrenza nella stesura licenziata dalla Commissione Industria del Senato nell’Agosto del 2016.

La notizia, qualora rispondesse alla vera intenzione del Governo, avrebbe effetti devastanti sul corretto esercizio della professione odontoiatrica impedendo di fatto l’approvazione di alcuni emendamenti proposti dalla parte migliore del mondo parlamentare e del mondo medico, diretti ad impedire il concretizzarsi degli interessi di potenti investitori di capitali che vogliono trasformare la sanità in commercio.

Con l’alibi, ormai fin troppo evidente, della “liberalizzazione” si crea una ferita alla migliore tutela dell’assistenza sanitaria in generale e a quella odontoiatrica in particolare ed, in sintesi, per favorire l’interesse di pochi, si pone in pericolo la tutela della salute con lo scopo di creare una nuova figura di esercente l’odontoiatria che non garantisce il possesso dei requisiti di legge per l’esercizio di una professione tanto delicata.

“La parolina magica” della liberalizzazione, diviene una sorta di foglia di fico per nascondere interventi che nulla hanno a che vedere con un corretto esercizio delle professioni sanitarie.

Risulta evidente che, qualora fosse questo l’obiettivo, alla politica non interessa nulla della salute dei cittadini della correttezza dell’esercizio delle professioni intellettuali ed infine anche di un vero contrasto all’evasione ed all’elusione fiscale, senza parlare degli aspetti previdenziali (nessuno ha ancora capito se queste società commerciali, che non acquisirebbero la natura di STP, saranno tenute ai relativi versamenti).

E’ ora di far sentire forte e chiara la propria voce, conclude Renzo, evidenziando che sono circa 62 mila gli iscritti agli Albi degli Odontoiatri, 42 mila le imprese interessate al settore odontoiatrico e 150 mila gli addetti. L’indotto è poi quantificabile in centinaia migliaia di persone, con un numero imponente di famiglie e di lavoratori interessati.

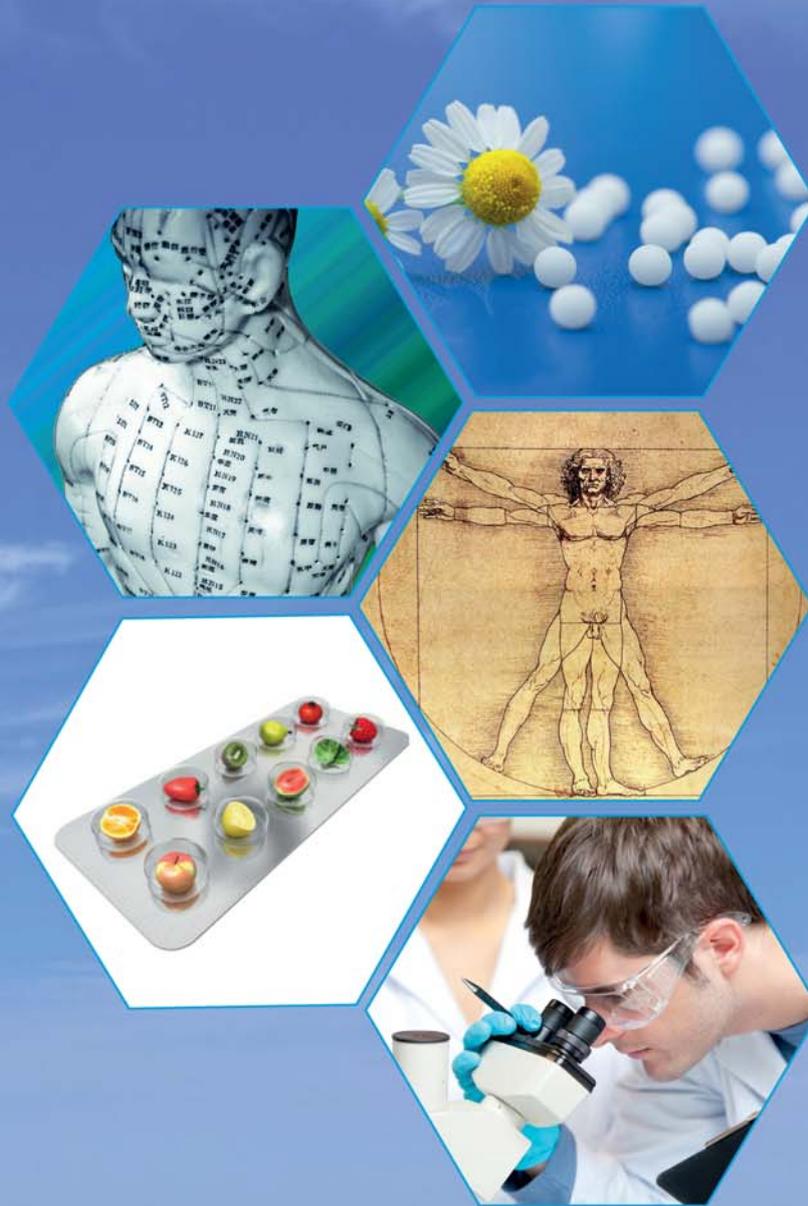
Sappia la politica che tutti questi cittadini sono ampiamente stufo di comportamenti e di iniziative legate ad un modo di governare che risponde solo ad interessi “parziali e di bottega”, perdendo di vista il “Paese” ben lontano dalle stanze del potere.

Sappiano, ancora, questi signori che di questi comportamenti dovranno rispondere in termini di consenso, nei soli momenti in cui noi cittadini contiamo qualcosa.



Igea Network

www.igeanetwork.eu



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

Il male epilettico: emergenza neurologica

Frequente emergenza neurologica, lo stato di male epilettico si configura come una crisi epilettica prolungata o più crisi ravvicinate che non consentano un sufficiente recupero tra un evento epilettico e il successivo; ha una incidenza annuale intorno a 20 -30 casi/100000 con una mortalità complessiva che si aggira intorno al 20%.

Nel corso degli anni molteplici sono state le definizioni di stato di male epilettico della Lega Internazionale contro L'Epilessia (ILAE); la definizione più recente proposta dalla task force dell'ILAE prevede la distinzione di due tempi "critici", il primo (t1) che consente di definire la crisi come eccessivamente prolungata (e quindi determinante stato di male epilettico), di 5 minuti; il secondo (t2) che identifica il momento a partire dal quale si verificano molto probabilmente danni cerebrali (generalmente oltre 30 minuti). La maggiore parte dei casi di stato epilettico si verifica in pazienti che non hanno diagnosi di epilessia nota; nei casi in cui invece lo stato di male si verifica in un soggetto epilettico, generalmente tende a manifestarsi all'inizio nel corso dell'epilessia, molto spesso costituendo la prima o la seconda crisi non provocata (65% dei casi); lo stato di male epilettico inoltre aumenta di 3 volte il rischio di crisi successive.

L'eziologia di uno stato epilettico nel soggetto adulto spesso distingue tra fattori acuti e cronici; lo stato di male sinto-

matico acuto è generalmente il più frequente e tende ad associarsi a tassi di mortalità e di morbilità maggiori rispetto alla eziologia cronica. Tra le cause in acuto, l'ictus rappresenta la più frequente (tab 1).

Nel tentativo di predire la mortalità da stato epilettico è ad ora in fase di studio uno score, denominato STESS (status epilepticus severity score) che include diverse variabili al momento della presentazione quali livello di coscienza, tipo di crisi, età del paziente, storia di epilessia.

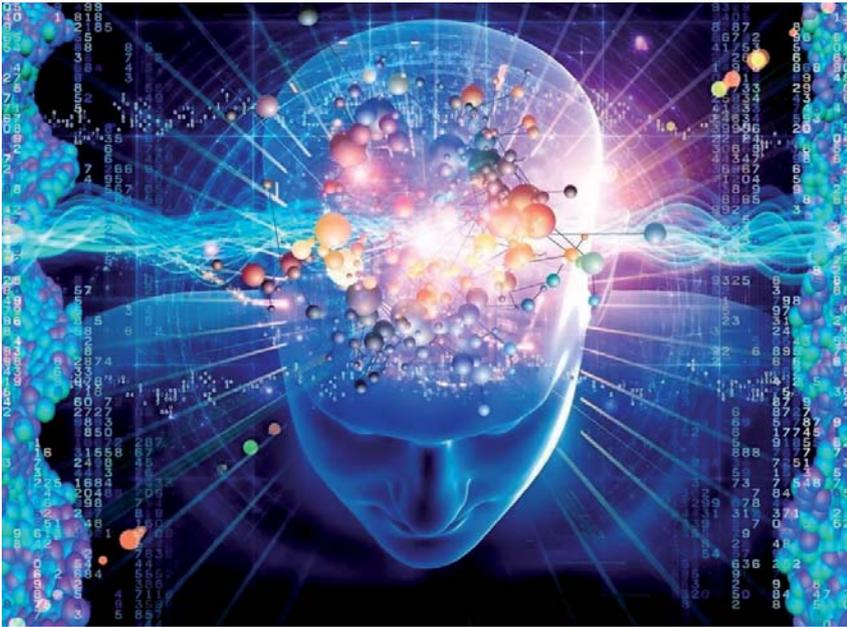
Lo stato di male può presentarsi in diverse forme: convulsivo, non convulsivo ed elettrico. La forma convulsiva include movimenti tonici, clo-

nici o tonico clonici agli arti; ci sono vari tipi di stato di male non convulsivo che includono variazioni comportamentali o cognitive in assenza di evidenti manifestazioni motorie.

Il trattamento dello stato di male epilettico spesso inizia prima dell'arrivo del soggetto al pronto soccorso, dal momento che gli studi hanno dimostrato che le terapie di prima risolvono lo stato di male nel 60% dei casi se iniziate entro i 30 minuti dall'insorgenza della manifestazione epilettica, mentre con il passare del tempo decresce la risposta alle terapie di prima linea; per tale motivo la terapia d'attacco include le benzodiazepine (lorazepam e diazepam, nel bambino anche midazolam

Cause acute	Cause croniche
Stroke	Basso dosaggio di farmaci antiepilettici
Dist. Metabolici	Sintomatiche remote (tumori, stroke, trauma)
Ipossia	Abuso di alcol
Infezione sistemica	Tumori
Anossia	idiopatiche
Trauma	
Overdose	
Infezione sist nervoso centrale	
Emorragia cerebrale	

Tab 1: Principali cause di stato di male epilettico



oro buccale o diazepam endo-rettale).

All'arrivo del paziente in pronto soccorso vi è necessità di stabilizzare il paziente anche dal punto di vista metabolico (acidosi metabolica) fornendo adeguata ossigenazione, glucosio e talora tiamina ev.

Oltre alle benzodiazepine, terapia di prima linea secondo le evidenze scientifiche continua ad essere la fenitoina, a dosaggio di 20 mg/kg con pos-

sibilità di un secondo bolo di 5-10 mg/kg in caso di mancata risposta alla dose iniziale; acido valproico, fenobarbital, levetiracetam e più recentemente lacosamide costituiscono terapie di seconda linea che vengono correntemente associate nelle forme refrattarie a lorazepam e fenitoina prima di procedere con i farmaci anestetici.

E' partito nel 2015 l'arruolamento di casi di stato di male

epilettico in un trial randomizzato e in cieco denominato ESET (established Status Epilepticus treatment trial) al fine di indirizzare la scelta farmacologica confrontando fenitoina, acido valproico e levetiracetam nei casi refrattari alle benzodiazepine.

Nei casi refrattari alla terapia di prima e di seconda linea vi è necessità di passare a terapie di terza linea che appartengono alla classe degli anestetici, principalmente midazolam e propofol, mentre il pentobarbital viene generalmente riservato ai casi refrattari ai questi due farmaci. In tali casi refrattari, il dosaggio viene calibrato con il monitoraggio EEG, nonostante ad oggi non vi siano indicazioni precise sul grado di soppressione elettrografica o durata ottimale del trattamento; la pratica comune consiste nell'ottenere una burst suppression elettrografica (1-2 secondi di burst di attività cerebrale intervallati da 10 secondi di soppressione del segnale di fondo) continuativamente per 24-48 ore, prima di alleggerire la sedazione.



Asma grave: diagnosi e terapia

Nasce il "percorso Pisa"

L'asma è una delle più comuni patologie croniche al mondo con 300 milioni di persone affette. Sulla base di studi epidemiologici, in Italia la prevalenza dell'asma è del 3.5% tra gli adulti e del 10% circa nella fascia pediatrica, ed è in lieve ma costante aumento. I dati raccolti dai registri della Medicina Generale indicano addirittura una prevalenza di circa il 6% nella fascia dei giovani adulti.

E' una malattia eterogenea per manifestazioni cliniche e variabilità della funzione polmonare che riconosce molteplici eziologie e meccanismi patogenetici. La gestione dell'asma è ormai ben codificata da documenti internazionali e Linee Guida che hanno ben stabilito l'approccio diagnostico e terapeutico di questa malattia, sia a livello internazionale (www.Ginasthma.org) che nella specifica realtà italiana (www.progettolibra.it). L'obiettivo del trattamento dell'asma è quello di raggiungere e mantenere il controllo della malattia (inteso come la quasi assenza di sintomi, la mancanza di riacutizzazioni e di limitazioni nella vita quotidiana dovute all'asma, l'utilizzo solo occasionale del farmaco d'emergenza) e di ridurre il rischio futuro (inteso come probabilità che il paziente vada incontro negli anni ad un elevato numero di riacutizzazioni e ad un deterioramento progressivo della funzione polmonare). I farmaci attualmente disponibili e le strategie di intervento non farmacologico (stile di vita, riduzione dei fattori scatenanti,

educazione sanitaria) permettono di raggiungere questi obiettivi in una elevata percentuale di pazienti asmatici. In questi casi, la gravità dell'asma è definibile sulla base del livello di terapia che mantiene l'asma sotto controllo.

Tuttavia una percentuale non trascurabile di questi pazienti (valutabile attorno al 5-10% dell'intera popolazione di asmatici) sviluppa una forma di asma grave, scarsamente responsiva alla terapia inalatoria tradizionale, e che determina cronica morbilità ed impatta significativamente sul sistema socio-sanitario, in termini di spesa sanitaria per farmaci, ospedalizzazioni e perdita di giorni di lavoro e/o scuola. E' stato stimato che questa minoranza di pazienti rende conto di oltre il 50% dell'intera spesa sanitaria per l'asma, sia per i costi dei

farmaci e dei ricorsi al Pronto Soccorso o all'ospedalizzazione, che per gli alti costi indiretti legati alla assenza dal lavoro (considerando anche che la gran parte di questi pazienti sono ancora in età lavorativa). Pur essendo la mortalità per asma fortunatamente ancora un evento raro, le morti per asma sono spesso limitate a questo gruppo di pazienti con "asma difficile" dove il controllo della malattia non viene raggiunto in maniera soddisfacente.

Importanza della corretta valutazione ed inquadramento del paziente con asma grave

Il paziente con asma grave deve essere attentamente valutato e studiato, prima di dover valutare la possibilità di impiego delle nuove terapie.

In un paziente che si presenta al medico con un quadro di asma



Figura 1

“non controllato” (persistenza dei sintomi asmatici, frequenti riacutizzazioni, limitazioni nella vita quotidiana legate all’asma), è necessario effettuare una sequenza di valutazioni che solo al termine di questo percorso possono realmente portare alla diagnosi di asma grave (Figura 1). Come prima cosa, va valutato se il paziente esegue correttamente il piano di trattamento raccomandato, se usa bene gli inalatori dell’asma e se l’aderenza al trattamento è soddisfacente (effettuazione di almeno 80% delle dosi di farmaco consigliato): gran parte del mancato controllo della malattia è dovuto all’inadeguata aderenza al piano terapeutico o a un uso scorretto degli inalatori dei farmaci respiratori. Poi occorre verificare che la diagnosi di asma sia stata correttamente fatta in passato: in alcuni casi, pazienti con sintomi che ricordano l’asma ma che non hanno l’asma (come quelli che presentano patologie delle vie aeree superiori, tra cui in particolare la disfunzione delle corde vocali) vengono trattati a lungo per asma senza risultato. La valutazione funzionale respiratoria (spirometria, test alla

meta colina, misurazione dei biomarcatori nel sangue, nell’espettorato e nell’aria esalata) devono confermare la presenza della malattia, dimostrando in particolare la ampia variabilità nel tempo della funzione respiratoria, che è l’unico elemento sicuro per la diagnosi di certezza. Successivamente, occorre verificare che il paziente non abbia condizioni cliniche o comorbidità che possono rendere l’asma di difficile trattamento, come la presenza di rinosinusi- te o di poliposi nasale, l’obesità, il reflusso gastro-esofageo, o la persistente esposizione al fumo di sigaretta, ad allergeni ambientali o fattori professionali che possono aggravare l’asma, o la presenza di allergie alimentari o di intolleranza all’aspirina. Tutti questi fattori aggravano l’asma e la rendono poco responsiva alla terapia corrente, e vanno quindi individuati e appropriatamente trattati. Infine occorre aumentare il livello della terapia corrente, utilizzando i farmaci che abbiamo oggi a disposizione, in particolare le combinazioni che contengono un corticosteroide inalatorio ad alto dosaggio combinato con un beta2-agonista a lunga dura-

ta d’azione (combinazioni ICS/LABA), magari con l’aggiunta di altri farmaci come gli antileucotrieni o il tiotropio. Solo quando l’intero percorso delineato nella Figura 1 è stato effettuato, ed il paziente risulta ancora non controllato, solo allora possiamo realmente definire il paziente come affetto da asma grave. Pertanto, arrivare alla diagnosi di asma grave è possibile solo attraverso una serie di rivalutazioni periodiche del paziente, che, dopo aver rivisto periodicamente il paziente aggiustando di volta in volta “il tiro” della gestione della sua malattia, alla fine definiscono il livello di terapia di cui il paziente ha realmente bisogno e magari con il quale l’asma risulta ancora non del tutto controllata (Figura 2).

Nuove opzioni terapeutiche nell’asma grave

La terapia dell’asma grave richiede l’impiego di alti dosaggi della terapia inalatoria corrente (combinazioni CSI/LABA ad alto dosaggio, spesso con l’aggiunta di antileucotrieni e di tiotropio), ma nonostante questi alti livelli di terapia la maggior parte di questi pazienti rimane ancora non controllata e ad alto rischio di riacutizzazioni, anche gravi o gravissime (la cosiddetta “asma quasi fatale”). In questi pazienti attualmente sono disponibili solo poche opzioni da aggiungere alla terapia corrente: gli anticorpi monoclonali diretti contro le IgE circolanti (Omalizumab o Xolair), che hanno la forte limitazione di poter essere utilizzati solo da quei pazienti che dimostrano una allergia clinicamente rilevante ad allergeni perenni (sono una minoranza tra i pazienti con asma grave), e l’uso di corticosteroidi orali per uso continuativo, che sono fortemente sconsigliati per il rischio di gravi effetti collaterali a lungo termine (osteoporosi con rischio di fratture spontanee, ipertensione, diabete, atrofia



Figura 2

cutanea) (Figura 3, step 5 di trattamento).

Negli ultimi anni molta ricerca è stata svolta su questo limitato ma importante gruppo di pazienti asmatici, alla ricerca di nuovi farmaci biologici diretti verso specifici target biomolecolari importanti nella patogenesi di queste forme di asma. Nuove categorie di farmaci diretti contro citochine chiave nel mantenimento del processo infiammatorio Th2 tipico delle forme di asma eosinofilo sono state sviluppate, e molte di queste sono ormai prossime all'ingresso sul mercato (Figura 4). Molti di questi nuovi farmaci biologici richiedono la misura di

specifici biomarcatori che possono ragionevolmente predire la risposta al trattamento, e che quindi saranno utilizzati per la selezione dei pazienti.

Le prime molecole dirette contro la citochina IL-5 o il suo recettore cellulare (Mepolizumab, Benralizumab e Reslizumab) saranno disponibili in Italia già nel corso di questo anno 2017 (il primo di questi, il Mepolizumab, è già autorizzato in Italia e sarà a breve disponibile anche in Toscana dopo l'approvazione del Consiglio Regionale Toscana) e, sulla base degli studi prodotti, rappresenteranno una importante opzione terapeutica per questi

pazienti con asma grave eosinofilo (la maggioranza secondo varie stime) permettendo quindi di migliorare notevolmente il controllo della malattia e la qualità di vita di questi pazienti, oltre a ridurre i costi delle ospedalizzazioni e i costi indiretti. Questi nuovi farmaci, nella esperienza clinica del nostro centro in occasione dei numerosi studi clinici già effettuati negli ultimi 5 anni, hanno dimostrato una elevatissima efficacia, con una riduzione di oltre il 50% delle riacutizzazioni (e quindi notevole risparmio dell'uso dei cortisonici per via orale che come è noto determinano gravi effetti collaterali) e un miglioramento sostanziale della qualità di vita di questi pazienti, molti dei quali sono tornati a poter effettuare una vita quasi normale da quando hanno iniziato il trattamento con questi nuovi farmaci biologici. I farmaci sono somministrati per via sottocutanea in ambiente ospedaliero, a frequenza di una volta ogni 1-2 mesi.

Altre molecole (Lebrikizumab, Dupilumab, Tralokinumab) dirette contro altre citochine più centrali al processo infiammatorio attivato dai linfociti Th2 (IL-4, IL-13) saranno disponibili negli anni futuri. Tutti questi farmaci saranno gravati di un costo elevato per il sistema sanitario, e pertanto la loro indicazione e valutazione di efficacia dovrà essere attentamente decisa e monitorata da centri specialistici con possibilità di intervento multidisciplinare.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dell'asma grave dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUN)

La SD di Fisiopatologia Respiratoria e Riabilitazione Respiratoria Univ. (Direttore: Prof. Pierluigi Paggiaro) è da 30 anni in prima linea nella diagnosi/valutazione e nella terapia dell'asma bronchiale, utilizzando negli ultimi 10 anni anche l'unico farmaco biologico (Xolair) attualmente disponibile

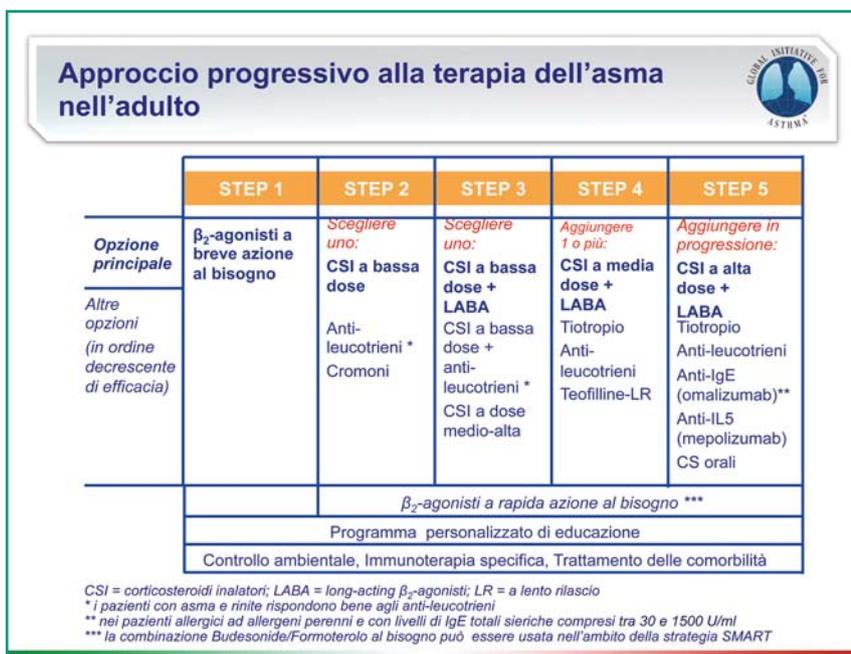


Figura 3

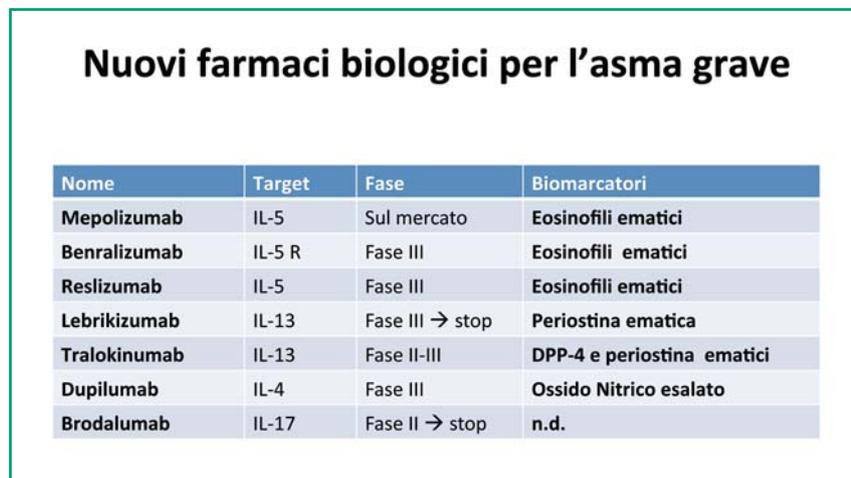


Figura 4

per i pazienti con asma grave. La SD dispone di tutte le facilitazioni per una corretta valutazione dell'asma sia dal punto di vista funzionale che biologico (misurazione di biomarcatori nel sangue, espettorato indotto ed aria esalata). Inoltre da 6 anni è attivo percorso multidisciplinare per la diagnosi e terapia dei pazienti che si presentano con tosse come sintomo principale o unico, che prevede il coinvolgimento di specialisti ORL, gastro-enterologi ed allergologi-immunologi che prendono in carico, a diverso titolo e in diversi momenti del percorso di cura, il paziente con asma. Inoltre il personale medico della SD coordina il gruppo italiano di esperti che ha prodotto ed aggiorna periodicamente l'adattamento italiano delle Linee Guida GINA Internazionali.

Obiettivo del PDTA (attualmente in fase di definizione ed approvazione) è quello di fornire l'esperienza consolidata del gruppo multidisciplinare, coinvolgendo nel percorso il Dipartimento d'Emergenza-Urgenza della AOUP, le Pneumologie di Area Vasta Nord-Ovest ed il territorio con i Medici di Medicina Generale per ottimizzare la gestione del paziente affetto da asma nel percorso ospedaliero, fornendo a tutti gli operatori sanitari coinvolti linee di indirizzo semplici e condivise, per l'applicazione di un percorso di cura che possa garantire livelli essenziali e uniformi d'intervento ai pazienti affetti da asma grave. Il "percorso di riferimento" costituisce il tentativo di armonizzazione e di integrazione dell'"esistente" (cioè dei compor-

tamenti e delle procedure attualmente messi in atto nell'AOUP) e del "percorso ideale" (derivante dalle linee guida e dalla letteratura di riferimento), sulla base delle risorse disponibili in Azienda, nell'ottica della migliore gestione del paziente affetto da asma, specialmente alla luce della prossima possibilità di prescrizione di nuovi costosi farmaci biologici. La necessità di creazione di un percorso intra-ospedaliero integrato con il territorio è nato da una serie di criticità relative alla patologia in esame, che hanno fortemente suggerito la necessità dell'implementazione del presente PDTA. In particolare, sono stati identificati i seguenti elementi:

- elevato tasso di accessi in Pronto Soccorso per asma presso l'AOUP;
- alto numero di pazienti con asma non controllato;
- necessità di identificare modelli di integrazione degli interventi tra differenti Servizi, in risposta alla problematica di salute in termini di prevenzione, presa in carico, monitoraggio e gestione della ricattizzazione;
- necessità di migliorare l'appropriatezza terapeutica dei pazienti con diagnosi di asma.

Le UUOO/SSDD che saranno stabilmente coinvolte nel PDTA sono molte (Fisiopatologia Respiratoria, ORL, Allergologia e Immunologia Clinica, Pediatria, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza) che in varia misura vedono il paziente per la prima volta e lo inseriscono nel PDTA, e si avvarranno della collaborazione di altre UUOO/SSDD (Ga-

stroenterologia, Centro Obesità, Reumatologia, Endoscopia Toracica, Psicologia Clinica) per le ulteriori indagini e terapia necessarie in questa tipologia di pazienti. Durante il percorso, il paziente verrà sottoposto a indagini dirette ad approfondire le caratteristiche della malattia (eziologia, fattori scatenanti, ostruzione reversibile/fissa delle vie aeree, caratteristiche dell'infiammazione, presenza di comorbilità), con successivo invio del paziente alle altre componenti del PDTA Asma Grave per eventuali terapie specifiche.

Se, dopo avere ottimizzato il trattamento farmacologico tradizionale e avere eliminato/ridotto le potenziali cause di scarso controllo dell'asma, il paziente risulterà ancora scarsamente controllato, verranno considerate le terapie alternative, in particolare l'uso dei farmaci biologici, come l'Omalizumab (disponibile da circa 10 anni) e il Mepolizumab (disponibile entro pochi mesi), oppure potranno essere valutati per il trattamento con termoplastica bronchiale (nuova terapia ancora poco utilizzata ma che ha ricevuto molte dimostrazioni di efficacia a livello nazionale ed internazionale).

In ogni caso, i pazienti verranno sottoposti a controlli successivi, con verifica dell'efficacia a breve termine (specie per la terapia con farmaci biologici che, essendo ad alto costo per il Sistema Sanitario, devono essere utilizzati correttamente) e monitoraggio a lungo termine per dimostrare il mantenimento del controllo dell'asma.



via borgo stretto 20 pisa - Tel. 050542566 - mail: bbmaison1@outlook.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
- 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

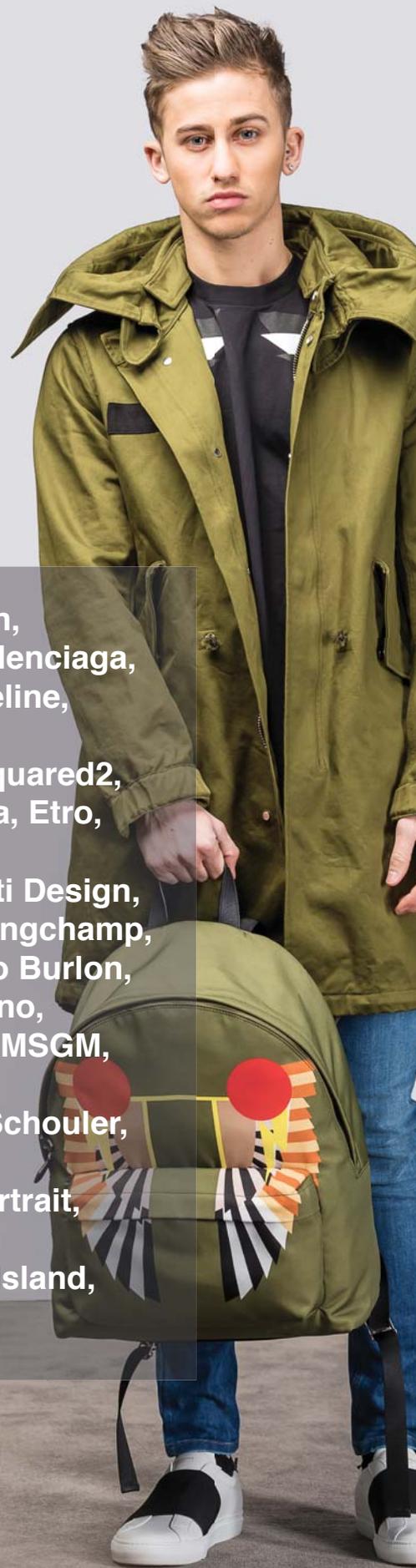
VENINI

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)