



senza la sua storia, che è storia di idee e di linguaggi. Un ben paradossoso in un Paese dominato dalla cultura umanistica”.

Per il linguista, invece, non è solo la scienza a soffrire di queste carenze. “Spesso gli scienziati pensano: in Italia c’è troppo umanesimo e quindi troppo poca scienza? No, in realtà la scienza è carente perché esiste una scarsa propensione della nostra cultura ad accertare in modo rigoroso i fatti, i dati, le misure e a descriverli in modo preciso. Questo vale anche per l’umanesimo. In Italia non esiste una buona collana di edizioni critiche di testi greci e latini, o di testi critici degli scrittori italiani, o un repertorio nazionale attendibile del folclore. Manca un dizionario storico della lingua italiana, nonostante che l’Accademia della Crusca avesse intrapreso l’impresa negli anni ‘60 del secolo scorso. Non c’è l’egemonia dell’umanesimo sulla scienza. Abbiamo carenze che stentiamo a colmare. E a proposito di indifferenza nei confronti della cultura, pensiamo solo alla nostra Capitale, cioè a Roma. Qui siamo tutti filoamericani, ma questo tentativo di riprodurre l’America si ferma quando qualcuno tenta di riprodurre la mappa delle biblioteche pubbliche di strada a New York: sono moltissime, disseminate in tutta la Grande Mela, mentre a Roma non esistono, ma la popolazione non l’avverte come un problema”.

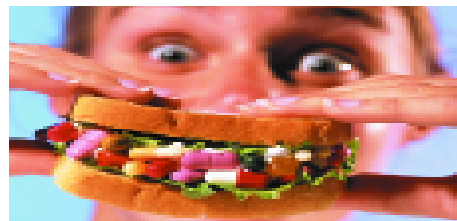
Ma il futuro può parlare con un linguaggio diverso? C’è una strada per

uscirne? I due studiosi sono dell’avviso che bisogna stare all’interno delle scelte europee. Ce ne è una che prevede per il 2010 l’obbligo per tutti i Paesi della Comunità di passare ad un investimento per la ricerca pari al 3% del PIL.

Noi oggi, in Italia, siamo quasi all’1%.

E ricerca significa tutta la ricerca, senza distinzioni disciplinari ottocentesche. È chiaro, ormai a molti, che le cose importanti avvengono alle intersezioni delle ricerche anche lontanissime tra loro. Pensiamo solo alle neuroscienze: sono un ottimo esempio di ricomposizione di discipline che vanno dalla neurologia alla fisiologia, alla linguistica, alla psicologia. Quando si parla di ricerca, in Europa, non si fanno distinzioni.

Bernardini è convinto che la salvezza possa avvenire dall’Europa e si sta battendo per appoggiare un progetto che prevede la gestione internazionale della ricerca fondamentale. La Comunità europea avrebbe da stabilire sia le regole di funzionamento sia di gestione per una ricerca che è strategica per l’umanità e che richiede finanziamenti sui tempi lunghi, quindi incompatibili con le scelte dei privati. È una strategia possibile, che coincide con l’internazionalizzazione reale della ricerca. “E che dà una grande possibilità agli scienziati di non essere fucilati per non essere abbastanza telegenici da fare pubblicità televisiva alle olive”.



## DI TUTTO UN PO'

Enrico Fusaro

L'emergenza-caldo dell'estate scorsa ha coinvolto tutta l'Europa, che però non ha ancora le stesse "regole": in Francia il direttore generale della Sanità pubblica, il prof. Lucine Abenham, ha perso la poltrona. In Italia, il Ministro della Salute ha incominciato a dare le colpe un po' qua e un po' là: ai medici, ai Comuni, alle carenze assistenziali nei confronti degli anziani, ecc. Ma la sua poltrona, naturalmente, non si tocca.



Intervista su "Il Sole 24 Ore" al dott. Giancarlo Fontanelli, alto dirigente dell'INPDAP, il nostro istituto Previdenziale: per nostra informazione, afferma che "stabilire che progressivamente si va in pensione a 70 anni, e non più a 65, è un'ipotesi più che ragionevole". C'è sempre qualcuno più realista del Re. Comunque, siamo e siete avvisati.



Nel 2001 i conti della Sanità hanno superato le previsioni di spesa di 8 miliardi di euro. E nonostante l'introduzione dei LEA. Emerge altresì che la voce principale di spesa è stata quella ospedaliera (oltre il 66%). Prevedibili le prossime mosse: i soliti noti, Ministro, Conferenza Stato-Regioni, Presidenti regionali, Assessori regionali alla Sanità, direttori generali, incominceranno a dire che si spende ancora troppo. Risultato: altri tagli alle prestazioni. Per scoprire, tra un anno, che abbiamo sfiorato di nuovo. Mai che si veda una seria volontà politica di programmazione e investimento in questo settore. Per la Sanità la parola d'ordine è: improvvisazione-approssimazione.



Il Ministro Sirchia, dopo aver combattuto il fumo, il caldo ed i cani mordaci, si butta su un altro tema scottante, di quelli che il popolo italiano vuole vedere risolti al più presto: le razioni al ristorante, che dovranno essere dimezzate. E il conto?



Il Ministro Sirchia annuncia l'imminente varo di un disegno di legge per dare: più etica al Servizio sanitario; più ruolo ai medici; meno economicismo alla gestione della salute; meno potere monocratico in capo al direttore generale. Se son rose, fioriranno. Le prime indiscrezioni su questo disegno, però, non sono esattamente iniezioni di buonumore: il decantato potere ai medici sarebbe esercitato dal Collegio di direzione; gli ex primari andrebbero in pensione ai 70 anni, mentre nessuna modifica è prevista per il regime delle incompatibilità. Proprio quello che ci vuole... per il morale della truppa.



Siamo alla fine del 2003, quindi il 1° biennio economico del nuovo quadriennio normativo di area medica è ormai trascorso. Tuttavia, finora, non solo non è stato definito il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria (quadriennio normativo 2002-2005 e 1° biennio economico 2002-2003), ma non sono nemmeno state avviate le relative trattative. Se poi a ciò si aggiunge che non sono state, ad oggi, ancora definitivamente stipulate le norme relative alle cosiddette "code contrattuali" del CCNL

'98/2001, nonostante la preintesa e la siglatura realizzate da lungo tempo, abbiamo la misura della efficienza e credibilità delle nostre Controparti nazionali.



La XIV Legislatura ha ormai due anni e mezzo di vita (è a metà del suo percorso fisiologico) ed il Governo Berlusconi e il Ministro Sirchia non hanno fatto alcunché di positivo per la Sanità pubblica. Così, da un lato, non sono state mantenute le promesse di "rivisitazione" della riforma Bindi (D.Lgs. 229/99); dall'altro, non si è neppure data attuazione alle previsioni della stessa legge di riforma sanitaria. Più "indecisionisti" di così, non si potrebbe davvero essere.



All'inizio del suo Governo (estate 2001), il Presidente Berlusconi aveva promesso verifiche semestrali sui risultati ottenuti dai suoi Ministri, anticipando che avrebbe rimosso gli "incapaci" a realizzare il programma di Governo, che prevedeva efficienza, riforme, miglioramenti qualitativi, quantitativi e di immagine del nostro sistema-Paese. Ora (attraverso "Il Giornale" del 2/11/2003) lo stesso Presidente assicura che non ci sarà nessun rimpasto ministeriale e che l'attuale compagine reggerà fino al 2006, nonostante le plateali richieste di "verifica", "revisione", "cambio di rotta", che giungono dalla stessa maggioranza politico-parlamentare del Centro-destra. Chi dei due Berlusconi dice le "bugie": quello di ieri, quello di oggi, o tutti e due?



La prima metà di ottobre si è caratterizzata, sul fronte sanitario, dall'ennesimo scandalo legato alla gestione sanitaria, ancora in Piemonte, Regione già recentemente colpita. L'arresto di uno dei tre direttori generali dell'Assessorato regionale alla Sanità, Ciriaco Ferro, è il terzo grosso scandalo che coinvolge la Sanità piemontese negli ultimi due anni: prima il caso del direttore generale delle Molinette di Torino; poi quello del responsabile della Cardiocirurgia dello stesso Ospedale. Dietro ci sarebbe, leggendo i giornali, la solita storia di "mazzette". Che però si inserisce in un sistema sanitario regionale profondamente malato in balia di spinte politiche e di veti incrociati ormai insostenibili, in una Regione dove si è introdotta un'addizionale IRPEF per i costi della Sanità, dove si continuano a tagliare posti-letto, dove si apre il portafoglio per finanziare i privati, mentre si soffoca il Servizio pubblico, il tutto nella completa assenza di un Piano sanitario regionale, che si attende invano da tre anni. Un bell'esempio di federalismo.



"La Repubblica" dà notizia di un Convegno di Urologia svoltosi a Roma, in cui si è parlato di chirurgia di allungamento del pene. Nell'articolo viene riportato un confronto tra la lunghezza del pene secondo il rapporto Kinsey (1948): 16 cm. Uno studio italiano del 2001 parla di 12,7 cm. Tutto è più bello in America e, soprattutto, più lungo.



Grandi manifestazioni di piazza in California motivate dalla richiesta di abbassare il prezzo dei farmaci, che influiscono pesantemente sui premi assicurativi. Insomma, i cittadini stanno combattendo contro le lobby delle industrie farmaceutiche e contro le lobby delle assicurazioni. Tutto è più bello in America?



Sono 43,6 milioni gli americani senza alcuna forma di copertura sanitaria (dati del "Census Bureau"), nonostante una spesa sanitaria complessiva

negli USA attorno al 13,9% del loro PIL. Proprio un risultato poco lusinghiero per la ricetta "liberal" della tutela della salute. Ed allora, teniamoci ben stretto il nostro SSN!



Curioso come vanno le cose in Italia: tutti contenti per l'assoluzione di Andreotti in relazione al delitto Pecorelli. La "Giustizia" ha così fatto il suo corso, anche se piuttosto lento (10 anni). Nessuno vuole vedere condannato un innocente, ci mancherebbe. Però vorremmo contestualmente vedere condannati i colpevoli del delitto Pecorelli (che certamente c'è stato) e dell'eventuale complotto anti-Andreotti (se c'è stato). Aveva ragione il poeta dialettale astigiano, Angelo Brofferio, quando amaramente segnalava come in Italia, già allora (seconda metà dell'Ottocento) non bisognasse "incapricciarsi" di "far giusta la giustizia". ■

## IL RISCHIO PROFESSIONALE DEL MEDICO

A cura di Riccardo Cassi

Volume brossurato f.to 15x21  
156 pagine - € 15,00



## IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

### Decurtazioni stipendiali per gli extramoenisti

*La dott.ssa M.M. ci scrive: "Mi è stato sottoposto da un iscritto il seguente quesito, che Le giro. Il Collega è psichiatra dipendente AUSL ed è anche dentista e come tale svolge la libera professione extramoenia. In quanto esercita la libera professione extramoenia, l'AUSL gli trattiene le quote stipendiali come da normativa vigente. Il collega richiama l'attenzione sul fatto che esercita la libera professione in una specialità diversa rispetto a quella per la quale è stato assunto dall'AUSL. Il quesito è: nel suo caso sono dunque legittime le detrazioni attuate sullo stipendio, o potrebbe esserne esentato?"*

Il quesito mi sorprende nella sua ingenuità. Le decurtazioni stipendiali (-50% della retribuzione di posizione, parte variabile; -100% della retribuzione di risultato), il mancato diritto di percepire l'indennità di esclusività di rapporto, le penalizzazioni normative (mancato accesso alla responsabilità di direzione di struttura semplice e complessa) che, ai sensi di legge (L. 448/98; D.Lgs. 229/99) e delle vigenti normative contrattuali, penalizzano oggi i medici che non hanno scelto il rapporto esclusivo e derivano proprio dal fatto che tali medici hanno la "colpa" (secondo la logica di Bindi e Compagni) di aver optato, alternativamente, per la possibilità dell'esercizio della libera professione extramuraria, a prescindere dalla disciplina specialistica esercitata.

Il fatto, poi, di esercitare la libera professione extramuraria in una disciplina diversa da quella di appartenenza e inquadramento nel pubblico, è considerata un'aggravante (secondo le logiche anzidette), come è dimostrato dal fatto che, nella regolamentazione dell'intramoenia (DPCM 27/03/2000), è fatto divieto di esercitare tale attività in una disciplina diversa da quella di appartenenza, a meno che si tratti di una disciplina

equipollente.

Quindi, a normativa vigente (di legge e contrattuale), le decurtazioni operate sulla retribuzione dell'iscritto CIMO (non esclusivista) di cui si discute, sono del tutto legittime, purtroppo.

### Modalità per attribuire gli incarichi di sostituzione

*La Dott.ssa M.C.F. ci scrive: "Sono una dottoressa, medico ospedaliero, iscritta al CIMO e vorrei porle un quesito riguardo la sostituzione del Responsabile della divisione (ex. Dirigente medico di II livello) in caso di sua assenza (per malattia, ferie ed altro). Il CCNL dell'8 giugno 2000 (scaduto, ma credo ancora in vigore), all'art. 18 mi sembra dica che il sostituto deve essere indicato ad inizio dell'anno dal dirigente di II livello, sulla base della valutazione dei curriculum dei vari dirigenti in servizio presso la divisione stessa, dando eventualmente la preferenza ad incaricati di direzione di struttura semplice, se ce ne sono. Il nostro Responsabile (insieme ad altri Responsabili di UOC della nostra ASL) ha deciso invece di conferire tale incarico volta per volta a rotazione tra tutti i dirigenti della divisione, comunicandolo contestualmente alla direzione sanitaria, senza tener conto di graduatorie o altro. Va precisato che la nostra direzione sanitaria non ha eccepito alcunché. Vorrei chiederLe:*

1. è legale tutto ciò, considerando che contrasta con quanto disposto dal CCNL?;
2. esistono disposizioni di legge che permettono di scegliere a rotazione il sostituto del Responsabile della divisione? può la rotazione tra tutti i dirigenti essere equiparata all'incarico conferito all'inizio di ogni anno?;



3. in caso di incarico di sostituzione conferito in tale anomalo modo, quali sono le responsabilità reali del medico incaricato?;
4. se tutto ciò è arbitrario in che modo e con quali iniziative possiamo tutelarci legalmente nei confronti della direzione sanitaria dell'Ospedale e del Responsabile della divisione?"

V V V

Le modalità di attribuzione dell'incarico (in questo caso di sostituzione del dirigente di struttura complessa) sono ben chiaramente indicati nell'art. 18 (Sostituzioni) del CCNL 98/2001 di area medica, tuttora vigente anche se in regime di prorogatio.

La sostituzione infatti è:

a) affidata dall'azienda; b) ad altro dirigente della struttura complessa con rapporto esclusivo; c) su indicazione, all'inizio di ciascun anno, del Responsabile della struttura complessa.

Altrettanto chiari sono i criteri della graduatoria che il Responsabile della struttura complessa deve di fatto stilare per individuare (e indicare all'amministrazione) il "sostituto":

1. Il dirigente stesso (cioè, l'incaricando) deve essere titolare di un incarico di direzione di struttura semplice o di alta specializzazione;
2. bisogna valutare comparativamente i curricula formativo-professionali e di carriera di tutti i dirigenti della struttura potenzialmente interessati alla sostituzione.

Ciò premesso, vengo alle risposte, seguendo lo stesso ordine dei quesiti.

quanto è avvenuto nella vostra ASL (se corrispondono al vero i dati segnalatimi) non è corretto; l'errore di procedura può essere stato indotto dalla errata ottemperanza a vecchie disposizioni di Legge, collegate al D.Lgs. 29/93, e successive modificazioni e integrazioni; il medico formalmente incaricato della sostituzione del dirigente di struttura complessa è comunque pienamente responsabile (sul piano medico-legale, professionale, gestionale, disci-

plinare, ecc.) delle funzioni attribuitegli; per rimettere le cose a posto, basta che le OO.SS. mediche della ASL ricordino per iscritto (all'amministrazione e, p.c., ai Responsabili di struttura complessa) che le procedure adottate per la sostituzione dei dirigenti apicali di struttura sono difformi rispetto alla lettera e allo spirito del dettato contrattuale vigente di area medica, diffidandola di perseverare nell'errore.

Ricordo, infine, che i primi due mesi (60 gg.) di sostituzione avvengono a titolo gratuito, e solo dopo tale periodo l'indennità di sostituzione mensile è di 1.036.000 vecchie lire lorde. Ecco forse spiegata la ragione (economica) della rotazione.

### Modalità del "riposo biologico"

*Il dott. T.T. ci scrive: "Desidererei avere informazioni in merito alla normativa delle ferie aggiuntive per il riposo biologico. Questo perché nella mia ASL si è data, a partire da quest'anno, una interpretazione restrittiva dei 15 giorni di riposo biologico, e sono diventati comprensivi delle festività. Tutto questo senza alcun preavviso al personale e, a quanto pare, in base ad una nota dell'ARAN del 20/03/2002, N. 3175. Sarei lieto di avere un suo parere nell'ottica di eventuali ricorsi. Dovrebbe esistere, a parere di alcuni sindacalisti sentenze emesse in merito, ad esempio dal TAR di Monza".*

La nota richiamata dell'ARAN (n. 3175 del 20 marzo 2002, sub A, n. 3) si riferisce al CCNL 2° biennio economico 2000-2001, del Comparto sanitario, sottoscritto il 20 settembre 2001, non quindi ai CCNL di area medica.

I chiarimenti ARAN anzidetti danno la seguente interpretazione del cosiddetto riposo biologico: "Nella fruizione delle ferie aggiuntive che riguardano il riposo biologico rimangono assorbiti i riposi settimanali e compensativi (per l'orario articolato su 5 giorni) e le eventuali festività ricadenti nel periodo".

Nelle cosiddette "code contrattuali" di area medica (siglate il 7 maggio 2003, ma non ancora definitivamente stipulate), quindi finite successivamente al CCNL 2000-2001 del Comparto sanitario, e dopo la nota ARAN 20/03/2002, è solo previsto che i 15 giorni di ferie aggiuntive (per i dirigenti medici di radiologia e per i medici non radiologici esposti in modo permanente al rischio) devono

essere fruiti “in una unica soluzione”.

Non nego l'importanza della nota (unilaterale) ARAN anzidetta, ma quando ci sono norme pattizie più specifiche e dirette, a quelle bisogna riferirsi. Ciò premesso non riterrei opportuno adire le vie legali su tale materia:

1. Perché le normative europee in materia di lavoro dispongono che i rischi da lavoro non sono monetizzabili;
2. perché tale istituto (ferie aggiuntive) crea già molti attriti in ambito categoriale, e non pochi problemi organizzativi;
3. perché certamente anche il giorno festivo, incluso tra due settimane circa di ferie aggiuntive, purché si tratti di un giorno “non lavorato”, ha lo stesso valore “decontaminante” del restante riposo biologico.

Tuttavia, poiché nel nostro contratto si parla di “ferie aggiuntive”, e poiché le ferie riguardano giorni lavorativi, e non le festività, ci sarebbero le basi (sul piano tecnico-giuridico) per proporre ricorso contro la Sua ASL a proposito dell'interpretazione restrittiva dei 15 giorni di riposo biologico dei medici che ne hanno diritto.

Molto meglio, però, a mio giudizio, provare prima con le vie politico-sindacali del confronto e della concertazione aziendale. Non conosco la pronuncia del TAR di Monza su questo tema.

#### **Guardie attive oltre i 60 anni**

*Il dott. S.F. ci scrive: “In seguito al riordino ospedaliero vi è stato l'accorpamento di due ospedali distanti 20 km l'uno dall'altro e quindi anche dei reparti di ortopedia dei due Presidi. Alla mia età (oltre 60 anni), sono costretto a fare turni di guardia attiva a 20 km di distanza dal Presidio presso al quale sono stato assunto e dove già presto servizio ordinario e turni di pronta disponibilità. Io non vorrei abbandonare la mia attività chirurgica per essere sistemato in altra struttura lavorativa e fuori dalle mie competenze specifiche: sono infatti specialista in ortopedia, terapia fisica e riabilitazione. Esiste una norma del CCNL di area medica che mi possa esonerare dalla guardia attiva? Mi potre -*

*ste suggerire qualche “scappatoia” per evitare questo servizio?”*

Il vigente CCNL 98/2001 di area medica non Le garantisce una via “piana e diretta” per evitare di prestare il servizio di guardia attiva presso il Presidio che dista 20 km da quello in cui è stato assunto e presta ordinariamente servizio.

Infatti la famosa “dichiarazione congiunta n. 9”, allegata al CCNL anzidetto, che affermava la volontà delle Parti di fare in modo di rinvenire meccanismi – nell'ambito delle code contrattuali – così da “rendere possibile la guardia medica facoltativa in determinati casi oltre i 55 anni di età”, non è poi diventata norma imperante e cogente, né tale norma è stata prevista nelle code contrattuali di area medica, siglate il 7/05/2003. Ciò premesso, le scappatoie per evitare il servizio di guardia non sono che due:

o concordare con i Colleghi di reparto, e con i Superiori in via gerarchica (direttore sanitario, *in primis*), un Suo esonero pacifico dai servizi di guardia attiva (ciò sarà possibile, evidentemente, se la dotazione organica medica non è troppo scarsa);

o chiedere di essere sottoposto ad accertamento da parte del Collegio medico legale della ASL (ai sensi dell'art. 29 CCNL 94/97) perché valuti la Sua idoneità fisica (vista, udito, condizioni generali di salute, ecc.) alle mansioni di guardia attiva presso il Presidio che dista 20 Km da quello in cui ella presta ordinariamente servizio, nella speranza che la certificazione stessa del Collegio la esoneri sì, ma solo dalle guardie.

A. Tomasi

## Manuale di formazione manageriale per il medico dello sport

CIC Edizioni Internazionali, Roma - 168 pagine - €13,00

Il CIC Edizioni Internazionali ha recentemente pubblicato un libro, di cui è autore il Collega dott. Alberto Tomasi, dal titolo "Manuale di Formazione manageriale per il medico sportivo", che ha ricevuto il patrocinio della Federazione Medico Sportiva Italiana.

Il testo inizia ricordando una frase del dott. Colgan, medico della nazionale olimpica americana "Chi non ha tempo per la nutrizione e l'attività fisica, farebbe meglio a riservare il suo tempo per le future malattie", a conferma che c'è finalmente un largo consenso nel mondo scientifico sul fatto che esiste una stretta relazione ed una vera e propria interazione positiva tra l'attività fisica e lo stato di salute.

Alla medicina dello sport viene affidato sempre più un ruolo importante anche all'interno del settore sanitario, cioè quello di contribuire alla promozione della salute nella popolazione di tutte le età.

Questo Manuale è rivolto principalmente ai medici sportivi, ma anche a tutti coloro che intendono svolgere un'attività qualificata nel settore della promozione della salute degli sportivi, ed intende fornire uno strumento che consenta di approfondire e di verificare le proprie conoscenze nei seguenti settori di interesse:

1. L'attività sportiva e la prevenzione delle patologie; aspetti epidemiologici e di educazione alla salute (20 test).
2. La relazione medico-paziente e i rapporti del medico sportivo con il mondo dello sport (20 test).
3. Gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni; il processo di accreditamento in medicina sportiva (20 test).
4. La formazione permanente e l'aggiornamento professionale del medico sportivo (20 test).
5. L'informatizzazione delle attività in medicina sportiva (20 test).
6. L'organizzazione e la gestione delle attività di medicina sportiva (20 test).

Per ciascuna di queste problematiche è possibile, attraverso una serie di test con domande a risposte multiple:

- approfondire argomenti utili alla propria attività professionale;
- aggiornare le conoscenze su nuove problematiche;
- verificare le proprie capacità cognitive in questi settori.

Per ogni test vi è una sola risposta corretta, che è corredata da una nota esplicativa che serve a fornire ulteriori informazioni sull'argomento e viene utilizzata soprattutto se la risposta al test non è stata corretta.

In tal modo è possibile, anche in tempi relativamente brevi, acquisire nuove conoscenze o verificare la validità di quelle già possedute.

L'obiettivo del Manuale è quello di consentire a tutti, medici sportivi e dirigenti, l'acquisizione di conoscenze di tipo manageriale, che sono ormai fondamentali per permettere una sempre maggior qualificazione delle attività di promozione di tutti gli sport.

C.d.R.



# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO. PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



## OSPEDALE E TERRITORIO teoria e fatti

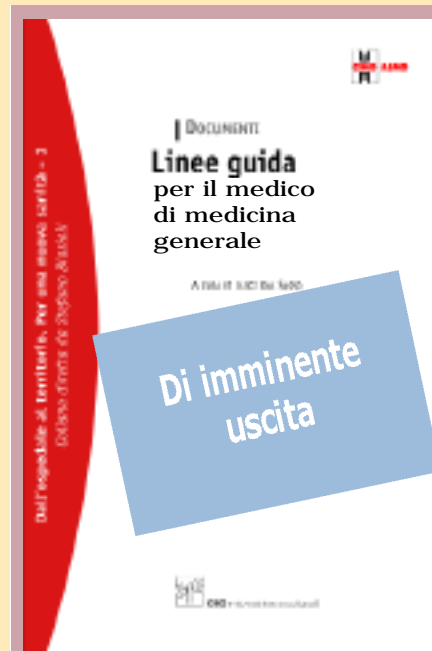
A cura di  
Stefano Biasoli

Volume di 104 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 12,00

## DOCUMENTI Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di  
Luigi Dal Sasso

Volume di 246 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 15,00



## DOCUMENTI Linee guida per il medico di medicina generale

A cura di  
Luigi Dal Sasso

Volume di 152 pagine  
f.to cm. 15 x 21 - brossurato  
€ 13,00

