

PisaMedica

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

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



in questo numero:

La stimolazione non invasiva: novità nella cura antalgica

*T. Bocci - A. Di Rollo - M.R. Ferraro
M. Bartolotta - D. Barloscio - L. Parenti
M. Santin - F. Sartucci
S. D. Neurofisiopatologia Cisanello, AOUP*

Il sorriso dei piccoli di Betlemme

*A. Calderani
Consigliere Commissione
Albo degli Odontoiatri di Pisa*

Osteoporosi: lo stato dell'arte

*C. Marocchi - E. Vignali
Dip. Medicina Clinica e Sperimentale Univ. Pisa -
Endocrinologia 2 - 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
RELAIS I MIRACOLI

Via Santa Maria, 187 - 56100 Pisa ☎ Tel: +39 050 560572
 ✉ info@relaisimiracoli.it 🌐 www.relaisimiracoli.it

La democrazia dei vaccini

La democrazia sarà anche una bella cosa, ma è sempre fatta di numeri. Con un risicato 51%, si può governare. Anche in medicina contano i numeri, ma niente a che vedere con il valore del 51%. Ce lo dimostrano le vaccinazioni. Con il 51% dei vaccinati, infatti, non si va da nessuna parte. Anzi, si sprecano soldi ed energie, ben sapendo – prove scientifiche alla mano – che tale copertura non porterà ad alcun effetto preventivo, tutt'altro.

Le recenti cronache ci prospettano un futuro quanto mai imprevedibile nel settore delle malattie infettive, reso ancor più preoccupante da quel proclama dell'OMS che dichiarava, quarant'anni fa, di considerare praticamente conclusa la lotta al vaiolo. Di riflesso s'abbassò, allora, il livello di guardia ed i nodi adesso cominciano a tornare drammaticamente al pettine anche nel nostro Paese, soprattutto perchè la decisionalità, in tema di salute, è da tempo demandata a scelte locali.

Ed inoltre la Corte di Cassazione, dando ragione a quella Istituzione

pubblica che sosteneva l'obbligatorietà vaccinale per l'iscrizione alle scuole materne, ha di fatto aperto un discorso più ampio e che vede la classe medica in una posizione quanto mai delicata. A virus e batteri non interessano le leggi ed il problema rimane per la scuola dell'obbligo. Similitudine: trent'anni fa, quando s'impose l'obbligatorietà dell'uso del casco soltanto ai minorenni, si volle far credere che dopo aver compiuto i diciott'anni non ci sarebbe stato alcun rischio. Strano, ma vero, eppure andò così. Follia.

Come livello culturale, ci si vaccina sempre al di sotto delle reali necessità e, dunque, si dimostra di non voler comprendere - od ancor peggio accettare - il messaggio che arriva dalla scienza e dall'esperienza. Che fare, dunque? Potenziare ed allargare, costantemente, l'informazione e la formazione dell'intera popolazione. Al contempo, estendere l'obbligatorietà dei vaccini anche al personale sanitario dei presidi pubblici ed, assieme, a quello delle scuole materne.



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
Beconcini, Stefano Bascià

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

Progetto grafico e Impaginazione
ALFA&CO Comunicazione
per Archimedia Communication

Stampa
Luminarprint srl

Foto di copertina
concessa da Gianfranco Borrelli

Pisa Medica Online

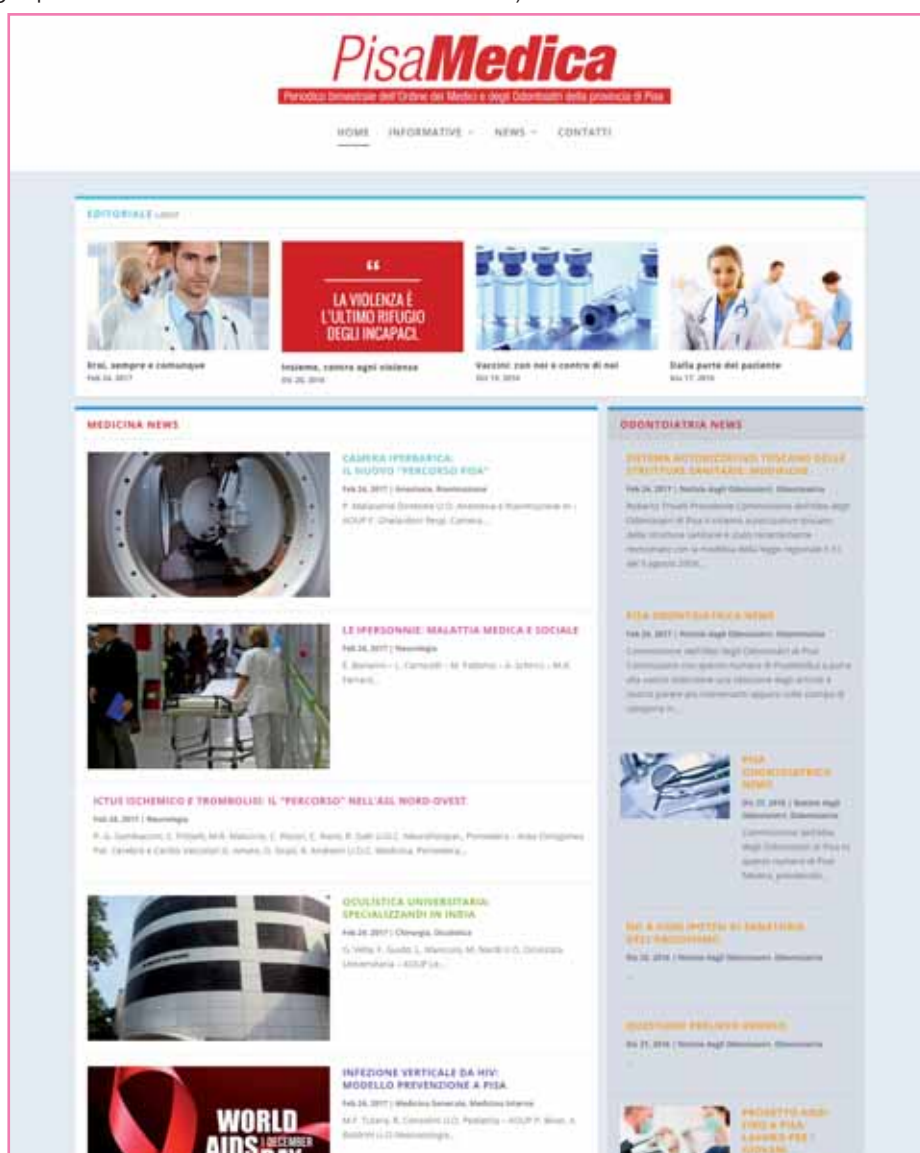
Caro Collega, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Pisa, al fine di **ottimizzare i costi di stampa e spedizione** ed offrire un servizio più accessibile, pratico e moderno agli iscritti, ha deliberato di pubblicare il bollettino bimestrale dell'Ordine, "Pisa Medica", esclusivamente in formato telematico. 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@omce-opi.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.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e in particolare, l'art. 16-ter che istituisce la Commissione nazionale per la formazione continua in medicina successivamente modificata nella sua composizione dall'art. 2, comma 357, della legge del 24 dicembre 2007, n. 244;

VISTO l'Accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 1° agosto 2007, Rep. Atti n. 168/CSR recante il "Riordino del sistema di formazione continua in medicina";

VISTO l'art. 2, comma 357 e 358, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, in base ai quali la Commissione nazionale per la formazione continua è costituita nella composizione individuata nell'Accordo Stato Regioni del 1° Agosto 2007, che modifica l'art. 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e i contributi alle spese previsti all'articolo 92, comma 5, della legge 23 dicembre 2000, n. 388 affluiscono direttamente al bilancio dell'AgeNaS ai fini della copertura degli oneri dalla stessa sostenuti, ivi incluse le spese di funzionamento della Commissione stessa e degli ulteriori organismi previsti dal citato Accordo;

VISTO l'Accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 5 novembre 2009 Rep. Atti n. 192 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";

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, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "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";

VISTO il decreto del Ministro della salute del 7 Agosto 2015 che ricostituisce la Commissione nazionale per la formazione continua;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

VISTA la decisione della Commissione nazionale per la formazione continua del 27 gennaio 2016 che ha ricostituito il Gruppo di lavoro per l'implementazione del dossier formativo individuale, con riguardo anche agli aspetti operativi del dossier di gruppo;

VISTA la rilevanza del dossier formativo, quale espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano, nonché quale strumento idoneo a rilevare i bisogni formativi dei professionisti e ad indirizzare e qualificare l'offerta formativa da parte dei provider;

CONSIDERATO inoltre il lavoro svolto dal precedente gruppo di lavoro, che ha terminato i lavori in data 10.10.2014, delineando le linee guida per la costruzione del dossier formativo individuale e di gruppo;

DELIBERA

- 1) Ai fini della nuova fase di implementazione nella prospettiva del pieno sviluppo del dossier formativo, anche con riferimento agli aspetti operativi del Dossier di Gruppo, si definiscono i seguenti principi e linee guida validi per il triennio formativo 2017/2019, per tutti i professionisti sanitari, le Aziende sanitarie pubbliche e private, gli Ordini, i Collegi e le rispettive Federazioni nazionali, gli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, che accedono alla costruzione del dossier.
- 2) Il Dossier Formativo (DF) può essere realizzato come DF individuale e DF di gruppo laddove le Aziende sanitarie, pubbliche e private, gli Ordini, i Collegi, rispettive Federazioni e gli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie siano dotati di risorse adeguate, avendo come riferimento l'organizzazione in cui si sviluppa il gruppo stesso. Il DF di gruppo è l'espressione della coerenza dell'offerta formativa fruita in rapporto ai bisogni formativi di conoscenza rilevati in fase di analisi del fabbisogno e/o delle priorità definite dalle Aziende, dagli Ordini, dai Collegi, rispettive Federazioni e dagli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni. Il codice evento, il codice provider, il codice edizione e il codice dell'ente accreditante sono la chiave numerica identificativa della partecipazione ed evidenzia lo sviluppo nel tempo del DF dei professionisti, componenti il gruppo ed impegnati nella realizzazione del dossier.
Gli obiettivi formativi di cui ai vigenti Accordi Stato – Regioni dovranno essere utilizzati e chiaramente indicati in tutta evidenza dai provider nella programmazione dell'offerta formativa



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

ECM in maniera da fornire al discente il numero degli obiettivi/aree a cui riferire i contenuti dell'evento, al fine di riportarlo correttamente nella progettazione del dossier. La descrizione e il numero degli obiettivi/aree devono essere riportati anche nell'attestato di partecipazione dell'evento e deve essere rendicontato al Cogeaps da parte del provider.

Per la formazione individuale (formazione all'estero, autoformazione, pubblicazioni e tutte le attività formative non erogate dai *provider* E.C.M.), gli obiettivi formativi di riferimento sono attribuiti da Ordini, Collegi, rispettive Federazioni e dagli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni. Per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle associazioni, gli obiettivi formativi saranno attribuiti dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

Tenendo presente i bisogni formativi, nell'operatività della redazione del DF, individuale o di gruppo, si dovrà prevedere che il singolo o il gruppo professionale, sia esso espressione di struttura complessa, semplice o dipartimento/distretto o gruppo di miglioramento professionale od organismo rappresentativo delle professioni sanitarie, ponderi la programmazione degli obiettivi da realizzare nell'arco del triennio, monitorandone la progressione per stadi di avanzamento annuale.

Il singolo professionista e/o le aziende sanitarie pubbliche e private, gli Ordini, i Collegi, rispettive Federazioni e gli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, hanno la possibilità di impostare il proprio dossier identificando gli obiettivi tecnico-professionali, di processo o di sistema, dimensionando percentualmente gli obiettivi nel rispetto del limite massimo di 10 obiettivi. In questo modo si avranno a disposizione 10 obiettivi formativi in cui ricomprendere lo sviluppo formativo triennale.

La programmazione e pianificazione del dossier formativo di gruppo nelle aziende sanitarie pubbliche e private, negli Ordini, nei Collegi, rispettive Federazioni e Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, è effettuata nel rispetto della libertà, indipendenza ed autonomia dei professionisti.

Il dossier formativo di gruppo è un'opportunità per favorire nelle diverse organizzazioni uno strumento facilitante la programmazione e pianificazione professionale nei gruppi, nella logica di aumentare l'integrazione professionale e la ricaduta formativa del gruppo a beneficio della salute della collettività.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

3) Il Dossier formativo prevede:

A) bonus per il professionista;

Il bonus viene erogato al realizzarsi di tutte le seguenti condizioni:

1. Costruzione del dossier;
2. Congruità del dossier con il profilo e la disciplina esercitata;
3. Coerenza relativamente alle aree - pari ad almeno il 70% - tra il dossier programmato e quello effettivamente realizzato.

Il bonus quale riduzione dell'obbligo formativo del singolo professionista, è quantificato nella misura di 30 crediti formativi, di cui 10 assegnati nel triennio 2017-2019 se il professionista costruirà un dossier individuale ovvero sarà parte di un dossier di gruppo costruito da un soggetto abilitato nel primo anno del corrente triennio. Gli ulteriori 20 crediti di bonus saranno assegnati nel triennio successivo rispetto a quello in cui si è costruito il dossier, qualora il dossier sia stato sviluppato nel rispetto dei principi di congruità e coerenza di cui sopra.

Al bonus di 20 crediti formativi sopra descritto, per il triennio successivo al 2017-19, avrà diritto il professionista sanitario che realizza il dossier formativo per l'intero triennio; parimenti ne avrà diritto il professionista che partecipa e realizza esclusivamente il dossier di gruppo. Nel caso in cui il dossier fosse elaborato e realizzato nel secondo anno del triennio si avrà diritto ad un bonus pari a 15 crediti formativi per il triennio successivo; nel caso in cui il dossier fosse elaborato e realizzato nell'ultimo anno del triennio si avrà diritto ad un bonus pari a 10 crediti formativi per il triennio successivo, sempre nel rispetto dei principi sopra indicati.

Nel caso in cui il medesimo professionista sanitario abbia elaborato più dossier formativi (Dossier individuale, di gruppo ecc..), il rispetto della percentuale di coerenza deve essere raggiunto in almeno uno dei dossier affinché si possa procedere all'attribuzione del bonus per il successivo triennio.

Il dossier deve essere costruito nelle tre aree previste dall'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e successive modificazioni e integrazioni.

La valutazione di coerenza tra il dossier programmato e quello effettivamente realizzato sarà effettuato per aree e non per obiettivi formativi, purché gli obiettivi rientrino nella medesima area.

B) Soggetti abilitati alla costruzione del dossier formativo di gruppo:

- a. Per le aziende sanitarie, pubbliche e private o per le strutture universitarie: l'ufficio formazione ovvero un delegato per la formazione di ciascuna azienda, il responsabile della didattica o un suo delegato;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

- b. Per gli Ordini, Collegi, rispettive Federazioni nazionali e Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni: il presidente, legale rappresentante o un suo delegato;
 - c. Per i liberi professionisti: il presidente, il legale rappresentante o un suo delegato degli organismi di cui alla lettera "b".
- C) Accessibilità alle informazioni riguardanti ogni singolo professionista (Dossier Individuale).
Il professionista ha la possibilità di collegarsi al portale del Co.Ge.A.P.S. per verificare la propria situazione crediti e la realizzazione del dossier in qualsiasi momento.
- Soltanto una volta nell'anno solare il professionista ha la possibilità di modificare il proprio dossier al fine di adeguarlo anche a possibili mutamenti di ruolo e di incarico e/o a particolari esigenze formative sopravvenute. Saranno comunque visibili nella posizione generale del professionista, anche eventuali crediti maturati ma non coerenti con il dossier. Solo nel caso in cui il professionista sanitario cambi nel corso dell'anno più di un incarico, previa allegazione della relativa documentazione sarà consentita la modifica del dossier formativo per più di una volta nel corso dell'anno solare previa approvazione da parte della Commissione nazionale per la formazione continua. In tale caso, l'istanza dovrà essere inoltrata presso la Segreteria della Commissione che, per il tramite del gruppo di lavoro sul dossier formativo, procederà al mutamento della posizione del professionista presso il Co.Ge.A.P.S.
- D) Accessibilità delle informazioni riguardanti il gruppo (Dossier di Gruppo).
Il responsabile del gruppo, previa richiesta delle credenziali di accesso alla Commissione nazionale, avrà la possibilità di costruire il dossier del proprio gruppo presso il portale del Co.Ge.A.P.S. La richiesta di credenziali dovrà essere corredata della documentazione richiesta nella funzione informatica apposita.
Il responsabile del gruppo ha la possibilità di collegarsi al portale Co.Ge.A.P.S. per verificare la situazione crediti e la progressiva realizzazione del dossier di gruppo in qualsiasi momento. Il responsabile del gruppo deve avere la possibilità di modificare il dossier nel caso in cui vi siano dei mutamenti nella composizione soggettiva del gruppo.
- E) Modifica del dossier formativo.
Il dossier può essere modificato solo nel II e nel III anno del triennio formativo, nel caso in cui esso coincida con l'intero periodo di costruzione del dossier, ovvero nell'ultimo anno di costruzione del dossier: non possono essere conteggiati nel nuovo dossier formativo modificato, i crediti acquisiti prima della modifica stessa che non risultavano essere coerenti con il dossier costruito, al fine di evitare che il professionista sanitario che non rispetta il dossier inizialmente predisposto, modifichi lo stesso in modo tale da far rientrare i crediti acquisiti in funzione dell'anno successivo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

Nel caso in cui il mutamento di area professionale all'interno dell'anno avvenga entro il 30 giugno, il sistema renderà efficace la modifica nell'anno stesso; nel caso in cui avvenga a partire dal 1 luglio, il sistema informativo renderà efficace la modifica per l'anno successivo. Solo nel caso in cui il professionista sanitario cambi nel corso del primo anno il proprio incarico, sarà consentita la modifica del dossier formativo nel corso dello stesso primo anno del triennio formativo. Alle stesse regole soggiace la modifica del dossier di gruppo.

- F) Organizzazione degli obiettivi del dossier di gruppo.
Il soggetto abilitato a costruire il dossier di gruppo coordina la formazione dei professionisti afferenti al gruppo stesso, al fine di coniugare le esigenze formative del soggetto abilitato di cui alla lettera "b".
- G) Modalità di accesso al portale Co.Ge.A.P.S. e funzionalità a disposizione del professionista sanitario.
1. Auto-registrazione del singolo professionista che accede al portale o del responsabile del gruppo in caso di dossier di gruppo. Il responsabile del gruppo abilitato all'accesso al portale e quindi alla costruzione del dossier di gruppo, nonché abilitato all'accesso alle informazioni riguardanti l'ammontare dei crediti del gruppo, dovrà preventivamente richiedere alla Segreteria della Commissione, per il tramite del gruppo di lavoro sul dossier formativo, l'autorizzazione alla registrazione al fine di richiedere il rilascio delle credenziali presso il Co.Ge.A.P.S.. Le singole strutture coordinano la richiesta di credenziali per ciascun gruppo.
 2. Visibilità dell'ammontare dei crediti ottenuti e di quelli ancora da acquisire. Tale funzionalità è resa disponibile a tutti i soggetti che possono accedere al Dossier individuale e di gruppo.
 3. Sezione dossier formativo: ciascun professionista o responsabile del gruppo costruisce il dossier accedendo ad ognuna delle tre aree di obiettivi, ricordando di avere giusto riguardo agli obiettivi tecnico – professionali.
 4. Una volta allestito il dossier tutti gli attestati di partecipazione ad eventi recanti l'obiettivo selezionato nel dossier saranno registrati automaticamente nel dossier dal sistema informativo del Co.Ge.A.P.S. su comunicazione del provider. Si rammenta che nel caso di formazione individuale (formazione all'estero, autoformazione, pubblicazioni e tutte le attività formative non erogate dai *provider* E.C.M.), la registrazione delle partecipazioni E.C.M. nel database Co.Ge.A.P.S. avverrà a cura di Ordini, Collegi, rispettive Federazioni e Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

Per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate la registrazione dei dossier e della formazione individuale avverrà a cura dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

5. **Dossier Formativo:** supporti, collocazione, conservazione, trasmissione, accesso. Il dossier formativo è creato e gestito solo su supporto informatizzato messo a disposizione dal Co.Ge.A.P.S. I soggetti abilitati possono avvalersi del supporto informatico per la registrazione del Co.Ge.A.P.S. in ordine al dossier formativo di gruppo. I soggetti abilitati alla costruzione del dossier di gruppo di ciascun Ordine, Collegio, rispettiva Federazione e Organismo maggiormente rappresentativo delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, hanno la funzione di tutor per i singoli professionisti ed hanno accesso ai dossier di gruppo dei singoli professionisti stessi. Tale accesso consente anche al responsabile della Formazione di fungere da interfaccia tra i singoli ed il gruppo nell'allestimento del dossier di gruppo e di promuoverne la costruzione. Il responsabile del gruppo è anche responsabile della verifica della congruità e realizzazione del dossier.

The screenshot displays the official website of the Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.). The header features the organization's logo and name, along with a search bar. Below the header is a banner with a collage of medical professionals and the text 'Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie'. A navigation bar includes links for 'Home', 'Contatti', 'Cerca nel sito', and 'Mappa del sito'. The main content area is divided into a left sidebar with links to 'Consorzio CoGeAPS', 'Professioni', 'Normativa ECM', 'Rassegna stampa', 'FAQ', and 'Archivio News'. The central section has a heading 'Selezione Personale BackOffice' and a paragraph detailing a selection process for backoffice and call center staff. To the right, there is a 'Stampa' button and a 'Call Center per Ordini, Collegi ed Associazioni' section with contact information. The footer contains the text 'Chiusura uffici'.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

	INDIVIDUALE	DI GRUPPO
COLLOCAZIONE	Spazio individuale specifico nel portale del Co.Ge.A.P.S. (in quanto consorzio di tutte le anagrafiche) messo a disposizione di ciascun professionista	Spazio condiviso tra i rappresentanti del gruppo per la collocazione del Dossier di gruppo nel portale del Co.Ge.A.P.S. inoltrato da soggetti abilitati. Tutti i dati devono confluire per via telematica nel database del Co.Ge.A.P.S.
CONSERVAZIONE	A cura del Responsabile del sistema informativo del Co.Ge.A.P.S.	A cura del Responsabile del sistema informativo del Co.Ge.A.P.S.
ACCESSO AI DATI	Nel rispetto della vigente normativa in materia di accesso e privacy.	I responsabili del dossier di gruppo accedono solamente alle partecipazioni del professionista rientranti nel dossier di gruppo, nel rispetto della vigente normativa in materia di accesso e privacy.
LETTURA	La lettura è consentita al singolo professionista.	La lettura della risultante del dossier di gruppo è ammessa dal soggetto proponente e da parte di tutti i professionisti afferenti al gruppo. La lettura della parte individuale del dossier di gruppo è ammessa dal soggetto proponente e da parte del singolo professionista.
INSERIMENTO E MODIFICA	Solo da parte del professionista una volta all'anno.	<i>Da parte del soggetto abilitato di propri Enti alla costruzione del Dossier di gruppo.</i>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

H) Esercizi professioni o discipline.

Dato che il sistema informatico del Co.Ge.A.P.S registrerà nel dossier individuale o di gruppo solo le attività formative coerenti con le professioni e le discipline, il professionista ha la facoltà di inserire una professione primaria e se esercitata, anche di una seconda professione. Parimenti, il Professionista ha la possibilità di indicare due discipline esercitate per ogni professione.

I) Crediti acquisiti fuori da aree e obiettivi previsti dal dossier formativo.

Alla fine del triennio i crediti acquisiti fuori dalle aree e obiettivi previsti del DF individuale e di gruppo saranno registrati in anagrafica crediti E.C.M. ai fini dell'assolvimento dell'obbligo E.C.M. triennale ma non potranno essere ricompresi all'interno del dossier stesso.

J) Crediti acquisiti in qualità di docente.

I crediti acquisiti ad eventi formativi E.C.M. in qualità di docente e tutor vengono ricompresi nel DF.

K) Il dossier formativo individuale rappresenta il punto di partenza per un curriculum formativo del professionista sanitario.

All'interno del dossier individuale potranno essere annotate da parte del professionista anche attività non E.C.M., al fine di rendere lo stesso uno strumento idoneo e funzionale per il professionista anche al di fuori dell'ambito E.C.M. A tale scopo è prevista la creazione di una sezione dedicata all'interno della posizione personale del professionista sanitario nel portale Co.Ge.A.P.S.

L) Aree digitali nel Co.Ge.A.P.S.

Il sistema informatico del Co.Ge.A.P.S. sarà predisposto per ricevere i dossier di gruppo inoltrati per via telematica dai soggetti abilitati di cui al punto n. 3, lett. "b", delle Aziende sanitarie pubbliche e private, degli Ordini, Collegi e rispettive Federazioni, degli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni, al fine di inserire i percorsi formativi definiti. Una ulteriore area digitale sarà predisposta e resa disponibile ai soggetti abilitati per i dossier di gruppo al fine di inserire delle relazioni esplicative dell'attività svolta dai dossier di gruppo, per condividere le esperienze aziendali (pubbliche e private) realizzate, anche per favorire la diffusione delle esperienze e dei risultati raggiunti.

M) Il professionista sanitario può avere più dossier formativi in relazione alla propria posizione ed in riferimento al medesimo arco temporale (Dossier individuale, di gruppo, dell'Ordine ecc.); a livello informatico la sintesi del dossier di gruppo è la risultante della somma dei dossier di ciascun componente del gruppo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

- N) Al fine di avere una valutazione positiva del dossier formativo e poter accedere al bonus, occorre la verifica positiva della congruità e realizzazione del dossier per ogni periodo per il quale sono intervenute variazioni.
- O) Nel caso di variazioni del dossier formativo nel corso del triennio, il sistema informatico provvederà a ridurre progressivamente la flessibilità nella scelta delle aree e degli obiettivi formativi.
- P) Nel caso in cui all'interno del triennio intervengano, in favore del professionista sanitario, cause di esonero o di esenzione per l'intero triennio il dossier formativo, ai fini dell'accesso al bonus, dovrà ritenersi non soddisfatto.
- Q) Il professionista sanitario nonché il soggetto promotore del dossier di gruppo che inoltra il dossier formativo attraverso il portale Cogeaps può chiedere, alla fine del triennio, l'esito relativo all'indicazione dell'Obbligo formativo individuale ed al relativo soddisfacimento, nonché il dossier completo delle partecipazioni che rispondono agli obiettivi del dossier formativo di gruppo e la disciplina del dossier formativo di gruppo;

In considerazione della ruolo rivestito dal dossier formativo individuale quale espressione di libertà, indipendenza e autonomia del professionista sanitario, la fase di verifica e controllo è affidata al professionista e alla competenza di Ordini, Collegi, rispettive Federazioni e Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario nazionale del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni e alla Segreteria della Commissione nazionale per i professionisti non iscritti di professioni regolamentate ma non ordinate.

La fase di verifica e controllo per gli eventuali dossier di gruppo spetta invece alle Aziende sanitarie pubbliche e private, agli Ordini, ai Collegi, rispettive Federazioni e agli Organismi rappresentativi delle professioni sanitarie di cui al Decreto Direttoriale del Direttore delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute del 30 Luglio 2013 e successive modificazioni e integrazioni. Tali soggetti avranno il compito, relativamente ai dossier di gruppo inoltrati, di procedere alla verifica del rispetto degli istituti della presente Delibera.

Il raggiungimento della congruità e coerenza di almeno il 70% tra il dossier programmato e quello effettivamente realizzato, non incide in alcun modo sulle regole previste per la certificazione dell'assolvimento dell'intero obbligo formativo del professionista sanitario. Tale obbligo formativo può essere assolto, anche nella sua interezza, tramite il dossier formativo.

La rilevanza dello strumento del DF ai fini di un salto qualitativo del sistema ECM sollecita le regioni e le rispettive commissioni regionali ECM, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni e le rispettive Federazioni, le aziende sanitarie e le strutture pubbliche e private a promuovere



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

nelle forme ritenute più idonee l'adesione dei professionisti sanitari al progetto di implementazione e sviluppo del dossier formativo.

Il Segretario

(Marco Macchiari)

Il Vice Presidente

(dott.ssa Roberta Chersevani)

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 stimolazione non invasiva: novità nella cura antalgica

Lo studio dei fenomeni elettromagnetici in Medicina ha una lunga storia ed ha segnato l'origine e lo sviluppo della moderna elettrofisiologia e della Neurofisiologia Clinica. Già nel 40 DC Scribonio Largo osservò che la scarica elettrica, prodotta da una torpedine sulla testa di pazienti cefalgici, era in grado di indurre un sollievo, ancorché transitorio, dalla sintomatologia dolorosa. Analoghi aneddoti sono riportati anche nell'opera di Plinio il Vecchio ed in quella di Claudio Galeno. Nell'undicesimo secolo un medico arabo, Ibn-Sidah, descrisse per la prima volta un blando effetto terapeutico derivante dall'applicazione di correnti elettriche a basso voltaggio, prodotte dal pesce gatto, in pazienti affetti da epilessia. A partire da Giovanni Aldini, nipote di Luigi Galvani e pioniere della ricerca sugli effetti delle correnti elettriche nei tessuti biologici, numerosi ricercatori si sono via via

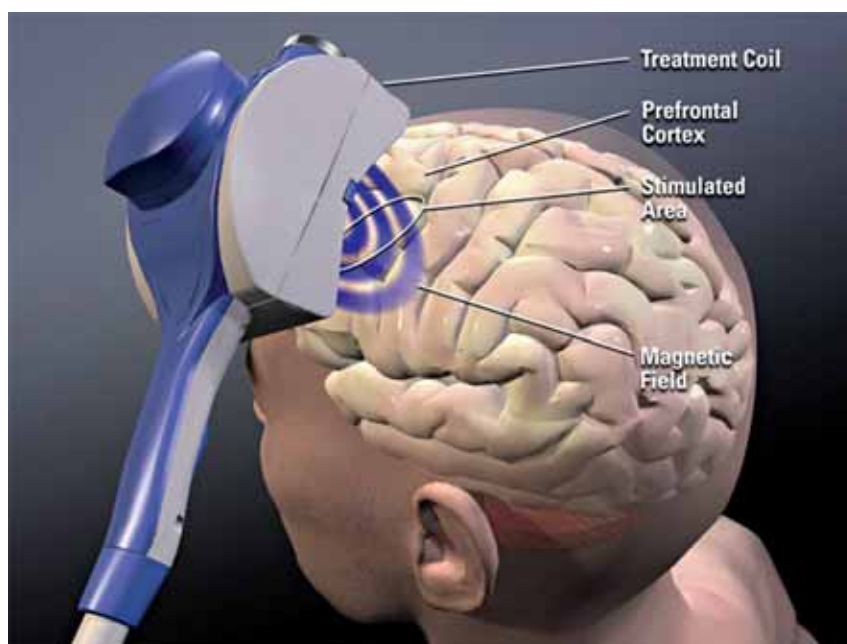


Figura 2

dedicati allo studio sistematico dell'elettromagnetismo e della neurostimolazione.

Si deve, invece, al romano Alberto Priori, attualmente presso l'Università Statale di Milano, lo sviluppo intorno alla prima metà degli anni Novanta di una nuo-

va metodica, nota come "transcranial Direct Current Stimulation" (tDCS), o stimolazione transcranica a correnti continue (Fig. 1). La tDCS, come provato da numerosi studi della scuola tedesca di Göttingen di Walter Paulus e Michel Nietsche, ha effetti polarità specifici sull'attività neuronale: lo stimolo anodico produce effetti eccitatori, mentre quello catodico inibitori su differenti bersagli molecolari (la tDCS anodica riduce il GABA, quella catodica decrementa la biodisponibilità di glutammato).

Da un punto di vista terapeutico, infatti, la stimolazione spinale non invasiva si sta affermando nel trattamento del dolore, nonché nella terapia dei disturbi motori dopo eventi cerebrovascolari, e nel trattamento della Sindrome delle gambe senza riposo. Data la facilità e



Figura 1

la sicurezza d'impiego, è facilmente prevedibile che la tecnica troverà a breve numerosissime altre applicazioni cliniche, dalla patologia traumatica ai disordini del movimento.

Da almeno quindici anni è noto il potenziale analgesico della TMS ripetitiva ad alta frequenza (Fig. 2), se applicata a livello dell'area motoria controlaterale rispetto alla sede lesionale; se da un lato la sua indubbia efficacia è interpretata come un effetto del potenziamento di network corticali inibitori altrimenti difettosi, dall'altro non è ancora possibile esprimersi con certezza sui suoi meccanismi d'azione e, di conseguenza, sul suo possibile impiego a lungo termine nel trattamento del dolore cronico. Inoltre, a differenza della tDCS, la TMS necessita di pressoché quotidiani accessi in ambulatorio, viste le dimensioni stesse della strumentazione. La TMS si è dimostrata efficace se applicata anche in corrispondenza delle aree anteriori ed, in particolare, della corteccia frontale dorso-laterale, sede dei complessi fenomeni di rielaborazione affettivo - emozionale del sintomo dolo-

re e di fissazione della traccia mnemonica. La tDCS rappresenta un eccellente compromesso fra efficacia clinica e facilità d'uso, in considerazione del suo potenziale impiego nel trattamento domiciliare di patologie neurologiche e non.

Ad oggi esistono nella letteratura scientifica internazionale circa centocinquanta pubblicazioni in extenso che dimostrano l'efficacia di tale metodica nel trattamento del dolore acuto e cronico. Da alcuni anni il nostro gruppo, in collaborazione con L'Unità Operativa di Terapia Antalgica, nella persona del Dr. Giuliano De Carolis, e con il Professor Alberto Priori dell'Università Statale di Milano, ha iniziato a studiare il ruolo della tDCS nel trattamento delle sindromi dolorose croniche, con particolare riferimento al cervelletto quale potenziale target dell'azione antalgica. Il cervelletto occupa una posizione strategica, interferendo sia con le sovrastanti aree corticali sia con le strutture troncoencefaliche e spinali che veicolano dalla periferia sensitivo-motoria le informazioni nocicettive. Tale proficua collaborazione, ancor-

ché ai primordi, ha permesso la pubblicazione di alcuni articoli sulle principali riviste scientifiche internazionali, nonché prodotto numerosi riconoscimenti alle più importanti assisi scientifiche; recentemente, il nostro gruppo è stato nominato centro capofila di un progetto di ricerca, coinvolgente dieci Unità Operative di terapia Antalgica distribuite sull'intero territorio nazionale, sul trattamento mediante tDCS del dolore da "arto fantasma". Il dolore post-amputazione, altrimenti detto da "arto fantasma", rappresenta a tutt'oggi una sfida per clinici e neuroscienziati; coinvolge la quasi totalità dei pazienti sottoposti ad amputazione e nessuna terapia, farmacologica o interventistica quale la stimolazione spinale invasiva, si è dimostrata ad oggi efficace. È auspicabile che numerose patologie dolorose tipicamente farmacoresistenti, quali il dolore centrale post-infartuale, possano in un futuro non molto lontano trovare giovamento da una sempre più personalizzata terapia di combinazione fra farmaci analgesici e metodiche di neurostimolazione non invasiva.



Osteoporosi: lo stato dell'arte

L'osteoporosi rappresenta una malattia di rilevanza sociale. La sua incidenza aumenta con l'età fino a raggiungere il massimo nell'ottava decade di vita. In Italia circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini sono affetti da osteoporosi.

L'osteoporosi è una malattia dello scheletro caratterizzata da una compromissione della resistenza dell'osso con conseguente aumento del rischio di fratture. La resistenza ossea ai traumi riflette l'integrazione di due aspetti principali: la densità ossea (bone mineral density; BMD) valutata mediante l'esame densitometrico (densitometria a raggi X, e la qualità dell'osso, rappresentata dalla geometria, la microstruttura, il turnover, la composizione cristallina e organica della matrice, la cui valutazione non è ancora entrata nella pratica clinica.

Le fratture da fragilità avvengono per traumi considerati a bassa energia. I traumi a bassa energia sono generalmente rappresentati da cadute accidentali dalla posizione eretta o per semplici attività della vita quotidiana. Nel caso delle cadute, la probabilità di frattura dipende dalle caratteristiche della caduta, dalla efficacia delle reazioni protettive e dalla possibile attenuazione dell'energia del trauma mediata dallo spessore dei tessuti molli.

La patogenesi della frattura deve quindi tenere conto dei molteplici fattori che influenzano sia resistenza ossea sia la frequenza e il tipo di trauma. Il rischio di frattura osteoporoti-

ca è determinato da una combinazione di fattori che agiscono prevalentemente attraverso una riduzione della BMD e altri fattori parzialmente o totalmente indipendenti dalla BMD. La distinzione non è ovviamente rigida e molti fattori di rischio agiscono con più meccanismi contemporaneamente. Sebbene la densitometria ossea rimanga un elemento centrale nella valutazione del rischio di frattura, l'accuratezza della previsione del rischio migliora prendendo quindi in considerazione altri indici facilmente misurabili (tabella 1).

Per calcolare il rischio di frattura sono stati sviluppati diversi algoritmi (carte del rischio) e il più ampiamente utilizzato è il frax®.

(<https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=it>). La valutazione integrata della BMD e dei più importanti fattori di rischio clinici consente una stima più accurata del rischio di fratture da fragilità nel medio termine (5-10 anni successivi), e l'identificazione di soggetti in cui un trattamento farmacologico è più appropriato. In Italia per superare alcuni limiti del FRAX, è stato quindi sviluppato il DeFRA, (<https://defra-osteoporosi.it/>) un algoritmo derivato dal FRAX che si basa sui dati relativi al rischio di frattura della popolazione italiana e stratifica in modo più accurato alcune delle variabili già presenti nel FRAX (es. sede e numero delle pregresse fratture, comor-

Tabella n 1: fattori di rischio per frattura

Età
Sesso
Basso indice di massa corporea
Precedente frattura di fragilità (in particolare del femore, del polso e della colonna vertebrale)
Familiarità per frattura da fragilità
Ridotta BMD
Trattamento cronico con steroidi (≥ 5 mg prednisone al giorno o equivalente per 3 mesi o più)
Il fumo corrente
Assunzione di più di 3 unità al giorno di alcool
Cause di osteoporosi secondaria
Artrite reumatoide
Ipogonadismo non trattato negli uomini e nelle donne, (ad es. menopausa precoce, terapia di deprivazione ormonale negli uomini con cancro alla prostata o nelle donne con carcinoma mammario)
Malattia infiammatoria intestinale, (ad es. Malattia di Crohn e retto colite ulcerosa)
Immobilità prolungata (ad es. lesione del midollo spinale, malattia di Parkinson, Ictus, distrofia muscolare, spondilite anchilosante)
Trapianto di organi
diabete mellito di tipo 1 e tipo 2
Broncopneumopatia cronica ostruttiva

bilità), allo scopo di migliorare la predittività del rischio di frattura. Poiché la maggior parte delle fratture osteoporotiche sono conseguenti alle cadute, è importante valutare i fattori di rischio per la caduta: frequenza delle cadute, debolezza muscolare, farmaci utilizzati per altre patologie, l'equilibrio e l'acuità visiva.

La prevenzione comincia fin dall'età infantile attraverso misure dietetiche (adeguato apporto di calcio, di proteine e di vitamina D) e comportamentali atte a consentire il raggiungimento del picco di massa ossea geneticamente determinato. Nell'età adulta la prevenzione dell'osteoporosi continua attuando tutte le misure tese ad impedire o rallentare la comparsa dell'osteoporosi: riconoscere precocemente quelle patologie che portano ad una fragilità ossea e eliminare i fattori di rischio modificabili (fumo, abuso di alcool, rischi ambientali di cadute).

Per trattamento si intendono

invece i provvedimenti rivolti ai soggetti osteoporotici, con o senza fratture preesistenti, ad elevato rischio di prima o ulteriore frattura.

Il trattamento dell'osteoporosi deve essere finalizzato alla riduzione del rischio di frattura.

Prima di iniziare il trattamento, i pazienti devono essere valutati per escludere le cause secondarie di osteoporosi e dovrebbero eseguire una densitometria ossea per la stima della BMD.

I valori del T-score della BMD, sono stati utilizzati dalla OMS per stabilire soglie diagnostiche (presenza di osteoporosi per T-score < -2.5) e non appare accettabile utilizzare la sola soglia diagnostica ai fini della identificazione della soglia di intervento. Come già spiegato sopra infatti il rischio di frattura, espresso solo dal dato densitometrico, ignora altri importanti fattori che concorrono a determinare il rischio fratturativo. Fattori di rischio come la storia di precedenti fratture osteopo-

rotiche o il trattamento cortisonico protratto (>3 mesi) con dosi > 5 mg/die, prednisone equivalenti (tabella 1), sono associati ad un rischio di frattura così elevato che la decisione di avviare una terapia farmacologica può prescindere dai valori densitometrici. In altre condizioni la stima del rischio e quindi della soglia di intervento farmacologico deve basarsi sia sul valore densitometrico che su altri fattori clinici di rischio di frattura utilizzando gli algoritmi, già discussi precedentemente.

I farmaci per il trattamento dell'osteoporosi possono essere classificati in due categorie: anti-catabolici (o antirassorbitivi) e anabolici. Tutti i farmaci appartenenti a queste due categorie sono risultati in grado di ridurre il rischio di fratture, in particolare vertebrali, in maniera significativa.

Recentemente l'AIFA insieme ad alcune società scientifiche ha sviluppato e pubblicato un diagramma di flusso (<https://www.aifa.gov.it/piattaformaAlgoritmi>), il cui obiettivo è quello di suggerire, alla luce delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili, l'impiego clinico appropriato dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi erogati dal SSN secondo la nota 79. Recentemente il diagramma di flusso della nota 79 è disponibile anche sul sito DeFRA (<https://defra-osteoporosi.it/>) dove vengono fornite indicazioni sui farmaci da utilizzare suddividendoli in tre linee, I, II o III livello, e in base alle diverse condizioni di rischio viene prevista anche la possibilità di stabilire il grado di gravità della malattia. L'eventuale possibilità di prescrizione di farmaci a carico del medico di famiglia o di centri specializzati (un esempio è rappresentato nella figura 1).

Nota 79: Si

Rischio di fratture maggiori a 10 anni: 17%

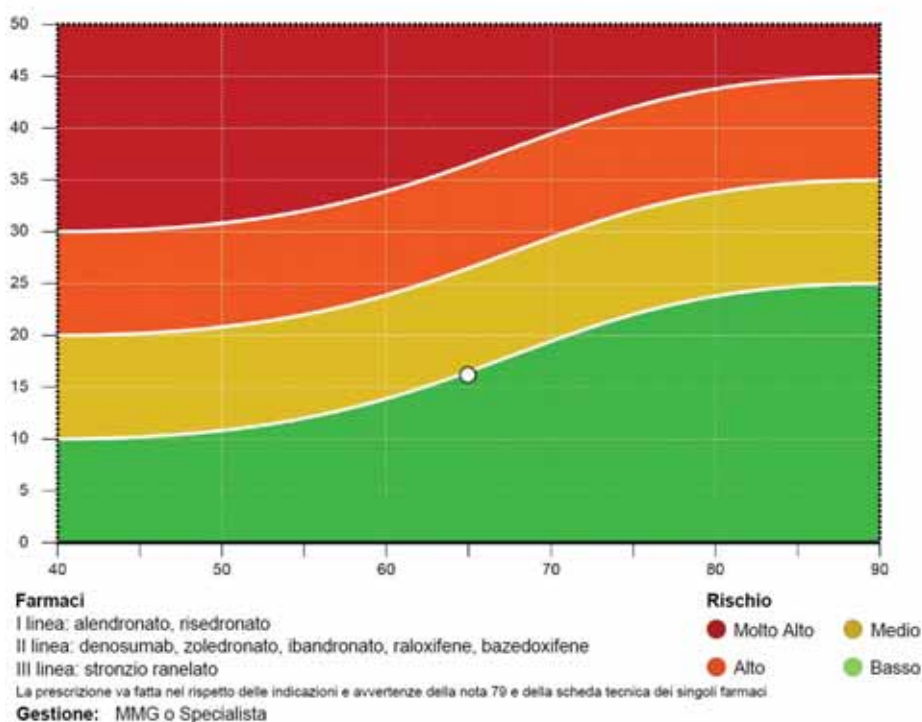


Figura 1

Precompilata e semplificazioni

Il periodo è quello “caldo” degli adempimenti fiscali di tutti i contribuenti, perciò che sia il modello 730 o che sia Redditi (questa il nuovo appellativo al posto dell’ormai superato “Modello Unico”) eccoci di nuovo alle prese con la liquidazione delle varie imposte.

In prima battuta non si può che affrontare il tema della “precompilate”, ovvero dei modelli 730 già predisposti dall’Amministrazione Finanziaria reperibili dai cittadini sul proprio cassetto fiscale nei quali sono confluiti i dati comunicati dai vari soggetti tenuti all’obbligo (tra i quali i medici, le farmacie, le aziende sanitarie, gli psicologi). Ma da quest’anno anche altre detrazioni sono comparse nelle precompilate: gli importi deducibili versati ai Fondi Pensione, i premi detraibili versati alle assicurazioni, le detrazioni per gli interventi di ristrutturazione edilizia comunicate dagli amministratori dei Condomini, i contributi pagati al collaboratore familiare comunicati dall’Inps e altre ancora.

L’Agenzia delle Entrate spiega che se il modello verrà “accettato” integral-

mente e confermato nessun controllo verrà effettuato e nessun documento richiesto in futuro al dichiarante. Un premio insomma. L’aspetto critico è che la predetta dichiarazione va comunque controllata, infatti andranno riviste in particolare le deduzioni e le detrazioni riportate. A questo proposito le istruzioni spiegano che se ad esempio le spese sanitarie indicate nella precompilata sono maggiori rispetto a quelle documentate dalle ricevute sanitarie e dagli scontrini di cui abbiamo dimostrazione, nel caso in cui vi siano anche ulteriori dati da modificare, si dovrà rettificare in diminuzione l’importo delle spese sanitarie indicato nella precompilata....Una tentazione: se si avesse la fortuna di dover modificare in diminuzione solo l’importo delle spese sanitarie si potrà confermare la dichiarazione e rientrare nel regime premiale considerato che nessun controllo verrà ulteriormente eseguito....

Dopo aver analizzato alcune precompilate, a malincuore, si deve constatare che l’obiettivo ancora non è stato centrato dall’Amministrazione

Finanziaria nonostante la pubblicità televisiva ci garantisca la semplicità dell’operazione.

A parte i brevi cenni di cui sopra siamo ancora lontani dalla agognata meta. Anche perché il problema non è unicamente quello di verificare se ogni reddito è stato inserito correttamente, e se le detrazioni e le deduzioni sono state riportate per l’importo spettante, ma il grande problema è che il cittadino non ha gli strumenti per seguire le continue innovazioni, modifiche, talvolta le migliorie del sistema fiscale. E’ un sistema nel quale si sente la necessità anche di cambiare nome al modello: prima Unico ora Redditi, nel quale annualmente le detrazioni compaiono, scompaiono o si modificano, un sistema che comunque rimane veramente molto, troppo complesso, un sistema che non è ancora “alla portata di tutti” come ci fa intendere lo spot televisivo, e purtroppo è un sistema nel quale sbagliare, anche in buona fede, costa caro.

(Fonte “Agenzia Entrate” Istruzioni)

The screenshot displays the Agenzia delle Entrate website for the 2017 precompiled tax declaration. The header includes the logo and navigation links. The main content area is titled "La tua dichiarazione precompilata" and features three columns of information:

- LE PRINCIPALI NOVITÀ DEL 2017:** La dichiarazione precompilata che l'Agenzia delle Entrate mette a tua disposizione contiene da quest'anno nuovi oneri e spese.
- COS'È E A CHI INTERESSA:** Circa 30 milioni di contribuenti possono usare la dichiarazione precompilata.
- I VANTAGGI:** L'Agenzia delle Entrate ha compilato la tua dichiarazione dei redditi. Se accetti senza modifiche il 730 precompilato non dovrai più esibire le ricevute e non sarai soggetto a controlli documentali. E' disponibile anche il modello Redditi persone fisiche precompilato.

At the bottom, there are buttons for "SCOPRI LE NOVITÀ DELLA DICHIARAZIONE PRECOMPILATA", "SCOPRI COS'È E A CHI INTERESSA", and "SCOPRI I VANTAGGI". The footer includes "I PASSI DA SEGUIRE" and "DATE E SCADENZE".

Il sorriso dei piccoli di Betlemme

Mi è stato chiesto di scrivere questo articolo sul mio ultimo viaggio a Betlemme, ormai il quinto, per andare a collaborare a tenere attivo un piccolo, ma comunque abbastanza ben attrezzato studio dentistico situato all'interno di una struttura gestita da Suore Vincenziane e denominata Crèche.

La Crèche ospita bambini dagli zero a sei anni orfani o condotti lì dai servizi sociali per allontanarli da famiglie devastate, da genitori troppo problematici o malati. Ogni bambino rappresenta un caso particolare, ha sempre una difficile storia alle spalle. Suor Sophie, assumendosi la responsabilità della Crèche, si è trovata alle prese con tutti i problemi di questi bambini. Certo, come infermiera ci sapeva fare, ed ecco che con il suo arrivo le malattie che affliggevano un gran numero di questi piccoli sono state debellate grazie ad un'igiene scrupolosa, alla ristrutturazione degli ambienti, ad una dieta più equilibrata. Dall'ospedale, incuriositi, i medici telefonavano: "come mai non ricoverate più da noi i Vostri bambini?" si sorprendeavano sentendosi dire che la prevenzione stava sconfiggendo un po' per volta le patologie infantili. Tutto questo però a Suor Sophie non bastava: si era resa conto in fretta dei gravi ritardi nel linguaggio e nella deambulazione, dell'aggressività dei suoi piccoli, della loro incapacità di attenzione e di concentrazione. Bisognava provvedere senza perdere tempo! Nasceva così il progetto-



Tramonto con la moschea situata davanti alla chiesa della natività

to pedagogico di Suor Sophie, un progetto ancora in auge ma che nella sua mente si stava strutturando sempre più chiaramente, mentre i problemi economici che si trovava ad affrontare quotidianamente e la sempre difficile situazione palestinese sembravano volerla scoraggiare. Però Suor Sophie amava i suoi bambini e non si poteva arrendere.

Per motivi di età da circa 4 anni suor Sophie ha dovuto lasciare il suo incarico ed è oggi sostituita da suor Denise che insieme alla grande collaborazione di un suora italiana, suor Maria Mastino e ad altre sorelle con molta energia sta degnamente portando avanti la struttura che attualmente ospita circa 50 bambini in maniera continuativa (circa 10 sono lattanti) e 80 vengono ospitati nelle ore diurne.

Nel 2007 iniziò un servizio di assistenza odontoiatrica con il contributo dell'Unitalsi e di un piccolo gruppo di odontoiatri italiani, gruppo che è mano a

mano aumentato ed è oggi composto da 15 odontoiatri provenienti da varie regioni.

Con suor Denise il Dr. Mauro Giacomi di Fiuggi, in rappresentanza del gruppo*, ha stipulato un accordo per il quale ognuno dei professionisti presta la propria opera per circa 2 settimane ogni anno a favore dei bambini dell'istituto, degli studenti della scuola di avviamento professionale gestito dai Padri Salesiani e soprattutto a quelle persone, segnalate dal servizio di assistenti sociali presente nella struttura, che versano in condizioni di indigenza..

Spesso mi viene chiesto cosa mi ha spinto ad andarvi.



Dopolavoro

I motivi sono stati molti ma è stato determinante il vivere un episodio che mi è sembrato una "chiamata":



Chiesa della natività in fase di restauro



Culle dei lattanti

dopo tante insistenze di mia moglie, anch'essa medico, nel 2008 vinsi le mie paure (lasciavamo a casa due figli ancora studenti) e ci aggregammo ad una comitiva di Pontedera che andava in pellegrinaggio in Terra Santa; della comitiva faceva anche parte il Vescovo Vasco Bertelli che, mentre eravamo in visita al Baby Hospital situato molto vicino al "muro" alla periferia di Betlemme, disse che ci avrebbe momentaneamente lasciato per andare a trovare una persona. Mia moglie mi guardò e mi chiese di accompagnarlo e anche se molto contrariato in quanto avrei voluto visitare l'ospedale e soprattutto perché intimorito dal dover addentrarci col buio e da soli nel centro di una città che non conoscevo non seppi dire di no.

Arrivati a destinazione fummo accolti da Suor Sophie, piccola di statura ma dotata di grande energia. Io ancora non sapevo dove e perché eravamo andati in quel posto e grande fu la sorpresa quando mi vidi attorniato da un nugolo di bambini che volevano tutti essere presi



Camerata dei bambini più grandi



Visita di uno studente dell'Istituto dei Salesiani

in braccio, che ti sorridevano e sembrava ti chiedessero di avere anche se per pochi minuti l'attenzione di una figura paterna; allo stupore si sovrappose la commozione quando fui condotto davanti a molte piccole culle di lattanti. Suor Sophie ci disse che alcune volte venivano portati direttamente all'istituto, ma nella maggior parte dei casi trovati abbandonati magari con accanto il loro biberon pieno di latte.

La visita però non aveva ancora finito di riservarmi delle sorprese infatti fui condotto davanti ad un piccolo edificio dove era stato realizzato uno studio dentistico ove andavano ad operare come volontari alcuni odontoiatri italiani per curare i bambini e la popolazione locale di tutte le religioni che si trovava in difficoltà socio-economiche.

Da tempo maturavo il desiderio di effettuare del volontariato e dentro di me quell'esperienza forte e del tutto casuale prese i connotati di una "chiamata" per cui pensai subito che avrei dovuto anch'io tornarvi non più come turista ma a dare anche il mio contributo professionale. L'esperienza avuta in questi anni è stata bellissima non tanto per la quantità e la qualità delle cure prestate quanto per i contatti umani avuti con i bambini dell'istituto, con le persone del luogo ed anche con dei giovani colleghi locali che hanno iniziato a lavorare in maniera continuativa nello studio e che abbiamo cercato di far crescere professionalmente.

Ad ogni mio ritorno, quando cerco di fare un bilancio del viaggio, quasi sempre sento che quello che ho ricevuto a livello umano è stato superiore a quanto sono riuscito a dare e mi chiedo se la mia opera sia veramente efficace. Sicuramente potrei fare molto di più ma mi conforta un pensiero di

Maria Fontaine:

"se ti poni degli obiettivi, può darsi che tu non li raggiunga,

ma sarai andato molto più in là di quanto avresti fatto se non te li fossi posti".

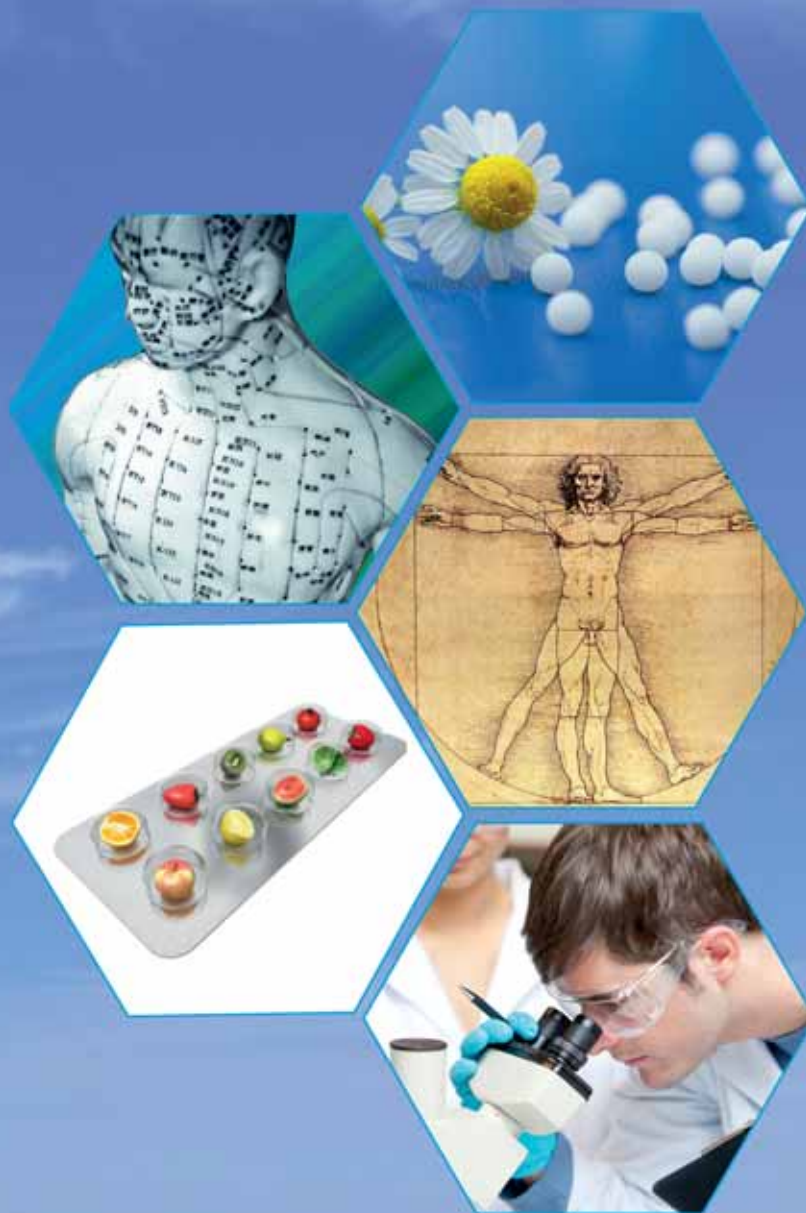
*Coloro che volessero entrare a far parte del gruppo degli odontoiatri volontari o che comunque fossero interessati ad avere più dettagli sull'attività svolta alla Crèche possono trovare foto, filmati ed articoli su internet alle voci "Dentisti volontari in Palestina" o "Crèche di Betlemme".





Igea Network

www.igeanetwork.eu



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

Donazione d'organi e religiosità: esperienze professionali

La religiosità soprattutto intesa come "affidamento" ad una divinità, se inserita in un percorso di educazione altruistica e solidale come la donazione, potrebbe assumere diversi significati a volte anche non in completa sintonia tra loro. Gli individui se pur dotati di determinate credenze sono, comunque, inseriti in un contesto sociale e con esso interagiscono amalgamando la propria esperienza spirituale con le regole generali di convivenza cercando di aggiungere valore al bene comune. Ciò che, in prima istanza, si può comunemente pensare è che essa possa facilitare la predisposizione d'animo verso il gesto di donare non tanto perché un atteggiamento fideistico sia, di per sé, favorente all'elevazione di principi e valori morali a sfondo sociale e umano ma, presumibilmente, perché sostiene in modo diffuso e capillare l'approfondimento di alcune specifiche tematiche rispetto ad altre. Vi è però anche un altro aspetto su cui potrebbe essere utile riflettere ed è che la religiosità inserita in un determinato contesto culturale, ancorato a periodi storici in ampia misura non più attuali, abbia, verosimilmente ed almeno nella prima fase in cui si è espansa la pratica dei trapianti, contenuto in qualche misura la spinta donativa. Infatti, in molti credi religiosi il concetto di ricomposizione post mortem dell'unicità del corpo con lo spirito in un mondo ultraterreno, ha potuto rappresentare un "vulnus" non facilmente superabile per arrivare al gesto di

donare i propri organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico. All'aspetto strettamente religioso o comunque spirituale, si associa anche quello connesso con la volontà che determina il contrasto tra due pensieri di cui uno fortemente motivante e l'altro invece, a sfondo culturale e storico, indebolente. Il primo è rappresentato dall'appagamento psicologico e quindi dal sollievo derivante dall'opportunità

di donare a favore di altri che in tale modo possono beneficiare di un grande bene a livello sia fisico che psicologico. Dall'altro lato vi è l'inquietudine di doversi, invece, privare di qualcosa di "strettamente personale" che in altre parole significa dover accettare l'aspetto propriamente razionale della donazione che riguarda la cessata utilità nel contesto materiale di una parte di noi dopo il decesso, che



però mantiene un altissimo valore terapeutico se inserito in un corpo ancora vivente. Per cui, in un contesto di analisi del rilievo che la religiosità può assumere sull'atteggiamento dei singoli nei confronti della donazione, non possiamo prescindere dalla presa in considerazione degli aspetti a carattere

psicologico che coinvolgono i familiari dei donatori nel momento in cui viene chiesto loro di pronunciarsi. Sono, infatti, i congiunti che nelle veci del donatore devono affrontare, in un

momento di grave fragilità psicologica, l'onerosa incombenza di decidere sulla donazione o meno degli organi del proprio caro in assenza di precise indicazioni fornite in vita. Anche in questo caso possono fronteg-

giarsi almeno due aspetti del pensiero riconducibili in qualche modo alla religiosità che sono rappresentati, da un lato, dal "vedere" il proprio congiunto come una vittima di un destino crudele ed ingiusto e quindi indirizzare verso un atteggiamento non particolarmente benevolo verso la donazione oppure a voler considerare l'accaduto come un "disegno" più grande inserito in un quadro di soprannaturalità del quale l'esperienza terrena fa parte e quindi indirizzare nella direzione più filantropica. Alla luce di ciò si ritiene auspicabile possibile e quindi non utopistico che, fuori da un rigido contesto di religiosità si possa concretizzare una diffusa visione interamente "laica" del donare che muova non tanto da un obbligo morale o meramente legislativo ma da qualcosa che, come l'arte, venga avvertita come bisogno: "l'arte di donare" appunto.



Non è tutt'oro ciò che brilla: le facce nascoste dell'ictus

Non sempre la diagnosi di ictus cerebrale risulta chiara: è possibile infatti, nella comune pratica clinica, trovarsi di fronte a due diverse entità confondenti note come "stroke mimics" e "stroke camaleons".

Gli stroke mimics rappresentano quelle condizioni cliniche, ad esordio acuto, caratterizzate dalla comparsa di deficit neurologici focali che celano cause di natura non vascolare e che, ad un primo impatto, possono simulare un attacco ischemico transitorio o non transitorio. Di particolare frequenza, si presentano con una prevalenza di circa il **19%** che si riduce al **4%** qualora la diagnosi si avvalga dell'ausilio di neuroimaging e test laboratoristici. Etiopatologicamente, possono essere causati da condizioni neurologiche (emorragia intra od extraparenchimale, crisi epilettica, emicrania con aura, neoplasia, fenomeni infettivi/infiammatori..) e non neurologiche (sincope, encefalopatie metaboliche, disturbi elettrolitici, stato confusionale da farmaci o da sepsi, vestibolopatia periferica, disturbo di conversione, occlusione venosa retinica). Contrariamente, lo stroke camaleontico è costituito da fenomeni cerebrali di natura vascolare che mimano al-

tre entità cliniche. In tali casi la difficoltà diagnostica può essere legata al manifestarsi dell'evento ischemico o emorragico mediante fenotipi clinici confondenti: movimenti involontari (discinesie unilaterali, emiballismo acuto legati a lesioni dei nuclei della base), stato confusionale, agitazione, delirio (da imputare a sofferenza del territorio dell'arteria cerebrale anteriore, del nucleo caudato o lobo parietale non dominante), disturbo sensitivo che si esplica mediante dolore toracico o degli arti di sinistra, simile ad una sindrome coronarica acuta (spiegabile con una problematica del talamo) e infine interessamento acuto degli organi di senso come cecità e sordità corticale. Sfumati deficit neurologici possono inoltre essere difficili da riconoscere laddove il paziente presenti segni neurologici precedenti.

Di fronte a tali difficoltà, il medico si deve avvalere in primis di una valutazione accurata delle caratteristiche cliniche, considerando:

- età e dati demografici del paziente
- natura dei sintomi (sintomi positivi/negativi)
- modalità di presentazione e progressione
- presenza di fattori scatenanti
- sintomi associati (cefalea, alterazione coscienza..).

Valutare in maniera sistematica il paziente può inoltre essere di aiuto nel riconoscere l'eventuale presenza di problematiche extra neurologiche, dunque è fondamentale un approfondito esame obiettivo cardiologico, della cute e del corteo neurovegetativo, e valutare la presenza di polsi periferici, morsi, soffi carotidei.

Imprescindibile inoltre è av-

Caratteristiche cliniche	Stroke	Stroke mimics
Età e dati paziente (fattori di rischio vascolari)	+	-
Sintomi positivi	-	+
Sintomi negativi	+	-
Progressione graduale	-	+
Fattori scatenanti	-	+
Sintomi associati	-	+



ANGIO-TC, esami ematochimici, test tossicologici e metodiche di rapida esecuzione come ecocolor-Doppler vasi epiaortici ed elettroencefalogramma. Tali procedure limitano notevolmente l'errore diagnostico, tanto da portare la quota di errata diagnosi dal 7% (relativa a dipartimenti d'ur-

valersi, in acuto, di una valutazione neurologica accurata, eseguita da personale esperto, atto a riconoscere segni e sintomi non palesemente evidenti, a risalire al territorio vascolare eventualmente interessato, a proporre diagnosi differenziali

e ad indicare un adeguato iter diagnostico, nel rispetto dei dati disponibili e dei tempi legati alla possibilità di avvalersi di terapie tempo-dipendenti.

L'iter strumentale prevede l'ausilio fornito dall'esecuzione in urgenza di TC encefalo ed

genza dove la fibrinolisi viene eseguita senza la valutazione di uno stroke team esperto) al 2.8% (nelle strutture, come quelle del nostro territorio, con personale esperto nell'approccio al paziente con patologia neurovascolare).



La malattia di Huntington: Pisa nel “percorso Europa”

La Malattia di Huntington (MH) è una patologia neurodegenerativa a trasmissione autosomica dominante descritta per la prima volta dal Dr. George Huntington a Filadelfia nel 1872; caratterizzata da movimenti involontari, declino cognitivo e disturbi psichiatrici ha una prevalenza di 4-10/100.000 nel mondo occidentale ed è ricompresa, anche ai fini assistenziali, fra le malattie rare.

Eziopatogenesi

La MH è determinata dall'espansione della tripletta CAG nel primo esone del gene IT15 (Interesting Transcript 15) sul

braccio corto del cromosoma 4 (4p16.3); la clonazione di questo gene nel 1993 ha reso possibile l'utilizzo di un test genetico per la diagnosi di questa malattia.

Il gene IT15 codifica per l'huntingtina (htt) proteina di 350 kDa ubiquitaria, a maggior espressione a livello di neuroni, polmone e gonadi. Nella popolazione normale la tripletta CAG si ripete nel gene fino a 35 volte e l'huntingtina contiene circa 8-35 residui aminoacidi di glutammina espressione della tripletta; nel range di espansione compreso tra 36 e 39 la malattia presenta una penetranza ridotta, la penetranza è completa

per espansioni superiori a 40. Se la mutazione determini una riduzione di efficacia della proteina normale “*loss of function hypothesis*” o l'acquisizione di caratteristiche tossiche “*gain of function hypothesis*” non è ancora chiaro, tuttavia a livello cellulare sono state riscontrate inclusioni intra ed extranucleari di huntingtina nei pazienti affetti da MH, a dimostrazione che la proteina mutata ha un alterato percorso di processazione con conseguente formazione di una forma insolubile, suggerendo l'acquisizione di proprietà tossiche in seguito alla mutazione. Dal punto di vista anatomicopatologico a livello cerebrale





è stata riscontrata una massiva perdita neuronale striatale, caratterizzata dalla perdita di più del 95% dei *medium sized spiny neurons*, che proiettano a livello del globo pallido e della sostanza nera. La perdita neuronale e la conseguente atrofia coinvolgono anche altre zone quali la corteccia cerebrale, la sostanza bianca sottocorticale, il talamo ed i nuclei ipotalamici.

Diagnosi

Si basa sul riscontro di sintomi motori suggestivi in soggetti con storia familiare positiva di malattia. L'identificazione del gene responsabile della patologia ha permesso di sviluppare un test diagnostico genetico in grado di identificare i portatori dell'allele mutato quando sono ancora asintomatici e di confermare il sospetto diagnostico nei pazienti in fase conclamata di malattia. Meno del 5% degli individui a rischio decidono di sottoporsi al test, generalmente per prendere decisioni im-

portanti in ambito familiare o lavorativo; considerati i rischi legati all'esito del test, sono stati elaborati protocolli specifici da seguire con l'intento di escludere dalla valutazione bambini e soggetti con elevato rischio suicidiario e di preparare gli individui esaminati, mettendo loro a disposizione figure qualificate per garantire un adeguato counseling di tipo psicologico nella fase di diagnosi di malattia, soprattutto nei soggetti pre-sintomatici.

Clinica

Nella sua *forma classica* la MH ha esordio tra i 35-40 anni con l'esordio ed un decorso di circa 15-20 anni. I *movimenti coreici* definiti come "movimenti spontanei, eccessivi, irregolari nella ripetizione temporale, casualmente distribuiti e improvvisi", sono presenti in circa il 90% dei casi, associati a un riduzione del tono muscolare, coinvolgono tutto il corpo e sono rappresentati da *grimaces* facciali,

movimenti rotatori del capo, flesso-estensione ai quattro arti. Con la progressione di malattia i movimenti coreici vengono progressivamente sostituiti da movimenti distonici e ballici, simili a quelli coreici ma più intensi, massivi e rapidi.

Le fasi avanzate di malattia sono caratterizzate sul profilo motorio da rallentamento, rigidità, compromissione dell'eloquio e della funzione deglutitoria, quest'ultima spesso causa di *polmonite ab ingestis*. Altri sintomi motori che si possono presentare sono:

Disturbi dell'oculomozione, segno precoce di malattia, caratterizzato nelle prime fasi dall'incapacità di sopprimere la deviazione dello sguardo in risposta a nuovi stimoli e dal ritardo nell'inizio delle saccadi. Nelle fasi più avanzate si osserva rallentamento delle saccadi, compromissione della capacità di fissazione per maggior distraibilità ed incapacità di sopprimere l'ammiccamento

durante i movimenti saccadici. **Riflessi ipercinetici** sono apprezzabili precocemente in circa il 90% dei pazienti, clono e risposta plantare in estensione compaiono più tardivamente come pure i riflessi di liberazione frontale.

Disturbo della deambulazione può essere sintomo precoce caratterizzato da difficoltà nel dietro-front ed instabilità in particolare nella deambulazione in tandem; nelle fasi avanzate si ha progressiva ridotta autonomia nella marcia con frequenti cadute determinanti di rapido peggioramento della malattia. Laddove il disturbo motorio sia caratterizzato sin dalle prime fasi da bradicinesia e rigidità si configura la **variante di Westphal** (variante rigida) più frequentemente ad esordio precoce tra i 20 e 30 anni con decorso più rapido ed invalidante rispetto alla forma classica.

La forma giovanile, ad esordio prima dei 20 anni, rappresenta circa il 10% dei casi di MH; di questi circa il 2% presenta segni di malattia prima dei 10 anni. Le prime manifestazioni sono caratterizzate da un declino nelle performances sco-

lastiche o più spesso disturbi psichiatrici inquadrati spesso come schizofrenia. A differenza della forma classica più spesso nella forma giovanile il quadro motorio è caratterizzato da rigidità e bradicinesia. Anche nei casi in cui all'esordio siano presenti movimenti involontari l'evoluzione verso la fase rigida è rapida con frequenti cadute, disartria, iperreflessia ed atassia. Circa il 25% dei casi di MH, si presentano come ad **esordio tardivo** ovvero dopo i 50 anni; il decorso è più lento rispetto ai casi ad esordio giovanile e l'interessamento cognitivo meno disabilitante.

Oltre ai sintomi motori la MH è caratterizzata anche da sintomi neuropsichiatrici e cognitivi che talora precedono l'esordio motorio di molti anni determinando limitazioni nella qualità della vita sia dei familiari che del paziente. La **demenza** in corso di MH viene definita come "progressiva compromissione di almeno due domini cognitivi (attenzione, velocità di elaborazione degli stimoli, funzioni esecutive, capacità visuospatiali, memoria) senza necessario coinvolgimento della memo-

ria, che determini limitazione delle autonomie funzionali" con prevalente interessamento delle funzioni attentive e della velocità di processazione.

Studi di popolazione condotti su pazienti presintomatici portatori di mutazione a varia distanza dallo sviluppo clinico di malattia ha dimostrato che già in fase precoce è possibile rilevare rallentamento ideativo e compromissione della memoria implicita definita come la memoria che ci permette di compiere un movimento in maniera automatica senza che sia necessario ripetere la sequenza di gesti che ci ha portato ad impararlo; si associano ridotta capacità di riconoscere le emozioni in base all'espressione dei volti (teoria della mente) o all'intonazione della voce.

Sintomi neuropsichiatrici sono presenti nella MH sin dalle fasi precoci; la depressione è un sintomo molto frequente spesso associata ad ideazione suicidiaria, il tasso di suicidio in corso di MH è infatti da 5 a 10 volte più frequente che nella popolazione generale (fino al 10% dei pazienti MH).

Recentemente, uno studio os-



servazionale condotto dall'associazione europea per la malattia (EuroHD) su 1993 soggetti positivi all'indagine genetica, ha evidenziato l'apatia come sintomo più frequente (28%) specie nelle fasi più avanzate. Altri sintomi psichiatrici che si possono presentare in corso di malattia sono, in ordine di frequenza, irritabilità/aggressività (13,9%), disturbo ossessivo compulsivo (13,2%), psicosi (1,2%).

Terapia

Attualmente non è disponibile un trattamento in grado di modificare la storia naturale della malattia e non si osservano differenze in termini di sopravvivenza tra individui trattati e non trattati con le terapie disponibili che sono esclusivamente sintomatiche.

Per il controllo della *sintomatologia motoria* sono utilizzati farmaci come la Tetrabenazina, che determina deplezione pre-sinaptica di dopamina e ha debole azione di blocco sui recettori dopaminergici postsinaptici D2; nelle forme rigido-acinetiche un possibile beneficio può essere rappresentato dall'impiego di farmaci antiparkinsoniani, quali dopaminoagonisti, Levodopa ed Amantadina.

I sintomi psichiatrici sono attenuati dall'utilizzo di neurolettici prediligendo neurolettici atipici come olanzapina, i quali inducono minori effetti collaterali come sedazione e parkinsonismo. I sintomi affettivi e comportamentali possono

essere controllati tramite terapia con antidepressivi serotoninergici (Citalopram, Setralina, Fluoxetina) e stabilizzanti dell'umore (Valproato, Litio), mentre non esistono trattamenti con efficacia documentata sul deterioramento cognitivo. Un farmaco potenzialmente efficace in pazienti con MH è la Memantina; utilizzata principalmente nel trattamento della Malattia di Alzheimer, agisce come antagonista non competitivo dei recettori per l'N-metil-D-aspartato (NMDA) e potrebbe avere effetti neuroprotettivi. Attualmente la ricerca scientifica è volta all'individuazione di terapie neuroprotettive; infatti la MH, a differenza di altri disordini del movimento, è caratterizzata da una spesso lunga fase pre-clinica ben individuabile durante la quale è ipotizzabile l'impiego di terapie in grado di rallentare la progressione di malattia. Per questo motivo la potenziale efficacia di nuovi agenti farmacologici neuroprotettivi viene valutata in pazienti pre-sintomatici; l'interpretazione dei risultati potrebbe essere facilitata dalla definizione di precisi biomarker di malattia, biochimici o ottenuti con tecniche di neuroimaging, che permettano di comparare l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti in esame.

Il Centro Parkinson e Disordini del Movimento (responsabile Prof. Ceravolo) della Clinica Neurologica di Pisa diretta dal Prof. Bonuccelli, segue più di 50 pazienti affetti da MH sin dalla diagnosi genetica con

supporto di counseling per pazienti sintomatici.

Al primo accesso il paziente viene valutato sia sul profilo motorio che cognitivo con esecuzione di test neuropsicologici; anche la consulenza psichiatrica è assicurata rapidamente dopo la diagnosi per un corretto inquadramento e trattamento dei vari sintomi psicopatologici che caratterizzano la malattia.

Con il progredire del quadro i pazienti sono indirizzati al monitoraggio otorinolaringoiatrico con studio endoscopico della funzione deglutitoria, al fine di prevenire complicanze respiratorie ed educare, col sostegno dei colleghi nutrizionisti, ad un corretto apporto calorico dietetico che si adatti alle esigenze delle diverse fasi di malattia. Ulteriori supporti di tipo fisioterapico e psicologico. Infine, laddove il disturbo della marcia rappresenti il sintomo dominante il quadro clinico specie nelle fasi iniziali i pazienti vengono valutati anche da colleghi neuroriabilitatori ed indirizzati a supporto fisioterapico.

Accanto all'attività assistenziale il centro di Pisa, che fa parte della rete europea (*European Huntington Disease Network*), offre ai pazienti la possibilità di aderire a studi sperimentali con nuovi farmaci sintomatici ed in fase di definizione anche ad uno studio su di un nuovo farmaco potenzialmente neuroprotettivo, che verrà testato per valutare la sua capacità di rallentare la progressione di malattia.



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

BORGIO STRETTO, 6

050 971 1408

INFO@SERGIOCAPONE.COM

VIAREGGIO

VIALE MARCONI, 87

0584 582776

VIAREGGIO@SERGIOCAPONE.COM

ROLEX

Cartier

Powellato

BVLGARI

TUDOR

IWC
SCHAFFHAUSEN

JAEGGER-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

Rosen
Xthal



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)