

...a Modena in via Giardini

graphic design SALVO GALLO

Autorizzazione Com. Modena n. 1846 del 16 - 3 - 96



Casa di Cura

(certificata Cermet UNI EN ISO 9002-94)



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: cdcfogliani@pianeta.it



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 Fresca - 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 Fresca

Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: ippocrate@ordinemedicimodena.it

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 8

DI PARTICOLARE INTERESSE:

La terapia estrogenica sostitutiva: un equilibrio fra rischi e benefici (M.Grandi e altri) 9

L'INTERVISTA..... 17

ECM 20

ANZIANI E SALUTE..... 21

ARTE E DINTORNI 26

CORSI CONVEGNI E CONGRESSI..... 27

ERRATA CORRIGE

Nel numero di luglio/agosto è stato erroneamente indicato un'indirizzo sbagliato qui di seguito Vi segnalo l'esatta intestazione:

FISIOMEDICAL DI SASSUOLO HA SEDE IN VIA MADRID 12 ANZICHÈ VIA ROCCA (come erroneamente pubblicato nel bollettino di luglio/agosto nella pagina collettiva dei Centri Ambulatoriali privati aderenti all'ASCOM MODENA.

In copertina:
"Colombe" di Michele Cinque
olio su tela



Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 luglio 2003, il decreto legislativo del 30 giugno n. 196 pone la parola fine al lungo e tormentato iter della normativa sulla privacy. La corretta definizione è di **Codice in materia di protezione dei dati personali**. Esso entrerà in vigore il 1° gennaio 2004 e rappresenta il punto di riferimento per tutti gli ambiti di interesse per la società: giudiziario, giornalistico, amministrativo e naturalmente sanitario. Esso sostituisce a tutti gli effetti la legge 675/1996, la cosiddetta legge sulla privacy. I contenuti che riguardano la sanità sono molti e innovativi. A cominciare dalle modalità dell'informativa che il medico di medicina generale può fornire per iscritto (preferibilmente) con integrazioni anche orali. Essa riguarda anche gli eventuali suoi sostituti, gli specialisti ai quali il paziente è inviato, gli associati. Una prima notazione si impone: cosa si intende per "preferibilmente", termine che a prima vista parrebbe quasi favorire il medico di medicina generale o il pediatra, ma in realtà lo espone a rischi di non poco conto data l'indeterminatezza dell'espressione usata nel decreto? Urge una precisazione.

Gli organismi sanitari pubblici e privati possono avvalersi delle modalità semplificate per rendere l'informazione e il consenso.

Il **consenso** rappresenta l'altro fronte caldo. Si tratta del consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e "può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria. ... " Naturalmente c'è il problema di rendere edotti i colleghi dell'avvenuta prestazione del consenso al medico di medicina generale e per questo è prevista una "menzione, annotazione, o apposizione di un bollino o tagliando su una carta elettronica o sulla tessera sanitaria ... omissis." Questo dato susciterà non poche resistenze da parte degli organismi (vedi AUSL) che, si presume, dovranno fornire questi avveniristici strumenti tecnici ai medici. E poi dobbiamo chiederci: chi apporrà il "bollino" o il "tagliando" sulla ricetta, il medico o il paziente? Alzi la mano fra i professionisti chi si propone per svolgere questo delicato ed essenziale servizio di assistenza per i cittadini. Più volte nel corso delle frequenti riunioni presso il Ministero della Salute avevamo rappresentato al Garante non solo l'obiettivo difficoltà di realizzazione del progetto "bollino" ma anche l'effettiva inutilità dello stesso. Parole inascoltate, evidentemente. Sono altresì previste le condizioni nelle quali sia l'informativa che il consenso possono intervenire successivamente alla prestazione relativamente a stati di necessità, urgenza e igiene pubblica.

La **prescrizione medica**. Le ricette del SSN conformate secondo l'attuale modello sono "integrate da un tagliando predisposto su carta o con tecnica di tipo copiativo e unito ai bordi delle zone indicate al comma 3." Seguono minuziose descrizioni su come deve essere apposto il famigerato tagliando, sulle quali non pare opportuno

soffermarsi per non insultare l'intelligenza dei nostri lettori. Vi è poi il ruolo del farmacista che può separare il tagliando dalla ricetta per verifiche di varia natura. Quanto alle ricette che contengono prescrizioni ripetibili, non a carico del SSN, "le generalità dell'interessato non sono indicate." Ora è a tutti noto che mai come in questi ultimi anni si sono accentuate le richieste di prescrizioni su ricettario personale, e ciò a fini di deducibilità fiscale che ha subito un deciso incremento: ma proprio per raggiungere questo obiettivo occorre la riconoscibilità dell'intestatario che la norma appena approvata vieta in maniera esplicita. Non solo, ma sorgono alcuni problemi di non scarsa rilevanza: nel caso per esempio che il farmacista si sbaglia a consegnare il farmaco, come farà a rintracciare il paziente/cliente? E se lo stesso paziente cede la propria prescrizione "anonima" ad un altro soggetto cosa avverrà in termini di responsabilità sia del medico nella prescrizione a persona sconosciuta sia del farmacista nella consegna a persona non vero oggetto di quella prescrizione? I rischi di un utilizzo scorretto delle ricette anonime sono molteplici. Come si può dunque evincere da queste prime note preliminari si tratta di rivedere non pochi passaggi della nostra pratica professionale quotidiana. Sarà indispensabile una **forte collaborazione ed integrazione con le Regioni e le AUSL** per evitare sovrapposizioni e/o peggiori contrasti. Il ruolo dell'Ordine dei medici in questa prospettiva non può che essere di primo piano e in tal senso va avanzata una proposta di collaborazione a tutto campo. Le problematiche in campo sono infatti numerose e tutte attinenti l'essenza stessa della professione. Vi sono poi aspetti di natura più squisitamente sindacale come, solo per citarne uno, l'eventuale adozione di percorsi omogenei nell'ambito di una stessa Regione per informativa e consenso. Sono utili e opportuni?

Certamente la normativa che è stata approvata in questa torrida estate del 2003 va acquisita con estrema cautela perché introduce elementi innovativi conferendo alla figura del medico, e in specie a quello di medicina generale, compiti e funzioni di particolare impegno. Per questo avevo avanzato a nome dell'intero Comitato Centrale della Federazione la proposta di sanare, se è lecito usare questo termine, il pregresso, dando cioè per acquisito tutto il percorso dell'informativa e del consenso al paziente per tutti i cittadini iscritti negli elenchi dei medici del territorio alla data del 31 dicembre 2003, ed acquisendo le nuove procedure previste dalla normativa a partire dal giorno successivo. Così non è stato e francamente non se ne comprende la motivazione dal momento che ciò avrebbe invece favorito un'adesione dei professionisti più graduale e maggiormente condivisa. La FNOMCeO a questo punto deve attivarsi in tutti gli ambiti politici e sociali per creare le migliori condizioni possibili affinché si realizzi un percorso attuativo della norma condiviso ed efficace. Ma occorrono tempi rapidi e procedure incisive. Il primo gennaio 2004 è già alle porte.

N.G. D'Autilia

Vecchie malattie sotto una nuova luce

La terapia con UVB a banda stretta

Lettera aperta ai colleghi riguardo ad una nuova opportunità terapeutica in ambito dermatologico.

Egregio collega,
con la presente desideriamo informarti che presso tutti i centri KM-FotoTerapia è operativa la **FOTOTERAPIA CON UVB A BANDA STRETTA**. In tutti i centri si utilizzano pannelli equipaggiati con lampade Philips TL01 che hanno un particolare picco di emissione intorno ai 311 nm mentre escludono tutto il resto della “banda larga”. Questa particolare forma di fototerapia è stata selezionata perché è risultata avere la massima dose di radiazioni efficaci e la minima dose di radiazioni dannose e sta diventando ormai la terapia di prima scelta in numerose patologie.

Le patologie che si possono trattare con gli UVB a banda stretta, e per le quali nella nostra casistica i Pazienti hanno tratto particolare beneficio, comprendono:

- Vitiligine
- Psoriasi
- Dermatite atopica
- Prevenzione di alcune fotodermatosi (eritema polimorfo, orticaria solare, etc.)

I principali vantaggi di questo tipo di terapia rispetto alla fototerapia tradizionali (PUVA, UVB-BB) si possono così riassumere:

- assenza di farmaci per via sistemica
- minor durata delle sedute
- minor rischio di sviluppare tumori della pelle.

I centri KM-Fototerapia dove è già possibile effettuare questo tipo di terapia sono a **Cagliari, Correggio, Bologna, Forlì, Modena, Parma, Piacenza, Rovereto di Novi, Salsomaggiore Terme e Sassuolo**.

Tutti i centri sono convenzionati con l'ADIPSO, Associazione per la Difesa degli Psoriasici.

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

Dr Marco Pignatti
Specialista in Dermatologia
Coordinatore dei Centri KM-FotoTerapia

I centri KM-FotoTerapia

“Poliamb. S. Simone” - Correggio
Tel. 0522.631404

“Poliamb. Physios” - Rovereto di Novi
Tel. 059.672544

“Check-Up Center” - Modena
Tel. 059.433041

“Studio Pincelli” - Sassuolo
Tel. 0536.883241

www.fototerapia.katamed.it - fototerapia@katamed.it



il pannello chiuso



Psoriasi prima



Psoriasi dopo

Cari colleghi,

volevo esprimere un grosso ringraziamento per i corsi di informatica che ci avete messo a disposizione e grazie ai quali vi sto scrivendo tramite e-mail! Inoltre vorrei fare un elogio agli insegnanti di INFORMATICA, Daniele, Elena e Roberto, per la loro professionalità, pazienza e chiarezza.

Grazie a loro, riesco ad usare questo importante mezzo di comunicazione e di lavoro, nonostante la mia cultura e mentalità un po' "ottocentesca"!

Ancora, GRAZIE!

S. Stanzani

CORSI DI INFORMATICA A PAVULLO

L'Ordine informa i colleghi che risiedono in ambito montano che esiste la possibilità di organizzare corsi di informatica gratuiti, già deliberati dal Consiglio Direttivo, a Pavullo.

La fattibilità degli stessi è strettamente correlata al numero dei partecipanti.

Chi fosse pertanto interessato è pregato di contattare al più presto la segreteria al numero 059/247721.



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

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI 9 SETTEMBRE 2003

Il giorno 9 settembre 2003 alle ore 21 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 – Modena - si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: Dott. Giancarlo Del Grosso, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Vincenzo Malara (Segretario).

1. Approvazione verbale della seduta Commissione Albo Odontoiatri dell' 1.7.2003;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Il Corso di aggiornamento in odontoiatria: "gli anestetici locali";
4. Eventuali parcelle odontoiatriche da opinare;
5. Varie ed eventuali.

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

Il 13-14 settembre a Castel d'Aiano (BO) si è svolta la 11^a edizione dei Campionati italiani ed europei per medici e veterinari; una nostra iscritta la D.ssa Claudia Reggiani, ha finalmente conseguito il titolo di campionessa europea ed italiana nella gara a cronometro (biciletta da corsa).

Ci congratuliamo per il brillante risultato.



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

CASSAZIONE

MEDICO IRREPERIBILE? 20 GIORNI DI CARCERE

Ancora una volta la Magistratura interviene su un problema disciplinare di un medico comminando una pena detentiva. Ancora una volta vi invito alla massima prudenza poiché contravvenire a clausole contrattuali può avere conseguenze che vanno molto oltre il piano amministrativo.

La Corte di Cassazione conferma la condanna a 20 giorni di carcere per un medico reo di essersi reso irreperibile durante l'orario di lavoro. "Chi non fa il suo dovere deve essere penalizzato - ha spiegato Stefano Biasoli, segretario della CIMO - anche se la condanna mi sembra eccessiva". Biasoli spiega però di ritenere giusta la condanna per chi sbaglia. Per Biasoli casi del genere sono evitabili solo riscrivendo i contratti di lavoro della categoria: "La professione cambia e le regole devono essere riscritte - ha detto - ed è bene che tutto venga indicato nel dettaglio, diritti e doveri. In futuro -ha infatti spiegato - il medico rischierà ancora di più: ci sono infatti già proposte per fare scomparire l'orario di lavoro per i medici pubblici".

*Il Segretario
M. Pantusa*

Da DoctorNews del 9 settembre 2003

CORSO TRIENNALE IN MEDICINA GENERALE BANDO DI CONCORSO

Si comunica che il Ministero della Salute ha trasmesso il testo del decreto relativo al bando di concorso per l'accesso al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, bando che è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - serie speciale Concorsi ed Esami - di martedì 23 settembre u.s.. Nel rinviare a quanto stabilito dal decreto suddetto per ogni altro aspetto, si sottolinea che il termine per la presentazione delle domande di ammissione - da spedire esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o per mezzo di altro corriere privato- è di trenta giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del decreto medesimo nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Giova far presente che i candidati dovranno sostenere una prova scritta che, unica su tutto il territorio nazionale, si svolgerà il 27 novembre 2003 alle ore 9,30. Del luogo e dell'ora di convocazione degli stessi sarà invece data comunicazione a mezzo avviso da pubblicarsi nel Bollettino ufficiale della regione o provincia autonoma, da affiggersi presso le sedi degli Ordini Provinciali.



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 Plastica 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 - Puericultura -
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

• 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,
epicondilita radialis, periartrite,

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

LA TERAPIA ESTROGENICA SOSTITUTIVA: UN EQUILIBRIO FRA RISCHI E BENEFICI

MARCO GRANDI, CARLA SACCHETTI, STEFANO PEDERZOLI, LUIGI VALERIO,
STEFANIA SERPENTE, CINZIA TORRI E DANTE ZINI

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA –
MODULO DIPARTIMENTALE DI ENDOCRINOLOGIA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI SASSUOLO
AUSL DI MODENA

E' prerogativa dell'Internista il non accettare "passivamente" un consiglio diagnostico o un suggerimento terapeutico dello Specialista.

Perché ciò si verifichi occorre avere un'ottima base culturale, anche se questa può risultare dissociata dall'esperienza sul campo nei confronti di "quella" problematica o di una specifica patologia.

Caso emblematico può essere considerata la TERAPIA ESTROGENICA SOSTITUTIVA (HRT) la cui gestione pratica è sicuramente appannaggio dei Colleghi Ginecologi, ma che ha numerose implicazioni cliniche che spingono la donna ad ascoltare numerosi pareri. Fra questi, i più seguiti sono quelli del Medico di famiglia o dell'Internista di fiducia.

E' con questo spirito che ci è parso utile fare il punto sulla bilancia rischi/benefici che l'HRT porta con sé.

Allo stato attuale delle conoscenze, i MOTIVI che storicamente hanno sostenuto l'UTILIZZO dell'HRT sono sintetizzati nella Tab. 1.

MOTIVI dell'UTILIZZO dell'HRT

- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| • CURARE la SINTOMATOLOGIA MENOPAUSALE | • PREVENIRE le PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI (?) |
| • PREVENIRE l'OSTEOPOROSI e le sue COMPLICANZE | • MIGLIORARE le DISFUNZIONI COGNITIVE (?) |
| • PREVENIRE il CANCRO del COLON | • MIGLIORARE la RISPOSTA IMMUNE (?) |
| • MIGLIORARE la QUALITA' della VITA e l'IMMAGINE CORPOREA | |

Tab. 1 - Motivi dell'utilizzo dell'HRT

Vediamoli in dettaglio discutendone la validità o l'inconsistenza:

CURARE la SINTOMATOLOGIA MENOPAUSALE

Numerose osservazioni cliniche hanno dimostrato che un trattamento sostitutivo per un periodo di 2-5 anni può avere efficacia nei confronti dei disturbi vasomotori e di altri sintomi psichici che caratterizzano la menopausa.

Tuttavia questi benefici sul benessere soggettivo ed il miglioramento della qualità della vita sono stati recentemente messi in discussione dalle conclusioni derivanti dagli studi HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) che hanno evidenziato come tali effetti si osservino esclusivamente nelle donne che manifestano evidenti disturbi menopausali, mentre non si verificano o vi è addirittura un peggioramento nelle donne asintomatiche (1, 2). A questo proposito va sottolineato altresì che la prepotente proposta commerciale che tende a convincere le donne dell'utilità dei fitoestrogeni pare al momento priva di rationale scientifico (3). Sempre in questo ambito è utile ricordare che le PSEUDO-

CISTITI dell'immediata postmenopausa si RIDUCONO drasticamente con un TRATTAMENTO ESTROGENICO INTRAVAGINALE della durata di 6-8 mesi (4), mentre, al contrario, le conclusioni dell'HERS rivalutate nello specifico negano l'efficacia dell'HRT nella prevenzione dell'incontinenza, che pare invece aumentata nelle utilizzatrici della terapia sostitutiva(5).

PREVENIRE L'OSTEOPOROSI e le sue COMPLICANZE

Tutte le condizioni che provocano deprivazione estrogenica (amenorrea, menopausa, terapia con LHRH e analoghi) risultano in perdita ossea e questo perché, come ben evidenziato dalla Tab. 2, gli Estrogeni (E) posseggono svariati effetti protettivi in tal senso.

HRT : sue CORRELAZIONI con il METABOLISMO OSSEO

Gli E INIBISCONO la PERDITA di MASSA OSSEA con SVARIATI MECCANISMI :

- Si **OPPONGONO** all'AZIONE degli **OSTEOCLASTI** sia favorendone l'apoptosi che modulando l'effetto di varie citochine che li attivano
- **FAVORISCONO** l'ATTIVITA' degli **OSTEOBLASTI** aumentando la produzione di **OSTEOPROTEGERINA**
- **RIDUCONO** la **DEGENERAZIONE** di **FIBRE ELASTICHE** dell'osso
- **AUMENTANO** l'ASSORBIMENTO INTESTINALE di **Calcio** attraverso una **AUMENTATA SINTESI** di **RECETTORI INTESTINALI** per la **VITAMINA D**

Tab. 2 - Correlazione fra E e metabolismo osseo: meccanismi fisiologici

Tale protezione nei confronti della perdita della massa ossea è sicuramente accertata in numerosissime esperienze della letteratura, la più importante delle quali è descritta nello studio Women's Hope (6) le cui conclusioni sono riportate nella Fig. 1.

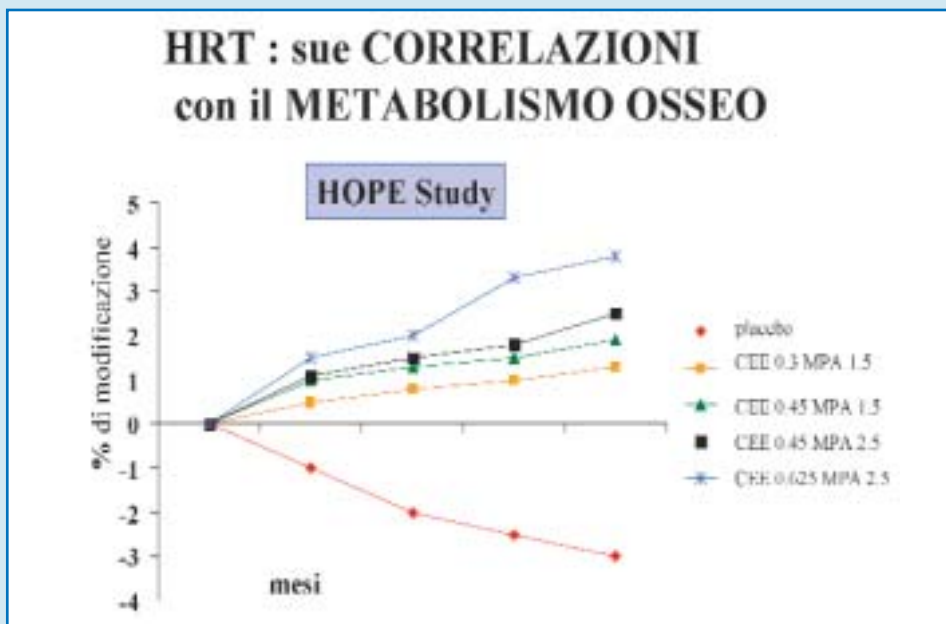


Fig.1 - Risultati dello studio HOPE (6) :
Correlazione positiva tra posologia degli Estrogeni Coniugati Equini (CEE) ed aumento della densità ossea

Peraltro a sostegno che tale azione di fondo (che potremmo definire come soft end point) si trasformi in un'accertata efficacia sull'incidenza di fratture (che deve essere considerato l' hard end point) vi sono quasi esclusivamente degli studi osservazionali (7) e numerosi studi caso-controllo (8-10) il cui "peso" in termini di Evidence Based Medicine (EBM) è sicuramente inferiore a quello derivante da studi prospettici, randomizzati, controllati e in doppio cieco.

Tuttavia le recenti conclusioni dello studio WHI (Women Health Initiative) dimostrerebbero senza tema di smentite che **il trattamento estro-progestinico è in grado di ridurre del 34% il rischio relativo delle fratture d'anca e altrettanto può fare per quelle vertebrali** (Fig.2), con un "risparmio" rispettivamente di 5 e 6 fratture ogni 10.000 utilizzatrici/anno (11).

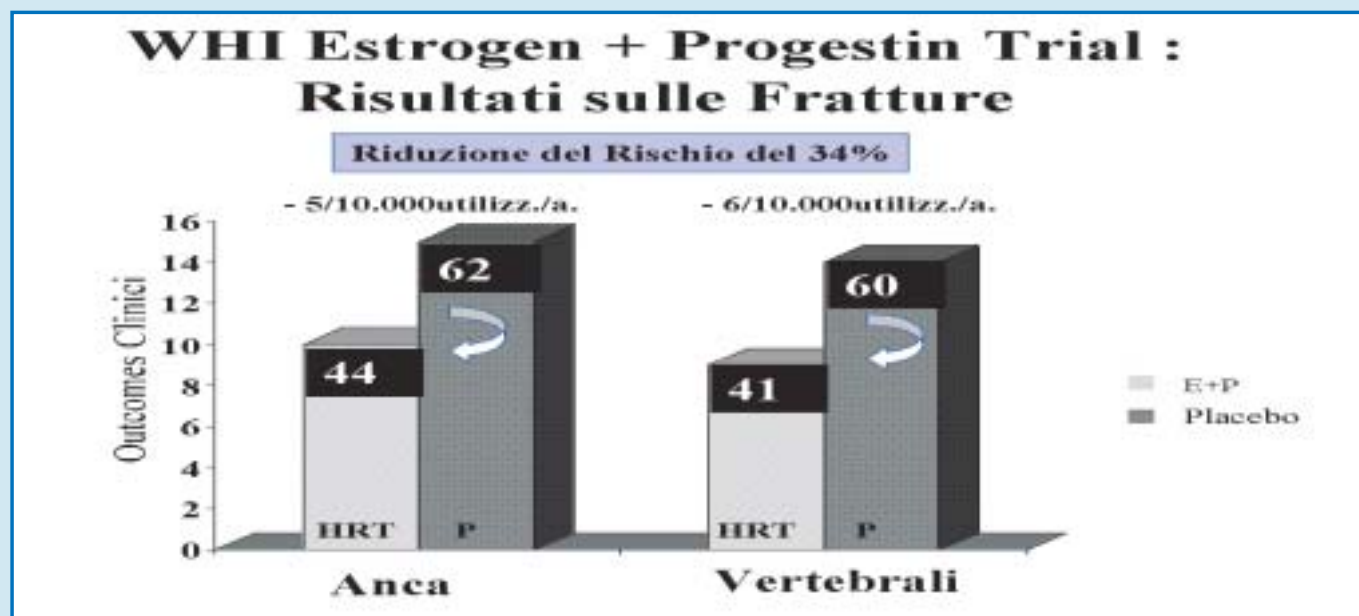


Fig. 2 - Risultati dello studio WHI (11): l'utilizzo dell' HRT riduce del 34% il rischio di fratture dell'anca e di quelle vertebrali

Ciò nonostante, la FDA, l'Osteoporosis Research Advisory Group e altre istituzioni pubbliche americane non ritengono giustificato l'utilizzo degli E al solo scopo di prevenire e curare l'osteoporosi. Posizione questa che deriva non solo dalla presenza di già validi e accertati trattamenti per tale problematica (raloxifene, alendronato, Risedronato) ma anche e soprattutto dalle conclusioni globali dello studio WHI (11), che è stato precocemente interrotto nel braccio di coloro che assumevano estro-progestinici (non altrettanto è avvenuto nel braccio delle donne isterectomizzate che assumevano i soli E) per un eccesso di "eventi" quantificabile in 19 eventi negativi/10.000utilizzatrici/a (Fig.3).

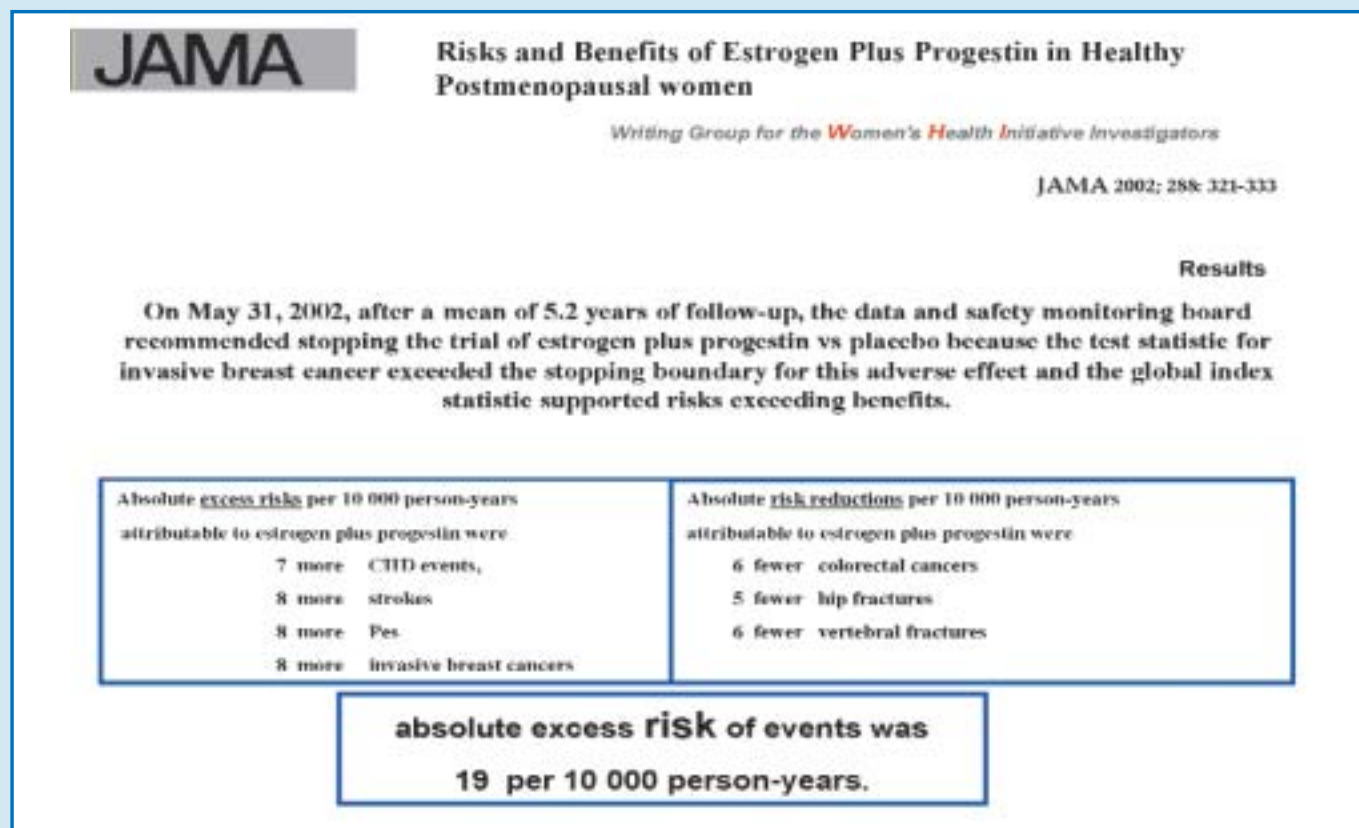


Fig. 3 - Report conclusivo dello studio WHI (11): per le utilizzatrici dell'HRT vi è un aumento assoluto di "eventi" negativi quantificabile in 19 eventi ogni 10.000 utilizzatrici/anno. Fra questi vanno segnalati gli 8 tumori mammari invasivi

In ogni caso, ove si decidesse di iniziare comunque l' HRT allo scopo di prevenire l'osteoporosi è bene avere conoscenza di alcune "certezze":

- l'HRT previene la perdita ossea a qualunque età e stadio della menopausa
- l'efficacia del trattamento è tuttavia maggiore se iniziato nell'immediata post-menopausa
- i benefici della terapia si mantengono nel corso della sua somministrazione, ma la perdita minerale ricomincia alla sua sospensione, con annullamento molto rapido del risultato ottenuto
- per questo tipo di protezione normalmente è sufficiente una posologia molto ridotta di E Coniugati (0,625 mg/die) o di Estradiolo (2 mg o 50 mg transdermici/die)
- l'entità della risposta è solitamente minore a livello del collo femorale rispetto alla colonna vertebrale.

PREVENIRE le PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

All'opposto degli anni '90, l'attuale posizione di tutte le Società scientifiche e delle istituzioni americane è contro l'utilizzo dell'HRT con lo scopo di prevenire sia primariamente che secondariamente le PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI.

Alla teoria "lipidocentrica", incentrata sull'effetto protettivo che l'HRT poteva svolgere sul versante lipidico nella protezione aterosclerotica, si è sostituita l'ipotesi "trombocentrica" che spiegherebbe, attraverso gli indubbi influssi negativi sul versante emocoagulativo, i documentati effetti avversi cardiovascolari. Tale posizione, che appare spiegata con molta chiarezza nel foglio illustrativo che accompagna i preparati estro-progestinici americani, è stata assunta agli inizi del 2000 quando i risultati degli studi HERS (1) e ERA (12), primi trials clinici randomizzati in questo ambito, non avevano confermato i benefici effetti cardiovascolari che precedenti studi osservazionali avevano suggerito.

Le conclusioni di questi studi tuttavia potevano definirsi " neutre " nei confronti della prevenzione cardiovascolare. In particolare, lo studio HERS (1) nel segnalare un aumentato rischio di eventi nel primo anno di assunzione dell'HRT, riportava altresì una successiva tendenza alla riduzione di cardiopatia ischemica e di infarti non fatali che tendeva ad annullare o quasi i rischi iniziali. Decisamente più sfavorevoli sono stati invece i risultati dello studio WHI (11) che hanno dimostrato che l'uso dell'HRT si accompagna ad un **significativo incremento del rischio di patologie coronariche** (29% = 7 eventi ogni 10.000/donne/anno), **di stroke** (41% = 8 eventi ogni 10.000/donne/anno) e **di tromboembolismo venoso**, comprensivo di embolie polmonari (111% = 18 eventi ogni 10.000/donne/anno) come appare ben documentato dalla Fig.4.

Si comprende quindi come le raccomandazioni dell'American Heart Association non prevedano l'HRT quale prevenzione secondaria di eventi cardiovascolari, consigliandone anzi la sospensione nel caso in cui la donna ne sviluppi uno mentre assume tale terapia.

MIGLIORARE le DISFUNZIONI COGNITIVE

A metà degli anni '90 alcuni studi, peraltro di piccole dimensioni e con un breve periodo di osservazione clinica, avevano suggerito un **EFFETTO POSITIVO** dell'HRT sulla **PREVENZIONE** della **DEMENZA**, in particolare di quella di Alzheimer.

Tuttavia già agli inizi del 2000 le conclusioni di uno studio osservazionale (13) e di uno randomizzato (14) smentivano quanto sopra affermato, dimostrando **l'INEFFICACIA** dell'HRT nella **PREVENZIONE** e nel **TRATTAMENTO** di tale patologia.

Analogamente a quanto accaduto per le patologie cardiovascolari, il rapporto conclusivo del The Women's Health Initiative Memory Study (15) rafforzava tale posizione: non solo non evidenziava alcun effetto favorevole, ma al contrario dimostrava che la **TERAPIA "SOSTITUTIVA"** si **ACCOMPAGNA ad un AUMENTATO RISCHIO di DEMENZA** per le donne di 65 e più anni, senza avere alcun effetto protettivo nemmeno per il mild cognitive impairment.

WHI Estrogen + Progestin Trial : Sintesi dei Risultati

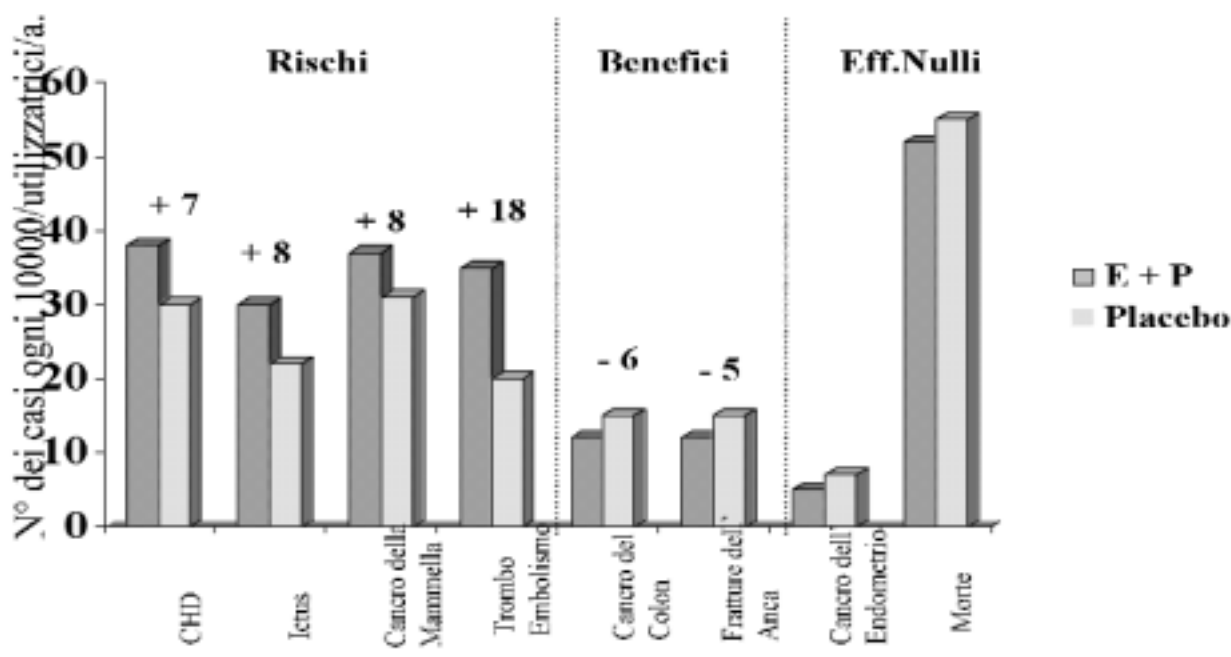


Fig. 4 - Risultati dello studio WHI (11): l'utilizzo dell'HRT determina un aumentato rischio per le patologie cardiovascolari. In particolare si verificano più casi di patologia coronaria, 8 casi di ictus e 18 casi di tromboembolismo ogni 10.000 utilizzatrici/anno. Non vi è nessun effetto statisticamente significativo per ciò che riguarda il cancro dell'endometrio o la morte.

PREVENIRE il CANCRO del COLON

I dati del WHI (11) riportano una significativa **EFFICACIA PROTETTIVA** dell'HRT nei confronti di questa neoplasia: l'uso della terapia "sostitutiva" comporta una riduzione del rischio relativo pari al 37% che si traduce in un "risparmio" di 6 tumori del colon ogni 10.000/donne/anno che utilizzano l'HRT (Fig.4).

Tali conclusioni sembrano chiarire il ruolo degli E in questo ambito, ruolo che era indecifrabile nonostante importanti segnalazioni in senso positivo (16) peraltro controbilanciate da altrettante che lo negavano (17). Diversi meccanismi biologici sono stati suggeriti: la modificazione qualitativa degli acidi biliari indotta dall'interferenza che gli ormoni sessuali esercitano sulla produzione epatica di colesterolo, l'effetto sulla flora batterica intestinale e quindi sugli acidi biliari secondari, l'interferenza con il recettore estrogenico della mucosa coloretale ed altri.

A tutt'oggi però non vi sono ancora dati sperimentali capaci di dimostrare una correlazione positiva fra fattori riproduttivo-mestruali e questo tipo di tumore (18).

Peraltro, fin dagli anni '70, dopo meno di un decennio di utilizzo dell'HRT, si concretarono quelli che ancora oggi sono i **MOTIVI di PAURA per l'utilizzo dell'HRT**, tutti sostanzialmente collegati con un **AUMENTATO RISCHIO ONCOGENO** per la **MAMMELLA**, per l'**ENDOMETRIO** e l'**OVAIO** e con il potente **EFFETTO TROMBOFILICO** di tale terapia.

Scorriamo in dettaglio:

HRT e RISCHIO di TUMORE della MAMMELLA

Uno dei motivi che hanno indotto il Safety Monitoring Board dello Studio WHI (11) ad interrompere il braccio del trial che comprendeva 8.506 donne in post-menopausa che assumevano 0,625 mg/die di estrogeni coniugati equini associati a 2,5 mg/die di medrossiprogesterone acetato, fu per l'appunto un **ECESSO di INCIDENZA di NEOPLASIE MAMMARIE INVASIVE** (8 ogni 10.000 utilizzatrici/anno) (Fig.4) che, come già detto, aggiungendosi agli altri "eventi" negativi in ambito cardiovascolare faceva pendere la bilancia rischi/benefici a vantaggio dei primi con un **ECESSO ASSOLUTO**

di RISCHIO concretizzabile in 19 “eventi” per 10.000 trattate/anno (Fig. 3).

Si confermavano i dati di una rilevante meta-analisi che nel 1997 aveva interessato più di 57.000 donne con tumore del seno confrontate con più di 108.000 controlli (19) e le cui conclusioni, che rimangono quindi a tutt’oggi valide, possono essere così riassunte:

- per le donne in post-menopausa che assumono l’HRT, tenuto conto del loro rischio di base, l’aumento di probabilità di sviluppare un cancro del seno (Rischio Relativo = RR) è pari a 1,35 (95% IC 1,2-1,49) se l’utilizzo dell’HRT si è protratto oltre i 5 anni ed aumenta a 1,56 (95% IC 1,19-1,65) per chi ne fa uso da più di 15 anni
- un periodo di terapia sostitutiva inferiore ai 5 anni non è invece accompagnato da un significativo aumento di rischio (1,08 – 95% IC 0,93 – 1,1) anche se in queste donne il trattamento rende l’indagine mammografica meno attendibile
- **l’aumento del rischio è quindi correlato con il tempo di utilizzo dell’HRT e diminuisce alla sospensione della terapia fino a scomparire 5 anni dopo l’interruzione**

Va tuttavia sottolineato che se l’uso dell’HRT comporta un AUMENTO di RISCHIO di TUMORE del SENO nelle utilizzatrici, in queste la MORTALITÀ per tale patologia tumorale, così come quella totale, è MINORE (20) ciò che può riflettere una selezione per un miglior stato di salute in coloro che decidono di intraprendere questa terapia, ma anche un’augmentata sorveglianza.

Un rilievo di indubbio interesse è legato al ruolo del progesterone (P) nell’induzione del tumore. Sono ormai numerose le segnalazioni, peraltro suffragate da convincenti motivazioni biologiche, che considerano il P “protagonista” importante dell’effetto oncogeno verosimilmente connesso con la sua capacità di indurre un aumento delle mitosi nel tessuto mammario (23) tanto che vi è la proposta di utilizzare in combinazione con gli E per via sistemica dei dispositivi intrauterini al P che consentono la sola protezione endometriale senza significative interferenze a distanza.

Da ultimo, anche se la familiarità per cancro del seno è sempre stata considerata come potenziale controindicazione per l’HRT, i dati a nostra disposizione non sono assolutamente conclusivi in tal senso (22).

HRT e RISCHIO di TUMORE dell’ENDOMETRIO

L’associazione di cancro dell’endometrio e prolungata somministrazione degli E non controbilanciata dalla associazione con il P, è nota fin dagli anni ’70.

L’insieme dei dati della letteratura (24-26) porta alle seguenti conclusioni:

- il RR “globale” per le utilizzatrici dei soli E è pari a 2,3
- tale rischio è strettamente correlato con la durata della terapia (da 1,4 per un uso inferiore a 1 anno a 9,5 se il trattamento si prolunga per oltre 10 anni) e può persistere per parecchi anni dopo la sospensione
- le donne sottopeso e fumatrici rischiano di più, mentre il rischio si riduce per le ex utilizzatrici di estro-progestinici
- l’associazione con il P, purchè somministrato per almeno 12 giorni/mese, riduce fino ad annullarlo il RR di neoplasia endometriale (si ripropone tuttavia la problematica dell’aumento di rischio di cancro della mammella)

I risultati dello studio WHI (11) confermano che l’associazione con il P annulla il rischio di cancro dell’endometrio (Fig.4).

HRT e RISCHIO di CANCRO dell’OVAIO

L’associazione tra HRT e cancro dell’ovaio è controversa.

L’ultimo studio di coorte, che ha interessato più di 44.000 donne reclutate dal 1997 al 1998 nell’ambito del Breast Cancer Detection Demonstration Project, ha dimostrato che vi è un aumento del RR per coloro che assumono i soli E (1,6 – 95% CI 1,1-3,0) e che tale aumento è correlato con il tempo di assunzione dei medesimi.

Al contrario, gli estro-progestinici utilizzati per meno di 2 anni non mostrano tale maggiore incidenza del rischio (27).

Tali risultati non sono peraltro in linea con quanto concludeva l’American Cancer Prevention Study II che segnalava anche per l’associazione E/P un aumento del RR per cancro dell’ovaio di 1,7 (28).

L'uso, non il pregresso utilizzo, dell'HRT AUMENTA di circa 3 VOLTE il RISCHIO di TROMBOSI VENOSA PROFONDA.

Su tali proporzioni sono anche le conclusioni dello Studio WHI(11) che mette in luce un aumento di rischio per il tromboembolismo venoso del 111% traducibile in 18 eventi tromboembolici ogni 10.000 utilizzatrici/anno (Fig.4).

Tuttavia occorre segnalare che il rischio assoluto per tali eventi è piuttosto basso; si passa infatti da 10 casi/100.000 donne che non assumono la terapia sostitutiva a 30 casi/100.000 utilizzatrici dell'HRT (29).

La somministrazione degli E per via transdermica, evitando il primo passaggio epatico, è capace di ridurre il rischio trombotico (30).

Tutto quanto sino ad ora emerso sta alla base della decisione della FDA americana che dal gennaio di quest'anno ha preteso che nelle confezioni di Premarin, Pemprom, Premphase (nomi commerciali dei loro preparati sostitutivi) vi fossero le seguenti informazioni:

- gli E da soli o in associazione con i P non debbono essere utilizzati per la prevenzione delle malattie cardiovascolari
- gli E/P devono essere prescritti alla dose minima efficace per un tempo breve e con uno scopo terapeutico ben identificato
- nel caso in cui i preparati E/P siano prescritti al solo scopo di prevenire l'osteoporosi post-menopausale, occorre prendere in considerazione l'opportunità di utilizzare altri farmaci che non contengano E

Informazioni bene in linea con le convinzioni di chi scrive sulla necessità di personalizzare l'HRT secondo i sintetici suggerimenti espressi nella Tab. 3, attenti tuttavia a non negare alle donne con menopausa precoce una terapia veramente sostitutiva e tassativamente necessaria.

PERSONALIZZAZIONE dell' HRT

- Spostare l'attenzione dal sintomo alla donna
- Iniziare l'HRT solo in presenza di sintomatologia "grave" o per espresso desiderio della donna (consenso informato sugli eventuali rischi)
- Valutare con molta attenzione tutti gli eventuali fattori di rischio presenti (pregressi eventi trombotici, rischi cardiovascolari, familiarità per tumori estrogeno-dipendenti, ecc...)
- Non utilizzarla per la prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari
- ***L'uso di HRT in pazienti con menopausa precoce rimane comunque raccomandato e deve essere proseguito fino all'età media della menopausa***

Tab. 3 - Consigli per la personalizzazione dell' HRT

Concludendo, si può affermare che in questo caso specifico, così come è avvenuto per altre situazioni cliniche, per molti anni la prescrizione della terapia sostitutiva è stata attuata senza la necessaria presa di coscienza che a fronte dei supposti, ma molto pubblicizzati, effetti favorevoli, tale pratica terapeutica si accompagnava a ben documentati, ma altrettanto sottovalutati, rischi per la salute della donna.

Si è spesso agito senza tener conto di un fondamentale pensiero di C. Bernard che riproponendo quello antico del "primum non nocere", recita: ... "La scienza ci insegna a dubitare... Nell'ignoranza, trattenersi"

Tale atteggiamento è fortunatamente mutato quando il problema è stato affrontato nell'ottica della EBM che dovrebbe essere lo strumento capace di guidare le nostre scelte consapevoli, così da poter offrire ai nostri pazienti una decisione motivata e non imposta da terzi, chiunque essi rappresentino.

Bibliografia a disposizione presso gli autori.

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Noi Vi assistiamo a casa e in strutture ospedaliere

A Modena

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



- chiamateci -

MODENASSISTENZA

059 -22.11.22

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

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

Il 118 rappresenta in Italia e in particolare a Modena uno dei presidi più importanti per la tutela della salute dei cittadini in un campo importantissimo quale quello dell'emergenza-urgenza. La nostra città è stata fra le prime ad attivarlo e nel corso degli anni la sua efficienza si è andata consolidando e l'équipe che ci lavora ha raggiunto livelli di eccellenza professionale. Dai suoi ranghi proviene il nuovo dirigente recentemente nominato: la dottoressa Marilena Campisi. A lei è dedicato il colloquio odierno, che spero possa servire a comprendere meglio il valore e le difficoltà di una tale attività.



La dottoressa Marilena Campisi è nata a Palermo il 9 dicembre 1949.

Si è laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo nel 1974; ha conseguito il diploma di Specialista in Anestesiologia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Bologna nel 1977 e il diploma di Specialista in Neurochirurgia presso l'Università degli Studi di Modena nel 1990.

Dal 1977 ha espletato la sua attività nell' Azienda Ospedaliera Policlinico, presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione fino al 1996 e successivamente presso la Struttura Complessa Modena Soccorso - Centrale Operativa 118.

Dopo aver acquisito nel corso degli anni rilevante esperienza in Anestesia generale, Anestesi periferiche, Blocchi antalgici, Rianimazione e Terapia Intensiva, fin dall'anno 1982 si è occupata prevalentemente dell'assistenza del paziente ricoverato in Rianimazione e Terapia Intensiva; nel triennio 88-90 si è dedicata alla neuroanestesia con particolare riguardo alle metodiche di protezione cerebrale nel pre-,

intra- e postoperatorio del paziente con lesioni cerebrali espansive o con trauma cranico.

Gradualmente gli interessi professionali e formativi si sono rivolti all'organizzazione dell'emergenza-urgenza intra- ed extraospedaliera, alle maxi-emergenze, alla quota sanitaria della Protezione Civile.

Dalla fine del 1996 ad oggi ha acquisito esperienza sempre maggiore nelle attività clinico-professionali ed organizzative inerenti al soccorso e all'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza extraospedaliera e attualmente è direttore della Centrale Operativa 118 Modena Soccorso.

Ha fatto parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Modena dall' 1/1/1994 al 31/12/1999.

Nella sua globalità l'attività di sperimentazione e ricerca si è concretizzata in 76 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed estere.

Da anni svolge attività di docenza, di insegnamento teorico-pratico e di formazione su temi inerenti il Trasporto Sanitario Assistito, la Formazione professionale, l' Emergenza intra- ed extraospedaliera ed altri settori complementari.; coordina il Centro di Formazione/Riferimento IRC (Italian Resuscitation Council) della Centrale Operativa 118 Modena Soccorso.

Dottoressa Campisi, cos'è il 118?

Il 118 è il numero breve ed unico attraverso il quale tutte le richieste telefoniche di soccorso sanitario afferiscono alla Centrale Operativa 118 Modena Soccorso, che coordina il Sistema d'Emergenza Territoriale Provinciale e deve garantire capacità di effettuare interventi tempestivi, adeguati e ottimali a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere d'emergenza-urgenza, in sinergia con i Dipartimenti d'emergenza-urgenza e le rispettive risorse territoriali.

Nella nostra Provincia le richieste di soccorso sono state oltre 51.000 nel 2002 e nel primo semestre dell'anno in corso oltre 26.000.

Le principali funzioni e responsabilità della Centrale Operativa 118, oltre quelle attuative fondamentali individuate dalle linee guida 1996 in applicazione al DPR 27 marzo 1992, vale a dire "ricezione delle richieste di soccorso, valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare, attivazione e coordinamento dell'intervento stesso", sono:

- partecipare alla definizione del programma d'emergenza territoriale, della dotazione e della distribuzione delle risorse sul territorio;
- coordinare i mezzi ed il personale assegnato all'emergenza territoriale;
- mantenere le competenze del personale della Centrale Operativa;
- controllare il mantenimento delle condizioni d'efficienza dei mezzi e delle tecnologie;
- redigere procedure operative e linee guida, monitorare gli eventi indesiderati e gli eventi sentinella, misurare indicatori di sistema, effettuare audit strut-

turati clinico- organizzativi ect, nell'ambito d'implementazione di un sistema qualità.

Altre funzioni importanti sono le attività di collegamento in rete con altri settori dell'emergenza sanitari e non (Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, Protezione Civile...) e con le altre Centrali Operative della Regione.

La Centrale opera in rete anche con i vari servizi deputati all'emergenza quali Medicine d'urgenza, Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento che afferiscono ai Dipartimenti d'Emergenza-Urgenza del Policlinico o dell'AUSL, in linea con il Documento Hub & Spoke regionale sull'Emergenza applicativo del PSR 1999-2001.

I protocolli clinici sono stati rapportati alla potenzialità delle diverse équipes presenti nel sistema, quali quelle mediche, infermieristiche, del volontariato e miste.

Funzioni particolari della Centrale di Modena sono l'attività di Coordinamento Urgenze Microvascolari Italia (C.U.M.I.), il Coordinamento regionale Soccorso Alpino e Speleologico (S.A.E.R.), il Servizio di Continuità Assistenziale, il Coordinamento delle attività di prelievo, trapianto e trasporto d'organi, ecc.

La Centrale Operativa è dotata d'importanti risorse tecnologiche quali:

- apparato di telefonia fissa attraverso una rete di linee dedicate che garantisce i collegamenti tra Centrale e Centrale e da queste alle varie postazioni d'ambulanze o verso altri enti che collaborano per l'emergenza; il sistema d'accesso al 118 è "digitale" e consente all'operatore della centrale di visualizzare il numero telefonico del chiamante; inoltre è possibile la registrazione delle comunicazioni radio e telefoniche;
- rete radio e di telefonia mobile che prevede che i mezzi di soccorso siano dotati di una doppia via di comunicazione;
- sistema informatico in grado di registrare le richieste di soccorso, identificare il luogo dell'evento (è in via di potenziamento la cartografia), codificare l'evento in base alle informazioni raccolte, registrare i tempi dell'intervento, identificare e gestire le risorse presenti sul territorio in relazione a luogo dell'evento, criticità, disponibilità e tipologia, interagire con il sistema radio e telefonico.

Le postazioni sul territorio provinciale vedono l'impiego di mezzi di soccorso pubblici delle Aziende Sanitarie di Modena e delle Associazioni di Volontariato (Pubblica Assistenza, CRI, Misericordia d'Italia).

Le risorse attivabili, se pure in fasce orarie diversificate, sono:

- n° 10 ambulanze con infermiere professionale;
- n° 2 ambulanze medicalizzate con medico dell'emergenza territoriale ed infermiere professionale;
- n° 4 ambulanze con equipaggio misto: volontario, infermiere professionale e/o medico;
- n° 2 automediche con medico dell'emergenza territoriale ed infermiere professionale;
- n° 40 ambulanze del volontariato in convenzione per l'attività d'emergenza-urgenza;
- n° 3 basi d'elisoccorso regionale dislocate a Bologna, Parma e Ravenna, che operano sul territorio regionale con équipe formata da un medico anestesista -

rianimatore e due infermieri professionali;

- n° 1 Elicottero SAR/118 regionale (dotato di verricello) dislocato a Pavullo, con équipe formata da un medico, un infermiere professionale ed un tecnico del Soccorso Alpino; questa risorsa si è rivelata estremamente utile per l'emergenza sanitaria nel nostro territorio montano per la collocazione all'interno del territorio appenninico. La specifica professionalità (utilizzo del verricello) inoltre permette di intervenire in terreno inaccessibile o difficilmente raggiungibile con altri mezzi e ha un bacino d'utenza su tutto il territorio regionale.

Nel complesso il nostro sistema ha 7126 ore settimanali di presenza medica e garantisce una disponibilità medica continua ogni 95.000 abitanti. La figura prevalente è quella del medico d'emergenza territoriale (MET).

Concorrono inoltre all'emergenza sul territorio, previa effettuazione di corsi specifici per l'emergenza, Medici di Medicina Generale e/o di Continuità Assistenziale (progetti area montana) e Medici di Pronto Soccorso che danno disponibilità saltuaria per l'emergenza sul territorio.

Gli infermieri professionali che operano sui mezzi di soccorso svolgono un intenso programma di formazione e d'addestramento per la gestione sul territorio d'eventi critici sia di natura internistica che traumatica e sono autorizzati dal Responsabile di Centrale ad effettuare azioni specifiche in situazione d'emergenza-urgenza.

L'infermiere professionale inoltre effettua la complessa attività di triage telefonico in Centrale Operativa; anche il personale tecnico che opera in équipe con l'infermiere professionale è addestrato alle manovre di rianimazione cardiopolmonare ed al trattamento di base del paziente politraumatizzato.

In Centrale Operativa è presente inoltre la figura di coordinatore di centrale, con funzione di supervisione per settori specifici quali ad es. le tecnologie.

Le ambulanze, sia pubbliche sia del volontariato, utilizzate dalla Centrale Operativa 118 e dislocate sul territorio provinciale sono di tipo A secondo la classificazione ministeriale; inoltre sono dotate di strumenti elettromedicali e presidi sanitari atti a sostenere le situazioni d'emergenza-urgenza sia internistiche sia traumatiche.

Modena ha una grande tradizione di mutua assistenza. Quali sono i rapporti, se ci sono, tra il 118 e le associazioni di volontariato?

I rapporti tra 118 e Associazioni di Volontariato (Pubblica Assistenza, Croce Rossa Italiana, Misericordia d'Italia), sono molto stretti e sono regolati non solo da accordi convenzionali con le Aziende Sanitarie ma anche da una proficua collaborazione ormai consolidata.

Il Volontariato, infatti, costituisce una risorsa importante che integra fortemente il Sistema Pubblico: su 41 postazioni fisse o stagionali, 4 operano con equipaggi misti, le altre sono del Volontariato con preponderanza delle Pubbliche Assistenze.

I soccorsi effettuati da tali Associazioni sono stati integrati, ove necessario e possibile, con il successivo invio di risorse avanzate del Sistema Pubblico (rendez vous

con mezzi di soccorso istituzionali). Le Aziende sanitarie hanno svolto un intenso programma di formazione rivolto ai volontari soccorritori, comprendente soprattutto specifici corsi d'addestramento per il soccorso al paziente in arresto cardiaco ed al paziente traumatizzato. È in progresso inoltre il progetto di defibrillazione precoce sul territorio da parte di volontari soccorritori addestrati ed autorizzati alla manovra (e di laici), come consentito dalla legge n. 120 del 2001, che vede da tempo impegnata la centrale sia per la formazione sia per gli aspetti logistico-organizzativi. Il progetto è inserito in un ampio progetto interaziendale che vede la collaborazione dell'Associazione di Volontariato "Gli Amici del Cuore".

Quali sono a suo giudizio i margini di miglioramento dell'operatività del 118? Quali di essi sono ottenibili a "costo zero" e quali invece necessitano di ulteriori investimenti in uomini e mezzi?

Certamente il sistema ha dei margini di miglioramento se non "a costo zero", certamente a costo contenuto; in questo io ed i miei collaboratori siamo fortemente impegnati.

Da tempo stiamo lavorando per un progetto di implementazione del sistema qualità all'interno dell'Unità Operativa, per migliorare i servizi e l'organizzazione e garantire al cittadino, che nell'emergenza non può applicare un criterio di scelta, prestazioni sempre più efficaci; l'obiettivo può essere raggiunto utilizzando nella pratica, senza costi aggiuntivi, gli strumenti della qualità (pianificazione, individuazione delle responsabilità, monitoraggio dei processi, misura dei risultati, controllo degli eventi indesiderati ecc).

Nel concreto l'organizzazione della Centrale deve tendere a migliorare le caratteristiche e la qualità del processo decisionale che porta a scegliere il mezzo appropriato, in base alle caratteristiche dell'evento rappresentato in fase di richiesta del soccorso da parte dell'utente, e l'ospedale più idoneo, nel più breve tempo possibile, in relazione alle risorse disponibili.

Credo che ampi margini di miglioramento possano derivare da un sempre maggiore contatto con la popolazione per implementare la conoscenza del sistema e educare ad un uso corretto dello stesso; per questo aspetto penso che un grande aiuto ci possa venire dai Medici di Medicina Generale.

Abbiamo sviluppato anche collaborazioni che, veramente "a costo zero", ci consentono di ottimizzare la risposta tecnico-sanitaria alla richiesta di soccorso urgente dei cittadini in rapporto alla tipologia degli interventi in particolare per incidenti stradali, scoppi, incendi, rilascio sostanze pericolose ed eventi assimilabili: mi riferisco all'accordo tra Aziende Sanitarie e Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco che prevede lo stazionamento di un'ambulanza istituzionale 118 nei locali del Comando a Modena. In quest'ottica di integrazione stiamo attivando nel nostro territorio altri progetti analoghi.

In vista di Baggiovara, inoltre, gli obiettivi da raggiungere nell'ambito della vigenza del PAL per la razionalizzazione ed il potenziamento delle risorse sono: riorganizzare il sistema in rete, rafforzarlo in modo globale e pro-

gressivo nelle aree di sofferenza, con costi sostenibili.

Quale impatto avrà sul 118 la prossima nuova rete ospedaliera della Provincia di Modena? E le nuove tecnologie nell'ambito della comunicazione che Baggiovara renderà disponibili faciliteranno il compito del servizio che lei dirige?

Il sistema globalmente agisce da tempo secondo percorsi provinciali per l'emergenza-urgenza per gli accessi ospedalieri definiti con i Dipartimenti d'Emergenza-urgenza ed Area critica, in rapporto alla patologia, alla distanza, alle dotazioni dei presidi, alla tipologia delle équipes di soccorso, perseguendo il fine di inviare il paziente all'ospedale più idoneo, nel minor tempo possibile in prima e seconda istanza, secondo i criteri dell'Hub & Spoke.

Sarà necessario rivedere gli attuali percorsi provinciali dell'emergenza-urgenza e ridefinire le afferenze dei pazienti in base al nuovo scenario definito dall'individuazione delle missions diverse ma integrate del Policlinico e del nuovo Ospedale di Baggiovara; di alcuni aspetti ci stiamo già occupando nell'ambito di gruppi di lavoro interaziendali.

L'obiettivo prioritario del sistema rimane naturalmente dare la risposta più tempestiva e più idonea sul territorio alle richieste di soccorso del cittadino.

A Baggiovara, per quanto ne so, sarà adottata la più moderna tecnologia che potrà garantire un valido supporto per l'erogazione di prestazioni sempre più efficienti e sicure; in questo senso sarà facilitato il compito degli operatori.

Il tema della sicurezza è fondamentale e per la Centrale può essere ricondotto in modo rilevante anche alle tecnologie; le specifiche dotazioni tecnologiche che saranno messe in campo per il 118 prevedono tra l'altro necessari meccanismi di salvataggio che entrino in funzione in caso di black-out del sistema.

Importante sarà anche lo sviluppo della telemedicina con l'ampliamento di programmi già esistenti in parte del territorio provinciale, come ad es. la trasmissione dell'elettrocardiogramma dalle ambulanze a strutture cardiologiche di riferimento con possibilità di ottimizzare i percorsi del paziente cardiopatico.

Infine quali sono e quali invece dovrebbero essere il ruolo e l'atteggiamento delle istituzioni, specie di quelle locali, nell'affiancare il 118 allo scopo di facilitarne l'operato?

Il 118 a Modena è ormai una realtà radicata nel territorio ed ha un rapporto di proficua collaborazione con le istituzioni locali che nel tempo si è consolidato.

Ritengo che questo sia uno degli aspetti più positivi del sistema, merito certamente anche di chi mi ha preceduto; certamente è da implementare in futuro, perché soltanto con strategie di collaborazione possiamo garantire una risposta efficace ai cittadini sia per emergenze singole sia per maxiemergenze.

Grazie, dottoressa Campisi. La sua disamina ci rende certi che Modena è in grado di affrontare le emergenze con il dovuto rigore e con la massima efficienza possibile. Ancora complimenti per la sua recente nomina e l'augurio per un lavoro sempre più proficuo.

Come si era già anticipato nei precedenti numeri del nostro Bollettino, sono state approvate le nuove normative in tema di educazione continua in medicina che entreranno in vigore dal primo gennaio 2004. Si tratta per certi versi di una vera rivoluzione per un impianto strutturale al quale ci stiamo abituando ed adeguando da due anni.

I PROVIDER. Sono coloro che dovranno accreditarsi, a livello sia regionale che nazionale, per fornire le loro competenze cliniche, tecniche e scientifiche per garantire una formazione di qualità. L'accreditamento avrà durata quinquennale. Non potranno essere provider le industrie farmaceutiche - conflitto d'interessi - le quali dovranno però dichiarare esplicitamente la eventuale sponsorizzazione dell'evento formativo (consentita). Potranno accreditarsi, purché dimostrino di possedere i requisiti organizzativi richiesti dal Ministero della Salute:

- le Aziende sanitarie
- l'Università
- le Agenzie regionali, l'IRCCS, l'ISPESL, l'ISS
- le società scientifiche
- società private oltre a case editrici
- Ordini e Collegi professionali, limitatamente a temi di deontologia ed etica.

Sarà compito del provider trasmettere i crediti acquisiti dal professionista nell'evento formativo direttamente all'Ordine di appartenenza. L'Ordine provvederà poi a registrare tutti i crediti del singolo iscritto in un apposito programma che sarà in rete a livello nazionale.

LA FAD (FORMAZIONE A DISTANZA). Consiste sostanzialmente nell'approntare da parte dei provider pacchetti formativi utilizzando soprattutto supporti video, informatici ed elettronici in senso lato, permettendo così di ripetere lo stesso evento in luoghi e tempi differenti. Nei paesi anglosassoni la FAD rappresenta una parte consistente dell'iter formativo di un medico. Da sottolineare come il turn over dei corsi FAD debba essere di due anni.

OBBLIGATORIETÀ DELL'ECM. Tutti i professionisti italiani sono tenuti alla formazione medica continua che si esplica con le regole del programma ministeriale ECM. I medici che operano in rapporto di dipendenza e/o di convenzione con il SSN troveranno riscontro dell'obbligo formativo (penalizzazioni) nei rispettivi contratti. Per i liberi professionisti l'indirizzo del Ministero, così pare, è di investire gli Ordini del compito di vigilare sull'adesione degli iscritti al programma

di Educazione Continua Medica. Questo aspetto sarà pertanto oggetto di confronto nelle future contrattazioni.

ECM 2002. Per un accordo intercorso nella Conferenza Stato-Regioni del 13 marzo 2003 il professionista che non abbia avuto l'opportunità di acquisire i crediti (10) previsti per il 2002 in quell'anno, potrà recuperare il "debito" formativo nel corso del 2003. Resta fissata la scaletta, già a suo tempo determinata, crediti/anno: 10 x il 2002, 20 x il 2003, 30 x il 2004, 40 x il 2005, 50 per il 2006. Un totale di 150 crediti in cinque anni.

PERCENTUALI DI ECM IN BASE ALLE DIVERSE MODALITÀ DI FORMAZIONE. In estrema sintesi il professionista avrà questi paletti di riferimento:

- La FAD non potrà coprire più dell'80% dei crediti della formazione
- La formazione regionale non potrà superare il 30% del totale
- Gli eventi "frontali", senza verifica, e con più di 200 partecipanti non potranno rappresentare più del 20% dei crediti
- Un massimo del 25% dei crediti potrà essere acquisito con eventi su tematiche non afferenti alla specializzazione del professionista
- Infine non più del 5% dei crediti totali potrà derivare dalla cosiddetta autoformazione.

Queste le basi del programma ministeriale ECM. In altre sedi abbiamo espresso tutte le nostre perplessità su alcuni principi contenuti nel testo e siamo disponibili al confronto con i colleghi che vorranno contribuire allo sviluppo del dibattito su questo tema così peculiare per la nostra professione.

Il nostro Ordine è a disposizione di tutti i professionisti che desiderano rivolgere quesiti in tema di ECM e, nel caso di dubbi interpretativi, sarà nostra cura "girarli" agli esperti dell'apposita commissione ministeriale. Oltre che con i tradizionali mezzi di comunicazione - telefono, lettera, fax - potrete contattare l'Ordine al seguente indirizzo di posta elettronica: federicaf@ordinemedicimodena.it.

Ove la soluzione al quesito dovesse tardare o non fosse di interesse generale, potrete avere una risposta personale se ci fornirete un vostro indirizzo di posta elettronica e/o il vostro domicilio.

Responsabile dell'Ordine di Modena per il programma ECM è la d.ssa Federica Ferrari (059/247732).

*Il presidente dell'Ordine
Nicolino D'Autilia*

Il progressivo invecchiamento della popolazione implica, tra l'altro, un aumento di persone che presentano elevata fragilità a seguito della riduzione dell'omeostasi. Per tali persone, a volte, si rende necessaria la collocazione in Residenze specifiche allorché la permanenza a domicilio diviene impossibile o improponibile stante l'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 sull'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

I FARMACI ANTIPSIKOTICI NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI DELLA DEMENZA

DOTT. FRANCESCO NONINO, DOTT.SSA ANNA VITTORIA CIARDULLO
CE.V.E.A.S. CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA
SANITARIA - A.U.S.L. MODENA

Disturbi psicologici e comportamentali nella demenza (BPSD)

Nei pazienti dementi al declino cognitivo si possono associare alterazioni comportamentali e psicologiche - comunemente identificate dall'acronimo BPSD, derivato dalla definizione anglosassone Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia - la cui prevalenza nella popolazione di oltre 65 anni di età con diagnosi di demenza supera il 60%. Sulla base dei dati forniti dal Progetto ILSA CNR-PF, si stima che tra gli ultrasessantacinquenni residenti in provincia di Modena i malati di demenza siano circa 7000, con un'incidenza attesa di circa 1200 nuovi casi all'anno (dati sulla popolazione residente al 31/12/1998).

Si può quindi ipotizzare che nella nostra provincia vi siano circa 4000 persone affette da BPSD.

Durante il decorso della malattia di Alzheimer, la forma più comune di demenza degenerativa, la comparsa di BPSD, con andamento fluttuante nell'arco di mesi o anni, è pressoché costante, in particolare negli stadi avanzati di malattia.

La tipologia dei disturbi non cognitivi nella demenza è molto eterogenea e le classificazioni usate sono per lo più fenomenologiche, basate sulla descrizione di uno stato mentale o di particolari comportamenti anormali. Frequenti sono le alterazioni della personalità (apatia, irritabilità, disinibizione) e le alterazioni del tono dell'umore, in particolare sintomi depressivi, che possono rappresentare - soprattutto nelle fasi iniziali della malattia - una reazione psicologica alla percezione da parte del malato di un calo delle proprie performances cognitive.

Circa il 40% dei pazienti con demenza mostra comportamenti motori aberranti, due dei quali

sono comuni nella malattia di Alzheimer: il wandering e l'agitazione.

Il primo (tradotto poco felicemente in italiano come "vagabondaggio"), sta a indicare la tendenza del malato a voler abbandonare il luogo in cui si trova, spesso alla volta di una destinazione descritta con precisione e associata a un particolare vissuto del passato personale. Il termine 'agitazione' solitamente viene usato per indicare un'ampia gamma di comportamenti anomali: vocalizzazione persistente, atteggiamenti opposizionistici, irrequietezza motoria o vera e propria aggressività verbale o fisica.

Quando presente, uno stato di agitazione può creare situazioni di notevole disagio per il paziente e per chi lo assiste, costituendo il principale motivo di istituzionalizzazione del malato.

I sintomi psicotici, meno frequenti, consistono prevalentemente in allucinazioni (soprattutto visive) e delirio.

Quando presenti, questi sintomi sono fortemente predittivi di aggressività, che talvolta compare durante la cura personale e i momenti di assistenza, suggerendo che i pensieri deliranti possono fare interpretare al paziente queste situazioni come minacciose, evocando reazioni violente con significato più difensivo che aggressivo.

BPSD e farmaci

Nella gestione dell'agitazione e delle manifestazioni psicotiche del paziente con demenza è molto frequente il ricorso agli psicofarmaci. Le alternative terapeutiche psico-sociali di tipo non farmacologico, infatti, oltre a non essere utilizzabili in acuto, richiedono risorse umane e strutturali raramente disponibili, e i risultati degli studi che ne hanno valutato l'efficacia, pur essendo incoraggianti, sono scarsamente trasferibili nella pratica clinica.

a) Neurolettici

Grazie alle loro proprietà delirio-litiche e sedative, i farmaci neurolettici (NL) vengono usati nel trattamento delle psicosi, sia per il controllo degli episodi acuti, sia per la prevenzione delle ricadute. Il loro meccanismo d'azione appare legato prevalentemente a un'azione di blocco su vari recettori del sistema nervoso centrale – dopaminergici, serotoninergici, istaminici, adrenergici e colinergici – all'origine sia delle proprietà terapeutiche che degli effetti indesiderati di questi farma-

ci. L'azione antidopaminergica è responsabile del principale effetto avverso dei NL, i sintomi extrapiramidali, conseguenza di un blocco recettoriale a livello dei gangli basali (globo pallido e corpo striato), mentre le loro proprietà anticolinergiche hanno fatto ipotizzare un possibile effetto negativo sulla funzione cognitiva. Questo meccanismo patogenetico potrebbe essere particolarmente deleterio in pazienti anziani affetti da demenza su base degenerativa, poiché in questi casi il NL agirebbe accelerando un deterioramento cognitivo provocato da un deficit colinergico associato alla malattia di base. Il blocco dei recettori alfa-adrenergici potrebbe spiegare invece l'ipotensione posturale che talvolta si osserva in pazienti trattati con NL.

I dati sull'efficacia clinica e la sicurezza di questi farmaci provengono prevalentemente da studi su pazienti schizofrenici, mentre le evidenze che ne supportano l'uso nei BPSD sono scarse.

Una metanalisi che ha confrontato l'efficacia e la sicurezza dei NL rispetto al placebo nel paziente demente agitato, cumulando i risultati di 16 studi randomizzati controllati, ha mostrato che il rischio di effetti collaterali extrapiramidali (25%; 95%CI: 13%-37%) giunge quasi a controbilanciarne il modesto beneficio clinico (26%; 95%CI: 14%-38%).

Studi condotti negli Stati Uniti e in Gran Bretagna hanno mostrato che i NL vengono somministrati, spesso in modo inappropriato, al 17-24% degli anziani ospiti di strutture residenziali protette. Essi inoltre sono i farmaci che più frequentemente determinano effetti indesiderati gravi e spesso prevenibili, in quanto legati a dosaggi inadeguati.

b) Antipsicotici atipici

Dall'introduzione della clorpromazina, il primo NL comparso sul mercato nel 1952, la ricerca farmacologica si è incentrata sullo sviluppo di molecole con meccanismo d'azione sempre più selettivo, per ridurre l'incidenza di effetti indesiderati legati a blocchi recettoriali. Recentemente sono stati introdotti nuovi antipsicotici (risperidone, olanzapina, quetiapina, ziprasidone, clozapina), chiamati antipsicotici "atipici", che - a parità di efficacia – sembrano dotati di un migliore profilo di sicurezza, soprattutto relativamente ai disturbi extrapiramidali. La definizione di antipsicotico "atipico" è in realtà imprecisa, in quanto non si riferisce a uno specifico gruppo chimico; basti pensare che qualche anno fa venivano definiti

come “atipici” farmaci come la tioridazina, oggi annoverata tra gli antipsicotici “tradizionali”. In generale un antipsicotico merita la definizione di “atipico” quando:

- non produce alterazioni della prolattina;
- riduce significativamente i sintomi negativi e positivi della schizofrenia;
- possiede una specificità recettoriale (diversi rapporti di blocco sui recettori 5-HT₂/D₂ o effetti regionali differenziati su recettori dopaminergici);
- possiede una bassa tendenza a produrre sintomi extrapiramidali a dosi antipsicotiche.

Una recente metanalisi ha mostrato che nel trattamento della schizofrenia gli antipsicotici atipici possiedono un’analoga efficacia rispetto agli antipsicotici tradizionali, con una minore incidenza di effetti collaterali di tipo extrapiramidale. Esistono tuttavia dubbi su una presunta superiorità globale, in termini di sicurezza, rispetto ai tradizionali. Le casistiche di pazienti schizofrenici trattati con antipsicotici atipici riportano infatti numerose segnalazioni di importanti complicanze metaboliche (diabete, iperlipidemia) e cardiologiche (cardiomiopatie), più rare dei sintomi extrapiramidali, ma potenzialmente molto dannose. Anche la cosiddetta “sindrome maligna da neurolettici” è stata segnalata in pazienti schizofrenici in trattamento con atipici, indipendentemente dal dosaggio utilizzato e dalla durata del trattamento.

Attualmente gli antipsicotici atipici vengono suggeriti come farmaci di prima scelta nel trattamento di un primo episodio schizofrenico nei casi di nuova diagnosi, e nei pazienti già in terapia di mantenimento con un antipsicotico tradizionale che non mostrino un buon controllo dei sintomi o che manifestino effetti collaterali non tollerati.

Progetto Aziendale Antipsicotici

Premessa

Pur non rappresentando un’opzione di prima scelta, il ricorso agli antipsicotici si rende spesso necessario nei pazienti dementi, senza che tuttavia siano disponibili per il medico chiare e univoche strategie terapeutiche, anche nell’ambito di documenti di consenso e linee guida consultabili su banche dati di organismi internazionali. L’introduzione dei nuovi antipsicotici atipici, se

da un lato apre nuove opportunità terapeutiche in campo psicogeriatrico, dall’altro rende più urgente l’esigenza di prove di efficacia e sicurezza a supporto delle scelte dei medici, anche in relazione all’alto costo di questi farmaci e alle problematiche sulla loro prescrivibilità a carico del Sistema Sanitario Nazionale (box 1).

La linea guida

Sulla base di queste considerazioni, nelle aziende sanitarie modenesi si è avvertito il bisogno di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare (box 2) per la produzione di raccomandazioni cliniche evidence-based sulla gestione dei disturbi non cognitivi dei pazienti dementi.

Gli scopi del gruppo sono stati:

- migliorare l’accuratezza diagnostica dei disturbi psicologici e comportamentali dei pazienti con demenza;
- sensibilizzare l’attenzione dei clinici sulle misure terapeutiche non farmacologiche e sulla necessità di coinvolgimento dei pazienti e dei loro caregivers nelle decisioni terapeutiche;
- fornire indicazioni sugli usi appropriati dei farmaci antipsicotici nei casi che richiedono terapie farmacologiche;
- promuoverne un utilizzo omogeneo supportato dalle evidenze disponibili in letteratura, in linea con le indicazioni fornite dal SSN;
- evitare un ricorso improprio al ricovero ospedaliero nelle condizioni che consentono una gestione ambulatoriale;

Il lavoro del gruppo è partito da un revisione della letteratura volta a individuare studi di buona qualità che forniscano indicazioni sull’uso degli antipsicotici nei pazienti con BPSD, con particolare attenzione agli antipsicotici atipici. Sono state consultate anche dati primarie (MEDLINE e EMBASE), banche dati di revisioni sistematiche (Cochrane Library) e di linee guida. Le evidenze reperite sono state integrate con i pareri dei membri del gruppo e sintetizzate a formare una linea guida sull’uso degli antipsicotici nei BPSD composta di quattro raccomandazioni diagnostico-terapeutiche (box 3). In appendice al documento vengono anche riportate alcune indicazioni diagnostico-terapeutiche sull’uso degli antipsicotici nei disturbi psicotici e confusionali dei pazienti con malattia di Parkinson. La linea guida è stata stampata nel settembre 2002 a cura del CeVEAS, che da allora ne ha iniziato la diffusione agli operatori coinvolti nella

gestione dei pazienti affetti da demenza. Oltre alla distribuzione postale, grazie alla disponibilità e all'interesse dimostrato dai professionisti e dai loro coordinatori, il CeVEAS ha potuto utilizzare alcuni incontri di aggiornamento obbligatorio per i MMG per presentare a livello distrettuale la linea guida. Il documento è stato presentato e discusso anche nell'ambito di incontri di aggiornamento per MMG operanti in strutture protette, a cui ha attivamente partecipato anche il personale infermieristico. Per il mese di dicembre 2003 è previsto un primo aggiornamento del documento, alla luce degli studi pubblicati dopo la sua stesura.

Progetto di audit

Congiuntamente alla diffusione della linea guida è stato avviato un programma di audit clinico interaziendale sull'uso degli psicofarmaci nei BPSD. Lungi dall'essere uno strumento di controllo amministrativo, il programma si prefigge di: valutare l'applicabilità e l'utilità della linea guida; creare un flusso informativo di audit & feedback tra la Direzione Aziendale e i clinici sull'uso degli antipsicotici (particolarmente gli atipici) nei BPSD; utilizzare i momenti di rilevazione e di presentazione dei dati prescrittivi come strumento di implementazione della linea guida.

Il progetto di audit si articola in due momenti di rilevazione:

1 – rilevazione a campione sulle attitudini prescrittive dei farmaci antipsicotici nei pazienti con BPSD

Nel giugno 2002 e nel maggio 2003 sono state effettuate due valutazioni trasversali sulla prevalenza d'uso degli psicofarmaci nei pazienti con BPSD, inviando un questionario a tutti i medici operanti in strutture coinvolte nella gestione del paziente con demenza (strutture protette, RSA, ambulatori specialistici, UVA). Le rilevazioni sono state effettuate durante due periodi-indice di due settimane di durata ciascuno, invitando i medici coinvolti a compilare una scheda per ogni paziente con BPSD a cui venivano prescritti farmaci antipsicotici. Le domande riportate sulla scheda sono state strutturate sulla base delle problematiche diagnostico-terapeutiche affrontate nella linea guida. I dati relativi alla prima rilevazione (effettuata prima della diffusione della linea guida) sono stati presentati nel corso degli incontri già menzionati con i MMG. E' in corso una analisi di confronto tra i dati della rilevazione del 2002 e quella del 2003, i cui risultati verranno

diffusi prima della revisione della linea guida.

2 – rilevazione della prescrizione di antipsicotici atipici nei pazienti con BPSD

In attuazione a direttiva regionale, dal settembre 2002 gli antipsicotici atipici sono prescrivibili a carico del SSN da parte di specialisti dei centri UVA individuati con apposita delibera.

La distribuzione può seguire la distribuzione diretta previa compilazione di una scheda chiamata "piano terapeutico", riportante – oltre a una parte anagrafica - i dati relativi al farmaco usato (principio attivo, posologia, durata prevista del trattamento) e alcuni indicatori di appropriatezza (diagnosi di demenza, diagnosi di disturbo comportamentale e motivo di un eventuale passaggio da un antipsicotico tradizionale a un atipico). I piani terapeutici compilati afferiscono al Servizio Farmaceutico Aziendale che provvederà a inserirli in una specifica banca dati elettronica.

Da quest'ultima, con periodicità semestrale, verranno estrapolati i dati prescrittivi relativi agli antipsicotici atipici.

Conclusioni

Il numero crescente di malati e la difficile gestibilità da parte di operatori sanitari e familiari rendono i BPSD un problema molto importante per chi si occupa dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza.

Pur non essendo di prima scelta nel percorso terapeutico, il ricorso agli antipsicotici si rende talvolta necessario nei pazienti con BPSD, allo scopo di ridurre il disagio del malato e di chi lo assiste. I farmaci neurolettici sono attualmente il trattamento di scelta; i nuovi antipsicotici atipici presentano, rispetto ai farmaci tradizionali, il vantaggio di una minore incidenza di effetti collaterali a carico del sistema extrapiramidale. Tuttavia i BPSD non figurano tra le indicazioni registrate degli antipsicotici atipici con maggiori evidenze di efficacia e le scelte del medico sul tipo di molecola e sulle modalità d'uso non sono facilitate da evidenze sufficientemente convincenti e condivise.

Lo sforzo congiunto delle diverse professionalità presenti nel gruppo di lavoro multidisciplinare delle Aziende Sanitarie Modenesi è un tentativo di sviluppare strategie assistenziali condivise per fronteggiare un problema sanitario complesso e rilevante.

Box 1 – PRESCRIVIBILITÀ DEGLI ANTIPSIKOTICI “ATIPICI”

I BPSD non figurano tra le indicazioni registrate degli antipsicotici atipici, fatta eccezione per la quetiapina, la cui scheda tecnica riporta una dicitura abbastanza “elastica” da consentirne l’uso anche in questa condizione. Paradossalmente però la quetiapina è, tra gli atipici, quello con minori evidenze di efficacia e sicurezza; non sono infatti stati pubblicati studi randomizzati controllati sul suo utilizzo nei BPSD.

In Emilia Romagna, in attuazione della circolare regionale n. 02/29248 del 9 luglio 2002, gli antipsicotici atipici risperidone, quetiapina, clozapina e olanzapina sono prescrivibili a carico del SSN a pazienti con demenza e disturbi psicotici e comportamentali da parte degli specialisti delle Unità di Valutazione Alzheimer individuate con circolare regionale 22/01 (B.U.R. parte II° n.65, 27/6/2002), previa compilazione di piano terapeutico e con possibilità di distribuzione diretta. E’ stato tuttavia correttamente notato da parte di molti medici che questo provvedimento regionale non rappresenta una modifica delle indicazioni registrate, e che quindi lo specialista non è completamente tutelato sul piano strettamente legale quando prescrive questi farmaci a un paziente con BPSD. Il provvedimento ha comunque lo scopo di rendere rimborsabili farmaci costosi, talvolta necessari per lunghi periodi in pazienti che - a causa delle caratteristiche della malattia - già gravano pesantemente sulla famiglia, sia in termini economici che psicologici.

Box 2 – GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE INTERAZIENDALE MODENESE SUGLI ANTIPSIKOTICI

Dr.ssa R. Apollonio (Farmacista, Farmacia Ospedaliera Area Centro); Dr.ssa G. Bannò (Medico, Medicina Generale); Prof. L. Belloi (Medico, Centro di Valutazione Geriatrica, Geriatria Ospedale Estense Modena); Dr. R. Bonatti (Medico, CSM Carpi); Dr. G.A. Comani (Medico, CSM Pavullo); Dr. G. Federzoni (Medico, Responsabile U.V.A.); Dr.ssa P. Fiandri (Medico, Medicina Generale); Dr. G. Greco (Medico, U.O. Neurologia Carpi); Dr. M. Mariotti (Medico, Neuropsichiatria Infantile Modena); Dr. E. Melati (Medico, CSM Polo Ovest Distretto di Modena); Prof. M. Neri (Medico, U.V.A., Geriatria Ospedale Estense Modena); Prof. P. Nichelli (Medico, Clinica Neurologica Policlinico); Dr.ssa C. Orsi (Farmacista, Servizio Farmaceutico Territoriale Area Centro); Dr. E. Pedrazzi (Medico, Servizio Tossicodipendenze Modena); Prof. G. Salvioli (Medico, U.O. Geriatria Ospedale Estense); Dr. S. Santachiara (Farmacista, Farmacia Interna Policlinico); Dr. A. Vasta (Medico, Clinica Psichiatrica Policlinico).

Coordinamento e supporto metodologico (CeVEAS): Dr. F. Nonino (Medico); Dr.ssa A. Campomori (Farmacista); Dr. N. Magrini (Medico).

Box 3 – Raccomandazioni evidence-based sull’uso degli antipsicotici nei BPSD (linea guida aziendale)

1 - Accuratezza diagnostica

Nei pazienti con demenza è importante diagnosticare eventuali sintomi psicotici/comportamentali per orientare successive scelte terapeutiche, definendoli in modo descrittivo, o con l’utilizzo di specifiche scale).

2 - Trattamenti non farmacologici

Nei pazienti con demenza e sintomi psicotici/comportamentali la terapia farmacologica non è di prima scelta.

3 - Terapie farmacologiche

Tra gli antipsicotici (tipici o atipici) non è possibile individuare un farmaco di 1° scelta.

4 - Antipsicotici atipici

Gli antipsicotici atipici risperidone e olanzapina vanno considerati nei pazienti che mostrano segni di parkinsonismo, o che non tollerano gli antipsicotici tradizionali per la comparsa di effetti avversi extrapiramidali.



ESTATE 2003

Radi gli uccelli e silenziosi.
 Il solleone
 sta cuocendo il mare;
 l'aria afosa ha soffocato
 il respiro affannoso dei vecchi.
 Epidermidi nere di troppo sole
 si mostrano, inquiete
 e la terra riarsa
 ha bruciato i suoi boschi.

Franco Vaccari



POLIGRAFICO
 MUCCHI

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525 - Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Storielle a cura di Roberto Olivi



- La miglior cura per qualunque cosa è l'acqua salata: sudore, lacrime e il mare.

Karen Blixen

- Nessuna famiglia prende così poche medicine come quella del dottore, eccettuata quella del farmacista.

Oliver Wendell Holmes

- Il buonsenso , che già fu caposcuola,
 ora in parecchie scuole è morto affatto.
 La scienza sua figliola
 l'uccise per veder com'era fatto.

Giuseppe Giusti

CENTRO COCHRANE ITALIANO Istituto "Mario Negri"

in collaborazione con
Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia
Romagna



con il Patrocinio di:
Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna
Facoltà Medicina Chirurgia, Università Studi di Bologna

VIII Riunione Annuale Network Cochrane Italiano



L'EDUCAZIONE MEDICA CONTINUA (ECM): i modelli e la loro efficacia a confronto

PROGRAMMA PRELIMINARE

Bologna, 28-29 Novembre 2003

SEDE:

Aula Magna "Nuove Patologie"
Azienda Ospedaliera S.Orsola Malpighi
Via Massarenti n° 9, Bologna

SEGRETERIA

Sabrina Bidoli (bidoli@marionegri.it)
Centro Cochrane Italiano - Istituto Mario Negri
Via Eritrea, 62 - 20157 Milano
tel. 0239014327 - fax 023559048 - www.cochrane.it

PARTECIPAZIONE

La partecipazione al convegno è gratuita.
Per motivi organizzativi legati alla predisposizione del materiale saranno tuttavia ammessi solo coloro che avranno fatto pervenire una formale adesione indirizzata a Sabrina Bidoli (bidoli@marionegri.it, fax 02/3559048) entro il **10 Novembre 2003**.

PROGRAMMA

28 NOVEMBRE 2003

Mattino 9.30-13.30

I rapporti tra strumenti di formazione e modelli di sistema sanitario. *Chairman: Franco Rossi*

- Introduzione ai lavori
Giovanni Bissoni, Maria Paola Landini
- Conoscenza, organizzazione e formazione
Francesco Taroni
- Esperienze straniere a confronto: Inghilterra, Canada, Australia e USA
Janet Grant
- Discussione
- Le indicazioni della Commissione Nazionale ECM
Raffaele D'Ari
- Cosa si fa nelle regioni
Marco Biocca
- Gli interventi di formazione continua: cosa sappiamo della loro efficacia e quali sono i limiti delle informazioni disponibili?
Roberto Grilli

13.30-14.40 PAUSA PRANZO

Pomeriggio 14.40-18.00

I programmi ECM, la trasparenza e i conflitti di interesse: le esperienze straniere e la realtà italiana. *Chairman: Gianfranco Di Nino*

- Il conflitto di interessi nella formazione
relatore da confermare
- L'organizzazione (l'infrastruttura) delle attività ECM nelle esperienze straniere
Janet Grant
- Il ruolo dei diversi provider e i conflitti di interesse nelle attività ECM in Italia
Marco Bobbio
- Discussione generale

29 NOVEMBRE 2003

Mattino 9.30-13.00

TAVOLA ROTONDA:

**"Il programma ECM in Italia:
quale ruolo per le diverse parti in causa?"**

Introduzione: Alessandro Liberati

- Il ruolo del Ministero della Salute
Nello Martini
- Il ruolo delle Regioni
relatore da confermare
- Il ruolo delle Aziende Sanitarie
Tiziano Carradori
- Il ruolo dell'Università
Roberto D'Alessandro
- Il ruolo dell'Ordine dei Medici
Nicolino D'Autilia
- Il ruolo delle Società Scientifiche
Franco Vimercati
- Il ruolo dell'Industria Farmaceutica
Gianni Marini

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Venerdì 5 Dicembre 2003

Aula Magna "Ramazzini" - Policlinico - L.go del Pozzo,71 MODENA

DISAGIO MENTALE E BURN-OUT DEGLI OPERATORI: DAI SEGNI PREDITTIVI ALLE STRATEGIE DI INTERVENTO

Aspetti epidemiologici, psicologici, psichiatrici e biologici con considerazioni terapeutiche, farmacologiche e counselling cognitivo.
Aspetti medico-legali con particolare riguardo al danno biologico.

Introduzione: Dr. Gian Franco Marzocchi - Psichiatra
Direttore Settore Dipendenze Patologiche Az.USL di Modena

Relatori:

- Prof. Giovanni Giannelli - Psichiatra
Docente di Igiene Mentale Facoltà di Psicologia Bologna/Cesena
- Dr. Gianluca Smeraldi - Psicologo clinico
Programma Dipendenze Patologiche
Azienda U.S.L. di Cesena

Moderano il dibattito:

Dr. Ermanno Melati Dirigente Medico Psichiatria
Resp.le Centro di Salute Mentale Distretto n. 3
Dr. Massimo Bigarelli Dirigente Medico Tossicologia Clinica
Ser.T. di Carpi / Azienda USL di Modena

Programma dell'incontro:

- 14,30: Registrazione dei partecipanti
- 14,45: Introduzione Dr. G.F. Marzocchi
- 15,00: Comunicazione Prof. G. Giannelli
- 16,00: Comunicazione Dr. G. Smeraldi
- 17,00: Dibattito con approfondimento dei temi trattati
- 18,00: Compilazione test di apprendimento e di gradimento

E' stato richiesto l'accreditamento E.C.M.

Dip. di Patologia Clinica
Dip. di Ostetricia e Ginecologia
Programma Salute Donna
Presidio Ospedaliero



IL SISTEMA DI REFERTAZIONE BETHESDA 1991/2001 Terminologia per la refertazione citologica cervico-vaginale

**Martedì
28 Ottobre 2003**

Dalle ore 9 alle ore 18,30

SEDE:

Sala S. Geminiano - Centro Famiglia di Nazareth
Strada Formigina, 318 - 41100 Modena

PROGRAMMA:

ORE 9,00 - 9,30

Introduzione: G. Masellis
**LE NUOVE TECNOLOGIE NELLO
SCREENING CERVICALE**

Moderatori: G. Masellis - O. Raisi

Ore 9,30 - 10,30

Adeguatezza del Pap-test: citologia
convenzionale e strato sottile.
C. Negri

Ore 10,30 - 11,00 *Discussione*

**LE CRITICITA' DEL SISTEMA DI
REFERTAZIONE BETHESDA**

Moderatori: F. Boselli - C. Ghirardini

Ore 11,00 - 11,30

La refertazione Bethesda 1991-2001:
ASCUS-AGUS-(ASC-US-ASC-H-AGC)
Cito/Istopatologia
F. Rivasi

Ore 11,30 - 12,00 *Discussione*

Ore 12,00 - 13,30

LEZIONE MAGISTRALE
Da Papanicolaou alla postgenomica.
La Citopatologia del futuro
U. Muscatello

Ore 13,30 - 14,30 *COLAZIONE*

Moderatori: S. Borsari - T. Trenti

Ore 14,30 - 15,00

Percorsi informativi nella gestione
dello screening cervicale
M. Turci

Ore 15,30 - 16,00

L'informatica e il monitoraggio dei
risultati nello screening cervicale:
la cartella screening
P. Ghedini

Ore 16,00 - 16,30 *Discussione*

Ore 16,30 - 17,00 *PAUSA CAFFE'*

Ore 17,00 - 17,30

La refertazione colposcopica nello
screening cervicale
A. Ferrari

Ore 17,30- 18,00 *Discussione*

*Compilazione scheda di valutazione e
di gradimento*

*Corso di Formazione promosso
da Citopatologia
Ospedale di Mirandola
Azienda USL di Modena*

*La partecipazione al corso
di aggiornamento dà diritto
a crediti ECM*

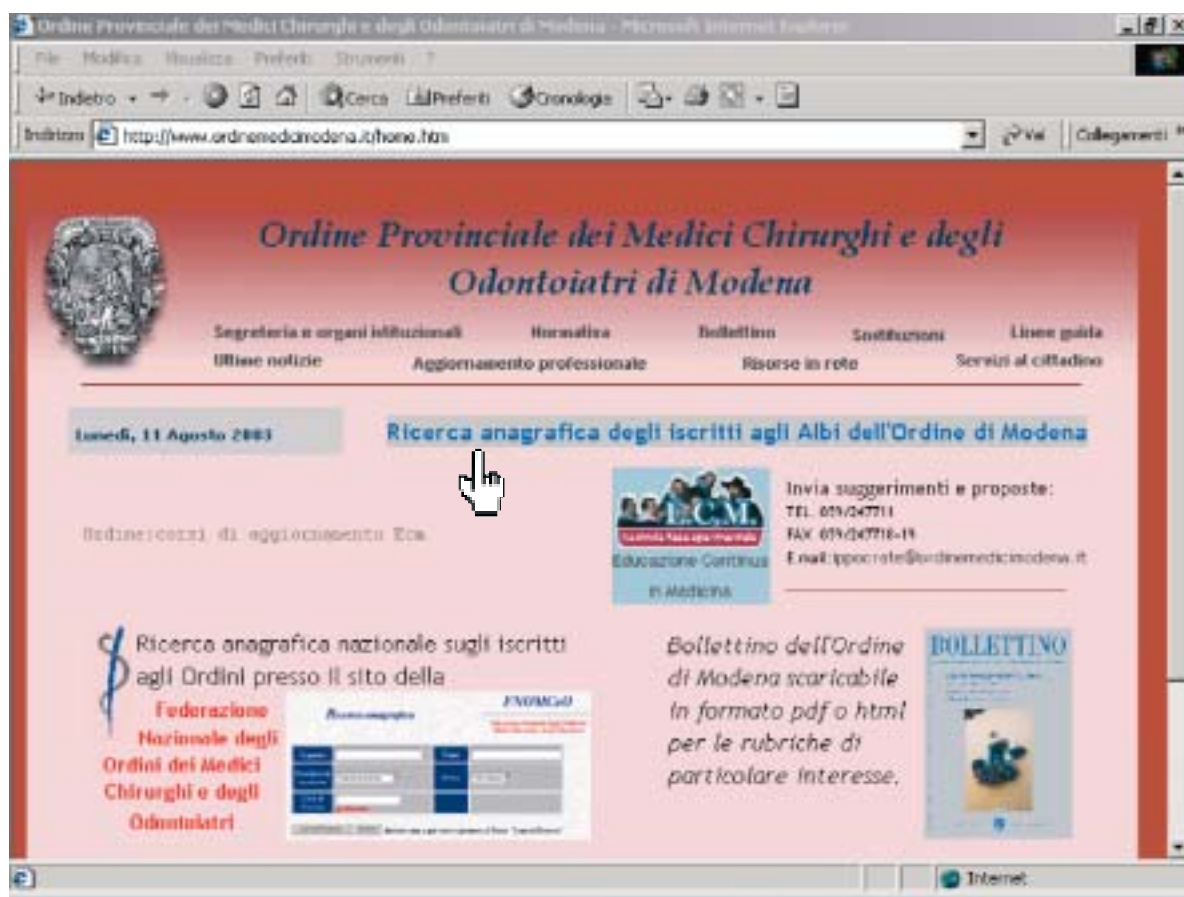
*Il corso è gratuito per i dipendenti
Az. USL e Az. Osp. Policlinico
di Modena*

*Il corso è rivolto a:
Dirigenti Biologi - Dirigenti Medici
Ostetriche - Tecnici di Laboratorio*

Segreteria Scientifica:
Dott.ssa C. Ghirardini
Tel. 0535-602269
e.mail c.ghirardini@ausl.mo.it
Dr. O. Raisi
Tel. 0535-602270
e-mail o.raisi@ausl.mo.it

Segreteria Organizzativa:
Segreteria Dipartimenti
Sig.ra Bonavita- Cavani
Tel. 059-436099 - fax 059-436580
e-mail c.cavani@ausl.mo.it

Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet 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.



Scegli la tua Salute

HESPERIA



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

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

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

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

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



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

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

HESPERIA
DIAGNOSTIC CENTER
POLIAMBULATORIO PRIVATO

Via Arquà, 80/B - 41100 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

Direttore Sanitario Dr. Giampaolo Lo Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



