

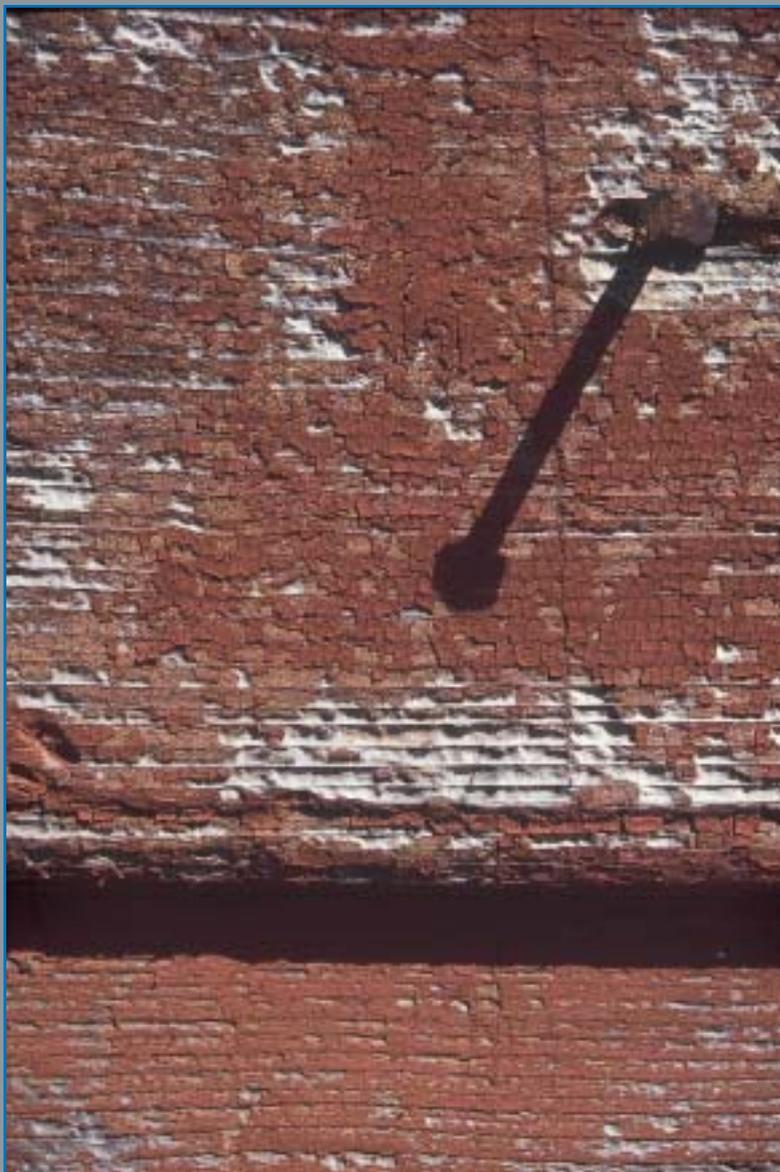
# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*LINEE GUIDA, ECONOMIA SANITARIA E MORALE (N. D'AUTILIA)*

*IL SECONDO ANNO DI ECM TRA BILANCI E PROSPETTIVE  
(L. FRANCHINI - F. NOVACO)*

*L'INSUFFICIENZA RENALE NEL PAZIENTE ANZIANO (G. MALMUSI)*



# VILLAGGIO

# ZETADUE

11 campi da tennis - calcio - calcetto  
palestra, piscina e idromassaggio  
parco giochi, servizio di mini club  
sale per compleanni e gioco carte  
tutto il calcio in diretta su maxischermo

Via San Marone, 50 - Modena  
tel. 059/352201





# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI MODENA

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

dr Nicolino D'Autilia

### Vice Presidente

dr Marco Baraldi

### Consigliere Segretario

dr Michele Pantusa

### Consigliere Tesoriere

dr Stefano Reggiani

### Consiglieri

dr Antonino Addamo - dr Lodovico Arginelli  
dr Luigi Bertani - dr Adriano Dallari  
dr.ssa Azzurra Guerra - dr Giacinto Loconte  
dr Beniamino Lo Monaco - dr Paolo Martone  
prof Francesco Rivasi - dr Francesco Sala  
dr.ssa Laura Scaltriti

### Consiglieri Odontoiatri

dr Marco Fresa - dr Roberto Gozzi

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

### Presidente

dr Giovanni Bertoldi

### Componenti:

dr Geminiano Bandiera

dr Roberto Olivi

### Revisore dei conti supplente:

dr.ssa Silvia Bellei

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

### Presidente

dr Roberto Gozzi

### Segretario

dr Vincenzo Malara

### Componenti

dr Riccardo Cunsolo

dr Giancarlo Del Grosso

dr Marco Fresa

### Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 3

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

[www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

### Direttore Responsabile

Dott. 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 A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - prof F. Rivasi

Collabora il prof G. Tedeschi

### Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

EDITORIALE .....	4
LETTERE ALLA REDAZIONE .....	6
ATTIVITÀ DELL'ORDINE .....	7
NORMATIVA .....	9
ENPAM .....	12

## DI PARTICOLARE INTERESSE:

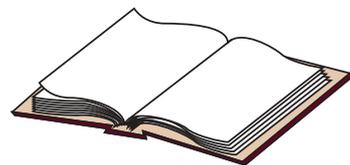
<b>Il secondo anno di ECM tra bilanci e prospettive (L. Franchini – F. Novaco) .....</b>	<b>15</b>
--	-----------

ANZIANI E SALUTE .....	19
ARTE E DINTORNI .....	24
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI .....	27
TACCUINO .....	33

In copertina:  
"La meridiana"  
fotografia di Dorianò Novi

# LINEE GUIDA, ECONOMIA SANITARIA E MORALE

OVVERO COME RIUSCIRE IN UN SOL COLPO A MORTIFICARE L'INTELLIGENZA DEGLI UOMINI



Accadono a volte eventi che tradiscono prassi al limite del paradossale, ma nel caso che verremo ad esporre il paradosso c'entra poco perché anzi entrano in gioco elementi di tale dignità come la salute dei singoli, il rispetto del paziente come uomo inteso nella sua interezza psicofisica, l'attenzione alle esigenze di un'offerta dei servizi sanitari in linea con i paesi più evoluti, il riguardo ad una necessaria gradualità degli interventi e la conseguente classifica nella erogazione delle prestazioni.

Ma veniamo ai fatti.

Un mio giovane paziente, affetto da tempo da lombalgia ricorrente con deficit della deambulazione, già visitato nel corso degli anni da colleghi ortopedici e fisiatra e sottoposto ad alcuni accertamenti radiografici, denuncia un preoccupante deterioramento della funzionalità del rachide e viene da me inviato ad un fisiatra di Modena (apicale) il quale, dopo un'accuratissima visita, richiede per il soggetto una risonanza magnetica del rachide in toto sospettando un "canale stretto". E, incredibile a dirsi, redige egli stesso la richiesta sul modulo del SSN cosicché il paziente si reca direttamente al servizio RMN del policlinico dove gli vengono fornite le seguenti indicazioni: 1) non verrà effettuato l'esame prima del marzo 2004, 2) comunque verrà esaminato il solo tratto lombare e non quello totale come richiesto dal fisiatra. Il paziente che, oltre ad essere laureato, non è stupido chiede educatamente ragione del fatto e gli viene risposto che "gli accordi sono questi e non si discutono".

Ma poiché la testardaggine non manca certo al mio paziente che peraltro potrebbe anche permettersi di pagare la prestazione egli chiede se una RMN la si può effettuare a pagamento. La risposta è lapidaria: 1) la si può fare nel tempo massimo di dieci giorni, 2) in questo caso verrà esaminato tutto il rachide.

Il mio paziente resta un po' perplesso e si concede un momento di riflessione con il suo medico che sarebbe lo scrivente. Dopo qualche mio cattivo pensiero non pubblicabile su queste pagine decido di inviarlo presso un altro servizio RMN della provincia di Modena, dopo essermi accertato della disponibilità di posti.

Quanto è accaduto si presta ad alcune considerazioni che cercherò di sintetizzare.

Sui tempi di attesa per effettuare una RMN al policlinico mi pare che non ci siano molti margini di discussione atteso che non infrequentemente essi sono "giustificati" all'esterno con problemi tecnici del tipo manutenzione, rotture, cambi etc, motivazioni tutte plausibili ma che ci si domanda perché riguardino solo le apparecchiature di via del Pozzo. Resta peral-

tro un quesito di fondo: a chi serve la RMN del policlinico di Modena se per effettuare l'accertamento a un cittadino modenese si devono attendere sei mesi? Ma l'aspetto sul quale conviene forse soffermarsi come medici e come professionisti seri è un altro: nulla vieta che siano state elaborate, diffuse e condivise linee guida per una corretta utilizzazione della RMN al policlinico di Modena (medici di famiglia e specialisti di riferimento ne sanno qualcosa), ma se questo fosse vero ci si domanda come mai il nostro fisiatra ne sia stato tenuto all'oscuro. Utilizzare il telefono fra professionisti per comunicare eventuali variazioni non mi pare che aggravi la bolletta telefonica dell'azienda ospedaliera più di tanto. O si deve ipotizzare l'utilizzo alla RMN del policlinico di Modena non tanto di "linee guida" ma di rigidi "protocolli diagnostici"?

Ma l'analisi dell'accaduto sarebbe incompleta se non affrontassimo con estremo realismo e con grande sincerità di intenti l'aspetto economico dei fatti.

Quale perverso ragionamento clinico o metodologico permette infatti ad un esame RMN spinale totale di essere convertito nel solo tratto lombare se esso è a carico del Servizio Sanitario Nazionale e di essere invece effettuato così come l'ha richiesto lo specialista di riferimento - il fisiatra - se è posto a carico del cittadino? Sorvolerò sull'entità della spesa perché rientra nei compiti dell'Ordine dei medici vigilare sull'applicazione delle tariffe minime, ma per il momento non di quelle massime che comunque nel nostro caso sarebbero ampiamente applicate.

Da medici e da professionisti seri come siamo tutti dobbiamo chiederci: ma ammesso che esistano le famose linee guida in RMN, quale è il criterio in base al quale esse sono applicate se la prestazione risulta a carico del SSN e non se il cittadino paga?

Se i criteri non sono scientifici, come credo che sia difficile dimostrare, un comportamento del genere non può rientrare nell'ambito di una eticità non solo e non tanto del Servizio ma soprattutto dell'esercizio professionale. Salvo variazioni dell'ultimo momento infatti vige ancora la regola aurea, sancita dal nostro Codice oltre che dalla morale insita nella nostra professione, che i pazienti sono tutti uguali di fronte al medico indipendentemente dal portafoglio e da altre quisquilie come età, sesso, religione e razza.

E fra i medici sono ancora compresi i radiologi. Anche quelli della RMN del policlinico di Modena.

N. D'Autilia  
Presidente dell'Ordine dei medici

# ...a Modena in via Giardini

graphic design SALVO GALLO

Autorizzazione Com. Modena n. 1846 del 6-3-96



## Casa di Cura **Fogliani**

(certificata Cermet UNI EN ISO 9001-2000)



### Unità Operativa di Ortopedia

*Responsabile Dr. Alberto Montorsi*

Specialista in Ortopedia e Traumatologia - Chirurgia della mano

### Unità Operativa di Chirurgia generale

*Responsabile Dr. Angelo Rosi*

Specialista in Chirurgia

### Unità Operativa Ginecologia/Ostetricia

*Responsabile Prof. Giorgio Alessandrini*

Specialista in Ginecologia e Ostetricia

### Unità Operativa Riabilitazione post acuta estensiva

*Responsabile Prof. Francesco Fabbri*

Specialista in Fisiocinesiterapia ortopedica

Servizio di Radiologia - RMN Artroscan  
Mammografia - Ecotomografia - M.O.C.

*Responsabile Prof. Giuliano Barbolini*

Specialista in Radiologia

**POLIAMBULATORIO**



Casa di Cura  
**Fogliani**

*Dir. San. Dr. A. Rosi*

Via Lana, 1 - 41100 Modena

Tel. 059 247411 (8 linee urbane)

Fax 059 224072

<http://www.cdcfogliani.it>

e-mail: [cdcfoliani@pianeta.it](mailto:cdcfoliani@pianeta.it)

Caro Dott. D'Autilia,

scrivo queste righe al Presidente dell'Ordine, in considerazione di comportamenti poco corretti, verificatisi durante gli ultimi corsi BLS - Basic Life Support and early Defibrillation (organizzati dall'Azienda per tutto il personale aziendale e per i medici di medicina generale).

La domanda è questa: saper fare la rianimazione cardiopolmonare, usare un defibrillatore automatico (viene venduto anche alla Coop) può dirsi bagaglio necessario e imprescindibile del professionista sanitario e a maggior ragione del medico in particolare?

O pensiamo che, se lo sa fare anche il carabiniere, noi possiamo dormire sonni tranquilli nell'ignoranza?

Ti chiederei un cenno di risposta, magari anche sul bollettino dell'Ordine se lo riterrai utile.

Ti ringrazio molto per l'attenzione.

M. G. Bonesi

**Abbiamo "girato" il quesito della collega alla D.ssa Marilena Campisi, dirigente del 118 di Modena, la quale ci ha cortesemente fornito la risposta che di seguito si riporta.**

Caro Presidente,

rispondo volentieri alla tua nota e alla "provocazione" della collega perché è un argomento a cui tengo in modo particolare.

Sul territorio sin dalla fine degli anni '90, oltre ai medici, anche gli infermieri professionali dei mezzi di soccorso effettuano, su autorizzazione del responsabile della Centrale Operativa 118, la manovra di defibrillazione precoce, utilizzando apparecchiature sempre più semplici, sicure ed affidabili; attualmente su tutti i mezzi di soccorso istituzionali opera personale addestrato che utilizza un defibrillatore semiautomatico (DAE) secondo procedure definite.

Ciò non è tuttavia sufficiente perché non sempre i tempi di arrivo dei mezzi di soccorso sono ottimali per consentire la sopravvivenza del paziente e il recupero neurologico senza esiti invalidanti, vale a dire al massimo entro cinque minuti.

Da qui è sorta l'idea di un progetto di accesso pubblico alla defibrillazione precoce in provincia di Modena, con l'obiettivo principale di formare sul territorio modenese, e gradualmente nelle altre zone della provincia, una rete di defibrillatori semiautomatici, con prevalenza di postazioni mobili, che possano essere utilizzati da Volontari Soccorritori e da cittadini addestrati ed abilitati (operatori di Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, etc.).

Il progetto si sta sviluppando gradualmente sul territorio in sinergia con le Aziende Sanitarie, con il contributo dell'Associazione di Volontariato "Gli Amici del Cuore", ed è regolato da procedure concordate tra i vari enti che aderiscono al progetto e la Centrale Operativa 118.

Sono convinta che, se dei laici possono essere addestrati ed autorizzati ad utilizzare un defibrillatore (Legge n. 120, 2001), a maggior ragione i medici debbano saper mettere in atto le manovre di rianimazione cardiopolmonare e di defibrillazione precoce e che questo costituisca una acquisizione di sapere e di addestramento assolutamente indispensabile per professionisti sanitari che operino sia in ambito intra- che extraospedaliero.

M. Campisi

# SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

15 settembre 2003

Il giorno 15 settembre alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi (Vice-presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, D.ssa Laura Scaltriti.

1. approvazione verbale consiglio del 29/7/2003;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del Presidente;
4. nuova normativa degli esami di stato di medicina: adempimenti dell'Ordine;
5. commissione pari opportunità: stato dei lavori (Scaltriti);
6. legge privacy: iniziative dell'Ordine;
7. criteri per l'inserimento di convegni e congressi nel sito dell'Ordine (Pantusa);
8. ristrutturazione archivio e impianto di climatizzazione;
9. delibere amministrative (Reggiani);
10. varie ed eventuali.

## VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 15.9.03

### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
LIZIO	CATERINA	5739
MORETTI	BARBARA	5740
RIVA	MARIKA	5741
Iscrizione per trasferimento		
CORVAGLIA	GABRIELLA	5742
GALATI	GIUSEPPE	5743
MOVAHHEDI	MOHAMMAD HADI	5744
Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89		
MOCANU	LIUDMILA	5493
Cancellazione per trasferimento		
BERNINI	GIAN CARLO	3325
RICCI	ALDO	4961

### ALBO ODONTOIATRI

Presi d'atto superamento prova attitudinale di cui al D.Lgs. 386/98		
CAPPELLI	PAOLO	222
CINGANELLI	MASSIMO ROCCO	214
Iscrizione per trasferimento		
SAPIO	UMBERTO	491
Cancellazione per cessata attività		
ROMANO	GIOVANNI	391

Quante polizze devi sottoscrivere per tutelare la tua casa, la tua famiglia e il tuo patrimonio?



*solouna!*

Una risposta semplice a tutte le esigenze di tutela della persona e del suo patrimonio, una soluzione personalizzata per costruirsi una copertura assicurativa su misura e modificarla nel tempo.

SOLOUNA! nata per semplificare

Banca popolare  
dell'Emilia Romagna

ARCA ASSICURAZIONI



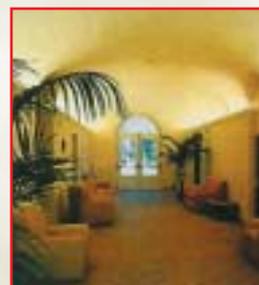
## VILLA BERTANI S.P.A. CENTRO RESIDENZIALE PER LA TERZA ETÀ



La Direzione e gli operatori  
garantiscono un servizio di alta qualità in una villa seicentesca  
contornata da un ampio e verde parco.  
Sono possibili soggiorni anche temporanei  
per pazienti autosufficienti e non, per consentire ai famigliari  
attimi di recupero e momenti di vacanza.



Villa Bertani,  
un servizio per l'anziano  
e la sua famiglia.  
Attenzione e professionalità,  
assistenza e cura  
anche nella relazione  
e nel rispetto della persona  
in un ambiente  
di elevato livello,  
moderno e confortevole.



Per informazioni: tel. 0522/698313 - 0522/698171

Via Stradone, 27  
San Martino in Rio (Località Stiolo)  
Reggio Emilia  
Internet: [www.villabertani.it](http://www.villabertani.it)



## FISIO LINE

Piazza Manzoni, 4/C – 41100 Modena  
Tel. 059 303201 – Fax 059 399000

### Poliambulatorio Privato

Direttore Sanitario D.ssa Federica Piccinini  
Specialista in Ginecologia e Ostetricia

### Chirurgia Ambulatoriale

per ogni tipo di intervento  
in locali ad uso medico classificati di gruppo 2  
(ambulatori chirurgici) CEI 64-8/7 sez.710

#### • Chirurgia Generale e Plastica

Dott. Salvatore Fundarò  
Spec. Chirurgia Generale e  
Chirurgia Plastico Ricostruttiva

#### • Oculistica

Prof. Dott. Carlo Mazza  
Spec. Oculistica

#### • Angiologia e Chirurgia Vascolare

Dott. Carlo Tarabini Castellani  
Spec. Chirurgia d'Urgenza e Chirurgia Vascolare

#### • Otorinolaringoiatria

Dott. Andrea Vincenzi  
Spec. Otorinolaringoiatria

#### • Ortopedia e Traumatologia

Dott. Giambattista Scillone  
Spec. Ortopedia e Traumatologia - Fisiatria -  
Medicina Legale e delle Assicurazioni

#### • Cardiologia

Dott. Giuseppe Geraci  
Spec. Cardiologia

#### • Fisiatria

Dott. Giambattista Scillone  
Spec. Ortopedia e Traumatologia - Fisiatria -  
Medicina Legale e delle Assicurazioni

#### • Dietologia

D.ssa Silvia Ariotti  
Biologo - Spec. Scienze dell'Alimentazione

#### • Ortopedia pediatrica

Dott. Giuseppe Atti  
Spec. Ortopedia - Puericoltura -  
Igiene e Medicina Preventiva

#### • Neurologia

D.ssa Manuela Costa  
Spec. Neurologia

#### • Dermatologia e Chirurgia Dermatologica

D.ssa Giulia Giusti  
Spec. Dermatologia e Venerologia

D.ssa Maria Elisabetta Schiavi  
Spec. Dermatologia e Venerologia

#### • Psichiatria - Psicoterapia

D.ssa Maria Moscara  
Spec. Psichiatria - Psicoterapia - Criminologia

Dott. Paolo Fontana  
Spec. Psichiatria - Psicoterapia

#### • Ginecologia e Ostetricia

D.ssa Federica Piccinini  
Spec. Ginecologia e Ostetricia

#### • Medicina Legale

Dott. Stefano Stefanini  
Spec. Medicina Legale e delle Assicurazioni

#### Dott. Giambattista Scillone

Spec. Ortopedia e Traumatologia - Fisiatria - Medicina  
Legale e delle Assicurazioni

#### • Ecografia

Dott. Mario De Santis  
Spec. Radiologia

#### • Fisiocinesiterapia

Sig. Piccinini Christian

#### • Massofisioterapia

Sig.ra Ferrarini Marisa

#### • Laserterapia

#### • Riabilitazione Cardiologica

#### • Horizontal Therapy:

la nuova provata terapia con effetti  
bioelettrici e biochimici simultanei,  
particolarmente indicata per sindrome  
cervicale, lombalgia, gonartrosi,  
epicondilitis radialis, periartrite, .....

E' gradita la visita ai nuovi locali, previa telefonata.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la circolare pervenuta dall'INPS avente per oggetto le "certificazioni di malattia". Non sfugge ai colleghi l'importanza di una capillare diffusione delle norme in essa contenute.



**Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale**

Sede Provinciale di Modena  
Viale Reiter, 72 41100 – Modena

Modena 24.9.03

All'Ordine dei Medici della Provincia di Modena  
All'U.S.L. di Modena  
Ai Sigg. Medici di base della Provincia di Modena  
Alle Associazioni datoriali  
Alle Organizzazioni sindacali Cgil – Cisl - Uil  
Ai Patronati

Loro Sedi

## OGGETTO: Circolare INPS n. 136 del 25/7/2003.

La circolare in oggetto fornisce alcune importanti precisazioni in tema di certificazione di malattia. Confidando nella massima collaborazione da parte dei medici e delle associazioni in indirizzo, si ritiene utile riassumere di seguito i principali elementi di chiarimento forniti dalla circolare stessa.

Le disposizioni già in vigore stabiliscono che, in caso di malattia del lavoratore dipendente, il medico è tenuto a redigere, in duplice copia, il certificato di malattia completo di diagnosi, inizio e durata presunta della malattia, utilizzando il modello OPM/1. Il lavoratore, a sua volta, **entro due giorni dal rilascio** è tenuto a recapitare o a trasmettere al datore di lavoro l'attestazione sull'inizio e la durata presunta della malattia e all'Inps il certificato di diagnosi. Si precisa che la certificazione sanitaria rilasciata su modulario non regolamentare e da medici diversi da quelli di "libera scelta" è valida, ai fini dell'erogazione dell'indennità di malattia, purchè contenga i requisiti essenziali richiesti (intestazione, nominativo del lavoratore, data e firma del medico, diagnosi e prognosi di incapacità al lavoro, abituale domicilio del lavoratore ed eventualmente diverso temporaneo recapito).

### Trasmissione certificato tramite fax:

La trasmissione del certificato via fax può essere considerata utile solo ai fini del rispetto dei termini di invio. Per l'erogazione dell'indennità di malattia è necessario invece che venga acquisito il certificato medico in originale non oltre il termine annuale di prescrizione.

Nessun valore è attribuibile ad eventuali comunicazioni telefoniche.

### Certificazioni rilasciate da strutture ospedaliere

#### 1. Certificati di ricovero e di pronto soccorso

L'Istituto attribuisce validità, ai fini dell'erogazione di prestazioni economiche e di malattia, anche alle certificazioni degli ospedali o delle strutture di pronto soccorso limitatamente alle giornate di ricovero e/o alla giornata in cui è stata eseguita la prestazione di pronto soccorso.

Tale certificazione dovrà essere redatta su carta intestata e dovrà riportare le generalità dell'interessato, la data del rilascio, la firma leggibile del medico e l'indicazione della diagnosi.

Eventuali semplici "attestazioni" di ricovero, in genere carenti della diagnosi, non possono essere ritenute valide ai fini dell'erogazione della prestazione.

In presenza di certificazioni rilasciate da strutture ospedaliere in cui siano formulate prognosi successive al ricovero o alla prestazione di pronto soccorso la copertura dei relativi periodi, agli effetti erogativi di interesse, è riconoscibile soltanto quando il giudizio prognostico suddetto faccia riferimento esplicito ad uno stato di incapacità lavorativa e non alla mera prognosi clinica salvo complicazioni.

Per quanto riguarda l'invio della certificazione, mentre quella relativa al pronto soccorso deve essere inviata entro due giorni dalla data del rilascio, quella relativa ai ricoveri potrà essere inviata non oltre il termine annuale di prescrizione. Tale certificazione sarà considerata regolare se completa degli altri dati essenziali, utili per l'ordinaria certificazione medica.

## 2. Certificati di "dimissioni protette"

Si tratta di periodi durante i quali il paziente, pur non avendo concluso il ciclo di cure, viene temporaneamente dimesso con la necessità di recarsi presso la struttura di ricovero solo nelle giornate allo scopo programmate e, fra l'uno e l'altro appuntamento, può avere recuperato la propria capacità al lavoro. Al riguardo, definendo questa pausa tra un appuntamento e l'altro "periodo intermedio", si chiarisce che ai fini erogativi, i "periodi intermedi" non sono equiparabili a ricovero. Per l'indennizzabilità dei periodi intermedi nell'ambito della "dimissione protetta" è necessario quindi che, dalla relativa certificazione, rilasciata dalla struttura ospedaliera (ovvero dal curante), risulti che il paziente sia non soltanto "ammalato" ma anche temporaneamente incapace al lavoro a causa della malattia da cui è affetto. Il rientro nella struttura ospedaliera, al termine del periodo di "dimissione protetta" ovvero anche durante lo stesso, verrà considerato quale "ricaduta" se intervenuto entro 30 giorni dal precedente ricovero.

## 3. Certificati di day hospital

Alla luce delle modifiche legislative intervenute sulle prestazioni da erogarsi in regime di day hospital l'Inps rivede le precedenti disposizioni e precisa che le giornate in cui si effettua la prestazione nel suddetto regime debbano essere equiparate a tutti gli effetti a giornate di ricovero. Sono applicabili, in sostanza, sia per quanto riguarda i requisiti certificativi che i termini di invio, i criteri indicati per i ricoveri ospedalieri, compresa la prevista riduzione della misura dell'indennità nel caso di lavoratori non aventi familiari a carico.

Ovviamente, ai fini dell'indennizzabilità di ulteriori giorni successivi al ricovero in day hospital, il lavoratore dovrà produrre altro certificato medico di continuazione.

### Certificazione per cicli di cura ricorrenti

Si tratta di situazioni in cui il lavoratore, a causa di patologie sofferte, si sottopone periodicamente, per lunghi periodi, a terapie ambulatoriali, spesso di natura specialistica, comportanti incapacità al lavoro. Al riguardo si precisa che:

- se il trattamento viene eseguito entro 30 giorni dal precedente, sul certificato deve essere barrata la casella di "ricaduta";
- il medico curante può comunque rilasciare un'unica certificazione che attesti la necessità di trattamenti ricorrenti comportanti incapacità lavorativa e che li qualifichi l'uno ricaduta dell'altro.

Il lavoratore è tuttavia tenuto ad inviare all'Inps e al datore di lavoro tale certificazione prima dell'inizio della terapia, fornendo anche l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione. A tale certificazione dovranno far seguito, a cura degli interessati, periodiche (ad esempio mensili) dichiarazioni della struttura sanitaria riportanti il calendario delle prestazioni effettivamente eseguite, **le sole che danno titolo all'indennità**. Tale soluzione potrà essere consentita anche per i casi di lavoratori in trattamento emodialitico o affetti dal morbo di Cooley.

### Certificati di malattia con diagnosi riconducibili a stato di tossicodipendenza

Nell'ipotesi di certificati di malattia con diagnosi riconducibili a stati di tossicodipendenza comportanti, o meno, soggiorno in comunità terapeutica (fattispecie non equiparabile a ricovero ospedaliero), l'indennità economica di malattia potrà essere corrisposta, secondo i criteri e le modalità generali, **soltanto in presenza di effettiva incapacità lavorativa**, debitamente documentata nei modi di legge.

Non essendo prevista la possibilità di autorizzazioni preventive ad assentarsi dal proprio domicilio, anche per tali soggetti vale l'obbligo di reperibilità durante le "fasce d'obbligo" (se del caso presso la "comunità").

### Legalizzazione dei certificati di malattia rilasciati da medici stranieri all'estero

Nel caso di assicurati in Italia che si ammalano durante un soggiorno all'estero in Paesi non facenti parte della Comunità Europea ovvero in Paesi che non hanno stipulato con l'Italia accordi specifici che regolano la materia, l'erogazione dell'indennità di malattia può essere corrisposta solo dopo la presentazione all'Inps di un certificato redatto da un medico locale e legalizzato a cura della rappresentanza diplomatica o consolare italiana operante nel territorio estero. Non è considerata valida la sola attestazione di autenticità della firma del traduttore abilitato ovvero la conformità della traduzione all'originale. L'adempimento può essere espletato, a cura dell'interessato, in un momento successivo al rientro, fermo restando l'obbligo del lavoratore all'invio della certificazione, tramite fax, entro due giorni dal rilascio al datore di lavoro e all'Inps.

### Lavoratore con più rapporti di lavoro che si assenta a causa di infortunio

Come da avviso espresso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali si precisa che, nell'ipotesi rappresentata, il riconoscimento da parte dell'INAIL di un evento come infortunio esonera l'Istituto dall'obbligo di intervento anche per gli altri rapporti di lavoro, dovendosi ritenere l'assenza del lavoratore quale assenza per infortunio nei confronti di tutti i datori di lavoro.

### Visite mediche di controllo. Lavoratori momentaneamente assenti al proprio domicilio

Nel caso in cui il lavoratore, risultato assente al momento dell'accesso del medico di controllo, ritorni nella propria abitazione prima del definitivo allontanamento del medico, la visita domiciliare può comunque aver luogo (se non sussistono motivi ostativi).

Tale visita non annulla la rilevata iniziale assenza, con conseguente applicazione della sanzione prevista, in mancanza di validi motivi di giustificazione.

I medici di controllo dovranno esplicitare espressamente ai lavoratori, annotandolo anche sul referto, che, nelle situazioni in esame, l'esecuzione della visita non giustifica di per sé l'assenza prima rilevata.

Il Responsabile  
P. Magnoni

# PUBBLICITA' SANITARIA POLIAMBULATORI: ATTENZIONE !

## Omissioni e relative responsabilità a carico della Direzione Sanitaria

Sono in aumento i casi in cui ingerenze degli amministratori di Strutture complesse in questioni di esclusiva pertinenza della Direzione sanitaria responsabilizzano ugualmente la Direzione stessa, che deve rispondere all'Ordine su iniziative anomale in materia di pubblicità sanitaria.

Il caso più frequente è determinato da corrispondenza indirizzata ad utenza e pubblicazioni di testi su giornali, entrambi inerenti a contenuti pubblicitari sulle potenzialità degli atti medici dei Poliambulatori, finalizzati il più delle volte alla ricerca della clientela, contravvenendo però in tale modo alla normativa che disciplina la materia.

Al riguardo si raccomanda pertanto attenta vigilanza da parte dei Direttori sanitari sulla netta separazione tra competenze degli amministratori e quelle della Direzione sanitaria, non escludendo tuttavia reciproca collaborazione mirata alla realizzazione di formule promozionali che siano ovviamente conformi alla normativa stessa.

Altra casistica che ricorre è quella che si viene a determinare in presenza della variazione della Direzione sanitaria: infatti la frequente omissione di verifiche da parte del Direttore sanitario che subentra al collega dimissionario sulle forme di pubblicità attivate non fa emergere irregolarità pregresse. Al riguardo, come è accaduto, se non si ponesse rimedio su tale aspetto, si manterrebbero in essere posizioni illegali le cui responsabilità ricadrebbero ugualmente su entrambi nel momento in cui l'Ordine o i Comuni venissero a conoscenza, da altre fonti, dell'esistenza di tali posizioni anomale.

In questi ultimi tempi frequenti sono le ispezioni dei NAS (Comando Carabinieri Sanità) nei Poliambulatori: a questi, tra l'altro, non sfuggono le eventuali anomalie sulla pubblicità sanitaria; in tale caso d'obbligo è la segnalazione ai Comuni e all'Ordine, in presenza della quale il problema si allarga notevolmente.

E' noto che su qualsiasi forma di pubblicità sanitaria autorizzata dai Comuni deve essere riportato, a margine del relativo testo, il n° dell'autorizzazione comunale che è rappresentato dal n° di prot. unitamente alla data del documento stesso: si riscontra invece che a volte viene riportato erroneamente a margine del testo il n° dell'autorizzazione comunale all'apertura della Struttura che sancisce la possibilità ad operare come Poliambulatorio e non a pubblicizzare testi (non sempre autorizzati in quanto attivati autonomamente senza il riscontro dell'Ordine e del Comune).

Quanto sopra detto mette in evidenza purtroppo la scarsa conoscenza della normativa sulla pubblicità sanitaria nonostante che essa sia operativa da più di 11 anni.

Al riguardo per concludere si sottolinea inoltre che si ritiene erroneamente che l'aver adempiuto al pagamento della tassa comunale pregressa sull'installazione delle targhe e insegne (ora non più dovuta entro i 5 m<sup>2</sup>) costituisca automatica legittimazione a procedere alle installazioni stesse, ignorando che tale aspetto è solo la parte conclusiva di quell'iter normativo preliminare che ha origine dalla presentazione della domanda di pubblicità sanitaria al Sindaco del Comune di competenza, per il tramite dell'Ordine, che rilascia i nulla osta sui testi e finalizzato all'acquisizione dell'autorizzazione stessa. Al bisogno, e di fronte a dubbi o perplessità sulla materia, la Segreteria di quest'Ordine e la Commissione preposta alla pubblicità sanitaria sono sempre a disposizione.

M. Mirri

# FONDI SPECIALI DI PREVIDENZA – CONTRIBUTI

## CONTRIBUTI DI RISCATTO LAUREA E SPECIALIZZAZIONE

### PERIODI DI ATTIVITÀ PRECONTRIBUTIVA – SERVIZIO MILITARE O CIVILE

#### *Requisiti*

Età inferiore a 65 anni.

Rapporto professionale in essere con gli Istituti del SSN (o altri Istituti).

Anzianità contributiva di almeno 10 anni.

Non aver presentato domanda di prestazione per invalidità permanente.

Non aver rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto.

Per il riscatto del servizio militare o civile, non aver fruito di tale beneficio presso altre gestioni previdenziali obbligatorie.

#### *Periodi oggetto di riscatto*

Possono essere riscattati:

- fino ad un massimo di 10 anni gli anni relativi al corso legale di laurea e/o specializzazione (nonché il corso di formazione in medicina generale) necessari per svolgere l'attività a rapporto professionale con gli Istituti del SSN;
- fino ad un massimo di 10 anni i periodi di attività svolta a rapporto professionale con i disciolti Istituti mutualistici (ed Istituti assimilati) per i quali non vi è stata contribuzione previdenziale ai Fondi Speciali E.N.P.A.M.;
- i periodi di servizio militare obbligatorio, nonché i periodi di servizio civile svolto in alternativa a quello militare, con esclusione di quelli coincidenti con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata, fatta eccezione per la contribuzione alla "Quota A".

#### *Ammontare del contributo*

È di importo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa del periodo da riscattare.

Detta riserva si calcola moltiplicando la maggior quota di pensione conseguibile con il riscatto per il coefficiente di capitalizzazione relativo all'età del sanitario ed all'anzianità contributiva maturata alla data di presentazione della domanda (come da tabella ex art. 2 L. 45/90).

Dal 2001 i contributi di riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF (D.lgs. 18 febbraio 2000 n. 47).

#### *Modalità di versamento*

In unica soluzione ovvero in rate semestrali.

Il pagamento rateale avviene in un numero di anni non superiore a quelli da riscattare aumentati del 50% (e comunque entro i 65 anni) con una maggiorazione pari all'interesse legale pro tempore vigente in ragione d'anno. Ai fini del calcolo della pensione si tiene conto esclusivamente dei contributi effettivamente versati.

Il mancato pagamento o il mancato inizio dei versamenti rateali nel termine indicato dall'ENPAM comporta la rinuncia al riscatto.

In caso di invalidità o decesso prima della scadenza del termine per il pagamento o del completamento del versamento rateale, il riscatto viene considerato come interamente effettuato. Il debito residuo, senza interessi, viene trattenuto sulle prestazioni in misura non superiore al 20% del loro importo, sino ad estinzione.

# FONDO DI PREVIDENZA GENERALE – CONTRIBUTI

CONTRIBUTI DI RISCATTO QUOTA "B" – FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE-LAUREA  
E SPECIALIZZAZIONE – PERIODI PRECONTRIBUTIVI – SERVIZIO MILITARE O CIVILE

## Requisiti

- Età inferiore a 65 anni.
- Essere iscritto all'Albo professionale.
- Anzianità contributiva superiore a 10 anni, di cui almeno uno maturato nel triennio immediatamente precedente l'anno della domanda. Per i soli laureati in Odontoiatria, al fine del raggiungimento di tale requisito, i periodi di iscrizione all'Albo dal 1° gennaio 1990 al 31 dicembre 1994 si cumulano all'anzianità contributiva effettiva maturata successivamente.
- Non contribuire, al momento della domanda, ad altra forma di previdenza obbligatoria, compresi i Fondi Speciali Enpam.
- Non aver presentato domanda di prestazioni per invalidità permanente.
- Non aver rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto.
- Per il riscatto del servizio militare o civile, non aver fruito di tale beneficio presso altre gestioni previdenziali obbligatorie.

## Periodi oggetto di riscatto

Possono essere riscattati:

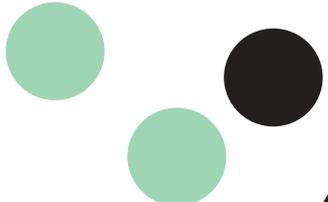
- fino ad un massimo di 10 anni gli anni relativi al corso legale di laurea e quelli relativi ai titoli di specializzazione. Non è consentito il riscatto di più titoli di specializzazione;
- fino ad un massimo di 10 anni il periodo di attività libero-professionale svolta in epoca precedente l'inizio della contribuzione proporzionale;
- i periodi di servizio militare obbligatorio, nonché i periodi di servizio civile svolto in alternativa a quello militare, con esclusione di quelli coincidenti con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata, fatta eccezione per la contribuzione alla "Quota A".

## Ammontare del contributo

E' di importo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa del periodo da riscattare. Detta riserva si calcola moltiplicando la maggior quota di pensione conseguibile con il riscatto per il coefficiente di capitalizzazione relativo al sesso, all'età ed all'anzianità contributiva del sanitario alla data di presentazione della domanda (come da tabella ex art. 2 L. 45/90). Dal 2001 i contributi di riscatto sono interamente deducibili (D.lgs. 18 febbraio 2000 n. 47).

## Modalità di versamento

In unica soluzione ovvero in rate semestrali. Il pagamento rateale avviene in un numero di anni non superiore a quelli da riscattare aumentati del 50% (comunque entro il 65° anno di età), con una maggiorazione pari all'interesse legale pro tempore vigente in ragione d'anno. Al fine del calcolo della pensione si tiene conto esclusivamente dei contributi effettivamente versati. Il mancato pagamento o il mancato inizio dei versamenti rateali nel termine indicato dall'ENPAM comporta la rinuncia al riscatto. In caso di invalidità o decesso prima della scadenza del termine per il pagamento o del completamento del versamento rateale, il riscatto viene considerato come interamente effettuato. Il debito residuo, senza interessi, viene trattenuto sulle prestazioni in misura non superiore al 20% del loro importo, sino ad estinzione.



# RIACEF

VIA CANALETTO SUD 266  
41100 MODENA  
TEL. 059 328332  
FAX 059 454419  
[www.riacef.it](http://www.riacef.it)

FISIOCHINESITERAPIA

RIACEF SRL

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO  
FISIOCHINESITERAPIA  
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA E  
SPORTIVA  
IDROCHINESITERAPIA  
VALUTAZIONI ATLETO - FUNZIONALI  
CENTRO RICERCHE  
PERSONAL TRAINING

DIRETTORE SANITARIO  
PROF. DOTT. MARCO MONTELEONE

Lettera aperta ai collegni riguardo a nuova metodica terapeutica  
in ambito ortopedico, fisiatrico e reumatologico.

*Egregio collega,*

*con la presente desideriamo informarti che presso il CENTRO FISIOTERAPICO RIACEF è in funzione da oltre due anni la TERAPIA EXTRACORPOREA AD ONDE D'URTO. La terapia ad onde d'urto, nata in origine con indicazione alla disaggregazione dei calcoli renali, ha recentemente trovato nuovi campi d'applicazione nelle patologie osteo-articolari e muscolo-tendinee che si riscontrano con frequenza in campo ortopedico-traumatologico, fisiatrico e reumatologico. Tale terapia si fonda sulla generazione extracorporea di onde d'urto che vengono introdotte nel corpo del paziente per mezzo di un cuscinco di accoppiamento e focalizzate con precisione, sotto controllo ecografico, sulla zona da trattare. Le principali patologie per le quali è indicato questo trattamento, e per le quali nella nostra già vasta casistica i Pazienti hanno tratto particolare beneficio, sono rappresentate da: tendinopatie semplici e/o calcifiche, osteofitosi, entesopatie inserzionali, fibrosi cicatriziali in esiti di lesioni muscolari da strappo, pseudoartrosi.*

*I vantaggi di questo tipo di terapia si possono così riassumere:*

- è una terapia non invasiva
- può essere ripetuta
- può essere effettuata senza anestesia
- non comporta effetti collaterali.

*Ti ringraziamo per la cortese attenzione e restiamo a disposizione per eventuali chiarimenti.*

*Prof. Marco Monteleone  
Direttore Sanitario Poliambulatorio RIACEF*

*Dr. Claudio Gavioli  
Responsabile riabilitazione Pol. RIACEF*



# IL SECONDO ANNO DI ECM TRA BILANCI E PROSPETTIVE

L'avvio del Programma Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) ha lanciato agli operatori sanitari due sfide. Innanzitutto, il consolidamento della cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale, e in secondo luogo la progressiva responsabilizzazione dei professionisti nel definire i propri obiettivi formativi, selezionando dall'offerta disponibile gli eventi per raggiungerli.

## **ECM e professionisti della sanità**

Dal 1° gennaio 2002 è stato avviato il sistema di Educazione Continua in Medicina che comprende l'aggiornamento professionale e le attività finalizzate a migliorare le competenze, le abilità tecniche e i comportamenti, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestatata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Riguarda tutti gli operatori sanitari, dipendenti o libero-professionisti, il cui impegno a un continuo aggiornamento e adeguamento delle conoscenze e competenze è previsto anche dai codici deontologici. Ogni professionista della sanità deve acquisire "crediti", partecipando ad attività formative accreditate dalla Commissione Nazionale o Regionale.

### **Articolazione necessaria a realizzare in 5 anni 150 crediti**

Anno	Numero di crediti	Min e max per anno
2002*	10	minimo 5 massimo 20
2003	20	minimo 10 massimo 40
2004	30	minimo 15 massimo 60
2005	40	minimo 20 massimo 80
2006	50	minimo 25 massimo 100

*\*Nota: In considerazione del fatto che il 2002 è stato il primo anno di Programma ECM a regime è consentito soddisfare il debito formativo stabilito per il 2002 anche nel corrente anno 2003 (da Conferenza Stato Regioni del 13/3/2003).*

Sono esclusi dall'obbligo coloro i quali stanno frequentando corsi di formazione post-base, sono in gravidanza o prestano il servizio militare.

Ogni professionista che abbia partecipato ad una attività formativa accreditata dovrà ricevere dagli organizzatori, nell'attestato, la certificazione del numero di crediti.

E' responsabilità del singolo partecipante conservare tale certificazione al fine di dimostrare, quando richiesto, di essere in regola con i crediti da acquisire.

## **Un primo bilancio delle attività 2002 e primo semestre 2003**

La pianificazione dei programmi formativi 2002 e 2003 dell'Azienda USL di Modena ha avuto essenzialmente i seguenti obiettivi:

- disporre di un numero adeguato di attività formative accreditate per tutte le categorie professionali comprese quelle operanti sul territorio quali MMG, Specialisti, Pediatri di libera scelta, guardia medica ecc.
- creare occasioni per valorizzare e migliorare l'integrazione tra dipartimenti e tra presidi ospedalieri e territorio.

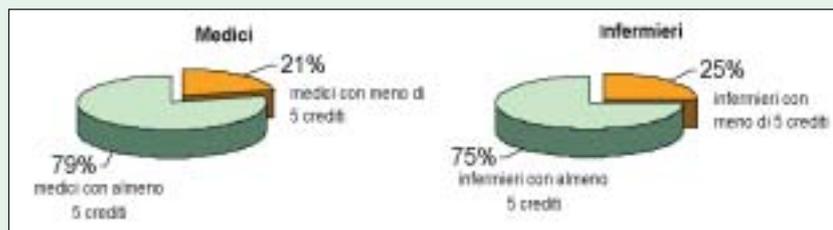
Dall'analisi dei dati relativi all'attività formativa ECM 2002 dell'Azienda risulta che sono state accreditate 469 edizioni dei diversi eventi formativi, a cui hanno partecipato 14.287 dipendenti, medici di medici-

na generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, professionisti di strutture private, ecc. Il confronto con i dati forniti dalla Regione evidenzia che i valori percentuali relativi alle figure mediche e infermieristiche che hanno partecipato a eventi formativi dell'AUSL di Modena e hanno conseguito almeno 5 crediti (minimo previsto per il 2002), sono superiori ai valori percentuali rilevati a livello regionale.

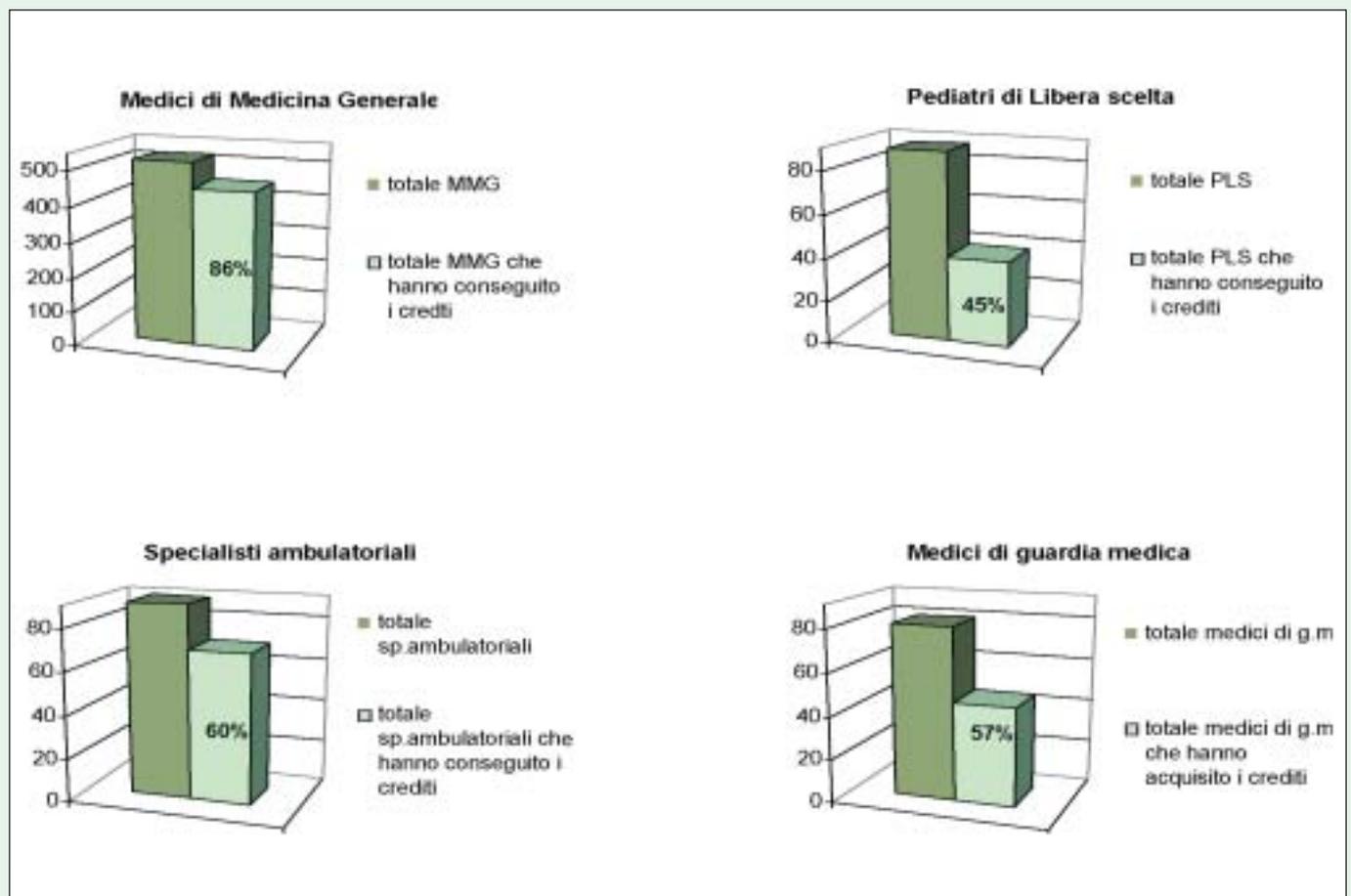
### Dati regionali



### Dati dell'Azienda USL di Modena



In particolare, si riportano di seguito i dati relativi ai professionisti non dipendenti che hanno conseguito più di 5 crediti formativi partecipando a eventi formativi organizzati in collaborazione con Agefor.



Anche nel 2003 è stata programmata un'adeguata offerta formativa al fine di soddisfare la necessità di acquisire i crediti previsti.

Sono ancora in fase di assegnazione i crediti degli eventi formativi 2003 da parte della Regione, che solo da maggio 2003 ha reso operativo il suo sistema on-line di richiesta di accreditamento.

### **...e nel 2004?**

Anche in previsione del numero sempre maggiore di crediti da acquisire per l'anno prossimo, Ministero e Regione cercano sistemi innovativi rispetto alla formazione residenziale.

In altri termini, non solo formazione in aula ma anche formazione a distanza (FAD) e formazione sul campo (FSC) quella cioè che si può effettuare nel proprio ambiente di lavoro.

A livello nazionale, si sta sperimentando, e probabilmente verrà messa a regime nel 2004, la formazione a distanza (FAD) quale nuova frontiera della formazione. In particolare, l'e-learning è il metodo consigliato per ridurre i problemi gestionali e organizzativi. Si tratta di programmi per i quali l'utente non deve spostarsi dal luogo di lavoro o dal domicilio, da svolgersi sia in gruppo che individualmente, usando materiale cartaceo o informatico. L'e-learning garantisce, anche sul piano dell'apprendimento, un buon livello di interattività perché utilizza sistemi multimediali come i Forum, le Chat, le mail, strumenti tipici di Internet, grazie anche alla presenza di un facilitatore dell'apprendimento (mentore e/o tutor on-line). A Carpi è in fase di attivazione una comunità di pratica on-line costituita da Medici di Medicina Generale, Medici Ospedalieri, operatori sanitari di Distretto coinvolti nel processo assistenziale di pazienti con scompenso cardiaco cronico.

A livello regionale, si sta sperimentando la formazione sul campo (FSC) come componente essenziale dei processi di Educazione Continua in Medicina. E' una tipologia che permette di integrare la formazione tradizionale e ricercare strade più efficaci, dal momento che permette di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro. Le tipologie principali di formazione sul campo che potranno essere utilizzate per l'acquisizione di crediti ECM prevedono: attività di addestramento, partecipazioni a commissioni e comitati, audit clinici, partecipazioni a progetti di miglioramento, partecipazioni a ricerche.

### **Le partnership di Agefor**

*Un modello di collaborazione tra Agefor e Mgform*

Dalla collaborazione tra Agefor, per la parte aziendale, e Mgform, per la medicina generale, è nato un programma indirizzato allo sviluppo della formazione per i Medici di Medicina Generale e altri professionisti del territorio.

Agefor, in qualità di provider, fornisce la consulenza necessaria alle fasi di progettazione, realizzazione e valutazione dell'attività formativa ai fini dell'accreditamento ECM.

Mgform è un "gruppo permanente per la formazione" in rete, composto da Medici di Medicina Generale, promossi e sostenuti dagli Animatori di Formazione/Tutors i quali coordinano e realizzano la formazione in Medicina Generale.

*Una rete di referenti per la formazione*

I referenti di formazione sono uno degli interlocutori privilegiati di Agefor per la formazione dell'Azienda USL di Modena. La rete dei referenti coordinata da Agefor è composta da 39 rappresentanti delle diverse categorie professionali di cui 24 medici, compresi i componenti di Mgform.

### **Un sito web per informarsi su ECM**

Nel sito web internet ([www.usl.mo.it/Agefor](http://www.usl.mo.it/Agefor)) sono descritte le principali caratteristiche del sistema ECM e gli aggiornamenti di maggior interesse sia per i professionisti che per i referenti/animatori di formazione interni ed esterni all'azienda.

È disponibile e continuamente aggiornato il calendario degli eventi proposti, con i destinatari a cui è rivolto, la data di svolgimento, la sede e il nome del responsabile del programma formativo. Per ogni evento viene aggiornato inoltre il numero di crediti dopo la comunicazione della Commissione ministeriale o di quella regionale.

In attesa che la Commissione Regionale assegni i crediti, Agefor per agevolare i professionisti nella stima dei crediti acquisiti ha inserito i crediti proposti alla Regione. I crediti proposti potranno essere modificati in seguito alla verifica da parte della Commissione Regionale.

L. Franchini - F. Novaco  
Agefor-AUSL di Modena

# MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

# SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**Noi Vi assistiamo a casa e in strutture ospedaliere**

A Modena e Sassuolo

**SERVIZI DI ASSISTENZA**

personalizzata per: anziani; handicappati; malati;  
disabili e persone non autosufficienti



I nostri servizi di  
**SOSTEGNO A DOMICILIO  
E IN STRUTTURE  
OSPEDALIERE**

possono essere:  
saltuari; continuativi; part-time;  
giornalieri/notturni;  
fine settimana



*Ad integrazione dei nostri servizi, sono disponibili  
prestazioni di parrucchiere e pedicùre a domicilio,  
acquisto di generi alimentari ed altro*

**- CHIAMATECI -**

**MODENASSISTENZA**

**059-22.11.22**

Via Ciro Menotti, 43  
Modena

**SASSUOLOASSISTENZA**

**0536-81.25.79**

Via XXIII Aprile, 4 (ang. Ciro Menotti)  
Sassuolo

*Il progressivo invecchiamento della popolazione implica, tra l'altro, un aumento di persone che presentano elevata fragilità a seguito della riduzione della omeostasi. Per tali persone, a volte, si rende necessaria la collocazione in Residenze specifiche allorché la permanenza a domicilio diviene impossibile o improponibile stante la alta complessità di interventi sanitari e sociali di cui necessitano. I medici di medicina generale che operano in tali strutture si trovano a dover operare in un teatro in cui, per definizione, non possono usufruire di strumentazioni complesse e devono intervenire non solo per tentare di garantire il benessere fisico, psichico e sociale dell'ospite ma anche nella sfera antropologica di questi e della sua famiglia oltre che in quella organizzativa interna ed esterna all'Istituto.*

*Proprio per fare fronte a queste difficoltà, i medici che operano nelle Residenze per anziani, già da alcuni anni e con la stretta collaborazione del Servizio Anziani del Distretto di Modena che fornisce il supporto organizzativo e si fa carico di invitare gli esperti, si riuniscono periodicamente in gruppi di audit per confrontare le loro metodologie, definire delle linee di comportamento comuni, valutarne le ricadute sulla assistenza. Prosegue la pubblicazione degli articoli di interesse comune che contengono quanto emerso nelle varie riunioni e si spera possano costituire la base di partenza di un dibattito tra i medici.*

R. De Gesu

## L'INSUFFICIENZA RENALE NEL PAZIENTE ANZIANO

SINTESI DELL'INCONTRO DI AGGIORNAMENTO TENUTO L' 11 GIUGNO 2003 AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE CHE OPERANO NELLE RESIDENZE PER ANZIANI DEL COMUNE DI MODENA

### INTRODUZIONE

Quanto è frequente l' Insufficienza Renale Cronica (IRC)? Mentre abbiamo molti dati sulla popolazione in terapia dialitica sostitutiva, pochissimi sono i dati sulla popolazione con funzione renale ridotta, in particolare nell'età avanzata. Se applichiamo alla popolazione italiana la proporzione (basata su ricerche fatte in Gran Bretagna) di 8 pazienti con IRC per ogni soggetto in dialisi, solo in Provincia di Modena ci sarebbero 4.000 pazienti con IRC: 1 ogni 150 abitanti. L'indagine condotta dai medici di famiglia che seguono gli anziani nelle "strutture protette" di Modena ha evidenziato tra gli ospiti di queste un 12% di uomini e un 6% di donne con IRC, definita come presenza di creatininemia superiore a 2 mg/dl per gli uomini e a 1,5 mg per le donne.

### STADIAZIONE

L'insufficienza renale viene divisa comunemente in stadi, in base al valore del Filtrato Glomerulare (FG), secondo una classificazione proposta dalla National Kidney Foundation:

Stadiazione della malattia renale cronica		
Stadio	Descrizione	FG (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )
1	Malattia renale con FG normale o aumentato	≥ 90
2	Lieve riduzione del FG	89-60
3	Moderata riduzione del FG	59-30
4	Severa riduzione del FG	29-15
5	IR terminale	<15

Come si situano i nostri anziani in questa scala?

Sappiamo che la funzione renale varia normalmente in rapporto all'età, al sesso e alla massa corporea. A parità di creatininemia, il FG è più basso nel sesso femminile e si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età. È possibile fare una stima abbastanza precisa della funzione renale, senza ricorrere a indagini complesse, utilizzando la formula di Cockcroft e Gault (Nephron, 16: 31, 1976), che mette in rapporto la creatinina plasmatica a età, peso e sesso e fornisce un valore attendibile; per i soggetti obesi, è bene fare riferimento al peso ideale.

La formula per il calcolo della funzione renale è:

$$\text{negli uomini: FG} = \frac{(140 - \text{anni}) \times \text{peso in Kg}}{72 \times \text{creatinina in mg/dl}}$$

nelle donne si deve ridurre del 15% il valore così ottenuto, ovvero usare la formula col divisore **84,7**

Applicando questa formula ai dati di pazienti anziani, vediamo che con creatininemia normale o di poco elevata il FG è ridotto negli anziani a valori che nel giovane sarebbero indicativi di insufficienza renale conclamata: un uomo di 75 anni, del peso di 65 Kg, con creatinina 1 mg/dl, ha un FG = 58,7 ml/min, indicativo di "moderata riduzione" di FG; e così una donna di 75 anni, del peso di 58 Kg, con creatinina 1,6 mg/dl ha un FG = 27,8 ml/min, indicativo di "severa riduzione" del FG.

Allora, l'anziano è sempre un insufficiente renale? No e sì.

No, se lo confrontiamo con i suoi coetanei.

Sì, se lo confrontiamo con i "giovani adulti sani" (in genere studenti universitari) su cui sono stati costruiti i parametri della "normalità" cui dovremmo fare riferimento, ad esempio, per stabilire le dosi dei farmaci.

Perché gli anziani hanno la funzione renale ridotta?

- Perché con il passare degli anni c'è una progressiva sclerosi glomerulare "fisiologica"; quella che nella formula di Cockcroft è espressa dal primo moltiplicatore (140 - età)
- Perché ci può essere una malattia renale di ogni tipo: glomerulonefrite, vasculite, malattia vascolare aterosclerotica, nefropatia diabetica, pielonefrite, uropatia ostruttiva (soprattutto ipertrofia prostatica), rene gottoso, rene da mieloma... o combinazioni di queste patologie (diabetico con IPB).

## **L'INSUFFICIENZA RENALE PROGRESSIVA**

Perché, quando una malattia ha causato una riduzione della funzione renale, questa tende poi a ridursi ulteriormente nel tempo? Secondo l'ipotesi dell'iperfiltrazione, un compenso al ridotto numero di glomeruli funzionanti si ottiene con la costrizione dell'arteriola efferente del glomerulo, che causa un aumento della pressione di filtrazione e quindi della frazione di filtrazione.

Aumenta così il filtrato glomerulare, ma anche la quantità di proteine che attraversano la membrana basale glomerulare. Le proteine filtrate in eccesso rimangono in parte intrappolate nel mesangio, ove inducono una reazione di infiammazione, e quindi di sclerosi, che è causa di per sé di ulteriore perdita di nefroni funzionanti.

Un'altra parte delle proteine filtrate in eccesso passa nella preurina e, quando supera la capacità di riassorbimento dei tubuli, compare nell'urina sotto forma di proteinuria.

Ecco perché nell'iperteso, nel diabetico, nell'insufficiente renale la proteinuria, anche lieve, è considerata un indice di danno renale e di rischio di progressione della nefropatia.

Il meccanismo dell'iperfiltrazione ha un suo potente alleato nell'ipertensione arteriosa sistemica, che pure induce aumento di pressione nei capillari glomerulari ed è quindi fattore di iperfiltrazione. Per questo motivo, il controllo ottimale dell'ipertensione arteriosa, fino a mantenere la pressione il più bassa possibile (compatibilmente con il benessere del paziente), è uno dei cardini della prevenzione del danno renale progressivo. Tra i farmaci ipotensivi, quelli che sono capaci di ridurre gli effetti dell'angiotensina (ACE-inibitori e inibitori recettoriali) hanno un effetto "renoprotettivo", in quanto sono capaci non solo di ridurre la pressione arteriosa sistemica, ma anche quella intraglomerulare. Questo è possibile perché inducono vasodilatazione delle arteriole sia afferenti che efferenti e quindi neutralizzano il meccanismo dell'iperfiltrazione, che si basa invece sulla costrizione di queste ultime.

Un simile assetto pressorio causa:

- nel breve termine, un calo del filtrato glomerulare, misurabile con un aumento della creatininemia;
- ma anche, nel tempo, una minore glomerulosclerosi; quindi la funzione renale si conserva più a lungo.

E' evidente che il beneficio è sicuro quando si trattano pazienti con IRC lieve e moderata, mentre con FG < 30 ml/min il calo del filtrato indotto dal farmaco può indurre un peggioramento significativo del quadro metabolico.

## DAVANTI AL PAZIENTE CON I.R.C.

Al primo riscontro di insufficienza renale è necessario:

- un inquadramento diagnostico, il più preciso possibile;
- un intervento migliorativo, se possibile;
- l'impostazione di una terapia.

Per un primo approccio all'insufficienza renale, bastano pochi normalissimi esami per cominciare a inquadrare il paziente e orientarsi fra i principali gruppi di patologie renali:

- esame dell'urina, urocultura
- urea, glucosio, creatinina, acido urico
- emocromocitometrico, assetto marziale
- glicemia, colesterolo, trigliceridi, protidemia-elettroforesi
- sodio, potassio, calcio, fosforo e bicarbonato nel sangue
- ecografia dei reni e della vescica, con determinazione del residuo urinario dopo minzione
- rx addome a vuoto, per calcificazioni vascolari e renali

In alcuni casi, si scoprono patologie renali curabili e si può quindi ottenere un recupero della funzione renale. Quando la diagnosi è invece di una insufficienza renale consolidata e non possiamo fare nulla per farla regredire, possiamo ancora intervenire per:

- 1) mantenere nel tempo la funzione renale residua;
- 2) trovare il miglior equilibrio possibile, in modo che il paziente resti asintomatico anche se la funzione renale è ridotta;
- 3) prevenire le complicazioni.

## I FATTORI DI PROGRESSIONE

Bisogna farsi un'idea della velocità di progressione dell'insufficienza renale nel singolo paziente, calcolando il filtrato glomerulare sulle creatininemie passate e recenti; e seguire poi gli esami nel tempo, interpretando le eventuali variazioni della creatinina.

Da un controllo all'altro, queste possono dipendere da diversi fattori, come lo stato di idratazione, la variabilità analitica e la variabilità tra laboratori, ma nel lungo periodo esprimono la velocità di progressione.

Se c'è il sospetto di un peggioramento rapido, cosa cercare?

- ripresa della patologia di base
- cattivo controllo pressorio
- alimentazione scorretta
- relativa disidratazione
- infezione urinaria sovrapposta
- ostruzione delle vie urinarie (ipertrofia prostatica)
- tossicità da farmaci assunti di recente
- eccessivo carico di farmaci "abituali"

Nel lungo periodo, quali fattori rallentano la progressione dell'insufficienza renale?

- una rigorosa normotensione arteriosa
- gli ACE-inibitori (ACEi) e gli inibitori dei recettori dell'angiotensina (ARB)
- la dieta ipoproteica
- evitare la nefrotossicità
- evitare il fumo di sigaretta
- controlli regolari degli esami e dello stato clinico

Vorrei qui approfondire alcuni argomenti:

- L'alimentazione e l'idratazione

- L'uso dei farmaci ipotensivi, in particolare ACEi e ARB
- Il problema dello "scompenso" e l'uso dei diuretici.

## LA DIETA

Nell'IRC l'apporto alimentare di nutrienti in generale, e di proteine in particolare, deve stare sul sottile confine tra l'eccesso che induce iperfiltrazione e la carenza che induce malnutrizione.

Nel lungo periodo della IRC moderata, la dieta è importante perché aiuta a prevenire le complicanze (dislipidemia, osteodistrofia, ipertensione) e può rallentare la glomerulosclerosi e quindi la progressione all'uremia.

Quando l'IRC è severa, la dieta migliora l'equilibrio metabolico complessivo, evitando la ritenzione idrosalina, l'acidosi, l'iperkaliemia, l'iperfosforemia e gli eccessivi valori di urea.

Quali sono le principali differenze fra la dieta "libera" e quella adatta a un nefropatico?

La dieta spontanea della nostra regione è caratterizzata da consumo di:

- pasta all'uovo, che apporta colesterolo e fosforo in eccesso
- formaggi stagionati (Parmigiano...) che contengono sodio e fosforo in eccesso
- carne di maiale conservata, con eccesso di sodio e lipidi (che il prosciutto crudo possa essere "magro e dolce" è una mera illusione !)

Questi sono gli errori più comuni da correggere!

Nell'anziano, spesso il problema non è l'eccesso alimentare, ma l'anoressia per i cibi proteici e la perdita di massa magra. L'apporto proteico spontaneo già fatica a raggiungere 0,6 g/Kg di peso corporeo ideale, che è il minimo consigliato. Il rischio che incombe non è quindi l'eccessiva alimentazione, ma la malnutrizione.

E' quindi spesso sufficiente correggere gli errori alimentari più comuni, prescrivendo una dieta dettagliata solo se il paziente lo richiede perché "ha paura di sbagliare".

Il problema della prescrizione di una dieta personalizzata è invece tipico del giovane, che deve assumere una quantità limitata di proteine, ma tutte le calorie necessarie per l'attività lavorativa.

### Quanti e quali liquidi deve bere il soggetto con IRC ?

Serve indurre poliuria? La poliuria può far scendere l'urea ematica, perché un più rapido flusso di preurina nei tubuli previene la retrodiffusione dell'urea; ma nella pratica non è importante avere un'azotemia più bassa di alcuni milligrammi: il filtrato glomerulare resta comunque lo stesso.

Quanto si deve bere? La regola generale è seguire il senso della sete.

Gli anziani a volte vanno stimolati a bere, se il loro senso della sete è inadeguato; ma è inutile consigliare a tutti indiscriminatamente di "bere molta acqua", per poi trovarli edematosi e dover prescrivere diuretici. In particolare a cardiopatici, diabetici, epatopatici, in cui maggiore è la tendenza ad accumulare liquidi e c'è un inappropriato senso della sete, bisogna raccomandare di bere poca acqua e bisogna insegnare che tante sono già le occasioni in cui si introducono liquidi: il the o il latte della colazione, il brodo, la frutta, l'acqua con cui si deglutiscono i farmaci.

In ogni caso, per capire se una diuresi di "solo" un litro al dì è o no un problema, per capire se dobbiamo insistere per far bere uno che "beve poco" è importante valutare lo stato di idratazione:

- valutare lo stato della mucosa orale (se è asciutta o umida come di norma);
- valutare lo stato di idratazione del sottocute: la plica cutanea rimane sollevata? o vi è invece formazione di fovea alla pressione digitale nelle parti declivi (caviglie, sacro)?
- ricercare se vi sono rantoli fini alle basi polmonari, come segno di sovraccarico del circolo polmonare;
- misurare la pressione arteriosa e confrontarla coi valori abituali; misurare anche la sua variazione nel passaggio dal clino- all'ortostatismo: l'ipotensione ortostatica è indice di disidratazione;
- determinare il peso del paziente e confrontarlo con il peso abituale: se c'è stata una variazione rapida, il paziente sottopeso è disidratato, il paziente sovrappeso è in ritenzione di liquidi.

Come deve essere un soggetto con insufficienza renale?

Normoidratato, o al massimo leggermente iperidratato: con le caviglie la sera appena succulente, ma mai con edemi improntabili o rantoli alle basi polmonari.

Perché una lieve espansione di volume favorisce la funzione renale e riduce il rischio di caduta del filtrato da Ace-inibitore, ma l'edema va evitato perché è il prodromo dello scompenso cardiorespiratorio.

Deve essere normale, o comunque il più bassa possibile, compatibilmente con:

- il benessere soggettivo
- il mantenimento dell'attività lavorativa
- il mantenimento dell'autosufficienza nell'anziano

I valori pressori raccomandati sono:

- ≤130/80 nei pazienti con IRC e proteinuria <1 g/die;
- ≤120/75 nelle nefropatie proteinuriche e nei diabetici

Negli anziani, in cui è significativo il rischio della caduta a terra, bisogna però prestare attenzione alla presenza di ipotensione ortostatica. I fattori che più spesso interferiscono nel mantenimento della pressione al variare della posizione sono la disidratazione, la neuropatia autonoma (tipica del diabetico) e alcuni ipotensivi, in particolare clonidina e  $\alpha$ -bloccanti.

Si raccomanda quindi di misurare sempre la pressione arteriosa prima a paziente supino, poi appena dopo averlo fatto alzare in piedi, e di ridurre i farmaci interferenti se c'è calo di pressione in ortostatismo.

### ACE-inibitori e inibitori recettoriali dell'angiotensina II

Abbiamo già visto che agiscono sul rene riducendo la pressione di filtrazione; le conseguenze sono benefiche a lungo termine (minore iperfiltrazione, minore proteinuria, minore sclerosi glomerulare), ma possono essere deleterie fin dai primi giorni se si verifica una brusca caduta della filtrazione glomerulare, con perdita acuta della funzione renale (non sempre reversibile).

In quali pazienti è maggiore il rischio di peggioramento rapido della funzione renale? Negli arteriopatici, soprattutto se il FG è < 30 ml/min e soprattutto se sono relativamente disidratati.

In caso di nuova prescrizione, bisogna quindi iniziare con dosi molto piccole; verificare che la PA non crolli; fare controlli della creatinina dopo 8 e 15 gg; sospendere il farmaco se la creatinina aumenta oltre il 10%, o se c'è aumento del potassio oltre 5,5 mEq/l. Nei pazienti anziani che assumono da tempo ACEi e ARB e sviluppano una insufficienza renale progressiva, bisogna ricordarsi di ridurre le dosi in funzione dell'età e del filtrato glomerulare. Enalapril e Lisinopril sono esempi di molecole a lunga emivita ritenute nell'IRC; in un anziano con riduzione moderata del filtrato glomerulare, la dose di 5 - 10 mg è già una dose piena ed efficace nel trattamento dell'ipertensione e nella prevenzione dello scompenso di cuore.

## I DIURETICI

Molti soggetti con IRC manifestano una tendenza alla ritenzione di acqua e di sodio, che può essere contrastata con l'uso di diuretici. Quali diuretici usare?

L'idroclorotiazide è spesso usata in associazione fissa con l'amiloride ed è presente in piccole dosi in associazione con vari ipotensivi. Non è indicata nell'IRC, perché poco efficace e perché induce più di altri diuretici iperuricemia.

I diuretici risparmiatori di potassio (spironolattone, canrenoato) sono oggi molto usati nel trattamento dello scompenso cardiaco, perché riducono l'effetto dell'iperaldosteronismo secondario tipico di questa condizione. Nell'IRC si possono usare a piccole dosi, controllando mensilmente la potassiemia fino alla sua stabilizzazione; l'associazione di questi diuretici con ACEi e ARB, che già inducono ritenzione di potassio, può portare a iperpotassiemia sintomatica, con bradicardia da blocco A-V completo.

I diuretici dell'ansa (furosemide, torasemide) sono i più efficaci e sicuri nell'IRC; in particolare, l'insufficienza renale rende meno brusca la risposta alla furosemide, che nell'uso cronico non induce una poliuria immediata, ma è fondamentale nel prevenire la ritenzione di liquidi; rimane efficace anche con FG molto bassi ed è sicura anche a dosi elevate, fino a 1 g al dì.

Quando sembra necessario aumentare ancora la dose dei diuretici, stiamo attenti al circolo vizioso: troppo bere  $\Rightarrow$  edema  $\Rightarrow$  diuretico  $\Rightarrow$  maggiore sete  $\Rightarrow$  ancora bere. La soluzione più logica è la restrizione idrica.

G.Malmusi



## LA LIVÈLA

Due paroline per questa poesia di Totò, della quale mi sono innamorato durante il servizio militare a Maddaloni.

Ho pensato immediatamente di donare questo capolavoro, rivisto e tradotto in dialetto modenese, a tutti coloro che non lo conoscevano.

Mi scuseranno i fans di Totò (io sono uno di quelli) se ho osato tanto, ma l'ho fatto con sincero amore per la poesia.

Amici, ora gustatevi, da "a Livella" di Totò, "La livèla" d'Arginèli.

LA LIVÈLA

Tótt i an al dû ed novámbèr a gh'è l'usanza  
Per i mòrt andèr al zimitèri.  
Tott i an da fèr st'òpra santa  
e druvèr per lôr el bòun manéri.

Ogni an puntualmèint in cal gioren  
ed sta tresta ricorèinza,  
anca mè cun di fiòr adóren  
al tumbèin ed mèrem ed zia Vizèinza.

St'an a m'è capitè un'aventùra.  
Dóp aver cumpì al trést omàg,  
oh Dio s'agh peins quanta paura!  
Ma po' am sun fat forza e anch curàg.

Al fat l'è quást, stem mo a sentir,  
a se svinèva l'ora dla sradùra  
e mè pian pian a stèva per surtir  
sbirciand nám, cugnám e dati ed sepoltura.

Qui dorme in pace il nobile Marchese  
di Soliera e d'Ganzé  
ardimentoso eroe di mille imprese  
mòrt àl tri ed zògn dal trèintasé!

A gh'era stèmma, curòuna e scrétti in òr  
'na cròs fata ed lumèin a ot a ot,  
tri maz ed rôsi, fiòr e fôi d'alòr,  
sé candeli, tri zirèin e du candlòt.

Propria d'avseìn a la tamba ed ste sgnòr,  
a gh'era n'ètra tamba piculèina,  
abandunèda sèinza gnanch un fiòr  
e dû stangàtt i fèven 'na cruslèina;

e sòvra a la cròs a s'alziva apèina  
Dante Bacecia fu spazèin  
a guarderla am fèva tanta pèina,

LA LIVELLA

Tutti gli anni il 2 novembre c'è l'usanza  
per i morti andare al cimitero.  
Tutti devono fare quest'opera santa  
ed usare per loro le buone maniere.

Ogni anno puntualmente in quel giorno  
di questa triste ricorrenza,  
anch'io con dei fiori adorno  
il tombino di marmo di zia Vincenza.

Quest'anno mi è capitata un'avventura.  
Dopo aver compiuto il triste omaggio,  
oh Dio se ci penso quanta paura!  
Ma poi mi sono fatto forza e coraggio.

Il fatto è questo, statemi a sentire,  
si avvicinava l'ora della chiusura  
ed io pian piano stavo uscendo  
sbirciando nomi, cognomi e date di sepoltura.

Qui dorme in pace il nobile Marchese  
di Soliera e di Ganaceto  
ardimentoso eroe di mille imprese  
morto il 3 giugno del '36!

C'erano stemma, corona e scritte in oro  
una croce fatta di lumini a otto a otto,  
tre mazzi di rose, fiori e foglie di alloro,  
sei candele, tre cerini e due grossi ceri.

Proprio vicino alla tomba di questo signore,  
ce ne era un'altra piccolina,  
abbandonata senza neanche un fiore  
e due bacchetti facevano una piccola croce;

e sopra alla croce si leggeva appena  
Dante Baciccia fu spazzino guardandola mi faceva  
tanta pena, questo povero morto

ste pòver mòrt sèinza un pcòun ed zirèin.

Sa vót fèreggh, dèinter a mè a pensèva  
chi ha avû tòtt e chi 'na mécca,  
certo che st'pòver ámm an s'aspetèva  
d'èser considerè anch de'd-là'na mèza cécca.

Mèinter a fantastichèva in ste pensêr,  
l'èra arivèda quèsi mezanòt,  
acsè a sun armès srè e perzunèr  
mòrt ed paura in faccia a chi candlòt.

Tòtt ad un tràt ch'sa vadd-i-a da luntàn?  
Dó ambri avsinères da la pert mia  
ste fat am pèr un pòch stran  
sun-i-a un po' mat, dorm-ia o ela fantasia?

Eter che fantasia, l'èra al Marchès,  
cun bastóun, uciàlèin e col pastràn;  
qual avsèin a ló, un brót arnés  
sporck e spuzlèint, cun la granèda in man.

Ma cl'èter ed sigur l'è Bacicèin  
cal pòver mentecàt ed la malóra;  
ma sé! Dante al spazèin;  
ma ein-i mòrt, o vani a let a s'ora?

I-èren avsèin a mè quesì 'na spàna,  
quand al Marchés as fèrma ed bòt;  
as vòlta e chèlem chèlem, al declama:  
sintì-m bein un poch, vò! Brót zuvnòt!

Da voi vorrei saper, vile carogna,  
con quale ardire, e come avete osato  
di farvi seppellir, per mia vergogna  
accanto a me, che sono blasonato?!

La casta è casta, e va sì rispettata  
ma voi perdeste il senso e la misura,  
la vostra salma andava sì inumata,  
ma seppellita nella spazzatura!

Ancora oltre sopportar non posso  
la vostra vicinanza puzzolente,  
fa d'uopo quindi che cerchiate un fosso  
tra i vostri pari, tra la vostra gente!

Signor Marchese, non è colpa mia,  
mè an v'avrév mai fat un simil tòrt,  
l'è stèda mé muiéra a fèr sta porcheria,  
sa psiv-ia fèreggh, a-i-era bèle mòrt?!

Sa fòssa viv, av farèv cuntèint,  
a ciaparév la càsa e sti quatr'òs  
e propria adésa, in ste mumèint  
am butarév deinter a un éter fòs.

senza neanche un pezzo di cerino.

Cosa vuoi farci, dentro di me pensavo  
chi ha avuto tutto e chi nulla, certo che questo  
pover'uomo non s'aspettava d'essere considerato  
anche nell'Aldilà una mezza cicca.

Mentre fantasticavo su questo pensiero,  
era arrivata quasi mezzanotte,  
così sono rimasto chiuso e prigioniero  
morto di paura di fronte a quei grossi ceri.

Tutto a un tratto cosa vedo da lontano?  
Due ombre avvicinarsi dalla mia parte  
questo fatto mi sembra un poco strano  
sono un po' matto, dormo o è fantasia?

Altro che fantasia, era il Marchese,  
con il bastone, l'occhialino e col pastrano;  
quello vicino a lui, un brutto arnese  
sporco e puzzolente, con la scopa in mano.

Ma l'altro di sicuro è Baciccino  
quel povero mentecatto della malora;  
ma sì! Dante lo spazzino;  
ma sono morti o vanno a letto a quest'ora?

Erano vicino a me quasi un palmo,  
quando il Marchese si ferma di colpo;  
si volta e calmo calmo declama:  
sentite bene un po' voi, brutto giovanotto!

Da voi vorrei sapere, vile carogna,  
con quale ardire e come avete osato  
di farvi seppellir per mia vergogna  
accanto a me che sono blasonato?!

La casta è casta e va rispettata  
ma voi perdeste il senso e la misura,  
la vostra salma andava sì inumata,  
ma seppellita nella spazzatura!

Ancora oltre sopportar non posso  
la vostra vicinanza puzzolente,  
fa d'uopo quindi che cerchiate un fosso  
tra i vostri pari, tra la vostra gente!

Signor Marchese, non è colpa mia  
io non vi avrei mai fatto un simil torto,  
è stata mia moglie a fare questa porcheria,  
cosa potevo farci, ero già morto?!

Se fossi vivo vi farei contento,  
prenderei la cassa e queste quattro ossa  
e proprio ora, in questo momento  
mi butterei dentro a un altro fosso.

E cosa aspetti o turpe malcreato,  
che l'ira mia raggiunga l'eccedenza?  
Se io non fossi stato un titolato  
avrei già dato piglio alla violenza!

S'et dét? Ma va là, tè e la to violèinza;  
la veritè Marchés l'è che et m'è stufè,  
e se per chès a perd mè la pazinzia,  
a smeindegh d'éser mòrt e at córr adrée.

Ma chi cràdett d'éser, un Dio?, un Re?  
Chè dèinter al vôt capir ch'a sámm uguèl?  
Mòrt té tè e mòrt a sun anca mè,  
ognun come l'è né, l'è tèl e quel.

Lurido porco! Come ti permetti  
paragonarti a me ch'ebbi natali  
illustri, nobilissimi e perfetti  
da fare invidia a principi e reali?!

Ma che Nadèl, Pasqua, Epifania,  
ascolta a mòd sta zirudèla,  
tè té malè ancàrra ed fantasia,  
la mòrt al sèt cus'l'è? L'è 'na livèla.

Un Re, un Magistrè, o un grand àmm  
quand al pasa sté canzèl, l'ha tòtt finì,  
l'ha pérs incòsa, la vétta e anch al nám  
an l'èt ancàrra bein capì?

Perciò an'èser piò restiv,  
supòrtem avseìn, tant l'è la sòrt,  
ste paiazèdi làsi fèr ai viv  
nuèter a sámm séri, apartgnàmm ai mòrt.

E cosa aspetti o turpe malcreato,  
che l'ira mia raggiunga l'eccedenza?  
Se io non fossi stato un titolato  
avrei già dato piglio alla violenza!

Cos'hai detto? Ma va là, te e la violenza;  
la veritè Marchese è che mi hai stancato,  
e se per caso perdo io la pazienza,  
dimentico di essere morto e ti corro dietro.

Ma chi ti credi di essere, un Dio, un Re?  
Qui dentro lo vuoi capire che siamo uguali?  
Morto sei tu e morto sono anch'io,  
ognuno come è nato è tale e quale.

Lurido porco! Come ti permetti  
paragonarti a me che ebbi natali  
illustri, nobilissimi e perfetti  
da fare invidia a principi e reali?!

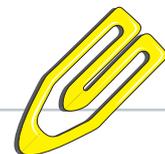
Ma che Natale, Pasqua, Epifania,  
ascolta a modo questa storia,  
tu sei malato ancor di fantasia  
la morte sai cos'è? E' una livella.

Un Re, un Magistrato, un grand' uomo  
quando passa questo cancello, ha tutto finito,  
ha perso tutto, la vita ed anche il nome  
non lo hai ancora ben capito?

Perciò non essere più restio,  
sopportami vicino, tanto è la sorte,  
queste pagliacciate lasciale fare ai vivi  
noi siamo seri, apparteniamo ai morti.

Lodovico Arginelli

## Storielle a cura di Roberto Olivi



- La scoperta consiste nel vedere ciò che tutti hanno visto e nel pensare ciò che nessuno ha pensato.  
*A. Szent Gyorgyi  
premio Nobel per la medicina*
- La salute è una pianta rara di cui i medici non sono ancora arrivati a distruggere la specie.  
*Pierre Véron*
- Principio di Knox sui fuoriclasse:  
Un fuoriclasse è un giocatore che, non appena viene acquistato dalla tua squadra, diventa una ciofecca. Una ciofecca è un giocatore che, non appena viene ceduto dalla tua squadra, diventa un fuoriclasse.  
*Arthur Bloch*



World Health Organization

Università degli Studi  
di Modena e Reggio Emilia

# CONVEGNO "TUBERCOLOSI: QUALITÀ DELL'ASSISTENZA"

Modena, Sala Forum Monzani, 11 e 12 dicembre 2003

## 11 DICEMBRE 2003

### 9,30 Apertura

Giovanni Bissoni, Assessore alla Sanità Regione Emilia-Romagna  
Giuliano Barbolini, Sindaco del Comune di Modena  
Roberto Rubbiani, Direttore Generale AUSL di Modena  
Claudio Macchi, Direttore Generale Policlinico di Modena  
Giuseppe Torelli, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena

### 10,30 Controllo globale della tubercolosi

Mario Raviglione, introduce Maria Luisa Moro  
Prima sessione: Controllo della tubercolosi in paesi a bassa prevalenza  
*Moderatori: Dina De Stefano Caraffa, Mario De Palma*

### 10,45 Controllo della tubercolosi in paesi a bassa prevalenza: l'esperienza della Gran Bretagna

John Watson

### 11,15 Pausa

### 11,40 Sorveglianza e controllo della tubercolosi in Emilia-Romagna

Pierluigi Macini

### 12,00 Indicatori per valutare i programmi di controllo della TBC: cosa è disponibile in Italia?

Maria Luisa Moro

### 12,20 Sorveglianza dell'esito del trattamento: l'esperienza delle regioni italiane

Giovanni Gallo

### 12,40 Dibattito

### 13,00 Lunch

Seconda sessione: La diagnosi di tubercolosi  
*Moderatori: Antonio Cassone, Gianni Nicolino D'Autilia*  
*La diagnosi di laboratorio*

### 14,00 Linee Guida nazionali per la diagnosi di laboratorio dei micobatteri

Antonio Cassone

### 14,20 Organizzazione della rete dei laboratori: l'esperienza della regione Veneto

Claudio Scarparo

### 14,40 Tecniche diagnostiche di nuova generazione: vere e false novità

Cesare Saltini, Stefania Greco

### 15,00 Discussione

*La diagnosi clinica*

### 15,30 Diagnosi di tubercolosi in pazienti problematici

Adalberto Ciaccia

- 15,50 Dal sospetto alla diagnosi: come abbreviare i tempi? Risultati di una indagine in RER**  
Davide Resi
- 16,10 Discussione**  
Terza sessione: Novità in tema di infezione latente  
*Moderatori: Franco Falcone, Maria Luisa Moro*
- 16,30 Identificare l'infezione latente: una via per migliorare il controllo della tubercolosi**  
Ajit Lalvani
- 17,00 Novità in tema di trattamento di infezione tubercolare latente**  
Michael Iademarco
- 17,30 Dibattito**  
Lettura magistrale:  
*Moderatore: Leonardo M. Fabbri*
- 18,00 SARS: lo stato dell'arte**  
Stefano Lazzari

## 12 DICEMBRE 2003

- 9,00 The Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)**  
Giorgio Roscigno, introduce Luca Richeldi  
Quarta sessione: La Farmacoresistenza  
*Moderatori: Roberto Esposito, Luca Richeldi*
- 9,30 Resistenze a livello mondiale: quale è il rischio che pazienti nati all'estero siano portatori di infezioni resistenti?**  
Marco Espinal
- 10,00 La farmacoresistenza in Italia: risultati del Progetto SMIRA**  
Giovanni Battista Migliori
- 10,20 Farmacoresistenza: l'esperienza della regione Emilia-Romagna**  
Carlo Gagliotti
- 10,40 Dibattito**
- 11,15 Pausa**  
Quinta sessione: Trattamento della infezione e della malattia tubercolare  
*Moderatori: Florio Ghinelli, Fiorino Fiorentini*
- 11,40 Ostacoli all'adesione alle linee guida: risultati di un Focus Group**  
Franco Falcone
- 12,00 Miti e realtà in tema di effetti collaterali della terapia antitubercolare**  
Lucio Casali
- 12,20 Gestione del paziente con tubercolosi: quali vincoli e quali opportunità**  
Paolo Grandi
- 12,40 Il trattamento della infezione latente: i problemi più frequenti di gestione**  
Massimiliano Bugiani
- 13,00 La prevenzione della trasmissione della tubercolosi nelle strutture sanitarie**  
Enrico Girardi
- 13,20 Dibattito**  
**Conclusioni**  
Maria Luisa Moro

*L'iniziativa è stata presentata alla Commissione regionale per l'attribuzione dei crediti ECM*

### Segreteria organizzativa:

Maria Rosa Pozzi, Renata Mesirca  
Settore Formazione - Agenzia Sanitaria Regionale  
V.le Aldo Moro 21 - Bologna - Tel 051 6397109/7113 Fax 051 6397058  
[mapozzi@regione.emilia-romagna.it](mailto:mapozzi@regione.emilia-romagna.it) oppure [rmesirca@regione.emilia-romagna.it](mailto:rmesirca@regione.emilia-romagna.it)

La partecipazione al Convegno è **gratuita**.

L'organizzazione si riserva di accettare le iscrizioni fino al raggiungimento dei posti disponibili.  
Ai partecipanti verrà rilasciato l'attestato di partecipazione.



ore 21,40

**Dott. Vincenzo L. Malavasi** (Dirigente Medico I livello, Responsabile elettrofisiologia. U.O. Cardiologia - Azienda Ospedaliera Policlinico Modena)

*“Terapia delle aritmie alla luce delle ultime indicazioni soprattutto in tema di terapia elettrica”*

ore 21,45

**QUESTION TIME con i dottori Rita Villani, Arrigo Menozzi, Giovanni Gigliotti**

ore 22

**DISCUSSIONE INTERATTIVA aperta a tutti i partecipanti**

*Per la Tavola Rotonda sono stati richiesti i Crediti formativi ECM*

*Segreteria Organizzativa: Sig.ra Germana Sitta, U.O. Cardiologia*

*Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena - tel 059/422.4496 - fax:059/422.4498 - segr.cardiofree@unimo.it*

## Progetto DUNE: “Prendersi cura nelle diverse etnie” Seminario di approfondimento

### La relazione di cura con le persone vittime di tortura

13 dicembre 2003 dalle ore 9,00 alle ore 14,00

Auditorium Centro Nazareth - Strada Formigina, 319 - Modena

Conduzione a cura di: Franca Capotosto

9,00 - 9,15	Accoglienza e registrazione
9,15 - 9,30	Presentazione Andrea Guerzoni- Direttore Distretto di Modena -Azienda USL di Modena
9,30 - 10,00	IL SUPPORTO E LA RIABILITAZIONE DELLE VITTIME DI TORTURA. MODENA E IL DIRITTO DI ASILO Alberto Caldana- Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie Comune di Modena
10,00 -10,45	IL PRIMO APPROCCIO CON LE PERSONE VITTIME DI TORTURA - Implicazioni socio-sanitarie Italo Siena - NAGA HAR, Milano
10,45 - 11,00	Intervallo
11,00 -13,00	IL PRENDERSI CURA : ESPERIENZE E CONTRIBUTI CLINICI Ettore Zerbino- Psicanalista- Assoc. Umanitaria Medici contro le torture- Roma Alfredo Ancora - Docente Psichiatria transculturale - Università di Siena Gina Gatti - Amnesty International
13,00 - 14,00	Interventi preordinati e confronto con i partecipanti



**L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera****Policlinico di Modena**

Dott.ssa Gloria Popoli

**Discussione**

13,30

Pausa Pranzo

14,30

**TAVOLA ROTONDA****COME PREVENIRE E SUPERARE  
LA CONFLITTUALITÀ**

Moderatore - Prof. Sandro Spinsanti

Partecipano: Dott.ssa Laura Asnagli, Dott.ssa  
Giuliana Bulgarelli, Dott. Nicolino D'Autilia,  
Prof. Ercole De Masi, Dott. Gabriele Greco,  
Dott. Stefano A. Inglese, Dott.ssa Alessandra  
Morselli

18,00

**Chiusura dei lavori**

È stato invitato a partecipare

**Giovanni Bissoni**

Assessore Regionale alla Sanità

**PRESIDENZA DEL CONVEGNO****Prof. Francesco De Fazio**

Ordinario f.r. di Medicina Legale

**Dott. Roberto Rubbiani**

Direttore Generale Azienda USL di Modena

**ENTI DI PATROCINIO SCIENTIFICO**Regione Emilia Romagna - Assessorato alla  
SanitàSIMLA - Società Italiana di Medicina Legale e  
delle AssicurazioniOrdine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Modena

La partecipazione al convegno è gratuita e prevede una preiscrizione da inviare alla segreteria organizzativa. È stata inoltrata richiesta di crediti ECM alla Commissione Regionale per la Formazione Continua.

**SEGRETERIA SCIENTIFICA:**

**Dott.ssa Alessandra De Palma** Azienda USL di Modena - **Dott. Gloria Popoli** Azienda  
Ospedaliera Policlinico di Modena

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

**Dipartimento di Sanità Pubblica** Daniela Marverti - Tel. 059 435107 - Fax 059 435251 - E-mail:  
d.marverti@ausl.mo.it

**Agefor** Barbara Stanzani - Tel. 059 2134175 - Fax 059 2134180 - E-mail: b.stanzani@ausl.mo.it

**LA BIBLIOTECA DELL' ORDINE**

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena dispone di una biblioteca, organizzata con la preziosa collaborazione del collega Dott. Franco Bonomi, con opere e pubblicazioni di interesse per la professione medico-odontoiatrica. Tutti i colleghi interessati possono accedere alla nostra sede negli orari di apertura al pubblico.

Tra le altre, è possibile la consultazione di alcune riviste e pubblicazioni quali:

IL SOLE 24 ORE SANITA'

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

LA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

INFORMAZIONI FISCALI, AZIENDALI E PROFESSIONALI

NOTIZIARIO DEL LAVORO E PREVIDENZA

**I**l 24 maggio 2003 l'Associazione onlus "Ilcestodiciliege" con il patrocinio e la collaborazione del Comune di Modena, dell'Azienda USL di Modena e del Policlinico di Modena ha organizzato il I° VILLAGGIO della PREVENZIONE nell'ambito delle azioni di attuazione del Piano per la salute nel Distretto di Modena.

La manifestazione si è svolta in Piazza Grande a Modena e l'allestimento del Villaggio si è composto con una Unità Mobile di mammografia e quattro box adibiti a studio medico.

In due dei sopradetti box era stato posizionato un apparecchio ecografico di ultima generazione.

La manifestazione, che ha visto la appassionata partecipazione dei colleghi radiologi del policlinico e del servizio di screening, e quella degli oncologi e dei chirurghi di entrambe le aziende oltre che dei medici della stessa associazione, ha avuto il carattere puramente simbolico di sensibilizzazione alla prevenzione oncologica, in una città ove l'adesione allo screening mammografico è già molto alta ( pari al 65%), e ha voluto sottolineare l'importanza della prevenzione, unica ed indiscussa arma capace di portare alla guarigione il 95% dei casi.

Prevenire significa avere cura di sé e significa porre attenzione alla propria persona molto prima che la malattia sopravvenga. Significa, se vista in una ottica complessiva, ridurre i costi della spesa sanitaria.

Nel villaggio il 24 maggio sono state effettuate 38 mammografie di cui 10 hanno necessitato di approfondimento diagnostico eseguito dopo pochi giorni su chiamata al Policlinico e allo screening mammografico.

Sono state eseguite 60 visite senologiche specialistiche e 15 ecografie senologiche, ma soprattutto è stata da tutti prestata la propria opera con uguale spirito collaborativo, uguali intenti e tantissima convinzione di dovere spingere gli sforzi di tutti a potenziare la prevenzione e la diagnosi precoce in oncologia.

*L. Scaltriti*

## FEDER.S.P.e V.

### FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

#### Sezione provinciale di Modena

Caro Collega pensionato,

la nostra Federazione vuole essere al tuo fianco per la soluzione delle problematiche previdenziali e assistenziali: per la pensione di reversibilità, la rivalutazione delle pensioni d'annata e il diritto alla doppia indennità integrativa speciale, la rivalutazione dei punti ISTAT. Ti ricordo che diverse sentenze della Corte dei Conti in varie regioni hanno avuto esito favorevole per i ricorrenti con il nostro patrocinio.

Un ufficio previdenza, un ufficio legale e un ufficio fiscale con sede a Roma, diretti da esperti in materia, ti aiuteranno a risolvere i tuoi problemi senza alcuna parcella. Ti invito perciò ad iscriverti al nostro Sindacato. Un Sindacato forte ha certamente un peso maggiore nelle controversie e rivendicazioni con le Istituzioni.

Per maggiori informazioni ed iscrizioni, puoi contattare la Sig.ra Raffaella Cerfogli Finelli (059 909212) e il Dott. Silvano Gallini (0535 611555 ore pasti).

Nella speranza di annoverarti tra i nostri iscritti porgo cordiali e distinti saluti.

*Il Presidente FEDER.S.P.eV. di Modena  
S. Gallini*

\*\*\*

**Domenica 23 novembre 2003** alle ore 10 nella chiesa di S. Faustino a Modena, via Giardini 231 (ampio parcheggio) sarà celebrata una Messa per ricordare i defunti dell'associazione.

Al termine della S. Messa i convenuti si trasferiranno al ristorante "La Gola" adiacente all' Hotel Donatello, Via Corassori 6 Modena, per l'assemblea ordinaria dei soci.

Relatore ufficiale sarà il Prof. Marco Perelli Ercolini, Consigliere Nazionale della FEDER.S.P.eV., il quale tratterà il tema: "Problemi pensionistici oggi: quale futuro?".

Alle ore 13 sarà servito il pranzo sociale con le signore.

*Il Presidente FEDER.S.P.eV. di Modena  
S. Gallini*

#### NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:

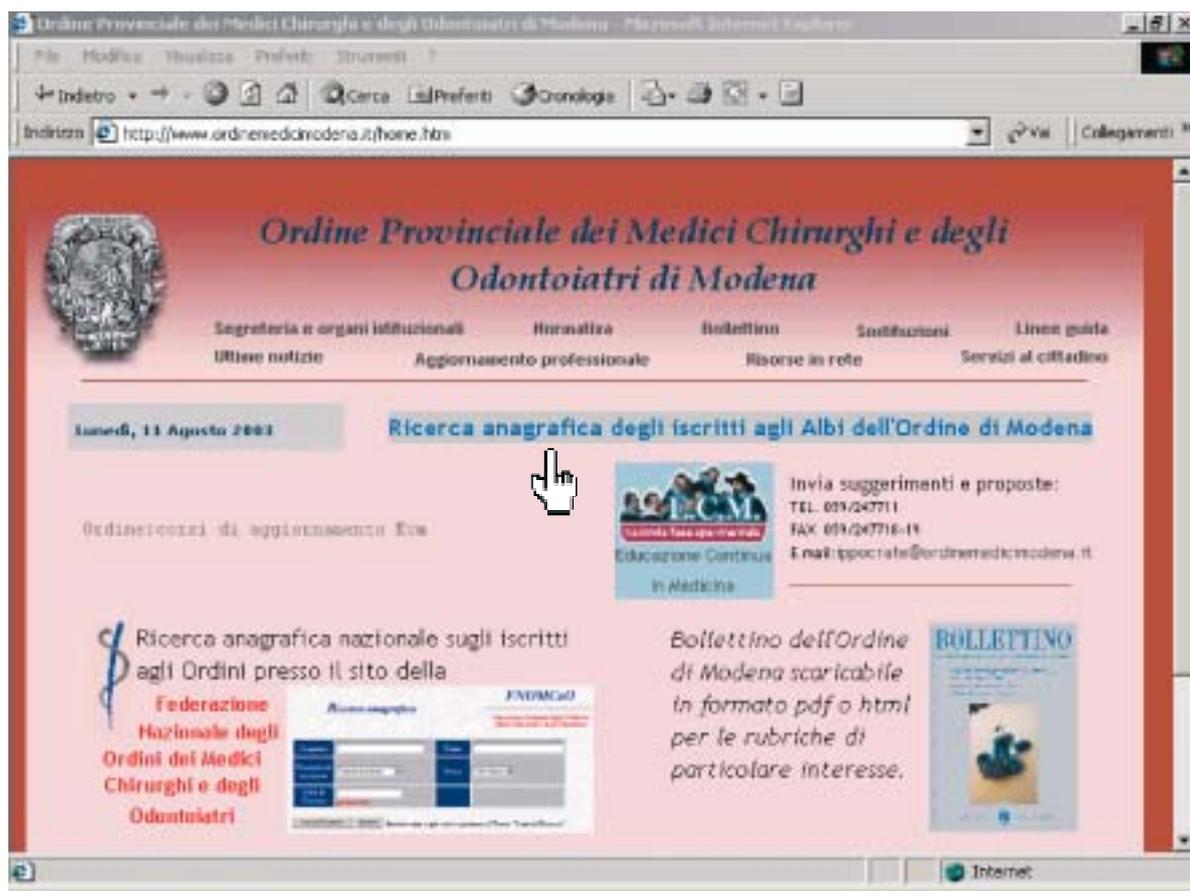
Alla collega D.ssa Simonetta Pirondini per la scomparsa del padre Dott. Gianpaolo Pirondini.

Al collega Dott. Carlo Adolfo Porro per la scomparsa del padre Prof. Adalberto Porro.

Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Carlo Zironi.

Ai colleghi Federico e Roberto Olivi per la scomparsa della madre Sig.ra Marta Vaccari.

# Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)



## Dal 1 agosto è on line sul sito Internet l'Albo degli iscritti all'Ordine di Modena

**Home page** con accesso alla ricerca anagrafica nazionale degli iscritti agli Ordini di Italia.

### Segreteria e organi istituzionali

Orari di apertura al pubblico degli uffici. Orari di ricevimento dei colleghi.

Possibilità di scaricare tutta la modulistica on line di interesse per gli iscritti senza dovere accedere ai nostri uffici.

Indirizzi di posta elettronica dei servizi ordinistici per comunicare rapidamente con l'Ordine.

### Normativa

Testi normativi disponibili on line in tema di:

- deontologia professionale
- contratti di lavoro e convenzioni
- normative amministrative e ordinarie

Consultazione gratuita delle Gazzette Ufficiali dello Stato pubblicate negli ultimi 60 giorni.

### Bollettino

Consultazione degli ultimi 12 numeri del Bollettino dell'Ordine di Modena, scaricabile integralmente in formato pdf e in formato html per gli articoli di principale interesse.

### Sostituzioni

Pubblicazione degli elenchi aggiornati dei nominativi e relativo recapito di colleghi disponibili per le sostituzioni di medici di base e pediatri. Principali riferimenti normativi per il conteggio dei compensi.

### Linee Guida

Raccolta delle linee guida in ambito sanitario nazionale e locale.

### Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine con notizie, scadenze e comunicazioni di interesse per gli iscritti.

### Aggiornamento Professionale

Tutto sul programma nazionale di ECM e sulle iniziative dell'Ordine di Modena in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti. Modalità e modulistica per la richiesta del patrocinio dell'Ordine.

### Risorse di rete

Link con le istituzioni sanitarie, accesso ai principali motori di ricerca in ambito sanitario, link con i siti di maggiore interesse suddivisi per specialità medica, collegamento ai siti Internet degli Ordini dell'Emilia Romagna.

### Servizi al cittadino

Pubblicazione del calendario di guardia odontoiatrica festiva organizzato dalla commissione Odontoiatri dell'Ordine, sedi e recapiti telefonici di guardia medica, link con le aziende sanitarie, farmacie di turno, principi sul ruolo dell'Ordine nella tutela dei diritti del cittadino.

POLIAMBULATORIO PRIVATO  
**gulliver**  
I SERVIZI PER LA SALUTE

Lettera aperta ai colleghi riguardo le nuove attività svolte nel Poliambulatorio

*Gentili Colleghi,*

*con la presente si intende divulgare l'attività del Poliambulatorio che si svolge su due livelli di intervento:*

⇒ **Settore Multispecialistico:**

- ⇒ I professionisti che operano nelle varie discipline autorizzate sono tutti specialisti nelle relative branche.

Si effettuano:

- ⇒ Check-up personalizzati  
⇒ Percorsi flessibili e dinamici  
⇒ Risultati diagnostici multidisciplinari

⇒ **Settore Riabilitativo:**

Riabilitazione ortopedica  
Riabilitazione neurologica  
Riabilitazione cardiologica  
Riabilitazione respiratoria  
Terapia inalatoria  
Idrochinesiterapia in vasche con acqua riscaldata

*Responsabile di Brancha  
Dr. Francesco Cimino  
Specialista in Fisioterapia*

*In tutti gli ambulatori si accede a test, visite, consulenze e analisi delle varie patologie con strumentazioni all'avanguardia e personale specializzato ed in costante aggiornamento. L'attività in vasca terapeutica viene svolta da Terapisti della Riabilitazione specializzati anche ad operare in acqua.*



reception



area attrezzata



terapia inalatoria



una vasca terapeutica

*Il Direttore Sanitario  
Dr. M. Luisa Vecchi*

**Poliambulatorio Privato  
gulliver**  
Via Emilio Po, 110 - Modena  
Tel. 059/82.01.04 - Fax 059/82.71.58  
Direttore Sanitario  
Dr.ssa M. Luisa Vecchi  
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

