

PisaMedica

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

Contiene I.P.

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

in questo numero:

Il Medico Specialista in Formazione: studente o professionista?

L. Murri - S. Taddei
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Pisa

Considerazioni su: diritto alla salute e responsabilità individuale

F. Pancani
Presidente CAO Pisa

Novità E.N.P.A.M. per i pensionati

Fondo di Previdenza Generale
C.d.A. E.N.P.A.M.
Delibere. n. 46/09 e n. 53/09

Giuseppe Figlini Direttore Responsabile

Un medico nuovo per una nuova società

Un medico "nuovo" per una società che cambia, a tutela della salute. E' quanto potremo delineare per il prossimo futuro alla luce dei grandi mutamenti sociali, etici, scientifici, organizzativi ed economici. Per giungere a questa immagine costruttiva occorre individuare, al meglio, gli snodi cruciali che determinano oggi le scelte in medicina e sanità.

Per noi saranno importanti questi cinque punti: Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesto completi e adattativi in modo sincrono e correlato ed il modello d'erogazione delle cure si presenta sempre più integrato ed articolato.



Altro punto: La medicina non può e non deve operare come contro parte della sanità, avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari. Ed ancora: In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia. Inoltre "E' matura l'idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale". Infine, "La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più ingegneristico. riparativa, non può disgiungere l'obiettivo di efficienza da quello d'efficacia e d'equità nella tutela della salute."

Occorre dunque seguire il concetto della "integrazione". Ovvero integrazione fra scienza, coscienza e sapienza, tra medicina e sanità, tra autonomia ed esigenze del paziente e scelte del medico, tra nuovi saperi e contesti sociali e culturali. Persino accettazione del rischio d'errore come parte del procedimento medico, per una gestione e prevenzione concrete.

Il medico nuovo non deve però prescindere dal vecchio, dove vecchio non significa anziano e quindi superato, ma solo più carico d'esperienza: davanti al malato ed il medico dovrà comprenderne per tempo i cambiamenti e le esigenze.

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, Elio Tramonte,
Piero Bucciatti, Eugenio Orsitto,
Maria Aurora Morales, Maurizio Petri,
Angelo Baggiani, Cataldo Graci,
Amalia Lucchetti, Antonio De Luca,
Stefano Taddei, Paolo Baldi, Franco Pancani, Gabriele Bartolomei,
Galoppi Teresa, Villani M. Cecilia,
Trivelli Roberto

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

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 QUALITÀ

Prot. n. AOO-GRT/ 236394 /Q.80.30
Da citare nella risposta

Data 11 settembre 2009

Allegati

Risposta al foglio del

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

Si fa seguito all'informativa del 7/111/2008, Prot. n. A00-GRT/ 294486/Q.80.30, relativa al Regolamento n. 52/R di attuazione della L.R. 8/99 in materia di studi medici ed odontoiatrici.

In questi primi mesi dal l'introduzione dell'istituto della DIA, sono pervenute da parte dei Comuni, come previsto dalla normativa, copie delle dichiarazioni di inizio dell'attività presentate dagli interessati.

In merito si ritiene opportuno segnalare le maggiori criticità riscontrate:

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

1. molte DIA sono incomplete (perché manca la fotocopia del documento di identità, o le autocertificazioni del personale sanitario dichiarato presente, o l'atto o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le generalità dei professionisti che costituiscono lo studio associato), **soprattutto in alcune non sono contrassegnate le prestazioni a minore invasività erogate;**
2. alcune non sono delle vere dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà in quanto non rese nelle forme previste dal DPR 445/2000, altre utilizzano una vecchia bozza incompleta che stranamente è circolata;
3. in alcuni casi al posto della DIA è stato trasmesso il modello relativo al mantenimento dei requisiti. che deve invece essere utilizzato solo per lo studio soggetto ad autorizzazione;
4. alcune DIA hanno evidenziato la collocazione dello studio presso un centro estetico o altro dimenticando che lo studio deve disporre di un accesso per l'utente diverso da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria e che i locali dello studio devono essere nettamente separati da quelli destinati ad altri usi (Allegato C al regolamento);
5. sono state presentate DIA da parte di collaboratori che hanno dichiarato di non essere titolari di studio. Si precisa che solo il titolare di studio deve presentare la DIA; se nello studio è presente un collaboratore sarà allegata alla DIA la sua dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante gli estremi di iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Perché sia inequivocabile che si tratti di un collaboratore l'attività deve essere svolta **prevalentemente** dal titolare dello studio che è il solo a fatturare e che avvalendosi di ausiliari risponde dei loro fatti dolosi o colposi (art. 1228 c.c.). In proposito si ricorda che i professionisti hanno comunque la possibilità:
 - di associarsi (sempre che la presenza di più professionisti non comporti una organizzazione tale che siamo in realtà di fronte ad una struttura e non ad uno studio);
 - di condividere, in tempi diversi (**prerogativa esclusiva degli studi soggetti a DIA**), locali e attrezzature con altri professionisti, tutti tenuti a presentare personalmente la DIA. In tal caso, come prevede l'Allegato C al regolamento,

devono essere definite ed adattate procedure per garantire la costante idoneità delle risorse comuni mentre ciascun professionista rimane unico responsabile delle prestazioni rese ai propri pazienti.

Si ritiene, inoltre, di dover ricordare che:

- i medici specializzati in odontoiatria possono erogare prestazioni odontoiatriche solo se iscritti all'Albo degli odontoiatri;
- i laureati in odontoiatria, in quanto non medici, possono erogare e quindi contrassegnare nell'elenco allegato alla DIA, solo le prestazioni rientranti nella disciplina di ODONTOIATRIA;
- la DIA deve essere presentata **solo in caso di studio odontoiatrico o medico** e quindi non riguarda gli igienisti dentali i quali, in base al proprio profilo professionale, svolgono i propri compiti "alle dipendenze degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria". Ancor meno deve essere presentata dall'odontotecnica che non è nemmeno una professione sanitaria.

Nello spirito di reciproca collaborazione, più volte richiamato in altre occasioni, che orienta i rapporti tra la Regione e i Comuni e nel rispetto delle rispettive competenze, si coglie l'occasione per ribadire che il Comune, competente al rilascio delle autorizzazioni sanitarie e a ricevere le dichiarazioni di inizio attività, verifica la completezza delle pratiche da un punto di vista amministrativo, mentre il Dipartimento di Prevenzione verifica "in loco" il rispetto dei requisiti previsti (nel caso della DIA, a seguito di richiesta del Comune nell'ambito delle verifiche a campione). Si richiama, a questo proposito, la DGR 243/2000 "Direttive alle aziende u.s.s. inerenti l'attività di verifica dei dipartimenti di prevenzione" che se pur riferita alle strutture sanitarie è, per quanto applicabile, utile riferimento anche nelle verifiche degli studi sia soggetti ad autorizzazione che a DIA.

Si tiene inoltre a precisare che lo scrivente settore, che riceve copia delle DIA allo scopo di adempiere alla previsione normativa della tenuta dell'elenco di cui all'art. 8, comma 3 della L.R. 8/99 e per l'eventuale e successiva richiesta di accreditamento, non procederà a segnalare al singolo Comune interessato le criticità riscontrate, anche in considerazione dell'elevato numero di studi professionali medici ed odontoiatrici soggetti a DIA nel territorio toscano; si invita pertanto ad una maggiore attenzione nell'istruttoria delle pratiche anche alla luce delle criticità sopraevendenziate.

A proposito della trasmissione degli atti da parte del Comune si informa che, in data 12 agosto 2009, è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 30, parte prima, la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" che, a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all'art. 48 della legge stessa, andrà ad abrogare la vigente L.R. 8/99. La legge regionale 51/2009 non prevede più la trasmissione agli uffici regionali della DIA (come pure all'azienda usl e all'ordine dei medici e degli odontoiatri), ma più semplicemente la comunicazione dell'avvenuta presentazione della dichiarazione medesima con l'indicazione del titolare dello studio, la sede e se trattasi di studio medico a odontoiatrico (art. 24, comma 2).

Maggiori informazioni sulla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 sono trasmesse con nota a parte.

Si resta a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento o supporto che si ritenga necessario acquisire e si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras

LDS

Prot. n. AOO-GRT/ 232321 /Q.80.30
Da citare nella risposta

Data 15/09/2009

Allegati

Risposta al foglio del

Oggetto: legge regionale 5 agosto 2009, n. 51.

Si porta a conoscenza dei soggetti in indirizzo che in data 12 agosto 2009 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 30, parte prima, la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento".

La legge 51/2009, in attuazione del P.S.R. 2008/2010, apporta innovazioni soprattutto con riguardo all'accreditamento e agli strumenti che lo supportano. Conferma, invece, con poche modifiche, le disposizioni contenute nella L.R. 8/99 relative ai processi autorizzativi per le strutture private e l'apertura degli studi professionali.

Le disposizioni della legge in oggetto si applicano dalla data di entrata in vigore del regolamento attuativo (art. 51 "Efficacia differita") che la Giunta regionale è impegnata ad adottare entro centottanta giorni dalla pubblicazione della legge stessa.

Fanno eccezione gli artt. 40, 41 e 49, commi 5 e 6 che sono entrati in vigore il 27 agosto 2009. Per quanto di interesse si informa che l'art. 49:

- comma 5, proroga il termine per l'adeguamento ai requisiti strutturali e impiantistici previsto dall'art. 17, comma 6 ter, della L.R. 8/99 fino al termine stabilito dal regolamento attuativo della legge 51/2009 e comunque non oltre il 31 dicembre 2010;

- al comma 6 proroga la validità degli accreditamenti rilasciati fino al termine definito dal sopramenzionato regolamento. Si riportano di seguito le modifiche di interesse che, si ribadisce, si applicheranno dalla data di entrata in vigore del regolamento attuativo revisto dall'art. 48 della legge 51/2009:

COMPATIBILITA'

con riguardo alla verifica di compatibilità in caso di realizzazione di strutture sanitarie o ampliamento di quelle esistenti, prevista dall'art. 20 della vigente L.R. 8/99, la legge, in conformità con la normativa nazionale (D. Lgs. 502/92, art. 8 ter), stabilisce che è il Comune e non più il soggetto interessato, ad acquisire dalla Giunta regionale il parere positivo del progetto rispetto al fabbisogno regionale (art. 2).

AUTORIZZAZIONE

Fra le modifiche e integrazioni si segnalano le seguenti:

1. nelle strutture monospecialistiche odontoiatriche le funzioni del direttore sanitario possono essere svolte da un laureato in odontoiatria (come peraltro già di fatto consentito stante la professione odontoiatrica separata da quella medica) mentre non è più richiesta la specializzazione per il biologo o chimico che assume la direzione tecnica del laboratorio di analisi (art. 19 commi 4 e 5);
2. è stata eliminata la disposizione che prevedeva, in caso di chiusura della struttura, la possibilità di chiedere una nuova autorizzazione solo dopo un anno dal provvedimento di chiusura stessa.

ACCREDITAMENTO

La nuova legge aggiorna la disciplina dell'accreditamento e la sviluppa prevedendo accanto all'accreditamento istituzionale, l'accreditamento di eccellenza.

Le innovazioni di maggior rilievo sono le seguenti:

1. oggetto dell'accreditamento è la struttura organizzativa funzionale finalizzata all'erogazione di prestazioni sanitarie (art. 29, comma 3);
2. la validità dell'accreditamento rilasciato è stata portata da tre a cinque anni (art. 29, comma 6);
3. l'accreditamento istituzionale, obbligatoria, si consegue, accertata la funzionalità delle prestazioni erogate, a seguito di istanza corredata da dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante della struttura, attestante il possesso dei requisiti previsti;
4. la verifica a campione sul possesso dei requisiti e la coerenza con quanto dichiarato è effettuata dal gruppo tecnico regionale di valutazione che sostituisce le tre attuali commissioni ed è costituito da esperti valutatori in ambito sanitario (art 42);
5. l'accreditamento di eccellenza, volontario, si consegue, in relazione a proprie strutture organizzative funzionali già in possesso dell'accreditamento istituzionale, a seguito di istanza corredata da dichiarazione sostitutiva attestante il possesso dei requisiti previsti e al parere vincolante della Commissione regionale per la qualità e la sicurezza, che effettua una valutazione complessiva che tiene conto oltre che delle informazioni contenute nelle dichiarazioni sostitutive anche degli elementi di valutazione espressi dal sistema di valutazione delle performance e degli specifici indicatori definiti ad hoc dalla Giunta regionale.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras

LDS

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

Loredana De Simio
Manuela Fioretti

055 4383233
055 4383522

loredana.desimio@regione.toscana.it
manuela.fioretti@regione.toscana.it

Allegati

Risposta al foglio del

Oggetto: legge regionale 5 agosto 2009, n. 51.

Si porta a conoscenza dei soggetti in indirizzo che in data 12 agosto 2009 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 30, parte prima, la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento".

La legge 51/2009, in attuazione del P.S.R. 2008/2010, apporta innovazioni soprattutto con riguardo all'accreditamento e agli strumenti che lo supportano. Conferma, invece, le disposizioni contenute nella L.R. 8/99 relative all'apertura degli studi professionali con l'unica novità della eliminazione della disposizione che prevedeva, in caso di chiusura dello studio, la possibilità di chiedere una nuova autorizzazione o di presentare una nuova DIA solo dopo sei mesi dal provvedimento di chiusura stesso.

Le disposizioni della legge in oggetto si applicano dalla data di entrata in vigore del regolamento attuativo (art. 51 "Efficacia differita") che la Giunta regionale è impegnata ad adottare entro centottanta giorni dalla pubblicazione della legge stessa, fatta eccezione per gli artt. 40, 41 e 49, commi 5 e (che sono entrati in vigore il 27 agosto 2009 ma che non sono di interesse dei soggetti in indirizzo.

Con riguardo all'accreditamento Istituzionale la legge ne disciplina, al Capo VI, il rilascio per i professionisti titolari di studio.

I requisiti prescritti per l'attribuzione dell'accreditamento, saranno definiti dal regolamento attuativo che dovrà prevedere il possesso di adeguati crediti formativi e la consistenza dell'attività professionale svolta tale da assicurare il possesso di competenze e capacità professionali adeguate.

Inoltre il professionista che chiede l'accreditamento dovrà dotare il proprio studio professionale dei requisiti e delle caratteristiche necessarie per l'espletamento delle funzioni sanitarie rivolte al pubblico. Normalmente la caratteristica dello studio professionale è quella di non essere aperto al pubblico, ma poiché l'accreditamento è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti con le Aziende USL per l'erogazione di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, in questo caso lo studio si configura aperto al pubblico e quindi deve rispettare la normativa vigente per esempio in materia di barriere architettoniche.

A questo proposito si informa che non saranno avviati procedimenti di accreditamento fino a quando il regolamento non avrà definito requisiti e procedure per il loro rilascio.

Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras

LDS

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

Loredana De Simio
Manuela Fioretti

055 4383233
055 4383522

loredana.desimio@regione.toscana.it
manuela.fioretti@regione.toscana.it

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Pisa è in procinto di stilare un elenco dei medici che si dichiarano disponibili ad effettuare eventuali sostituzioni per la medicina generale. Si invitano tutti i medici che sono interessati, a rivolgersi direttamente alla segreteria dell'Ordine Tel. 050 579714

Luigi Murri Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Pisa

Stefano Taddei Vice Preside con delega alla didattica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Pisa

Il Medico Specialista in formazione: studente o professionista?

Tra le varie questioni di cui spesso si discute in ambito sanitario è il ruolo che svolge o dovrebbe svolgere il medico specializzando nelle strutture cliniche (sia universitarie che ospedaliere) nelle quali si trova ad operare.

L'interesse per la questione nasce dalla profonda modifica che ha avuto lo stato giuridico del medico specializzando dopo l'applicazione del DL 368 (17 agosto 1999) che si riferiva all' "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli...". In altre parole, questo DL sanava una lacuna importante nel nostro ordinamento legislativo sanitario in quanto finalmente si equiparava la formazione del medico specialista a quella già in atto presso gli altri paesi della Comunità Europea, in modo da garantire agli stessi, una volta specializzati, la libera circolazione all'interno dell'offerta lavorativa della CE. Dal punto di vista giuridico, la modifica più importante era quella che il medico specializzando, fino ad allora considerato poco più che uno studente, diventava un medico in formazione specialistica, con compiti didattici e formativi ben definiti nell'ambito della tipologia delle singole scuole di specializzazione.

Alla base del rapporto tra medico in formazione specialistica e strutture c'è un contratto che il medico firma con i due enti preposti alla sua formazione e cioè l'Università degli Studi e la Regione. Questo contratto stabilisce che "L'Università e la Regione garantiscono al medico in formazione specialistica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato,

nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, in coerenza al processo formativo." (Art. 3, comma 1 del contratto).

Tutto questo significa che il medico specializzando deve compiere un percorso formativo che lo porti ad operare in autonomia, capacità che si acquista solo con l'esecuzione routinaria delle procedure diagnostico-terapeutiche tipiche di ogni disciplina specialistica. Infatti, è dovere di ogni specializzando dover eseguire un "numero minimo di interventi pratici da eseguire personalmente determinati dal Consiglio della Scuola" (Art. 2, comma 3 del contratto). E' pertanto fuori da

ogni discussione che il medico in formazione debba operare in prima persona all'interno della struttura della rete formativa alla è stato assegnato. Come già indicato, il livello di autonomia del medico specializzando viene determinato dal tutore (e dal Consiglio della Scuola) nell'ambito dell'avanzamento didattico-formativo. E' ovvio infatti che debba essere considerata in modo diverso la professionalità e soprattutto l'esperienza di uno specializzando del primo anno rispetto a uno specializzando del

quinto anno.

D'altra parte che il medico in formazione sia un professionista a tutti gli effetti lo dimostrano tre punti ben precisi del contratto di formazione: innanzi tutto al medico in formazione specialistica viene corrisposto un trattamento economico annuo con un rapporto di esclusività con la struttura; inoltre è prevista per il medico in formazione la "facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria" (Art. 5, comma 3 del contratto), e infine si prevede che "l'azienda sanitaria, presso la quale il medico in formazione specialistica svolge attività formativa, provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa dei rischi professionali, per la responsabilità



civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico medesimo nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale" (Art. 6, comma 4 del contratto).

Se quindi si prevede che un medico in formazione debba avere uno stipendio, possa fare attività libero professionale all'interno dell'azienda e soprattutto debba avere una copertura assicurativa analoga a quella dei medici strutturati è più che ovvio che il medico in questione sia a tutti gli effetti un professionista che opera all'interno della struttura sanitaria.

Certamente alcuni passaggi della legge possono creare alcuni dubbi, che possono essere però risolti applicando un po' di buon senso. Il contratto infatti specifica che "in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva di quella del personale di ruolo" (art. 3, comma 1). Ovviamente su questo punto esiste un assoluto consenso, ma tuttavia questo passaggio può sicuramente generare alcuni equivoci, solo in parte giustificati. Infatti, se, pur sotto la supervisione del tutor, un medico in formazione deve lavorare in autonomia (ad esempio svolgere visite ambulatoriali o eseguire esami diagnostici) l'attività del medico diventa parte integrante dell'attività della struttura dove opera. Forse il problema è non voler ammettere quello che non solo è nei fatti, ma anche nello spirito della normativa e cioè che un medico in formazione è a tutti gli effetti un membro dello staff medico e come tale va considerato, anche se con alcuni compiti e alcune attribuzioni diverse rispetto al medico strutturato. Tuttora si discute se un medico in formazione specialistica possa fare o no il servizio di guardia: a questo proposito è ampiamente condiviso che in caso di guardia interdivisionale (cioè che interessa più reparti) un medico specializzando possa svolgere il servizio di guardia presso una delle strutture interessate purchè sia presente un medico strutturato responsabile.

Certamente la materia è complessa

e questo richiede quindi di trattarla solo se si è documentati. Purtroppo si assiste alla deprecabile abitudine di intervenire in modo approssimativo, anche sugli organi di stampa, su questo argomento e talvolta assimilare il ruolo degli specializzandi a quello degli studenti del quinto o sesto anno della Facoltà di Medicina. La più grave conseguenza di tutto questo è la possibilità di allarmare i pazienti convinti che un medico in formazione specialistica sia un medico di serie B. Questo non solo non è vero, ma è profondamente lesivo della professionalità dei nostri specializzandi i quali, dopo aver superato un corso di laurea impegnativo e con un alto livello di professionalizzazione, sono medici a tutti gli effetti e svolgono la loro attività in numerose strutture territoriali (guardie mediche, sostituzioni dei medici di medicina generale, servizio sulle ambulanze). Una volta ammessi a una scuola di specializzazione questi professionisti acquisiscono capacità specialistiche con dedizione ed entusiasmo, ottenendo l'autonomia di interazione con il paziente solo quando dimostrano un più che ottimale livello di formazione, che in genere si raggiunge al terzo anno di frequenza e che comunque deve essere sempre verificato dal tutor e

dal Consiglio della Scuola. E' fondamentale infine ricordare che i nostri medici in formazione specialistica operano in un ambiente "protetto", dove il tutor o un professionista analogo è sempre a disposizione per un consulto o un chiarimento, un atto che è espressione non di scarsa competenza o professionalità, ma che fa parte di quella cultura del confronto che è propria della buona pratica clinica.

In ogni caso la Facoltà di Medicina dell'Università di Pisa ha sempre mostrato una particolare attenzione non solo agli aspetti didattici e formativi, ma anche agli aspetti normativi che regolano l'attività dei Medici in formazione specialistica. A questo proposito, in data 15 maggio 2008, il Preside della Facoltà insieme ai Direttori delle Scuole di Specializzazioni hanno redatto un documento che è stato inviato alla Regione Toscana e nel quale è puntualizzata l'applicazione degli elementi sopra esposti allo scopo di stabilire regole certe per quanto riguarda l'attività assistenziale degli specializzandi, in modo da poter coniugare l'apprendimento con l'esperienza sul campo, che rappresentano gli elementi essenziali per la corretta e completa formazione di ogni Medico specialista.



Trattamento precoce del dolore al Dea

Premessa

Nel Pronto Soccorso il dolore rappresenta il sintomo più frequente per cui il cittadino vi si presenta. D'altra parte, il sempre più crescente numero di cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso ha determinato un altrettanto incremento dei tempi di attesa, soprattutto per quelle patologie considerate a bassa-media priorità (codici verdi).

La Regione Toscana, nel nuovo piano sanitario 2008-2010, ha posto tra gli obiettivi principali quello, innanzitutto, di ridurre i tempi di attesa dei codici verdi; nello stesso tempo, recita lo stesso piano sanitario *“vanno migliorati gli aspetti relativi all'accoglienza e alla presa in carico del bisogno del cittadino. Durante l'attesa deve essere garantita, anche con comportamenti di iniziativa, la soddisfazione dei bisogni primari e il controllo della evoluzione della situazione clinica. In particolare, ogni P.S. deve essere dotato di un protocollo per il trattamento del dolore, immediatamente successivo al triage, anche a gestione infermieristica”*.

Procedura operativa per il trattamento precoce del dolore al triage

Dall'inizio di giugno 2009 il DEA di Pisa ha reso operativa, in accordo con la Direzione Generale, una procedura per il trattamento precoce del dolore, a gestione completamente infermieristica. L'obiettivo primario è quello di ottenere un rapido controllo del dolore e, secondariamente, di ridurre lo stato di disagio e ansia delle persone che si rivolgono al Pronto Soccorso, migliorando la sensazione di “presa in carico” da parte del personale sanitario. A tale scopo la procedura prevede la rilevazione ed il trattamento del dolore prima che i pazienti vengano visitati dal medico.

La procedura prevede le seguenti fasi:

1) Valutazione del dolore e selezione dei pazienti idonei al trattamento precoce

Per la misurazione del dolore viene adottata, secondo le nuove linee guida regionali del Triage, la scala numerica (NRS).

Ai soggetti con dolore $NRS \geq 3$, che si presentano al Pronto Soccorso con le problematiche riportate nella Tabella 1, viene proposto il trattamento precoce del dolore, in attesa della visita medica. A tal fine l'infermiere ha una serie di domande standardizzate da porre al paziente, che permettono alla fine la somministrazione più adeguata e priva di rischi per il paziente (**Fig 1**).

Tabella 1

QUADRI CLINICI SUSCETTIBILI DI TRATTAMENTO PRECOCE DEL DOLORE AL TRIAGE

1. trauma isolato di un arto
2. politraumi senza trauma cranico e dolore addominale;
3. odontalgie;
4. dolore al fianco con quadro clinico suggestivo per colica renale o in soggetti con storia di colica renale (età < 50 anni);
5. dolori mestruali.

Sono stati individuati i seguenti criteri di esclusione:

- Codici Rossi;
- Pazienti di età \leq 6 mesi;
- Pazienti con gravi deficit cognitivi;
- Donne in stato di gravidanza e/o puerpere;
- Pazienti che all'arrivo in Pronto Soccorso presentino nausea e/o vomito o, comunque, problematiche che impediscano la somministrazione di terapia per os;
- Pazienti che hanno già assunto terapia antalgica a domicilio, subito prima di presentarsi al Pronto Soccorso
- Pazienti con storia di allergia/intolleranza a farmaci, in particolare al paracetamolo e FANS.
- Pazienti con trauma monoarticolare, in grado di deambulare, inviati direttamente in Ortopedia con sistema di fast track. In questi casi, come in quelli valutati prima in pronto soccorso, l'infermiere provvede comunque, all'applicazione locale di ghiaccio (ghiaccio spray in caso di trauma su cute integra).

2) Trattamento farmacologico

Ai soggetti che soddisfino i criteri di inclusione l'infermiere di triage somministrerà il farmaco. La scelta e il dosaggio del farmaco viene modulata sulla base dell'intensità del dolore (NRS: 3-4; 5-7; 8-10) e l'età del paziente ($>$ 12 anni o \leq 12 anni) (Tabella 2).

Tabella 2

Farmaco	Via di somministrazione	Età < 12 anni	Età > 12 anni	Età > 12 anni
Paracetamolo	Orale	10 - 15 mg / kg /dose	500 - 1000 mg	
Ibuprofene	Orale	5 mg / kg /dose	600 mg	
Ossicodone+ Paracetamolo Solo se età > 18 anni	Orale			5 mg / 325 mg

3) Rivalutazione del dolore dopo terapia analgesica

(Rilevare e registrare questo dato è di grande importanza per un corretto trattamento. Si tratta di una procedura nuova nella pratica quotidiana di Pronto Soccorso la quale permette di inserire, nel percorso di gestione del dolore, il principio della continuità terapeutica).

La rivalutazione e registrazione del dolore dopo terapia viene effettuata entro massimo un'ora dalla somministrazione della terapia dall'infermiere che in quel momento avrà in carico il paziente.

Il medico che prenderà in carico il paziente riporterà sulla scheda di prestazione del paziente, nello spazio dedicato alla terapia, il nome e il dosaggio del farmaco somministrato dall'infermiere.

4) Raccolta dati

I dati anagrafici, modalità di accesso, il problema di salute principale e la misura di intensità del dolore, vengono registrati on line sul programma di gestione informatizzata delle attività di PS FIRST AID. Attualmente, poiché siamo in una fase sperimentale, una scheda cartacea aggiuntiva (Fig. 1) che segue il paziente nel suo percorso, viene utilizzata per registrare: nome, cognome ed età del paziente, problematica clinica fra quelle suscettibili di trattamento precoce del dolore, terapia somministrata ed ora di somministrazione, rivalutazione dell'intensità del dolore dopo terapia. Infine, viene registrato se il paziente accetta oppure no la terapia.

Una volta terminata la fase sperimentale di almeno tre mesi, prevediamo una gestione informatizzata della procedura, previa adeguata modifica del sistema computerizzato di First Aid.

Conclusioni

E' prevista, come già accennato, una fase di sperimentazione di almeno tre mesi, in cui i dati verranno raccolti e analizzati, sia allo scopo di ottenere elementi di controlli di qualità che report scientifici.

Riteniamo che si tratti di un'iniziativa innovativa, per vari aspetti. Innanzitutto, attraverso un protocollo condiviso con i medici, l'infermiere può svolgere un compito importante che ne eleva la professionalità e lo rende sempre più

autonomo in un processo complesso quale è quello del triage.

Sicuramente, la procedura permette di accelerare i tempi di presa in carico del paziente con dolore, migliorando l'attesa del paziente in Pronto Soccorso, fermo restando l'impegno della nostra Unità Operativa di ridurre, comunque, i tempi di attesa dei codici a priorità medio-bassa.

Per il momento, poiché si tratta di una fase sperimentale, abbiamo limitato i criteri di inclusione dei pazienti da trattare, sia per motivi di sicurezza del paziente che per dare all'infermiere la possibilità di prendere dimestichezza con la procedura stessa.

La procedura è stata attivata in concomitanza con l'inizio di un nuovo sondaggio di "customer satisfaction" gestito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che valuterà anche la percezione da parte del paziente di quanto il suo dolore sia stato considerato dagli operatori del Pronto Soccorso. Sarà, quindi, interessante analizzare i risultati di tale sondaggio, anche alla luce dell'introduzione di tale procedura.

Aldilà dei sondaggi, l'impegno profuso da parte di tutti gli operatori del Pronto Soccorso, medici ed infermieri, è grande per garantire al paziente un diritto ormai ritenuto dalla medicina moderna inalienabile, la cura del dolore inutile.

Riferimenti bibliografici

1. Delibera N. 140 del 25/02/2008 – Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà. Regione Toscana; Giunta Regionale

2. Pines JM et al.

Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.

Ann Emerg Med. 2008 Jan;51(1):1-5; discussion 6-7. Epub 2007 Oct 25.

Fig. 1 – L'infermiere, una volta selezionato il paziente, stabilisce, in base a poche domande, il trattamento farmacologico più adeguato (vedi testo).

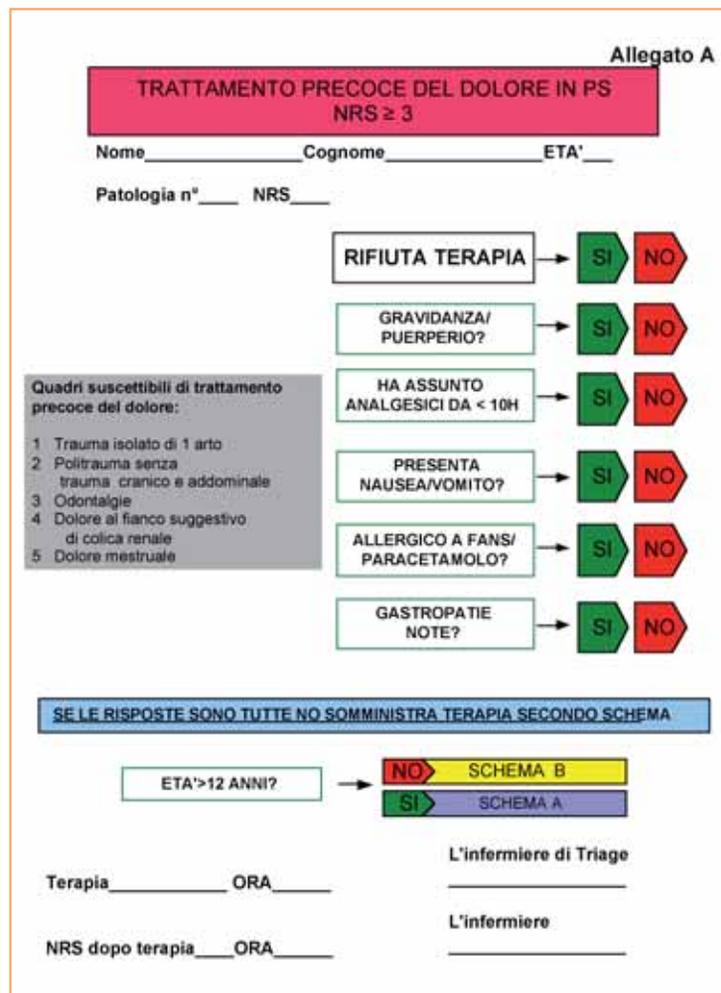


Fig. 1

Gli incentivi del fisco

Da qualche tempo anche il Fisco ha sentito l'esigenza di contribuire al miglioramento dello stato di salute dell'ambiente nel quale viviamo, ovviamente interpretando il suo ruolo.

Prima tra tutti è stata data la possibilità ai contribuenti di detrarre il 55% delle spese sostenute sulle unità immobiliari per interventi finalizzati al risparmio energetico: interventi diretti alla riduzione del fabbisogno di energia primaria, interventi su edifici volti al miglioramento termico, installazione di pannelli solari, interventi di sostituzione di impianti di climatizzazione. Anche per la sostituzione di frigoriferi e congelatori di classe energetica A con altri elettrodomestici, i contribuenti hanno potuto e possono detrarre fino ad un massimo di €. 200,00 per una spesa sostenuta pari a 1.000,00 euro.

Oltre alle agevolazioni per l'acquisto di autovetture ecologiche e la demolizione dei veicoli più inquinanti, adesso arriva l'incentivo per l'acquisto di biciclette (anche per quelle a pedalata assistita), quadricicli e veicoli assimilati.

Il progetto, voluto dal Ministero per l'Ambiente ha inteso promuovere una iniziativa atta a sostenere una valida alternativa all'utilizzo dell'auto con conseguenti benefici delle emissioni inquina-

nanti essenzialmente nelle aree urbane. In particolare sono stati messi a disposizione fondi statali per 7,7 milioni di euro per le bici e 5,1 milioni per i motorini ecologici. Può accedere agli sconti qualunque cittadino dotato di codice fiscale che acquistando una bicicletta usufruirà di un incentivo pari al 30% del suo costo fino ad un massimo di 200,00 euro; con l'avvertenza che lo stesso beneficiario non potrà usufruire in ogni anno solare di più di un incentivo, indipendentemente dal prodotto acquistato previsto dall'accordo.

E' opportuno ricordare che nel caso di acquisto di un ciclomotore è necessario procedere prima alla rottamazione del vecchio motorino Euro 0 o Euro 1.

Si potranno comprare solo le biciclette certificate dall'Associazione Nazionale Cicli Motocicli e Accessori presso i rivenditori autorizzati. L'iniziativa partirà il 25 settembre, e sarà utile per chi fosse interessato, consultare il sito internet del Ministero dell'Ambiente "Incentivi biciclette" nella sezione dedicata ove sono reperibili anche le informazioni sui 5.000 rivenditori che aderiscono e l'elenco dei 13.500 modelli di biciclette incentivabili.

Ultima nota: è opportuno affrettarsi, pena l'esaurimento del fondo disponibile.



Rinofima: un caso risolto

Il rinofima rappresenta lo stadio finale dell'acne rosacea è una patologia relativamente rara, che colpisce i tessuti molli del naso nel sesso maschile. Hebra nel 1845, è stato il primo a denominare e classificare le caratteristiche macroscopiche di tale patologia rappresentata da un'ipertrofia dei tessuti molli del naso che, nelle forme più gravi, può arrivare a colpire anche il mento, l'orecchio e le guance.

Il quadro istologico è caratterizzato da congestione ed iperemia del plesso vascolare cutaneo superficiale, dilatazione e proliferazione dei

capillari, ipertrofia dermica, sebacea e sottocutanea. A tutto questo segue una disorganizzazione nella disposizione dell'epitelio, blocco dei dotti ghiandolari e conseguente rialzamento e irregolarità della superficie cutanea.

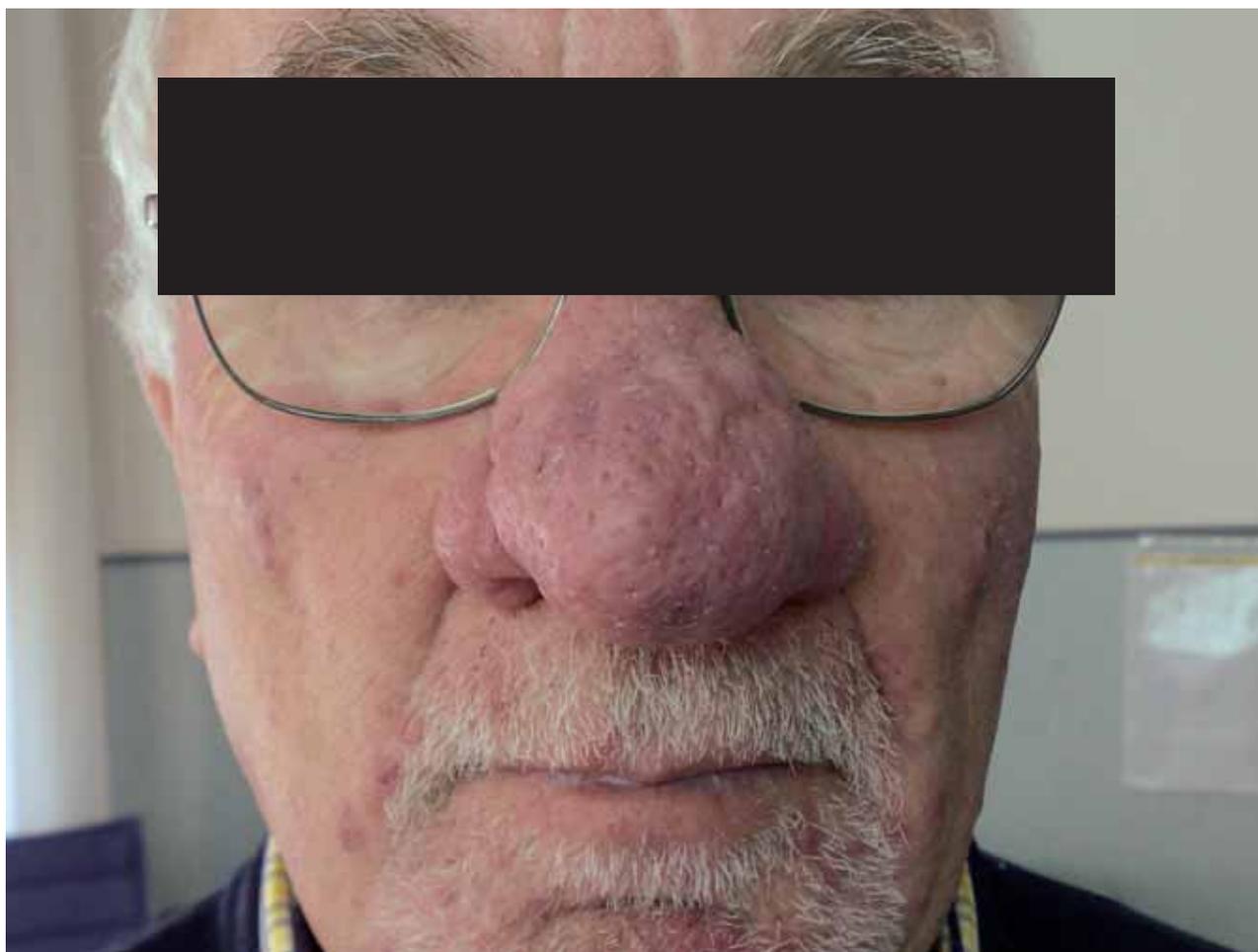
Normalmente la piramide nasale è colpita nella sua parte cartilaginea e la patologia interessa la punta e le ali mentre il margine libero delle narici presenta alterazioni solo nelle forme più gravi.

Il rinofima, a seconda delle lesioni macroscopiche, viene distinto in:

- forma ghiandolare sebacea
- forma teleangectasica fibrosa

A seconda dei vari momenti in cui viene osservato si è soliti classificare una forma lieve, una forma moderata ed una grave. I casi che giungono all'osservazione del Chirurgo Plastico appartengono tutti alla forma più grave in quanto si tratta di pazienti che hanno già fatto tutto il percorso della terapia dermatologica senza ottenere risultati definitivi.

Il quadro istologico è caratterizzato da congestione ed iperemia del plesso vascolare cutaneo superficiale, dilatazione e proliferazione dei



capillari, ipertrofia dermica, sebacea e sottocutanea. A tutto questo segue una disorganizzazione nella disposizione dell'epitelio, blocco dei dotti ghiandolari e conseguente rialzamento e irregolarità della superficie cutanea .

Eziologia

La preponderanza nel sesso maschile ha suggerito l'implicazione di fattori ormonali. Si tratta comunque di una malattia multifattoriale legata sicuramente anche a fattori quali:

- *fattori dietetici*
(alcol, the, caffè, ecc.);
- *fattori climatici*
(esposizione prolungata al sole);
- *fattori infettivi*;
- *ereditarietà*;
- *disturbi gastrointestinali*;
- *stress*.

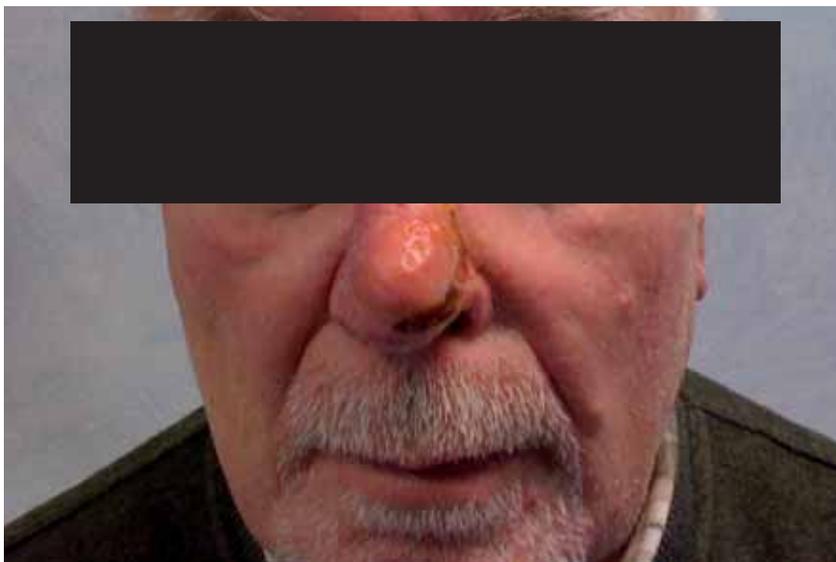
Trattamento

Il trattamento delle fasi iniziali del Rinofima è affidato alle cure del dermatologo, mentre la terapia delle forme conclamate è di competenza del chirurgo plastico.

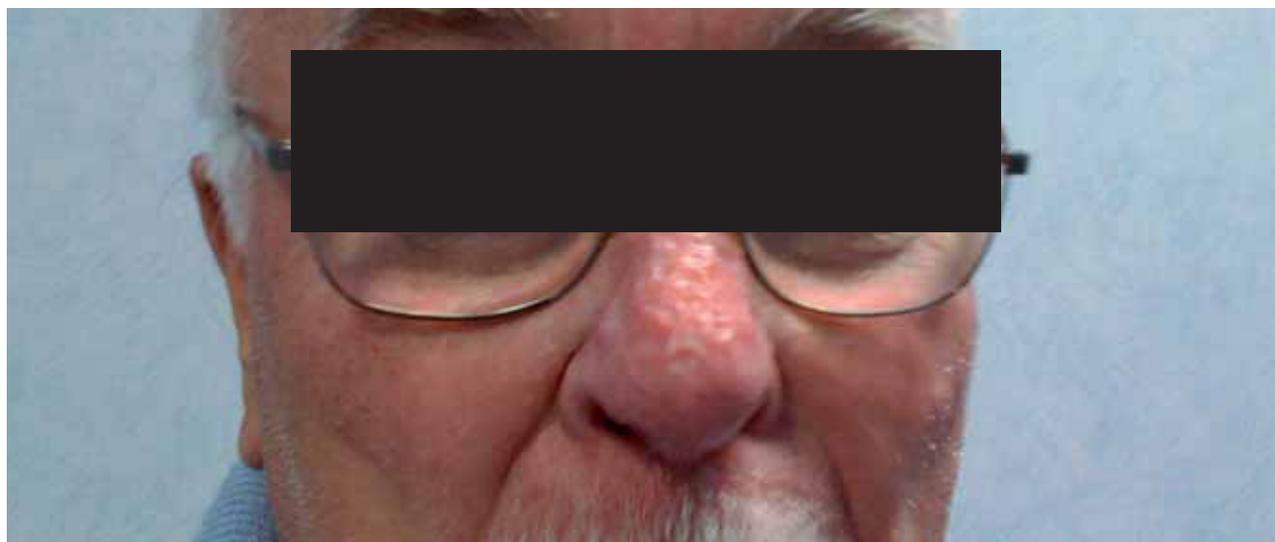
Le tecnica più utilizzata nel trattamento chirurgico è la "Decorticazione" che consiste nella asportazione delle zone ipertrofiche mediante lama di bisturi associata all'uso di un elettrobisturi, per contenere il sanguinamento e completata da una dermoabrasione per rimodellare i tessuti .



durante l'intervento. A scopo didattico è stata vaporizzata inizialmente solo la metà destra del naso .



Controllo a 40 giorni dall'intervento.

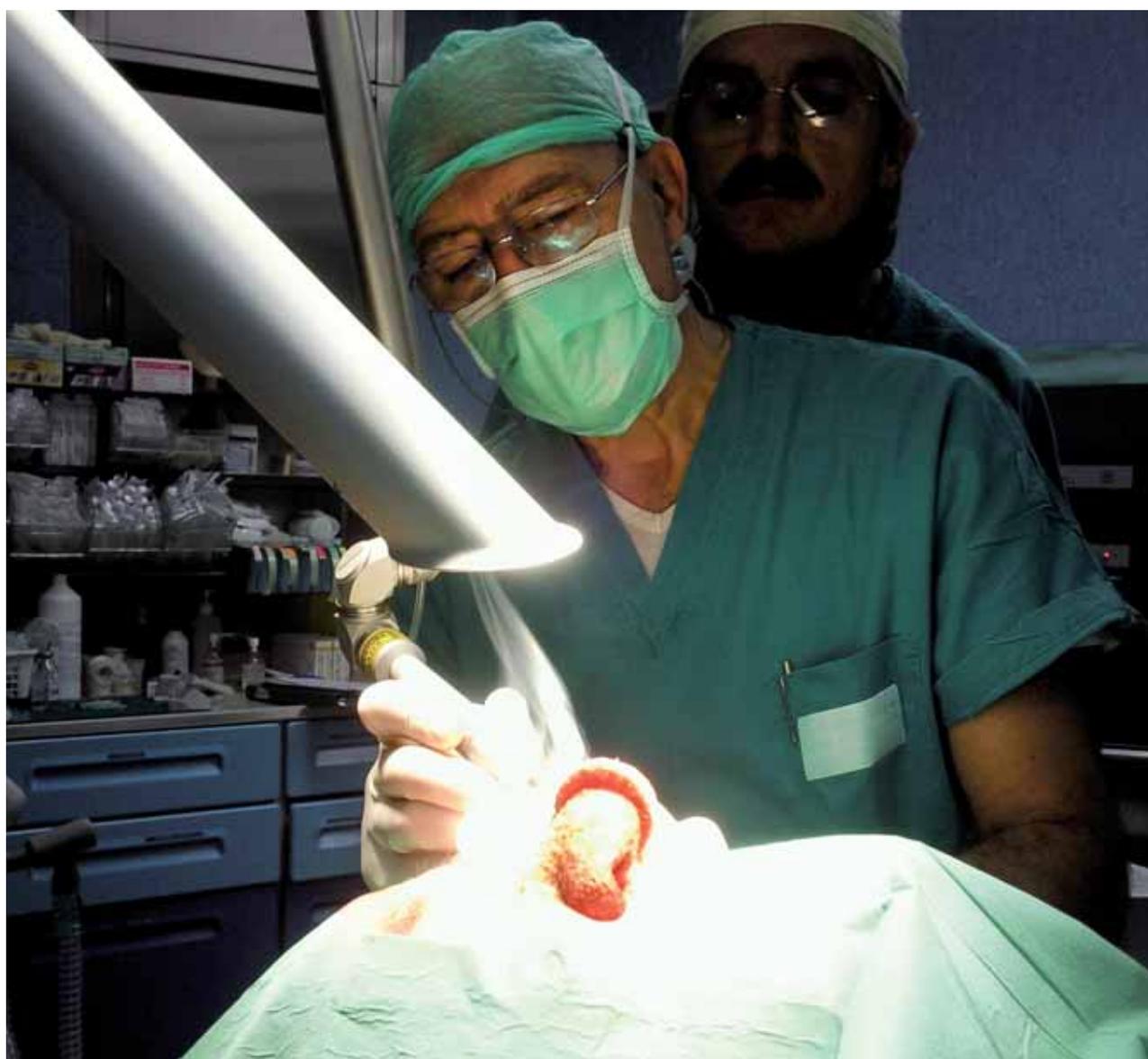


Controllo a 60 giorni dall'intervento.

Il laser CO2 ultrapulsato

Il laser CO2 ultrapulsato ha cambiato totalmente il modo di intervenire in questa patologia. Il raggio laser consente di eliminare le zone malate mediante la vaporizzazione delle strutture ghiandolari con tutta una serie di vantaggi che fondamentalmente sono :

- **Assenza di sanguinamento durante l'intervento**
- **Modestissimo sanguinamento nelle prime medicazioni**
- **Migliore rimodellamento global della piramide nasale nel rispetto della unità estetica**
- **Possibilità di eseguire l'intervento in Anestesia Locale**
- **Tempi di guarigione più brevi legati ad una rapida riepitelizzazione .**
- **Dolore nelle prime 48 ore facilmente controllabil con blandi analgesici.**



Medica Rara Volumina. La nuova collana di reprints

Prenderà via a Novembre, a cura delle edizioni ETS di Pisa, una collana di ristampe anastatiche di antichi testi di medicina. Questa iniziativa culturale è rivolta in particolare alla classe medica e si propone di offrire a coloro che sotto i più vari aspetti sono interessati alla storia dell'arte sanitaria, una serie di *reprints* di opere della medicina edite nei secoli passati che, sia per l'interesse dei testi che per la bellezza iconografica, ma soprattutto per la scarsa reperibilità nelle biblioteche, rivestono un ruolo di grande rilievo nella storia del pensiero medico.

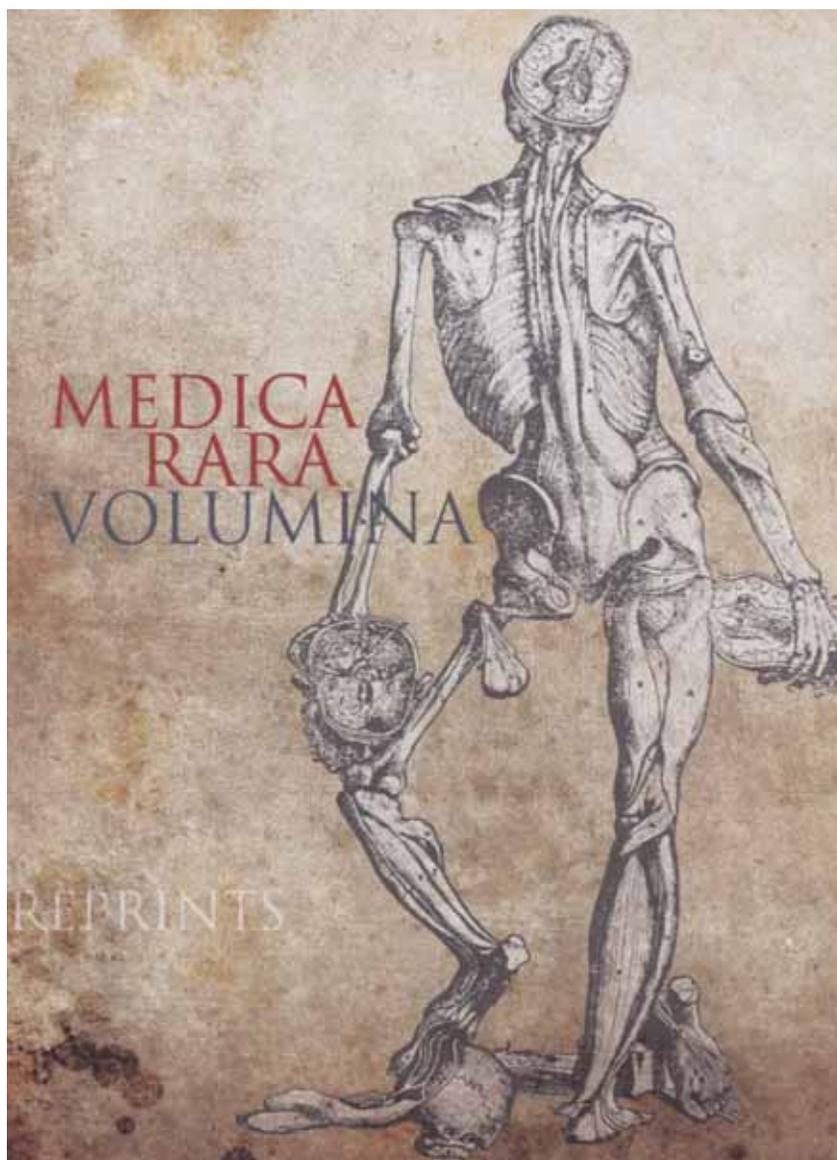
Così, da Ippocrate in poi, verranno di volta in volta stampati, in edizioni particolarmente curate ed eleganti, con le stesse caratteristiche tipografiche degli originali e su carta speciale, tutta una serie di volumi, a tiratura limitata e numerata, che usciranno in numero da tre a sei per anno. Ogni opera sarà inoltre corredata da una scheda, in italiano ed inglese, con i relativi riferimenti bibliografici. Un apposito Comitato Scientifico, di cui fanno parte vari studiosi e direttori di biblioteche, valuterà di volta in volta i testi da riprodurre e la scelta delle edizioni, pur restando inoltre disponibile ad esaminare eventuali suggerimenti o proposte di collaborazione.

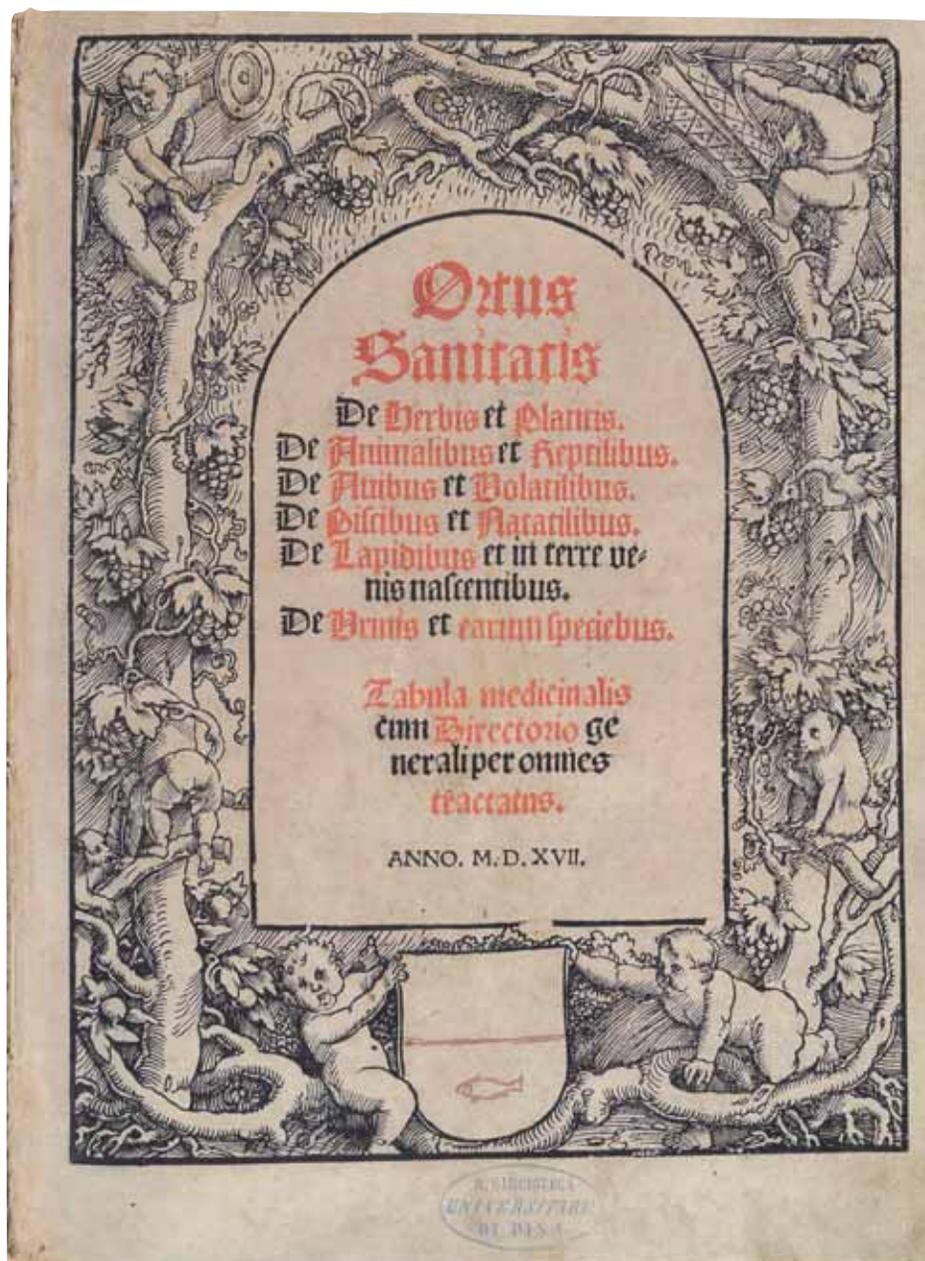
I primi *reprints* che vedranno la luce, sono stati già vagliati: l'*Hortus sanitatis* di Joannes de Cuba, l'*Anatomia* di Mondino de Liuzzi, il *Regimen Sanitatis* o *De conservando bona valetudine*, l'*Isagogae* di Berengario da Carpi ed un erbario di straordinaria suggestione. In un secondo tempo sono stati previsti: l'*Epitome* di Andrea Vesalio, Aulus

C.Celsus con *De medicina*, Ippocrate gli *Aforismi*, Guido Guidi, *De anatomia corporis humani*, Albucasis, *Chirurgia*, Thomas. Kerckring *Opera omnia anatomica*, Johann Scultes *Armamentarium chirurgicum*, Johannes Dryander e quindi, a seguire, Andrea Cesalpino, Arnaldo di Villanova, Gerolamo Cardano, Thomas Bartolin, Lanfranco, Paracelso, Guy de Chauliac, e così

avanti, in una lunga serie di illustri personaggi della medicina.

L'iniziativa ha già riscosso il favore di numerosi appassionati e studiosi, che hanno offerto la propria disponibilità per il successo di questa collana. Non sono stati per il momento presi in considerazione quei testi che in passato, come il *De humani corporis fabrica* di Vesalio, sono già stati oggetto di *reprint*.





Frontespizio dell'*Ortus Sanitatis*.

Auspichiamo che queste raccolta, non solo per i contenuti ma anche per l'accurata veste editoriale, possa essere apprezzata anche da parte dei bibliofili e che possa incontrare la più ampia diffusione.

Veniamo ora ad illustrare il primo reprint di questa collana: l'*Ortus Sanitatis*.

Con l'avvento della stampa, anche la scienza dei medicamenti divenne accessibile a tutti, grazie anche all'arte di incidere su legno, che rese così possibile far riconoscere le specie medicinali descritte finora dagli antichi studiosi, come Plinio e

Dioscoride, senza però raffigurarle. Queste prime incisioni sono spesso convenzionali, inesatte o fantastiche, spesso però non prive di valore artistico.

Gli *Ortus Sanitatis* furono fra le opere più belle stampate nelle officine tipografiche fra la fine del '400 ed i primi decenni del '500, primi veri e propri manuali di terapia, una sorta di ricettari nei quali veniva reperita visivamente la pianta o l'animale, con l'indicazione della loro utilità terapeutica.

Le varie edizioni di questi testi ne-

cessitarono quindi di una complessa informazione, di una tecnica di stampa senza dubbio difficile e costosa, per il notevole numero di piccole tavole incise su legno, oltre che di un'ottima carta che doveva garantire la leggibilità dell'immagine, nonché di una consistente legatura tale da consentire una buona conservazione del libro nonostante la continua consultazione.

Fra le varie edizioni, abbiamo preferito quella del 1517 per la sua completezza e l'ottimo stato di conservazione. Il titolo completo è: *Ortus Sanitatis. De herbis et plantis. De animalibus et reptilibus. De avibus et volatilibus. De piscibus et natatilibus. De lapidibus et in terre venis nascentibus. De urinis* e alla fine una serie di tavole generali; s.l., 1517, s.t. (Strasbourg, Reinhard Beck), in folio, (356) cc.; frontespizio silografico in caratteri gotici rossi e neri, testo su due colonne illustrato da capilettera, con 1035 illustrazioni. Precisamente, il primo trattato è illustrato da 534 silografie, quello *De animalibus* da 163 immagini, i trattati *De avibus* e *De piscibus* rispettivamente da 121 e 106 vignette, alcune ripetute; quello *De lapidibus* da 144 immagini mentre quello *De urinis* ha una sola vignetta; inoltre è presente anche a piena pagina una grande silografia raffigurante lo scheletro umano.

Questa opera è stata attribuita in passato a Johann Wonnecke von Kaub (latinizzato in Johannes de Cuba), attivo fra il 1484 ed il 1503, medico pubblico a Francoforte, ma secondo studi più recenti sarebbe invece un'opera compilativa da testi preesistenti, fra cui l'*Herbarius* latino edito a Magonza nel 1484.

La prima edizione di questo libro apparve in Germania a Magonza nel 1485 con il titolo *Gart der Ge-*



Alcuni futuri *reprints* della collana.

sundheit, cui fecero seguito in breve tempo altre edizioni; la prima, in latino, è del 1491, stampata sempre a Magonza a cura di Jacob von Meydenbach; la prima in Italia è quella del 1511 a Venezia, cui fecero seguito altre ristampe e traduzioni (anche in francese) e rappresentò indubbiamente il più conosciuto erbario di quei tempi.

L'Ortus Sanitatis fu allora un utile manuale alla conoscenza delle qualità elementare di tutti i semplici,

piante, animali o pietre, e delle *operationes* da eseguire per poter ottenere le loro proprietà terapeutiche. Le erbe, gli animali, le pietre ed anche l'uomo si ritenevano formati dai quattro elementi principali (terra, acqua, aria, fuoco) e dotati delle loro qualità (caldo, freddo, secco, umido), in un preciso equilibrio fra loro. La malattia si riconduceva ad una alterazione di questa armonia, per il sopravanzare di una qualità sulle altre. Per volontà divina è concesso

di correggere queste alterazioni mediante l'uso appropriato dei semplici, secondo il principio del *contraria contrariis* che oppone il caldo al freddo, il secco all'umido.

L'Ortus illustra quindi le proprietà di un numero vastissimo di piante, animali e pietre, alcune delle quali fantastiche (come le sirene, i draghi, l'unicorno, il basilisco e varie figure umane con corpo di animali) o dotate di proprietà magiche, come la mandragora, il cui ricordo si perde nella leggenda e nella tradizione popolare.

A proposito di quest'ultima pianta, già conosciuta ed impiegata in antichità dai Greci e dai Romani, fu da sempre ritenuta possedere incredibili proprietà curative, specie la sua radice, che per la sua forma ricorda un corpo umano: veniva perciò raffigurata anche antropomorfizzata, con la testa di uomo o di donna. Droga leggendaria, alla quale si attribuivano virtù analgesiche, sedative, narcotiche e specie afrodisiache (si ricorda la celebre commedia di Machiavelli, intitolata appunto "La mandragora"); grandemente apprezzata e ricercata, la sua radice polverizzata e mescolata ad altri ingredienti tenuti spesso segreti, serviva per la preparazione di prodigiosi prodotti.

Per raccoglierla, si doveva seguire attentamente una serie di regole: l'uomo non doveva mai sradicare la pianta con le sue mani, pena la sua morte immediata, ma – diceva la leggenda – doveva invece legarla ad un cane nero e gridando all'animale far sì che si sradicasse da terra. Questa scena si trova spesso rappresentata negli antichi testi a proposito di questo argomento.

Questa collana di *reprint*, curata da Alberto Zampieri, vuol pertanto tener conto anche della bellezza di queste opere e vuol segnare l'esordio nel settore di storia della medicina proprio con un'opera che è fra i primi testi a stampa riguardanti la terapia dei semplici.

Per informazioni rivolgersi a:
Edizioni ETS - Piazza Carrara, 16 Pisa
Tel. 050.29544 - info@edizioniets.it

Considerazioni su: diritto alla salute e responsabilità individuale

Ricordo di aver letto alcuni mesi or sono sulla stampa quotidiana proprio in prima pagina la notizia che in Giappone era stata varata una legge, la quale prevedeva la misurazione del girovita dei dipendenti pubblici e privati. I limiti fissati erano rispettivamente 85 centimetri per gli uomini e 89 centimetri per le donne. Se uno avesse superato i limiti fissati sarebbe stato sottoposto ad ulteriori controlli; le aziende e gli amministratori non in grado di far dimagrire i loro dipendenti dovranno pagare delle pesanti multe. Il controllo sarà eseguito una volta ogni anno ai cittadini fra 40 e i 74 anni di età, che sono il 44% della popolazione giapponese.

La finalità di questa legge è quella di contenere il diffondersi di malattie vascolari, diabete, infarto, e tutta la patologia connessa alla sindrome metabolica.

Ma che c'entra tutto ciò con i denti? C'entra! Anche in altri paesi occidentali si stanno proponendo (ad esempio in Gran Bretagna) correttivi alle abitudini di vita individuale per combattere le malattie della civiltà e più ancora per contenere la sempre crescente spesa sanitaria. A parte la constatazione della grande distanza culturale e sociale che ci separa da quel paese, questa notizia ci introduce al concetto della salute come patrimonio non solo individuale ma

anche collettivo ed al valore della responsabilità che hanno in questo campo non solo i tecnici del settore (medici, odontoiatri, ecc.) ma anche, e non in grado minore, i singoli individui. Gli odontoiatri sono molto sensibili a queste tematiche e si confrontano quotidianamente nel loro lavoro con casi in cui l'azione preventiva del paziente è particolarmente importante nel controllo di alcune patologie: carie, parodontopatie, alcuni tumori del cavo orale, ecc.. Gran parte della popolazione italiana questa sensibilità, detto con franchezza, non ce l'ha. Eppure già nella nostra Costituzione queste problematiche sono chiaramente espresse. Da un lato in essa si san-



cisce in modo molto chiaro il “diritto alla salute” e dall’altro il principio della “responsabilità individuale”, intorno al quale ruota fra l’altro la Giustizia. In un passato editoriale di Prevenzione & Assistenza Dentale il Prof. Carlo Guastamacchia faceva notare proprio la contrapposizione quotidiana fra i due principi, che invece in un mondo perfetto dovrebbero essere sinergici, ma purtroppo non lo sono.

Pur in mezzo a questa conflittualità non potremo certo arrivare a dire brutalmente – come scrive il Prof. Carlo Guastamacchia nel suo editoriale – al paziente disobbediente “Non si lamenti dei conti odontoiatrici... perché la responsabilità è sua, non nostra, e solo a se stesso deve dare la colpa di quanto le sta accadendo e di quanto oggi deve spendere”. Questo è un vissuto di un rapporto privatistico all’interno di uno studio monoprofessionale senza interferenze socio-politiche. Ma il diritto alla salute, come vedono in tutti gli stati moderni, ha un costo notevolissimo in molteplici altre situazioni ben più complesse della precedente e, se il singolo individuo non agisce correttamente a favore della propria salute, non fa altro che scaricare il costo del suo errato comportamento sulla collettività. Nel caso in cui la prestazione sanitaria non è a carico della collettività ma del singolo, il costo sarà a carico dell’assicurazione privata con tutta un’altra serie di implicazioni, oppure sarà a carico del proprio portafoglio e ne scaturirà anche una conflittualità fra sanitario e paziente. Conflittualità non solo sul costo delle terapie, ma anche sul successo/insuccesso delle stesse. Come mai si dice che l’odontoiatria è cara mentre sembra che non lo siano affatto ad esempio l’ortopedia o la chirurgia cardiovascolare, ecc., ecc., ecc.? Perché il costo occulto, ma reale, della medicina sociale sui contribuenti non crea tanto scalpore mediatico mentre al tempo stesso col suo meccanismo nasconde costi e disservizi paurosi? Perché la trasformazione del rapporto diretto sanitario-paziente, a mio giudizio

più corretto e lineare, in un rapporto più complesso, più costoso, più corruttibile, gestito da assicurazioni o fondi (rimanendo nel campo privatistico), o gestito da enti pubblici nelle mani della classe politica, mette in mano a queste realtà un potere enorme. Potere enorme che si manifesta in mille condizionamenti: pletera odontoiatrica, accordi sociali, campo di azione delle strutture pubbliche, fino a comportamenti al limite del prestanomismo, ecc. ecc.. Perché tutto ciò è un’arma di pressione politica formidabile nei confronti di una intera categoria, che unica opera in un contesto li-

bero professionale e che aspira ad essere condizionata solo dalle leggi del libero mercato e dalla deontologia.

Il discorso a questo punto si fa complesso e con molte sfaccettature.

Spero pertanto che queste brevi note servano da stimolo per futuri interventi da parte di colleghi esperti della materia, ma semplicemente osservo che se il paziente non deve scaricare il costo del suo scorretto comportamento sulla collettività, questa tramite la politica od i grandi capitali non può scaricarlo certo su di una categoria.



Regole per una corretta informazione sanitaria

La Commissione **Albo Odontoiatri (CAO) della FNOMCeO garantirà, a livello locale e nazionale, la correttezza di tutte le campagne di informazione sanitaria volte a prevenire le patologie del cavo orale.**

È quanto deciso dall'Assemblea Nazionale dei 105 presidenti **CAO**, riunita a Roma il 3-4 Luglio u.s..

Che l'igiene orale sia fondamentale per prevenire non solo malattie della bocca e dei denti, ma anche gravi patologie come infarto e diabete è fatto scientificamente provato. Anche l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, nella sua Strategia Globale relativa alle malattie non trasmissibili, assegna un ruolo preminente alla prevenzione delle patologie del cavo orale, come mezzo per ridurre significativamente il rischio di eventi cardiovascolari, cancro, malattie croniche polmonari e del metabolismo.

E la prevenzione parte da un'informazione corretta, tanto più efficace quanto più precoce e rivolta ad una fascia della popolazione, quale quella dei bambini in età scolare, che sta ancora plasmando le abitudini ed i futuri stili di vita.

Ma come garantire che le campagne di prevenzione siano veramente nell'interesse della collettività?

"La prevenzione e l'informazione in campo odontoiatrico sono fondamentali - ha dichiarato il presidente **CAO** nazionale, Giuseppe **Renzo**, al termine dell'Assemblea - ma per essere veramente efficaci devono svolgersi nella più assoluta trasparenza e correttezza, soprattutto quando sono rivolte ai bambini".

Ecco perché, d'ora in avanti, sarà la CAO, provinciale o nazionale, a seconda delle dimensioni degli eventi, a vagliare preventivamente ogni campagna di informazione sanitaria volta a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica.

In sostanza, si tratterà di una sorta di "bollino di garanzia" che la Commissione Albo Odontoiatri porrà su ogni iniziativa **prima** che essa possa essere varata.

"Per garantire un'informazione imparziale e disinteressata, e, quindi, veramente efficace - ha concluso **Renzo** - l'Assemblea ha voluto dettare i "comandamenti" della corretta educazione alla salute della bocca, che tutti i dentisti saranno chiamati a rispettare".

Per maggiore chiarezza viene integralmente trascritto il documento realizzato dalla Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, approvato dall'Assemblea dei Presidenti sopra citata e successivamente dalla CAO di Pisa.

"La Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, riunitasi a Roma il 2 Luglio 2009,

PRESO ATTO della necessità di individuare precisi criteri di riferimento che assicurino la correttezza deontologica delle iniziative variamente poste in essere dagli iscritti per quanto concerne l'offerta di prestazioni gratuite nell'ambito di campagne di informazione sanitaria rivolte alle scuole o ad altri istituti;

CONSIDERATO che dette iniziative rivestono spesso aspetti certamente meritori e condivisibili, in quanto favoriscono una opportuna informazione sanitaria ai cittadini nel campo della tutela della salute orale;

RILEVATO che in **alcuni casi tali regole tendono, direttamente o indirettamente, a promuovere in modo**

La Commissione Albo degli Odontoiatri, nazionale e provinciale, deve garantire che ogni campagna o iniziativa di prevenzione, abbia contenuti che siano nell'interesse della collettività e si svolga nel rispetto del Codice Deontologico, per cui gli iscritti sono tenuti a sottoporre al vaglio preventivo delle Commissioni stesse le iniziative di informazione sanitaria dirette a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica.

improprio, l'attività professionale dei proponenti attraverso la previsione di visite gratuite, che implicitamente costituiscono concorrenza sleale ed esplicito accaparramento di clientela;

CONSIDERATO che l'art. 6 della legge 409/85 attribuisce alle Commissioni Odontoiatriche provinciali e, a livello nazionale, alla Commissione odontoiatrica della FNOMCeO, il compito di dare criteri di massima per prevenire il contenzioso tra gli iscritti

INDIVIDUA

i seguenti principi deontologici, per la regolamentazione delle proposte di informazione sanitaria:

Gli iscritti sono tenuti a sottoporre al vaglio preventivo delle Commissioni Odontoiatriche provinciali o della Commissione Odontoiatrica della FNOMCeO, quando siano di carattere nazionale, le campagne di informazione sanitaria dirette a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica;

Le Commissioni provinciali e la Commissione Nazionale devono valutare le proposte di cui trattasi e la loro conformità ai principi del decoro, della dignità e della indipendenza della professione;

In particolare, la valutazione delle Commissioni Odontoiatriche devono tener conto del disposto dell'art. 54 del Codice Deontologico, che testualmente prevede: "Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera **purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela**";

Le Commissioni devono anche tener conto delle disposizioni degli artt. 55 e 56 del Codice deontologico che stabiliscono il ruolo di verifica deontologica dei messaggi di pubblicità dell'informazione sanitaria, che gli iscritti propongono ai cittadini;

Le Commissioni tengono conto, infine, di quanto previsto dall'art. 21 del Codice di Deontologia medica che stabilisce: "Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare".

Il sopra menzionato documento ci conduce dal caso particolare ad un più generale corretto utilizzo dei messaggi pubblicitari professionali. Più di ogni altra interpretazione personale del Codice Deontologico, delle linee guida e delle leggi in materia, ha valore ad oggi la comunicazione n. 14 del 20.05.09 della FNOMCeO a firma del **Presidente Dott. Amedeo Bianco: "Pubblicità e informativa in campo sanitario"**.

"Da molti Ordini provengono richieste di chiarimenti in merito alla normativa da applicare alle iniziative di pubblicità dell'informazione sanitaria proposte dagli iscritti.

La Federazione, nel 2007, ha trasmesso a tutti gli Ordini la deliberazione del comitato Centrale della FNOMCeO n. 52 del 23 Febbraio 2007 con allegata la Linea-guida sulla Pubblicità dell'Informazione Sanitaria.

Successivamente, con comunicazione n. 40 del 19 Luglio 2007, sono state emanate ulteriori informazioni e indicazioni di carattere generale sul tema di cui trattasi, con allegata apposita modulistica.

In particolare, sono state dettate indicazioni in merito all'applicazione della Legge 4 Agosto 2006, n. 248 (cd. Legge Bersani) in riferimento al tema dell'abrogazione o meno della normativa precedente di cui alla Legge 5 Febbraio 1992, n. 175.

Appare necessario fare il punto della situazione, considerato che le risultanze emerse nella relazione finale della recente indagine conoscitiva dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno riaperto il tema del conflitto fra alcune norme deontologiche, nel caso di specie, quelle concernenti la regolamentazione della pubblicità sanitaria e le norme

Necessità di una verifica preventiva del messaggio pubblicitario o tramite una specifica dichiarazione rilasciata dall'iscritto di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia o tramite una valutazione, sempre preventiva, del messaggio pubblicitario svolta dall'Ordine. Non è ammessa la pubblicità comparativa.

per la tutela della libera concorrenza, di cui è garante la suddetta Autorità.

Tutto ciò premesso, non possiamo che confermare le indicazioni emerse nella deliberazione del Comitato Centrale della FNOMCeO n. 52 del 23 Febbraio 2007, per quanto riguarda la **necessità di una verifica preventiva del messaggio pubblicitario o tramite una specifica dichiarazione rilasciata dall'iscritto di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia o tramite una valutazione, sempre preventiva, del messaggio pubblicitario, svolta dall'Ordine.**

Rimane pienamente in vigore l'indicazione per gli Ordini di rilasciare lo specifico nullaosta previsto dalla Legge 175/1992 qualora gli Enti territoriali (Comuni e Regioni) continuassero ad applicare la procedura amministrativa di autorizzazione prevista dalla suddetta Legge.

È necessario evidenziare che la stessa Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, in un'apposita audizione svolta dalla Federazione in data 24 Giugno 2008, riconobbe la necessità di una verifica preventiva del messaggio pubblicitario attraverso un obbligo, a carico del professionista, di inviare all'Ordine l'autodichiarazione di rispondenza del messaggio alle norme deontologiche, con contestuale invio del messaggio in questione 10 o 15 giorni prima della diffusione dello stesso.

Il termine per intervenire, da parte dell'Ordine, dovrebbe decorrere dal ricevimento dell'autodichiarazione.

Se, quindi, una sostanziale identità di vedute può essere trovata con l'Antitrust per quanto concerne il tema della verifica preventiva del messaggio pubblicitario, sostanziali discordanze si registrano ancora per quanto concerne i criteri di dignità e decoro della professione, menzionati negli articoli 54 e 56 del Codice di Deontologia Medica in riferimento alle regole sulla pubblicità dell'informazione sanitaria.

L'Antitrust, in sostanza, vorrebbe eliminare qualsiasi riferimento a questi criteri deontologici, considerati discrezionali e, quindi, in contrasto con i principi della libera concorrenza.

Peraltro, per quanto concerne in modo specifico il campo delle comunicazioni commerciali nelle professioni regolamentate, è da tenere presente l'articolo 10 del D. Lgs 9 Aprile 2003, n. 70 di attuazione della Direttiva 2000/31 CE relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società. dell'informazione del mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico.

Il comma 1 dell'articolo 10, per quanto concerne l'uso delle comunicazioni commerciali nelle professioni regolamentate, prevede che "L'impiego di comunicazioni commerciali che costituiscono un servizio della società dell'informazione o ne sono parte, fornite da chi esercita una professione regolamentata, deve essere conforme alle regole di deontologia professionale e in particolare, all'indipendenza, alla dignità, all'onore della professione, al segreto professionale e alla lealtà verso clienti e colleghi".

La stessa normativa attribuisce poi agli Ordini (art. 18) l'obbligo di promuovere codici di condotta sulla materia.

La Federazione è stata, quindi, pienamente adempiente alle norme comunitarie che, come appena specificato, prevedono nel campo delle comunicazioni la conformità ai criteri di indipendenza, dignità e onore della professione.

Altro elemento di contrasto è quello relativo alla pubblicità comparativa.

L'Antitrust contesta anche il divieto di cui al comma 2 dell'art. 56 per quanto riguarda la pubblicità comparativa.

La Federazione non condivide la posizione dell'Antitrust, evidenziando come le caratteristiche dei servizi sanitari siano tali da non permettere una pubblicità comparativa che non rischi di divenire, per il particolare oggetto, anche ingannevole.

Per quanto riguarda il campo sanitario, infatti, occorre utilizzare soltanto dati oggettivi, nella metodologia si parla di "evidence based medicine". Le informazioni comparative sono considerate ingannevoli in quanto è difficile, se non impossibile, mettere a confronto risultati. Vi sono studi che dimostrano come in campo sanitario le comparazioni di risultati si prestino a grossolane interpretazioni di fenomeni.

La Federazione ritiene quindi che, **in questo delicato campo, debba prevalere la tutela della salute dei cittadini rispetto alla normativa di tutela della libera concorrenza.**

Da ultimo è necessario puntualizzare il discusso tema della vigenza delle norme sulla pubblicità sanitaria di cui alla Legge 175/92, in relazione alle disposizioni della Legge 248/2006.

Il Ministero della Salute, più volte interpellato dagli Ordini, ha sempre ritenuto abrogato il procedimento autorizzatorio previsto negli articoli 1 e 4 della Legge 175/92, in relazione alle disposizioni della già citata Legge Bersani che, all'articolo 2, comma 1, lettera b), testualmente prevede l'abrogazione delle disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali, il divieto anche parziale di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi

complessivi delle specializzazioni; la pubblicità dovrà rispondere, dunque, a criteri di trasparenza e veridicità del messaggio, il cui rispetto sarà verificato dall'ordine.

Occorre però sottolineare che lo stesso Ministero della Salute, con parere del 30 Aprile 2008 in riferimento ad un quesito proposto dall'Ordine di Modena, ritiene che le disposizioni abrogatorie dell'articolo 2 delle Legge 248/2006 siano rivolte soltanto all'attività libero professionale svolta in forma singola o associata; pertanto le **società di capitali**, essendo caratterizzate dalla figura del socio di mero capitale, figura fra l'altro non prevista dall'art. 2, comma 1, lettera c), **rimangono soggette alle norme sulla pubblicità sanitaria di cui alla Legge 175/1992, venendo meno, nelle società di capitali, l'elemento personalistico che contraddistingue il rapporto tra utente e libero professionista.**

L'Ordine, quindi, dovrebbe ritenere sussistente l'intera normativa di cui alla Legge 175/92 in relazione all'attività professionale svolta nell'ambito di società di capitali, mentre lo stesso articolo 2 della più volte citata Legge 248/2006 avrebbe liberalizzato le attività svolte dai professionisti in forma singola o associata.

A conclusione di questa disamina, che vuole costituire un punto di riferimento della complessa situazione in essere per quanto riguarda la pubblicità dell'informazione sanitaria, evidenziamo che rimangono pienamente in essere i contenuti delle comunicazioni della FNOMCeO DEL 2007, anche se è innegabile che rimangono aperti punti di frizione con l'Antitrust su aspetti su cui sarà necessario difendere, in ogni sede, il rispetto dei principi deontologici". Evidenziati questi aspetti, invitiamo nuovamente tutti gli iscritti ad attenersi agli articoli 55-56-57 del Codice Deontologico più volte riportati ed alle linee guida per l'applicazione dei medesimi con le relative linee di indirizzo a suo tempo approvate. Chi avrà dei dubbi in merito al proprio operato sull'argomento sarà bene che prima di compiere atti scorretti, esponendosi ad azioni disciplinari, senta il parere della C.A.O. di Pisa o della Segreteria della FNOMCeO di Pisa.

Modifiche alla 81/08 sulla "Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro".

Con il Decreto 106/09 sono state apportate dal 3 agosto scorso modifiche al D. Lgs 81/08 sulla Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro che interessano quindi anche la professione medica e odontoiatrica.

In sintesi crediamo che la modifica più importante riguardi gli **obblighi del professionista datore di lavoro** il quale, diversamente da quanto previsto dal testo originale, non deve più comunicare con cadenza annuale il nominativo del Rappresentante per la sicurezza dei lavoratori (RLS) designato, se non nel caso in cui intervengono variazioni nelle nomine nel periodo successivo al primo gennaio 2009. Il datore di lavoro ha inoltre l'obbligo di inviare all' INAIL entro 48 ore informazioni telematiche su infortuni sul lavoro.

Sono state apportate anche modifiche importanti al **DUVRI (Documento unico di valutazione dei rischi di interferenza)** connesso ai contratti di appalto e d'opera che il datore di lavoro affida a lavoratori autonomi, ditte etc all'interno dei propri spazi lavorativi: "non si applica ai servizi di natura intellettuale, alle mere forniture di materiali o attrezzature nonché ai lavori o servizi la cui durata non sia superiore ai due giorni, sempre che essi non comportino rischi derivanti dalla presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive o dalla presenza di rischi particolari di cui all'allegato XI."

Alcune tematiche del decreto che potrebbero rappresentare aspetti di novità (vedi rischio stress, visite mediche preventive) devono essere meglio approfondite a livello di consulenti nazionali ma non mancheremo di fornire informazioni con i prossimi numeri della rivista.

Marco Anselmino Direttore S.O.D Chirurgia dell'Obesità AOUP

Per la chirurgia dell'obesità: ecco il percorso assistenziale

Nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, il trattamento chirurgico della grande obesità viene eseguito dalla S.O.D. di Chirurgia dell'Obesità e si inserisce all'interno di una attività interdipartimentale che coinvolge oltre il Dipartimento di Gastroenterologia (Dir.: Dr. M. Rossi) di cui fa parte insieme alla U.O. Medicina Generale V (Dir. Dr. C. Passaglia) anche il Dipartimento ad attività integrate di Endocrinologia e Malattie Metaboliche (Dir.: Prof. P. Vitti attraverso la U.O.S. Centro Obesità (Dir.: Dr. F. Santini), la U.O. Diabetologia (Dir.: Prof. S. del Prato) ed il Dipartimento di Medicina Interna (Dir.: Prof. S. Taddei) attraverso la U.O. Medicina Generale III (Dir. Prof. E. Ferrannini).

L'attività integrata delle diverse Unità operative volge all'inquadramento diagnostico del paziente obeso e preparazione all'intervento di chirurgia bariatrica contribuendo anche al follow-up dei pazienti operati.

Il cosiddetto "Centro Multidisciplinare per la diagnosi e terapia dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare" diretto dal Prof. Aldo Pinchera ha progressivamente reclutato nell'attività anche altre U.O., afferenti ad altri Dipartimenti, che, con attività sia diagnostiche che di consulenza, hanno contribuito attivamente a garantire una sempre maggiore e più qualificata appropriatezza delle prestazioni e ad assicurare una sempre più adeguata efficienza del servizio.

Pertanto presso la A.O.U.P. e' da tempo operativo un Centro Specialistico e Multidisciplinare i cui compiti si concretizzano in servizi assistenziali diretti, servizi di consulenza, attività di prevenzione e di ricerca scientifica nel campo dell'obesità al quale afferiscono i pazienti obesi, che possono essere inviati da:

- Medico di medicina generale
- U.O. Aziendali non coinvolte nell'attività del Centro, od extra-aziendali, sia regionali che extra-regionali
- Medici specialisti (endocrinologi, internisti, etc.) sul territorio, sia locali che regionali ed extra-regionali

Il "Centro Multidisciplinare per la diagnosi e terapia dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare" (Dir.: Prof. Aldo Pinchera)

Tutte le attività del Centro vengono svolte secondo i criteri della distribuzione delle competenze dalle seguenti U.O.:

U.O.S. Centro Obesità (Dr. F. Santini)
S.O.D. Chirurgia Obesità (Dr. M. Anselmino)



U.O. Anestesia e Rianimazione III (Prof. Giunta, Dr. Di Salvo)
U.O. Medicina Generale V (Dir. Dr. Passaglia)
U.O. Malattie Cardiovascolari (Prof. Balbarini)
U.O. Radiologia (Prof. Bartolozzi)
U.O. Medicina Generale III (Prof. Ferrannini)
U.O. Psichiatria (Prof. G.B. Cassano)
U.O. Neuropsichiatria Infantile (Prof.ssa G. Baracchini Muratorio)
U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia (Prof. S. Del Prato)
U.O. Fisiopatologia Respiratoria (Prof. Palla)
U.O. Chirurgia Plastica (Dr. Pantaloni, Dr. Gandini, Dr. Gatti)

Percorso diagnostico-terapeutico del paziente obeso

Le attività assistenziali si svolgono attraverso percorsi diagnostici e terapeutici concordati dalle varie U.O. afferenti al Centro adattando alla realtà locale le Linee Guida dell'Obesità'.

I percorsi non rappresentano una via obbligata ma sono concepiti come un mezzo per facilitare la gestione dell'utente attraverso vie precostituite di priorità'.

Il Centro ha un Coordinatore (Prof. A. Pinchera) che ha fundamentalmente il compito di

- organizzare le attività' del Centro sulla base delle proposte ricevute dalle varie U.O. afferenti
- assicurare i contatti con le Dirigenze della A.O.U.P. e dell'ASL 5
- sviluppare la collaborazione con le altre organizzazioni operanti sul territorio

Sebbene gli utenti possano rivolgersi indifferentemente ad una delle U.O. del Centro, di fatto sono le Unità' Mediche che svolgono i compiti di prima valutazione del paziente obeso basandosi sui seguenti criteri:

- a) Paziente con IMC < 35 (soprappeso ed obesità' I grado) in assenza di fattori di rischio e/o patologie associate
- b) Paziente con IMC < 35 in presenza di fattori di rischio e/o patologie associate e Paziente con IMC ≥ 35 e < 40
- c) Paziente con IMC > 40

Alla prima valutazione segue, in base al grado di obesità', alla presenza di una sua complicanza o di una patologia associata, un percorso appropriato coinvolgente specifiche competenze.

I criteri di ammissione per la Chirurgia dell'Obesità' sono:

- IMC ≥ 40 o ≥ 35 in presenza di patologie a rischio
- dopo almeno 6 mesi di terapia dietetico-comportamentale e/o farmacologica con fallimento della stessa o recidiva dopo successo anche parziale
- in assenza di contro-indicazioni mediche (disendocrinopatie, etc.)
- in presenza di criteri psichiatrici e psico-comportamentali di eleggibilità'
- in assenza di contro-indicazioni assolute di ordine chirurgico od anestesiologicalo (tumori, ASA IV, etc.)

Pacchetto Diagnostico per pazienti candidati alla Chirurgia dell'Obesità'

Il paziente candidato a Chirurgia dell'obesità', indipendentemente dalla tipologia di intervento pre-scelto, effettua un work-up pre-operatorio atto sia alla caratterizzazione del tipo di obesità', sia all'eventuale identificazione di contro-indicazioni alla chirurgia, sia all'approfondimento diagnostico delle patologie associate onde quantificare il rischio sia anestesiologicalo che chirurgico. Tale valutazione viene eseguita per i pazienti più' complessi in regime di ricovero, mentre per i pazienti meno impegnativi in D.H.

Gli esami attualmente eseguiti in tutti i pazienti sono i seguenti:

• Esami ematochimici ed ormonali

- Routine ematochimica generale con assetto emocoagulativo, profilo lipidico, ferritina, aptoglobina.
- FT4, FT3, TSH, AbTg, AbTPO, GH, IGF-1, leptina, insulina, FSH, LH, Estradiolo, Progesterone, PRL, DHEAS (nei maschi anche testosterone).
- Ritmo di cortisolo e ACTH.
- Cortisoluria.
- Test di soppressione del cortisolo con 1 mg desametasone.
- Curva da carico glucidico con dosaggio dell'insulinemia fino a 180 minuti.

• Esami strumentali

- Rx torace 2P
- Rx esofago-stomaco baritato
- Ecografia tiroidea
- Ecografia addome-pelvi (con misurazione dei diametri del lobo sinistro; misurazione dello spessore addominale e del tessuto adiposo superficiale).
- Spirometria completa ed emogasanalisi
- MOC total body (opzionale)
- Esofagogastroduodenoscopia
- Ecocolordoppler venoso arti inferiori

• Visite specialistiche

- Valutazione cardiologica
 - » Esame obiettivo
 - » ECG basale
 - » Ecocardiogramma (M-Mode 2D doppler PW doppler CW color)
 - » Test da sforzo cardiopolmonare (con monitoraggio dell'ECG e degli scambi gassosi durante lo sforzo (consumo O₂)).
- Valutazione psicologica e psichiatrica (somministrazione dei seguenti test: SCI-ABS; Eating attitude test; MOOD-SR; SHY-SR; PAS-SR; EDI-2; OBS-SR; Q-LES-Q-SF; MMPI-2).
- Valutazione dietetica.
- Valutazione diabetologica (nei pazienti con diabete sia sub-clinico che manifesto)
- Visita anestesiologicala.

Impostazione dell'iter terapeutico

Una volta completato tutto lo studio clinico pre-operatorio il paziente, tenendo conto del tipo e grado di obesità, delle co-morbidità e dei disturbi psico-comportamentali, viene discusso collegialmente e viene posta indicazione al tipo di intervento.

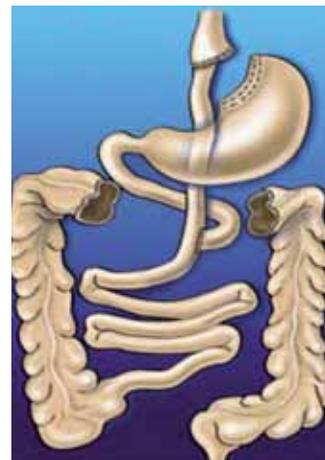
Attualmente presso la SOD Chirurgia dell'Obesità vengono svolti i seguenti interventi:

- **Posizionamento endoscopico di Pallone intra-gastrico**
- **Bendaggio Gastrico regolabile laparoscopico**
- **By-pass gastrico su ansa alla Roux laparoscopico**
- **Sleeve Gastrectomy (Gastrectomia verticale) laparoscopica**
- **Diversione Bilio-pancreatica laparoscopica**
- **Duodenal Switch laparoscopico**
- **Revisione di interventi di chirurgia bariatrica per fallimento, recidiva di obesità o complicanze**

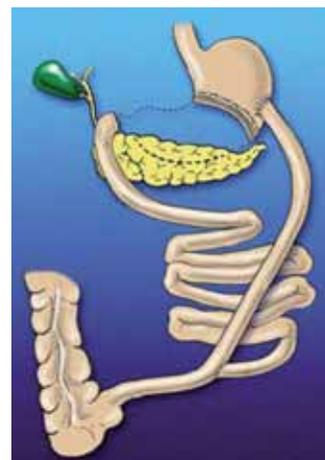
Tale percorso comporta attualmente un tempo medio tra prima valutazione e conclusione diagnostica intorno a 24 mesi; questi lunghi tempi vengono drasticamente ridotti per i pazienti a rischio più grave. I tempi che intercorrono tra conclusione della fase di valutazione diagnostica ed intervento anch'essi superano i 30 giorni, in genere mai superiori ai 3 mesi.

Follow-up

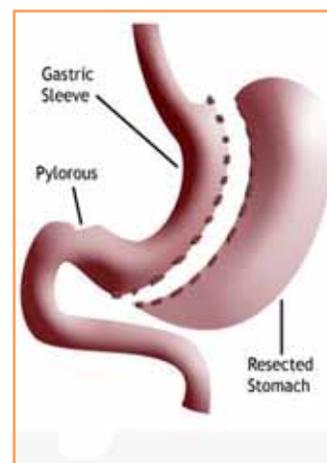
Il follow-up viene svolto presso gli ambulatori del Centro Multidisciplinare ed è diviso per i pazienti in terapia medica e quelli sottoposti ad intervento chirurgico. Per questi ultimi è previsto uno scadenario pre-programmato con più consulenze specialistiche 1, 3, 6, 12 mesi dopo l'intervento e successivamente ogni 6 mesi per i pazienti sottoposti ad interventi di restrizione gastrica pura (bendaggio gastrico), ed ogni 12 mesi per i pazienti sottoposti a by-pass gastrico o a chirurgia malassorbitiva.



By-pass gastrico su ansa alla Roux



Diversione bilio-pancreatica



Sleeve Gastrectomy

Maria Antonella Bertozzi Direttore S.O.D Diagnostica Andrologia, della Riproduzione e della Sessualità AOUP
Silvia Voliani S.O.D Diagnostica Andrologia, della Riproduzione e della Sessualità AOUP

Diagnostica laboratoristica andrologica nell'infertilità maschile

Sono trascorsi oltre 300 anni da quando Van Leeuwenhoek, nel suo "Animalicula in semine", descrisse per la prima volta gli spermatozoi, osservati mediante un primitivo microscopio a lente singola biconvessa, capace di 200-300 ingrandimenti.

Circa cento anni dopo (1775), Lazzaro Spallanzani giunse alla fondamentale conclusione che gli ovuli delle varie specie animali non possono svilupparsi senza il liquido seminale maschile, e con originali esperimenti d'inseminazione artificiale negli anfibi, dimostrò che lo sviluppo dell'uovo dipendeva

dall'attività del liquido seminale. Ritenne però causa della fecondazione la parte liquida dell'eiaculato e non gli spermatozoi.

Solo nel 1824, Prevost e Dumas provarono, filtrando il liquido seminale, che questo era fertilizzante solamente se vi erano presenti gli spermatozoi.

Nel 1875 Hertwig dimostrò la penetrazione dello sperma nell'uovo e la unione di quest'ultimo con il nucleo spermatico, ed a partire dai primi decenni del 1900 comparvero le prime valutazioni della fertilità maschile basate sull'osservazione degli spermatozoi. Tuttavia, lo studio del

liquido seminale assunse un valore clinico-scientifico solo dopo il 1950, quando gli studi di MacLeod iniziarono a sottolineare l'importanza della densità e della motilità degli spermatozoi come indice di fertilità.

Questi studi hanno rappresentato la base per la messa a punto dell'analisi del liquido seminale, o spermioγραμμα.

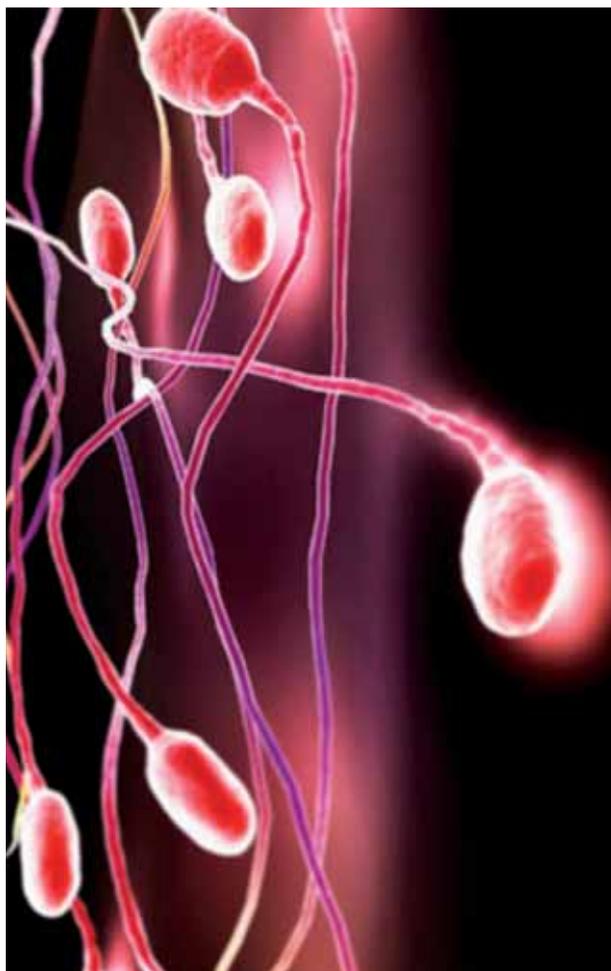
Lo spermioγραμμα per diversi anni è stato uno strumento analitico piuttosto impreciso, basato sulla valutazione soggettiva di operatori non specialisti, nell'ambito dell'attività di base dei laboratori di

chimica clinica. I principali, se non gli unici, parametri considerati erano il numero degli spermatozoi presenti nell'eiaculato e la percentuale di questi dotati di movimento. Impossibile, per quei tempi, un'analisi qualitativa della motilità, e quasi completamente trascurata la morfologia delle cellule. L'unico tentativo di oggettivazione è stata l'introduzione di un emocitometro (la camera di Burker o quella di Thoma-Zeiss) per il conteggio degli spermatozoi e dalla messa a punto di indici di fertilità, cioè indici che combinavano concentrazione e motilità degli spermatozoi in un valore numerico, col tempo risultati però assai poco indicativi del quadro clinico del paziente (indice di Raboch, indice di Page-Houlding).

Lo sviluppo dell'Andrologia come disciplina distinta ed autonoma ha portato alla formazione professionale di veri e propri Specialisti Andrologi e Biologi della Riproduzione ed alla messa a punto di una diagnostica specifica, capace di modificare e finalizzare alle proprie esigenze gli strumenti analitici del laboratorio di base.

Queste trasformazioni si sono realizzate di pari passo con un progressivo aumento della richiesta di intervento medico nel campo dell'infertilità di coppia.

L'infertilità è un problema sociale che coinvolge un numero sempre maggiore di coppie. In Italia, secondo i dati ISTAT, il 20-25% delle coppie ha problemi inerenti la fertilità. Le cause dell'infertilità di coppia sono da ricondurre per un buon 40% ad un deficit della componente maschile, mentre per un altro 20% circa ad una sovrapposizione di fattori maschili e femminili. Da qui possiamo rilevare che circa il 60%



dell'infertilità è di natura maschile. L'aumento dell'infertilità maschile è imputabile a tutto un insieme di cause, prima tra tutte quella ambientale, intendendo per ambientale sia quei fattori legati all'inquinamento dell'ambiente in cui viviamo, sia le mutate abitudini di vita, alle quali la società moderna ci costringe. Tra queste ultime, la ritardata età in cui le coppie giungono al matrimonio o alla programmazione di una gravidanza per esigenze di tipo economico-professionali. Ciò mette in evidenza quanto sia importante un'adeguata opera di prevenzione, poiché l'età amplifica difficoltà riproduttive che in età giovanile potrebbero essere più agevolmente superate. Oggi si rileva un aumento dell'incidenza delle patologie andrologiche, tumorali testicolari e prostatiche, un aumento delle malattie sessualmente trasmesse ed un incremento delle patologie da ricondurre all'uso di droghe cosiddette "leggere" e di sostanze dopanti attive in senso negativo sulla fertilità. Oltretutto, con l'abolizione della visita di leva, il maschio difficilmente si accosta ad un accertamento genitale quando non sia presente un disturbo conclamato, per cui viene a mancare un valido filtro preventivo. Una volta che il problema di fertilità, maschile e di coppia, si è manifestato deve essere risolto partendo da una diagnosi puntuale e dettagliata, che permetta schemi terapeutici specifici per ogni caso, ed il primo passo verso il corretto inquadramento deve essere fornito dalla diagnostica laboratoristica. L'esame del liquido seminale è il punto di partenza per lo studio della capacità fecondante di un uomo: da una sua corretta esecuzione si possono trarre indicazioni diagnostiche precise. Lo spermioγραμμα è un esame ultraspecialistico che richiede personale preparato ed esperto e che indirizza il clinico verso la diagnosi e, quindi, verso la terapia più adeguata. Questa analisi, quindi, nell'ambito della diagnostica laboratoristica andrologica non solo rappresenta l'esame di base per il maschio con problemi di infertilità,

ma fornisce anche al Medico uno strumento determinante per l'inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente infertile. Questo a condizione che lo spermioγραμμα venga eseguito presso laboratori con esperienza andrologica ed aggiornamento continuo nel settore. Alla valutazione iniziale del potenziale fecondante, la presenza di una dispermia deve essere confermata da almeno due controlli analitici nell'arco di tre mesi. Se l'esame risulta normale ma il paziente ha una storia di infertilità di almeno due anni in assenza di cause femminili, è necessaria l'aggiunta di tests funzionali spermatozoari. E' molto importante dare al paziente corrette indicazioni sulle modalità di raccolta, trasporto e consegna del campione seminale e delle informazioni che deve fornire al laboratorista. L'eiaculato deve essere raccolto per masturbazione, e non per coito interrotto, in un contenitore sterile monouso a bocca larga. Il paziente deve avere un periodo di astinenza ottimale di tre-cinque giorni, comunque non inferiore a due e non superiore a sette. E' preferibile far raccogliere il campione in ambito ambulatoriale; qualora questo non sia possibile, il campione deve essere consegnato entro 60 minuti al laboratorio, proteggendolo

da sbalzi di temperatura. Alcuni parametri seminali devono essere necessariamente valutati al fine di un corretto inquadramento diagnostico e per il monitoraggio terapeutico del paziente infertile. Essi sono: la fluidificazione, il volume, il pH, il colore, l'aspetto, la viscosità, la conta spermatica, la motilità e la velocità spermatozoaria. Si deve, infine, procedere all'attenta valutazione della morfologia spermatozoaria. La fluidificazione dello sperma dà informazioni sulla funzionalità delle vescichette seminali, sulla condizione delle vie escrettrici e sull'attività prostatica. Se manca il coagulo iniziale, siamo in presenza di una agenesia delle vescichette seminali o di una ostruzione dei dotti eiaculatori; al contrario, se tale coagulo non giunge a completa fluidificazione è segnale di scarsa attività proteinasica prostatica. La viscosità aumentata indica un fenomeno flogistico. Una riduzione del volume eiaculato (oligoposia) può essere indice di ostruzioni delle vie escrettrici, di agenesia delle vescichette seminali o di una disfunzione flogistica, mentre una eiaculazione abbondante può indicare iperfunzionalità delle vescichette seminali. Un pH basso può significare un'ostruzione dei dotti eiaculatori o



un'atrofia delle vescichette seminali, mentre uno elevato può far propendere per un fenomeno flogistico acuto.

La concentrazione spermatozoaria può essere valutata con l'utilizzo di camere di conta come quella di Makler al microscopio ottico o con l'ausilio di analizzatori di immagine. Anche l'analisi della motilità può essere effettuata al microscopio ottico con la camera di Makler o con analizzatori di immagine; in ogni modo, oltre alla percentuale di spermatozoi mobili, deve essere segnalata sul referto la capacità di progressione. La presenza di agglutinati di spermatozoi può essere indice di flogosi ma anche, se pur raramente, di un disordine immunologico.

La morfologia, valutata su preparati citologici appositamente colorati, deve segnalare le anomalie della testa, del collo, della coda e le forme immature. Una percentuale elevata di anomalie della testa come le forme allungate fa propendere per una patologia testicolare quale il varicocele; una percentuale elevata di spermatozoi con anomalie del collo, come angolazioni e deconnessioni, fa pensare a patologie flogistiche; la presenza di numerosi spermatozoi a coda avvolta è indice di prostatite; molte forme immature sono significative di una patologia epididimaria. La valutazione numerica dei leucociti e delle cellule della spermatogenesi deve essere eseguita dopo colorazione specifica. I leucociti possono indicare flogosi, ma si deve sempre tenere presente che leucospermia non è sinonimo di infezione e che la scarsa presenza di leucociti non esclude l'esistenza di un fenomeno flogistico in atto.

Il materiale lipidico è indice di disfunzione prostatica, ed infine i cristalli sono associabili a disturbi delle ghiandole accessorie.

In base ai parametri seminali rilevati si possono individuare diverse direzioni verso cui indirizzare in modo mirato gli approfondimenti diagnostici, con notevole risparmio di tempo e risorse.

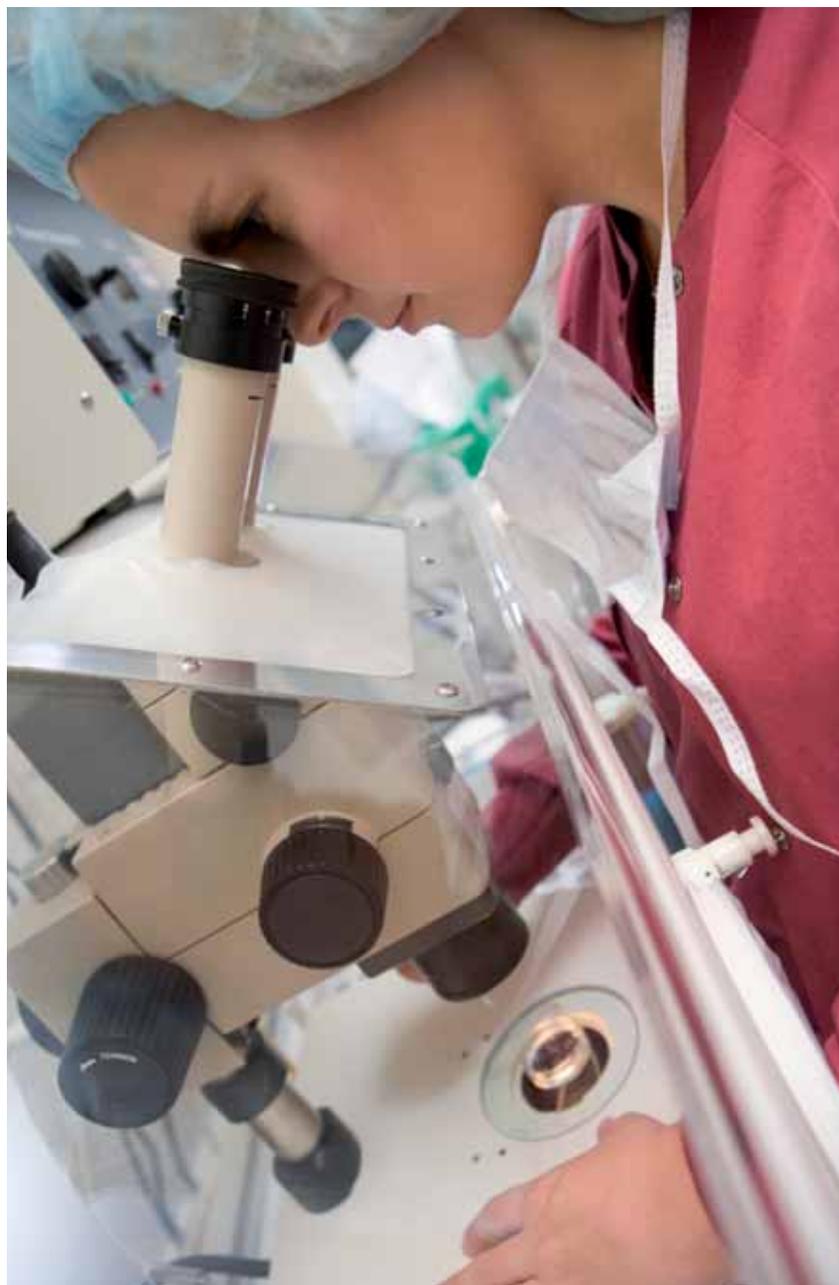
Il ruolo del Laboratorio di Andrologia non può, infatti, limitarsi all'esecu-

zione dello spermogramma classico. Sono stati messi a punto numerosi tests funzionali, ciascuno che indaga un particolare aspetto della fisiologia spermatozoaria e che, considerati tutti assieme, concorrono a definire il potenziale di fertilità di un uomo.

Tra quelli che il Laboratorio di Andrologia deve fornire in modo routinario all'utenza ricordiamo il test di vitalità, eseguibile con il metodo dell'eosina/nigrosina, che permette di distinguere la situazione di necrospermia dall'immobilità di tutti gli spermatozoi (quale si osserva ad es. nella s. di Kartagener) e che for-

nisce un controllo dell'accuratezza della misurazione della motilità, poiché la percentuale degli spermatozoi vivi dovrebbe coincidere o superare quella degli spermatozoi mobili; lo swelling test, o test di resistenza iposmotica che valuta l'integrità e la funzionalità della membrana plasmatica degli spermatozoi; il MAR test, che fornisce indicazioni sulla presenza eventuale di anticorpi anti-spermatozoi.

Esiste, infine, tutta una serie di test funzionali di secondo livello, da eseguire in modo mirato dietro le indicazioni fornite dallo spermogramma.



Novità E.N.P.A.M. per i pensionati



FONDO DI PREVIDENZA GENERALE – CONTRIBUZIONE DEI PENSIONATI

Delibere. n. 46/09 e n. 53/09 del Consiglio di Amministrazione ENPAM

Il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM, con delibera n. 53 del 25 settembre u.s., visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività.

In caso di produzione di reddito imponibile presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, quindi, sarà dovuto il versamento del relativo contributo previdenziale nella misura ridotta del 2%, salva espressa opzione di pagamento nella misura intera del 12,50%. Tale reddito dovrà essere dichiarato all'ENPAM tramite il modello D recapitato ogni anno al domicilio dell'iscritto. La modifica regolamentare attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione, esplicherà i propri effetti solo per il futuro, non interessando le annualità pregresse.

Con **delibera n. 46** del 24 luglio u.s., inoltre, l'E.N.P.A.M. ha già consentito agli iscritti pensionati del Fondo di previdenza generale di dichiarare volontariamente anche gli eventuali redditi imponibili presso la "Quota B" prodotti negli anni 2004 – 2008, optando entro il **31 dicembre 2009** per la conservazione dell'iscrizione al Fondo e per l'aliquota contributiva del 2%, ovvero del 12,50%. A tal fine è stato predisposto l'allegato modello DICH. P. I corrispondenti contributi saranno maggiorati della mera rivalutazione monetaria. Qualora l'importo complessivamente dovuto sia superiore a euro 1.000,00, la relativa riscossione potrà essere effettuata, a scelta, in 12 rate bimestrali, in 2 rate semestrali od in unica soluzione.

Con i suddetti provvedimenti la Fondazione ha inteso offrire l'opportunità di corrispondere i contributi previdenziali a favore della gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio

In tal modo, unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente si propone di evitare dispersioni contributive, grazie alla valorizzazione delle ulteriori somme versate mediante l'istituto del supplemento di pensione.

I soggetti interessati, difatti, beneficeranno di un supplemento del trattamento pensionistico ordinario che l'Ente liquiderà d'ufficio ogni triennio sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare il Servizio Accoglienza Telefonica della Fondazione ai seguenti numeri: tel. 06.48.29.48.29 - fax 06.48.29.44.44.

I pensionati del Fondo di previdenza generale che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, ai sensi del vigente disposto regolamentare, l'iscrizione al Fondo e versare il contributo previdenziale all'Enpam fissato, in via opzionale, nella misura del 2% ovvero del 12,50%.

Con delibera n° 46 del 24 luglio u.s. il Consiglio di amministrazione della Fondazione ha, infatti, riaperto i termini per la presentazione sino al 31 dicembre 2009, dell'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo e della relativa opzione per l'aliquota contributiva, con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge. I relativi moduli sono rinvenibili sul sito della Fondazione.

A breve, peraltro, con apposita modifica regolamentare l'Enpam provvederà ad eliminare la facoltatività di iscrizione al Fondo, disponendo l'obbligatorietà della contribuzione sui compensi professionali prodotti dai pensionati ultrasessantacinquenni.

Il tutto per evitare di dover, a termine di legge, versare i propri contributi all'INPS.

Influenza: opportuna la vaccinazione agli operatori sanitari

ADN KRONOS, A. Bianco: operatori sanitari, vaccinatevi.

19 OTTOBRE 2009

“E’ utile ed è nell’interesse dell’intera collettività” che i medici e gli operatori sanitari scelgano di vaccinarsi contro la nuova influenza A, “sia perché sono più esposti al virus, sia perché, se si ammalano anche loro, il sistema di assistenza si blocca”.

A dirlo è Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCeO) che invita i camici bianchi “a prendere in seria considerazione l’opportunità di vaccinarsi”, dopo che alcuni sondaggi hanno indicato un’alta percentuale di medici non disposti a immunizzarsi. “Siamo comunque di fronte ad una pandemia. E anche se il virus non è particolarmente aggressivo, è sicuramente molto contagioso”, ha ricordato all’ADNKRONOS SALUTE il presidente dei medici italiani. “Le ragioni per le quali è stata data priorità all’immunizzazione degli operatori sanitari sono due”, ricorda Bianco sottolineando che la scelta dei medici è individuale e non c’è obbligo a sottoporsi al vaccino. “La prima è legata al fatto che, per la loro missione di cura, possono più facilmente degli altri venire a contatto con il virus. La seconda è di interesse più generale e serve ad evitare che, quando ci sarà il picco della pandemia, non si metta a letto anche chi cura”. In base a questi due elementi “è più che utile vaccinarsi. Io mi vaccinerei”, conclude Bianco.



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**
carrozine - 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

Acqua San Carlo. Naturalmente Sani!

ARCHIMEDIA COMMUNICATION

L'

acqua oligominerale San Carlo è un'acqua sorgiva purissima che grazie alle sue caratteristiche chimico - fisiche, possiede un elevato potere depurativo. Può essere utilizzata quotidianamente senza alcuna controindicazione. Il suo impiego a digiuno e a determinati dosaggi, trova indicazione nel trattamento delle seguenti patologie:

- **Calcolosi delle vie urinarie**
- **Infezioni delle vie urinarie (pielite, pielonefrite, cistite)**
- **Patologie gastroenteriche (dispepsia biliare, colon irritabile, stitichezza cronica)**
- **Affezioni del metabolismo (iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperglicemia, sovrappeso e obesità)**
- **Ipertensione arteriosa**



LE CARATTERISTICHE DELL'ACQUA OLIGOMINERALE SAN CARLO

- Purezza batteriologica
- Costanza di portata
- Costanza di temperatura

Temperatura alla sorgente	13.4 °C
Residuo fisso a 180°C	58 mg/l
Esponente attivo ione idrogenato alla sorgente	(pH) 5.7
Conducibilità elettrica specifica 20°C	76
Anidride carbonica (CO2) libera alla sorgente	28.7 mg/l
Ossidabilità sc. Kubel (O2)	0.3 mg/l
Sodio	9 mg/l
Potassio	0.36 mg/l
Magnesio	2.8 mg/l
Calcio	2.4 mg/l
Cloruro	13.5 mg/l
Nitrati	9.6 mg/l
Ione Idrogenocarbonato	12.2 mg/l
Solfati	2.5 mg/l
Silice	9.2 mg/l

Autorizzata con D.M.n.547 del 10/11/1950

Informazioni tecniche destinate all'uso esclusivo degli specialisti del settore.

Acqua Oligominerale Naturale San Carlo.
Microbiologicamente pura.

www.termedisancarlo.it - numero verde 800-238122

La Soluzione Vincente per i Vostri Convegni, Eventi, Meeting

Una formula Ottimale a Servizio completo

- Studio di fattibilità
- Stesura del budget
- Individuazione della location e contatti con tecnici e fornitori per definizione dei servizi correlati (attrezzature tecniche, assistenza in sala, catering, allestimenti, prenotazioni alberghiere)
- Contatto con la segreteria scientifica per definizione programma scientifico
- Preparazione sponsor kit e ricerca sponsor
- Gestione mailing list
- Pratica ECM
- Divulgazione programma scientifico
- Raccolta abstracts e preparazione volume degli atti sia in formato cartaceo che multimediale
- Preparazione materiale didattico
- Gestione viaggio e soggiorno relatori
- Gestione iscrizioni
- Definizione di programmi per accompagnatori o post congress tour
- Organizzazione eventi sociali
- Organizzazione e gestione segreteria organizzativa in sede di evento
- Organizzazione e gestione ufficio stampa
- Realizzazione e coordinamento conferenza stampa

ARCHIMEDIA
C O M M U N I C A T I O N



LA COMUNICAZIONE A 360°
www.archimediapisa.it

Via F. Crispi, 62 56125 Pisa › tel 050 22 00 078 050 22 01 480 › fax 050 22 06 673 050 22 04280 › e-mail: info@archimediapisa.it

SIZIONE-INTER
-INDVSTRIE-E-D
TORINO-191

ESPOSIZIONE D'IGIENE IN NAPOLI

MAGGIO OTTOBRE
1900

ALLGEMEINE AUSSTELLUNG

DIPLOMA



ACQUA E TERME U 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.



DIPLOMA

COMITATO IMPERIALE
CENTRO TOSCANO
ASSOCIAZIONE
PRO NAPOLI 1900
L'ALTO PATRIOTICO
S.M. IL RE-ITALIA
MILITARE

1900

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

IL SEGRETARIO