



LA LEGGE DI RIFORMA SUL GOVERNO CLINICO

È possibile un nuovo rapporto tra Professionisti ed Istituzioni?
(B. Lo Monaco)

Convegno dell'Ordine: 27 giugno – Hotel Real Fini

**EGDS - Appropriatelyzza nella diagnostica endoscopica
del tratto digestivo superiore: criteri clinici di priorità in
esofago-gastro-duodenoscopia** (autori vari)

**Comitato pari opportunità: 1.147 dipendenti hanno risposto
al questionario** (L. Scaltriti)

Recenti progressi nella terapia dell'epatite cronica C (G. Abbati)

Privacy (N. D'Autilia)

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA



CONSIGLIO DIRETTIVO*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari

Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi,

Dr. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI*Presidente*

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvisionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni

Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale

Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE*Poligrafico Mucchi*

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

EDITORIALE	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	09
PRIVACY	12
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	13
FNOMCeo	14
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	16
REPORT	18
NEWS	22
DI PARTICOLARE INTERESSE	25
ENPAM	31
DIRITTO E LEGISLAZIONE SANITARIA	33
DIALETTO IN PILLOLE	34
ARTE E DINTORNI	36
TACCUINO	38

IN COPERTINA: "Santuario della Beata Vergine del Castello di Fiorano", acquerello
a guazzo su carta, mm 220x146, Modena Museo Civico d'Arte - Opera di Luigi Alberto Gandini

[illegible]

non ci riusciamo, avremo fallito nei confronti di tutti i cittadini e di noi stessi. Una recente ricerca ha definito conflittuale o assente il rapporto tra Medici e parte Manager del S.S.N., con un valore dell'80% dei casi. Il 50% dei Medici dichiara di non avere rapporti, mentre il 30% li ammette conflittuali; tali conflitti sono dovuti allo scarso coinvolgimento dei Medici

LA LEGGE DI RIFORMA SUL GOVERNO CLINICO È possibile un nuovo rapporto tra Professionisti ed Istituzioni?

nella gestione delle strutture. Il dialogo e la condivisione tra Professionisti ed Istituzioni sono di principale importanza per un efficiente ed efficace funzionamento dei Sistemi Sanitari. È stato presentato alla Commissione Affari Sociali della Camera il testo unificato sui "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche, per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale".

Premesso che nessun protagonista della Sanità Italiana non può che essere in accordo con la necessità di rivisitare il D.Lgs 502/92 e sue modificazioni, compreso il D.Lgs 229/9.

Certo, a suo tempo, si è vissuta una grande illusione che si fondava sulla possibilità che le modalità di gestione, applicate nelle attività non sanitarie, si potessero utilizzare anche in Sanità. Il mondo della Sanità è particolare e specifico, differente da qualsiasi altro settore della produzione, proprio perché non potrà mai avere, come primo obiettivo, la vendita e il profitto, ma la salute dei pazienti. E per permettere il perseguimento di tale obiettivo, Professionisti ed Istituzioni devono non solo lavorare parallelamente, ma integrare congiuntamente le loro funzioni ed i loro contenuti professionali attraverso la collaborazione, il coordinamento e lo sviluppo di approcci multidisciplinari. Il



B. Lo Monaco

centro del sistema gestionale ed il modello a cui si debba fare il riferimento è il Dipartimento. I Dipartimenti sono decollati con grande difficoltà nel nostro Paese.

Le ragioni di tante difficoltà vanno ascritte prevalentemente a problemi di carattere culturale e formativo. Il Dipartimento presuppone il lavoro di gruppo, attraverso la condivisione degli obiettivi, la capacità di confrontarsi e di comunicare, la necessità di incontrarsi, per discutere i problemi e trovare le soluzioni. Si tratta di un processo culturale profondo che richiede tempo per svilupparsi e per giungere a maturazione. Il Dipartimento esiste soltanto se ha una convinta partecipazione dei Professionisti.

Partecipazione significa che, condivisi modello e cultura, ognuno deve avere a disposizione tutti gli strumenti perché

la sua partecipazione sia riconosciuta.

Il Direttore di Dipartimento deve essere scelto su una terna individuata dal Comitato di Dipartimento. Ben venga allora che, nei Comitati di Dipartimento, vi sia una componente elettiva del 50% e che il coinvolgimento e l'informazione siano puntuali.

Sarebbe auspicabile che i Direttori Generali uscissero da una Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione in Sanità, come avviene in Francia e occorrerebbe rivederne anche il ruolo, nella loro accezione monocratica, valorizzando gli organismi rappresentativi dei Professionisti. Il Collegio di Direzione dovrebbe assumere un ruolo più forte, dovrebbe cioè essere elevato ad organo dell'Azienda, con parere obbligatorio e vincolante su materie inerenti le strategie aziendali. Avere una valenza di vera partecipazione autorevole nella Direzione strategica aziendale. Ma per evitare che il Collegio di Direzione sia un organo del Direttore Generale attraverso le proprie scelte, deve essere inserita una quota elettiva importante e sarebbe auspicabile affidare il coordinamento ad uno dei Capi Dipartimento, identificato tra gli stessi componenti per libera scelta.

Un Collegio di Direzione così realizzato sarebbe la sede ideale per la proposizione di

un nuovo modo di governare l'Azienda, insieme al Direttore Generale, attribuendo nel contempo al Professionista quel ruolo centrale che deve avere nell'Assistenza Sanitaria.

Il Direttore di Struttura Complessa dovrebbe essere individuato con le modalità già previste, ma nel bando di selezione dovrebbero essere specificati le caratteristiche, i requisiti curriculari, le competenze professionali e quanto fatto sul campo.

Bisogna valorizzare il ruolo e

il senso di responsabilità dei Professionisti come classe Dirigente del Paese, che non può e non vuole sottrarsi a questo ruolo. Bisogna sviluppare e riconoscere la funzione didattica svolta dai Professionisti, che è una necessità anche per indirizzare i nuovi Professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Servizio Sanitario, in un contesto di risorse limitate, come fondamenti di un sistema di tutela della Salute Pubblica.

Promuovere il Governo Clinico, vuole dire governo non solamente dell'efficienza ma anche della qualità ed efficacia.

Bisogna stare attenti a non fare prevalere la cultura dominante nella gestione dei Sistemi Sanitari nel nostro Paese, così come in tutti i paesi avanzati, prevalentemente di tipo economicistico, in quanto si tratta di servizi che tutelano diritti fondamentali del cittadino.

Il vice presidente

B. Lo Monaco



SPECIALE PER TE !

Offerta riservata ai Medici Ospedalieri Dipendenti ASL Modena

Emil Banca è una **Banca di Credito Cooperativo** centrata sulle persone e sui principi di partecipazione e solidarietà. Promuove la coesione sociale e la crescita responsabile e sostenibile della comunità e del territorio. Per questo, **Emil Banca** è vicino a te, per **ascoltare, capire e rispondere** alle tue esigenze quotidiane e a quelle della tua attività.

Potrai, infatti, attivare un conto corrente presso la **Filiale di Baggiovara** alle seguenti vantaggiose condizioni:

- CANONE TRIMESTRALE : 15 EURO**
- OPERAZIONI GRATUITE A TRIMESTRE : 15 OPERAZIONI**
- TASSO AVERE: BCE - 0,25**

Come Cooperativa di credito Emil Banca si fonda sui **soci**, a cui riserva un'attenzione ancora più speciale. Vieni a trovarci in filiale per approfondire i **vantaggi dell'essere socio** e conoscere nel dettaglio la nostra offerta a te riservata!

Filiale c/o Baggiovara Conad Center, via Settembrini 201/f, tel. 059 512308

www.emilbanca.it



Messaggio promozionale. Per maggiori informazioni sui tassi e condizioni di interesse i tassi informativi disponibili in filiale. Offerta valida fino al 30/09/2009.

CONVEGNO DELL'ORDINE: 27 GIUGNO - HOTEL REAL FINI



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena
p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 386 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordintemedicimodena.it

LA LEGGE DI RIFORMA SUL GOVERNO CLINICO *È possibile un nuovo rapporto tra Professionisti ed Istituzioni?* Modena, 27 giugno 2009 Hotel Fini - Via Emilia Est, 441

08.30 - 08.45 registrazione partecipanti

08.45 - 09.00 introduzione

Dott. Nicolino D'Autilia - *Presidente Ordine Medici Modena*

Dott. Beniamino Lo Monaco - *Vice Presidente Ordine Medici Modena*

I sessione: Moderatori: Dott. Giuseppe Caroli - *Direttore Generale Azienda USL Modena*
Dott. Amedeo Bianco - *Presidente FNOMCeO*

Interverranno:

09.00 - 09.20 On. Lucio Barani

Capogruppo PDL alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

09.20 - 09.40 On. Livia Turco

Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

09.40 - 10.00 Dott. Carlo Lusenti

Segretario Nazionale ANAEO ASSOMED

10.00 - 10.45 discussione e dibattito

10.45 - 11.00 coffee break



II sessione: Moderatori: Dott. Stefano Cencetti - *Direttore Generale Azienda Policlinico Modena*
Dott. Beniamino Lo Monaco

Interverranno:

11.00 - 11.20 Dott. Lorenzo Broccoli

Responsabile Sviluppo Risorse Umane in ambito Sanitario e Sociale, Affari Generali e Giuridici Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna

11.20 - 11.40 Dott. Serafino Zucchelli

Ex Sottosegretario Ministero della Sanità

11.40 - 12.00 Dott. Amedeo Bianco

12.00 - 13.15 discussione e dibattito

13.15 chiusura dei lavori e compilazione post test



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

LA LEGGE DI RIFORMA SUL GOVERNO CLINICO *È possibile un nuovo rapporto tra Professionisti ed Istituzioni?*

Cognome.....Nome.....

Luogo e data nascita.....Codice fiscale.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....

E-mail.....Recapito telefonico.....

Professione.....

Qualifica (libero prof., dipendente, convenzionato ecc).....

indirizzo eventuale struttura di appartenenza.....

iscritto all'Ordine di

Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Acconsento alla comunicazione dei dati ed al relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità istituzionali dell'Ordine.

Modena,

Firma.....

Si vedrà escluso dalla partecipazione ai prossimi corsi il collega che dopo essersi iscritto non parteciperà alle serate senza averne data comunicazione alla segreteria.

La partecipazione è gratuita. E' necessario inviare l'adesione alla segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria o iscrizione on line sito www.ordinemedicimodena.it (sezione aggiornamento professionale) entro e non oltre il 20 giugno 2009.

Segreteria Organizzativa:

Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 - Modena

Tel. 059/247721 fax 059/247719 e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDI' 7 APRILE 2009

Il giorno martedì 7 aprile 2009 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 9.3.2009;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Convegno "la legge di riforma sul Governo Clinico" (Lo Monaco);
5. Dichiarazioni anticipate di trattamento: la posizione della FNOMCeO (D'Autilia);
6. Incontro con la medicina legale modenese ai sensi dell'art. 62 del Codice Deontologico (D'Autilia);
7. Delegazione ODM Modena alla FRER-Ordini per il triennio 2009-2011;
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
TARANTINO	GIUSEPPE	6326
VILLANI	MATTEO	6327
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
BEGHE'	BIANCA	6328
<i>Cancellazione</i>		
BERTOLI	RAFFAELE	0548
CAZZATO	IRENE	6151
DE BERTI	GIANNI	5467
ELKHALDI	NEZAR MONEIR FADL	5530
MARIOTTI	MARIA BERNADETTE	5153
ORLANDI	ALBANO	0289
PISANELLO	ANNA	5470
VALLINI	MARTA	1889

ALBO ODONTOIATRI

<i>Reiscrizione senza soluzione di continuità</i>		<i>N. iscrizione</i>
MOSCATELLI	LEANDRO	0352

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 4 MAGGIO 2009

Il giorno lunedì 4 maggio 2009 - ore 20,50 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 7.4.2009;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Delibere Amministrative;
5. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
BOLOGNINI	ARIANNA	6329
PINTAUDI	UBALDO	6330
<i>Cancellazione</i>		
GASPARINI	GASTONE	0179
RUBILOTTA	EMANUELE	5382
SCHILLER	ELENA	0707

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | LUNEDÌ 4 MAGGIO 2009

Il giorno lunedì 4 maggio 2009 - ore 22,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

1. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. X.Y.;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. K.J.;
4. Opinamento eventuali parcelle sanitarie;
5. Varie ed eventuali.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. X.Y.
Questi gli addebiti e la relativa decisione:

"pur rilevando una negligenza nell'accaduto, nello specifico il fatto che a lui spettasse di comunicare l'esito dell'esame istologico (purtroppo giunto in periodo molto successivo alla chiusura della cartella clinica), si evidenzia che tale negligenza non sia da imputarsi a dolo e viene apprezzato il suo rincrescimento per l'exitus del paziente. Si apprezza la volontà del collega di non sottrarsi alle proprie responsabilità in veste di primario ospedaliero, responsabile quindi a tutti gli effetti di quanto accade nel proprio reparto. Viene inoltre sottolineato l'impegno con il quale si è attivato fattivamente affinché i famigliari della parte lesa potessero essere perlomeno risarciti in tempi ristretti, diversamente da quanto accade nella norma."

A maggioranza dei presenti decide di comminare la sanzione dell'**avvertimento** di cui all'art. 40 del D.P.R. 221/50.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. K.J.

Questi gli addebiti e la relativa decisione:

"perché il comportamento del collega è da considerarsi corretto da un punto di vista deontologico in quanto la scelta operata, seppure non rispettando appieno il protocollo, era volta ad assicurare la migliore e più rapida assistenza sanitaria alla paziente, evitandole possibili conseguenze o complicazioni cliniche."

A maggioranza dei presenti decide di non comminare alcuna sanzione disciplinare.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 21 APRILE 2009

Il giorno martedì 21 aprile 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 3.3.2009;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. XY;
4. Eventuale opinamento parcelle odontoiatriche;
5. Varie ed eventuali.

www.gruppobper.it

Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Banca CRV - Cassa di Risparmio di Vignola
Banca della Campania
Banca di Sassari
Banca Popolare del Mezzogiorno
Banca Popolare di Aprilia

Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
Banca Popolare di Ravenna
Banco di Sardegna
Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila
Eurobanca del Trentino

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 11 banche con 1200 sportelli e 11000 uomini.

GRUPPO BPER

PRIVACY E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO

Tra tutela della salute e diritti dei cittadini

Il Garante per la Privacy ha pubblicato le linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico e di Dossier sanitario, sottoponendole ad una consultazione pubblica. Si tratta di 10 articoli che entrano pesantemente nel merito del trattamento dei dati personali in ambito sanitario, sia che essi siano di pertinenza ospedaliera, sia che attengano alla pratica clinica del territorio. Il riferimento esplicito del Garante è ai sistemi informativi regionali vigenti – progetto SOLE dell’Emilia Romagna e SIS della Lombardia – con la previsione di regole che modificano profondamente la raccolta dei dati e il loro trattamento. Il provvedimento contiene numerosi aspetti che presentano rilevanti criticità. Tra queste, ad esempio, che “deve essere garantita la possibilità di non far confluire nel Fse/Ds alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici.”

Questa norma, se approvata, creerebbe in pratica le condizioni per “oscurare” parti della storia clinica del paziente: il cittadino, in buona

sostanza, può richiedere al medico di non registrare nella cartella clinica alcune patologie sofferte, gli esiti di alcuni esami di laboratorio, alcune allergie note a farmaci, alcuni referti di ecografie e/o di radiografie e così via. È del tutto evidente che la conoscenza o l’ignoranza di questi dati anamnestici, clinici e/o strumentali, da parte dei medici nel percorso di cura del cittadino/paziente riveste una forte rilevanza sotto il profilo diagnostico, terapeutico e prognostico con ricadute sul piano della responsabilità professionale del medico. In un contesto storico caratterizzato dalla sempre più pressante richiesta da parte della Società di assunzione di responsabilità da parte degli operatori sanitari, appare quanto meno singolare che si creino le fondamenta per non rispondere in modo professionalmente adeguato, sottraendo di fatto quegli strumenti che devono essere utilizzati da un sistema sanitario moderno, ancorché regionalizzato, per garantire una cura efficace ed efficiente.



N. D'Autilia

Il concetto di continuità assistenziale, di sinergia degli interventi assistenziali, di corretto utilizzo delle risorse rischiano di restare vuote dichiarazioni di principio (o di campagne elettorali se credete) se il Garante della Privacy non porrà mano ad una sostanziale e sostanziosa riscrittura del provvedimento.

Il tanto sbandierato diritto del cittadino alla tutela dei propri dati non può non trovare un giusto equilibrio con l’altrettanto fondamentale diritto alla tutela della sua salute in uno Stato moderno con un’Etica forte che coinvolga cittadini e professionisti della salute.

Il presidente N. D'Autilia

IGIENISTA DENTALE – PROFILO PROFESSIONALE

Pubblichiamo la risposta del Presidente Nazionale degli odontoiatri Dott. Renzo alla richiesta del Presidente CAO (Commissione Albo Odontoiatri) di Modena Dott. Gozzi in tema di profilo professionale dell'igienista dentale.

Il Presidente della CAO di Modena, che ringrazio per la collaborazione, ha posto un quesito di grande interesse che riveste certamente aspetti di carattere generale, per cui ritengo opportuno trasmetterVi la risposta della CAO Nazionale.

Il quesito posto riguarda la figura dell'igienista dentale, con specifico riferimento alla possibilità di svolgere attività libero-professionale.

Rileviamo, preliminarmente, la complessità della risposta, in carenza di univoci orientamenti dottrinali e giurisprudenziali.

Si può affermare che, ai sensi del DM 15 marzo 1999, n. 137, che approvò il profilo professionale dell'igienista dentale, è senz'altro ammissibile che l'igienista dentale svolga la sua attività professionale in strutture sanitarie anche in regime libero-professionale. Sorge, in quest'ultimo caso, il problema di un professionista che in ambito libero-professionale deve comun-

que operare su indicazione degli odontoiatri e/o dei medici chirurgi legittimati all'esercizio dell'attività odontoiatrica.

Non v'è dubbio, infatti, che in un necessario rapporto di reciproca collaborazione tra l'odontoiatra e l'igienista dentale, una considerazione incontrovertibile sia da puntualizzare: all'iscritto all'albo odontoiatri spetta, comunque, la responsabilità per quanto concerne la diagnosi e la terapia delle patologie del cavo orale.

A nostro parere, la via più correttamente percorribile è quella relativa al rapporto di lavoro di dipendenza dell'igienista dentale nell'ambito dello studio odontoiatrico, al fine di poter realizzare in pieno il rapporto tra l'odontoiatra e l'igienista stesso.

Altre soluzioni, come quella dell'esercizio della professione di igienista dentale in una struttura libero professionale del tutto autonoma, renderebbe impossibile o ben difficilmente realizzabile.

tale collaborazione, non potendo l'odontoiatra fornire le indicazioni necessarie per il miglior svolgimento dell'attività di igiene dentale.

Riteniamo, quindi, che la piena realizzazione della normativa regolamentare di cui al già citato DM 137/99, può realizzarsi ovviamente prevedendo un rapporto di lavoro dipendente dell'igienista dentale nell'ambito delle figure professionali inserite in uno studio odontoiatrico.

Potrebbe ipotizzarsi, in via subordinata, la costituzione di una associazione tra professionisti che permetterebbe all'igienista dentale di operare in regime libero-professionale in una struttura, ovviamente, autorizzata all'esercizio della professione odontoiatrica, nella cui fattispecie si verrebbe, in ogni caso, a confermare la responsabilità diretta del medico/odontoiatra.

*Il Presidente CAO Nazionale
G. Renzo*

"DISPOSIZIONI IN TEMA DI ALLEANZA TERAPEUTICA, DI CONSENSO INFORMATO E DI DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO"



I Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Roma il 17 aprile 2009, nel prendere in esame le conseguenze sul piano assistenziale del disegno di legge già approvato dal Senato sulle "Disposizioni in tema di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", approva la procedura fin qui seguita dal Comitato Centrale di coinvolgere tutte le società scientifiche interessate e le rappresentanze dei cittadini e dei malati, mediante successivi e impegnativi incontri dedicati ad

affondare tematiche così rilevanti per la relazione tra medico e paziente così incidenti in situazioni gravissime di sofferenza e fragilità.

Il Consiglio Nazionale, nell'approvare il documento del Comitato Centrale trasmesso alla stampa il 27 marzo 2009 e nel ripercorrere e approfondire le linee di indirizzo ivi contenute, impegna il Comitato Centrale stesso alla pronta convocazione di un Consiglio Nazionale, preceduto da un Convegno nazionale, dedicato all'esame delle implicazioni assistenziali di questo disegno di legge, onde proporre

al Parlamento i contributi offerti dalla nostra Professione nelle sue valenze cliniche, etiche e civili, nel riferimento ai contenuti del Codice di Deontologia Medica vigente.

In tal senso la Federazione, in coerenza con la propria attribuzione di organo ausiliario dello Stato, auspica che nella prosecuzione dell'iter legislativo siano opportunamente considerate le istanze professionali da essa rappresentate, in modo che la normativa garantisca la migliore assistenza possibile in queste situazioni patologiche.

TERREMOTO IN ABRUZZO: LE PROFESSIONI SANITARIE ATTIVANO STRATEGIE COMUNI

Presidenti delle **Federazioni Nazionali delle Professioni sanitarie**, costituite in Ordini e Collegi, si sono riuniti d'urgenza a Roma il 7 aprile 2009, a fronte della drammatica situazione creatasi nelle zone terremotate, condividendo i seguenti orientamenti operativi:

1. rendere disponibili, per sostenere e rafforzare le attività sanitarie, tutte le competenze professionali necessarie, a partire da quelle presenti sul territorio, sollecitando e supportando le iniziative dei rispettivi Ordini e Collegi
2. attivare un sito internet di informazione e comunicazione, su cui pubblicare dati e notizie utili alla cittadinanza e ai professionisti, collegato in rete con i siti istituzionali e le centinaia di siti degli Ordini e Collegi territoriali
3. mettere a disposizione farmacie mobili al fine di garantire la distribuzione di farmaci indispensabili per la popolazione terremotata
4. proporre, compatibilmente con l'ordinamento giuridico vigente, lo stanziamento di risorse delle rispettive Federazioni a supporto delle attività di cura e assistenza nelle zone colpite.

In ogni caso, le Federazioni si impegnano a coordinare tutte le proprie iniziative, mettendole a disposizione delle autorità preposte alla Protezione Civile e alla Croce Rossa, competente per quelle specifiche sanitarie, al fine di evitare confusione e dispersione di risorse umane e materiali.



I Presidenti che hanno aderito all'iniziativa:

FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri)

FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani)

FNOVI (Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)

FNCO (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche)

IPASVI (Federazione nazionale Collegi Infermieri)

FNCTSRM (Federazione Nazionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica)

Amedeo **Bianco**

Andrea **Mandelli**

Gaetano **Penocchio**

Miriam **Guana**

Annalisa **Silvestro**

Giuseppe **Brancato**

LA FNOMCEO E L'ISDE STILANO UNA DICHIARAZIONE COMUNE SU "CLIMA E SALUTE"



FNOMCeO

"Cambiamenti climatici e salute": è questo il tema del progetto che la **FNOMCeO** (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri) e l'**ISDE Italia** (Associazione Medici per l'ambiente) presentano oggi, 7 aprile, **Giornata Mondiale della Sanità**.

L'intento di tale progetto è quello di **indirizzare i governi italiani, europei e degli altri Paesi ad un accordo** che si fondi sul dialogo tra scienza, etica e politica, sulla cooperazione internazionale, e sui principi di giustizia ed equità nella tutela della salute dei cittadini e del diritto di tutti allo sviluppo e a una soddisfacente qualità della vita.

È, infatti, scientificamente provato che le ricadute delle condizioni ambientali sulla salute sono allarmanti.

Proprio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che promuove

la giornata che si celebra oggi, ha recentemente dichiarato che per ogni grado di aumento della temperatura terrestre, ogni anno la popolazione mondiale perde, complessivamente, cinque milioni di anni di vita in buona salute, mentre la mortalità, a livello globale, aumenta del 3%. Danni molto gravi riguardano gli ecosistemi con notevole rischio sul piano bio-evolutivo. I medici sono convinti che l'efficacia dei provvedimenti per contrastare i cambiamenti climatici richieda azioni integrate su più livelli di governo -internazionale, nazionale, regionale, locale - su più piani - economico, sociale, culturale, ambientale, sanitario - e su diversi attori - cittadini, decisori politici, istituzioni e professionisti della salute.

Obiettivi condivisi saranno:

Promuovere la salute, la giustizia sociale e la sopravvivenza delle generazioni attuali e future, dei

poveri e dei ricchi, a livello locale e mondiale

Limitare i cambiamenti climatici dovuti alle emissioni di anidride carbonica prodotte dall'uomo. Avviare riflessioni e proposte su un modello di sviluppo sostenibile.

Il programma dell'iniziativa si articolerà in più punti: prima tappa sarà l'incontro tra **ISDE Italia** e **FNOMCeO** per ratificare una **Dichiarazione comune su "Clima e Salute"**, che sarà presentata in una prossima Conferenza Stampa. Successivamente, i medici italiani potranno aderire via e-mail alla Dichiarazione comune per dare al Documento un connotato di autenticazione forte. Infine, organizzeranno eventi nazionali per presentare la Dichiarazione Comune con le relative firme di supporto alla Politica, alla Società Civile, all'Opinione Pubblica.

RECENTI PROGRESSI NELLA TERAPIA DELL'EPATITE CRONICA C

Questa nuova rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

A cura di G. Abbati e M. Bianchini

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

N ENGL J MED 359:23 WWW.NEJM.ORG DECEMBER 4, 2008

Prolonged Therapy of Advanced Chronic Hepatitis C with Low-Dose Peginterferon

Adrian M. Di Bisceglie, M.D., Mitchell L. Shiffman, M.D., Gregory T. Everson, M.D., Karen L. Lindsay, M.D., James E. Everhart, M.D., M.P.H., Elizabeth C. Wright, Ph.D., M.P.H., William M. Lee, M.D., Anna S. Lok, M.D., Herbert L. Bonkovsky, M.D., Timothy R. Morgan, M.D., Marc G. Ghany, M.D., Chihiro Morishima, M.D., Kristin K. Snow, Sc.D., and Jules L. Dienstag, M.D., for the HALT-C Trial Investigators*

Journal of Viral Hepatitis, 2009, 16, 75-90

doi:10.1111/j.1365-2893.2008.01012.x

REVIEW

Expert opinion on the treatment of patients with chronic hepatitis C

S. Zeuzem,¹ T. Berg,² B. Moeller,³ H. Hinrichsen,⁴ S. Mauss,⁵ H. Wedemeyer,⁶ C. Sarrazin,¹ D. Hueppe,⁷ E. Zehnter⁸ and M. P. Manns⁶ ¹Zentrum der Inneren Medizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt, Germany; ²Medizinische Klinik m. S. Hepatologie und Gastroenterologie Charité, Campus Virchow-Klinikum, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; ³Hepatologische Schwerpunktpraxis, Berlin, Germany; ⁴Gemeinschaftspraxis, Kiel, Germany; ⁵Internistische Praxis, Düsseldorf, Germany; ⁶Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Gastroenterologie und Hepatologie, Zentrum Innere Medizin, Hannover, Germany; ⁷Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis Herne, Ärztehaus am Evangelischen Krankenhaus Herne, Herne, Germany; and ⁸Internistische Praxis, Dortmund, Germany

Received April 2008; accepted for publication May 2008

Questi due articoli pubblicati recentemente su prestigiose riviste ci permettono di fare il punto della situazione nel campo della terapia dell'epatite cronica C.

Il primo, comparso sul numero di dicembre 2008 del New England Journal of Medicine, attenua non poco le speranze legate all'efficacia di una terapia a lungo termine con bassi dosaggi di interferone pegilato.

Il prestigioso gruppo di studiosi dell' HALT-C Trial ha paragonato al placebo l'efficacia di un dosaggio dimezzato (90 mcg) di interferone pegilato somministrato per ben 3 anni e mezzo in pazienti che non avevano risposto ad un trattamento a dosaggio standard con

interferone pegilato e ribavirina. Nell'ampia casistica studiata, la terapia con interferone, nonostante determinasse un calo delle transaminasi e della viremia, non è stata in grado di prevenire una progressione nel tempo della malattia né alcuna delle sue complicanze, compresa la comparsa di epato-carcinoma.

Il risultato conferma che l'unica terapia in grado di cambiare radicalmente la prognosi di questi pazienti è una terapia limitata nel tempo che porti ad una risposta sostenuta (negativizzazione permanente del HCV-RNA che perdura negli anni successivi alla sospensione del trattamento).

Numerosi studi dimostrano come una risposta virologica sostenu-



G. Abbati

ta (SVR) determini un sostanziale cambiamento nella prognosi del paziente: non solo si arresta la progressione della malattia ma si determina anche una nettissima riduzione della comparsa delle complicanze nel tempo, tanto da potere pensare alla SVR come a qualcosa di molto simile ad una "guarigione".

A tale proposito una review pubblicata pochi mesi orsono su *Journal of Viral Hepatitis* permette di mettere in luce gli enormi progressi ai quali abbiamo assistito negli ultimi anni nel campo della terapia dell'epatite cronica C e di avere un nuovo approccio a tale trattamento.

Stefan Zeuzem, uno dei maggiori esperti in questo campo, evidenzia come l'approccio a questa terapia sia cambiato anche rispetto a pochi anni orsono, quando l'attenzione era concentrata solo sulla differenza tra genotipi facili (2 e 3) che presentano percentuali di SVR attorno al 80% dopo 6 mesi di terapia e genotipi difficili (1 e 4) nei quali le percentuali di "guarigione" sono ancora attorno al 40-50% dopo 12 mesi di terapia.

Il messaggio principale che emerge da questo articolo è che si deve valutare caso per caso l'interazione tra il virus, la terapia ed il sistema immunitario del paziente. Da questo deriva che esistono pazienti

"facili" o "difficili" indipendentemente dal genotipo e tale dato può essere ricavato dalla risposta alla terapia già dopo 4 settimane (periodo durante il quale è possibile testare anche la tollerabilità della terapia che è estremamente variabile nei diversi pazienti).

Dall'analisi di questa review emerge chiaramente come oggi il dato più importante per valutare le probabilità di "guarigione" sia diventata la risposta virologica rapida (RVR) (cioè l'azzeramento della viremia dopo 4 settimane di terapia) più che il genotipo e che solo in corso di terapia si possano etichettare correttamente i pazienti in "facili" o "difficili".

Accadrà così che pazienti con genotipo facile (2 e 3) che non presentano RVR abbassino sensibilmente le loro probabilità di "guarigione" e necessitino forse di terapie più lunghe o con dosaggi maggiori.

D'altra parte, invece, potremmo vedere come un quarto dei pa-

zienti con genotipo 1 (il più resistente alla terapia) abbiamo una RVR che li rende più "facili" di quanto pensassimo ed aumenta la loro probabilità di "guarigione" da 40-50% al 90%, anche con una terapia ridotta a soli 6 mesi.

Questi risultati ci impongono di considerare oggi tutti i pazienti per la terapia, perchè solo l'esperienza sul campo (le 4 settimane di terapia) ci può dire sia la tollerabilità della terapia (che talvolta è ottima), sia, soprattutto, la reale probabilità di avere una risposta sostenuta e con quale schema terapeutico.

Solo in base a tali elementi si potrà dare al paziente una stima precisa delle sue probabilità di "guarire" e decidere razionalmente, in accordo con lui, se proseguire o meno fino al termine della terapia.

G. Abbati

Gli articoli nella loro versione integrale sono consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione Bollettino

COMITATO PARI OPPORTUNITÀ: 1.147 DIPENDENTI HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO

Riportiamo in questo articolo la relazione finale presentata a conclusione del percorso di lavoro sul benessere organizzativo. Presentati i dati raccolti grazie all'indagine conoscitiva, realizzata lo scorso anno attraverso un questionario rivolto a tutti i dipendenti, sulla situazione nella nostra Azienda delle pari opportunità. Emergono molti dati interessanti: aumenta il numero di donne nei ruoli dirigenziali, il part time è una scelta soprattutto femminile, emerge un forte desiderio di formazione e si chiede di essere giudicati per obiettivi raggiunti e non per le ore di presenza.

Il 5 dicembre 2008, a Modena, si è conclusa la prima fase del percorso di lavoro sul Benessere Organizzativo realizzato dal Comitato Pari Opportunità dell'Azienda USL di Modena.

Una conclusione pratica, che ha visto la riconsegna dei dati estrapolati dal questionario a scopo conoscitivo precedentemente distribuito a tutti i dipendenti aziendali. Il centro "Progetto Donna" di Bologna, a cui avevamo affidato l'elaborazione e interpretazione dei dati, ha riassunto i punti salienti da portare all'attenzione della Direzione Aziendale. E la Direzione, rappresentata dal direttore amministrativo Giuseppe Grandi, ha risposto suddividendo i campi in cui è possibile intervenire da quelli invece, più utopistici, in cui non è possibile ad oggi porre modifiche. Il seminario è il punto di arrivo pubblico e formale di un lungo lavoro iniziato dal Comitato nel 2004, ancora in corso tutt'oggi, e sicuramente proiettato nei futuri quattro anni del nostro mandato. Ricordiamo che l'impegno che avevamo assunto con la Direzione Aziendale era e resta quello di individuare una area di lavoro ben

definita su cui **impegnarci per migliorare la qualità di vita lavorativa di tutti i dipendenti.**

Il questionario è suddiviso in due capitoli, uno "fotografico/descrittivo" della situazione in essere, l'altro "critico e propositivo" sulla gestione-organizzazione.

Innanzitutto sottolineiamo la buona adesione al questionario distribuito: 1.147 persone hanno risposto (su 6.500 dipendenti), di cui **89% donne e 11% uomini.** Vediamo quindi in lontananza una timida partecipazione maschile, che ci permette di dire che siamo sulla buona strada per un sentire comune.

Si tratta del 18% della totalità dei dipendenti e, quando la percentuale dei rispondenti supera il 10-15% di adesione, si considera il valore più che accettabile.

Altro dato significativo: fra i rispondenti la partecipazione dei laureati e specializzati post laurea è il 31% sulla totalità dei laureati in Azienda. Ciò sta a significare che, anche per coloro che hanno mansioni di interesse culturale medio alto, è considerevolmente sentito il bisogno di collaborare per apportare miglioramenti.

Un dato che a noi ha suscitato particolare interesse è che non si è trovata differenza di "genere" in quel campo di domande/indagini che toccano temi di criticità. Sia uomini che donne sentono forte il bisogno di superare alcune criticità organizzative, per una migliore qualità di vita familiare e relazionale che si rispecchia immediatamente sulla vita lavorativa.

Per ciò che riguarda la posizione dirigenziale, in una Azienda prevalentemente costituita da donne si evidenzia che negli incarichi dirigenziali le donne sono passate in tre anni dal 44 al 47% e nei ruoli esecutivi e d'ordine non dirigenziali, sono la maggioranza, sono stabili e rappresentano il 75%.

Nella dirigenza della struttura complessa le donne sono passate dal 20% del 2005 al 23% del 2007 e nella dirigenza della struttura semplice sono passate dal 30 al 34 % comparando gli stessi anni.

Ciò significa che sono stati fatti piccoli e lenti passi per superare il noto tetto di cristallo della carriera, ma molto resta ancora da fare.

Nella scelta del part time le donne

sono stabili (95%) e solo esclusivamente loro, nella coppia, giungono a tale scelta per il lavoro di cura e accudimento di cui da sempre si occupano.

Emerge ancora una grande prevalenza femminile nei lavori atipici (impiego a progetto, temporaneo e discontinuo). Nell'insieme delle domande relative alla gestione e organizzazione nel lavoro in rapporto alla vita familiare e extra lavoro, segnaliamo una evidente criticità.

Su 12 domande specifiche ben 7 superano il 40% di consapevole criticità sia per gli uomini che per le donne.

Il desiderio di formazione è un tema caldo che denota attaccamento al lavoro e, nel questionario molti sono gli spunti su cui lavorare.

Emerge la proposta di scegliere i tempi della formazione al fine di includere sia chi gode del part time, sia chi adempie al tempo pieno.

Emerge la richiesta di **reinserimento nel lavoro** dopo lunghe assenza per malattia o maternità con la possibilità di aggiornamento delle modifiche avvenute. La maggior parte chiede di essere giudicato non dal monte ore svolto ma dal "monte lavoro" portato a termine, quindi **essere giudicato per obiettivi raggiunti, più che per ore di presenza**.

Sul tema della conciliazione emergono molte criticità relative alla mancanze di servizi esterni, come

mezzi pubblici, parcheggi, centri spesa.

Salta invece all'occhio il buon giudizio sulla efficiente rete degli asili territoriali.

Nel corso della presentazione dei dati, il dott. Giuseppe Grandi ha esposto e rappresentato la posizione della direzione relativamente ad alcune aree su cui agire concretamente:

- miglioramento degli orari di riunioni e, laddove possibile, di corsi di formazione in modo tale da assicurare la migliore coniugazione possibile tra le esigenze lavorative e le necessità della vita privata;
- definizione chiara degli obiettivi da perseguire e conseguente sviluppo di un processo valutativo sempre più legato alla valutazione dei risultati raggiunti piuttosto che ad elementi formali quali la presenza sul luogo di lavoro; peraltro con la consapevolezza che i contratti nazionali di lavoro, e spesso anche le organizzazioni sindacali, pongono limiti al pieno esplicarsi di sistemi valutativi basati sul merito;
- perfezionamento della relazione tra capo e collaboratori, improntata al dialogo continuo ed alla crescita professionale, anche attra-

verso l'individuazione di specifici percorsi personalizzati.

Conclusioni

La gestione di una Azienda Sanitaria, grande e sparsa su un ampio territorio geografico, diversificata nei ruoli, multidisciplinare per competenze come la nostra è molto complessa, e i punti di criticità pensiamo non si possano azzerare totalmente.

Pensiamo però e crediamo a piccoli gesti di miglioramento.

Ricordiamo che in sanità, accanto alla alta professionalità dei singoli dipendenti, si trova il difficile e intangibile "momento" di relazione fra professionisti - sia verticale che orizzontale - e fra professionisti e cittadini/pazienti. **In sanità la relazione fa la differenza e deve essere coltivata alla pari degli altri obiettivi.**

Si aggiunge inoltre il tema della conciliazione dei tempi che dovrebbe tendere al massimo per garantire il miglior servizio possibile erogabile.

Infine, ricordiamo che il ruolo del Comitato pari opportunità - non essendo organo decisionale - è di sensibilizzare e stimolare l'Azienda di appartenenza e contiamo, con l'aiuto di tutti voi, di adempiere a tale compito.

*L. Scaltriti
Presidente Comitato
pari opportunità*

Sabato 18 aprile si è svolto presso il Centro servizi dell'Università di Modena un congresso dal titolo emblematico: Medico Cura Te Stesso. A dire il vero già i Romani nella loro filosofia pratica consigliavano: "Medice cura te ipsum". Eppure parecchi sono stati i motivi di interesse per un tale evento ai giorni nostri:

1. Era il Primo Congresso Nazionale su questo tema
2. Non riguardava patologie riferite ai pazienti
3. Coinvolgeva la salute fisica e mentale di chi deve curare gli altri.

L'aspettativa era tale da coinvolgere parecchi addetti ai lavori, a cominciare dall'Ordine dei Medici, con l'intervento diretto del suo Presidente Dott. N. D'Autilia, che faceva il punto su quello che oggi viene denominato "Nuovo rapporto medico-paziente". Il Presidente confermava infatti, che questo rapporto non è più quello di una volta, ma comunque esiste e anzi va rinsaldato proprio alla luce di nuove prospettive.

La Prof.ssa G. Agazzotti, a nome della Facoltà di Medicina e Chirurgia, di cui è Preside, ringraziava per il gradito invito e ricordava come l'impegno dell'Università sia quello di formare ottimi medici, per

curare non solo ogni tipo di paziente ma anche gli stessi medici. Inaspettato ha portato il suo sincero appoggio all'iniziativa l'On. Giovanardi, sollevando il solito interrogativo se fosse lui o il fratello. Con la sua presenza ha voluto dimostrare come il problema della salute dei medici sia ormai avvertito anche a livello politico nazionale.

E purtroppo si è dovuto constatare che le "patologie" mediche sono in continuo aumento.

Tutti gli oratori, ognuno dal proprio punto di vista e in relazione alla propria formazione professionale, hanno messo in evidenza quanto tale problema stia diventando un problema "sociale".

Determinanti, a questo proposito, sono stati considerati:

- il sempre maggior carico di lavoro, soprattutto in termini burocratici;
- una sempre maggior responsabilità attribuita ai medici in termini legali e appunto il continuo assottigliarsi della famosa "fiducia" medico-paziente".

Per ultimo, ma non ultimo per importanza, la "atavica" tendenza del medico a...non curare se stesso. Alcuni colleghi, che già da tempo si occupavano di questo "Burn Out

Medico" per motivi professionali o addirittura perché già pazienti loro stessi, hanno indicato alcuni punti cardine per prevenire o almeno arginare tale situazione:

1. Uno stile di vita dove salute fisica e salute psichica si incontrino;
2. Regolare attività di fitness e wellness;
3. Consapevolezza della propria vulnerabilità e fragilità;
4. Riporre più fiducianei colleghi.

Il Dr. Arginelli, coerentemente al suo impegno come coordinatore dei medici artisti modenesi, invitava a scaricare lo "stress da medico" dedicandosi possibilmente ad attività artistico creative.

E infatti il padrone di casa ed eccellente organizzatore del congresso, Prof. B. Palmieri, dava l'esempio, facendo eseguire da alcuni colleghi originali stacchi musicali e allestendo la mostra di opere artistiche di altri.

Alla fine, ringraziava tutti per questa senz'altro riuscita "prima volta", convinto di aver suscitato nei partecipanti la consapevolezza che "Se il medico sta bene cura bene i suoi pazienti".

M. Cinque

IL NETWORK RICERCATORI COMPIE DUE ANNI

L'idea iniziale di costituire il gruppo nacque in occasione del Corso di formazione "La ricerca nelle Cure Primarie: metodi ed opportunità", i cui lavori si conclusero con l'auspicio di portare avanti l'attività formativa sui temi della ricerca e della sperimentazione.

Successivamente, all'interno della Commissione per la Sperimentazione in Medicina Generale ed in Pediatria di Libera Scelta, costituitasi nel 2006, e del gruppo che aveva programmato ed organizzato il corso, nacque l'idea di aprire un "spazio" nel quale fornire ai MMG e PdLS l'opportunità di libero accesso alle informazioni originali, continuando l'approfondimento formativo ed acquisendo dimestichezza con la metodologia della ricerca valutativa all'interno della propria pratica clinica usuale.

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta rischiano infatti di ricoprire un ruolo marginale nelle attività di ricerca, per lo più progettate da altri e che poco hanno a che vedere con gli obiettivi e le esigenze del loro ambito specifico; si avverte inoltre l'esigenza di mettere in campo competenze metodologiche adeguate che permettano di impostare progetti di ricerca in modo autonomo e porre le basi per una ricerca che nasca dalla Medicina Generale e dalla Pediatria LS.

Da queste premesse è nato il gruppo denominato "Network ricercatori" che si propone l'obiettivo di crescere nella sensibilità e nelle competenze necessarie per portare avanti progetti di ricerca e tentare di diffondere questo interesse anche ad altri colleghi.

La Commissione ha svolto un iniziale ruolo di stimolo e di elemen-

to propulsivo; tuttavia perché la Ricerca divenga patrimonio e competenza della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, occorre che il "Network ricercatori" sia sempre più autonomo e capace di trovare al proprio interno elementi di interesse per continuare questo cammino di crescita.

Da parte della Commissione e delle articolazioni aziendali interessate c'è la massima disponibilità a dare un supporto metodologico e tecnico per creare le condizioni che consentano il definitivo consolidarsi di questa esperienza, con l'obiettivo di favorire la crescita della cultura della ricerca in MG e in PLS.

Dal maggio 2006 fino ad oggi, a cadenza bimensile, il "Network dei ricercatori" si è regolarmente riunito, progettando al momento i seguenti studi già approvati anche dal Comitato Etico:

1. Studio **ABC**: Analisi dei Bisogni Conoscitivi; ha l'obiettivo di raccogliere dati sui bisogni informativi che emergono nel corso dell'attività professionale quotidiana dei medici e delle modalità con cui i professionisti strutturano quesiti e cercano risposte.
2. Studio **"la funzione renale in pazienti ipertesi e/o diabetici in MG"**: analizzerà i comportamenti dei medici correlati sia sul piano clinico che terapeutico.
3. Studio **"valutazione della tipologia e della priorità degli accessi agli ambulatori dei MMG della Provincia di Modena con analisi delle motivazioni e delle percezioni di urgenza rispetto al problema riferito in un campione di tutenti"**



F. Sala

4. Studio **Analisi delle motivazioni e della percezione di urgenza dei cittadini che accedono ai servizi del pronto soccorso della Provincia di Modena e vengono codificati come "codici bianchi"**.

Questi ultimi due studi, partendo da contesti diversi, si occupano di indagare il fenomeno degli accessi impropri al Pronto soccorso (i cosiddetti "codici bianchi"), l'uno valutando le motivazioni dei pazienti che accedono al PS e le relazioni con l'assistenza di base, l'altro osservando la struttura organizzativa e i carichi di lavoro degli ambulatori dei MMG per verificare la percezione d'urgenza e il grado di soddisfazione dei pazienti che vi accedono.

Questi studi, che sono attualmente in pieno sviluppo, hanno altresì ricevuto per il 2008 un finanziamento RER di € 14.000,00 nell'ambito dei Progetti di Modernizzazione Regionali.

F. Sala

E' STATA DURA MA CE L'ABBIAMO FATTA

A raccontare questa storia non basterebbe un intero numero del Bollettino, ma tant'è... il risultato è stato raggiunto. Dopo soli undici mesi (11!!), l'Assessorato ai Servizi sociali del Comune di Modena ci ha fornito i nominativi e i recapiti telefonici delle assistenti sociali che operano nel nostro Comune. Sarebbe particolarmente interessante analizzare il percorso che ha condotto a questo risultato, ma all'Ordine dei medici interessava che fossero garantiti i criteri di riconoscibilità degli operatori sociali nel momento del bisogno del cittadino modenese, quando la tanto auspicata "integrazione socio-sanitaria" si rivela fondamentale per la validità dell'iter assistenziale.

Ora sappiamo a chi parliamo e da chi siamo chiamati. Non è poco in un momento nel quale si parla spesso di privacy.

Il presidente D'Autilia

POLO 1 – VIA REDECOCCA, 1 – Modena Segreteria tel. 059/203.3620/21 - fax 059/203.3625 e-mail: polo1.centro.storico@comune.modena.it	
LASAGNI CECILIA	COORDINATORE
FERRARINI PATRIZIA	add. Segreteria
MELOTTI RITA	add. segreteria
PARADISI LUISA	add. sezione
SGARBI SIMONA	add. sezione
GOZZI GRETA	a.s. area anziani
DE SIMONE ELENA	a.s.area anziani
CAROLI SARA	a.s. area anziani
VITTI TERESA	Sportello
PANINI PATRIZIA	raa
PEDERZOLI MARINELLA	raa
RINALDI ANTONIETTA	a.s.area adulti
ALDROVANDI BARBARA	a.s.area adulti
SCHENETTI MAURIZIO	ed. area H
FERRARI PAOLA	ed. area adulti
MANNI CRISTINA	a.s. area minori
PIZZIRANI ILARIA	a.s. area minori
CAVOLI DANIELA	a.s. area minori
BOVE ROMINA	ed. area minori
VIVI ANNALISA	ed. area minori

POLO 2 – VIA MAR TIRRENO, 333 – Modena Segreteria tel. 059/203.3999/98 fax 059/203.3987 e-mail: polo2.crocetta.sanlazzaro@comune.modena.it	
RICHELDI MARINELA	COORDINATORE
MAGLIO CARMEN	add. Segreteria
RIZZO MIRELLA	add. segreteria
ACCARDO CATERINA	add. segreteria
CASARELLI SIMONE	add. di sezione
BONAZZI MARIA	
ALOUOPI PAOLA	amministr. Coop.
SOLITO MADDALENA	a.s. area anziani
PEZZONI MANUELA	a.s. area anziani
MANDOLESI LORELLA	a.s. area anziani
MANCINI LUCIA	Sportello Sociale
AULOPI FABIANA	raa
PETRESCU ANCA VERONICA	raa
SOLIANI FABIANA	a.s. area adulti
DE SANTIS MICHELE	a.s. area adulti
MARINI ELENA	a.s. area adulti
ZINI MARIA	clandestini minori
SANTI ANTONELLA	a.s. area minori
FRANCIA GIADA	a.s. area minori
PUNTEL LORETTA	a.s. area minori
CAROTTA SILVIA	a.s. area minori
BORGHI ELISA	a.s. area minori
MUNARI DANIELA	ed. area adulti
MAMELI A. PAOLA	ed. area adulti
MUCCILLO GABRIELE	ed. area adulti
CORRADINI SONIA	ed. area minori
MANARA MIRCO	ed. area minori
VIGNOLI SILVANA	ed. area minori

- SAD CROCETTA
 - SAD S. LAZZARO
 - ABILITAZIONE PROFESSIONALE – VIA MAR TIRRENO, 333 – Modena - Segreteria tel. 059/203.3824 fax 059/203.3821

POLO 3 – VIA VITERBO, 74 – Modena Segreteria tel. 059/203.4300/4299/4298 fax 059/203.4305 e-mail: polo3.buonpastore@comune.modena.it	
D'APICE LUIGI	COORDINATORE
CORNIA SIMONA	add. segreteria
PELLACANI MERIS	add. segreteria
RIZZO TIZIANA	add. segreteria
MUZZIOLI ELENA	add. sezione
ZIENNA MERI	add. segreteria
MARCHI KATIUSCIA	a.s. area anziani
LONGAGNANI SARA	a.s. area anziani
BATTILANI CHIARA	a.s. area anziani
PAOLA NERI	a.s. area anziani
CIGARINI SILVIA	a.s. area minori
CASALI ELISA	a.s. area minori
RONCAGLIA MARCO	a.s. area minori
ZAMMIELLO NICOLINA	a.s. area minori
BERTOLETTI CAMILLA	a.s. area minori
SANTI CHIARA	a.s. area adulti
ANNOVI ELENA	a.s. area adulti
QUARANTINI MARILENA	
SCAURI CINZIA	a.s. area adulti
RICCO NADIA	spazio anziani
LUPPI GABRIELLA	raa buon pastore
LAI CARLA	raa s. agnese
CAPPI FIORELLA	raa nucleo handicap
BERSELLI MONICA	educ. minori
AVALLONE STEFANIA	educ. minori
LIBRIZZI DARIO	educ. minori
CASARINI ERIKA	
PATTUZZI MARA	educ. minori
GIOVENZANA MASSIMO	educ. adulti

- SAD BUON PASTORE
- SAD S. AGNESE
- SPAZIO ANZIANI (Ricco Nadia)

POLO 4 S. Faustino – VIA NEWTON, 150 – Modena Segreteria tel. 059/203.4000 fax 059/203.4005 e-mail: polo3.buonpastore@comune.modena.it	
RIGHI ANNALISA	COORDINATORE
SELMI SILVIA	add. sezione
ZANETTI ENRICHETTA	add. segreteria
SGARBI SIMONETTA	add. segreteria
ASCARI ELISABETTA	area adulti
TAZZIOLI STEFANIA	area adulti
QUONDAM STEFANO ARIANNA	area adulti
CORRADINI FRANCESCA	area minori
ROSSI LETIZIA	area minori
BIOLCHINI SIMONA	area minori
QUATTROCCHI ROSELLA	area minori
MASTRANGELO ANGELA	ed. area minori
DI VUOLO TERESA	ed. area minori
SPINOLA ANNA	ed. area minori
TARTARI LETIZIA	ed. area adulti

POLO 4 Madonnina – VIA BARCHETTA, 77 – Modena Segreteria tel. 059/203.4100 fax 059/203.4090 e-mail: polo4.madonnina@comune.modena.it	
BASTONI ALESSANDRA	area anziani
BORCIANI SERENA	area anziani
SALOMONI EMANUELE	sportello
DEPIETRI TONELLI CARLOTTA	area anziani
MONTORSI NADIA	amministr. coop.
PANINI CARLA	raa

- SAD SAN FAUSTINO
- SAD MADONNINA

POLO 5 – Modena - Segreteria fax 059/436.166
e-mail: polo5.sociosanitario@comune.modena.it

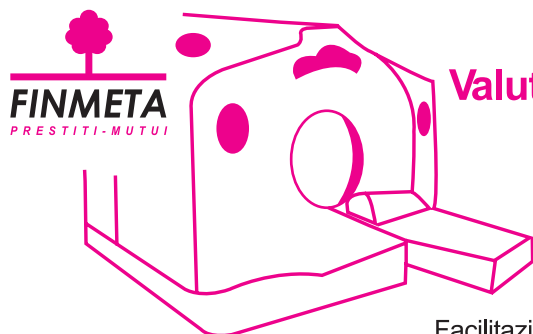
ROSSI FRANCESCA	COORDINATRICE
CUOGHI ANNA MARIA	segreteria 059/436.114
VASQUEZ ANGELICA	segreteria
SASSATELLI GABRIELLA	segreteria 059/436.113
RODIA BRUNA	assistente sociale
DEL MONTE ANNALISA	raa
PUA	059/436111
GUERZONI TANIA	centro d'ascolto per familiari di pazienti affetti da disturbi cognitivi 050/436.112

OSPEDALE DI BAGGIOVARA
Segreteria tel. 059/39.61.095 fax 059/39.61.331

BASSOLI PAOLA	assistente sociale
GHINI TIZIANA	assistente sociale

AZIENDA POLICLINICO
Segreteria tel. 059/422.8865 fax 059/422.4369

DAZZI ANNA MARIA	assistente sociale
CALZOLARI IRENE	assistente sociale



Tecnologie moderne troppo costose? **Valuta i vantaggi del noleggio a lungo termine**

DISPONIBILITA' IMMEDIATA DELLA STRUMENTAZIONE SCELTA DA TE.
NESSUN ANTICIPO.
DETRAIBILITA' FISCALE DEI CANONI.
RIMBORSO IN 24/60 MESI.
POSSIBILITA' DI DILAZIONARE I COSTI DI MANUTENZIONE.

Facilitazione per i Medici appartenenti all'Ordine della provincia di MODENA:
 per strumentazione fino a € 75.000,00 delibera rapidissima e nessuna richiesta di documentazione reddituale.

RICHIEDI SENZA ALCUN IMPEGNO UNA NOSTRA VISITA GRATUITA.

Via Newton, 9/D - 42100 - Reggio Emilia - **Cell. 333.8425390** - Ierose@finmeta.it - U.I.C. 8425 - A 6898

APPROPRIATEZZA NELLA DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE: CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ IN ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)

Sintesi del documento del panel multidisciplinare¹ della Ausl di Modena, dell'AOU Policlinico di Modena, dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e dell'Hesperia Hospital costituito all'interno del progetto "Appropriatezza in Endoscopia Digestiva – Distretto di Modena"

Premessa

La diagnostica endoscopica si avvale oggi di strumenti ad alta tecnologia, in grado di supportare il medico nell'inquadramento diagnostico della patologia in studio e di garantire tempestività ed adeguatezza delle scelte terapeutiche.

Il presente documento nasce dall'esigenza di elaborare criteri clinici di priorità nella diagnostica endoscopica del tratto digestivo superiore, nell'ambito di un percorso di condivisione e consenso informale, da parte di un panel multidisciplinare composto da MMG, endoscopisti, gastroenterologi, medici di direzione sanitaria, medici di emergenza-urgenza e della direzione del Dipartimento di Cure Primarie.

L'elaborazione dei criteri di appropriatezza e priorità ha tenuto conto della possibile applicabilità nel contesto locale, in particolare considerando le risorse disponibili a livello aziendale e provinciale.

L'obiettivo principale è stato quello di produrre uno strumento che sintetizzi le migliori evidenze disponibili, sia per supportare le decisioni diagnostiche dei professionisti, sia per coinvolgere in modo informato e consapevole i pazienti. Un appropriato ed efficiente utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, consente infatti di limitare il numero di esami diagnostici non appropriati, garantendo una tem-

pistica di esecuzione adeguata alle esigenze cliniche ed evitando una inutile esposizione dei pazienti a metodiche diagnostiche invasive. Inoltre il progetto ha come ulteriore obiettivo quello di favorire comportamenti omogenei tra medici, garantendo equità nell'accesso alle prestazioni per i pazienti. Periodici audit verranno programmati per un costante monitoraggio degli ostacoli all'adattamento locale.

Gli scenari clinici riportati in questo documento sono stati analizzati dal panel clinico sulla base delle evidenze disponibili privilegiando linee guida valide, prodotte da società scientifiche o agenzie sanitarie governative. La scelta della letteratura scientifica di riferimento si è basata su criteri di validità e di anno di pubblicazione, privilegiando i documenti più recenti e bibliograficamente più aggiornati.

Esogagogastroduodenoscopia (EGDS):

L'EGDS, una delle procedure endoscopiche più comunemente effettuate, fornisce informazioni importanti per la diagnosi di patologie del tratto gastrointestinale superiore e può avere finalità terapeutiche.

In particolare:

L'EGDS è generalmente indicata:

1. se l'esame può cambiare la gestione del paziente

2. dopo inefficacia di un trial empirico di terapia per sospetta patologia benigna.

L'EGDS non è generalmente indicata:

1. quando il risultato dell'esame non è in grado di modificare il trattamento o la gestione del paziente
2. per il follow-up periodico di malattie benigne
3. per la valutazione di sintomi già considerati come funzionali
4. in pazienti con diagnosi di adenocarcinoma metastatico di origine sconosciuta, quando il risultato non modifica il trattamento.

L'EGDS sequenziale o periodica non è generalmente indicata:

1. per la sorveglianza di pazienti con patologie a cui non viene attribuito un potenziale evolutivo neoplastico (es. atrofia gastrica, anemia perniciosa o precedenti interventi chirurgici sullo stomaco per patologia benigna)
2. per la sorveglianza di malattie benigne guarite (es. esofagite, ulcera gastrica o duodenale)
3. per la sorveglianza dopo ripetute dilatazioni di stenosi benigne anamnesticamente stabili (clinicamente "silenti").

L'EGDS è controindicata quando si sospetta una perforazione.

¹ Composizione del panel: Dott.ssa Barchi Tiziana, Dott.ssa Bonesi Maria Grazia, Dott. Callegaro Alessandro, Dott. Cavalli Mario, Dott. Chahin Nabil, Dott.ssa Conigliaro Rita, Dott. Dal Borgo Paolo, Dott.ssa De Luca M. Luisa, Dott.ssa Gualtieri M. Chiara, Dott.ssa Maccaferri Cristina, Dott. Mazzi Wainer, Dott. Merighi Alberto, Dott. Piancone Cataldo, Dott. Salinaro Francesco, Dott.ssa Salvo Erica, Dott.ssa Scarpa Marina, Dott.ssa Torcasio Francesca, Dott. Trande Paolo. Coordinamento: Dott.ssa Loretta Casolari.
Sintesi del documento: Dott.ssa Torcasio Francesca.

Gli scenari clinici

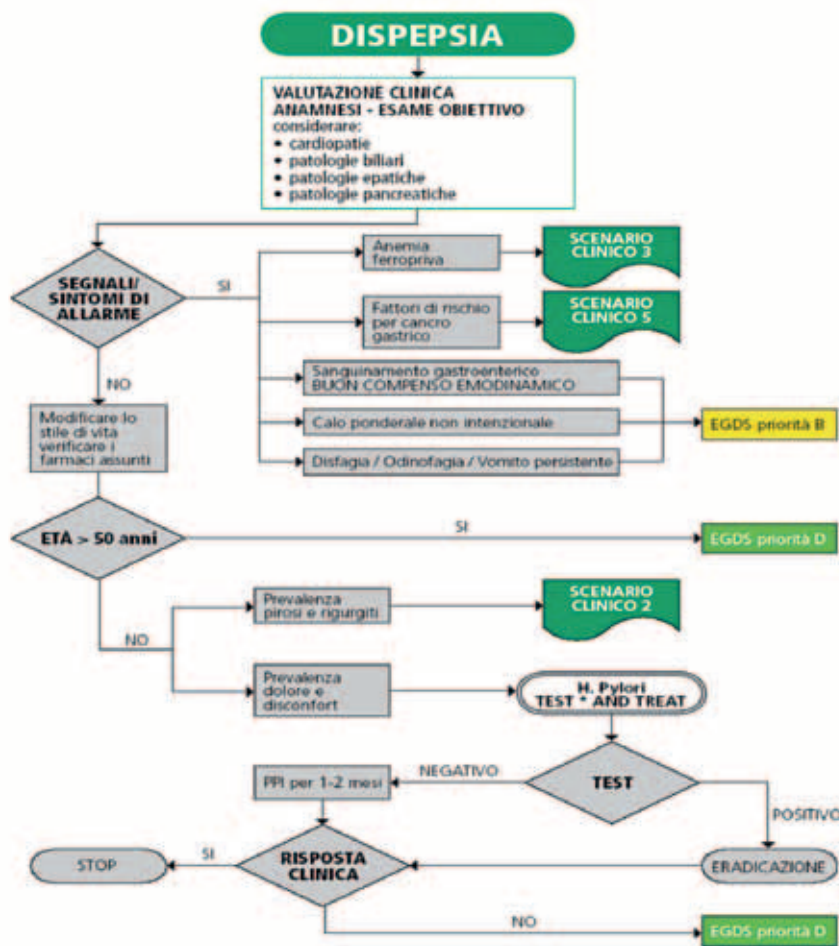
Scenario 1: Dispepsia

La dispepsia, presente nel 25-40% della popolazione adulta, è responsabile del 2-5% delle consultazioni del MMG. Raramente si associa a patologie maligne e può essere causata da farmaci come FANS, steroidi, antibiotici, ecc. La positività per *Helicobacter Pylori* (HP) è presente inoltre in una percentuale compresa tra il 10 e il 52 % dei pazienti asintomatici.

L'impatto del problema clinico "dispepsia" sui sistemi sanitari tende ad essere cospicuo, sia in termini di impegno del personale sanitario, sia in termini di costi dell'iter diagnostico: l'esame endoscopico risulta infatti negativo in una percentuale tra il 25 e il 76%. Nei pazienti di età inferiore a 50 anni, le evidenze suggeriscono la "test and treat strategy", riservando l'endoscopia ai pazienti in cui i sintomi persistono nonostante l'eradicazione, o ai soggetti di età > 50 anni.

Relativamente ai test non invasivi per la ricerca dell'HP, C-Urea Breath Test e la ricerca dell'antigene fecale sono da preferire alla sierologia per la maggiore sensibilità e specificità.

ALGORITMO DISPEPSIA ALLA PRIMA VALUTAZIONE (Zagari RM 2008, modif.)



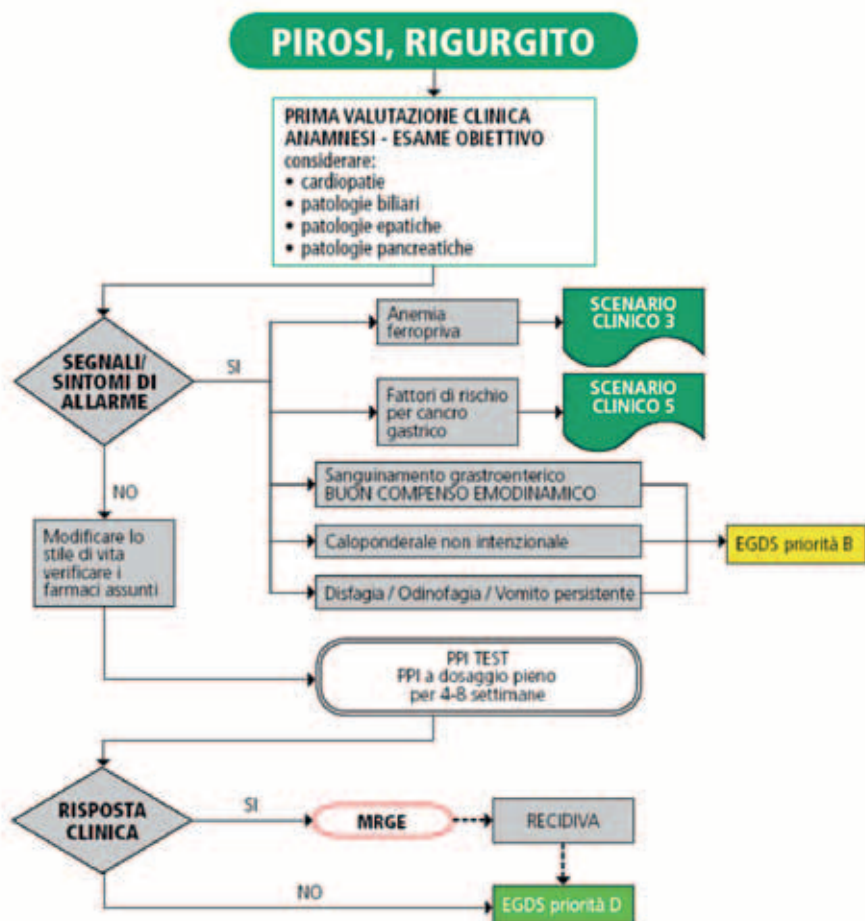
*C= Urea Breath Test / Ricerca dell'antigene fecale

Scenario clinico 2: Malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE)

Studi epidemiologici condotti in Europa e negli Stati Uniti indicano che il 20-25% della popolazione ha sintomi di MRGE. Uno studio italiano ha inoltre riportato che il 21% dei soggetti esaminati aveva sofferto negli ultimi 12 mesi di una sintomatologia da reflusso gastro-esofageo di discreta gravità, tale da interferire con le normali attività lavorative.

Finalità dell'intervento medico in soggetti con sintomi di MRGE è di alleviare i sintomi, migliorare la qualità della vita, migliorare le percentuali di guarigione e ridurre le complicanze. Uno strumento diagnostico è la risposta sintomatica al trattamento di breve durata con Inibitori di Pompa Protonica (PPI test). Mentre i pazienti senza sintomi di allarme (anemia, disfagia, calo ponderale, sanguinamento) e che rispondono alla terapia, solitamente non necessitano di ulteriori indagini diagnostiche, quelli che presentano tali sintomi o che non rispondono alla terapia, vengono indirizzati ad una diagnosi strumentale.

ALGORITMO MRGE ALLA PRIMA VALUTAZIONE



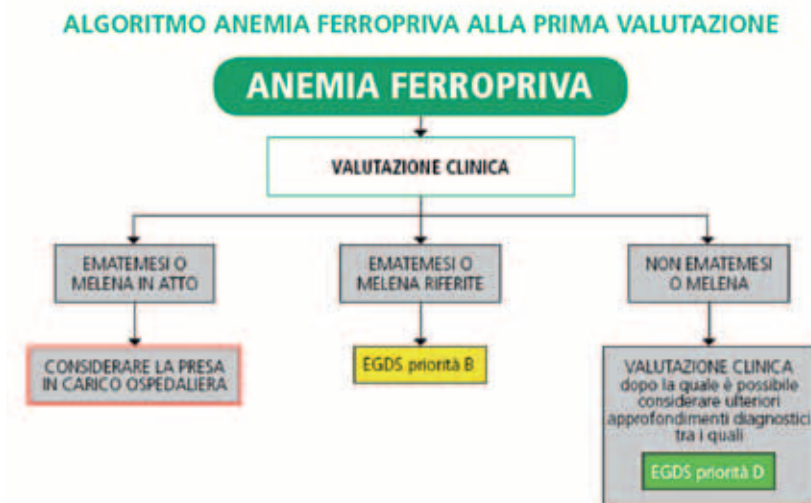
In pazienti che necessitano di un trattamento continuativo con PPI o che non rispondono alla terapia con alte dosi di PPI è indicato un COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO (pH impedenziometria). L'indicazione all'intervento chirurgico è posto in accordo con lo specialista.

Scenario clinico 3: Anemia ferropriva

L'anemia ferropriva è una delle cause più comuni di indagini diagnostiche del tratto gastrointestinale. E' presente nel 2-5% dei maschi adulti e delle donne in post-menopausa e in questi soggetti la causa più frequente è il sanguinamento gastrointestinale.

Sotto i 50 anni di età raramente l'eziologia è attribuibile a neoplasie; nelle donne in età pre-menopausale le cause più comuni sono da ricercare nelle perdite mestruali, nella gravidanza/allattamento, nei deficit dietetici. Anche la celachia e la gastrectomia/gastrectomia possono causare un'anemia da deficit di ferro. In quest'ultima categoria di soggetti, la EGDS è indicata solo nei soggetti di età superiore a 50 anni.

La deplezione delle scorte marziali, senza anemia, alla prima valutazione, non necessita dell'esecuzione di esami endoscopici, soprattutto nei soggetti giovani, nei quali la prevalenza di neoplasie è molto bassa (<1%).



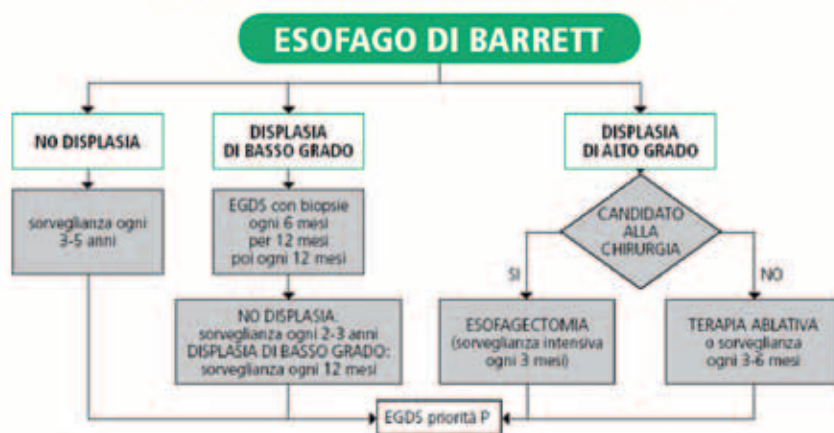
In assenza del riscontro clinico o anamnestico di ematemesi o melena, l'orientamento diagnostico volge alla ricerca anamnestica di elementi quali: talassemia, uso cronico di FANS, dieta vegetariana "integrale", donazione di sangue recente, che depongono per la cessazione di ogni indagine e per una strategia di reintegro terapeutico.

Scenario clinico 4: Sorveglianza dei pazienti con Esofago di Barrett (EB)

La presenza di EB è uno dei principali fattori di rischio per l'adenocarcinoma esofageo e rappresenta una condizione che necessita di una sorveglianza endoscopica.

Non esistono trial che abbiano valutato l'outcome dei pazienti con EB sottoposti a sorveglianza endoscopica, rispetto a quelli non sottoposti a sorveglianza. Inoltre non tutti gli studi concordano sulla positività dell'outcome, inteso come aumento della sopravvivenza, nei pazienti sottoposti a follow-up endoscopico. Esistono invece studi retrospettivi che hanno dimostrato una diagnosi più precoce di neoplasia nei pazienti sottoposti a sorveglianza, rispetto a quelli non sottoposti a sorveglianza. Comunque, nonostante non vi siano chiare evidenze sull'utilità della sorveglianza endoscopica dell'EB, l'orientamento delle società scientifiche nazionali e internazionali è quello di effettuare una sorveglianza nei pazienti con documentato EB.

ALGORITMO SORVEGLIANZA ESOFAGO DI BARRETT*

**Scenario clinico 5: Fattori di rischio per cancro gastrico**

I fattori di rischio, genetici o acquisiti, che conferiscono un rischio aumentato di cancro gastrico sono di seguito elencati e solo per alcuni di essi risultano evidenze che giustificano la sorveglianza endoscopica, senza però indicazioni stringenti sui tempi (timing):

SORVEGLIANZA SUGGERITA	NON È SUGGERITA SORVEGLIANZA
• Displasia • FAP (poliposi adenomatosa familiare) • Adenomi	• Metaplasia intestinale* • Gastrite cronica atrofica • Helicobacter pylori post eradicazione • HNPCC (cancro colon-rettale ereditario non poliposico o Sindrome di Lynch II) • Resezione gastrica da oltre 20 anni in assenza di sintomi • Anemia perniciosa in assenza di sintomi

Criteri clinici di priorità:

Il livello di priorità U, inteso "entro le 24 ore", non è previsto negli scenari clinici considerati. In caso di condizioni cliniche che necessitino di un'indagine endoscopica entro 24 ore, l'erogazione potrà avvenire mediante un contatto diretto tra il prescrittore e il medico endoscopista, oppure su richiesta diretta del Pronto Soccorso, in seguito ad accesso del paziente a questa struttura.

LIVELLO DI PRIORITÀ:	U E D P	(ENTRO 7 GG) Esame critico
	PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE	

- sanguinamento gastro-intestinale anamnestico, buon compenso emodinamico
- dispepsia e calo ponderale non intenzionale
- dispepsia e disfagia/odinofagia/vomito persistente
- pirosi/rigurgito e calo ponderale non intenzionale
- pirosi/rigurgito e disfagia/odinofagia/vomito persistente
- sospetto "radiologico" (RX, ECO, TC, RM ecc.) di patologia neoplastica del tratto digerente superiore.

Livello di priorità D

LIVELLO DI PRIORITÀ:	U B D P	(ENTRO 60 GG) Esame non critico
	PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE	

- sintomi persistenti di MRGE in paziente già trattato e nonostante l'eradicazione dell'HP (compreso "HP test and treat")
- persistente dispepsia in paziente di età > 50 aa senza precedenti accertamenti endoscopici
- anemia da carenza di ferro (dopo approfondita valutazione clinica delle patologie che causano perdita o mancato assorbimento)
- affezioni extra-digestive in cui la presenza di una patologia digestiva può modificare il trattamento pianificato (es. terapia anticoagulante a lungo termine, terapia cronica con FANS o altri antiaggreganti, in attesa di trapianto con anamnesi positiva per lesioni ulcerative o emorragiche, neoplasie respiratorie prossimali)
- sospetta celiachia (anticorpi positivi)
- ricerca varici in paziente con ipertensione portale

Livello di priorità P

LIVELLO DI PRIORITÀ:	U B D P	(OLTRE 60 GIORNI) controllo periodico/ Follow-up
	PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE	

- esofago di Barrett (con periodicità definita dal grado di displasia)
- acalasia (circa 15 anni dopo la diagnosi/sintomi di acalasia; intervalli non definiti)
- sorveglianza esofagea nei pazienti con tumori del distretto testa-collo
- lesioni da caustici (15-20 anni dopo l'ingestione dei caustici a intervalli di 1-3 anni)
- metaplasia intestinale gastrica
- displasia gastrica
- poliposi adenomatosa (controllo a 1 anno dalla asportazione e controlli successivi a intervalli di 3-5 anni)
- FAP (poliposi adenomatosa familiare)
- Pregressa resezione gastrica per Early Gastric Cancer
- Sorveglianza periodica dei pazienti sottoposti a scleroterapia o legatura elastica di varici esofagee.

Copia del presente documento è disponibile sull'intranet dell'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico di Modena, sul portale dell'AUSL di Modena (<http://www.ausl.mo.it>) oppure può essere richiesta a :

Ricerca e Innovazione – Direzione Sanitaria

Azienda USL di Modena, via S. Giovanni del Cantone 23, 41100 Modena, ricerca.innovazione@ausl.mo.it.

L'ENPAM PER L'ABRUZZO Pronti a finanziare il nuovo ospedale dell'Aquila

Ci sentiamo profondamente vicini, ha dichiarato il Presidente dell'ENPAM Parodi, alle popolazioni dell'Abruzzo colpite in maniera drammatica dal terremoto e vogliamo concretamente aiutare la rinascita di questa bellissima terra.

Abbiamo così deciso, ha continuato Parodi, nel Consiglio di Amministrazione di oggi 24 aprile 2009 che, oltre ai contributi previsti dal Fondo Assistenza per tutti i medici ed odontoiatri che hanno subito danni, di prenderci cura della ricostruzione dell'ospedale dell'Aquila. Sentiremo, con la massima sollecitudine, tutte le Autorità competenti, per concordare modalità e tempi di tale progetto.

Un impegno economico complessivamente rilevante, implementato anche da tutti i versamenti che gli iscritti devolveranno alla Fondazione con il contributo del 5 per mille previsto nella dichiarazione dei redditi.

Tutti i membri del Consiglio di Amministrazione hanno accolto con ferma e piena condivisione la proposta del loro Presidente, convinti come sono di dover aiutare, nell'enorme sforzo di ricostruzione non solo i cittadini abruzzesi ma l'intero paese.

L' INABILITA' PER I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO

Riceviamo dal Dott. Testuzza , esperto di previdenza nell'ambito della dipendenza, il contributo che volentieri pubblichiamo. Il collega che collabora anche con il Sole 24 ore è stato un ospite in alcuni convegni e ha messo a nostra disposizione le sue competenze.

I medici dipendenti del servizio sanitario iscritti alla Casa pensioni sanitari (CPS), confluita nell'istituto previdenziale per i pubblici dipendenti Inpdap, possono essere collocati a riposo a seguito di accertamento dello stato di salute se viene loro riscontrata una condizione di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro ovvero di inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte.

Il dipendente che cessa dal servizio per inabilità al lavoro consegue, nel caso richieda il collocamento a riposo per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro**, indipendentemente dall'età anagrafica, il diritto al trattamento di pensione se ha maturato almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile ovvero per **inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte** se ha maturato almeno 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile.

La domanda va presentata alla sede Inpdap competente per territorio, senza limiti di tempo.

La documentazione da produrre comprende il modulo di domanda per la pensione di inabilità; il verbale di visita medico-collegiale attestante lo status d'inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, o di inabilità alle mansioni svolte; la delibera di collocamento a riposo per inabilità. La visita medico-collegiale deve essere richiesta entro un anno dalla cessazione nel caso di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro (articolo 7 legge n. 379 del 1955).

Per le pensioni d'inabilità, l'erogazione del trattamento decorre dal giorno successivo alla dispensa dal servizio.

Al dipendente collocato a riposo per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro e inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte** è possibile svolgere attività professionale con assoggettamento al divieto parziale (30 %) di cumulo, che è stato mantenuto anche dopo l'entrata in vigore della disposizione che lo ha

eliminato, dal 1° gennaio 2009, per le pensioni d'anzianità.

La pensione diretta di inabilità, istituita a partire dal primo gennaio 1996, è un trattamento erogato a favore di chi cessa dal servizio per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa**, che non dipenda però da cause di servizio. Il trattamento di pensione è calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata, aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età alla cessazione dal servizio e il compimento del limite di età nel sistema retributivo (65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne), oppure il compimento del sessantesimo anno di età nel sistema misto e contributivo.

Tale trattamento è incompatibile con qualsiasi attività retribuita. Per chiedere la concessione della pensione di inabilità è necessario che l'iscritto abbia maturato un minimo di cinque anni di anzianità contributiva, di cui almeno tre nell'ultimo quinquennio. La facoltà

di richiedere la pensione di inabilità è garantita solo all'interessato, mentre non hanno questa possibilità i suoi superstiti. La pensione di inabilità può però diventare un trattamento indiretto o reversibile se la richiesta è stata presentata dall'iscritto o dal pensionato prima del suo decesso. In questo caso gli organi competenti accertano in

maniera postuma lo stato di inabilità del defunto prima di conferire il trattamento di reversibilità ai superstiti.

La domanda può essere presentata in attività di servizio ovvero successivamente alla risoluzione del rapporto di lavoro.

La prestazione, a meno di un'eventuale revisione, è vitalizia e il tratta-

mento decorre dalla data di collocamento a riposo.

Se invece la domanda è stata presentata dopo la fine del rapporto di lavoro (ma entro due anni dalla dispensa di servizio) la pensione decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui la domanda è stata presentata.

I TRATTAMENTI DI INVALIDITA' DELL' ENPAM

FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

I requisiti richiesti per il trattamento di **pensione di invalidità assoluta e permanente** sono: un'età inferiore ai sessantacinque anni, l'inabilità assoluta e permanente all'esercizio dell'attività professionale accertata dall'apposita Commissione Medica costituita presso ciascun Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Per la "Quota A" è necessaria la costanza di contribuzione al Fondo.

Per la "Quota B" almeno un anno di contribuzione alla gestione nel triennio antecedente la decorrenza della pensione. La pensione decorre dal mese successivo alla cessazione di ogni attività, o dal mese successivo alla domanda, se posteriore alla cessazione.

La prestazione è determinata dalla somma della "Quota A" e della "Quota B".

La quota A si calcola come per la pensione ordinaria, aumentando l'anzianità contributiva del numero di anni mancanti al raggiungimento del 65esimo anno di età, con un massimo di 10 anni.

La quota B si calcola come per la pensione ordinaria aumentando l'anzianità contributiva del numero degli anni mancanti al 65esimo anno d'età, con un massimo di 10 anni.

In caso di anzianità contributiva inferiore a cinque anni, l'aumento dell'anzianità medesima si applica proporzionalmente agli anni coperti da contribuzione.

FONDO SPECIALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

FONDO SPECIALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

FONDO SPECIALE DEGLI SPECIALISTI E DEGLI ACCREDITATI ESTERNI

I requisiti richiesti per la **pensione di invalidità assoluta e permanente** degli iscritti ai Fondi Speciali sono l'età inferiore ai sessantacinque anni e l'inabilità assoluta e permanente all'esercizio della professione medica intervenuta prima della cessazione del rapporto accertata dalla Commissione medica dell'Ordine.

Il calcolo della pensione è identico a quello del trattamento ordinario con un bonus aggiuntivo pari al numero degli anni mancanti al 65esimo, fino ad un massimo di dieci anni.

Non è consentita la conversione di parte della pensione in un'indennità in capitale.

La decorrenza della pensione è dal mese successivo alla domanda o, se posteriore, alla cessazione del rapporto.

Le pensioni erogate vengono indicizzate nella stessa misura prevista per la pensione di vecchiaia.

L'ente può effettuare controlli periodici per accertare la permanenza dello stato di invalidità e la pensione viene revocata in caso di ripresa dell'attività o di perdita dello status.

Ai titolari di trattamenti pensionistici per invalidità assoluta e permanente a carico dei Fondi di Previdenza dell'Enpam viene garantito un trattamento complessivo annuo minimo pari, per l'anno 2009, a 13.770,38 euro, indicizzati annualmente nella misura del 100% dell'indice Istat.

CORTE DI CASSAZIONE – PENALE ANESTESIA LOCALE: ESERCIZIO ABUSIVO?

L'iscrizione all'albo dei medici abilita il medico chirurgo allo svolgimento non solo delle attività professionali sanitarie principali, ma anche a quelle ausiliarie, per le quali non è richiesto dalla legge il possesso di un apposito diploma o specializzazione. È escluso il reato di esercizio abusivo della professione nel caso in cui il medico proceda alla somministrazione di anestesia locale per la realizzazione di interventi di chirurgia plastica a livello ambulatoriale in assenza della specializzazione in anestesia. La rapida evoluzione delle tecniche chirurgiche e anestesologiche registrati negli ultimi decenni ha comportato lo spostamento di alcuni settori dell'operatività chirurgica al di fuori degli ospedali pubblici e consentito la distinzione tra quegli interventi, che per la loro natura e complessità come gli interventi di anestesia generale (narcosi) - non possono non essere effettuati se non in regime ospedaliero, e interventi chirurgici o procedure diagnostiche a bassa complessità o invasività o seminvasive, praticabili, senza ricovero, in studi medici, ambulatori privati in anestesia locale o in sedo-analgesia. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net - *DoctorNews venerdì 3 aprile 2009*)

CASSAZIONE CIVILE PARTECIPAZIONI IN SOCIETÀ: SI RISCHIA L'INCOMPATIBILITÀ

Ai sensi della L. n. 412 del 1991, art. 4, comma 7, il dipendente sanitario non può essere titolare o socio in compartecipazione di imprese che possano configurare conflitto di interessi col Servizio Sanitario Nazionale; tale potenziale conflitto già sussisterebbe per il solo fatto di detenere una partecipazione. In tema di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, la sanzione disciplinare deve essere comunque proporzionale alla gravità dei fatti contestati in sede di irrogazione della sanzione da parte del datore nell'esercizio del suo potere disciplinare, avuto riguardo alle ragioni che lo hanno indotto a ritenere grave il comportamento del dipendente. La Corte di Cassazione ha confermato, nel caso di specifico, la legittimità del licenziamento per giusta causa del dirigente SSN, posto in essere dalla ASL, anche se il sanitario era semplice socio di capitali, estraneo alla attività amministrativa della società di cui deteneva una partecipazione del 30%. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

CASSAZIONE CIVILE IL PAZIENTE NON È UN CONSUMATORE

L'a Corte di Cassazione ha escluso che il paziente possa essere equiparato ad un "consumatore" al fine di potersi avvalere della regola di maggior vantaggio che gli consentirebbe di instaurare un giudizio per responsabilità medica nel Tribunale del luogo di residenza anziché presso il Giudice del luogo in cui veniva eseguita la prestazione medica. Ha osservato la Suprema Corte che il rapporto fra l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, strutturato su base territoriale, ed il diritto alla fruizione da parte dell'utente, che non è ancorato all'articolazione territoriale di residenza, evidenzia una circostanza che pone l'utente, quando si rivolge ad una articolazione diversa dal suo luogo di residenza, in una posizione che non è apparentabile a quella del consumatore di cui alla lett. u) dell'art. 33 del D.Lgs. n. 206/2005 cd. "codice del consumo". Il collegamento della struttura ad un certo territorio, ove posto in relazione con la libera scelta dell'utente di fruire del servizio al di fuori dell'ambito dell'articolazione del suo luogo di residenza, palesa una situazione nella quale, essendo frutto di una scelta dell'utente, fruire del servizio al di fuori dell'ambito riferibile al suo luogo di residenza, il responsabile della radicazione della vicenda all'ambito territoriale della struttura cui si è rivolto è esclusivamente l'utente stesso, il quale, d'altro canto, è pienamente consapevole che l'articolazione cui si è rivolto è predisposta per operare in un certo ambito territoriale. È pertanto pienamente ragionevole che la vicenda del contenzioso che nasce dall'erogazione del servizio non sia soggetta al foro del consumatore. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

"SINTÌ BÈIN QUÀLL CH'AV CÒUNT"...

...e continuiamo con la dermatologia che per ora fa la parte del leone nella rubrica: *"sintì bèin quàll ch'a-v dègh"*.

ROSEPLA = ERISPELA

Der l'etimologia possiamo servirci dell'italiano "erisipela", ed allora ci rifacciamo al greco "eritos" (rosso) e "pelos" (pelle), riferita all'infezione cutanea ben conosciuta e temuta.

Spesso nel dialetto modenese, si elimina la vocale del nome proprio, così Adelmo diventa Delmo; Alfonso, Fonso; Evaristo, Varisto; Emilio, Méli e così rosépla, che subisce anche la trasformazione per corruzione della i in o.

La terapia, quando gli antibiotici *"i duviven ancàrra éser scuért"*, era affidata ad una persona nata di sette mesi,

che doveva intingere un dito nell'inchiostro, segnare un cerchio sulla pelle interessata e in mezzo fare un segno di croce... (l'aiuto del Divino era sempre fondamentale).



P. Martone



VULADGA = VOLATICA

Chiazza della pelle, simile a farina che si depone sulla pelle.

Interessa spesso il volto, e colpisce maggiormente i bambini, trasformandosi spesso in "impetigine".

Il termine viene da "volatura": polvere di farina che durante la macinazione del grano si deponeva nel mulino e che veniva scontata a favore del mugnaio (Neri).

Nelle prime fasi della malattia, quando le lesioni erano rosee e lievemente ipercheratotiche, veniva usato "*l'oli boun*", cioè l'olio di oliva per ammorbidire la cute.

Modi di dire dialettali:

"*Guerda ch'al sgor in dla ghigna, l'è tutt 'na vuladga*" = guarda quel signore nel volto, è tutto una volatica (pieno di volatiche)



**L. Arginelli**

Nacque a Modena il 19 giugno 1827 da Giovanni e Teresa Berardi dei marchesi Cassini-Ingoni, e morì a Modena il 30 gennaio 1906. Attese agli studi acquistando una formazione di tendenza classica, completandoli poi all'Accademia di Modena.

Convolò a nozze con la Nobil Donna Ginevra dei marchesi Frosoni, dal cui matrimonio nacquero le figlie: Eleonora (nata a Modena e defunta in pochi giorni a Formigine), Marianna ed Albertina.

Pur vivendo a Modena non abbandonò mai completamente il centro formiginese e la sua villa.

Dimostrò diversi e molteplici interessi culturali, che gli permisero di mettere in evidenza un'ampia e multiforme cultura oltre ad una ricca personalità intellettuale.

Fu soprattutto paesaggista, riproducendo alcuni castelli ripresi dagli affreschi della Sala dei Catasti di Spezzano.

La tecnica preferita era l'acquerello a guazzo su carta.

Si distinse quale presidente del Comitato per i lavori di restauro del Duomo di Modena, avvenuti nell'ultimo quarto del secolo XIX.

Fu socio onorario dell'Accademia delle Belle Arti e della Deputazione di Storia Patria per le province di Romagna. Fu competente in economia, industria e commercio e nel 1870 divenne Priore della Confraternita del Santissimo. Ebbe innumerevoli cariche e fra queste, nel 1900, dopo la scomparsa di Arsenio Crespellani, venne nominato Direttore del Museo Civico di Modena, contribuendo ad arricchirlo con oggetti d'arte sacra e continuando la donazione, già iniziata nel 1884, di quell'originale collezione di stoffe, con più di 2000 esemplari, che si rileva essere una delle più interessanti raccolte d'Italia, competendo con altre analoghe straniere per abbondanza e varietà. Tenne corsi di disegno e nel 1877 si adoperò in commedie, recite e rappresentazioni teatrali, anche dialettali.

**L.A. Gandini: Paesaggio di campagna**

Fece parte del Consiglio Comunale di Formigine e nel 1893, per soli tre voti, non fu nominato Sindaco di Formigine. Benvoluto dai poveri per il suo animo caritatevole e socievole, ebbe anche la stima di Umberto I e di Margherita di Savoia, che ospitò nella sua villa in occasione delle manovre campali che si tennero fra Sassuolo e Maranello nel 1876. Ultimo discendente del ramo diretto dei Gandini, il conte Luigi Alberto si spense nel 1906, lasciando la villa di Formigine alla figlia Albertina, andata sposa al Conte Filippo Salinbeni.

Alcune sue opere:

"Tramonto sul fiume", acquerello a guazzo su carta, mm 140x227, Modena, Museo Civico d'Arte;

"Mulino a vento", acquerello a guazzo su carta, mm 136x233, Modena, Museo Civico d'Arte;

"Paesaggio con antico Monastero", acquerello a guazzo su carta, mm 177x227, Modena Museo Civico d'Arte;

"Egenthal nel Tirolo", acquerello su carta, mm 204x142, Modena, Museo Civico d'Arte;

"Paesaggio di campagna", acquerello a guazzo su carta, mm 115x205, Modena, Museo Civico d'Arte;

"Budva, barche sul porto", acquerello su carta mm 126x277, Modena, Museo Civico d'Arte;

"Santuario della Beata Vergine del Castello di Fiorano", acquerello a guazzo su carta, mm 220x146 Modena, Museo Civico d'Arte. (opera di copertina)

A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

Ognuno è come il cielo lo ha fatto, e qualche volta molto peggio.

Miguel de Cervantes

Fondare biblioteche è un po' come costruire ancora granai pubblici: ammassare riserve contro l'inverno dello spirito.

Marguerite Yourcenar

L'arte non insegna nulla, tranne il senso della vita.

Henry Miller



R. Olivi Mocenigo

Ci sono cose per cui sono disposto a morire, ma non ce ne è nessuna per cui sarei disposto ad uccidere.

Gandhi

Ogni volta che si fa una cosa stupidissima si è sempre mossi dai motivi più nobili.

Oscar Wilde

Dobbiamo diventare il cambiamento che vogliamo vedere.

Gandhi

Io ho quel che ho donato

Gabriele D'Annunzio

CAMPIONATI MONDIALI TENNIS MEDICI

Cari amici e colleghi tennisti,
dal 11-17 luglio 2009 si svolgerà a Helsinki (Finlandia) il 39° torneo mondiale di tennis medici organizzato dalla WMTS "WORD MEDICAL TENNIS SOCIETY".

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco, ma soprattutto è l'interesse per lo scambio amichevole e culturale (previsti oltre 500 medici partecipanti provenienti da tutto il mondo) a rendere particolare questo appuntamento annuale).

La squadra italiana tennis medici (composta da Ajuti, Cellini, Dorigotti, Franceschetto, Frugoni, Gualandi e Radogna) nel 2008 ad Umago ha vinto il campionato mondiale a squadre..... ad Helsinki deve difendere il titolo per poter detenere un altro anno la prestigiosa Coppa delle Nazioni.....abbiamo pertanto bisogno della vostra partecipazione e del vostro tifo.....

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera online è necessario consultare il sito web www.wmts2009.com
e-mail micaela.hernberg@pp.inet.fi

Vi aspettiamo

Paolo Frugoni (consigliere nazionale AMTI-delegato rapporti FNOMCeO)

paolofrugoni@tiscali.it

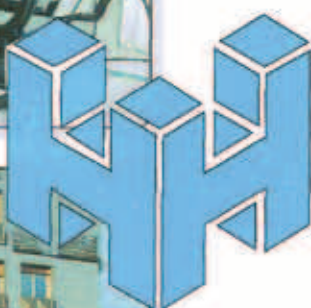
www.tennismedici.com

FIOCCO ROSA:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire alla piccola Letizia, alla mamma D.ssa Valeria Musiani e al papà Dott. Carlo Curatola.

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla famiglia per il decesso della D.ssa Elena Schiller



Scegli la tua Salute

HESPERIA



Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Clinica privata polispecialistica.

Sede distaccata
della Suola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

Sede europea dell'Arizona Heart Institute
altamente specializzato in Cardiocirurgia
Cardiovascolare ed Endoluminale.

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

Un dubbio pressante,
una esigenza immediata;
rivolgeti all'HESPERIA.
La soluzione esiste.



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

Direttore Sanitario Dr. Stefano Roggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Igiene e Medicina Preventiva

**HESPERIA
DIAGNOSTIC CENTER**
POLIAMBULATORIO PRIVATO
Via Arquà, 80/B - 41100 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

Direttore Sanitario Dr. Giancarlo La Russa
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



