ANNO VI - N°3 - 2016

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

PIANO DELLA CRONICITÀ E CURE CORRELATE

AUTORI

Antonio Spanevello, *Direttore Medico Clinico - Istituti Clinici Scientifici Maugeri*

Claudio Garbelli, *Direttore Sanitario - Istituti Clinici Scientifici Maugeri*

Gianni Giorgi, *Amministratore Delegato - Istituti Clinici Scientifici Maugeri*

Per poter parlare concretamente di cosa siano le cure correlate per un paziente cronico dobbiamo partire con un caso clinico.

Un caso clinico

Il Paziente, di sesso maschile, anni 66, affetto da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva ad impronta enfisematosa, accedeva all' U.O. di Pneumologia Riabilitativa per rivalutazione clinico-funzionale e riabilitazione respiratoria, trasferito dalla U.O. Medicina dello stesso Istituto, dove era ricoverato per riacutizzazione bronchitica con incremento della dispnea, che aveva richiesto l'utilizzo di terapia antibiotica e steroidea sistemica ed aerosol medicato. In anamnesi veniva rilevata una storia di cardiopatia ipertensiva, dislipidemia, diabete mellito e stenosi carotidea non emodinamicamente significativa bilateralmente.

Durante la degenza presso l'U.O. di Pneumologia Riabilitativa, proseguendo con la terapia iniziata presso la U.O. di Medicina si evidenziava un iniziale miglio-

INTRODUZIONE

Stefano Del Missier

Direttore Italian Health Policy Brief

A pochi mesi dall'approvazione in Conferenza Stato-Regioni, il Piano della Cronicità sembra presentare alcune criticità, soprattutto rispetto alla capacità non solo di dare respiro strategico alla programmazione sanitaria, ma anche di tenere in debita considerazione quanto, nella realtà di alcuni soggetti importanti dello stesso sistema sanitario, si sta già realizzando in termini di vision strategica e, soprattutto, in termini di modifiche dei processi organizzativi e dei protocolli di lavoro clinico e assistenziale.

Anche in questo caso, quello che ci sembra mancare sempre più è l'incapacità di fare programmazione sanitaria partendo dal basso, partendo cioè dal considerare quanto aziende sanitarie - pubbliche e private - e professionisti stanno già sviluppando per innovare e affrontare le sfide sanitarie del presente e del futuro.

Il sistema sanitario nazionale ha bisogno di recepire di nuovi paradigmi per la sua stessa sostenibilità: lo sviluppo del concetto di Cure Correlate nei percorsi di cura e assistenza ai pazienti cronici è uno dei tanti stimoli che dal territorio giungono al legislatore nazionale per innovare veramente le politiche sanitarie nel nostro paese.

ramento del quadro respiratorio per cui si provvedeva alla riduzione della terapia steroidea in corso ed alla reintroduzione della terapia inalatoria in uso al domicilio. La terapia inalatoria veniva posizionata dopo corretta stadiazione della malattia in base alle prove di funzionalità respiratoria ed il dato anamnestico. La stadiazione della malattia veniva inoltre completata con l'iter diagnostico inserito nel PDTA di malattia a completamento degli esami effettuati presso il ricovero in Medicina. Durante l'attività di fisioterapia in palestra, il paziente iniziava a lamentare sindrome vertiginosa, esacerbata dai cambi di posizione, in assenza di deficit neurologici. Rivalutato con Eco-doppler il quadro carotideo (ateromasia carotidea), si rilevava un peggioramento del dato ecografico, con riscontro di stenosi serrata a sinistra. Successivamente, compariva febbre, con aumento delle secrezioni bronchiali e rialzo degli indici di flogosi, senza segni radiologici di eventi acuti in atti. Pertanto, si rendeva necessario impostare una nuova terapia antibiotica empirica, con beneficio nell'arco di tre giorni e riduzione degli indici di flogosi presenti agli esami ematochimici. Dopo due giorni di stop dell'attività fisica riprendeva con cautela e sotto diretta osservazione del fisioterapista il ciclo riabilitativo. Nei giorni seguenti il paziente iniziava a lamentare una sensazione di cardiopalmo con costrizione retrosternale irradiata al giugulo. Quindi, il programma riabilitativo iniziato veniva interrotto nuovamente e venivano eseguiti accertamenti cardiologici come consigliato dal Cardiologo dell'Istituto, con riscontro alla scintigrafia miocardica da sforzo di ischemia miocardiaca inducibile. Veniva pertanto eseguito un esame coronarografico presso l'Ospedale convenzionato con l'Istituto con riscontro di malattia multivasale, per cui, previo accordi con i Colleghi della U.O. Cardiochirurgia, si procedeva al trasferimento del paziente per esecuzione di intervento di bypass aorto-coronario e concomitante valutazione da parte di chirurgo vascolare di aterosclerosi dei tronchi sovra-aortici emodinamicamente significativa.

A fronte di tale caso, la domanda conseguente è: questo va considerato un ricovero di Riabilitazione Respiratoria? O forse potremmo chiamarlo un ricovero Diagnostico Terapeutico all'interno di una U.O. che fa Medicina Riabilitativa ed è in grado di affrontare le cure correlate necessarie ad un paziente cronico con polipatologia di base?

Leggendo il caso clinico la risposta è facile. Il ciclo riabilitativo è stato solo una parte del ricovero, anche se ha avuto un duplice ruolo, infatti ha permesso al paziente di fare attività fisica evitando un facile allettamento, ma nel contempo ha permesso anche di far emergere e quindi diagnosticare un problema cardiologico importante.

Ma allora cosa intendiamo davvero per Medicina Riabilitativa delle Cure Correlate? Possiamo definirla? Possiamo considerarla parte di un progetto strategico di eccellenza clinica all'interno di un Istituto dedicato alla Medicina Interna ed alla Riabilitazione di organi elettivi come il cuore, il polmone ed il cervello?

La gestione della cronicità e il suo rapporto con le "medicine specialistiche"

La sostenibilità dei diversi S.S.R., da perseguire anche grazie alle innovazioni di servizio, è la sfida a fronte del cambiamento del mix demografico e dell'aumento delle malattie croniche, principali determinanti della domanda di servizi sociali e sanitari.

L'attuale contesto socio-sanitario del paese può essere ben rappresentato dalle seguenti condizioni emergenti:

- invecchiamento della popolazione ed esplosione delle cronicità, delle comorbidità e delle multimorbidità acute;
- aumento del peso sulla sanità della condizione di non-autosufficienza, che comunque non è un insieme «magmatico di malattie», ma una disabilità grave permanente senza o con patologie acute curabili con un intervento specialistico;
- ricoveri ospedalieri ripetuti e ricoveri ospedalieri per problemi sociali e di non autosufficienza;
- latenze o, almeno, grandi lentezze nell'innovazione dei servizi sanitari territoriali e specialistici ospedalieri, oltre ai problemi di appropriatezza degli stessi.

La storia naturale della malattia e, in particolare, delle malattie croniche – caratterizzate da fasi stabili e eventi ad alta criticità che, se non seguiti da cure adeguate con esiti favorevoli, spesso determinano fasi di instabilità e forti perdita di autonomia (vedi Figura che descrive la storia naturale delle malattie croniche a confronto con la figura riportata nel Piano Nazionale della Cronicità) - richiede, in primo luogo, di

distinguere, specializzare e valorizzare i ruoli dei servizi sociali di assistenza per la non autosufficienza e dei servizi sanitari di cura efficace dei pazienti ammalati soprattutto in fase critica.

A questo proposito, l'impostazione socio-sanitaria data al Piano Nazionale della Cronicità non tiene presente le profonde differenze tra:

1. Malattia e non autosufficienza stabile;
2. Malattia cronica e malattia acuta (perché l'evento acuto, riacutizzazione o complicanze da comorbidità, capita anche ai cronici e ai non autosufficienti);
3. Riabilitazione residenziale, Lungodegenza post-acuzie e Medicina Specialistica Riabilitativa Intensiva.

Questa impostazione socio-sanitaria, se, da un lato, evidenzia le necessità di integrazione tra servizi sociali e sanitari, dall'altro "sanitarizza" il servizio sociale e "socializza" il servizio sanitario, non riconosce i limiti delle cure con efficacia evidente di cui è portatrice la sanità e il suo ruolo non totipotente, ma essenziale quando è in grado di dare un riscontro al bisogno di salute che è diverso dal bisogno di assistenza anche se insieme trovano e danno risposta. Essa comporta una continua sovrapposizione di ruoli e di attività, generando non solo confusione nei percorsi di cura e inappropriatezza dei relativi setting, ma – fatto oggi particolarmente sensibile nelle decisioni di policy sanitaria - anche spreco di risorse economiche e professionali.

La capacità, invece, di saper distinguere tali stati di malattia, di prevederne l'andamento (stadiazione e comorbidità più frequenti) e prevenirne, o almeno contenerne, gli aggravamenti, è la premessa fondamentale per poter rispondere a quella necessità di innovare e di poter efficacemente sviluppare obiettivi fondamentali di organizzazione dei sistemi sanitari, e cioè:

- l'INTEGRAZIONE tra servizi sociali e servizi sanitari e tra servizi sanitari territoriali e l'ospedale;
- le CURE DOMICILIARI socio-sanitarie (ADI) e residenziali;
- le Cure Ospedaliere Specialistiche di Medicina Riabilitativa in caso di riacutizzazione, anche con Ricovero Ospedaliero "al Domicilio".

A fronte di tale emergenza, il sistema sanitario sta da tempo lavorando - a più riprese, con slogan più o meno felici – alla realizzazione del «nuovo sistema delle cure primarie».

Al di là del fatto che, visti gli anni trascorsi a parlare di questo nuovo sistema, ne abbiamo ormai connotazioni che vanno oltre l'auspicio, spingendosi fino al mito, quello che importa chiedersi è se un siffatto nuovo sistema delle cure primarie è in grado, oltre che di assicurare la prevenzione primaria delle cronicità e la prevenzione secondaria delle complicanze nelle malattie croniche, di prendersi anche cura delle fasi critiche, spesso con comorbidità peculiari, dei pazienti cronici.

Probabilmente non è così anche perché le riacutizzazioni dei cronici sono complicate da curare efficacemente; probabilmente c'è e ci sarà ancora bisogno dell'ospedale e di specialisti clinici che lavorano insieme. Ma è altrettanto chiaro che ci sarà bisogno di un diverso ospedale, diversamente integrato con il territorio, e dotato di strumenti gestionali, informativi, di strutture e tecnologie adeguate al tipo di cura necessaria a questa tipologia di malattie.

Ci sarà bisogno di un Ospedale come luogo delle Medicine Specialistiche e Interdisciplinare: dove la Medicina Interna Generale e la Chirurgia Generale ritrovano nuovo slancio nelle Specialistiche operando insieme, a supporto dello specialista, medico "case manager" del paziente individuato in funzione della patologia acuta "quod vitam". È tra queste Medicine Specialistiche che deve avere posto la Medicina Riabilitativa Specialistica (in primis: la neurologia riabilitativa, la pneumologia riabilitativa e la cardiologia riabilitativa) a vocazione internistica e geriatrica. Questo settore della Medicina avrà, più di altri, la peculiarità di sviluppare un raccordo tra l'ospedale delle medicine specialistiche ed il territorio.

La medicina specialistica riabilitativa ha dunque bisogno di distinguersi da connotazioni troppo grossolane che l'hanno caratterizzata soprattutto per una comodità di tipo amministrativo-regolatorio. Il ricovero in medicina riabilitativa post-intervento chirurgico dei pazienti convalescenti, quando questi non hanno un'età avanzata o serie problematiche respiratorie o cardiovascolari da risolvere, non è più una risposta appropriata.

Infatti, se continuiamo ad intendere la medicina riabilitativa come un'attività post-acuzie, cioè un mero «scarico» per ottimizzare il DRG contenendo

la durata della degenza o per trovar posto ai casi ospedalieri di pazienti «bloccati», otterremo solo attività cliniche che non servono a riabilitare tempestivamente, che impediscono o creano grosse difficoltà al ritorno a domicilio, che non affrontano con strumenti appropriati l'epidemiologia emergente delle cronicità negli anziani che abbisognano di cure, insieme, delle malattie e delle disabilità.

Di fatto, senza dare ruolo e contenuto alla medicina specialistica riabilitativa, svolta con tecnologie adeguate e cure correlate, continueremo a perpetuare vecchie organizzazioni e assetti specialistici ospedalieri, a non curare e riabilitare insieme i pazienti complessi (vedasi riquadro), ad alimentare i ricoveri ripetuti e lo «spezzatino» dei ricoveri ospedalieri stessi, a non promuovere l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri (contro l'interesse del paziente e con costi maggiori per i SSR).

Altrettanto importante, quindi, è la capacità di definire i processi della medicina specialistica riabilitativa e di individuare indicatori di esito delle pratiche eseguite. Infatti, a fronte dell'esplosione dei ricoveri dei pazienti cronici in fase critica, è imprescindibile avere misure semplici del risultato del ricovero (esito alla dimissione e a 90 giorni), in qualsiasi reparto ospedaliero sia avvenuto, la cui organizzazione è accreditata per assicurare effettive CURE CORRELATE riabilitative di malattie e disabilità. Questo significa richiedere la rilevazione e la valutazione:

- delle condizioni di severità della malattia/disabilità all'accesso e delle cure (procedure) correlate della malattie e delle disabilità assicurate (cioè integrazione dei dati rilevati nelle SDO, Scheda di Dimissione Ospedaliera);
- delle condizioni di autonomia personale (stabilizzazione e funzionalità recuperate) del paziente alla dimissione e a 90 giorni;
- delle situazioni di ri-ricovero entro 180 giorni per stessa MDC.

Si va pertanto delineando una profilo della medicina specialistica riabilitativa che non solo ha contenuti specifici e con connotazioni strettamente ospedaliere, ma che richiede anche l'individuazione di una serie di attività che sono a lei connesse e che danno compimento al fabbisogno che il paziente cronico manifesta lungo il proprio percorso di gestione della malattia.

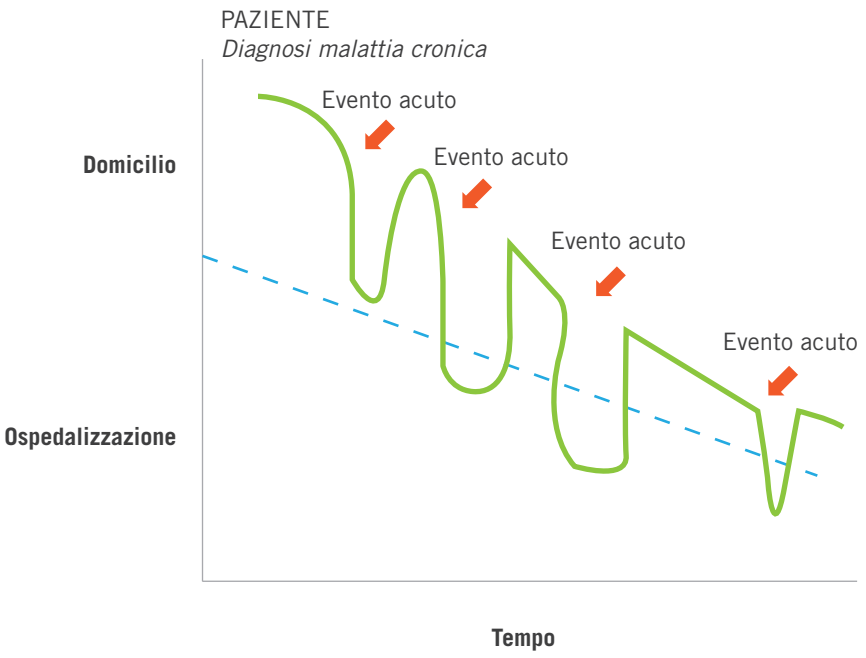

Tabella 1. Storia naturale della malattia e traiettoria delle CRONICITÀ

La Medicina Specialistica Riabilitativa e le Cure Correlate

La nuova medicina specialistica riabilitativa delle cure correlate, quale risposta clinica innovativa al problema della cura delle fasi acute delle malattie croniche, necessita di sgomberare il campo dalla confusione terminologica che caratterizza il dibattito in corso, e, di conseguenza, di rilevare, precisare e condividere preliminarmente, oltre alle differenze sopra richiamate tra non-autosufficienza stabile, a carico della famiglia e dei servizi sociali, e malattia, a carico dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, anche la differenza tra presa in carico permanente territoriale e presa in carico specialistica temporanea.

Queste distinzioni marcano infatti gli specifici ruoli e le imprescindibili specializzazioni proprie dei servizi sociali territoriali, dei servizi sanitari e dei servizi ospedalieri, determinano le

modalità della loro necessaria possibile integrazione, evitano, o almeno riducono, sovrapposizioni, carenze, fraintendimenti e interventi impropri. L'obiettivo condiviso deve essere quello di assicurare setting specialistici e appropriati di offerta del servizio, da un lato, al grave problema sociale della non autosufficienza e, dall'altro, ai problemi sanitari derivanti da malattie croniche stabili e/o in fase critica che, se non efficacemente curate, generano disabilità permanenti e ulteriori perdite di autonomia.

È evidente come l'indispensabile integrazione nei percorsi di continuità assistenziale tra queste tipologie di servizi, territoriali e ospedalieri, passi attraverso la loro differenziazione specialistica e di ruolo e, in particolare, la valorizzazione del nuovo sistema delle cure primarie e della nuova medicina clinica riabilitativa specialistica. Purtroppo, non solo il Piano Nazionale della Cronicità, ma anche altri importanti recenti atti nazionali e regionali di programmazione sanitaria (la definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza – LEA -, il previsto decreto ministeriale "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", gli atti e i programmi nazionali e regionali di attuazione del D.M. 70/2015, le proposte nazionali e regionali di integrazione della SDO) affrontano in modo parziale questa tematica.

La prevenzione, la cura e la riabilitazione proprie e caratterizzanti unitamente e complessivamente una medicina di precisione, da assicurare anche nelle fasi acute e post-acute, richiedono per essere perseguite regole di finanziamento e non, che incentivino le due prese in carico citate coordinate, complessive e tempestive, del paziente così da condividere gli esiti attesi di salute da perseguire: superamento o contenimento sia della malattia sia della connessa disabilità.

L'obiettivo di prendersi cura con trattamenti efficaci e innovativi di malattia, cronica e acuta, e di disabilità, soprattutto nelle fasi critiche, ha portato alla messa a punto di una nuova medicina riabilitativa multi-specialistica e internistica, capace di sviluppare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), comprensivi del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e basati sulle evidenze di efficacia delle cure correlate.

Per cure correlate, infatti, si intende l'insieme "riconciliato" nei PDTA di:

a. trattamenti farmacologici, ivi comprese le poli-terapie nel caso di multi-morbidità;
b. trattamenti interventistici, chirurgici e non chirurgici, con l'impianto di dispositivi o altri interventi terapeutici non invasivi, semi-invasivi, invasivi (vedasi, in particolare, quelli di terapia del dolore);
c. trattamenti con esercizi fisici e cognitivi, comprensivi delle diverse procedure riabilitative semplici e complesse, assistite o meno da apparecchiature tecnologiche di supporto oggettivo al processo riabilitativo (robotica, realtà virtuale, esoscheletri, ecc.).

Questo insieme di trattamenti, le cui interazioni, oltre che essere riconciliate, sono sinergiche, cioè possono determinare risultati superiori alla somma dei risultati attesi dalle singole terapie, richiede, soprattutto nel caso delle patologie croniche, la progettazione e la esecuzione di un percorso terapeutico personalizzato, di precisione, basato su precisi riscontri diagnostici di stadiazione della malattia e di diagnosi e di trattamento tempestivo della/e comorbidità e delle multi-morbidità.

Si tratta di superare l'attuale prevalente concezione di una medicina riabilitativa intesa come post-acuzie, legata alle sue origini ortopediche e alla gestione pro-attiva del periodo post-operatorio convalescenziale oggi spesso meglio trattabile con cure ambulatoriali e domiciliari. Per affrontare, con strumenti appropriati, l'epidemiologia emergente delle cronicità e delle comorbidità, soprattutto negli anziani, serve curare e insieme tempestivamente riabilitare con cure correlate facendo sistematicamente valutazione degli esiti e ricerca applicata per meglio personalizzare i PDTA.

È evidente come le attuali regole di finanziamento dei ricoveri ospedalieri incentivano comportamenti opportunistici: ricoveri acuti, finanziati ad evento che premiano le dimissioni precoci anche con ritardato intervento riabilitativo e ricoveri riabilitativi, finanziati a giornata, che premiano la lunga durata degli stessi.

A questo proposito è fondamentale affermare una cultura medica che promuova la gestione e la cura integrata e tempestiva di malattia e disabilità diretta alla stabilizzazione e riabilitazione a seguito dell'evento indice acuto, individuato dalla diagnosi principale e dalle diagnosi secondarie, con anche l'obiettivo di ridurre i ricoveri ripetu-

ti del malato cronico. Malato cronico che subisce ancora, a fronte delle riacutizzazioni, un prevalente approccio acuto-centrico con solo successivo ricovero in medicina riabilitativa per ridurre al minimo la durata di degenza del DRG-evento acuto.

Questa esigenza è avvalorata da due rilevanti fenomeni messi in evidenza dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO, totale nazionale anno 2013):

- i ricoveri ordinari per 65+ rappresentano il 46% sul totale di ricoveri ordinari;
- i ricoveri ordinari ripetuti per 65+ rappresentano il 54% sul totale dei ricoveri per 65+ (per 2/3 nel setting acuto).

L'obiettivo della riduzione dei ricoveri ripetuti, con trattamenti riabilitativi appropriati, è perseguibile sia attraverso la riqualificazione delle cure primarie, sia sviluppando le cure specialistiche ambulatoriali e domiciliari, sia rivedendo la programmazione e l'attuale organizzazione ospedaliera dei ricoveri. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, dotando i reparti acuti di professionalità e strumenti adeguati di medicina riabilitativa e/o unificando nei setting ospedalieri riabilitativi anche i setting ospedalieri specialistici cosiddetto acuti. Questo è operativamente perseguibile considerando i due attuali possibili ricoveri, acuto e riabilitativo, come un unico ricovero. Ricovero, eventualmente da riconoscere economicamente comunque a giornate di degenza anche per la cosiddetta fase acuta. Il ricovero in questo caso va individuato – così come avviene per i ricoveri chirurgici – non per il reparto specialistico in cui è stato ricoverato il paziente, ma per le procedure e le cure correlate riabilitative effettivamente assicurate. Scoraggiare le dimissioni precoci dei DRG acuti e valorizzare le degenze medie standard attese per tipologia di ricovero dei DRG riabilitativi sono obiettivi possibili con sistematiche cure specialistiche correlate, così come precedentemente definite, effettuate in ogni giornata di ricovero, sette giorni su sette, riducendo così anche le durate dei ricoveri stessi.

Il nuovo approccio regolativo proposto richiede una integrazione dei dati raccolti con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e la definizione dell'algoritmo di assegnazione del DRG, sulla base delle procedure riabilitative correlate a quelle mediche e interventistiche assicurate nel ricovero, e potrebbe rappresentare un concreto, forte incentivo sia all'innovazione e alla qualità del servizio clinico nell'interesse del paziente sia ad una maggiore appropriatezza dei ricoveri e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

In un contesto di effettiva, programmata integrazione e continuità medico-assistenziale riabilitativa, trova altresì risposta appropriata l'essenziale trattamento, per intensità anche riabilitativa di cure, assicurato dalla medicina riabilitativa specialistica ai pazienti complessi provenienti da:

1. terapie intensive ospedaliere trasferibili presso le aree critiche intensive riabilitative ospedaliere, cioè pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (MDC 1, codice 75), da mielolesioni (MDC 1, codice 28), da insufficienze respiratorie con respirazione assistita (MDC 4, analogo al codice 75), da gravi insufficienze cardiache (MDC 5, analogo al codice 75);
2. setting acuti chirurgici o medici interventistici (ortopedie-traumatologie, neurochirurgie e reparti cardiocerebrovascolari) trasferibili direttamente nelle medicine riabilitative specialistiche neuromotorie e cardiorespiratorie con approccio internistico (codice 56).

Ogni Regione, a fronte delle problematiche evidenziate, ha sviluppato approcci diversi, spesso più preoccupati di contenere la spesa e l'accesso ai ricoveri riabilitativi che di innovare e qualificare il servizio nel senso sopra indicato. La ricerca e l'esperienza maturata in reparti di medicina riabilitativa specialistica che praticano sistematicamente le cure correlate ne ha messo in evidenza l'efficacia. Per far crescere questo approccio - oltre che nella convinzione e nel modo di operare dei medici più attenti, nella pratica delle aziende sanitarie pubbliche e private - sono indispensabili nuove regole di sistema, a livello regionale e nazionale, che, insieme alla valutazione metodica degli esiti, diano valore ai comportamenti indicati in grado di contribuire ad affrontare meglio i problemi delle cronicità e a sviluppare la nuova medicina riabilitativa clinica delle cure correlate.

Italian Health Policy Brief

Anno VI - N° 3 - 2016

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.
Viale Sarca, 223
20126 Milano

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Roberto Labianca
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Annarosa Racca
Francesco Ripa Di Meana
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel com-pilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499