PisaMedica

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

Sped. a. p. 45% - art. 2 comma 20/b - Legge 662/96 Filiale di Pisa - € 2,00

in questo numero:

Video-fluorangiografia: novità in Neurochirurgia Vascolare

R. Vannozzi
Direttore Unità Operativa Neurochirurgia II A.O.U.P.

Regolamento di attuazione in materia di studi medici e odontoiatrici

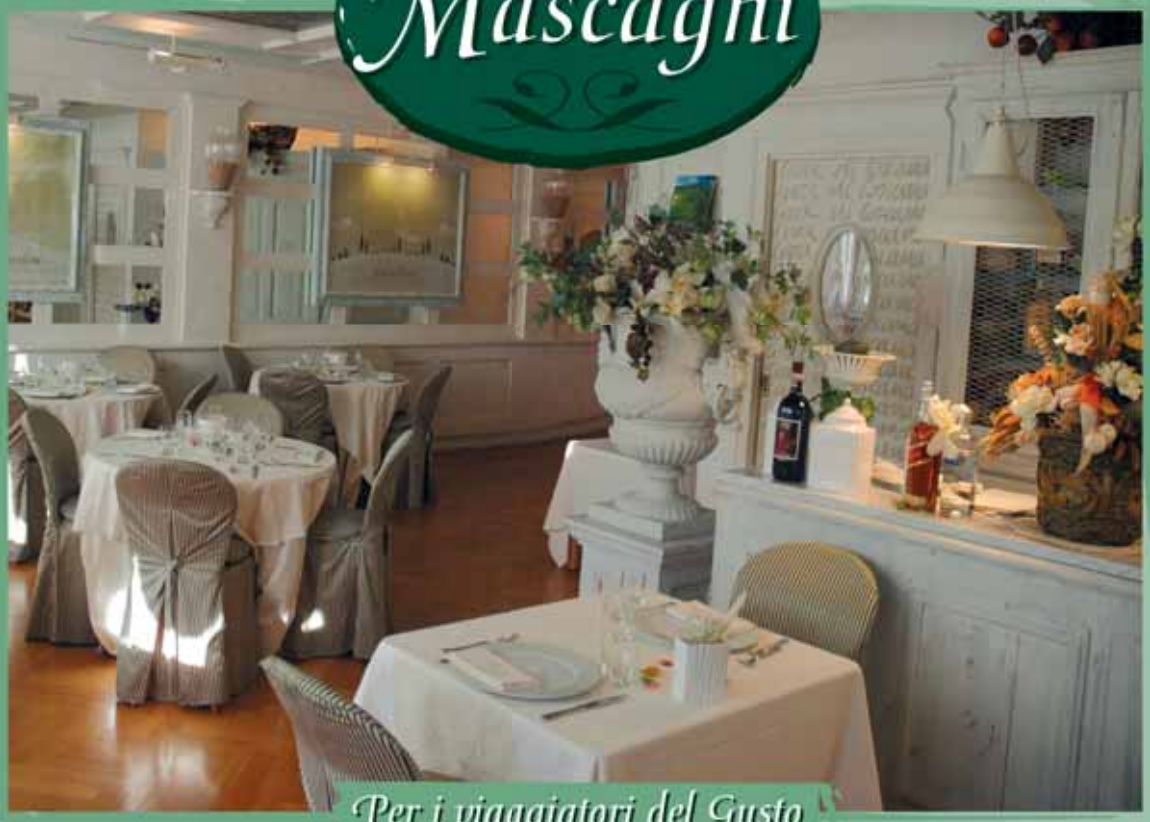
Ipovisione e riabilitazione visiva

M. C. Ragone - M. S. Sartini
U.O. Oculistica Universitaria A.O.U.P.

numero 37 Novembre - Dicembre 2008

RISTORANTE

Mascagni



Per i viaggiatori del Gusto

Il Locale

UN AMBIENTE SOBRIO ED ELEGANTE, COSTITUISCE L'ELEMENTO FONDANTE DI UNA STRUTTURA RICETTIVA DAL DESIGN RICERCATO, QUANTO AVVOLGENTE. L'ATMOSFERA INFATTI, È QUANTO DI PIÙ ACCOGLIENTE SI POSSA RICHIEDERE, SIA PER INCONTRI DI LAVORO CHE PER CONVIVI AMICHEVOLI E PERCHÉ NO, PER ROMANTICHE CENE A LUME DI CANDELA.

La Cucina

LA SELEZIONE DEGLI INGREDIENTI È ALLA BASE DI OGNI RICETTA, ELABORATA DA CHEF DI GRANDE ESPERIENZA E DI ALTRETTANTA PASSIONE, SEMPRE DISPONIBILI NEL PROPORRE DIVERSI MENÙ, DI TERRA E DI MARE, CHE SI CONTRADDISTINGUONO PER SEMPLICITÀ E BONTÀ.

UN PERCORSO ENOGASTRONOMICO UNICO, CHE SI CONCLUDE CON L'APOTEOSI DEI DOLCI REALIZZATI DAI MAESTRI DELLA STORICA PASTICCERIA SALZA; AUTENTICHE OPERE D'ARTE, CONOSCIUTE ED APPREZZATE A LIVELLO INTERNAZIONALE.

RISTORANTE

Mascagni

AEROPORTO GALILEO GALILEI
56100 PISA
TEL 050 43550 FAX 05048809

PARCHEGGIO GRATUITO

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Grazie, colleghi: non vi deluderemo

Con un'affluenza del venti per cento degli iscritti, le recenti elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri, ha superato non di poco, quest'anno, la media nazionale (intorno al quindici per cento). Un dato - debbo dire - doppiamente positivo e lusinghiero: primo sul piano numerico in sè, secondo sul motivato, maggiore interesse partecipativo dimostrato dai colleghi.

In un momento davvero delicato nella vita delle Istituzioni Ordinistiche italiane (nella cancellazione già proposta per numerosi Ordini, non è da escludere in futuro un coinvolgimento anche del nostro), la scelta di andare a sancire un diritto d'espressione testimonia sopratutto una crescente presa di coscienza verso l'immagine e la professione del medico.Ed assieme, anche una difesa del nostro ruolo sociale ed al contempo il netto rigetto di tutti i tentativi di screditarne la credibilità istituzionale ed umana.

Nessuno è immune da errori - siamo noi stessi a ribadirlo - sbagliare è possibile, la medicina non è una scienza esatta e gli spazi organizzativi e finanziari disponibili appaiono sempre più ristretti. Non si tratta però di arroccarsi su sterili giustificazioni. Al contrario, è la cornice reale e pragmatica in cui si muovono esseri umani, non diversi da altri, nell'ottica prioritaria della tutela della salute del cittadino.

Ritenendo in sintonia il vostro pensiero, valuto quindi in maniera particolarmente positiva questa svolta, nello spirito di partecipazione, al di là delle pur confortanti cifre numeriche. Ed in tale proiezione, voglio dunque esprimere la mia gratitudine e quella dell'intero Consiglio Direttivo dell'Ordine, per la rinnovata fiducia.

Posso assicurare fin d'ora che, stimolati da questa importante premessa, ci impegneremo ancor più nel compito che ci è stato affidato, forti delle passate esperienze, certi di una vostra più incisiva collaborazione. I problemi, inutile nasconderselo, non sono pochi, nè semplici da risolvere. Posso comunque confermare che, insieme, li supereremo uno ad uno. L'unione, da sempre, è sinonimo di forza e noi saremo insieme in questo cammino. Grazie, dunque, del vostro concreto e fattivo contributo. Abbiamo bisogno delle vostre idee. Vi ascolteremo e non vi deluderemo.

Consiglio Direttivo Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Pisa 2009/2011

Presidente Figlini Giuseppe
Vicepresidente Bresci Gianpaolo
Segretario Mameli Lina
Tesoriere Monicelli Paolo
Consiglieri Tramonte Elio, Buccianti Piero, Orsitto Eugenio, Morales Maria Aurora, Petri Maurizio, Baggiani Angelo, Graci Cataldo, Lucchetti Amalia, De Luca Antonio, Taddei Stefano, Baldi Paolo, Pancani Franco (Odontoiatra), Bartolomei Gabriele (Odontoiatra)

Commissione Odontoiatri

Presidente Pancani Franco
Segretario Villani Maria Cecilia
Componenti Trivelli Roberto, Galoppi Teresa, Bartolomei Gabriele

Revisori dei Conti

Fontanive Paolo, Fabris Menichini Filippo, Stefani Paolo, Gesi Camilla (Supplente)

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 Giuseppe Baldi, Carlo Borsari, Piero Buccianti, Antonio De Luca, Sergio Ghione, Cataldo Graci, Eugenio Orsitto, Mario Petrini, Paolo Rindi, Massimo Seccia, Elio Tramonte, Teresa Galoppi, Franco Pancani, Maria Cecilia Villani, Gabriele Bartolomei, Paolo 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
Alessio Facchini per Archimedia

Stampa
MYCK Press

Foto di copertina
Punto Reflex di Enrico Mangano

Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 33 del 15.10.2008

Regolamento di attuazione in materia di studi medici e odontoiatrici

SEZIONE I

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 ottobre 2008, **n. 52/R**

Regolamento di attuazione della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 in materia di studi medici ed odontoiatrici.

Il Presidente della Giunta Regionale

Visto l'articolo 121 della Costituzione, quarto comma, così come modificato dall'articolo 1 della Legge Costituzionale 22 novembre 1999, n. 1;
Visti gli articoli 34 e 42, comma 2, dello Statuto;
Vista la legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), come modificata dalla legge regionale 12 novembre 2007, n. 56;
Richiamati in particolare:
- l'art. 2, comma 1, che rinvia ad un regolamento la definizione dei requisiti generali e specifici per gli studi di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c bis) con l'individuazione di requisiti differenziati in relazione alla maggiore o minore invasività delle procedure effettuate o a rischio per l'utente;
- l'art. 5, commi 2 e 2 bis, che rinvia allo stesso regolamento l'individuazione degli studi soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività, in ragione della maggiore o minore invasività delle procedure effettuate o a rischio per l'utente;
Visti i pareri espressi dal Consiglio Sanitario Regionale:
- n. 14 del 13 marzo 2006;
- n. 21 del 27 giugno 2006;
- n. 29 dell'11 settembre 2007;
- n. 2 del 15 gennaio 2008.
Vista la preliminare decisione della Giunta regionale 21 luglio 2008, n. 23 adottata previa acquisizione del parere del Comitato Tecnico della Programmazione e delle competenti strutture di cui all'articolo 29 della legge regionale n. 44/2003;
Acquisito il parere favorevole espresso dalla 4^ Commissione consiliare nella seduta dell'11 settembre 2008;
Vista la deliberazione della Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 780, che approva il Regolamento di attuazione della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 in materia di studi medici ed odontoiatrici;

EMANA

il seguente Regolamento:

Capo I

Art. 1 Oggetto del regolamento

1. Il presente regolamento, in attuazione dell'articolo 2 comma 1, lettera b) della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), individua:
a) le prestazioni erogabili negli studi medici ed odontoiatrici;
b) criteri per la distinzione tra prestazioni invasive e a minore invasività;
c) gli studi soggetti ad autorizzazione;
d) gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività;

e) le prescrizioni ed i requisiti generali e specifici per gli studi di cui alle lettere c) e d), differenziati in ragione della maggiore o minore invasività delle procedure effettuate o a rischio per l'utente.
2. Le disposizioni del presente regolamento non si applicano agli studi dei medici di medicina generale e dei medici pediatri di libera scelta convenzionati per l'esercizio dell'assistenza primaria.

Capo II
Prestazioni erogabili negli studi medici di chirurgia ambulatoriale, negli studi medici che erogano prestazioni di endoscopia e negli studi odontoiatrici

Art. 2 Studi medici di chirurgia ambulatoriale

1. Gli studi medici di chirurgia ambulatoriale effettuano, non saltuariamente, interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica o locale.
2. Gli studi medici che erogano le prestazioni di cui al comma 1 non possono eseguire le prestazioni di esclusiva competenza delle strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti di seguito indicate:
a) interventi chirurgici, procedure diagnostiche o terapeutiche, invasive che richiedano forme di anestesia diverse dall'anestesia topica o locale;
b) interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche invasive che richiedano la presenza di più medici della stessa o di diversa disciplina, compresi i medici anestesisti.

Art. 3 Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia

1. Gli studi medici che erogano prestazioni di endoscopia effettuano solo attività nelle quali l'accesso alla cavità da esplorare avvenga tramite orifizio naturale.
2. Le attività di endoscopia ad accesso chirurgico percutaneo possono essere effettuate esclusivamente presso strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti.

Art. 4 Studi odontoiatrici

1. Gli studi odontoiatrici effettuano interventi della branca odontostomatologica praticabili in anestesia loco regionale, ad esclusione degli interventi che necessitano di anestesia totale eseguibili esclusivamente presso strutture ambulatoriali o di ricovero per acuti.

Capo III
Criteri per la distinzione tra prestazioni invasive ed a minore invasività

Art. 5 Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive ed a minore invasività

1. Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:
a) non apertura chirurgica delle sierose;
b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive;
c) rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
d) previsione di non significativo dolore post-procedura.
2. Sono invasive tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche considerate non a minore invasività individuate ai sensi del comma 1.

Art. 6 Elenco prestazioni a minore invasività

1. Sulla base dei criteri di cui all'articolo 5 sono elencate nell'allegato A al presente regolamento tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche da ricondurre alla minore invasività.

Capo IV
Studi soggetti ad autorizzazione o a dichiarazione di inizio attività

Art. 7 Studi soggetti ad autorizzazione

1. Sono soggetti ad autorizzazione gli studi medici ed odontoiatrici di cui agli articoli 2, 3 e 4 che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per il paziente, nonché procedure di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi, non comprese nell'elenco di cui all'articolo 6.
2. Ai fini del presente regolamento si intende per refertazione per terzi la produzione di documentazione utilizzabile con valore equivalente alla refertazione, contenente una valutazione diagnostica strumentale non complementare alla visita clinica.

Art . 8 Studi soggetti a dichiarazione di inizio attività

1. Sono soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ed odontoiatrici di cui agli articoli 2, 3, e 4 che erogano esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'allegato A.
2. Sono altresì soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ove l'esercizio della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi.

Art. 9 Attività libera

1. L'attività degli studi medici ed odontoiatrici che effettuano solo visite o diagnostica strumentale non invasiva complementare all'attività clinica può essere esercitata in forma libera.

Capo V
Requisiti e prescrizioni

Art. 10 Requisiti e prescrizioni per gli studi soggetti ad autorizzazione

1. Gli studi soggetti ad autorizzazione devono essere in possesso dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi generali e specifici di cui all'allegato B del presente regolamento.
2. Nell'esercizio dell'attività gli studi di cui al comma 1 sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nell'allegato B.

Art. 11 Requisiti e prescrizioni per gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività

1. Gli studi soggetti a dichiarazione di inizio attività devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali di cui all'allegato C del presente regolamento.
2. Nell'esercizio dell'attività gli studi di cui al comma 1 sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nell'allegato C.

Capo VI
Disposizioni finali

Art. 12 Termine per la presentazione delle istanze

1. Gli studi di cui all'articolo 16, commi 1 e 2 della legge regionale 12 novembre 2007 n. 56 (Modifiche alla legge regionale 23 febbraio 1999, n.8), sono tenuti a presentare la domanda di autorizzazione o la dichiarazione di inizio attività entro il 31 gennaio 2009.

Il presente Regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Toscana.

MARTINI

Firenze, 8 ottobre 2008

ESTREMI DEI LAVORI PREPARATORI

Decisione della Giunta regionale 21 luglio 2008, n. 23 di approvazione dello schema di regolamento.

Parere favorevole della 4^ Commissione consiliare dell'11 settembre 2008.

Deliberazione della Giunta regionale 6 ottobre 2008, n. 780 di approvazione del regolamento.

SEGUONO ALLEGATI

	ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A DIA
	CARDIOLOGIA
1	Iniezioni endovenose sclerosanti
	CHIRURGIA GENERALE-CHIRURGIA TORACICA
2	Agoaspirazione di cisti della mammella ecoguidata o non
3	Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella
4	Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
5	Anoscopia con o senza biopsia
6	Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
7	Asportazione di condilomi del pene
8	Asportazione di condilomi perianali
9	Asportazione di lesione peduncolata anale e perianale
10	Biopsia chirurgica o ecoguidata dei tessuti molli della parete toracica e addominale
11	Biopsia del pene
12	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
13	Cateterismo vescicale
14	Cistoscopia retrograda transuretrale con o senza biopsia
15	Cromocistoscopia
16	Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
17	Esame urodinamico
18	Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
19	Exeresi di cisti sebacee perianali, del pene, dello scroto
20	Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
21	Incisione di ascesso dei piani soprafasciali
22	Incisione di fistola o cisti pilonidale
23	Incisione semplice di ascesso perianale
24	Incisione semplice di emorroide trombizzata procidente
25	Infiltrazione di cheloide
26	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
27	Interventi sulla cute e tessuto sottocutaneo del tronco e arti interessanti follicoli piliferi, unghie, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare
28	Legatura elastica delle emorroidi
29	Manometria ano-rettale
30	ph-metria esofagea
31	Puntura evacuativa di idrocele
32	Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia
33	Rimozione di corpo estraneo dalla cute
34	Rimozione di tessuto necrotico superficiale
35	Sbrigliamento di sinechie del pene
36	Sclerosi di fistola pilonidale
37	Scleroterapia delle emorroidi
38	Test di Bernstein
39	Uretroscopia

	DERMATOLOGIA-CHIRURGIA PLASTICA
40	Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
41	Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
42	Crioterapia medica (neve carbonica)
43	Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
44	Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
45	Elettrotricogenesi
46	Epilazione
47	Escarectomia di tessuto necrotico infezione ustione
48	Fotoringiovanimento non ablativo
49	Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)
50	Frenulotomia labiale e linguale
51	Frenulotomia peniena
52	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
53	Incisione di ascessi cutanei
54	Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
55	Ossigenazione iperbarica
56	Radiofrequenza
57	Rimozione di adenoma sebaceo
58	Rimozione di angiocheratoma
59	Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
60	Rimozione di carcinoma basocellulare (dimensioni ≤1 cm di diametro; dimensioni ≤ 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
61	Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
62	Rimozione di chiazza ipercromica
63	Rimozione di ciste (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
64	Rimozione di condilomi acuminati
65	Rimozione di dermatofibroma
66	Rimozione di fibrangioma
67	Rimozione di fibroma mollusco
68	Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
69	Rimozione di lago venoso delle labbra
70	Rimozione di lentigo simplex
71	Rimozione di linfangioma
72	Rimozione di milio
73	Rimozione di mollusco contagioso
74	Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
75	Rimozione di nevo melanocitico (dimensioni ≤ 1 cm di diametro; dimensioni ≤ 0,5 cm di diametro se la lesione è su viso, mani, piedi)
76	Rimozione di pecilodermia di civatte
77	Rimozione di siringoma
78	Rimozione di tatuaggio
79	Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
80	Rimozione di tricoepitelioma

81	Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
82	Rimozione di xantelasma palpebrale
83	Rimozione parziale di unghia
84	Terapia iniettiva a base di filler
85	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica
86	Terapia rivitalizzante cutanea iniettiva e transdermica
	FLEBOLOGIA
87	Bendaggio elastocompressivo
88	Iniezioni endovenose sclerosanti
89	Mesoterapia
90	Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
91	Scleroterapia con liquidi e\o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
92	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
93	Trombectomia, sia con anestesia locale che senza
	GASTROENTEROLOGIA
94	Biopsia endoscopica del retto con pinza mono-uso
95	Drenaggio percutaneo addominale
	GINECOLOGIA
96	Amniocentesi
97	Aspirazione cisti mammaria
98	Aspirazione cisti vaginale
99	Asportazione condilomi vaginali
100	Asportazione condilomi vulvari e perineali
101	Biopsia endometriale
102	Biopsia portio
103	Biopsia portio a guida colposcopica
104	Biopsia vulvare
105	Cauterizzazione della portio
106	DTC portio
107	Ecoisteroscopia dinamica
108	Inserimento e rimozione IUD
109	Isteroscopia
	OCULISTICA
110	Applicazione terapeutica di lente a contatto
111	Argonlaser-trabeculoplastica
112	Capsulotomia Yag-Laser per cataratta secondaria
113	Depilazione per trichiasi
114	Elettrolisi delle ciglia
115	Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva
116	Fotocoagulazione laser del segmento anteriore
117	Fotocoagulazione laser per patologia retinica
118	Iniezione peribulbare
119	Iniezione sottocongiuntivale
120	Iridotomia laser

121	Irrigazione dell'occhio
122	Lavaggio vie lacrimali
123	Medicazione oftalmica
124	Terapia laser e TTT delle patologie tumorali retino-coroideali
125	Terapia laser e TTT delle patologie vascolari retiniche
126	Trattamento laser cisti iridee
	ODONTOIATRIA
127	Attività peritali
128	Conservativa
129	Endodonzia
130	Igiene e profilassi
131	Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superire a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
132	Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
133	Ortodonzia
134	Parodontologia
135	Protesi
	OTORINOLARINGOIATRIA
136	Agoaspirato linfonodale o di neoformazioni delle ghiandole salivari diagnosticate come tali anche ecoguidato
137	Agopuntura nel distretto otorinolaringoiatrico
138	Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali
139	Asportazione di lesioni cutanee o sottocutanee con diametro inferiore a 5 cm a freddo o con strumentazioni elettromedicali
140	Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
141	Causticazione di varici nasali anteriori
142	Chiusura di fistola oroantrale
143	Dermoabrasione
144	Esercizi di riabilitazione foniatrica
145	Esercizi di riabilitazione vestibolare
146	Frenulotomia linguale e labiale
147	Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
148	Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
149	Lisi di aderenze nasali
150	Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
151	Messa a punto di protesi uditive
152	Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)
153	Posizionamento di insert inerti (impianti) nel palato molle
154	Riduzione di fratture delle ossa proprie nasali senza incisione
155	Riduzione di volume dei turbinati inferiori con radiofrequenza o analoghi strumenti elettromedicali
156	Riduzione di volume strumentale dell'ugola
157	Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o orofaringe senza incisione
158	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI, GENERALI E SPECIFICI E PRESCRIZIONI[1] PER L'APERTURA E L'ESERCIZIO DEGLI STUDI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE

INDICE

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali - Sezione G
G.1 - Requisiti organizzativi generali
G.2 - Requisiti strutturali e tecnologici generali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici - Sezione S
S.1 - Studi odontoiatrici
S.2 - Studi medici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale
S.3 - Studi medici che erogano prestazioni di endoscopia

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte e tenuto conto della loro natura privata che non li configura come aperti al pubblico, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche normative di settore, anche sovranazionali. La circostanza che solo alcuni dei requisiti previsti dalle suddette normative siano compresi tra i requisiti generali e specifici oggetto della presente disciplina non esclude la necessità che anche tutti gli altri siano rispettati.

SEZIONE G

G.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

G.1.1 Politica, obiettivi, ed attività
E' adottato un documento in cui sono individuate le prestazioni e le attività erogate e le modalità di erogazione.

G.1.2 Struttura organizzativa
La denominazione dello studio e delle attività svolte deve essere tale da identificare chiaramente la natura di studio professionale, la professionalità esercitata e la tipologia sanitaria delle attività effettuate. Il titolare dello studio definisce, sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, le procedure relative alla prenotazione, modalità di pagamento, accesso alle prestazioni, acquisizione del consenso informato, consegna e invio del referto-risultato, modalità per la tutela rispetto al trattamento dei dati personali, modalità di conservazione ed archiviazione dei dati e documentazione clinica. Le prestazioni effettuate devono essere registrate con completezza ed accuratezza e corredate dalle generalità riferite all'utente. Devono essere definite, in relazione al tipo di attività, adeguate modalità di approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali; solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neo formate. Tutti i materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza devono portare in evidenza la data della scadenza stessa ed essere conservati con modalità adeguate.

G.1.3 Gestione risorse umane
Il professionista titolare dello studio e gli eventuali collaboratori devono essere in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente ed essere adeguatamente aggiornati. Il titolare di studio odontoiatrico, deve risultare legittimato all'esercizio dell'odontoiatria ai sensi della normativa vigente. In relazione alla tipologia delle prestazioni erogate o alle necessità del paziente deve essere garantita, ove necessaria, la presenza di personale sanitario.
Le prestazioni sanitarie devono essere erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.

G.1.4 Gestione risorse strutturali
Il titolare dello studio garantisce che siano eseguiti gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti al fine di assicurare la funzionalità dello studio ed il rispetto dei requisiti previsti in tema di sicurezza.

G.1.5 Gestione risorse tecnologiche
E' redatto ed aggiornato un inventario delle apparecchiature utilizzate.
Il titolare dello studio garantisce che siano assicurati gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche e che i dispositivi medici siano conformi a tutte le normative di settore, comprese quelle comunitarie e le conseguenti normative interne di recepimento.
Deve essere presente un documento che preveda i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvise delle apparecchiature durante l'esecuzione delle prestazioni, qualora sussista un rischio per gli operatori e per gli utenti.

[1] *Le prescrizioni a differenza dei requisiti consistono in comportamenti da osservare. Nel testo del presente allegato viene usata indistintamente la parola "requisito" nell'accezione ampia che comprende sia il requisito vero e proprio sia la prescrizione.*

G.1.6 Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti
Deve essere garantito l'utilizzo di linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche o discipline specialistiche, come strumento di efficacia della qualità dell'assistenza e per gestire le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.
Devono essere documentate le modalità di svolgimento delle principali attività, in particolare:
- criteri e modalità di accesso dell'utente;
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate);
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti.

G.1.7 Informazione all'utenza
Ogni studio deve essere dotato di idonee indicazioni tali da favorire l'accessibilità all'utenza.
Il titolare dello studio garantisce la disponibilità, ai propri utenti, delle informazioni circa la tipologia di prestazioni erogate, le procedure relative all'accesso ed agli orari, i prezzi o tariffe delle prestazioni.
Il titolare dello studio garantisce che sia tutelata la privacy dell'utente durante l'intero processo di erogazione delle prestazioni. Nel caso in cui il titolare dello studio si avvalga di collaboratori, ogni operatore deve essere munito di apposito tesserino di riconoscimento allo scopo di consentirne l'identificazione da parte dell'utente.

G.2 - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

G.2.1 Requisiti strutturali
Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria. I locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi e come tutti i locali devono essere chiaramente identificabili.
La dotazione minima di ambienti è la seguente:
Locale di attività:
- deve avere superficie adeguata, pareti e pavimento lavabili e disinfettabili.
- deve garantire il rispetto della privacy dell'utente, in particolare deve essere presente un'apposita area separata per spogliarsi;
- deve essere corredato da un lavabo con comandi non manuali.
Locale servizi igienici:
- deve essere garantito un servizio igienico a disposizione degli utenti facilmente raggiungibile, dotato di lavello con comandi non manuali, dispenser per il sapone ed asciugamani monouso;
- in caso di presenza di un unico servizio igienico, deve essere garantito che l'accesso sia indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni;
- il pavimento deve essere lavabile e disinfettabile.
Locale o spazio di attesa:
- deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere.
Devono inoltre essere presenti:
- uno spazio per la refertazione, ove necessario;
- uno spazio per deposito per materiale pulito;
- uno spazio per deposito materiale sporco;
- uno o più armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione.
Gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati.
In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate.

G.2.2 Requisiti tecnologici
Lo studio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.
Nel caso in cui nello studio siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.
In caso di studi contigui, in assenza di barriere architettoniche, è sufficiente, quando previsto dai requisiti specifici, un unico carrello per la gestione dell'emergenza, per il quale deve essere identificato un responsabile, purché l'utilizzo di quanto contenuto nel carrello stesso sia compatibile con l'attività dei professionisti titolari degli studi contigui.

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI

SEZIONE S

S.1 - STUDI ODONTOIATRICI

I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G sono i seguenti:

S.1.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione specifica, in aggiunta ai requisiti generali, è la seguente:
- spazio per la detersione e sterilizzazione della ferristica e delle attrezzature o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno di tali attività.

S.1.2 Requisiti impiantistici

Nel locale di attività devono essere garantiti un adeguato ricambio di aria e un adeguato comfort microclimatico; nel caso in cui vengano impiegati gas per la sedazione cosciente devono essere garantiti 15 ricambi di aria/ora.
Nel locale di attività il lavello, oltre ad avere comandi non manuali, deve essere fornito di dispenser per il sapone ed asciugamani monouso. Nello spazio riservato alla sterilizzazione devono essere presenti:
- vasca per la disinfezione degli strumenti;
- lavello fornito di acqua calda e fredda per la detersione degli strumenti;

Lo studio deve inoltre essere dotato di:
- mobile per la conservazione del materiale già sottoposto a sterilizzazione e mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici;
- mobile per la rimessa del materiale d'uso non sterile;
- mobile per la rimessa di farmaci e materiale sterile monouso in confezione industriale (per esempio materiale da sutura, strumenti chirurgici monouso).

S.1.3 Requisiti tecnologici

Nello studio devono essere presenti le seguenti dotazioni tecnologiche:
<u>Strumenti di diagnostica:</u>
- apparecchio radiologico;
- armadietti e server in numero adeguato per medicinali e strumenti;
- materiale monouso (bicchieri, tovagliolini, cannule di aspirazione, guanti e mascherine per operatori e assistenti).

<u>Strumenti per terapia:</u>
- riunito provvisto di turbina, micromotore, siringa aria/acqua, aspiratore chirurgico, lampada alogena, poltrona.
- manipoli per turbina e micromotore in numero adeguato;
- frigorifero per conservazione medicinali;
- contenitore per rifiuti speciali;
- contenitore per strumenti taglienti da eliminare;
- contenitore per rifiuti assimilabili agli urbani;
- idonei dispositivi individuali di barriera.

<u>Carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:</u>
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci per il pronto soccorso;
- materiale e farmaci per la medicazione;
- bombola di ossigeno con erogatore e flussimetro.

<u>Strumenti per la sterilizzazione:</u>
- autoclave a vapore per la sterilizzazione dello strumentario;
- imbustatrice per strumenti;

S.1.4 Requisiti organizzativi

Il titolare dello studio e gli eventuali collaboratori devono essere preparati alla gestione delle emergenze.
Per ogni paziente, la cui patologia possa essere complessa, deve essere approntata una scheda clinica, cartacea o su supporto magnetico, in cui siano riportate le note anamnesiche, diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche. Ogni operatore dello studio odontoiatrico, nell'espletamento della propria attività, deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose. Il titolare dello studio garantisce che la corretta

esecuzione del procedimento di sterilizzazione sia periodicamente verificata e i risultati registrati.

S.2 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G, sono i seguenti:

S.2.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione specifica di ambienti per la chirurgia ambulatoriale, in aggiunta ai requisiti generali, è la seguente:
Zona preparazione personale addetto costituita da:
- uno spazio da adibire a spogliatoio per il personale sanitario (separato dal locale chirurgico).
- uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico).

Zona preparazione paziente:
- costituita da uno spazio-spogliatoio separato dal locale chirurgico per l'utente che debba subire un atto chirurgico;

Locale chirurgico.
Zona sosta per il paziente:
- costituita da uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento. Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita.

Deposito materiali sterili e strumentario chirurgico. Può essere situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale e deve essere costituito da:
- un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cesti metallici;
- un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e dei materiali monouso.

Locale visita:
- costituito da un locale, anche non attiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione.

Spazio per la sterilizzazione all'interno del locale chirurgico in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno.
Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucciolo.

S.2.2 Requisiti impiantistici

Nel locale chirurgico devono essere garantiti un adeguato ricambio di aria e un adeguato comfort microclimatico.
Nello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione deve essere presente:
- un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici;
- un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale.

S.2.3 Requisiti tecnologici

Tutto lo strumentario degli ambulatori chirurgici deve essere monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata. Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metalli non ossidabili. Per ogni locale chirurgico sono richiesti:
- lettino chirurgico;
- elettrobisturi;
- un aspiratore chirurgico con relativi sondini;
- lampada scialitica;
- un tavolino servitore;
- un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;
- un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti;
- contenitori per rifiuti speciali taglienti (lame, aghi, ecc..);
- apparecchiature per il processo di sterilizzazione, ove non affidato a servizio esterno.

Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione;
- pulsiossimetro;
- defibrillatore;
- aspiratore;
- bombola di ossigeno con erogatore e flussiosimetro.

S.2.4 Requisiti organizzativi
Il titolare dello studio e il personale infermieristico deve essere preparato per la gestione delle emergenze.
Deve essere documentata e verificabile la partecipazione a corsi di Basic Life Support (BLS) con cadenza non inferiore a due anni. Devono essere definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura dello studio. Deve essere approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, l'eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, l'ora di inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio comprese le eventuali complicanze.
Deve essere garantita la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di effettuazione degli interventi.
Ogni operatore nell'espletamento della propria attività deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose.
Il raggiungimento della sterilizzazione della strumentazione deve essere periodicamente verificato e i risultati registrati.

S.3 - STUDI MEDICI CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ENDOSCOPIA
I requisiti che completano i requisiti generali già definiti nella sezione G, sono i seguenti:

S.3.1 Requisiti strutturali
I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.
La dotazione specifica di ambienti, in aggiunta a quelli generali, è la seguente:
- una sala per endoscopia, con spogliatoio e servizio igienico dedicato;
- un locale o spazio dedicato all'osservazione;
- un locale o spazio per l'alta disinfezione degli endoscopi non sterilizzabili;
- un locale o spazio per la sterilizzazione degli endoscopi sterilizzabili e accessori non monouso o procedura che regolamenti l'affidamento all'esterno di tale attività.

S.3.2 Requisiti impiantistici
Oltre i requisiti generali di sicurezza e protezione è richiesto che:
- nella sala per endoscopia sia garantito un adeguato ricambio di aria ed un adeguato comfort microclimatico;
- il locale o spazio per lavaggio e alta disinfezione sia dotato di lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale;
- sia presente una cappa aspirante a flusso nell'ambiente di detersione-disinfezione per la protezione da vapori (per esempio glutaraldeide), qualora non si disponga di sistemi di disinfezione a circuito chiuso.

S.3.3 Requisiti tecnologici
La dotazione di strumenti ed accessori deve essere correlata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e, comunque, devono essere assicurate le seguenti dotazioni strumentali:
- la presenza di un numero di endoscopi, fonti di luce e accessori tali da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti e rotture improvvise.
- un saturimetro digitale per la sala endoscopica;
- un disinfetta endoscopi o idonea attrezzature per alta disinfezione.
Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza, con la seguente dotazione minima:
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione;
- pulsiossimetro e defibrillatore;
- aspiratore;
- bombola di ossigeno con erogatore e flussimetro.

S.3.4 Requisiti organizzativi
Il titolare dello studio e il personale infermieristico deve essere preparato per la gestione delle emergenze.
Deve essere documentata e verificabile la partecipazione a corsi di Basic Life Support (BLS) con cadenza non inferiore a due anni. Deve essere approntato un registro in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, l'eventuali tecniche di anestesia e/o analgesia utilizzate, l'ora di inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio comprese le eventuali complicanze. Deve essere garantita la presenza di un'unità infermieristica per l'intero orario di effettuazione degli interventi. Ogni operatore nell'espletamento della propria attività deve indossare indumenti ad uso esclusivamente professionale ed idonei dispositivi di protezione individuale per prevenire l'esposizione della cute e delle mucose. Il raggiungimento dell'alta disinfezione e/o sterilizzazione degli endoscopi e degli accessori deve essere periodicamente verificato e i risultati registrati.

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI E PRESCRIZIONI[1] PER L'APERTURA E L'ESERCIZIO DEGLI STUDI SOGGETTI A DICHIARAZIONE DI INIZIO DELL'ATTIVITA'

Tutti gli studi, in relazione alla tipologia delle attività svolte e tenuto conto della loro natura privata che non li configura come aperti al pubblico, devono essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle normative di settore, anche sovranazionali. La circostanza che solo alcuni dei requisiti previsti dalle suddette normative siano compresi tra i requisiti generali oggetto della presente disciplina non esclude la necessità che anche tutti gli altri siano rispettati.

1. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Devono essere garantiti, in relazione al tipo di attività, adeguato approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati per interventi invasivi per vie naturali; solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neo formate. La presenza di personale sanitario deve essere garantita ove richiesta dalla specificità della prestazione erogata. Devono essere garantite le modalità di svolgimento delle seguenti attività:
- pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (solo sterilizzazione per interventi invasivi per vie neoformate);
- pulizia e sanificazione degli ambienti.

In caso di prelievi di tessuti o liquidi a scopo diagnostico, devono essere definite le modalità di riconoscimento degli utenti, di identificazione dei campioni, di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti.

2. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

2.1 Requisiti strutturali

Lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria. I locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi e devono essere chiaramente identificabili. La dotazione minima di ambienti è la seguente:
Locale di attività:
- deve avere superficie adeguata e pavimento lavabile;
- deve garantire il rispetto della privacy dell'utente, se necessario deve essere presente un'apposita area separata per spogliarsi;
- deve essere corredato da un lavabo con comandi non manuali.

Locale servizi igienici:
- deve essere garantito un servizio igienico a disposizione degli utenti facilmente raggiungibile, fornito di lavabo con comandi non manuali, dispenser e asciugamani monouso;
- in caso di presenza di un unico servizio igienico, deve essere garantito che l'accesso sia indipendente dalla sala per l'esecuzione delle prestazioni;
- il pavimento deve essere lavabile e disinfettabile.

Locale o spazio di attesa:
- deve essere presente ed adeguatamente arredato.

Devono inoltre essere presenti:
- uno spazio per la refertazione, ove necessario;
- uno spazio per deposito per materiale pulito;
- uno spazio per deposito materiale sporco;
- uno spazio per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature e della strumentazione.

I locali o spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative ed i servizi igienici possono essere in comune tra più studi sanitari o con strutture sanitarie, purché opportunamente dimensionati. Il locale di attività e gli eventuali locali per il materiale possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio. In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità dei locali e delle attrezzature. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti. In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e aerazione adeguate.

2.2 Requisiti tecnologici

Lo studio deve disporre di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.
Attrezzature e risorse tecnologiche possono essere in comune fra più professionisti titolari di studio. In tal caso, devono essere definite ed adottate procedure per garantire la costante idoneità delle risorse comuni. Ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.
Nel caso in cui nel locale di attività siano presenti più risorse tecnologiche di diagnostica strumentale, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.
Il locale di attività deve disporre di una dotazione minima per la gestione dell'emergenza costituita almeno da:
- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa e fonendoscopio,
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringeee,
- abbassalingua,
- laccio emostatico, siringhe e ago cannula,
- farmaci (atropina, cortisone EV, soluzione fisiologica, benzodiazepine).

Della dotazione per l'emergenza deve essere identificato un responsabile.
In caso di locali di attività o studi contigui, è sufficiente un unico presidio per la gestione dell'emergenza, purché trasportabile.

[1] *Le prescrizioni a differenza dei requisiti consistono in comportamenti da osservare. Nel testo del presente allegato viene usata indistintamente la parola "requisito" nell'accezione ampia che comprende sia il requisito vero e proprio sia la prescrizione.*

Alberto Zampieri Libero Docente in Semeiotica Medica - Specialista in Storia della Medicina

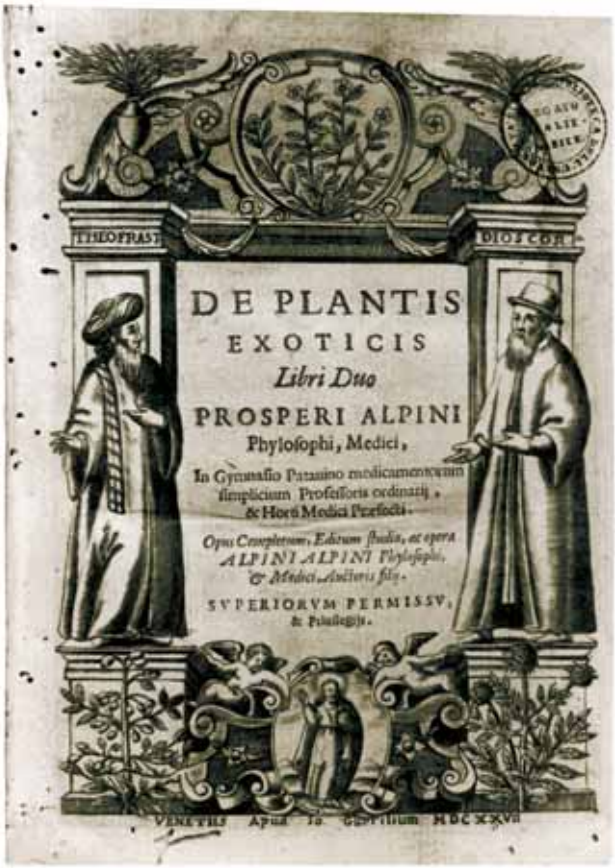
Medici celebri del Rinascimento Italiano prima parte

Al risveglio delle coscienze e al movimento di riforma dei vari campi del sapere, agli inizi del '500 prese anche il via un rinnovamento che in medicina tendeva a scuotere dai cardini l'autorità ancora imperante degli antichi autori.
Questo spirito innovativo, parallelo a quanto in quei decenni si andava realizzando negli studi anatomici, si manifestò anche nelle concezioni patologiche, nei modi di indagine e nell'interpretazione delle varie malattie, innovativo anche con l'insegnamento clinico impartito agli studenti al letto del malato.
Mentre alcuni studiosi restarono rigidamente legati ai dogmi del passato e chiusi alle nuove scoperte, molti altri invece, con entusiasmo, parteciparono attivamente, con i loro studi, a questo progresso della medicina di allora.
Ricordiamo ora, in ordine alfabetico, alcuni fra i medici più insigni di questo periodo.

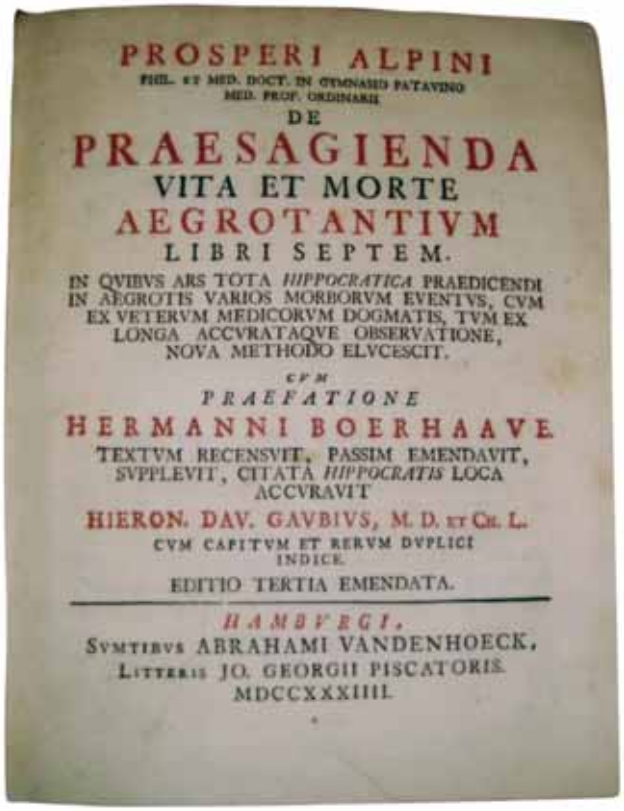
Prospero ALPINO

Nacque a Marostica (Vicenza) il 23 novembre 1553; fece i suoi studi a Padova, laureandosi in medicina nel 1578. Dapprima esercitò la professione a Camposampiero, vicino a Padova ma nel 1580 seguì il patrizio Giorgio Emo, console veneziano al Cairo, che lo volle come medico personale. In Egitto rimase tre anni, dedicandosi in particolare a studiare i metodi terapeutici, gli animali e le piante di quella regione. Ritornato in patria, si trasferì poco dopo a Genova come medico di Andrea Doria, esercitando con successo la professione, facendosi inoltre ammirare per la sua vasta erudizione. Nel 1590 tornò a Venezia e quattro anni dopo fu nominato lettore dei Semplici allo Studio di Padova. Morì il 23 novembre 1616 e fu sepolto nella basilica del Santo di quella città.
Fra le sue opere, ricordiamo come la più famosa il *De plantis Exoticis*, in cui per primo descrisse molte nuo-

Ritratto di Prospero Alpino.



P. Alpino, *De plantis exoticis*, Venetiis, 1627.


PROSPERI ALPINI
PHIL. ET MED. DOCT. IN GYMNASIO PATAVINO
MED. PROF. ORDINARII
DE
PRAESAGIENDA
VITA ET MORTE
AEGROTANTIVM
LIBRI SEPTEM.
IN QVIBVS ARS TOTA *HIPPOCRATICA* PRAEDICENDI
IN AEGROTIS VARIOS MORBORVM EVENTVS, CVM
EX VETERVM MEDICORVM DOGMATIS, TVM EX
LONGA ACCVRATAQVE OBSERVATIONE,
NOVA METHODO ELVCESCIT.
CVM
PRAEFATIONE
HERMANNI BOERHAAVE
TEXTVM RECENSVIT, PASSIM EMENDAVIT,
SVPPLEVIT, CITATA *HIPPOCRATIS* LOCA
ACCVRAVIT
HIERON. DAV. GAVBIVS, M. D. ET CH. L.
CVM CAPITVM ET RERVM DVPLICI
INDICE.
EDITIO TERTIA EMENDATA.
HAMBVRGI,
SVMTIBVS ABRAHAMI VANDENHOECK,
LITTERIS IO. GEORGII PISCATORIS.
MDCCXXXIIII.

P. Alpino, *De praesagienda...*, Hamburgi, 1734.

ve specie, fra cui il caffè; altri suoi lavori sono il *De medicina Aegyptiorum* e il *De presagienda vita et morte aegrotantium*, un vero e proprio trattato di semeiotica, in cui illustrò i segni ed i sintomi dai quali si può valutare l'insorgere, il decorso e l'esito della maggior parte delle malattie.

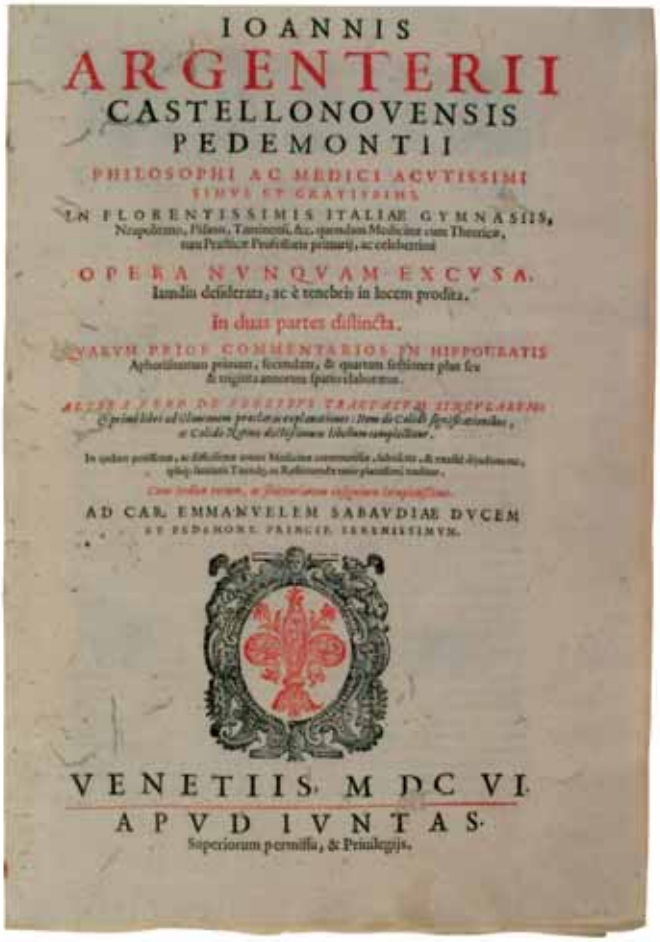
Giovanni ARGENTERIO

Nacque a Castelnuovo d'Asti nel 1513; dopo aver iniziato gli studi di medicina a Torino, si recò a Parigi, ove si addottorò nel 1534. Subito dopo iniziò ad esercitare la professione a Lione; sei anni dopo si trasferì ad Anversa, acquisendo una grande rinomanza di pratico. Nel 1543 tornò in Italia e, chiamato dal granduca Cosimo I, venne a Pisa, come lettore di medicina teorica e poi di quella pratica. Nel 1555 accettò l'invito di insegnare a Napoli. Cinque anni dopo, su richiesta del principe Emanuele Filiberto, si portò a Mondovì, ad insegnare in quella scuola medica da poco formata. Nel 1566 ottenne la cattedra di medicina pratica a Torino e qui rimase fino alla morte, avvenuta nel 1572.

Molteplici i volumi da lui scritti, nei quali appare evidente il suo pensiero di critica alla fisiologia dogmatica galenica; fu un convinto assertore della ricerca empirica e quindi dell'osservazione al letto del malato, la sola che permetta di conoscere i morbi in base ai sintomi da loro presentati. La sua opera principale

IOANNIS
ARGENTERII
MEDICI DE MORBIS,
LIBRI XIIII.
FLORENTIAE MDLVI

G. Argenterio, *De morbis*, Florentiae, 1556.


IOANNIS
ARGENTERII
CASTELLONOVENSIS
PEDEMONTII
PHILOSOPHI AC MEDICI ACVTISSIMI
IN FLORENTISSIMIS ITALIAE GYMNASIIS,
OPERA NVNQVAM EXCVSA.
In duas partes distincta.
AD CAR. EMMANVELEM SABAVDIAE DVCEM
VENETIIS. M DC VI.
APVD IVNTAS.
Superiorum permissu, & Privilegijs.

G. Argenterio, *Opera nunquam excusa*, Venetiis, 1606.

è il commento *In artem medicinalem Galeni commentarii*, stampato a Parigi nel 1553, in cui sviluppa una approfondita critica al sistema scientifico di Galeno, preferendo una concezione ispirata ad Aristotele con un solo spirito vitale costituito dal calore innato risiedente nel sangue, attraverso il quale si diffonde poi per tutto il corpo. Altri suoi scritti, prevalentemente composti nel periodo pisano e più volte in seguito ristampati, sono il *De morbis libri XIV*, con l'esposizione delle varie malattie in sette capitoli, con le loro differenze, cause, sintomi, segni medici e come curarle; il *De consultationibus medicis*, il *De somno et de vigilia*, il *De urinis liber*; l'*Opera omnia* fu stampata per la prima volta a Venezia nel 1592 e successivamente ripubblicata anche con aggiunte di altri scritti, curati dal figlio.

Girolamo CAPODIVACCA (o Capivaccio)

Nacque a Padova nei primi decenni del Cinquecento da antica e nobile famiglia, fece i suoi studi di medicina nella sua città, ottenendo poi nel 1553 l'insegnamento di medicina pratica straordinaria; nel 1564 passò a quella di medicina pratica ordinaria che poi tenne per ben 35 anni. Nel 1587 fu invitato dal granduca di Toscana a trasferirsi ad insegnare a Pisa, ma non accettò, preferendo restare a Padova. Morì a Mantova il 4 marzo 1589.

Convinto assertore della scuola araba, le sue cognizioni anatomiche si rifanno quasi completamente a Galeno; fu molto richiesto professionalmente, specie per il suo metodo di cura della sifilide.

G. Capodivacca, *Medicina practica*, Venetiis, 1601.

Ritratto del Capodivacca.

Fra i suoi scritti citiamo *Acroases de virulentia gallica, seu de lue venerea*, edito nel 1590, in cui si dimostra convinto assertore dell'utilità dell'uso in questa malattia dei decotti del guaiaco o del mercurio per fumigazioni. La sua opera più vasta è il *Methodus practicae medicina omnium corporis umani*, stampata per la prima volta a Venezia del 1591, e poi più volte riedita, con una trattazione particolareggiata di tutte le malattie ed in particolare dell'artrite, della lue e delle febbri. Altre sue pubblicazioni da ricordare sono il *Tractatus de urinis*, il *De compositione medicamentorum*, il *Tractatus de febribus* e il *Medendi methodus universalis*. L'*Opera omnia* vide la luce a Venezia nel 1597 e quindi più volte ristampata.

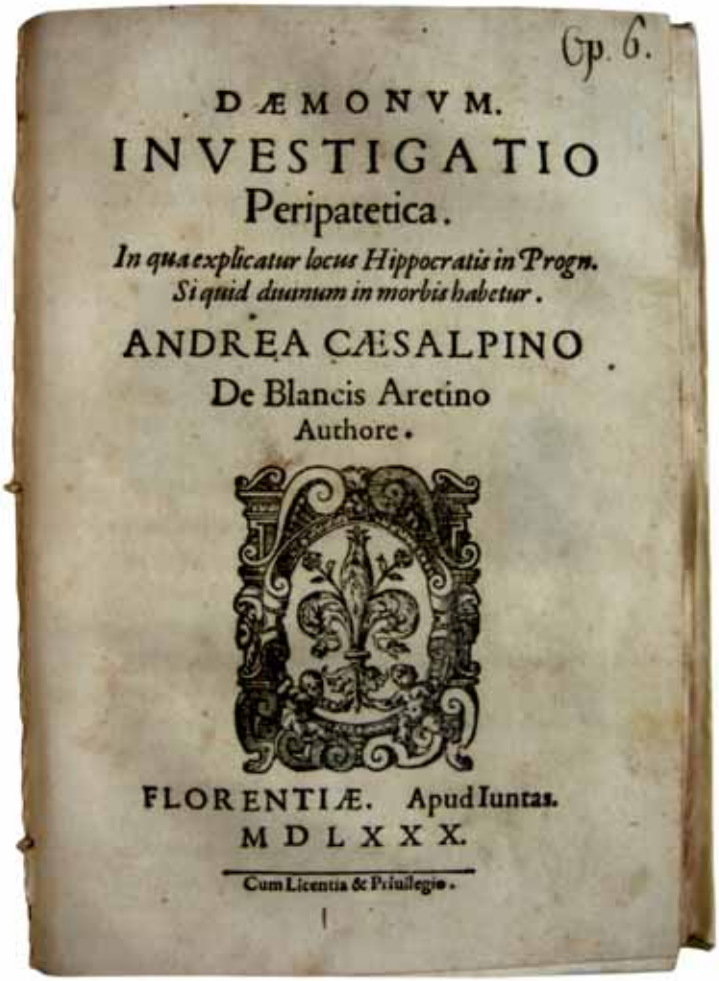
Andrea CESALPINO

Nacque ad Arezzo nel 1524; trascorse la sua giovinezza nella sua città natale, poi si trasferì a studiare a Pisa intorno al 1544, per seguire gli studi di medicina. Qui si laureò nel 1551 e quattro anni dopo divenne prefetto dell'Orto botanico e lettore dei Semplici. Nello Studio pisano insegnò per ben 36 anni, con qualche breve interruzione per i suoi viaggi. Nel 1567 fu nominato ordinario di medicina pratica, spiegando, vivamente apprezzato dagli studenti, le varie malattie con le loro cause. Stimato dai granduchi medicei, viaggiò a lungo in Italia ed anche in Germania, con lo scopo di raccogliere piante e fossili con cui arricchire il

Ritratto del Cesalpino.

ANDREÆ CÆSALPINI
ARETINI,
Quæſtionum Peripateticarum Lib.V.
AD SERENISS. FRANCISCVM MEDICEM
Magnum Hetruriæ Ducem II.
Dæmonum inueſtigatio Peripatetica.
AD ILLVSTRISS. AC REVERENDISS.
Archiepiſcopum Piſanum Petrum Iacobum Barbonium
ex Marchionibus Sanctæ Mariæ.
Secunda editio.
Quæſtionum Medicarum Libri II.
De Medicament. facultatibus Lib.II.
AD SERENISS. FERDINANDVM MEDICEM
Magnum Hetruriæ Ducem III.
Nunc primum editi.
VENETIIS, Apud Iuntas. M D XCIII.
CVM PRIVILEGIIS.

A. Cesalpino,
Quaestionum peripateticarum, Venetiis, 1593.


Gp. 6.
DÆMONVM.
INVESTIGATIO
Peripatetica.
In qua explicatur locus Hippocratis in Progn.
Si quid diuinum in morbis habetur.
ANDREA CÆSALPINO
De Blancis Aretino
Authore.
FLORENTIÆ. Apud Iuntas.
M D L X X X.
Cum Licentia & Priuilegio.

A. Cesalpino, *Daemonum investigatio*, Florentiae, 1580.

giardino dei semplici che curava. Dal suo matrimonio con Gherarda Baroncini nacque un unico figlio, Giovanbattista. Nel settembre del 1592 si trasferì a Roma, chiamato da Clemente VIII, ottenendo incarichi di prestigio e la cattedra di medicina ed in questa città rimase per undici anni. Morì a Roma il 15 marzo 1603 per pleurite acuta e fu sepolto nella chiesa di S. Giovanni dei Fiorentini.

Insigne naturalista, dotto medico, grande fisiologo, durante il periodo pisano pubblicò tutte le sue opere più importanti: le *Quaestionum peripateticarum* in cinque libri, edite nel 1569, in cui per primo chiarisce il fenomeno della circolazione del sangue, e il *De plantis*, in cui illustrò e classificò circa duemila specie botaniche. Altri suoi scritti sono il *De matallicis*, la *Praxis universae artis medicae*, il *De medicamentorum facultatibus* e il *Daemonum investigatio peripatetica*, stampato nel 1580, nel quale descrive alcuni casi di donne affette da strani fenomeni, studiate in Pisa, i cui sintomi presentati ritenne che potevano essere prodotti da influenze diaboliche e quindi nella loro cura si dovevano unire ai rimedi medici anche le pratiche religiose.

Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 45 del 5.11.2008

Regolamento di attuazione in materia di studi medici e odontoiatrici

DELIBERAZIONE 27 ottobre 2008, **n. 858**

L.R. 8/99: artt. 7, 7 bis e 9 - modalità per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio di studio professionale medico ed odontoiatrico e della D.I.A. Autocerti cazione del mantenimento dei requisiti degli studi soggetti ad autorizzazione.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che la legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8, (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento) come da ultimo modificata con la legge regionale 12 novembre 2007, n. 56:
- all'art. 4 stabilisce che il rilascio dell'autorizzazione è attribuito al Sindaco del Comune ove lo studio ha sede;
- all'art. 5, comma 2, prevede che siano soggetti ad autorizzazione gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie nonché gli studi attrezzati per erogare procedure di diagnostica strumentale non complementare, con refertazione per terzi individuati dal regolamento attuativo della legge stessa;
- all'art. 5, comma 2 bis prevede che siano soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi individuati dal suddetto regolamento che effettuano procedure terapeutiche e diagnostiche di minore invasività o di minor rischio per il paziente;
- all'art. 6 individua quanto forma oggetto dell'autorizzazione e della dichiarazione di inizio attività;
- agli artt. 7 e 7 bis stabilisce che la Giunta regionale indichi:
- gli elementi che debbono obbligatoriamente essere esplicitati nella domanda di autorizzazione, negli atti comunali e nella dichiarazione di inizio attività per consentire l'individuazione del soggetto richiedente, dello studio e delle attività svolte;
- la documentazione che deve essere allegata alla domanda di autorizzazione e alla dichiarazione di inizio attività con riferimento a ciascuna delle fattispecie, previste dall'articolo 6, comma 2;
- all'art. 9, comma 4, prevede che la veri ca del mantenimento dei requisiti, da parte degli studi professionali autorizzati, venga effettuata con periodicità triennale, mediante autocerti cazione, sulla base delle indicazioni stabilite dalla Giunta regionale con propria deliberazione;

Visto il regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 di attuazione della legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 in materia di studi medici ed odontoiatrici con il quale:
- sono stati individuati come soggetti ad autorizzazione gli studi medici ed odontoiatrici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per il paziente, nonché procedure di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi, non comprese nell'elenco di cui all'articolo 6 del regolamento stesso;
- sono stati individuati come soggetti a dichiarazione di inizio attività gli studi medici ed odontoiatrici che erogano esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'Allegato A del regolamento stesso e gli studi medici ove l'esercizio della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi;
- sono stati approvati i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, generali e specifici e le prescrizioni per l'apertura e l'esercizio di tali studi;

Ritenuto di dover approvare le modalità per la richiesta dell'autorizzazione e per la D.I.A. come da Allegato 1 al presente atto;

Considerato opportuno prevedere, fra i documenti da allegare alla domanda di autorizzazione, liste di autovalutazione che consentano ai professionisti richiedenti di valutare e descrivere il proprio studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti;

Ritenuto a tal fine di dover dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di approvare le liste di autovalutazione per gli studi soggetti ad autorizzazione;

Ritenuto, inoltre, di dover stabilire che:
- la documentazione di cui all'Allegato 1 può essere integrata da ulteriore documentazione richiesta da parte del Comu-

ne per motivate esigenze istruttorie;
- la documentazione allegata alla domanda di autorizzazione non è esaustiva. La documentazione ulteriore, a cui viene fatto riferimento nelle liste di verifica per dimostrare il possesso di alcuni requisiti o prescrizioni, dovrà essere predisposta e resa disponibile al momento dell'effettuazione della visita di verifica;

Ritenuto di dover approvare le modalità ed i termini per il rilascio dell'autorizzazione agli studi professionali medici ed odontoiatrici;

Richiamata la propria deliberazione n. 849 dell'1 agosto 2000 avente ad oggetto "L.R. 8/99 - Modalità e termini per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio di strutture sanitarie private";

Valutato, quanto alle modalità per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio di studi professionali medici ed odontoiatrici, di confermare quanto disposto con la citata DGR 849/00, in quanto applicabile, precisando a tal fine che:
- in caso di studio singolo, gli atti autorizzativi comunali dovranno riportare i dati anagrafici del professionista titolare dello studio, gli elementi identificativi dello studio, la tipologia dello studio (odontoiatrico ovvero attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia) e, per gli studi medici, la disciplina di riferimento delle prestazioni erogate;
- in caso di studi professionali associati, gli atti autorizzativi comunali dovranno riportare i nominativi e i dati anagrafici di ciascuno dei professionisti associati oppure il nominativo e i dati anagrafici del legale rappresentante, gli elementi identificativi dello studio, la tipologia dello studio (odontoiatrico ovvero attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia) e, per gli studi medici, la disciplina di riferimento delle prestazioni erogate;

Considerato, ai fini della individuazione dei termini per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio di studi professionali medici ed odontoiatrici, che la L.R. 8/99 prevede all'art. 5, comma 1, che il Sindaco rilasci l'autorizzazione alle strutture sanitarie private entro sei mesi dalla richiesta;

Valutato di confermare i medesimi termini per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di studi professionali medici ed odontoiatrici, disponendo che il termine di sei mesi, di cui alla L.R. 8/99, art. 5, comma 1, si applichi al rilascio dell'autorizzazione;

Richiamata la propria deliberazione 1 marzo 2000, n. 243 "Attuazione L.R. 8/1999 - direttive alle Aziende UU.SS.LL. inerenti l'attività di verifica dei Dipartimenti di Prevenzione", con la quale nell'Allegato 1 sono state approvate indicazioni operative per lo svolgimento delle attività di verifica;
Valutato che le indicazioni operative contenute nel citato Allegato 1 approvato con DGR 243/2000 possano trovare applicazione anche con riferimento all'attività finalizzata alla verifica del possesso dei requisiti per l'esercizio degli studi professionali medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione;

Ritenuto pertanto di confermare le indicazione operative contenute nell'Allegato 1 approvato con la citata DGR 243/2000, anche ai fini delle verifiche del possesso dei requisiti per l'esercizio degli studi professionali medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione;

Ritenuto inoltre, ad integrazione delle indicazioni operative suddette, di dover dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di approvare gli specifici indirizzi per la definizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della verifica ai fini del rilascio dell'autorizzazione;

Richiamata la propria deliberazione n. 1041 del 18 ottobre 2004 "L.R. 8/99, art. 9, comma 4. Indicazioni per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitarie, nelle strutture autorizzate" nella quale veniva rinviata a successivo atto l'approvazione delle indicazioni per la verifica del mantenimento dei requisiti da parte degli studi professionali autorizzati;

Ritenuto, pertanto, di dover fornire le indicazioni necessarie al fine della verifica, mediante autocertificazione, del mantenimento dei requisiti da parte degli studi professionali autorizzati, contenute nell'Allegato 2 al presente atto;

Richiamato il protocollo di intesa tra Regione Toscana, ANCI Toscana e Federsanità firmato in data 22.10.1999, relativo alla definizione del percorso operativo per il rilascio di autorizzazioni sanitarie, che, al punto 1, impegna la Regione Toscana ad elaborare una modulistica (fac-simile) di domande per tipologia di autorizzazione, da mettere a disposizione dei Comuni per l'esercizio delle competenze loro attribuite con L.R. 8/99;

Ritenuto a tal fine di dover dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di fornire facsimile per la richiesta di autorizzazione, per la D.I.A. nonché per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti, da

mettere a disposizione dei Comuni;
Atteso che le determinazioni di cui al presente atto sono a supporto dell'attuazione del regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 e che il suddetto regolamento è stato sottoposto a concertazione istituzionale in data 7 luglio 2008 e a concertazione generale in data 9 luglio 2008 con esiti positivi;

Vista la L.R. 23 aprile 2007, n. 23;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le modalità di presentazione della domanda di autorizzazione e della D.I.A. nonché la documentazione da allegare alla domanda di autorizzazione, che prevede fra l'altro liste di autovalutazione rispetto alle prescrizioni e ai requisiti richiesti, come da Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di approvare le liste per l'autovalutazione quali strumenti di valutazione e descrizione dello studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti;
3. di stabilire che:
- la documentazione di cui all'Allegato 1 può essere integrata da ulteriore documentazione richiesta da parte del Comune per motivate esigenze istruttorie;
- la documentazione allegata alla domanda di autorizzazione non è esaustiva. La documentazione ulteriore, a cui viene fatto riferimento nelle liste di verifica per dimostrare il possesso di alcuni requisiti o l'osservanza di prescrizioni, dovrà essere predisposta e resa disponibile al momento dell'effettuazione della visita di verifica;
4. di determinare le modalità per il rilascio dell'autorizzazione agli studi professionali medici ed odontoiatrici, confermando quanto disposto con propria deliberazione dell'1 agosto 2000, n. 849, applicabile con le precisazioni di cui al seguente punto 5;
5. di precisare, ai fini dell'applicabilità di quanto disposto con la citata DGR 849/2000, che:
- in caso di studio singolo, gli atti autorizzativi comunali dovranno riportare i dati anagrafici del professionista titolare dello studio, gli elementi identificativi dello studio, la tipologia dello studio (odontoiatrico ovvero attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia) e, per gli studi medici, la disciplina di riferimento delle prestazioni erogate;
- in caso di studi professionali associati, gli atti autorizzativi comunali dovranno riportare i nominativi e i dati anagrafici di ciascuno dei professionisti associati oppure il nominativo e i dati anagrafici del legale rappresentante, gli elementi identificativi dello studio, la tipologia dello studio (odontoiatrico ovvero attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero attrezzato per erogare prestazioni di endoscopia) e, per gli studi medici, la disciplina di riferimento delle prestazioni erogate;
6. di stabilire che il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio di studi professionali medici ed odontoiatrici debba avvenire entro il termine di sei mesi dalla presentazione della richiesta;
7. di stabilire che le indicazioni operative inerenti l'attività di verifica dei Dipartimenti della Prevenzione, approvate con propria deliberazione dell'1 marzo 2000, n. 243, trovino applicazione anche ai fini delle verifiche del possesso dei requisiti per l'esercizio degli studi professionali soggetti ad autorizzazione, limitatamente a quanto contenuto nell'Allegato 1 alla DGR citata;
8. di dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di approvare, ad integrazione delle indicazioni operative inerenti l'attività di verifica dei Dipartimenti di Prevenzione, gli specifici indirizzi per la definizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della verifica stessa;
9. di approvare le indicazioni per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria, di cui alla L.R. 8/99, art. 9, comma 4, contenute nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
10. di dare incarico alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà di fornire fac-simile per la richiesta di autorizzazione, per la D.I.A. nonché per l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti, da mettere a disposizione dei Comuni.
Il presente atto, unitamente agli Allegati 1 e 2, è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera e) della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18, comma 2 della medesima L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Valerio Pelini

SEGUONO ALLEGATI

Allegato 1
STUDI MEDICI ED ODONTOIATRICI:
MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE E D.I.A.

A) AUTORIZZAZIONE

Il professionista interessato presenta la domanda di autorizzazione al Sindaco del Comune nel quale intende aprire il proprio studio professionale.
La domanda di autorizzazione deve essere sottoscritta dal professionista richiedente; nel caso di studio associato, la domanda deve essere sottoscritta da ciascuno dei professionisti associati o, se presente, dal legale rappresentante dello studio associato.
La domanda deve indicare:
a) i dati anagrafici e il codice fiscale del/dei professionista/i;
b) la descrizione dell'oggetto della domanda e l'elenco dei documenti allegati, distinti per ciascun tipo di autorizzazione, secondo i successivi punti da 1 a 4;
c) l'ubicazione dello studio.
La documentazione allegata alla domanda di autorizzazione non è esaustiva della documentazione necessaria per dimostrare il possesso dei requisiti richiesti o l'osservanza delle prescrizioni (nell'accezione chiarita con la nota agli allegati B e C al regolamento).
La documentazione ulteriore, a cui viene fatto riferimento nelle liste di autovalutazione per dimostrare il possesso di alcuni requisiti o l'osservanza di alcune prescrizioni, dovrà essere predisposta e resa disponibile al momento dell'effettuazione della visita di verifica.

1. Apertura ed esercizio

1.1. Descrizione dell'oggetto della domanda
Devono essere indicate:
- l'attività, individuata fra quelle che il regolamento ha disposto siano soggette ad autorizzazione;
- per gli studi medici, la disciplina di riferimento delle prestazioni erogate.

1.2. Documentazione da allegare (vedi specifiche punto 5)
- *Nel caso di studio associato* atto o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato , ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- documento o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio, ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
- planimetria generale;
- planimetria dei locali in scala 1:100;
- documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- inventario delle attrezzature sanitarie;
- elenco del personale sanitario operante nello studio;
- liste di autovalutazione.

2. Ampliamento, riduzione e trasformazione dell'attività già autorizzata

2.1. Descrizione dell'oggetto della domanda
Deve contenere:
- descrizione delle variazioni previste (ampliamento, riduzione, trasformazione);
- specificazione delle eventuali variazioni di tipo tecnologico e del personale che si rendono necessarie in relazione alla variazione di attività.

2.2. Documentazione da allegare (vedi specifiche punto 5)
- relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
- liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
nel caso di variazioni nell'attrezzatura:
- inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;
nel caso di variazioni del personale:
- elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.

3. Ampliamento, riduzione e trasformazioni interne dei locali
3.1. Descrizione dell'oggetto della domanda
Deve contenere la specificazione delle eventuali variazioni di tipo tecnologico e del personale che si rendono necessarie in relazione alla variazione dei locali.

3.2. Documentazione da allegare (vedi specifiche punto 5)
- planimetria dei locali in scala 1:100 idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento, riduzione o trasformazioni interne dei locali;
- liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
nel caso di variazioni nell'attrezzatura:
- inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento o riduzione o trasformazioni interne dei locali;
nel caso di variazioni del personale:
- elenco del personale sanitario, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento o riduzione o trasformazioni interne dei locali.

4. Trasferimento in altra sede

4.1. Descrizione dell'oggetto della domanda
Deve contenere:
- indirizzo della nuova sede;
- specificazione delle eventuali variazioni di tipo tecnologico e del personale che si rendono necessarie in relazione alla variazione di sede.

4.2. Documentazione da allegare (vedi specifiche punto 5)
- planimetria generale;
- planimetria dei locali in scala 1:100;
- documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;
nel caso di variazioni nell'attrezzatura:
- inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse al trasferimento;
nel caso di variazioni del personale:
- elenco del personale sanitario , evidenziando le variazioni connesse al trasferimento.

5. Specifiche dei documenti
Relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività: firmata dal professionista richiedente, deve descrivere le prestazioni che si intendono erogare nello studio. E' riferimento essenziale per l'individuazione delle risorse necessarie allo svolgimento dell'attività per la quale è richiesta l'autorizzazione, e quindi per la verifica della loro congruità; in particolare, è riferimento essenziale per l'individuazione di eventuali requisiti o prescrizioni non pertinenti.
Planimetria dei locali: in scala 1:100, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal professionista richiedente; deve essere idonea ad identificare: l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi allo studio, la superficie in metri quadri ed i rapporti aeroilluminanti per singoli locali, la collocazione degli eventuali macchinari e apparecchiature.
Inventario delle attrezzature sanitarie: comprende gli apparecchi e gli strumenti sanitari, previsti per lo svolgimento dell'attività, inventariabili come beni mobili secondo le disposizioni regionali; rimangono quindi esclusi i beni mobili di valore non superiore al tetto vigente (ad oggi euro 516).
Elenco del personale sanitario: deve esplicitare le generalità, la qualifica professionale e le mansioni svolte, i titoli di studio, il tipo di rapporto di lavoro e l'orario settimanale di ciascun professionista sanitario operante nello studio. Nel caso di studio odontoiatrico, comprenderà anche l'eventuale assistente dentista.
Liste di autovalutazione: sono costituite da serie articolate di domande, corrispondenti ai requisiti che il singolo studio deve possedere e alle prescrizioni che il singolo studio deve osservare.
Forniscono al richiedente l'opportunità di valutare e descrivere il proprio studio rispetto alle prescrizioni e ai requisiti previsti.

B) D.I.A.
Il professionista interessato, ai sensi dell'art. 7 bis della L.R. 8/99, invia la dichiarazione di inizio dell'attività (D.I.A.) al Sindaco del Comune nel quale intende aprire il proprio studio professionale, almeno trenta giorni prima dell'inizio dell'attività stessa. La D.I.A. deve essere sottoscritta dal professionista; nel caso di studio associato, la dichiarazione deve essere sottoscritta da ciascuno dei professionisti associati o, se presente, dal legale rappresentante dello studio associato.
Con la D.I.A. il professionista si assume la responsabilità della veridicità del contenuto della dichiarazione pena

la decadenza dai benefici e l'applicazione delle norme del codice penale previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 . E' quindi onere del professionista dimostrare la suddetta veridicità laddove richiesto anche attraverso formale documentazione (ad esempio, in caso di vigilanza, produrre formale planimetria con le caratteristiche specificate al paragrafo A del presente allegato).
La D.I.A. deve indicare:
a) i dati anagrafici e il codice fiscale del /dei professionista/i;
b) se trattasi di studio medico o odontoiatrico;
c) l'ubicazione dello studio;
d) l'uso esclusivo o non esclusivo dei locali e attrezzature;
e) l'oggetto della dichiarazione distinto per ciascuna fattispecie prevista dall'art. 6, comma 2 della L.R. 8/99;
f) l'eventuale erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale non invasiva finalizzata alla refertazione per terzi;
g) l'indirizzo della nuova sede in caso di trasferimento dello studio;
h) la dichiarazione attestante il possesso dei requisiti e l'osservanza delle prescrizioni stabilite dal regolamento regionale.
Alla D.I.A devono essere allegati (per i punti 2, 3 e 4 con le modalità previste dagli artt. 18, 19 e 19-bis del DPR 445/2000):
1) l'elenco delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minore invasività erogate;
2) nel caso di studio associato, atto o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato;
3) documento o dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di tutti i medici o odontoiatri operanti nello studio;
4) documento o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli conseguiti dall'eventuale personale sanitario operante.

Allegato 2
Indicazioni per la verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio di attività sanitaria

Studi professionali medici e odontoiatrici autorizzati

Il professionista titolare dell'autorizzazione all'apertura ed esercizio di studio professionale invia l'autocertificazione attestante il mantenimento dei requisiti al Sindaco del Comune che ha rilasciato l'autorizzazione.

1. Termini per l'invio dell'autocertificazione

L'autocertificazione deve essere inviata al Sindaco nei tre mesi precedenti il termine di tre anni dal rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio. I professionisti che, alla data di pubblicazione della presente deliberazione, siano titolari di autorizzazione all'apertura e all'esercizio rilasciata da più di tre anni, sono tenuti ad inviare l'autocertificazione al Sindaco competente entro tre mesi dalla data di pubblicazione stessa.
Successivamente l'autocertificazione dovrà essere inviata nei tre mesi precedenti lo scadere dei successivi tre anni dal rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio.
Il mancato invio dell'autocertificazione entro i termini indicati configura violazione delle norme contenute nella L.R. 8/99. Si applicano quindi le disposizioni di cui all'art. 15 della L.R. 8/99 del quale si richiamano in particolare i commi 5, e 9.

2. Oggetto dell'autocertificazione

Con l'autocertificazione, il professionista titolare dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio attesta il mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici di cui all'Allegato B del regolamento 8 ottobre 2008, n. 52 e dichiara di osservare le prescrizioni contenute nello stesso allegato.

4. Controlli e verifiche dell'autocertificazione

Per la verifica del mantenimento dei requisiti, nell'ambito dei controlli sulle autocertificazioni in attuazione di quanto previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445, i Comuni si avvalgono del Dipartimento della Prevenzione in conformità di quanto previsto dalla L.R. 8/99, art. 9. Il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente effettua la verifica del mantenimento dei requisiti con le modalità già approvate con DGR 243/2000, in quanto applicabile, limitatamente a quanto contenuto nell'Allegato 1 alla DGR citata.

5. Comunicazioni

In ottemperanza alla disposizione normativa (art. 9, comma 4 bis) che prevede la comunicazione da parte del Sindaco dell'avvenuta verifica mediante autocertificazione, il Comune invia periodicamente alla Giunta regionale l'elenco nominativo degli studi professionali medici ed odontoiatrici che hanno presentato l'autocertificazione.
Il Comune dà tempestiva comunicazione alla Regione dei provvedimenti assunti a seguito di verifiche effettuate dal Dipartimento di Prevenzione con esito negativo.

Regolamento di attuazione in materia di studi medici e odontoiatrici

REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà"

SETTORE ASSICURAZIONE QUALITA'

Prot. n. AOO-GRT/294486**/Q.80.30**
Da citare nella risposta

Data 07/11/2008

Risposta al foglio del

Allegati

Oggetto: regolamento n. 52/R di attuazione della L.R. 8/99 in materia di studi medici ed odontoiatrici e successivi atti.

Con decreto del Presidente della Giunta regionale 8 ottobre 2008, n. 52/R è stato emanato il regolamento di attuazione della L.R. 8/99 in materia di studi medici ed odontoiatrici pubblicato sul B.U.R.T. n. 33, parte prima del 15 ottobre 2008.
Il suddetto regolamento, entrato in vigore il 30 ottobre 2008, individua gli **studi medici ed odontaiatrici** soggetti ad autorizzazione e quelli invece che, erogando esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'Allegato A al regolamento stesso, sono soggetti a dichiarazione di inizio attività (D.I.A.). Ne stabilisce inoltre i relativi requisiti generali e specifici (Allegati B e C).

Si richiamano in estrema sintesi le disposizioni contenute nel suddetto regolamento e nei successivi atti attuativi.

www.regione.toscana.it
www.salute.toscana.it

referente: Loredana De Simio
50139 Firenze, Via Taddeo Alderotti 26/N
Tel. 055-438.3233 Fax 055-438.3232
loredana.desimio@regione.toscana.it

INTERESSATI
- sono soggetti ad **autorizzazione** gli studi medici ed odontoiatrici individuati dagli artt. 2, 3 e 4 del regolamento che erogano:
• prestazioni invasive;
• procedure invasive di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con refertazione per terzi;

- sono soggetti a **dichiarazione di inizio attività**:
• gli studi medici ed odontoiatrici individuati dagli artt. 2, 3 e 4 del regolamento che erogano esclusivamente le prestazioni a minore invasività elencate nell'Allegato A;
• gli studi medici ove l'esercizio della diagnostica strumentale non invasiva è finalizzata alla refertazione per terzi.

ESCLUSI
Gli studi medici ed odontoiatrici che effettuano solo visite o diagnostica strumentale non invasiva complementare nell'attività clinica, non sono soggetti né ad autorizzazione né a D.I.A. (fermo restando quanto disposto in merito dai regolamenti comunali).

SCADENZA
Il regolamento 52/R dispone che:
• i professionisti già in esercizio che hanno presentato la domanda di autorizzazione entro la scadenza del 31 marzo 2006;

• quelli che l'hanno presentata tardivamente entro la scadenza del 4 marzo 2008;
• I professionisti che hanno presentato domanda di autorizzazione nella fase transitoria in attesa del regolamento,

sono tenuti a presentare domanda di autorizzazione o, ricorrendone i presupposti, dichiarazione di inizio attività, entro il 31 gennaio 2009.

MODALITA'
Le modalità per:
• la richiesta e il rilascio dell'**autorizzazione** e per l'**autocertificazione del mantenimento dei requisiti** da parte degli studi medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione;
• la dichiarazione di inizio attività - **D.I.A.**

sono state fornite, in attuazione degli artt. 7, 7 bis e 9 della L.R. 8/99, con deliberazione della Giunta regionale del 27 ottobre 2008, n. 858, pubblicata sul B.U.R.T. n. 45, parte seconda del 5 novembre 2008.

MODULISTICA
Le **liste di autovalutazione e gli indirizzi per la definizione dei documenti** ai fini della verifica degli studi soggetti ad autorizzazione nonché la **modulistica** (fac-simìle), sia per gli studi medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione che per quelli soggetti a D.I.A., sono stati forniti con decreto dirigenziale n. 5060 del 31 ottobre 2008 che verrà pubblicato sul B.U.R.T. n. 46, parte seconda del 12 novembre 2008; **si ricorda che la modulistica è messa a disposizione esclusivamente dei Comuni. Pertanto gli interessati a presentare domanda di autorizzazione o D.I.A. oppure autocertificazione del mantenimento dei requisiti, devono rivolgersi al Comune di competenza**.

REQUISITI E PROCEDURE
Sia il regolamento 52/R che la DGR 858/08 che il decreto 5060/08 hanno confermato, con i dovuti aggiornamenti, i **requisiti** e le **procedure** già previste per gli studi medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione, con ciò superando le varie disposizioni in merito (DCR 237/2003, DGR 260/2004, DGR 483/2005 ecc.) e riconducendo tutta la normativa ai suddetti atti, oltre ovviamente alla legge. Con riguardo ai requisiti si evidenzia che non è più richiesta, da parte del titolare dello studio medico, la specializzazione nella disciplina esercitata o in disciplina equipollente in quanto per l'esercizio delle professioni mediche, la specializzazione è richiesta obbligatoriamente solo per i radiologi e gli anestesisti.

CHIARIMENTI
Si coglie l'occasione per fornire alcuni chiarimenti e precisazioni.
1. Il Sindaco ai fini della verifica dei requisiti degli studi medici ed odontoiatrici si avvale, come d'altra parte nel caso di strutture sanitarie, del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL competente per territorio.
L'istruttoria della domanda è comunque competenza del Comune che una volta verificata la completezza della pratica da un punto di vista amministrativo, attiva direttamente il Dipartimento di Prevenzione. Anche nel caso della D.I.A. la verifica a campione, disposta dal Comune sulla base del proprio regolamento, deve essere esplicitamente richiesta al Dipartimento di Prevenzione.
2. L'Ordine provinciale dei medici e degli odontoiatri a cui trasmettere gli atti, come previsto dalla normativa, è quello al quale è iscritto il professionista.
3. Negli studi professionali che, a differenza delle strutture sanitarie, sono caratterizzati dalla mancanza di una organizzazione di mezzi e di persone autonome rispetto al professionista che vi opera, e si identificano pertanto con i professionisti stessi, non c'è subentro nella titolarità. Nel caso pertanto in cui un professionista cessi la propria attività e lasci i locali, le attrezzature ecc. ad altro professionista abbiamo da un lato la cessazione di uno studio professionale e dall'altro l'apertura di nuovo studio.
4. In caso di studio associato e sempre in considerazione della peculiarità dello studio professionale rispetto alla struttura sanitaria, nella fattura, se intestata allo studio associato, è opportuno che la prestazione sia facilmente riconducibile al professionista che l'ha erogata. Inoltre si ricorda che la denominazione dello studio associato non può che essere "studio medico/odontoiatrico" accompagnato dai nominativi dei componenti, senza nomi di fantasia.
5. L'Allegato A al regolamento contiene l'elenco delle prestazioni a bassa invasività organizzato per discipline. Ciò è puramente indicativo e non sta a significare che solo chi è specializzato in quella disciplina può erogare le relative prestazioni.
6. Con riguardo all'autocertificazione del mantenimento dei requisiti da parte degli studi medici ed odontoiatrici soggetti ad autorizzazione, l'Allegato 2 alla DGR 858/08 dispone che i professionisti che, alla data di pubblicazione della deliberazione, siano titolari di autorizzazione all'apertura e all'esercizio rilasciata da più di tre anni, sono tenuti

ad inviare l'autocertificazione al Sindaco competente entro tre mesi dalla data di pubblicazione stessa. Successivamente l'autocertificazione dovrà essere inviata nei tre mesi precedenti lo scadere dei successivi tre anni dal rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio. Si fa quindi riferimento sempre al primo rilascio per calcolare la triennalità anche se nel triennio è intervenuta una nuova autorizzazione (ad esempio a seguito di trasferimento).

Tutta la normativa di riferimento (L.R. 8/99, regolamento 52/R, DGR 858/08 e decreto dirigenziale 5060/08) è reperibile sul sito regionale **www.salutetoscana.it** seguendo il percorso: Parliamo di —> Autorizzazione e Accreditamento —> Approfondimenti —> Autorizzazione —> studi professionali.

Distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras

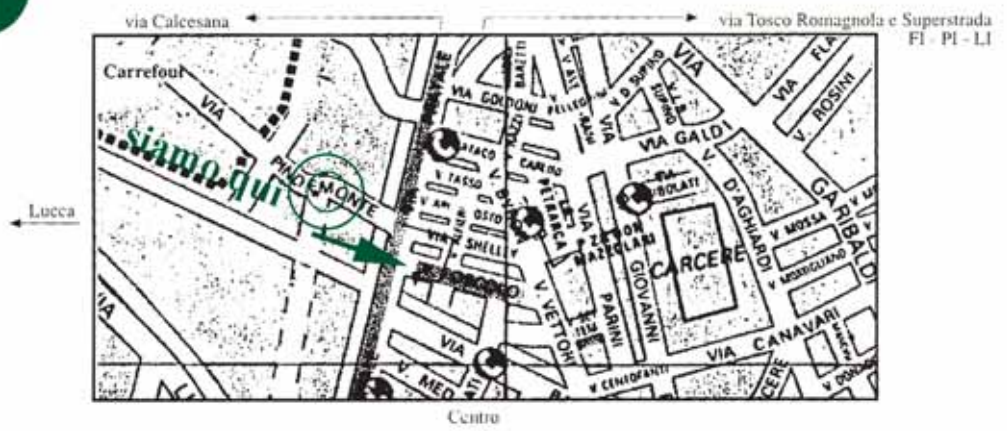
LDS

Lo scrivente Settore è a disposizione per ulteriori eventuali chiarimenti, che potranno essere richiesti contattando i seguenti numeri telefonici o indirizzi e-mail:

Loredana De Simio	055 4383233	loredana.desimio@regione.toscana.it
Manuela Fioretti	055 4383522	manuela.fioretti@regione. toscana. it
Daniela Sandroni	055 4383335	daniela.sandroni@regione. toscana. it
Susanna Chiarini	055 4383561	susanna.chiarini@regione.toscana.it

COS

Centro Ortopedico Sanitario



ARTICOLI DI ORTOPEDIA
calzature per tutte le patologie
plantari su misura
esame computerizzato del piede

NOLEGGIO DI PRESIDI ORTOPEDICI
E PER RIABILITAZIONE
carrozzine - kinetec - stampelle - letti ecc.

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
magnetoterapie - elettrostimolatori ecc.
BUSTI SU MISURA - CALZE ELASTICHE
Esposizione articoli per disabili, carrozzine a motore,
normali, deambulatori, montascale ecc.

di Guidi Silvia & C. snc via di Pratale ang. via Foscolo 2A tel. 050 - 571111 PISA

Maria Cristina Ragone - Maria Sole Sartini U.O. Oculistica Universitaria A.O.U.P.

Ipovisione e riabilitazione visiva

L'ipovisione è una condizione di disabilità caratterizzata da una riduzione grave, permanente, bilaterale della vista, causata da una malattia oculare o, più di rado neurologica, che determina una perdita di autonomia tale da impedire al soggetto colpito di svolgere gli atti elementari della vita quotidiana necessari per gestire la propria persona, per interagire con l'ambiente e per relazionarsi con gli altri. In questi pazienti la disabilità consegue ad una patologia irreversibile che non può migliorare con trattamenti farmacologici, né chirurgici e nemmeno con lenti correttive convenzionali.

La gestione del paziente ipovedente non si limita alla diagnosi e alla prescrizione di un eventuale ausilio ottico o elettronico ma prevede la presa in carico del soggetto e del suo nucleo familiare, tenendo presente anche gli aspetti psicologici e sociali.

Dal punto di vista legislativo è ipovedente un individuo con residuo visivo nell'occhio migliore non superiore a 3/10 e/o un campo visivo residuo binoculare inferiore o uguale al 60%.

In base al tipo di danno, l'ipovisione può essere suddivisa in una forma centrale, una forma periferica (fig.1) e una mista, per la compromissione dell'acuità visiva e/o del campo visivo.

L'ipovisione centrale non permette di vedere l'oggetto che si sta fissando (ad esempio il volto di una persona) e rende impossibile leggere e scrivere poiché è compromessa la parte centrale della retina, detta "macula", che permette la percezione della forma e del colore.

Le principali e più frequenti patologie responsabili di un'ipovisione centrale sono la degenerazione maculare legata all'età e altre forme di degenerazione maculare frequenti soprattutto in giovani adulti come la degenerazione maculare correlata a miopia elevata.

L'ipovisione periferica, invece, permette una buona visione di ciò che si fissa, ma riduce fortemente la percezione dello spazio circostante, cioè del "campo visivo", creando notevoli difficoltà di mobilità e di visione crepuscolare, limitando gravemente anche la velocità di lettura; le patologie che più frequentemente determinano tali limitazioni sono la retinite pigmentosa, il glaucoma avanzato, la retinopatia diabetica e la miopia degenerativa.

L'ipovisione mista è data dalle patologie in grado di determinare una grave disabilità sia centrale che periferica, per esempio una retinopatia diabetica associata ad edema maculare.

fig. 1: ipovisione centrale ipovisione periferica

Il danno funzionale determinato da queste patologie comporta una riduzione delle abilità dell'individuo come guidare, lavorare, muoversi ed orientarsi, leggere, scrivere. Il grado di handicap che ne consegue dipende da molti fattori: età, grado d'istruzione, livello culturale, impegno professionale e sociale. E' importante impedire il deterioramento visivo in patologie conclamate, arrestare l'evoluzione della malattia e riabilitare soggetti con danno irreversibile.

L'ipovisione quindi è un problema complesso e non può essere affrontato con un approccio settoriale, concentrando l'attenzione su uno o solo alcuni aspetti del deficit visivo del paziente;

è necessaria la sinergia di una equipe composta da diverse figure professionali, quali l'oculista, l'ortottista-tecnico della riabilitazione, lo psicologo.

Il percorso che viene effettuato presso il nostro Centro di Ipovisione ha inizio con una visita oculistica completa: ciò permette di confermare l'eventuale diagnosi d'ingresso o approfondire il caso clinico con ulteriori esami diagnostici strumentali. E' importante capire bene lo stadio della malattia e l'evoluzione che potrà avere.

L'oculista dedicato all'ipovisione prescrive l'ausilio visivo e programma un iter riabilitativo.

L'obiettivo essenziale della riabilitazione è quello di potenziare il residuo visivo al fine di mantenere l'autonomia e poter eseguire le attività proprie dell'età per un livello di vita soddisfacente.

Nella maggior parte dei casi la disabilità che crea maggior disagio è rappresentata dalla visione per vicino; il soggetto con ipovisione centrale riferisce di vedere immagini distorte, "una o più macchie scure" e di non "vedere sempre allo stesso modo": in questi casi purtroppo le lenti tradizionali non trovano impiego e non portano il miglioramento sperato. L'ipovedente deve compensare il cattivo funzionamento della retina ingrandendo le immagi-

ni: a tale scopo esistono diversi tipi di sistemi ipercorrettivi che non consentono di ripristinare l'acuità visiva, bensì di migliorarla soprattutto nello svolgimento delle normali attività quotidiane. Il sistema più antico e comune è la lente di ingrandimento, che però non consente forti aumenti delle dimensioni delle immagini senza provocare fastidiose distorsioni.
Durante la visita nel nostro ambulatorio di ipovisione vengono provati sistemi ipercorrettivi specifici, in altre parole si tratta di occhiali speciali con lenti convergenti di potere elevato e breve distanza focale, o con combinazioni di lenti (telescopi), simili ai teleobiettivi.
Esistono poi dispositivi elettronici televisivi, da tavolo e tascabili, come i videoingranditori e software ingrandenti per il computer che consentono l'uso di programmi informatici (fig. 2).

E' necessario valutare ogni singolo caso, in modo da stabilire quale sia l'ausilio più indicato.
Si riesce così a creare una immagine ingrandita e in molti casi si ristabilisce un certo grado di normalità della visione e si migliora la qualità della vita.
Gli ausili visivi contribuiscono a migliorare il residuo visivo, tuttavia sono indispensabili l'adattamento e la riabilitazione che serviranno al paziente ad utilizzare l'ausilio stesso ed adattarsi al nuovo sistema di visione. Esistono differenze sostanziali nella riabilitazione di soggetti in età evolutiva, soggetti in età adulta ed in età senile.

Nell'età evolutiva (tra 0 e 12 anni) lo scopo del trattamento è ottenere uno sviluppo globale attraverso una riabilitazione di tipo neuropsicosensoriale; nell'età adulta la riabilitazione è finalizzata all'attività lavorativa e alla vita di relazione; nell'età senile è importante consentire una buona autonomia personale.
Riabilitare un paziente ipovedente significa offrirgli la possibilità di vivere meglio la vita di tutti i giorni usando al meglio l'ausilio e seguendo un percorso di addestramento nel quale sono previsti esercizi di coordinazione, rieducazione alla lettura o all'attività per cui è stato prescritto l'ausilio.
La causa principale di ipovisione nell'adulto è attualmente la degenerazione maculare senile, malattia legata all'invecchiamento che colpisce la porzione della retina predisposta alla visione più nitida. Esistono 2 forme di degenerazione maculare. La secca e la umida; la prima è caratterizzata da una atrofia progressiva del tessuto retinico mentre la seconda è dovuta alla comparsa di una membrana neovascolare sottoretinica, per cause tutt'ora ignote. La membrana neovascolare, essendo i vasi neoformati fragili ed incompetenti, causa emorragie e edema a livello maculare ed esita in fibrosi cicatriziale: in questa forma è importante una diagnosi precoce in quanto i vasi neoformati possono essere trattati con iniezioni intravitreali di farmaci antiangiogenici o con terapia fotodinamica (fig. 3).
Per il trattamento è di fondamentale importanza una diagnosi precoce di questa malattia; a tale scopo fondamentale è il test di Amsler (fig. 4) che permette un autocontrollo da parte del paziente sia per quanto riguarda la insorgenza che la progressione della maculopatia.

fig. 2: ausili per ipovisione

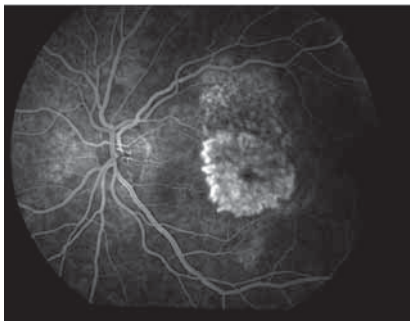


Fig.3 maculopatia con membrana neovascolare sottoretinica: in alto prima del trattamento; in basso dopo il trattamento.

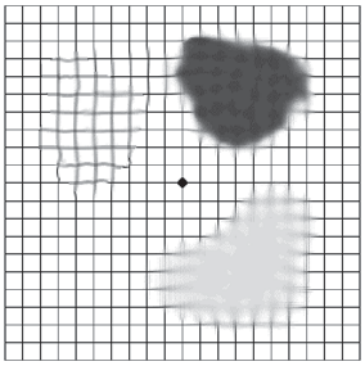


Fig. 4 Test di Amsler positivo: in alto a sinistra, distorsione delle righe; in alto a destra, scotoma assoluto; in basso a destra, scotoma relativo.

Centro di Ipovisione e Riabilitazione Visiva della AOUP si avvale della collaborazione dell'**Unione Italiana Ciechi**, nei cui locali si svolge la riabilitazione e dell'**I.Ri.Fo.R.** che la coordina. Le visite si effettuano nella Clinica Oculistica Universitaria, prendendo appuntamento al numero **050/992595**.

Riccardo Vannozzi Direttore Unità Operativa Neurochirurgia II A.O.U.P.

Video-fluorangiografia: novità in Neurochirurgia Vascolare

Pazienti e staff quotidianamente coinvolti in chirurgia cerebro vascolare possono trarre un immediato beneficio da una nuova metodica che permette di valutare il flusso ematico cerebrale intra operatoriamente e che da alcuni mesi è stata introdotta nella Struttura Ospedaliera Universitaria Pisana, Neurochirurgia II.
Grazie ad una nuova tecnologia integrata dalla visione microchirurgica, in seguito all'infusione endovenosa di indocianina verde (ICG) è possibile ottenere immagini ad alta risoluzione ed alto contrasto che rendono immediata la visualizzazione selettiva dell'architettura vascolare assieme al flusso ematico dell'area chirurgica.

I campi di applicazione sono principalmente orientati sulle patologie vascolari sia cerebrali che midollari come aneurismi, malformazioni artero venose ad alto flusso, fistole artero venose durali, ma si estende potenzialmente a tutte le altre procedure neurochirurgiche in cui sia indispensabile una valutazione intraoperatoria del flusso ematico al fine di correggere la strategia chirurgica "on-line".
La ICG è una sostanza eccitabile alla luce dell'infrarosso, originariamente introdotta in chirurgia per la valutazione vascolare ed epatica, si è poi estesa alla chirurgia oftalmologica. Dopo infusione endovenosa, la ICG si lega alle globuline rimanendo quindi intravascolare, l'eliminazione è epatica. La ICG non viene riassorbita dall'intestino e non entra nella circolazione epatica. La dose raccomandata di ICG è 0.2-0.5 mg/Kg fino ad un massimo di 5 mg/Kg.
Una volta in circolo con l'ausilio della luce all'infrarosso (NIR) a lunghezza d'onda da 700-850 nm, la ICG viene eccitata e quindi riconosciuta dal sistema ottico. Le immagini ad alta definizione ed alto contrasto così ottenute sono paragonabili a quelle della angiografia digitale (fase capillare, arteriosa e venosa) e possono essere registrate per una successiva rivalutazione, rendendo quindi possibile una analisi funzionale oltre che anatomica del circolo cerebrale.
Ad oggi la principale applicazione della ICG associata alla NIR in Neurochirurgia è stabilire la qualità del clipping micro neurochirurgico in caso di aneurismi cerebrali. L'eventualità di una esclusione sub totale della sacca e del danno della architettura vascolare nel distretto coinvolto è quindi minimizzata, con netto vantaggio di operatori e utenti.
La metodica che per quanto di recente utilizzo sul circolo cerebrale è stata valutata e validata dai maggiori centri internazionali di neurochirurgia vascolare. Gli Autori riportarono che i rischi connessi alla ICG-NIR sono tra lo 0-3.5% contro un 4-19% di rischio per residuo aneurismatico, con possibile conseguente ricrescita, rottura o re-rottura dell'aneurisma cerebrale e contro lo 0.3-12% di danno alle arteriole perforanti spesso causa di catastrofiche conseguenze neurologiche. L'unico limite è rappresentato dalla possibilità di visualizzare il solo albero vascolare esposto nel campo operatorio, ma a nostro avviso, tale limite è di secondaria importanza rispetto alle informazioni aggiuntive offerte. In accordo con altri Autori, consideriamo la visualizzazione delle sole arterie esposte di rilevante importanza clinico-chirurgica, infatti le complicanze più temibili riguardano quasi esclusivamente i vasi coinvolti dalla procedura.

L'eventuale distorsione o occlusione di queste strutture vascolari, in considerazione della loro fragilità, è possibile durante più fasi della chirurgia: l'avvicinamento all'aneurisma, la dissezione del colletto, il clipping, l'eventuale coagulazione ed exeresi della sacca. In tutti questi momenti è possibile visualizzare il flusso ematico e quindi immediatamente correggere la strategia chirurgica intrapresa. Inoltre ad oggi non esistono metodiche alternative alla ICG-NIR nella valutazione del circolo delle perforanti essendo il calibro e la portata di

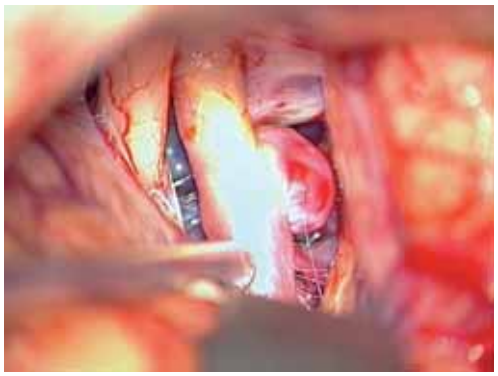


Figura 1 - Aneurisma Sovraclinoideo Arteria carotide interna (visione microscopica pre - clipping).

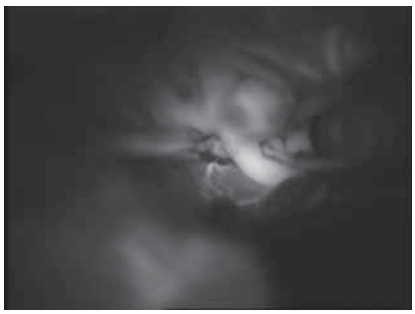


Figura 2 - Fluorangiografia intraoperatoria in aneurisma di biforcazione della arteria cerebrale media, si noti la turbolenza del flusso ed il diverso spessore della parete della sacca.

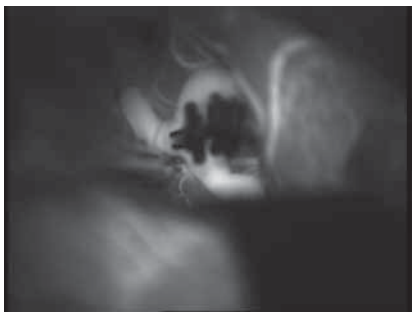


Figura 3 - si introduce la clip in visione fluorangiografica intraoperatoria, si noti la chiara visione del flusso all'interno delle strutture vascolari coinvolte dalla chirurgia.

tali fondamentali arteriole grossolanamente al di sotto dei limiti imposti da doppler e flussimetria.

La nostra esperienza è basata sulla metodica applicata in circa 60 aneurismi cerebrali del circolo anteriore e 8 malformazioni artero venose ad alto flusso in tutti i distretti cerebrali trattati nel nostro Istituto negli ultimi 12 mesi. I dati ottenuti hanno permesso di correggere il clipping in circa il 3% degli aneurismi trattati, ma considerando tra le complicanze post chirurgiche anche l'eventuale stenosi satellite dei vasi coinvolti dalla malformazione si sale al 5%, talora dovuta al semplice kinking da pressione della clip.
La valutazione intraoperatoria effettuata nella nostra casistica prevede il monitoraggio di parametri come: l'intensità luminosa ottenuta, l'eventuale presenza di deficit di riempimento o rallentamenti di flusso e la parenchimografia a valle del vaso parente. Il controllo è stato completato con la visualizzazione del riempimento ortodromico delle arterie indagate per evitare i rischi di falsi negativi dovuti al back flow post clipping. La somministrazione di ICG è stata inoltre essere eseguita con intervalli adatti ad ottenere un completo wash out dal circolo cerebrale, necessario ad evitare falsi positivi, complicanza evidente in un solo caso della nostra serie e prontamente corretta. L'utilizzo della ICG-NIR in malformazione artero venose cerebrali ha permesso di valutare la progressiva riduzione dei tempi di circolo nelle vene coinvolte dallo shunt fornendo dati funzionali analoghi a quelli di una angiografia standard sulla fase venosa. Occorre ricordare che la metodica è di tipo qualitativo, pertanto occorre una curva di apprendimento adeguata stimale a nostro avviso intorno a 25-40 casi.
In seguito all'introduzione nella nostra pratica chirurgica della fluorangiografia intraoperatoria, abbiamo limitato la necessità di una angiografia alle sole complicanze chirurgiche occorse in aneurismi giganti, complessi, profondi e con parete calcifica. Comunque se ne raccomanda l'utilizzo in tutti quei casi in cui la ICG-NIR non abbia permesso una valutazione definitiva. Tale scelta non è giustificata unicamente dalla affidabilità della metodica introdotta, ma anche dalla riduzione dei rischi correlati ad esami invasivi ed ai costi conseguenti diretti ed indiretti. Riteniamo indispensabile sottolineare inoltre come, in linea con altri centri di neurochirurgia a livello mondiale, lo studio pre operatorio preveda l'utilizzo di metodiche non invasive come angioTC ed angioRMN. Anche in questo caso i dati aggiuntivi ottenuti dalla visione diretta del circuito vascolare possono completare la valutazione perioeratoria, riducendo ulteriormente la necessità di uno studio angiografico preoperatorio.
Nella nostra casistica l'affidabilità dimostrata e confrontata con la DSA arteriosa è superiore al 90%, limite verosimilmente legato al bias dovuto alla curva di apprendimento dei primi casi.
In accordo con altri Autori , a nostro avviso, la ICG-NIR dovrebbe essere routinaria, permettendo una immediata correzione della complicanza.

In conclusione questa metodica, in mani esperte, presenta un basso costo di utilizzo a fronte di informazioni intraoperatorie fondamentali per garantire agli utenti un contenimento dei rischi procedurali. La NIR può fornire informazioni on-line ma registrabili sul flusso ematico cerebrale per vasi di diversa grandezza, contemporaneamente alla valutazione di un corretto trattamento della lesione vascolare. In particolare l'associazione di una alta definizione di immagine associata all'ingrandimento del microscopio operatorio permette la valutazione sia delle arterie perforanti sia della direzione del flusso in vasi arteriosi e venosi coinvolti dalla lesione vascolare.

L'introduzione di questa innovativa tecnica presso la neurochirurgia II dell'ospedale santa chiara in Pisa, assieme a nuovi approcci chirurgici perfezionati in collaborazione con centri internazionali, sistemi di neuro protezione, awake surgery e neuro navigazione, permettono a staff ed utenza di contenere costi e rischi per pazienti affetti da problematiche neurochirurgiche.

Alice Sanpaolesi de Falena Dottore Commercialista Revisore Contabile

Il fisco in tempo di crisi

La crisi economica è in atto e pare opportuno in questa sede analizzare piuttosto che le "imposte" i "risparmi" (nel caso in questione relativi all'Irpef) concessi dall'Amministrazione Finanziaria ai possessori di immobili.
Prima tra tutti spicca la "detrazione del 36%" della quale possono godere i possessori (ovvero i proprietari, i nudi proprietari, gli usufruttuari, gli inquilini, i comodatari) che hanno sostenuto costi relativi a interventi di recupero edilizio. Il contribuente detrae la spesa in quote costanti per la durata di dieci anni. Per poter usufruire dello sgravio è necessario che l'intervento sia di natura straordinaria, che in data antecedente all'inizio dei lavori sia stata inviata l'apposita comunicazione all'Agenzia delle Entrate di Pescara, che i pagamenti delle fatture avvengano esclusivamente tramite bonifico bancario, tenendo ben presente che il limite massimo di spesa detraibile è di € 48.000,00 per ciascun immobile.
Anche i lavori di manutenzione ordinaria sono detraibili, ma in questo caso devono essere effettuati sulle parti comuni degli edifici.

Altra agevolazione è quella relativa agli interventi che consentono di conseguire un risparmio energetico e consistono in una detrazione pari al 55% delle spese sostenute, da ripartire in tre anni. Gli interventi agevolati riguardano: la riqualificazione energetica, l'involucro degli edifici, l'installazione di pannelli solari, la sostituzione di impianti di climatizzazione invernale. I massimali di spesa si differenziano per tipo di intervento. Per usufruire della detrazione non deve essere inviata alcuna comunicazione preventiva, ma sarà necessario effettuare i pagamenti delle fatture con bonifico bancario, acquisire l'asseverazione di un tecnico abilitato che attesti la conformità dell'intervento realizzato ai requisiti richiesti dalla normativa e al termine dei lavori inviare all'Enea la documentazione richiesta.
Un'altra detrazione riguarda i contribuenti che possiedono un immobile in un comune ad alta densità abitativa e che stipulano un contratto di locazione ad un canone così detto convenzionale, frutto di un apposito accordo in sede locale tra le organizzazioni dei proprietari e quelle degli inquilini. Al proprietario in questo caso, spetta un ulteriore abbattimento sul reddito di locazione pari al 30%.

Anche il compenso pagato (per un importo non superiore a € 1.000,00) all'intermediario per l'acquisto della prima casa è detraibile dall'Irpef nella misura del 19%, così come sono detraibili, sempre per il 19%, le spese certificate dalla sovrintendenza sostenute dal proprietario di un immobile di interesse storico, e l'inquilino che ha stipulato un contratto di locazione per l'abitazione principale potrà detrarre a forfait € 300,00 se possiede un reddito non superiore a € 15.493,17 o € 150,00 se il suo reddito non supera € 30.987,41, così come altre agevolazioni riferite alla locazione della prima casa sono riservate ai lavoratori dipendenti, ai giovani di età compresa tra venti e trent'anni, così come dall'anno 2008 è stato innalzato a € 4.000,00 il limite di detraibilità degli interessi passivi sul mutuo per l'acquisto dell'abitazione principale. Insomma, i margini per risparmiare esistono, a condizione che prima si spenda….
(Fonte: *"Guida alle Novità Fiscali" 8/2008 - "Il Sole24Ore"*)

ProgettoLuce

associazione no profit

ARCHIMEDIA - PISA

Progetto Luce. Rivedi la Vita!

Lo scopo di "Progetto Luce" è quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da glaucoma e da degenerazione maculare senile, ed in particolare:

1. Tutelare il paziente attraverso una mirata e corretta informazione sulla patologia da cui è affetto.
2. Rendere consapevole il paziente dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
3. Favorire occasioni d'incontro tra pazienti afflitti dalla stessa patologia volte a sviluppare un costante e fattivo scambio di comuni esperienze di vita.
4. Favorire un contatto più diretto tra medico specialista e paziente finalizzato ad un migliore orientamento del paziente
5. Promuovere e realizzare progetti di ricerca sotto l'egida del Comitato Scientifico dell'Associazione.
6. Organizzare seminari, convegni, conferenze, workshop e corsi di aggiornamento per medici specialisti e medici di medicina generale.
7. Progettare e realizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla popolazione generale.

Segreteria Organizzativa:
Via F. Crispi, 62 56125 Pisa tel 050 22 01 480 / fax 050 22 04 280 / **info@progettoluceonline.org**

Segreteria Scientifica:
U.O. Oculistica Universitaria / Via Roma, 67 56126 Pisa tel 050 553 431 / fax 050 992 976 / **progettoluce@unipisa.it**

www.progettoluceonline.org

ACQUA E TERME DI ULIVETO SPA
DAL 1868

Acqua Minerale Naturale

ULIVETO®

Aiuta la Digestione

Nel comune di Vicopisano, circondato dal verde degli ulivi, dove le colline toscane degradano verso le rive dell'Arno, sorge un borgo che deve la sua storia e il suo sviluppo alla Fonte dell'acqua che porta il suo nome: Uliveto. Un documento del Mille, riportato da Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) ci narra che già a quei tempi erano noti gli effetti non solo dissetanti ma soprattutto salutistici di quest'acqua.

L'acqua minerale Uliveto per la composizione unica di preziosi minerali, la microeffervescenza naturale e il gusto inconfondibile, aiuta a digerire meglio e ci fa sentire in forma.

Con Uliveto digerisci meglio.