



**PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI
OSSIGENOTERAPIA E VENTILOTERAPIA DOMICILIARE PER PAZIENTI ADULTI
PER I FABBISOGNI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE DEL VENETO.**

RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTO DA N. 50 A N. 65

Quesito n. 50

Capitolato tecnico, Art. 6 Software per prescrizione e fornitura di ossigenoterapia e ventiloterapia: in riferimento alla richiesta di fornire un software collegato all’anagrafe regionale si fa presente che l’accessibilità all’anagrafe regionale dipende dalle stesse ULSS o dalla Regione che devono autorizzare la ditta all’accesso ai server. Si chiede, pertanto, di specificare meglio i limiti di quanto richiesto e di voler dettagliare se l’interfacciamento con l’anagrafe regionale sia previsto con cadenza regolare o solo al momento di attivazione del servizio per l’extrapolazione del database preesistente.

In riferimento al punto 4 in cui viene richiesto che la prescrizione venga redatta secondo la scheda regionale prescrizione (Allegato A.1 Decreto n. 113/2013 per l’ossigenoterapia, su modulo dedicato per la ventiloterapia, secondo il DGR n. 1274/2016 per le CPAP/AUTOCPAP), siamo a richiedere di specificare se il concorrente debba creare un format elettronico che rispetti gli esatti contenuti dei modelli indicati o se si intenda che il concorrente abbia la possibilità di caricare in pdf i moduli originali redatti dal prescrittore. Ad ogni modo, si richiede di voler fornire tutta la modulistica necessaria per dare seguito a quanto richiesto e verificarne la fattibilità.

Risposta al quesito n. 50

L’interfacciamento con l’anagrafe regionale dovrà essere almeno mensile.

Il software dovrà essere dotato di tutti i campi presenti nella scheda del PDTA regionale (Vedasi schede in allegato).

Quesito n. 51

Capitolato tecnico, Art. 4.1.2 Ossigeno gassoso in bombole: in riferimento alla richiesta di “bombole di diversa capacità”, siamo a far presente che una richiesta così generica causerebbe un’indeterminatezza dei costi; si richiede, pertanto, di voler identificare le precise capacità di bombole al fine di consentire ai concorrenti di redigere un’adeguata analisi dei costi.

Risposta al quesito n. 51

Per il servizio dovranno essere fornite bombole in base alle richieste dei centri prescrittori, nel rispetto di quanto previsto all’art. 4.1.2, al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente.

Quesito n. 52

Capitolato tecnico, Art. 4.1.2 Ossigeno gassoso in bombole: in riferimento alla richiesta di bombole gassose portatili, si fa presente che le bombole di piccole dimensioni, portatili per l’appunto (generalmente inferiori ai 5 l), non rientrano nella fascia A di rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale prevista per l’ossigeno terapeutico, ma in fascia C (a carico del cittadino). Pertanto si propone di richiedere solo bombole rientranti in classe A al fine di non gravare sull’utente finale, salvo diversa indicazione da parte del SSR.

Risposta al quesito n. 52

Si conferma che le bombole che verranno prescritte dai centri prescrittori saranno solo quelle appartenenti alla classe A.

Quesito n. 53

Capitolato tecnico, Art. 5.1 Trattamento con pressione positiva continua: in riferimento al punto c) in cui viene richiesta la figura dello pneumologo, si chiede di meglio specificare quali siano le attività e le competenze richieste per tale figura e se quest’ultima possa proporre e/o modificare cambi di piani terapeutici in caso di scarsa aderenza.

Risposta al quesito n. 53

Lo specialista pneumologo deve svolgere le attività previste all’art. 5.1 lettera c) del capitolato di gara e qui di seguito riportate: *“Analisi dei dati clinici e funzionali da parte dello specialista pneumologo (attraverso piattaforma informatica dedicata) al fine di verificare l’efficacia della terapia e l’aderenza al piano terapeutico: la lettura dei dati deve avvenire dopo tre mesi dall’inizio della terapia e successivamente con frequenza annuale, prendendo a riferimento un intervallo di 30 gg consecutivi. L’adesione dovrà essere giudicata soddisfacente nel caso in cui l’utilizzo del dispositivo non sia inferiore a 4 ore/notte per almeno il 70% delle notti di un periodo di 30 giorni.”* Le modifiche al piano terapeutico verranno disposte dal Centro Prescrittore”.

Come precisato dall'articolo su richiamato, lo pneumologo della ditta dovrà segnalare al Centro prescrittore i casi che presentano anomalie sulla base di valori soglia concordati con centro prescrittore.

Quesito n. 54

Art. 6 del capitolato: in riferimento al punto 8 ossia alla richiesta di "Scheda di alert e scheda di emogasanalisi e relativa validazione" siamo a chiedere conferma si tratti di un refuso in quanto si tratta di attività non richieste nell'attuale procedura; in caso contrario si richiede di specificare nel dettaglio quali dati si debba riportare in tali report, e che differenza ci sia tra una scheda di monitoraggio e una scheda di visita di monitoraggio.

Risposta al quesito n. 54

Si conferma che trattasi di refuso non essendo comprese nelle attività dell'appalto quelle indicate al punto 8: l'unica scheda di alert richiesta è quella prevista al punto 4 "Prescrizione redatta dal Medico Specialista con alert per l'appropriatezza".

Quesito n. 55

Tra i dati minimi che il software proposto dovrà fornire, all'art. 6 del Capitolato Tecnico, pag. 20, si riporta: "*Scheda di alert, scheda di monitoraggio, scheda di emogasanalisi e relativa validazione, scheda visita di monitoraggio/modifica prescrizione, scheda di ospedalizzazione*". Poiché nella documentazione di gara tali attività non risultano descritte in alcun punto, si chiede di confermare che la scheda di alert sia la medesima descritta al punto 4 (Prescrizione redatta dal medico specialista con alert per l'appropriatezza).

Risposta al quesito n. 55

Si conferma che trattasi di refuso non essendo comprese nelle attività dell'appalto quelle indicate al punto 8: l'unica scheda di alert richiesta è quella prevista al punto 4 "Prescrizione redatta dal Medico Specialista con alert per l'appropriatezza".

Quesito n. 56

A pag. 20 del Capitolato Tecnico, per quanto riguarda la scheda di attivazione e monitoraggio predisposta dalla Ditta aggiudicataria, si richiede tra i requisiti minimi: "*Scheda di Emogas e relativa validazione*". Si chiede di specificare da chi dovrà essere eseguita tale prestazione in quanto nella documentazione non vi sono altri riferimenti a tale attività.

Risposta al quesito n. 56

L'esecuzione dell'emogasanalisi verrà svolta dal personale delle Aziende Sanitarie.

Quesito n. 57

CPAP e AUTOCPAP

Viene richiesto un medico Pneumologo per analisi dati dopo tre mesi e successive annuali; chiarire il ruolo del medico, la sua sostenibilità, la possibilità di lavorare da remoto e la reale necessità di un medico per questa attività.

Risposta al quesito n. 57

Lo specialista pneumologo deve svolgere le attività previste all'art. 5.1 lettera c) del capitolato di gara e qui di seguito riportate: *"Analisi dei dati clinici e funzionali da parte dello specialista pneumologo (attraverso piattaforma informatica dedicata) al fine di verificare l'efficacia della terapia e l'aderenza al piano terapeutico: la lettura dei dati deve avvenire dopo tre mesi dall'inizio della terapia e successivamente con frequenza annuale, prendendo a riferimento un intervallo di 30 gg consecutivi. L'adesione dovrà essere giudicata soddisfacente nel caso in cui l'utilizzo del dispositivo non sia inferiore a 4 ore/notte per almeno il 70% delle notti di un periodo di 30 giorni."* Le modifiche al piano terapeutico verranno disposte dal Centro Prescrittore". Si conferma che lo pneumologo potrà lavorare da remoto.

Quesito n. 58

Capitolato tecnico, Art. 2 Modalità di esecuzione del servizio: in riferimento alla richiesta di fornitura all'ULSS di "rapporti a cadenza mensile sulla quantità, qualità e adeguatezza dei servizi forniti secondo le normative sui flussi informativi regionali", si richiede: quali siano i dati da voi richiesti che consentano la verifica dell'adeguatezza del servizio; di specificare le richieste della normativa regionale, tenuto conto che attualmente non tutte le ULSS chiedono le stesse informazioni relativamente al flusso dati regionale.

Risposta al quesito n. 58

Le informazioni sono quelle previste dal tracciato dei flussi informativi regionali in vigore.

Quesito n. 59

Capitolato Tecnico - ART. 1 OGGETTO DEL SERVIZIO

Al presente articolo è specificato che il capitolato disciplina il servizio di ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare per pazienti adulti affetti da malattie croniche respiratorie. Diversamente, a pag. 9, articolo "3.2.1 Ventilatore multifunzione tipo life sustaining" è richiesto che tale ventilatore sia utilizzabile anche in età pediatrica. Chiediamo di chiarire, dunque, se il servizio di ossigenoterapia e ventiloterapia sia applicato anche ai pazienti pediatrici.

Risposta al quesito n 59

Trattasi di refuso l'indicazione che il ventilatore sia utilizzabile anche in età pediatrica.

Quesito n. 60

Capitolato Tecnico -4.1.2 OSSIGENO GASSOSO IN BOMBOLE

Si chiedere di specificare il formato delle bombole richieste, nonché le quantità per ciascun formato per tutti i profili di ciascun lotto che le richiedono in quanto l'indicazione riportata nel Capitolato di gara non consente una adeguata stima dei costi riguardanti gli investimenti e il dimensionamento della produzione al fine della predisposizione di un'offerta congrua.

Risposta al quesito n 60

Per il servizio dovranno essere fornite bombole in base alle richieste dei centri prescrittori, nel rispetto di quanto previsto all'art. 4.1.2, al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente

Quesito n. 61

CHIARIMENTO N.8) CAPITOLATO TECNICO PAG.13 (art 4.1.2) si legge: "Per i pazienti di cui al profilo b dell'allegato A al presente (pazienti a bassa mobilità e basso flusso con concentratore fisso + bombole gassose portatili) dovrà essere fornita bombola con caratteristiche (peso, durata etc.) che la rendano idonea al trasporto, completa di carrello o di sistema equivalente.

Si chiede di indicare l'esatta capacità delle BB "portatili" richieste.

Risposta al quesito n 61

Per il servizio dovranno essere fornite bombole in base alle richieste dei centri prescrittori, nel rispetto di quanto previsto all'art. 4.1.2, al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente

Quesito n. 62

CAPITOLATO TECNICO PAG.15 (art 4.1.1) si legge:

Materiale di consumo stimato

Il quantitativo annuale medio di seguito indicato è quello prevedibile per singolo paziente, diversificato a seconda della tipologia seguente, fermo restando l'obbligo della Ditta aggiudicataria di fornire al paziente tutto il materiale nel quantitativo prescritto dal centro prescrittore (alla ditta aggiudicataria verrà corrisposto il prezzo unitario offerto, moltiplicato per il numero effettivo di dispositivi prescritti - consegnati)

Si fa presente che per ogni tipologia del materiale monouso (esempio kit circuiti paziente, filtri maschere nasali ect), le ditte offriranno diverse marche e modelli che hanno costi anche molto differenti.

- Si chiede come quotare nell'offerta economica le varie tipologie di materiale
- Si richiede conferma del fatto che materiali eventualmente eccedenti i quantitativi indicati saranno fatturati al prezzo del singolo prodotto quotato indipendentemente dal "forfait" indicato quale base d'asta derivante dalla moltiplicazione dei prodotti richiesti nelle rispettive quantità per i prezzo offerto.

Risposta al quesito n 62

Per ciascuna tipologia di materiale di consumo i prodotti proposti dovranno essere offerti al medesimo prezzo.

Quesito n. 63

Sia per il ventilatore multifunzione tipo life-sustaining che per il dispositivo per ossigenoterapia ad alti flussi, il Capitolato Tecnico richiede la possibilità di utilizzo anche in età pediatrica (art. 3.2.1 pag. 9 e art. 3.3.3 pag. 11). Poiché l'oggetto della presente procedura di gara indica che il servizio di ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare è rivolto a pazienti adulti, chiediamo di confermare che quanto sopra indicato trattasi di refuso.

Risposta al quesito n 63

Trattasi di refuso l'indicazione che il ventilatore sia utilizzabile anche in età pediatrica.

Quesito n. 64

Capitolato tecnico, Art. 4.2 Ventilazione meccanica: Art. 4.2.1 Ventilazione meccanica non invasiva: tale articolo rimanda sia ai dispositivi Life sustaining riportati all'Art. 3.2.1 (il cui tipo di apparecchiatura è più performante) sia ai dispositivi Life support dell'Art. 3.2.2 (modello di prestazioni inferiori) che, oltre alle notevoli differenze prestazionali, presentano costi molto diversi tra loro.

Si fa presente, inoltre, che un apparecchio Life sustaining difficilmente viene assegnato ad un paziente in ventilazione non invasiva. Si richiede, pertanto, di riservare i dispositivi Life sustaining alla ventilazione invasiva.

Risposta al quesito n. 64

Si conferma quanto previsto dagli atti di gara.

Quesito n. 65

Ventilazione meccanica invasiva fino a 16 ore e più di 16 ore: si accenna a "Ventilatori multifunzione ad alte prestazioni", introducendo apparentemente una nuova categoria di dispositivi, rimandando poi invece alla descrizione dell'Art. 3.2.1, ovvero ancora ai "Life Sustaining".

Si richiedono maggiori dettagli in merito.

Risposta al quesito n. 65

Si confermano gli atti di gara: per Ventilatore multifunzione ad alte prestazioni si intende il Ventilatore Life Sustaining di cui all'art. 3.2.1.



OGGETTO: Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica – D.P.C.M. 12.1.2017 Allegato 12. Percorso prescrittivo-autorizzativo-erogativo del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS): adozione del modulo “Piano riabilitativo-assistenziale-individuale”.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Si adotta nell’ambito del percorso del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno, il modulo “Piano riabilitativo-assistenziale-individuale”.

IL DIRETTORE GENERALE
AREA SANITÀ E SOCIALE

- VISTO il D.P.C.M. 12.1.2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Allegato 12 - “Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica”, art. 1 ove si afferma: La procedura di erogazione dell'assistenza protesica si articola nelle seguenti fasi: formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, prescrizione, autorizzazione, erogazione, collaudo, follow up. Le regioni adottano misure idonee per semplificare, agevolare e accelerare lo svolgimento della procedura, evitando di porre a carico degli assistiti o dei loro familiari adempimenti non strettamente necessari;*
- VISTO il succitato D.P.C.M. 12.1.2017, Allegato 5 - Elenco 2b “Ausili di serie pronti per l’uso”, ove si riconosce come prestazione essenziale l’erogazione dei dispositivi a pressione positiva continua (CPAP) negli assistiti con disturbi respiratori del sonno, erogabile secondo le modalità previste nel suddetto Allegato 12 e prescrivibile esclusivamente da Centri specialistici individuati dalla Regione;
- VISTA la D.G.R. n. 1274 del 9.8.2016 “Linee di indirizzo regionali sul trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS)”, con la quale già nel 2016 si approvava il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per diagnosi e cura dei disturbi respiratori legati al sonno e si stabilivano i criteri e i requisiti per l’individuazione dei centri di riferimento da autorizzare alla prescrizione del trattamento con CPAP, lo specialista competente alla prescrizione, nonché gli standard qualitativi minimi che le strutture sanitarie devono garantire per poter eseguire studi polisonnografici completi e/o cardiorespiratori notturni;
- VISTO il proprio decreto n. 103 del 8.8.2017 con il quale si individuavano quindi i Centri regionali autorizzati alla prescrizione del trattamento domiciliare con Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree (CPAP) nella sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS), come rettificato dal decreto n.115 del 12.9.2017;
- VISTA la D.G.R. n. 850 del 13.6.2017 “Tavolo Regionale per l’Assistenza Protesica. Istituzione” (TRAP) laddove si incarica il Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale dell’eventuale adozione dei provvedimenti di recepimento delle proposte tecniche elaborate dal Tavolo stesso;

ESAMINATA

la proposta di modulo "Piano riabilitativo-assistenziale-individuale" da utilizzare nell'ambito del percorso per la prescrizione, autorizzazione ed erogazione degli apparecchi per il trattamento domiciliare con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) a favore di pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), licenziata dal TRAP nella seduta del 28.11.2017.

DECRETA

1. di adottare il modulo "Piano riabilitativo-assistenziale-individuale" **Allegato A**, parte integrante del presente atto, da utilizzarsi da parte dei Centri regionali, di cui al proprio decreto n. 103 del 8.8.2017 rettificato con decreto n.115 del 12.9.2017, nell'ambito del percorso di prescrizione, autorizzazione ed erogazione degli apparecchi per il trattamento domiciliare con pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) a favore di pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) aventi diritto ai sensi dell'art. 18 del D.P.C.M. del 12.1.2017;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
3. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan

**TIMBRO CENTRO
AUTORIZZATO PER LA
PRESCRIZIONE****PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE****APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DOMICILIARE CON PRESSIONE
POSITIVA CONTINUA NELLE VIE AEREE (CPAP) A FAVORE DI
PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL
SONNO (OSAS)****DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico curante	

PIANO SPECIALISTICO

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione/disabilità	
Diagnosi (menomazione/disabilità)	
Descrizione del programma di trattamento (indicare gli esiti attesi a medio e lungo termine)	
Modi e tempi d'uso dei prodotti	
Necessità di aiuto/supervisione nell'uso	
Possibili controindicazioni/limiti di utilizzo	

PRESCRIZIONE DEI PRODOTTI

PRIMA PRESCRIZIONE	RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE	
Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:		
Tipologia di prodotto	Quantità	Codice ISO
Durata della prescrizione (N° mesi):		



FOLLOW-UP DEL PROGRAMMA E DEGLI ESITI OTTENUTI

Follow-up previsto dopo: 3 mesi 6 mesi 12 mesi 24 mesi altro

Modalità del follow-up: ambulatoriale via telematica altro

Nome e Cognome medico specialista prescrittore

Data di compilazione

Timbro e firma del medico specialista prescrittore

AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI

Azienda ULSS di residenza

• Vista la prescrizione da parte di un Centro autorizzato: sì no

• Verificata la competenza territoriale dell'utente:

residente NON residente NON residente ma con richiesta autorizzazione Azienda ULSS di residenza

• Accertata la condizione di invalidità nei pazienti di età ≥ 18 anni (codice ICD9-CM _____): sì no
domanda invalidità*

** presentare il certificato di invalidità non appena disponibile*

• SI AUTORIZZA LA FORNITURA DEI PRODOTTI PRESCRITTI: sì no

Nome e Cognome medico responsabile

Data di autorizzazione

Eventuali note

Timbro e firma del medico responsabile

NB: ai fini del rilascio dell'autorizzazione, l'Azienda ULSS di residenza è tenuta ad esprimere un parere tempestivo: entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per i pazienti in dimissione ed entro 20 giorni lavorativi dalla ricezione della prescrizione per gli altri pazienti.

I prodotti richiesti dovranno essere poi erogati al paziente nel più breve tempo possibile dal rilascio dell'autorizzazione e non oltre i 30 giorni dal ricevimento del modello di prescrizione.



PROGRAMMA TERAPEUTICO OTLT

da inviare al Centro di riferimento della ASL di residenza del paziente per validazione e attivazione

Cognome	Nome	Nato il
_____	_____	_____
CF	Indirizzo	(città/CAP)
_____	(via, numero)	_____
Tel.	Cell.	Esenzione
_____	_____	_____
Distretto Sanitario di appartenenza	MMG	Recapito MMG
_____	_____	_____
Familiare o altro contatto	Recapito telefonico	
_____	_____	
Specialista Pneumologo	Centro Prescrittore	Telefono
_____	_____	_____

Insufficienza respiratoria cronica (codice esenzione 024) secondaria a:

<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> malattie interstiziali polmonari	<input type="checkbox"/> bronchiectasie	<input type="checkbox"/> altro

<input type="checkbox"/> prima prescrizione	<input type="checkbox"/> conferma a 90 gg	<input type="checkbox"/> rinnovo annuale	
Deambulazione	<input type="checkbox"/> allettato	<input type="checkbox"/> solo domicilio	<input type="checkbox"/> fuori domicilio (n. ore/die)

**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

**Allegato A.1 al Decreto n. 113 del 26 SET 2013**

pag. 2/2

1) OTLT continuativa (validità della prescrizione 12 mesi)

Emogasanalisi arteriosa in respirazione di aria ambiente

O₂ l/m

Data prelievo	1° b) c)	a 30 gg	a 60 gg	a 90 gg b)	c)
PaO ₂ (<55 mmHg *)					
PaCO ₂					
pH					

2) OTLT intermittente (validità della prescrizione 12 mesi)☐ paziente con ipossiemia da sforzo: SpO₂ < 89% durante test del cammino in aria ambiente; > 92% con ossigeno

Emogasanalisi arteriosa in respirazione di aria ambiente

Data prelievo	1° b)	a 30 gg	a 60 gg	A 90 gg b)
PaO ₂ (<55 mmHg *)				
PaCO ₂				
pH				
SpO ₂ in O ₂				

☐ paziente con ipossiemia notturna: SpO₂ < 90% per 30% del monitoraggio notturno della pulsossimetria in aria ambiente, corretto dall'ossigeno

% CT 90 in aria ambiente

% CT 90 con O₂

L/min

a) compresa fra 55 e 59 mmHg qualora il paziente presenti una delle seguenti comorbidità:

☐ policitemia ☐ cuore polmonare cronico ☐ cardiopatia ischemica ☐ ipertensione polmonare arteriosa

b) obbligatorio a basale e a 90 gg per la prescrizione

c) per la prima prescrizione e il rinnovo sono necessari solo questi due controlli

Prescrizione

Flusso prescritto

Litro / minuto

Ore / die

A riposo

Durante sforzo

Notturno

Modalità d'erogazione☐ concentratore fisso☐ concentratore portatile☐ ossigeno liquido☐ stroller☐ ossigeno gassoso (bombola di emergenza)☐ altro _____**Interfaccia**☐ cannule nasali☐ mascherina facciale☐ mascherina di Venturi☐ Interfaccia per tracheostomia☐ altro _____

Prossimo controllo

Data

Lo Specialista Pneumologo

(timbro e firma)