

ARTEMISIA

NUMERO 10 - ANNO 4 - NOVEMBRE 2020

magazine

È il momento di RINASCERE
con coesione e cooperazione



Idea artistica di Giulia Poletti _ Instagram: giuliap.art _ Mail: giulipolettiarts@gmail.com

LA FORZA
DELLE DONNE

SPECIALE COVID

IL PIEDE PIATTO
NEL BAMBINO



ARTEMISIA LAB[®]

RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI

La salute al primo posto

QUALE È IL TUO STATO IMMUNITARIO?

Controlla la tua capacità di reazione alle infezioni e rafforza le tue difese

DOSAGGIO IMMUNOGLOBULINE SIERICHE

EMOCROMO COMPLETO

COMPLEMENTO C3

COMPLEMENTO C4

TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA COMPLETA

CONSULTO CONCLUSIVO DELLO SPECIALISTA

170,00€

TUTTI I DIRITTI RISERVATI - ARTEMISIA LAB[®]



**PRENOTA PRESSO IL
CENTRO PIÙ VICINO A TE**

www.artemisialab.it

seguici su   



04 IL FUTURO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI ROMA E PROVINCIA

Il difficile lavoro per stare a fianco ai cittadini e pazienti

SPECIALE DONNE

> **GONNE DI VETRO E SOFFITTI
DI CRISTALLO** **07**

> **MODELLO "RINASCERE"** **10**
Presentazione di un modello che contrasta
la violenza di genere

IL REGIME ALIMENTARE ANTINFIAMMATORIO

Rinforzare e riequilibrare l'apparato immunitario
per ammalarsi meno

TERAPIA DEL DOLORE

12

SPECIALE COVID-19

> **L'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19
ED IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE** **20**

> **IL CORONAVIRUS SPIEGATO
DALLO PNEUMOLOGO** **28**

IL PIEDE PIATTO NEL BAMBINO

31

L'IMPORTANZA DEL DIALOGO INTERRELIGIOSO

34



Mariastella Giorlandino - Presidente Artemisia Onlus

Maria Grazia Cucinotta - Presidente Vite Senza Paura

“La vita è un Dono straordinario e ogni giorno possiamo imparare qualcosa di nuovo e prezioso, nel bene e nel male. Fondamentale è la condivisione: condividiamo sempre le esperienze, le gioie, le difficoltà, i ricordi ed i buoni propositi. Il mondo ha bisogno di tutti noi, in coesione, per sconfiggere i pregiudizi, l'indifferenza, le avversità e per rinnovarci e rinascere. Non permettiamo alle paure, alle cadute ed agli sbagli di toglierci il coraggio e l'entusiasmo di vivere; piuttosto impariamo dall'esperienza, apriamoci al prossimo ed alla comunità, proponendo percorsi di crescita insieme, unendo le forze e collaborando per il Bene comune. Un esempio in questo senso è rappresentato dal recente accordo tra Artemisia Onlus e Vite Senza Paura: le associazioni si sono unite per un impegno quotidiano nella lotta contro la violenza di genere; la violenza sulle donne è un problema che incide e condiziona fortemente la società intera poiché è una delle manifestazioni più estreme della disuguaglianza e della grave mancanza di rispetto dei diritti fondamentali della persona. Soltanto attraverso la cooperazione e l'impegno concreto possiamo fare la differenza!

Buona lettura”.

Mariastella Giorlandino

Maria Grazia Cucinotta

ARTEMISIA[®]
magazine

Periodico edito da **Artemisia Lab S.r.l.**
Via Velletri, 10 Roma _ www.artemisialab.com
www.associazioneartemisia.it _ redazione.magazine@artemisialab.it

Direttore responsabile: Dr.ssa Rossana Nastasi
Coordinatore di redazione: Dr.ssa Elena Pollari
Comitato di redazione: Dr.ssa Francesca Fornari,
Dr. Andrea Costanzo, Ing. Antonino Rotilio, Dr.ssa Elena Stella
Comitato scientifico: Dott.ssa Maria Luisa Santoro,
Dott. Antonio Amato, Avv. Maria Antonietta Schettino
Art director: Bianca Polticelli - Iniziative Editoriali srl
www.iniziativeeditoriali.net

Stampa: Artemisia Lab Medical Products srl
Via Cesare Pascarella, 9 _ 00011 Tivoli Terme (RM)
Testata registrata presso il Tribunale di Roma n. 159 del 12.10.2017



Il futuro dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma e provincia

Il difficile lavoro per stare a fianco ai cittadini ed ai pazienti

Abreve, entro la fine dell'anno, si svolgeranno le elezioni per il rinnovo dei vertici dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri (Omceo) di Roma e provincia.

Sono elezioni che se a prima vista possono avere una valenza semplicemente di "categoria", che riguardano quindi solo noi medici, in realtà interessano anche i cittadini perché l'Ordine, secondo la definizione di legge "è un ente pubblico" il cui fine ultimo è "tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale" e pertanto qualora o laddove dovesse servire "agisce come organo sussidiario dello Stato" al fine di trovare soluzioni che interessano la collettività.

Un esempio di azione a tutela degli interessi pubblici, forse qualche lettore lo ricorderà, si è avuto nell'estate del 2019 quando l'Ordine intervenne con il Comune di Roma sollecitandolo ad agire nella vicenda dei rifiuti esercitando così la sua funzione di organo sussidiario dello Stato. In quell'occasione lanciammo l'allarme di un rischio igienico ambientale e sollecitammo l'amministrazione capitolina ad azioni volte alla soluzione del problema evitando così una crisi sanitaria.

L'Ordine dei medici non è dunque un ente corporativo che difende interessi di categoria. E a maggior ragione non può esserlo trattando di una materia delicata come la salute.

Un altro esempio recente è la vicenda Panzironi, il giornalista che con la sua dieta promette di allungare la vita fino e oltre i

100 anni grazie a consigli alimentari che vietano carboidrati e spezie. Ebbene l'Ordine dei medici di Roma lo ha denunciato per esercizio abusivo della professione medica in quanto i consigli che "offre", spacciati per stile di vita, in realtà sono tipici di una specializzazione in scienza dell'alimentazione che può dare solo un dietologo che è un medico laureato in medicina con responsabilità cliniche che permettono di prescrivere farmaci o analisi, fare diagnosi, elaborare profili nutrizionali e usare apparecchiature invasive.

Questi sono solo due esempi, i più recenti, di interventi che l'Ordine da me presieduto ha messo in atto a tutela della salute dei cittadini di Roma e Provincia. Due esempi che evidenziano l'attività di vigilanza svolta da questo Ente nell'interesse della collettività.

Spesso le istituzioni sono viste e vissute come lontane, come distratte e quindi sorde alle necessità ma non è sempre così. Le istituzioni specie quelle di "prossimità" proprio per le loro specificità riescono ad ascoltare e ad essere vicine alle istanze della popolazione.

Da anni con una certa regolarità torna il dibattito sull'utilità o meno degli ordini arrivando ad ipotizzarne un loro superamento. Da presidente di Ordine credo che il modello ordinistico non sia né un male né un bene più semplicemente è un modello organizzativo che fa parte della cultura e delle tradizioni del nostro Paese, così come le associazioni fanno parte della cultura dei Paesi anglosassoni.



Dott. ANTONIO MAGI
Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma



Gli Ordini professionali rappresentano uno strumento di garanzia che lo Stato ha posto a tutela proprio delle libertà e dei diritti dei cittadini. In particolare l'Ordine dei Medici e gli altri Ordini delle Professioni sanitarie sono posti a tutela dell'articolo 32 della Costituzione che tutela il diritto alla salute così come l'Ordine dei giornalisti è posto a tutela dell'articolo 21 della Costituzione che tutela la libertà di stampa.

Far parte di un Ordine, iscriversi a un Albo è molto di più che pagare una tassa annuale. Vuol dire entrare a far parte di una comunità professionale che condivide principi e valori e che si detta autonomamente regole per concretizzare tali valori nell'interesse dei cittadini, dello Stato, della Professione stessa nel senso più alto. Iscriversi a un Albo significa accettare, in

nome di un interesse più elevato quello della collettività, di essere sottoposto non solo, come tutti i cittadini, alla responsabilità civile e a quella penale ma anche a quella etica e deontologica, a volte persino più restrittiva delle altre due, ma fondamento essenziale e ineludibile dell'esercizio della Professione.

In queste tre anni in cui ho ricoperto il ruolo di Presidente del più grande ordine professionale d'Europa con oltre 45 mila iscritti ho cercato costantemente, attraverso le svariate iniziative messe in atto, di rafforzare e rinnovare quel legame deontologico professionale che unisce medico-paziente. Credo infatti che gli Ordini, in particolar modo quello dei medici chirurghi e odontoiatri siano da intendersi come comunità etiche poste a garanzia dei diritti e delle libertà dei cittadini.



ESAMI ANTI-COVID19 TEST COMBINATI ARTEMISIA LAB

TEST SIEROLOGICO

per la ricerca degli anticorpi IgM e IgG anti-Sar-Cov-2

TAMPONE RAPIDO RINO-FARINGEO

per la ricerca dell'antigene del Sars-Cov-2

Per prenotare il Tampone rapido scrivere a:
tamponi@artemisialab.it

**È richiesta la prescrizione medica, anche su ricettario bianco,
e tessera sanitaria**

SI CONSIGLIA DI EFFETTUARE:

- test sierologico dopo circa 10-12 gg dal contatto con un soggetto positivo
- tampone rapido dopo circa 7-8 gg dal contatto con un soggetto positivo
- tampone molecolare dopo circa 4-5 gg dal contatto con un soggetto positivo

*Tra questi test, il più sensibile e specifico è il tampone molecolare,
attualmente non autorizzato ai laboratori privati della Regione Lazio*



GONNE DI VETRO E SOFFITTI DI CRISTALLO

Ereditiera di una tradizione trasmessa di generazione in generazione, nonostante i diritti conquistati e la libertà di costume, la leadership femminile resta un tema controverso, pieno di trappole e di lacune, rallentando così il progresso dell'economia e della società intera.

Avevo poco più di vent'anni quando mi interessai ai temi della condizione femminile e dell'uguaglianza di diritti e d'opportunità nella società.

Crescendo, verso l'adolescenza, avevo la sensazione di indossare una gonna di vetro che mi costringeva a fare attenzione a ogni movimento per evitare di romperla in mille pezzi. Era come se avessi dovuto controllare costantemente di essere carina e delicata come era richiesto, limitando la mia spontaneità e irruenza.

Gli anni '70 portarono una grande ventata di cambiamento per le donne italiane e segnarono un divario netto con la cultura del dopoguerra. Se pur in mezzo agli ostacoli, con passi incerti, le nostre mamme conquistarono avamposti importanti di autodeterminazione e diritti. Noi giovani donne delle generazioni successive ci trovammo in un nuovo mondo. Il linguaggio descrive noi donne e con il lin-

guaggio noi ci definiamo sia agli occhi degli altri sia a noi stesse. Noi possiamo creare la nostra realtà, il nostro ruolo nella società e la nostra identità. E proprio perché sono consapevole che ogni definizione potrebbe generare uno stereotipo, voglio, in questa sede, presentare la leadership femminile disgiunta da quella maschile, senza confronti né valutazioni, solo la donna leader a confronto con sé stessa. La mia intenzione è di offrire spunti di riflessione a tutte quelle donne che, con impegno e dedizione, stanno affermando di essere protagoniste della loro vita e il loro diritto di accedere a ruoli rilevanti in organizzazioni, aziende, istituzioni e strutture.

Margaret Thatcher, Evita Peron, Indira Gandhi, Nilde Iotti, Diana Spencer, Angela Merkel, Rosa Parks... Quante donne hanno lasciato il segno nella memoria collettiva? E quante altre che hanno cambiato il mondo sono state dimenticate? Come mai restano in benevolenza maggiormente quelle che si sono operate in



Dr.ssa TERESA BURZIGOTTI
NLC Master Coach
e trainer,
programmatrice
neurolinguistica
e wingwave Coach



ambiti tipicamente femminili e le altre sono state più criticate, pur avendo ottenuto inequivocabili successi? E tre domande a te che leggi: qual è il tuo modello femminile di leadership e quanto sei determinata nelle tue scelte? Hai paura di non accontentare tutti quando prendi decisioni?

Leader viene dal verbo “to lead”, condurre, guidare. Ho chiamato uno dei miei training “Leadership Femminile Carismatica”. Queste tre parole sono rivolte a una donna consapevole della propria forza, in grado di brillare della propria luce, in famiglia, alla guida di un team aziendale, in un incarico istituzionale, come titolare d'azienda.

Noi donne decidiamo, valutiamo, organizziamo, risolviamo, facilitiamo, realizziamo, costruiamo reti e portiamo risultati, ma il più delle volte lo facciamo nell'ombra e oppresse da ostacoli e limitazioni, piuttosto che risplendere alla luce del sole con piena vitalità e forza nell'esercitare il nostro ruolo.

Ora prima di abbandonare del tutto la contrapposizione fra leadership maschile e leadership femminile sfioriamo con leggerezza e senza giudizio, tre riflessioni di costume. Si tratta di come vengono percepiti alcuni comportamenti.

L'uso del linguaggio: le battute che sminuiscono, le allusioni generalizzate, le frasi ambigue, quant'anche ironiche, fanno ridere e destano simpatia se l'oratore è uomo e attirano spesso consensi perché vengono percepite come liberatorie.

Cosa sarebbe percepita una leader donna che parla in questo modo?

Il leader benestante che ha dedicato la sua vita alla carriera e non ha costruito una famiglia viene definito uno scapolo d'oro.

Come viene definita una donna nella stessa condizione?

Il leader imprenditore che si veste in modo casual e trasandato viene definito affascinante.

Come sarebbe vista una donna in questo outfit?

Il presidente che viaggia con la sua first lady

Come sarebbe percepito un first gentleman al fianco di una presidentessa?

Un interessante studio sulla leadership maschile e femminile in un'ottica di genere, nel 2011, dall'Università degli Studi di Bologna *Alma Mater Studiorum* – Scienze dell'Educazione – fornisce dati poco confortanti. Al fenomeno della segregazione verticale, anche detto del «soffitto di cristallo», si accompagna una massiccia segregazione orizzontale che fa sì che la maggior parte delle donne lavoratrici si raggruppi in certi tipi di occupazioni.

Sono convinta che il cambiamento che vuoi realizzare

comincia cambiando la tua vita e questo è il mio lavoro, affiancare le persone nel cambiamento. E qual è la mia esperienza di Coach con la leadership femminile?

Sono stata e sono la Coach di donne manager, titolari d'azienda, professioniste, mamme, donne in politica e nelle istituzioni, e gli ambiti di miglioramento che tutte queste donne hanno in comune sono: aumentare la sicurezza di sé, liberarsi dal bisogno dell'approvazione degli altri e dai sensi di colpa.

Tendenzialmente la donna che raggiunge risultati e successo non ama apparire e celebrare sé stessa, resta modesta, non vuole peccare di orgoglio e vanità, né essere criticata perché “se la tira”.

In genere le donne leader chiedono il mio affiancamento di Coaching perché sono stressate e si sentono sotto pressione nei vari ruoli che rivestono, perché sono state lasciate dal partner, perché si sentono infelici o inadeguate. L'idea di non essere abbastanza per gli altri, di dover accontentare tutti, armonizzare tutto e, strano a dirsi, anche il silenzio intorno al proprio successo, sono aspetti comuni e frequenti del tema. (Non si parla del proprio successo per non offendere nessuno, per non destare invidia, per non umiliare gli altri, per non essere oggetto di risentimento). L'eventualità di perdere l'approvazione della famiglia, dei figli, del partner, delle persone vicine e del pubblico, le rende bisognose e insicure.

Tendenzialmente queste donne hanno persone intorno, indipendentemente dal genere, che mal sopportano un loro atteggiamento troppo sicuro e determinato. È tuttora opinione diffusa che la donna debba “esprimersi in modo gradevole, paziente, attento a non urtare la sensibilità degli altri”. Qualora dunque dovesse impartire direttive, assegnare compiti in azienda, limitare budget o addirittura licenziare scaturisce un conflitto interno sotto la pressione del giudizio esterno reale o percepito.

Una donna diretta, risolutiva ed efficace non desta “simpatia”.

In un interessante caso di Coaching per la leadership che ho seguito utilizzando il metodo wingwave®¹ il rapporto della cliente con la madre fu illuminante. Kathy, così chiameremo la leader, non riusciva a focalizzarsi sulle sue attività di imprenditrice. Pur conducendo con successo un business con risvolti internazionali, continuava a sentirsi inadeguata, e a distrarsi impegnando il suo tempo in attività inutili che non conducevano a nulla.

Con il Test Miostatico siamo risalite all'adolescenza, periodo in cui Kathy non aveva un luogo suo, nella casa dei genitori, in cui potesse studiare e concen-





trarsi. Era costretta quindi ad appoggiarsi nelle stanze da letto o in cucina, con il continuo passaggio della madre che interrompeva la sua concentrazione, parlandole e assegnandole compiti da svolgere o eventualmente del padre. Dopo il Coaching con il wingwave® la storia rivela tre generazioni di donne. La stessa madre di Kathy in adolescenza, aveva dovuto crescere i fratelli e le sorelle e occuparsi del padre quando la nonna di Kathy fu costretta a lavorare in un'altra città. Le emozioni che emersero nella madre di Kathy furono rabbia per non poter seguire il proprio percorso e senso di colpa per provare rabbia verso la propria madre. Queste emozioni erano a specchio anche quelle di Kathy, rabbia verso sé stessa per la propria incapacità di concentrarsi e senso di colpa quando era troppo focalizzata sul suo successo. Il percorso che ho sintetizzato è stato più complesso e tutti i TOC (Trigger Points of Change) sono stati individuati con il Test Miostatico ed elaborati con la stimolazione bilaterale degli emisferi. Kathy è riuscita a

moderare le sue distrazioni e trasformarle in un sano e mirato interesse per competenze trasversali, interessanti per sé e utili al business.

Nel mio programma di training "Leadership Femminile Carismatica²", quando incontro blocchi o situazioni vissute e agite in modalità limitante, lavoro su tre fronti:

1. Coaching con il metodo wingwave®, per individuare l'eredità emozionale, di credenze e pensieri della famiglia di provenienza. Accesso alle risorse, per portare nel presente tutte le risorse disponibili dai modelli di leadership, passati e presenti, scelti come riferimento.

2. Efficacia linguistica con la Programmazione Neurolinguistica per usare il linguaggio vincente con cui definire te stessa nei differenti ruoli, in pubblico e nel dialogo interno alla mente

3. Coaching per l'autostima e il carisma per costruire la leadership dalla base.

Ho creato una metafora con la cavalla purosangue per autostima, carisma e leadership.

L'autostima è quando la cavalchi al passo. Vi state conoscendo e osservando per entrare in relazione, cominciate a comunicare per fidarvi l'una dell'altra, con incedere pacato e pieno di cura e attenzione.

Il carisma è quando la cavalchi al trotto. Tu e la tua purosangue vi conoscete già e siete orgogliose l'una dell'altra, sapete quali sono i punti forti del vostro carattere e sapete metterli in evidenza, guardate in una luce positiva le vostre debolezze per dare più stabilità e completezza alla vostra umanità così da essere un esempio positivo per gli altri.

Nella leadership sei al galoppo. Sei in perfetta sintonia e fiducia con te stessa, sai guidare perché quest'energia che emani dal tuo centro è coinvolgente e illuminante per gli altri. Sai superare ostacoli, gestire la tua forza ed eliminare le distrazioni inutili, mirando alla meta. La fiducia che hai in te stessa e la naturalezza con cui la esprimi spingono gli altri a seguirti e fidarsi di te. Sei responsabile della tua forza ed energia e non permetti a nessuno, neanche a te stessa di sfruttarla, la coltivi e la nutri come un bene prezioso, sei ispirata e riesci a ispirare gli altri verso nuovi traguardi.

Voglio chiudere incoraggiando tutte le donne a trovare la propria luce interiore e a vivere attivamente i propri talenti, smettendo di nascondersi e di vergognarsi del successo. A qualcuno non piacerà ma ci sono già tantissime persone, che pensano che la donna possa portare un contributo sostanziale al miglioramento della società. Così parla il Dalai Lama alle donne: ricoprite un ruolo di leadership attivo e promuovete valori umani.

¹ Per maggiori informazioni sul metodo wingwave® e sul Test Miostatico visita il sito www.centroitalianowingwave.com

² Per maggiori informazioni sul programma di Leadership Femminile Carismatica visita il sito www.teresaburzigotti.com



MODELLO “**RiNascere**®”

Presentazione di un modello che contrasta la violenza di genere



Prof.ssa FRANCESCA MALATACCA
Psicoterapeuta,
vicepresidente
e responsabile
scientifico di Vite senza
paura Onlus

Il palcoscenico che vede come protagonisti Otello e Desdemona a tutt'oggi suscita emozioni contrastanti nell'uomo e nella donna. I dati dei femminicidi sono allarmanti con vicende quotidiane nelle cronache. I femminicidi non riguardano solo il “Femminile” ma è una questione che riguarda tutte le donne e soprattutto gli uomini. È fondamentale intervenire attraverso la cultura. L'identità del Femminile si costituisce a partire dall'infanzia, la società dovrebbe offrire modelli di vita realizzabili che diventino Indicatori di Speranza. Bisogna scardinare la cultura dominante che

consente a troppi uomini di avere ancora pregiudizi nei confronti delle donne. Le esperienze precoci di vita racchiudono lo sviluppo evolutivo della personalità, pertanto la famiglia stimola il bambino attraverso la trasmissione di modelli educativi. La cultura deve trasmettere rispetto paritario perché ciò favorisca la libertà nelle Relazioni, e puntare sulla condivisione delle responsabilità reciproche. Il mondo del lavoro possiede ancora un grande divario salariale di genere, ciò condiziona il modo di percepire intelligenze e potenzialità diverse tra i sessi. La scuola deve sconfiggere le discriminazioni ed educare alla parità tra i sessi.

La violenza sulle donne esprime un concetto di possesso - amore malato - di non rispetto - sintomo di una Società Violenta nella quale è assente la Cultura dei Valori dove la Dignità e il Rispetto hanno smarrito il loro significato.

L'emergenza Covid-19 è stata anche teatro dell'emergenza Violenza donne, il lockdown ha purtroppo esasperato vissuti già fragili e compromessi. Le radici culturali della violenza devono essere affrontate attraverso progetti di politiche coerenti che sappiano ascoltare la donna e favorirne la presa di coscienza e la CONSAPEVOLEZZA.

Nel lockdown considerata l'emergenza violenza donne, viste le numerose richieste di aiuto è stato fondamentale sviluppare un Modello: modello di intervento per il contrasto alla violenza di genere attraverso la ricerca di metodologie già sperimentate. Le linee guida dell'OMS e la Convenzione di Istanbul rappresentano un riferimento di base per poter sviluppare un modello che contrasti la violenza di genere. La Convenzione di Istanbul ha tra i propri obiettivi quello di eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne, promuovendo la parità tra i sessi, rafforzando l'autonomia delle donne.

Pertanto il Modello "RiNascere[®]" si basa sulle linee guida dell'OMS e sui Principi della Convenzione di Istanbul.

Il Modello "RiNascere[®]" prevede:

1. Un piano d'azione contro la violenza sessuale
2. Individuazione del sommerso e l'emersione della violenza attraverso la denuncia alle forze dell'ordine e al pronto soccorso
3. Lo sviluppo del modello attraverso il Supporto alla Donna

Il Supporto alle vittime di violenza di genere attraverso il Modello "RiNascere[®]" considera anzitutto lo Spazio Mentale, dalla consapevolezza alla presa in carico attivando il Percorso verso l'Autonomia.

Per il contrasto alla violenza sulle donne il Modello "RiNascere[®]" individua strategie condivise ed approcci multidisciplinari.

La costruzione di Reti e la Sinergia sono fondamentali per poter agire sulla dimensione Culturale, dimensione Sanitaria, dimensione Sociale, dimensione Politica, dimensione Legale, che hanno come scopo la Prevenzione della violenza e il Benessere della donna.

Il modello "RiNascere[®]" definisce un percorso di

tutela attraverso la cultura del Rispetto e della Dignità della persona umana. Dalla Prevenzione alla Fuoriuscita dal tunnel della violenza è frutto di sperimentazione e richiede soprattutto la Formazione di Operatori Sanitari e di chi opera nella Rete. La Prevenzione inizia con la Cultura del Rispetto a partire dalle scuole attraverso l'integrazione disciplinare e campagne di sensibilizzazione.

Il Percorso intende l'attivazione di Reti Anti Violenza.

La caratteristica del Modello "RiNascere[®]" è la replicabilità da parte di Associazioni, Strutture Sanitarie, Centri di Accoglienza...

Il percorso della prevenzione e cura della violenza di genere vanno viste nel Sistema, e la governance spetta alle politiche pubbliche, con la partecipazione delle Reti Anti Violenza ed ETS. Far emergere la Violenza contro le donne significa - divulgare la Cultura- promuovere un percorso di Prevenzione e Cura- realizzare un progetto che possa agire all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Il modello "RiNascere[®]" considera interventi condivisi tra Forze dell'Ordine, Pronto Soccorso, Terzo Settore, Associazioni, Centri Anti Violenza, Fondazioni, Case Rifugio, ecc.. La violenza alle donne avrebbe bisogno di un codice di riferimento tra le classificazioni delle diagnosi nel Triage per le procedure terapeutiche. Definire, Limitare ed Eliminare la violenza di genere è responsabilità delle Politiche Pubbliche e Sanitarie. Il modello "RiNascere" è un modello integrato basato su meccanismi di collaborazione e cooperazione tra diversi Stakeholder, che mirino e forniscano protezione e sostegno alle vittime di violenza e ai loro orfani sotto vari aspetti: Culturale, Sanitario, Psicologico, Sociale, Legale, Giuridico ed Economico.

"La Convenzione di Istanbul riconosce la violenza sulle donne come una violazione dei diritti umani e si impegna a prevenirne e a contrastarne il fenomeno. Riconoscendo la violenza alle donne come una violazione dei diritti umani, e la convenzione pone tra i propri obiettivi quello di contribuire a eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuoverne la parità tra sessi rafforzandone l'autodeterminazione delle donne. (comma3, art.7, cap2) (comma 1, art , cap.1)

La convezione riconosce che la violenza contro le donne è una manifestazione di rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi".



IL REGIME ALIMENTARE ANTINFIAMMATORIO

Rinforzare e riequilibrare l'apparato immunitario per ammalarsi meno

La scienza ci dice che, per restare in buona salute o recuperare la salute, è essenziale non avere una situazione di infiammazione generale cronica anche di basso grado, perché altera la funzione del nostro sistema immunitario e quindi fa ammalare o comunque avere molti disturbi.

Tutto il nostro funzionamento, fisico e psichico, si basa su ritmi. Quello principale, cui tutti gli altri sottendono, è il ritmo circadiano, cioè il ritmo giorno-notte. Se il ritmo circadiano è alterato da lungo tempo, anche l'apparato immunitario funziona male e non ci protegge dalle infezioni o dalle malattie autoimmuni. Per fare una efficace prevenzione delle malattie, ci sono delle semplici strategie nello stile di vita che, se adottate, ci aiutano a mantenere un buon ritmo giorno-notte e quindi una sana funzionalità. Una di queste è seguire un regime alimentare antinfiammatorio.

Se pronuncio la parola “dieta”, a tutti viene subito in mente la dieta per dimagrire, ossia una restrizione alimentare o comunque l'obbligo di rinunciare a qualche cibo o di ridurre drasticamente la quantità. Esistono tante diete per perdere peso rapidamente, ma causano infiammazione generale. In questo caso, comunque, la dieta è temporanea e si fa solo in casi particolari; una volta eliminato il peso in eccesso, devo poi imparare a mangiare in modo corretto, ossia ad avere un “regime alimentare”, che è antinfiammatorio. Qui il concetto da seguire è quello che in origine, in greco, significava la parola “dieta”, *δίαιτα* (*diata*), abitudine, modo di vivere. Il vero significato della

parola, sottolinea la continuità: la maggior parte dei giorni della settimana mangerò così.

Nel “regime alimentare antinfiammatorio” si considerano tipo di cibo e quantità, ma anche come lo abbiniamo e in che momento della giornata lo mangiamo. Il nostro organismo cambia durante la giornata e cambia come assorbe e metabolizza le sostanze nutritive: per esempio, i carboidrati mangiati al mattino fanno bene, ma la sera diventano dannosi.

Io, medico, per stabilire un regime alimentare adeguato per la persona, devo considerare lo stato di salute della persona, cioè la presenza di infiammazione cronica aspecifica e la gravità di questo stato infiammatorio. Per valutarlo, userò specifici test non invasivi (BIA-ACC, PPG stress flow, TomEEEx). Perché devo fare questi test? Perché lo stesso cibo ha impatto diverso a seconda di come sta chi lo assume.

Poi deciderò l'alimentazione adatta. Al di là di specifici problemi di salute o di scelte personali, in generale esistono delle regole e valuterò, per l'assunzione del cibo, queste caratteristiche: quanto (le quantità), cosa (il tipo di cibo e i modi di cottura), come (gli abbinamenti), quando (le ore della giornata in cui mangiarlo).

Cosa: scegliamo cibi antinfiammatori (poco salati, con pochi grassi saturi, poco caffè, alcol e cioccolato), non processati industrialmente (i conservanti che contengono hanno un effetto deleterio sul nostro sistema nervoso autonomo), vari (siamo animali onnivori).

Quanto: l'apporto Kcal non deve mai essere inferiore al metabolismo basale, che



è il minimo di calorie per far funzionare bene tutti gli organi; ovviamente, non bisogna nemmeno esagerare!

Come: abbiniamo i cibi secondo due criteri: PRAL e IG

PRAL è il potenziale di carico acido a livello renale (il pH del corpo oscilla tra 7,38-7,44). Il PRAL di un alimento ci dice quanto quel cibo sviluppa sostanze acide o alcaline nel nostro corpo. Il cibo ad alto PRAL va sempre equilibrato unendo cibo a basso PRAL, che sviluppa sostanze alcaline. Solo verdura e frutta hanno basso PRAL, quindi ci saranno sempre: frutta a colazione e nelle merende, verdura a pranzo e cena. Comunque, anche il caffè ha basso PRAL, ma senza zucchero...

IG è l'indice glicemico dell'alimento e ci dice a quale velocità di digestione sono assorbiti i cibi contenenti carboidrati e il loro effetto su insulina e glicemia. Più l'indice glicemico è alto, più il picco di insulina rapidamente si alza e poi

rapidamente si abbassa, facendo venire di nuovo fame! Scelgo perciò cibi a basso IG (p.e. prodotti integrali) e li abbinò con fibre e grassi, che li fanno assimilare più lentamente, aumentando così il senso di sazietà.

Quando: si mangia almeno 4 volte in un giorno e si cambia il tipo di cibo in base all'orario. Al mattino tanti carboidrati, la sera niente. In ogni pasto va unito un cibo a basso PRAL, o frutta o verdura. La frutta ha carboidrati e quindi non si può usare la sera, si userà la verdura. Inoltre, i nutrienti della frutta si assorbono meglio lontano dai pasti.

Praticamente userò il cibo come una medicina, per mantenere un buon ritmo circadiano. Essenziale, poi, bere almeno il 3% del proprio peso corporeo, a piccoli sorsi tra i pasti, utilizzando possibilmente acqua naturale con un pH superiore a 6 (è scritto sulla etichetta della bottiglia) e un residuo fisso di circa 500 mg/litro.



Dott.ssa CARLA LENDARO
Medico Chirurgo,
Psiconeuroimmunologo



Terapia del dolore

Il dolore è una sensazione complessa, di difficile definizione. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) lo definisce come “un'esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno reale o potenziale del tessuto o descritta con termini riferitisi a tale danno”. Il dolore pertanto non viene inteso solo come sintomo di una lesione organica ma anche come un'esperienza somatopsichica che, come tale, si caratterizza attraverso aspetti biologici, affettivi, relazionali, spirituali e culturali inscindibili tra loro.

Il dolore ha un ruolo fondamentale per la sopravvivenza, in quanto svolge la funzione di segnale di allarme rispetto alla necessità di intraprendere un'azione a seguito di un'aggressione o di un danno all'integrità fisica. Tale tipo di dolore, definito acuto, ha pertanto un significato fisiologico adattativo, è in genere di breve durata ed è collegato ad un danno tissutale o ad uno stimolo valutato come pericoloso.

Per dolore cronico si intende, invece, quel dolore “che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto” (IASP). La Wisconsin Medical Society lo definisce come: “dolore persistente, continuo o ricorrente di durata superiore a 6 settimane o di intensità sufficiente a produrre effetti negativi sul benessere del paziente, sui livelli funzionali e sulla qualità di vita”. A differenza del dolore acuto, quindi, non costituisce un segnale della presenza di stimoli nocivi o di danno ai tessuti, ma può determinare pesanti conseguenze sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali della persona.

Allo stato attuale non sono disponibili indagini epidemiologiche in grado di definirne la reale portata. Una survey condotta in Europa mediante intervista telefonica a 46.000 persone di 15 Paesi ha fornito stime di dati di prevalenza, severità, modalità di trattamento e impatto del dolore cronico. Da tale indagine si evince che circa un



quinto (19%) della popolazione adulta europea soffre di dolore cronico; l'Italia si colloca ai primi posti con una prevalenza del 26%, dopo la Norvegia (30%) e la Polonia (27%). Le patologie più frequentemente associate a dolore cronico sono rappresentate da osteoartrite e artrosi, protrusioni ed ernie del disco, cefalee e neuropatie.

MAL DI SCHIENA

La colonna vertebrale rappresenta sicuramente la sede maggiormente colpita dal dolore cronico. Il mal di schiena costituisce la prima causa di assenza dal lavoro e colpisce nel mondo milioni di persone, soprattutto nei Paesi industrializzati; coinvolge dal 60 all'80% degli adulti in qualsiasi momento della vita, rappresentando la ragione principale di ricorso alle visite presso i medici di medicina generale. Tra i fattori di rischio ricordiamo quelli genetici, il sesso maschile, l'elevata statura, fumo, sedentarietà e sovrappeso. Le cause principali sono rappresentate da protrusioni ed ernie discali, artrosi delle articolazioni intervertebrali (faccette articolari), osteoporosi con crolli vertebrali, patologie reumatologiche. Il mal di schiena può manifestarsi come un dolore localizzato in un'area specifica della colonna vertebrale (cervicale, dorsale o lombo-sacrale) o presentare un'irradiazione, ad esempio a braccia o gambe; in quest'ultimo caso, il paziente avverte spesso i sintomi del dolore definito "neuropatico", quali formicolii, intorpidimento, ridotta sensibilità, bruciori o prurito.

Caratterizzare il tipo di dolore percepito dal paziente è fondamentale per stabilire l'approccio terapeutico più indicato. Diversi sono i trattamenti utilizzabili; occorre fare una distinzione tra terapie farmacologiche e non farmacologiche; per quanto riguarda le prime, i farmaci maggiormente utilizzati nel trattamento del dolore cronico sono rappresentati dal paracetamolo nel caso del dolore di lieve entità e dagli oppiacei nel caso del dolore di intensità moderato-severa. In aggiunta ai farmaci succitati, qualora coesista una componente neuropatica, è possibile associare farmaci adiuvanti quali gabapentinoidi e antidepressivi. Tra i trattamenti non farmacolo-

gici annoveriamo le procedure infiltrative e la radiofrequenza. Le terapie infiltrative più utilizzate sono rappresentate da:

- **Mesoterapia:** denominata anche intradermoterapia distrettuale; si tratta in particolare di una terapia iniettiva intradermica che, servendosi di aghi sottili e piuttosto corti (4 mm), somministra delle sostanze in grado di risolvere l'evento patologico per cui è stato richiesto l'intervento medico. Questo mix di farmaci viene infiltrato nello strato medio-profondo del derma denominato mesoderma (ovvero la zona immediatamente sotto la cute), da cui prende il nome questa tecnica. La mesoterapia antalgica, è un trattamento utilizzato per alleviare il dolore nei pazienti affetti da malesseri che interessano articolazioni, muscoli e ossa, sia in fase acuta che cronica.

- **Infiltrazioni paravertebrali:** Vengono così definite le tecniche infiltrative che prevedono la somministrazione di farmaci nello spazio adiacente alle vertebre. Si tratta prevalentemente di tecniche dedicate alla riduzione della sintomatologia dolorosa e spesso prevedono l'utilizzo di cortisonici e/o anestetici o, in alternativa, di ozono. Vengono classicamente eseguite "a mano libera", ma possono essere effettuate, per una migliore precisione, sotto monitoraggio ecografico. Sono utilizzate principalmente per il trattamento di ernie e protrusioni discali.

- **Radiofrequenza antalgica:** viene utilizzata per il trattamento di ernie e protrusioni discali e per l'ipertrofia delle articolazioni intervertebrali; la corrente elettrica utilizzata per tale trattamento viene erogata da un generatore e trasmessa attraverso l'ausilio di un ago o di patch transdermici, determinando nei tessuti attraversati un processo di neuromodulazione o neurolesione.

OSTEOARTROSI

Per quanto riguarda l'osteoartrosi, rappresenta la forma di artropatia più diffusa; è una malattia articolare cronica a carattere degenerativo ovvero una forma di "scompenso" articolare in cui tutte le strutture dell'articolazione hanno subito cambiamenti patologici, spesso combinati; si as-



**Dott. STEFANO
BRAUNEIS**

Responsabile UOD
Centro Medicina
del Dolore Cronico,
Policlinico Umberto I



siste infatti ad un processo di degradazione della cartilagine articolare con flogosi della membrana sinoviale e neoformazione dell'osso subcondrale. Le aree più colpite sono rappresentate da ginocchio, anca e colonna vertebrale. L'elevata prevalenza, soprattutto in età avanzata, e l'alta frequenza di disabilità connessa alla malattia, fanno sì che l'OA sia la principale causa di disabilità nell'anziano; si stima che, a livello mondiale, il 9,6% degli uomini e il 18% delle donne, di età pari o superiore a 60 anni, abbia l'artrosi sintomatica. Fattori di rischio per lo sviluppo di osteoartrosi sono rappresentati da fattori genetici, età, sovrappeso e obesità, stress meccanico a carico dell'articolazione, fattori nutrizionali. Dolore, rigidità articolare e ridotta funzionalità sono i sintomi principali di OA. Tali sintomi si associano frequentemente a ridotta ampiezza del movimento articolare, instabilità, gonfiore, crepitii, debolezza muscolare e stress psicologico correlato al dolore. Molto frequente è anche la fatica cronica che può portare a una maggiore consapevolezza del dolore e a depressione. Esistono due tipi principali di dolore nei pazienti con OA: uno è intermittente e di elevata intensità mentre l'altro è un dolore di fondo costante ma meno intenso. Le opzioni terapeutiche per l'OA comprendono trattamenti farmacologici, non farmacologici, chirurgici e strategie alternative. In genere, per ottenere risultati ottimali, è necessario un approccio combinato di questi trattamenti; le scelte terapeutiche variano in relazione alla gravità e alla durata dei sintomi e hanno come obiettivo la riduzione del dolore e il miglioramento dello stato funzionale.

Trattamento non farmacologico

È stato ampiamente dimostrato che l'attività fisica riduce il dolore e migliora lo stato funzionale nei pazienti con OA. Un dispositivo di stimolazione elettromagnetica pulsata e la stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS) sono altre possibili opzioni di trattamento per alleviare il dolore, riducendo la soglia del dolore da pressione. Sebbene ancora limitati, vari studi hanno inoltre dimostrato alcuni

benefici indotti dall'agopuntura, soprattutto se combinata con il trattamento farmacologico. Numerosi studi sono stati inoltre condotti su sostanze come la glucosamina solfato (un amino-monosaccaride), glicosaminoglicani e proteoglicani, tutti derivati dell'acido ialuronico, componente fondamentale della cartilagine articolare. I risultati, seppur controversi, hanno mostrato qualche miglioramento del dolore e degli indici funzionali oltre ad una riduzione dell'ampiezza della rima articolare. La balneoterapia, nota anche come terapia termale, è stata utilizzata nella terapia dell'OA mostrando, in associazione alla magnetoterapia, in uno studio randomizzato controllato, in cieco, miglioramento del dolore e della funzione articolare, nonché della qualità della vita dei pazienti.

Trattamenti farmacologici

Paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono i pilastri del trattamento farmacologico dell'OA, insieme agli inibitori della ciclossigenasi 2 (COX-2). L'uso di tali farmaci si associa ad un potenziale rischio di danno gastrointestinale, epatico e cardiorenale, che aumenta con la dose e la durata del trattamento. Tra i farmaci, ricordiamo anche gli oppiacei, il cui utilizzo trova indicazione nel dolore cronico di grado medio-severo, scarsamente responsivo ai farmaci succitati; Tra gli oppiacei, quelli meglio tollerati e associati a maggiore aderenza alla terapia quelli a formulazione transdermica a lento rilascio (buprenorfina e fentanyl). Un'altra opzione di trattamento è rappresentata dalle iniezioni intrarticolari di steroidi, che possiedono azione antinfiammatoria e antidolorifica. La viscosupplementazione, ovvero l'iniezione intrarticolare di acido ialuronico o di un suo derivato, è attualmente approvata dalla Food and Drug Administration solo per pazienti affetti da artrosi del ginocchio. Tra i trattamenti complementari, utile soprattutto per il dolore articolare focale, ricordiamo l'uso topico di crema a base di capsaicina; la capsaicina è un componente del peperoncino che agisce producendo ca-



lore e desensibilizzando i neuroni sensitivi responsabili della percezione del dolore.

Trattamento chirurgico

Qualora l'approccio conservativo fallisca, il trattamento chirurgico può essere preso in considerazione. Le indicazioni più frequenti alla chirurgia sono il dolore non responsivo a terapia e il peggioramento della disabilità. Gli approcci chirurgici comprendono fusione e lavaggio articolare, osteotomia, artroscopia e artroplastica. Il dolore cronico rappresenta un problema di vastissime dimensioni; ha un impatto drammatico sulla vita dei pazienti, dei familiari o dei caregivers. Obiettivo primario della Medicina e Terapia del Dolore è quello di garantire interventi diagnostici e terapeutici alle persone affette da dolore, volti ad individuare ed applicare idonee ed appropriate terapie farmacologiche, procedure interventistiche, terapie psicologiche e riabilitative per il controllo del dolore, riducendo il grado di disabilità dell'individuo e favorendone così il reinserimento nel contesto socio-lavorativo. Il progetto "Pain

Clinic" nasce pertanto dalla necessità di trattare il dolore cronico come una vera e propria patologia che, per la sua complessità, necessita di un approccio multidisciplinare. L'obiettivo è quello di creare una rete di specialisti che collaborino per l'ottimale gestione del paziente. Al centro di tale rete c'è la figura del terapeuta del dolore, un medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia del dolore che si occupa del percorso diagnostico e del trattamento farmacologico e mini invasivo del dolore; Le altre figure mediche sono rappresentate da un geriatra per l'inquadramento multidimensionale del paziente anziano e la gestione dell'osteoporosi, uno psicologo, per la gestione dell'aspetto emotivo comportamentale, un neuroradiologo per una corretta interpretazione delle immagini diagnostiche, neurochirurgo e ortopedico per consulenze chirurgiche appropriate, un fisioterapista per l'educazione posturale e la riabilitazione muscoloscheletrica. Questa rete garantisce la visione globale del paziente, garantendo appropriatezza di assistenza e terapia.

Associazione



ARTEMISIA Onlus

I NOSTRI SERVIZI GRATUITI



Consulenza

CON NOI E DOPO DI NOI



L'ISOLA che C'È



UN'EQUIPE DI PROFESSIONISTI PER COSTITUIRE, SUPPORTARE E MANTENERE SANA LA FAMIGLIA; CONTRO TUTTE LE FORME DI CRISI E DI VIOLENZA; A SOSTEGNO DELLE VITTIME DI STALKING, MOBBING E BULLISMO

UN'INIZIATIVA CON L'OBIETTIVO DI OFFRIRE CONSULENZA MEDICA, LEGALE E PSICOSOCIALE ALLE FAMIGLIE CON FIGLI DISABILI NON AUTONOMI

UN'EQUIPE DI ESPERTI PER ASSISTERE BAMBINI E ADOLESCENTI NEL LORO PERCORSO EVOLUTIVO, PSICO-SOCIALE E COGNITIVO.

un servizio di consulenza e di accompagnamento al percorso didattico, che fornisca un valido supporto nell'affrontare e superare difficoltà cognitive, di concentrazione, relazionali, affettive ed anche fragilità emotive, vulnerabilità psico-comportamentali e disturbi dell'umore.

*Per la VITA, a sostegno
della FAMIGLIA*



CONTATTACI 24 ore su 24



NUMERO VERDE

800 967 510

La nostra associazione è dedicata alla tutela
e all'assistenza dei più fragili

ATTIVITÀ SANITARIE GRATUITE - giornate di prevenzione

L'Associazione organizza, da molti anni, numerose giornate di assistenza sanitaria gratuita, rivolte in particolare alla prevenzione oncologica.

Non solo prevenzione per la donna, ma per tutta la Famiglia:



OTTOBRE

Festa d'autunno

giornata di prevenzione gratuita dedicata ai bambini con consulenze specialistiche e voucher per tampone faringeo.



2 OTTOBRE

Festa dei Nonni

giornata di prevenzione con visite mediche gratuite per gli anziani.



8 MARZO

Festa della Donna

giornata di prevenzione gratuita per prevenire il tumore al collo dell'utero con pap test.



19 MARZO

Festa del Papà

giornata di prevenzione delle malattie cardiovascolari con elettrocardiogramma gratuito.



MAGGIO

Festa della Mamma

giornata di prevenzione del tumore al collo dell'utero con pap test gratuito.



GIUGNO

Festa d'estate

giornata di prevenzione dermatologica pediatrica con visita gratuita.





L'EMERGENZA SANITARIA *da Covid-19 ed il ruolo del Medico competente*

Il virus SARS-CoV-2, responsabile della pandemia da *coronavirus* che continua ad affliggere larga parte della popolazione mondiale, ha sottoposto ad una forte pressione non soltanto le strutture sanitarie in genere ma lo stesso quadro ordinamentale, di recente più volte integrato al fine di far fronte, in maniera sempre più efficace, all'emergenza in atto.

Il repentino evolversi della situazione critica, senza precedenti storici e per questo motivo non riconducibile a regole generali, ha chiaramente finito per coinvolgere, nei luoghi di lavoro, anche le funzioni del “*Medico competente*”, chiamato dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (recante “*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*”) a ricoprire un ruolo di primo piano per la tutela della salute e la sicurezza del personale.

Questo contributo intende, pertanto, indagare le recenti evoluzioni ordinamentali che hanno da ultimo coinvolto la predetta figura, non tacendone le implicazioni di lungo periodo: la prova dei fatti pare, in effetti, aver dimostrato come nel periodo emergenziale il Medico competente sia stato chiamato non solo a rafforzare la consueta collaborazione con il datore di lavoro, nel senso dell'amplificazione delle tradizionali funzioni che gli sono rimesse, ma anche ad affrontare le implicazioni date dall'evoluzione dei normali modelli di rendimento della prestazione lavorativa.

La figura del “Medico competente”: un breve inquadramento

È il dato normativo a soccorrere l'interprete circa la definizione dei profili giuridici della figura in esame: come anticipato, il d. lgs n.

81/2008 la individua nel medico, in possesso di uno dei titoli e requisiti professionali e formativi specificati al successivo articolo 38, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi¹ ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria², oltre che per tutti gli altri compiti definiti nel predetto decreto.

Quello della nomina di un “*Medico competente*” rappresenta, pertanto, uno specifico obbligo di legge in capo al datore di lavoro, contestualmente chiamato a fornire al primo ogni informazione in merito alla natura del





rischio presente sul luogo di lavoro, all'organizzazione del lavoro stesso ed alla programmazione ed attuazione delle misure preventive e protettive, alla descrizione degli impianti e dei processi produttivi attivi, nonché ai provvedimenti adottati dai competenti organi di vigilanza.

I principali compiti propri del Medico competente, sia detto a fini meramente introduttivi delle considerazioni che seguiranno e senza alcuna pretesa di esaustività, possono essere allora sinteticamente compendiate in una fattiva attività di programmazione della sorveglianza sanitaria, oltre a quella di predisposizione ed attuazione delle misure per la tutela e l'integrità psico-fisica dei lavoratori. Specifici obblighi strumentali a tale essenziale funzione riguardano poi l'aggiornamento e la custodia di una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria ed implicano la costante attività di informazione, da rivolgersi al datore di lavoro ed al lavoratore, in merito a rischi e risultanze dell'attività condotta.

Appare, peraltro, evidente l'importanza della figura del medico competente anche nella collaborazione alla stesura del ben noto documento di valutazione del rischio (DVR), di competenza non delegabile di ogni datore di lavoro, ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 81/2008.

Più di recente, quindi, le sedi di lavoro sono divenuti un luogo cruciale ai fini della prevenzione e del contrasto all'emergenza sanitaria in atto, assurgendo a potenziale momento di inevitabile contagio fra dipendenti che si li trovano a condividere le quotidiane mansioni. In tal senso, è ben chiaro come il medico competente si trovi a svolgere un compito di ancora maggiore rilevanza, proprio in vista del supporto al datore di lavoro nella predisposizione di ogni accorgimento idoneo ad evitare il rischio. D'altronde, come di recente sottolineato dalle

associazioni di settore, in tale contesto pare fondamentale assicurare un tempestivo flusso informativo tra le autorità competenti a livello Paese e singole realtà di rischio, rispetto al quale l'intermediazione del Medico competente potrà mostrarsi determinante.

La situazione emergenziale italiana: le norme di contrasto all'emergenza

Il 31 gennaio u.s. deve forse considerarsi il momento da cui far partire ogni considerazione sul tema, occasione dello stato d'emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgere di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

In quell'occasione, lo si ricorderà, si prevedeva che per l'attuazione degli interventi di organizzazione ed effettuazione del soccorso e dell'assistenza alle popolazioni interessate, oltre che per assicurare la funzionalità di servizi pubblici ed infrastrutture strategiche durante lo stato di emergenza, si sarebbe provveduto a mezzo di ordinanze, emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, nei limiti delle risorse stanziare dalla stessa delibera³.

Seguiva, poi, il 23 febbraio 2020, il primo decreto legge in tema di "misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" (d. l. n. 6/2020), corredato da una nutrita serie di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) recanti le ulteriori disposizioni attuative⁴.

Ancora, il decreto legge 2 marzo 2020, n. 9 interveniva a fissare *misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, seguito a stretto giro dal decreto legge 8 marzo 2020, n. 11, e dai successivi decreti legge 9 marzo 2020, n. 14, 17 marzo 2020, n. 18, 25



Dott. SILVIA RASPA
Medico Chirurgo,
Specialista in Medicina
del Lavoro, Medico
Competente Asl Roma 1



¹ Art. 2, co. 1, lett. q) "Valutazione dei rischi": valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

² Art. 2, co. 1, lett. m) "Sorveglianza sanitaria": insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

³ Cfr. Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020.

⁴ DPCM 25 febbraio 2020, DPCM 1° marzo 2020, DPCM 4 marzo 2020, DPCM 8 marzo 2020, DPCM 9 marzo 2020, DPCM 11 marzo 2020, DPCM 22 marzo 2020, DPCM 26 aprile 2020.



marzo 2020, n. 19, 8 aprile 2020, n. 22 e n. 23, 30 aprile 2020, n. 28, 10 maggio 2020, n. 29 e n. 30, 16 maggio 2020, n. 33, 19 maggio 2020 n. 34 e, per finire, 16 giugno 2020, n. 52, e DPCM attuativi che non vale qui richiamare nello specifico, tutti afferenti ad ambiti ed argomenti strettamente connessi alla disciplina d'urgenza dettata per il periodo COVID.

Insomma, senza che questa divenga l'occasione per sovrabbondanti elencazioni normative, è certamente intenzione di chi scrive documentare l'incessante attività normativa (si noti, peraltro, che si è dato conto della sola raccolta degli atti emanati dal *Governo*)⁵ che ha interessato il periodo emergenziale, dettando specifiche previsioni, per ciò che forma specifico oggetto di questo lavoro, anche per la tutela del lavoratore nei luoghi di svolgimento della prestazione.

Si tratta, peraltro, di una normazione da integrare con le singole ordinanze emesse in sede regionale⁶, per la Regione Lazio a far data dall'ordinanza del Presidente n. Z00002 del 26 febbraio scorso, misura adottata ai sensi dell'articolo 32, co. 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.

Sin dal primo decreto legge (il citato d.l. n. 6/2020), allora, allo scopo di evitare il diffondersi del COVID-19, si prescriveva alle autorità competenti, nei comuni o nelle aree nei quali risultasse positiva almeno una persona per la quale non fosse nota la fonte di trasmissione, o comunque nei quali vi fosse un caso non riconducibile ad una persona proveniente da aree interessate dal contagio del virus, di *"adottare ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica"*.

Segnatamente, già in quell'occasione si prevedeva che dette misure potessero coinvolgere, oltre a veri e propri divieti di allontanamento dalle aree interessate, la sospensione della frequenza delle attività scolastiche e di formazione superiore, la sospensione dei servizi di apertura al pubblico, la sospensione delle procedure concorsuali per l'assunzione di personale, oltre alla chiusura o limitazione dell'attività degli uffici pubblici, degli esercenti attività di pubblica utilità e servizi pubblici essenziali⁷ e delle attività lavorative e commerciali in genere.



Come noto, le misure hanno seguito ad inasprirsi in seguito alla crescita esponenziale del contagio sul territorio nazionale, salvo poi essere riviste in un momento successivo, contestualmente alla riduzione della portata del fenomeno. Si conclude richiamando, allora, l'ultimo e più recente intervento del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato con DPCM 14 luglio 2020: è stato previsto, in quella sede, che allo scopo di proseguire efficacemente nel contrasto alla diffusione del virus, le misure di cui al già menzionato DPCM 11 giugno 2020 saranno da considerare prorogate sino alla data del 31 luglio 2020, al pari delle ordinanze del Ministro della salute datate 30 giugno e 9 luglio 2020.

Il ruolo del Medico competente nel contrasto al COVID-19

Per quanto riguarda il ruolo dei Medici competenti nel contesto in argomento, al fine di delinearne lo scenario di riferimento è d'obbligo fare menzione di due documenti di estrema rilevanza che ne hanno guidato



l'operato nel corso dell'emergenza epidemiologica. Si tratta, in primo luogo, del "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro"⁵, sottoscritto il 14 marzo 2020 ed integrato e modificato, con il progredire dell'emergenza, in data 26 aprile 2020. Va, poi, data segnalazione dell'ulteriore "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione"⁶, approvato in data 9 aprile u.s. dal Comitato tecnico scientifico istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile.

Sulla scorta di questi, peraltro, il Ministero della salute è intervenuto con una Circolare del 29 aprile scorso, recante le "Indicazioni operative relative alle attività del Medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione da virus SARS-CoV-19 negli ambienti di lavoro e nella collettività"⁷, di cui si andrà a svolgere dappresso un esame più puntuale.

Il primo Protocollo condiviso, più nello specifico, è stato sottoscritto su invito del Presidente del Consiglio dei ministri e dei Ministri dell'economia, lavoro e politiche sociali, sviluppo economico e salute, che hanno promosso l'incontro tra le parti sociali, in attuazione delle prime misure di raccomandazione di intese tra organizzazioni datoriali e sindacati, di cui al DPCM 11 marzo 2020, già menzionato. L'importanza del documento risiede, come si evince chiaramente dalle sue premesse, nella stesura di linee guida che regolamentino il contrasto ed il contenimento del COVID-19 negli ambienti di lavoro: il punto 12, poi, è specificamente dedicato alle misure di Sorveglianza sanitaria/Medico competente/RLS.

Si prevede qui, per scendere in un grado di maggiore dettaglio, la sicura prosecuzione, nell'interesse dei lavoratori, delle attività di sorveglianza sanitaria, rispettando comunque

le misure igieniche contenute nel decalogo del Ministero della Salute. È chiaro infatti, dalla ratio dell'intesa, come la sorveglianza rappresenti una delle più importanti misure di prevenzione di carattere generale in relazione all'emergenza epidemiologica, essendo in grado di intercettare i primi, possibili sintomi da contagio.

In quella stessa sede, peraltro, il Medico competente riveste il fondamentale ruolo di sensibilizzazione ed informazione rispetto alle migliori attività da condurre sul luogo di lavoro per evitare l'adozione, nello svolgimento delle ordinarie mansioni, di comportamenti che presentino potenziali fattori di rischio. In tal senso, il Protocollo ha previsto anche la piena collaborazione, nell'integrare e proporre tutte le misure di regolamentazione, tra il Medico competente, il datore di lavoro, RLS (Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) e RLST (RLS territoriali).

Infine, è stata prevista la segnalazione all'azienda, da parte dello stesso Medico competente, di situazioni di particolare fragilità o di patologie attuali o pregresse dei dipendenti, sì da poter meglio provvedere alla loro tutela nel rispetto, comunque, della privacy di ognuno.

Ulteriore documento cui si è fatto cenno sopra, stavolta di carattere dichiaratamente tecnico, è stato redatto a cura del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'INAIL e, come detto, approvato dal Comitato tecnico costituito per l'emergenza.

Come si anticipa in sede di "Prefazione", il documento si articola in due parti: la prima individua una metodologia innovativa di valutazione integrata del rischio di contagio in occasione di lavoro e, in particolare, di "prossimità commessa ai processi lavorativi"; la seconda, si concentra sulla generale adozione di misure organizzative, preventive e di protezione, oltre che di lotta all'insorgenza di focolai epidemici, anche richiamando il

⁵ Vi sarebbe, in proposito, da dare menzione anche degli atti emanati dal Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei ministri, dal Commissario straordinario per l'attuazione ed il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto all'emergenza epidemiologica COVID-19, nonché dalle singole compagini ministeriali: v. Ministero della Salute, Ministero dell'economia e delle Finanze, Ministero dello Sviluppo Economico, Ministero dell'Interno e Ministero della Giustizia.

⁶ Per l'attività della Regione Lazio si veda: <http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/ordinanze/>.

⁷ Il riferimento è agli artt. 1 e 2 della legge 12 giugno 1990, n. 146, specificamente individuati.

⁸ Consultabile al seguente link: <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-protocollo-14-marzo-sicurezza-lavoratori-covid-19-2020.pdf>.

⁹ Consultabile al seguente link: <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-rimodulazione-contenimento-covid19-sicurezza-lavoro.pdf>.



precitato Protocollo tra Governo e Parti sociali del 14 aprile 2020.

Anche il documento, com'è possibile rinvenire a lettura del capitolo dedicato alle *Strategie di prevenzione*, dell'INAIL dedica particolare attenzione al ruolo del Medico competente, specie laddove prevede che, *nell'ottica di un approccio partecipato ed integrato all'adozione delle procedure individuate*, la sua figura risulti tra quelle determinanti, in ambito aziendale, nel coadiuvare il datore di lavoro nel puntuale monitoraggio dell'attuazione delle misure. In tal senso, la valutazione integrata del Medico si è mostrata imprescindibile per la riallocazione in altra mansione o la temporanea inidoneità alla ripresa del lavoro da parte dei lavoratori, in considerazione della commisurazione della produttività rispetto alla reale disponibilità di lavoratori nella fase emergenziale transitoria. Di qui, le richieste di lavoro a distanza, dell'articolazione delle turnazioni o della valorizzazione dell'articolazione del lavoro a mezzo di tecnologie innovative. Proprio in ragione della riconosciuta "centralità" del ruolo ascrivito al Medico competente, l'INAIL si spinge ad auspicare una generalizzata previsione applicativa che estenda, durante il periodo emergenziale (che, assai verosimilmente, sembra destinato ad ulteriori proroghe), il perimetro delle aziende tenute a nominare questa figura specialistica a tutela della salute dei lavoratori, affermando testualmente che *"Relativamente alle aziende dove non è già presente il medico competente, in via straordinaria, va pensata la nomina di un medico competente ad hoc per il periodo emergenziale o soluzioni alternative, anche con il coinvolgimento delle strutture territoriali pubbliche"*.



¹⁰ Interessante la proposta del Documento tecnico, a pag. 15, di introdurre *"la sorveglianza sanitaria eccezionale" che verrebbe effettuata sui lavoratori con età >55 anni o su lavoratori al di sotto di tale età ma che ritengano di rientrare, per condizioni patologiche, in questa condizione anche attraverso una visita a richiesta. In assenza di copertura immunitaria adeguata (utilizzando test sierologici di accertata validità), si dovrà valutare con attenzione la possibilità di esprimere un giudizio di "inidoneità temporanea" o limitazioni dell'idoneità per un periodo adeguato, con attenta rivalutazione alla scadenza dello stesso*.

¹¹ Si legga, a pag. 15: *"il medico competente, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, effettua la "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione"*.

¹² Seguite, in data 22 maggio u.s. dalle *Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e abbigliamento*.

¹³ Si veda: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>.

¹⁴ Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività, pag. 7.

¹⁵ Per tali sono intese (a pag. 8): la visita medica preventiva, anche in fase preassuntiva; la visita medica su richiesta del lavoratore; la visita medica in occasione del cambio di mansione; la visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza per malattia superiore a 60 giorni continuativi.

¹⁶ Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività, pag. 8.



È certo che, stante la diffusione attuale e potenziale della pandemia e la situazione di confusione che potrebbe presto generarsi con la contestuale diffusione di comuni virus influenzali, il Medico competente assurgerebbe a figura garante di adeguati assetti di tutela sul luogo di lavoro, giacché oggi – per parafrasare un'espressione suggestiva – nessun sito lavorativo può dirsi esente da rischio.

Aspetto di significativo interesse, che potrebbe militare verso la prospettiva auspicata dall'INAIL inducendo qualunque azienda a ricorrere all'ausilio di un Medico competente, è da individuarsi nell'attività condotta in relazione alla sorveglianza e tutela sanitaria dei cd. *lavoratori fragili*, la quale, in considerazione del ruolo cardine del medico competente nella tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, non può prescindere dal coinvolgimento dello stesso. Si tratta di contesti, questi, ben al di là dell'ordinarietà, come sottolineato anche dal documento in analisi, e che mostrano profili di significativo aumento della soglia d'attenzione in momenti di elevato rischio immunologico, come quello generato dal contesto pandemico in atto. Anche da questa prospettiva, pare potersi affermare che l'attività del Medico competente abbia registrato un significativo aumento di responsabilizzazione, dinanzi al concreto rischio di esposizione dei soggetti fragili¹⁰.

In tal senso, il “Documento tecnico” ha rinvenuto nel Medico competente un ruolo centrale soprattutto per l'identificazione dei soggetti suscettibili, oltre che per il re-inserimento nel contesto d'impiego del soggetto con pregressa infezione da SARS-CoV. Al momento di detto re-inserimento è infatti previsto lo svolgimento della visita di cui all'art. 41, co. 2, lett. e-ter del decreto legislativo n. 81/2008¹¹, anche per valutare profili specifici di rischiosità e comunque indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia, in deroga alla norma.

Importante a chi scrive pare, quindi, la considerazione di un rischio di riattivazione di focolai nei luoghi di lavoro, che continua a dover richiedere la massima attenzione dei soggetti preposti, al fine di anticipare sin dalla fase transitoria le misure volte al loro contrasto. Di questo profilo si occupa uno specifico capitolo del documento in disamina, nella parte in cui rimette proprio al coinvolgimento del

Medico competente la collaborazione con le Autorità sanitarie volta a definire gli eventuali “contatti stretti” di una persona presente sul luogo di lavoro e che sia stata riscontrata positiva al tampone prescritto per la diagnosi di COVID-19.

Si impone, a questo, punto, un riferimento alle recenti *Indicazioni operative*¹² rese dal Ministero della Salute (cui pure si è già fatto incidentalmente cenno poc'anzi). Dopo aver ricostruito lo scenario normativo ed operativo dell'attività del Medico competente, le indicazioni fanno espresso richiamo al fatto che “in merito ai compiti del medico competente inerenti la sorveglianza sanitaria e a quanto previsto dall'art. 41 del D.lgs. 81/2008 ed alle tipologie di visite mediche ivi incluse, si ritiene che esse debbano essere garantite purché al medico sia consentito di operare nel rispetto delle misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della salute¹³ e secondo quanto previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO 27 febbraio 2020*) e richiamate all'art. 34 del Decreto legge 02 marzo 2020, n. 9”¹⁴.

Seguono indicazioni circa l'individuazione delle tipologie di visita medica comprese nella sorveglianza sanitaria e le modalità in cui queste debbano essere svolte: si è, in tal senso, privilegiato lo svolgimento delle visite che presentino caratteri di urgenza ed indifferibilità¹⁵.

In linea più generale, vale considerare l'individuazione di fattispecie di possibile differibilità, in epoca successiva al 31 luglio, previa valutazione del Medico stesso. Si tratta, più in dettaglio, delle visite mediche periodiche e della visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro, di cui all'articolo 41, co. 1, lett. e) del decreto legislativo in riferimento. Ancora, in un'ottica di rafforzamento della prevenzione, “andrebbe altresì sospesa l'esecuzione di esami strumentali che possano esporre a contagio da SARS-CoV-2, quali, ad esempio, le spirometrie, gli accertamenti ex art 41 comma 4, i controlli ex art 15 legge 125/2001 qualora non possano essere effettuati in idonei ambienti e con idonei dispositivi di protezione”¹⁶.

Anche il Ministero della salute si occupa, sulla scorta di quanto già segnalato sopra, di fornire ai Medici competenti le indicazioni



relative al rientro lavorativo in azienda del lavoratore¹⁷, sul *contact tracing*, sulla precoce identificazione dei contatti ed il loro contestuale isolamento, nonché sulla conduzione dei *test* diagnostici ritenuti più opportuni¹⁸.

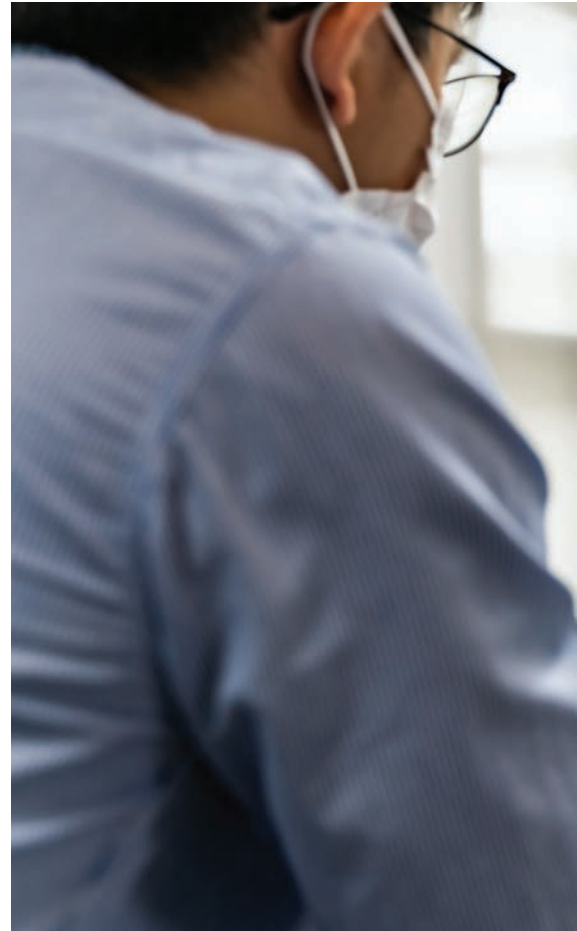
*Considerazioni conclusive:
verso lo sviluppo di nuove forme di lavoro*

Sembra che si sia oggi giunti alla tanto attesa fase, forse più delicata, della *ripresa*, nella quale appare ancora più utile dare applicazione delle indicazioni e delle *policy* ricordate sino ad ora: la sensibilizzazione costante e l'informazione adeguata. Azioni, queste ultime, da condursi in maniera ancor più stringente nei confronti dei soggetti a rischio, e che dovrebbero dunque proseguire con rigore ed assiduità.

L'andamento epidemico rimane ancora piuttosto incerto, richiedendo pertanto la massima efficacia nel contrasto al rischio di riattivazione dei focolai di contagio e la più alta attenzione e collaborazione non solo del personale sanitario coinvolto ma di tutta la popolazione, da condurre in parallelo al costante monitoraggio di indicatori che potrebbero rivelarsi fondamentali nell'ottica di un'accurata prevenzione.

È altrettanto evidente che la sfida dinanzi alla quale si è posti presenti delle caratteristiche del tutto nuove, destinate ad essere accentuate dalla globalità di scambi e trasporti e dall'elevata mobilità che caratterizza la società dei tempi moderni.

Il rapporto di lavoro, costituzionalmente protetto e tutelato, si mostra peraltro una manifestazione irrinunciabile della socialità e della professionalità individuale, tanto da integrare uno dei fattori di maggiore sviluppo della personalità umana. Il fatto che i luoghi in cui



esso si svolge godano della massima forma di protezione e di sicurezza possibile si pone in linea con tutte le indicazioni provenienti dagli studi in materia di diritti umani e sviluppo della persona.

In tal senso, il ruolo del Medico competente, figura non solo da tempo legislativamente prevista ma ormai fondamentale per il sereno

¹⁷ Richiamando l'attenzione, peraltro, sulla responsabilità personale di ogni lavoratore secondo quanto previsto dall'art. 20 comma 1 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. "Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro." (cfr. pag. 8 delle Indicazioni operative in argomento). Infatti (a pag. 9): "In merito al reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da COVID-19, la letteratura scientifica evidenzia che coloro che si sono ammalati e che hanno manifestato una polmonite o un'infezione respiratoria acuta grave, potrebbero presentare una ridotta capacità polmonare a seguito della malattia (anche fino al 20-30% della funzione polmonare) con possibile necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria. Situazione ancora più complessa è quella dei soggetti che sono stati ricoverati in terapia intensiva, in quanto possono continuare ad accusare disturbi rilevanti descritti in letteratura, la cui presenza necessita di particolare attenzione ai fini del reinserimento lavorativo".

¹⁸ A pag. 9, ancora, si legge: "I test sierologici, secondo le indicazioni dell'OMS, non possono sostituire il test diagnostico molecolare su tampone, tuttavia possono fornire dati epidemiologici riguardo la circolazione virale nella popolazione anche lavorativa".

¹⁹ Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività del 24 aprile 2020.



svolgimento del rapporto di lavoro, ha mostrato in questo momento storico l'opportunità della costante valutazione di un compito d'interesse per l'intera collettività. I diversi momenti di valutazione e contributo all'isolamento dei casi di rischio, oltre che di analisi dell'opportunità dell'adozione e mantenimento di un adeguato distanziamento sociale anche sul posto di lavoro, si mostrano ancora quali momenti prioritari al fine del perseguimento del compito istituzionale che il decreto legislativo del 2008 affida ad aziende ed amministrazioni tutte.

Pare, poi, d'ordine prioritario, come più volte ribadito dagli addetti ai lavori, condurre un'adeguata analisi *case by case* in relazione alla specificità di ogni contesto lavorativo, rispetto alla quale la figura del Medico competente pare racchiudere le specificità professionali più utili all'approntamento di idonei canali di sicurezza e prevenzione.

È considerazione del Ministero della Salute quella per cui *“se il ruolo del medico competente risulta di primo piano nella tutela della salute e sicurezza sul lavoro nell'ordinarietà dello svolgimento delle attività lavorative, esso si amplifica nell'attuale momento di emergenza pandemica, periodo durante il quale egli va a confermare il proprio ruolo di “consulente globale” del datore di lavoro”*¹⁹.

Non può, in effetti, tacersi del fatto che la pandemia, di per sé, abbia fatto emergere forme del tutto nuove di lavoro o, comunque, d'uso non comune nell'economia italiana.

Il riferimento è, lo s'intende, al lavoro agile, *smart*, a distanza: l'impiego di nuova tecnologia, l'utilizzo di contesti lavorativi nuovi (come potrebbe essere l'abitazione del singolo dipendente o domicili eletti *ad hoc*), se presentano sicure opportunità di incremento e diversificazione della produttività (di certo, nell'ottica di diminuzione del contatto sociale), recano anche diversi ed ulteriori profili di rischio, sino ad oggi mai davvero valutati o, comunque, tendenzialmente esclusi da analisi approfondite. Le nuove condizioni in cui il lavoratore viene ad essere posto rispetto all'esercizio delle proprie attività quotidiane potrebbero, infatti, condurre ad accentuare il controllo delle modalità con cui viene resa la prestazione, proprio in termini di garanzia della salute psico-fisica.

Nel senso descritto, pare potersi affermare che il ruolo del Medico dipendente sia destinato ad evolvere e mutare, anche sulla scia di detti scenari offerti dalla pandemia. Accadimenti come quello che ha di recente condizionato il mondo intero hanno portato all'attenzione dell'operatore di settore situazioni del tutto inedite: come dovrà affrontarsi una eventuale riproposizione pandemica? Ancora, a seguito di quanto accaduto, pare opportuno che le misure di prevenzione e gli stessi obblighi di carattere organizzativo si rinnovino e generalizzino o che, quantomeno, si rafforzino i protocolli di reazione emergenziali?

Sono domande a cui le figure professionali e tecniche saranno chiamate a rispondere, verosimilmente in tempi brevi. Per quanto qui all'attenzione, basti asserire che il futuro della sicurezza sul lavoro avrà tutto da imparare da un presente già in movimento, foriero di sviluppi e sfide inedite.



IL CORONAVIRUS

spiegato dallo Pneumologo

I pazienti affetti da patologie respiratorie croniche sono più vulnerabili all'azione dei virus in generale e del Covid-19 in particolare con maggiori probabilità di sviluppare una infezione polmonare. La diffusione principale del virus avviene per via respiratoria attraverso goccioline che vengono emesse quando si parla, si tossisce e si respira a distanza ravvicinata anche se è stata segnalata una trasmissione virale da contatto diretto con superfici.

Nei pazienti affetti da malattie respiratorie come enfisema polmonare, BPCO, asma bronchiale, fibrosi polmonare è grande la preoccupazione di contrarre il Covid-19. È importante innanzitutto che questi pazienti continuino ad assumere regolarmente i farmaci prescritti specie quelli inalatori e che si affidino ad uno specialista che possa guidarli con l'aiuto di indagini diagnostiche e strumentali.

Trascorsi alcuni mesi dall'insorgenza della pandemia da Covid-19 è lecito trarre le prime conclusioni statistiche sulla compromissione respiratoria che il virus ha lasciato a livello polmonare specie nei pazienti che hanno contratto una polmonite interstiziale. A livello del parenchima polmonare si possono osservare alterazioni fibrotiche che alcuni Autori ipotizzano essere presenti nel 30% dei casi e questo può comportare la presenza di insufficienza respiratoria.

La diagnosi si sviluppa attraverso una accurata anamnesi con l'interrogazione del paziente (quali sono i sintomi, la provenienza geografica, i contatti recenti) e l'esame obiettivo toracico a cui fa seguito una eventuale radiografia del torace e se necessario una TAC ad alta risoluzione dove si possono osservare dettagli del parenchima polmonare; entrambi gli esami forniscono al medico le indicazioni sia sulla estensione della patologia che sulla

sua gravità. Le prove di funzionalità respiratoria sono importanti per valutare i valori degli indici ventilatori; indispensabile la misurazione della saturazione ossiemoglobinica e l'emogasanalisi che misurano la concentrazione di ossigeno e di anidride carbonica nel sangue arterioso.

Le conseguenze del contagio possono essere variabili e passano da un comune raffreddore ad una sindrome pseudo influenzale caratterizzata frequentemente da cefalea, mialgia, tosse secca e febbre, fino ad evolvere nella polmonite interstiziale con compromissione degli scambi gassosi.

La polmonite interstiziale da Coronavirus è caratterizzata da un diffuso danno alveolare e dalla infiltrazione di cellule infiammatorie (macrofagi, linfociti e granulociti neutrofili) nell'interstizio polmonare che è un piccolissimo spazio anatomico che si trova negli alveoli. Nei casi più complessi, queste cellule liberano numerosi fibroblasti che depositano collagene con la diffusione di radicali liberi dell'ossigeno che hanno la capacità di distruggere gli pneumociti. Successivamente le pareti degli alveoli diventano più spesse, gli spazi aerei vanno incontro a collasso, i capillari si restringono con la possibilità di sviluppare trombi nelle piccole arterie.

Secondo l'OMS l'80% delle persone colpite da Covid-19 guarisce senza necessità di trattamenti specifici, mentre il 14% rischia di sviluppare forme più acute dell'infezione e circa il 5% va incontro a difficoltà respiratorie anche severe.

Il trattamento dell'infezione da Covid-19 dipende dalla sua gravità. Le forme asintomatiche o lievi non necessitano di trattamenti specifici e l'unica raccomandazione è quella di un rigoroso isolamento domiciliare. Nelle forme moderate vengono somministrati farmaci antipiretici in associazione ad alcune



Dott. LUIGI FERRI

Specialista
in Broncopneumologia



categorie di farmaci che si sono dimostrati efficaci, anche se parzialmente, contro il virus. Nei casi più gravi in cui l'infezione sviluppi una insufficienza respiratoria è necessario un supporto di ossigeno e, qualora non fosse sufficiente, si utilizzano sistemi di respirazione assistita, come ventilatori polmonari e CPAP.

Nel prossimo futuro sarà necessario contrastare questa “eredità” lasciata dal virus con strumenti adeguati; è fondamentale che si abbia la possibilità di seguire i pazienti nel tempo con follow up mirati che comprendono lo studio della funzionalità respiratoria, la TAC ad alta risoluzione e il controllo degli scambi gassosi.

È importante intervenire precocemente nella fase diagnostica, in quanto effettuare una diagnosi clinico-radiologica il prima possibile permette di inserire subito il paziente in un protocollo idoneo di cura.

È indispensabile una corretta gestione dell'insufficienza respiratoria e un controllo delle eventuali sequele delle alterazioni del parenchima polmonare a medio e lungo termine quali esiti fibrotici e bronchi ectasie. Il tessuto fibrotico neofornato, infatti, contribuisce a far perdere elasticità ai polmoni, diminuendo la capacità degli scambi gassosi e facendo aumentare la dispnea anche per sforzi lievi; inoltre, aumentando le resistenze alla circolazione sanguigna del circolo polmonare favorisce l'instaurarsi del cuore

polmonare cronico.

I pazienti colpiti da Covid-19 devono essere innanzitutto identificati, poi trattati e infine, se necessario, supportati affinché possano tornare a fare ciò che era nelle loro possibilità prima della malattia. La Riabilitazione Respiratoria è uno strumento di estrema importanza da sfruttare, soprattutto in questo momento in cui oltre 35.000 persone hanno messo le spalle o si apprestano a superare l'infezione da Covid-19, tenendo conto che in molti di questi pazienti la malattia ha messo a dura prova la forza e l'efficienza della muscolatura respiratoria.

In attesa di un vaccino anti SARS-CoV-2 sarebbe meglio evitare l'influenza e altre malattie con sintomi simil-Covid.

Nonostante non si abbia la garanzia di una protezione completa dal contagio, il vaccino antinfluenzale riduce notevolmente la frequenza di complicanze e ricoveri. Le persone più “a rischio” di evoluzioni sfavorevoli dell'influenza in effetti sono anche quelle più esposte agli esiti gravi della Covid: anziani o persone con malattie croniche pregresse.

È inoltre fortemente raccomandata la vaccinazione antipneumococcica, infatti le infezioni respiratorie possono essere causate anche da batteri, il più comune dei quali è lo pneumococco (*Streptococcus Pneumoniae*), principale responsabile delle polmoniti negli adulti.



ARTEMISIA LAB®

RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI



fisiosemeria

**CENTRO DI FISIOTERAPIA
CONVENZIONATO A.S.L.**

**FISIOTERAPIA - PRESIDIO DI RECUPERO
E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO**



**VISITA
SPECIALISTICA
ORTOPEDICA**

AFFIDATI A NOI!

PRENOTA ORA



**Roma - Via G. Ciamarra, 34
ZONA GARBATELLA**



TELEFONO

06 57302463

www.artemisialab.it

seguici su   



Il piede piatto nel *bambino*

Il piede piatto (*pes planus*), che in termini medici viene denominato *piede pronato valgo*, è un disturbo piuttosto diffuso nei Paesi occidentali. Esso è caratterizzato:

a) da un arco plantare piatto che determina un contatto totale della pianta del piede al terreno quando il soggetto si trova in posizione eretta;

b) dal calcagno deviato verso l'esterno. Va detto che nei primissimi anni di vita (ovvero fino ai 5 anni) questa condizione è del tutto normale, cioè a dire che costituisce una specifica fase dello sviluppo del piede del bambino. La volta plantare, infatti, in seguito a una modificazione spontanea dell'assetto del retropiede, crescerà gradualmente nel corso dell'infanzia. Si tratta, in effetti, di una sorta di difesa del corpo che consiste in un accumulo adiposo sottocutaneo che, nei primi anni di vita, garantisce una adeguata protezione all'ossatura, ancora fragile, del

bambino. Qualora, tuttavia, malgrado si tratti di una *condizione fisiologica*, si rilevi nel soggetto una sintomatologia dolorosa (generalmente ai piedi, alle caviglie e alle ginocchia) è opportuno rivolgersi a uno specialista.

Va detto, d'altra parte, che, all'incirca, in una persona su sette questa condizione si protrae nel tempo, ovvero non scompare in età scolare e può essere considerata, pertanto, patologica. Le principali e più diffuse cause che determinano il piattismo patologico sono le seguenti:

1. peso corporeo eccessivo (esso, infatti, grava sulle estremità del corpo)
2. traumi subiti dal piede o dalle caviglie
3. artrite reumatoide infantile
4. fattori congeniti

Si è soliti suddividere il livello di gravità del piede piatto in tre stadi:

1° stadio: l'arco plantare è ridotto, ma è tuttavia ancora presente e la sintomato-



Dott. FABIO TREIA
Specialista in Ortopedia
e Traumatologia

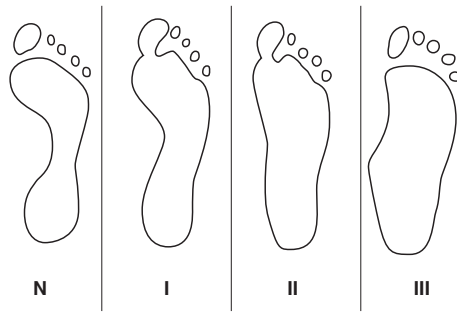




logia dolorosa è assente;

2° stadio: la volta plantare non è visibile e il piede risulta morfologicamente alterato;

3° stadio: l'arco plantare è completamente assente e la deformazione del piede risulta essere irreversibile.



Gli esami diagnostici

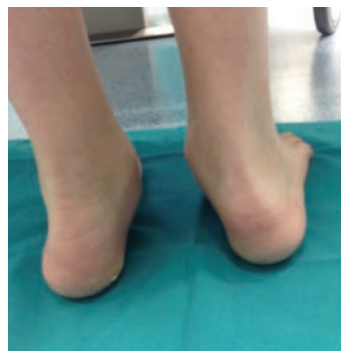
Di fronte a una sospetta sindrome pronatoria, lo specialista sottoporrà il bambino a diversi esami clinici. In primo luogo, dopo la consueta podoscopia (analisi che consente di valutare l'impronta plantare) si effettuerà un baropodometro computerizzato, che consente di scannerizzare il piede e di visualizzare l'immagine sullo schermo del computer. Grazie a questa analisi è possibile rilevare il grado di piattismo dei piedi e, nel contempo, ricavare tutti i dati necessari alla realizzazione di un paio di plantari che si adattino perfettamente alla conformazione del piede. Infine si procederà con i classici esami radiografici dei piedi sotto carico.

Coloro che sono affetti dal disturbo dei piedi piatti, al fine di contrastarlo in maniera efficace, possono ricorrere ai seguenti rimedi:

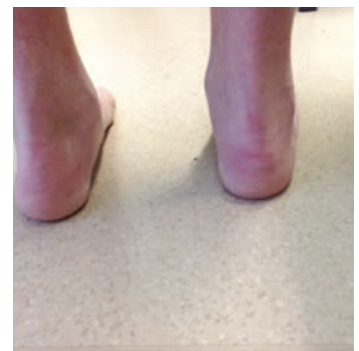
1. sottoporsi a una fisioterapia *ad hoc*, che consenta di sviluppare i muscoli del piede;

2. una volta compiuti i 5 anni di età è possibile utilizzare dei plantari su misura o, in alternativa, delle scarpe di tipo ortopedico: questi strumenti, pur non risolvendo il problema, tuttavia garantiscono al soggetto una postura corretta, che è fondamentale affinché non si verifichino problematiche a livello di scheletro. D'altra parte questi dispositivi medici sono senz'altro utili a migliorare la qualità di vita del paziente;

3. l'intervento chirurgico: quest'ultimo è consigliato solo nei casi di deformità gravi, ovvero quando il piattismo risulta molto accentuato. L'operazione può essere effettuata solo quando il soggetto ha completato lo sviluppo. L'intervento mini-invasivo di tipo correttivo a cui facciamo riferimento è denominato artroresi endosenotarsica, che consente di migliorare l'anatomia plantare e di correggere la deviazione del calcagno e, di conseguenza, di ridurre la sintomatologia dolorosa e il senso di affaticamento. L'operazione avviene in anestesia locale e prevede una piccola incisione al di sotto del malleolo al fine di introdurre tra il calcagno e l'astragalo una vite, la quale ostacoli il cosiddetto fenomeno di pronazione, ovvero lo scivolamento delle due ossa.



Pre-operatorio



Post operatorio dopo 60 giorni



ARTEMISIA LAB[®]

RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI

LINFEDEMA e LIPEDEMA

Percorsi Multidisciplinari di
diagnosi, terapia e riabilitazione

Servizio completo presso un unico
Centro Specializzato



TELEFONO

06 42 100

www.artemisialab.it

segui su   



L'IMPORTANZA DEL DIALOGO INTERRELIGIOSO

Nel quadro del “patto educativo globale” promosso da papa Francesco nel 2017 per favorire il dialogo interreligioso, ‘Artemisia Lab’ e ‘Tota Pulchra’, rispettivamente realtà imprenditoriale di primissimo piano e associazione di promozione sociale, si stanno impegnando per favorire la “cultura dell’integrazione”, che tenga conto non solo degli aspetti e delle differenze socio-culturali tra cattolici e musulmani ma anche di un’idea diffusa di sistema sanitario di portata universale che tratti tutti i cittadini/pazienti allo stesso modo indipendentemente dal credo religioso. Ad esempio, il “National Institute for Demographic Studies” ha riscontrato tassi di discriminazione significativamente più elevati per alcune categorie. In generale, soprattutto in Europa, le donne spesso e volentieri più degli uomini segnalano un “rifiuto del servizio” o una “qualità” delle cure inferiore. Idem per gli immigrati, soprattutto quelli provenienti dall’Africa nera, dal Nord Africa e dalla Turchia, quindi prevalentemente di fede islamica.

Il Santo Padre crede fortemente che il dialogo interreligioso, fatto di contatti, incontri e collaborazioni, è un compito prezioso e gradito a Dio, una sfida protesa al bene comune e alla pace. Per il Papa gli impegni condivisi sono su vari temi: la sacra dignità della persona, la fame e la povertà, il rifiuto della violenza, in particolare quella commessa profanando il nome di Dio e dissacrando la religiosità umana, la corruzione che alimenta ingiustizie, il degrado morale, la crisi della famiglia, dell’economia, dell’ecologica e, non ultima, della speranza.

Il dialogo interreligioso è, forse, l’unica arma di cui dispongono le coscienze collettive per evitare o, quantomeno, attenuare il sempre più temuto scontro tra

civiltà. È la vera occasione di un dialogo vero, aperto e sincero nella Verità e nella Carità. Nel 2008, a distanza di 46 anni dall’istituzione da parte di papa Paolo VI del ‘Pontificio Consiglio per il Dialogo Interreligioso’, si tenne a Roma la X Assemblea Plenaria che fu un’occasione importante per riflettere sugli sviluppi delle relazioni interreligiose in tutto il mondo. Il dialogo tra culture, nel contesto del pluralismo religioso apre, anzi, spalanca le porte alla comunione seppur nella differenza culturale e religiosa. In riferimento alle iniziative soprattutto della Chiesa cattolica per raggiungere le persone di altre religioni, il dialogo è anche inteso come “un atteggiamento di rispetto e di amicizia” che permea o dovrebbe permeare tutte quelle attività che costituiscono la sua missione evangelizzatrice nel mondo.

Da premettere che dialogo con i seguaci delle diverse religioni ha ricevuto un forte incentivo dal Concilio Ecumenico Vaticano II (1962 - 1965), in particolare nei documenti: *Lumen gentium*, *Gaudium et spes*, *Ad gentes*, *Nostra aetate* e *Dignitatis humanae*. Papa Paolo VI sottolineava che il dialogo è il principale compito del nostro tempo, e che “la Chiesa deve venire a dialogo col mondo in cui si trova a vivere. La Chiesa si fa parola; la Chiesa si fa messaggio; la Chiesa si fa colloquio”. Nella sua Esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi*, definiva le religioni come “l’espressione viva dell’anima di vasti gruppi umani” che “portano in sé l’eco di millenni di ricerca di Dio”.

Il primo passo per promuovere il dialogo interreligioso presuppone la piena consapevolezza della propria identità culturale e religiosa. Bisogna tenere in considerazione che il dialogo interreligioso non mira propriamente alla conversione, quindi, a fare proselitismo, bensì all’in-





staurazione di una coscienza collettiva che, nella differenza sostanziale, si riconosce come coscienza del genere umano. Tuttavia, e questo va tenuto in considerazione, il dialogo tra religioni differenti non esclude che esso possa costituire un'occasione di conversione. Tutti i credenti sono "pellegrini della verità e della pace". Si riuniscono per ascoltarsi, conoscersi e rispettarsi l'un l'altro e, quindi, lavorare insieme nella società "in progetti d'interesse comune". Il dialogo deve essere portato avanti da persone che accettano di camminare insieme con stima e franchezza. Deve essere rispettoso, perché il rispetto reciproco è la condizione e, allo stesso tempo, il fine del dialogo interreligioso: infatti è rispettando il diritto alla vita, all'integrità fisica e alle libertà fondamentali, come quella di coscienza, di religione, di pensiero e di espressione, che si pongono le basi per costruire la pace, per la quale ciascuno di noi è chiamato a pregare e agire.

Come è apparso nel testo Dialogo nella



**Mons. JEAN MARIE
GERVAIS**

Prefetto Coadiutore
del Capitolo Vaticano,
Presidente
dell'Associazione
"Tota Pulchra"

Verità e nella Carità. Orientamenti pastorali per il Dialogo Interreligioso del 2008, «Al fine di affrontare le crescenti sfide alla convivenza pacifica tra credenti di religioni diverse, è emerso un proliferare di iniziative di dialogo interreligioso, non solo per impulso di responsabili religiosi, ma anche delle autorità civili o di individui e gruppi provenienti da percorsi di vita differenti. Mentre alcune di queste iniziative sono buone e utili, ve ne sono di quelle che riducono il dialogo a una modalità che esclude la testimonianza di qualsiasi credo religioso specifico e, di conseguenza, rischia di annullare la ricchezza delle identità religiose, generando una sorta di relativismo che costituisce un pericolo per le proprie convinzioni e la genuinità del dialogo interreligioso». Tutte le persone di una qualsivoglia confessione religiosa devono accostarsi ai propri fratelli con umiltà, fede e propensione all'ascolto che, in sintesi, rappresentano i tasselli del dialogo interreligioso. Ognuno di noi deve essere chiamato per trasformarsi in vessillo di pace, in banditore di pace che, con la sua azione in difesa dell'identità altrui, si differenzia dalla narrativa e dalla retorica dell'odio culturale e religioso. In questi ultimi anni la "pace" si è identificata con "religione", costituendo quasi un ossimoro. I due termini da incompatibili stanno diventando 'distinguibili', capaci cioè di segnare la discriminante specifica di un popolo e di caratterizzarlo nella sua identità profonda. Un tempo 'la guerra' si faceva quasi esclusivamente per altri motivi (la terra, la smania di potere, ecc.) e 'la religione', che era un 'derivato', faceva da contorno. Oggi, forse più che mai in passato, la religione torna ad essere la ragione principale delle divisioni. Ci riferiamo all'appartenenza religiosa in termini nominalistici, quella che fa capo a mere istanze ideologiche e politiche più che religiose nell'accezione vera del termine.

Vorremmo concludere con una frase che possa essere di auspicio per un dialogo sempre più improntato sui valori della fratellanza e del rispetto reciproco: la pace tra le religioni è un'utopia concreta? Noi crediamo di no.



ARTEMISIA LAB®

RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI

- 1** INGHIRAMI • **AURELIO/BOCCEA**
LABORATORIO POLIAMBULATORIO
P.zza dei Giureconsulti, 27 - tel **06 66 20 392**
- 2** ARTEMISIA LAB **CASSIA - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO-POLIAMBULATORIO
Via Cassia, 536 - tel **06 33 10 393**
- 3** ARTEMISIA LAB **CASSIA**
CENTRO DI RADIOLOGIA
Via Cassia, 534 C - tel **06 3350791**
- 4** ALESSANDRIA • **PIAZZA FIUME**
LABORATORIO POLIAMBULATORIO - SERVIZIO SERVICE
Via Piave, 76 - tel **06 42 100**
- 5** ALESSANDRIA • **PIAZZA FIUME**
LABORATORIO CITOISTOPATOLOGIA - GENETICA MEDICA
Via Velletri, 10 - tel **06 84 13 950**
- 6** BIOLEVI • **BATTERIA NOMENTANA - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO-POLIAMBULATORIO
Via Nomentana, 523 - tel **06 44 29 13 67**
- 7** STUDIO LANCISI • **POLICLINICO - CASTRO PRETORIO**
POLIAMBULATORIO - RADIOLOGIA - TOMOGRAFIA ASSIALE
Via Giovanni Maria Lancisi, 31 - tel **06 44 088**
- 8** ANALYSIS • **EUR MARCONI - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO-POLIAMBULATORIO
RISONANZA MAGNETICA E TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA
Via Antonino Lo Surdo, 40/42 - tel **06 55 185**
- 9** CLINITALIA • **EUR MARCONI - DOMENICA APERTI**
CENTRO DI RADIOLOGIA
Via Antonino Lo Surdo, 42 - tel **06 55 65 917**
- 10** ARTEMISIA LAB FISIO • **EUR MARCONI - DOMENICA APERTI**
POLIAMBULATORIO - FISIOTERAPIA
Via Antonino Lo Surdo, 40 - tel **06 55 185**
- 11** FISIOSEMERIA • **GARBATELLA**
FISIOTERAPIA - PRESIDIO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO
Via Guglielmo Ciamarra, 34 - tel **06 57302463**
- 12** ANALYSIS **LIDO DI OSTIA - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO
Via Capo Soprano, 7/9 - tel **06 5682798**
- 13** ANALYSIS **LIDO DI OSTIA - DOMENICA APERTI**
POLIAMBULATORIO
Via Capo Soprano, 5 - tel **06 5682798**
- 14** ARTEMISIA LAB PANIGEA • **APPIA/TUSCOLANA - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO-POLIAMBULATORIO
RISONANZA MAGNETICA E TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA
FISIOTERAPIA
Via delle Cave, 82/88 - tel. **06 78 44 34**
- 15** CHEA • **APPIA/COLLI ALBANI - DOMENICA APERTI**
LABORATORIO-POLIAMBULATORIO
Via Sermoneta, 38/50 - tel **06 78 178**
- 17** ANALYSIS **CIAMPINO**
POLIAMBULATORIO
Via Mura dei Francesi, 153/161 - tel **06 7963545**
- 18** ACILIA IN RISTRUTTURAZIONE



TELEFONO
800 300 100



www.artemisialab.it



La salute al primo posto

SEZIONE BEAUTY

- 16** ARTEMISIA LAB BEAUTY BY FRANCY'S • **APPIA/COLLI ALBANI**
CENTRO DI ESTETICA E BENESSERE
Via Appia Nuova, 675 - tel **06 7851564**

APERTI 7 GIORNI SU 7 ANCHE AD AGOSTO
RISPOSTE DIAGNOSTICHE IMMEDIATE, ESAMI CLINICI IN GIORNATA