



**C'È L'ACCORDO GOVERNO-REGIONI-SINDACATI**

# PUBBLICO IMPIEGO: SI CAMBIA

Addio (senza rimpianto) all'era "brunettiana".  
Ecco i punti dell'intesa che fissa i principi  
per la riforma del lavoro pubblico

alle pagine 7-8

CONVEGNO

**INSIEME SI PUÒ?**

**MEDICI E CITTADINI A CONFRONTO SULLE LISTE D'ATTESA**

alle pagine 2-6

**OSSERVASALUTE 2011**

L'Italia è sempre più malata.  
Il quadro Regione per Regione  
alle pagine 9-13

MEDICI E CITTADINI A CONFRONTO  
SULLE LISTE D'ATTESA



AMEDEO BIANCO  
presidente Fnomceo



CARLO LUSENTI  
assessore alla sanità  
della regione Emilia Romagna

CONVEGNO NAZIONALE "INSIEME SI PUÒ? MEDICI

# ANAAO SOLUZIONI CO GOVERNO LIST

**“Q**uello delle liste d'attesa è un problema per i medici e per i cittadini, comune alla maggior parte dei servizi sanitari pubblici in Europa e nel Mondo, a dimostrazione di quanto complesse siano le cause che lo determinano. In Italia sono stati fatti numerosi tentativi, piani e leggi per risolverlo, ma con scarsi risultati”. Parte da qui il confronto sull'annoso tema dei tempi d'attesa fortemente voluto dall'Anaao Assomed che, insieme al Tribunale per i diritti del Malato di Cittadinanzattiva ha organizzato a Roma un convegno dal titolo: “Insieme si può? Medici e cittadini a confronto sulle liste d'attesa” al quale ha partecipato, oltre ai rappresentanti dell'Anaao e del Tdm, anche Fulvio Moirano, Direttore Agenas (vedi Box a pag. 6). Obiettivo: cercare soluzioni comuni al problema delle liste d'attesa, partendo dalle esigenze e dalle esperienze dei medici e dei cit-

tadini. “I medici – ha spiegato Costantino Troise, segretario nazionale Troise – ritengono che tra i motivi di questo fallimento ci sia la mancata identificazione delle ragioni strutturali che contribuiscono alla formazione di liste d'attesa, compreso un deficit di governo della domanda. È significativo a questo proposito il dato reso noto dai radiologi secondo il quale più del 50% delle prestazioni di diagnostica per immagini risulti inappropriato. La richiesta di prestazioni sanitarie in Italia è fortemente in crescita, sia a causa della medicina difensiva che di un aumento delle esigenze di visite ed esami, non sempre giustificati da ragioni di ordine clinico, correlato anche ai mutamenti di ordine epidemiologico intervenuti. Una ansia che ha avuto una spinta enorme negli ultimi anni anche per la facilità di accesso alle informazioni medico-scientifiche permessa dalla diffusione di internet”. Secondo il segretario nazionale dell'Anaao As-



**COSTANTINO TROISE**  
segretario nazionale Anaa Assomed



**FRANCESCA MOCCIA**  
Coordinatrice nazionale  
del Tribunale per i diritti  
del malato-Cittadinanzattiva

## E CITTADINI A CONFRONTO SULLE LISTE D'ATTESA"

# E TDM MUNI PER E D'ATTESA

Governare la domanda di prestazioni; aumentare il "tempo medico"; ridurre gli esami inutili in collaborazione con i medici di medicina generale; responsabilizzare medici e cittadini sull'appropriatezza informando anche sui rischi della diagnostica per la salute; rispettare i codici di priorità; attuare i piani nazionali, regionali e aziendali sulle liste di attesa. Questi i temi su cui Anaa Assomed e Cittadinanzattiva-Tdm si sono confrontati per cercare soluzioni comuni al problema delle liste d'attesa nel corso di un convegno ad hoc organizzato nella Capitale

somed, però, in Italia si continua ad intervenire "solo sull'offerta, senza peraltro tenere conto che a rendere l'offerta insufficiente è anche la mancanza di investimenti e risorse, a partire da quelle umane, frutto di un costante definanziamento del sistema senza considerare le reali determinanti che influenzano sulla domanda e le ragioni strutturali che non mettono gli ospedali pubblici nelle condizioni di soddisfarla nei tempi richiesti. Senza dimenticare che in Italia le prestazioni urgenti, cioè quelle per patologie in cui intervenire in tempi brevissimi è vitale, vengono comunque soddisfatte in tempi rapidi".

Per Troise è invece "da sfatare il luogo comune che la mette in correlazione con la attività libero professionale dei medici, sul volume della quale la lunghezza dei tempi di attesa nella attività istituzionale incide per meno di un terzo dei casi. In effetti, come testimoniato dall'indagine conoscitiva del Senato "risulta in modo abbastanza netto che l'intra-

moenia non ha avuto di per sé effetti negativi o positivi sulle liste d'attesa".

### TDM: "LISTE D'ATTESA PER ALCUNE AREE SPECIALISTICHE"

Illustrando le segnalazioni sulle liste d'attesa pubblicate nell'ultimo Rapporto Pit Salute 2011, Francesca Moccia, Coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, ha osservato come queste "non fanno ben sperare per i cittadini italiani: sono cresciute dell'1% rispetto all'anno precedente e si concentrano in alcune aree specialistiche (esami diagnostici in oncologia, ginecologia-ostetricia e cardiologia; visite specialistiche in oculistica, cardiologia e odontoiatria; interventi chirurgici in ortopedia, urologia, oncologia). Il panorama italiano, peraltro, è molto diversificato nella capacità di garantire prestazioni in tempi adeguati e determina, come in altri ambiti della sanità italiana, un 'federalismo delle attese', che di-

scrimina i cittadini appartenenti a diverse Regioni e viola il principio di equità di accesso alle cure". Per queste ragioni, secondo Moccia, "bisogna rafforzare la politica nazionale e regionale per il contenimento delle liste d'attesa". Come? Facendo i controlli e sanzionando le cattive pratiche, come quella di bloccare le prenotazioni nonostante sia vietato dalla legge; gestendo le agende per i ricoveri ospedalieri in modo trasparente; assicurando la possibilità per i cittadini di ricorrere all'intramoenia senza oneri aggiuntivi oltre al ticket nel caso in cui non fosse possibile rispettare i tempi massimi fissati; istituendo in tutte le Regioni, come prevede l'Accordo Stato Regioni del 18 novembre 2010 sull'attività intramuraria, organismi paritetici per i controlli dei volumi di intramoenia con organizzazioni sindacali e di tutela dei diritti; diffondendo buone pratiche come ad esempio quella dei codici Rao (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), un'esperienza molto ben riuscita di codici di priorità.

MEDICI E CITTADINI A CONFRONTO  
SULLE LISTE D'ATTESA

## LA TAVOLA ROTONDA

## LE SOLUZIONI:

**S**uperare luoghi comuni guardando all'eccellenza del sistema. Portare avanti progetti di sistema per controllare domanda e offerta. Collaborazione tra medici e cittadini per un progetto comune che argini le criticità.

Sono queste le strade da imboccare per dare soluzioni alle liste d'attesa indicate nel corso di una tavola rotonda ad hoc organizzata all'Enpam dall'Anaa Assomed

"Il fenomeno delle liste d'attesa – ha spiegato Carlo Lusenti, assessore alla sanità della regione Emilia Romagna – è praticamente inevitabile, e nonostante venga affrontato da anni continua a non trovare soluzioni. Per affrontarlo occorre superare dei luoghi comuni, superare delle visioni aneddotiche come quella del cittadino che ha aspettato cinque anni per poter accedere ad alcune prestazioni, facendole diventare rappresentative del sistema. Andiamo oltre perché ci sono misurazioni oggettive e non aneddotiche svolte su grandi volumi che invece ci dicono che il governo delle liste c'è. Che l'accessibilità alle prestazioni è garantita e tempestiva, che siamo all'altezza delle performance europee. È chiaro che dobbiamo fare sempre di più. Ma è più importante il tempo di ogni singola prestazione o invece la misurazione dell'accessibilità, della continuità delle cure, dell'appropriatezza della prescrizione e della gestione appropriata della domanda?". Nel 2002 in Emilia Romagna ci sono stati 60mln di prestazioni specialistiche, nel 2011 sono arrivate a 80 milioni. "Eppure la nostra popolazione – ha aggiunto Lusenti – non è aumentata, non abbiamo avuto epidemie e l'indice di vecchiaia paradossalmente non è cresciuto. È semplicemente aumentata la medicina dei desideri. È a questo che dobbiamo mettere un freno altrimenti non raggiungeremo mai l'equilibrio. Quindi superiamo l'aneddotica e quello che fa

## Progetti di sistema, superamento dei luoghi comuni e collaborazione medici cittadini



notizia perché populistico. Se non utilizziamo questo metro il problema non si risolverà mai. Contribuiremo solo in modo potente a portare elementi di discredito al Ssn. Maneggiamo quindi con cura questi argomenti: se portiamo avanti il pensiero che il Ssn è costoso e inaccessibile, non facciamo altro che affossarlo". Difendere il Ssn è essenziale anche per Amedeo Bianco: "I dati dell'Istat – ha ricordato il presidente della Fnomceo – fotografano una crescita delle disuguaglianze sociali, di quelle di genere, generazionali e territoriali. Dobbiamo quindi trovare dei collanti per raggiungere una coesione sociale. E i migliori collanti sono la nostra sanità pubblica, la scuola pubblica, il lavoro e l'impresa. Non dobbiamo mai dimenticare che il Ssn è un valore aggiunto. Migliorare la sanità vuol dire migliorare il Paese. Rendere meno iniqua la sofferenza del Paese". Per Fabio Valerio Alberti, vice presidente Fiaso la soluzione al problema delle liste d'attesa è quella di portare avanti "un progetto di sistema che sappia aggredire sia il fronte della domanda, sia quello dell'offerta coinvolgendo medici convenzionati e specialisti". Ed anche le associazioni perché il problema non può essere gestito sulla difensiva. "È

una sfida che va affrontata in modo aperto con trasparenza – ha affermato – non serve nascondere realtà critiche. Serve un pro-

getto di sistema perché questo tema non può essere parcellizzato. Bisogna lavorare sul governo della domanda: inserendo obiettivi di appropriatezza nell'azienda".

Soprattutto deve terminare il ping pong di responsabilità tra medici di medicina generale e specialisti sull'opportunità o meno di prescrizioni. "La soluzione – ha detto – è quella di iniziare a condividere protocolli diagnostici, mettendo intorno a un tavolo Mmg e specialisti. Per quanto riguarda il sistema di offerta, servono controlli a breve termine e percorsi di accesso controllati per alcune

patologie fino alla prenotazione on line".

Chiama in causa le Regioni Giuseppe Scaramuzza, Vicepresidente Tdm "Il problema delle liste d'attesa – ha detto – è un problema di governo. E le regioni sono chiamate in causa: in molte non viene affrontato il tema della prevenzione e sono molte quelle che non hanno risposto al programma avviato dal ministero della Salute sul monitoraggio delle liste d'attesa, altre che non hanno neanche stilato il Piano delle liste d'attesa e purtroppo nessuno sanziona queste regioni inadempienti". Deve quindi essere fatto di più. Cercando anche di avere dati aggiornati. E il tema delle liste d'attesa ha chiamato in causa il tema dell'intramoenia, sul quale è intervenuto il presidente della Commissione Affari Sociali, Giuseppe Palumbo: "È un diritto che deve essere regolamentato senza proroghe continue. Volevamo formalizzare un disegno di legge non mettere un tempo di scadenza. C'è ora un testo base sull'Alpi sul quale c'è una larga convergenza".

## Le proposte dell'Anaa per ridurre i tempi d'attesa

Il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise propone alcune soluzioni concrete per affrontare il problema delle liste d'attesa. "È necessario mettere in campo azioni articolate che da un lato intervengano sull'appropriatezza della domanda e dall'altro migliorino l'offerta, modulandola sull'effettiva necessità di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, utilizzando al meglio per questi fini le risorse che verranno messe a disposizione". In particolare:

1. **IL FENOMENO** va governato in ambiti territoriali adeguati, provinciali o di area vasta, attraverso il modello delle reti integrate tra ospedali e tra ospedale e territorio, sviluppando strumenti informatici capaci di rilevare la domanda reale e il suo monitoraggio nel tempo. L'obiettivo dovrebbe essere quello di affrontare il problema complessivamente, nei suoi dati storici e in quelli previsionali, per impostare su questa base le possibili azioni correttive sfruttando in modo coordinato e non competitivo le risorse a disposizione: attività istituzionale, attività in regime libero professionale, convenzionamento con il privato.
2. **OCCORRE DIFFERENZIARE** tra attesa clinicamente significativa ed attesa priva di ricadute cliniche, tra attesa di una prestazione efficace ed attesa di un esame inappropriato.

Non poche prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, risultano negative nell'80% dei casi e sono in ogni caso gravate da un tasso di inappropriata ex ante vicino al 50%. La domanda dovrebbe anche essere suddivisa in categorie di priorità clinica separate dall'urgenza cui dare una risposta entro 24 ore.

3. **IL DISTRETTO** deve svolgere una adeguata funzione di committenza verificando e legittimando linee guida di comportamento e di appropriatezza condivise da prescrittori ed erogatori. L'attuazione degli esami ad alto costo e l'utilizzo di tecnologia diagnostica particolarmente sofisticata dovrebbero essere regolamentate da precisi protocolli di appropriatezza che esplicitino in chiaro le motivazioni della richiesta e il quesito

**Costantino Troise**  
segretario nazionale Anaa Assomed  
**Carlo Palermo**  
coordinatore segretari regionali Anaa  
Assomed

#### CONSIDERAZIONI GENERALI

L'Anaa Assomed considera, in piena sintonia con quanto recentemente affermato dal Ministro della Salute, la libera professione intramoenia (Lpi) un diritto dei medici pubblici, i cui cardini normativi sono previsti da leggi (D.lgs 502/92 art. 15 e Legge 120/2007) e contratti, ed una delle possibilità a disposizione delle Aziende sanitarie per acquisire prestazioni aggiuntive le cui caratteristiche di qualità e sicurezza sono garantite dal Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) intervenendo in questo modo su alcuni meccanismi della spesa sanitaria privata.

La Legge 448/98 all'art. 72, comma 11, prevedeva che: "Il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero e ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati". In realtà, le Aziende sanitarie, specie nel meridione, hanno manifestato notevoli ritardi e difficoltà nell'utilizzo dei fondi messi a disposizione con il D.lgs 254/2000 per la creazione di proprie strutture destinate alla libera professione e non hanno

# Libera professione intramoenia e liste d'attesa

## "Non confondiamo i tempi d'attesa con l'equità e l'appropriatezza degli interventi sanitari"



COSTANTINO TROISE

sviluppato in materia le necessarie competenze organizzative. Infatti, nel 2003 erano stati ammessi al finanziamento poche decine d'interventi per un valore di circa 150 milioni di € (circa il 18% delle risorse disponibili), nel 2005 l'utilizzo è arrivato al 49% dei fondi previsti, nel 2010 siamo faticosamente arrivati al 90%. Ancora oggi in alcune Regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giu-



CARLO PALERMO

lia, Molise, Calabria, Sicilia) addirittura non risultano finanziamenti autorizzati, in altre (Abruzzo, Basilicata, Campania, Puglia e P.A. Trento) gran parte degli interventi effettuati non risultano ancora collaudati o valutabili, come affermato nella recente relazione del Ministro Balduzzi al Parlamento, e in altre ancora le strutture costruite non sono utilizzate per lo scopo per cui sono state finanziate. In sintesi, in buona parte delle Aziende sanitarie le condizioni per l'esercizio della Lpi non esistevano, e non esistono tuttora, e la cosiddetta "intramoenia allargata" è nata come modalità organizzativa transitoria messa in campo a fronte della mancanza degli spazi separati e distinti previsti dalla legge per i quali consistenti risorse sono state stanziare. In questo modo molti medici esercitano mettendo a disposizione spazi e tecnologie con oneri economici a proprio carico devolvendo alle Aziende sanitarie parte degli introiti percepiti. L'attività libero-professionale intramoenia, compresa quella esercitata presso gli studi privati, è svolta al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale, che negli ospedali italiani per il blocco del turn over è largamente superato per diversi milioni di ore ogni anno non retribuite e non recuperabili, disciplinata da rigorose norme, legislative e regolamentari, che correttamente applicate costituiscono una matrice organizzativa che rende difficili distorsioni e speculazioni. Infatti, il medico pubblico dipendente esercita la libera professione in strutture individuate con l'Azienda sanitaria, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente che presuppongono uno stretto rapporto tra volumi prestazionali, libero professionali e quelli istituzionali, perfino per la singola prestazione. Tutto ciò rende difficili, ma certo non impossibili, comportamenti opportunistici e truffaldini. Quello che serve sono controlli per scoraggiare le irregolarità

e rispetto delle regole che prevedono sanzioni fino al licenziamento.

La limitazione al 30/06/2012, prevista dal decreto "Milleproroghe" della cosiddetta libera professione in intramoenia allargata agli studi privati rischia, a nostro parere, in assenza di alternative reali, di rendere virtuale tale diritto dei medici all'esercizio di una Professione liberale e dei pazienti a scegliere un professionista di fiducia. Pensare che in pochi mesi si possa realizzare ciò che non è stato possibile in 12 anni appare illusorio, avventuroso e demagogico e rischia solo di aumentare i problemi dei pazienti, della categoria medica e anche quelli dei politici. A partire dal 2013, in particolare nelle Regioni meridionali, l'effetto sarà quello di favorire una vera e propria fuga dal rapporto esclusivo di tutti quei professionisti che in mancanza di spazi, tecnologie e organizzazione saranno costretti a scegliere il regime extramoenia per esercitare un loro legittimo diritto.

Un principio affermato per via legislativa non può ignorare che spetta alle Regioni, che godono di autonomia organizzativa in campo sanitario e presentano differenti standards organizzativi al loro interno, la verifica e la certificazione nelle singole Aziende delle condizioni strutturali che permettano l'effettivo esercizio del diritto alla libera professione a fronte delle quali richiedere la fine del regime della intramoenia allargata agli studi privati.

#### L'EQUIVOCO DELLE LISTE D'ATTESA

Le liste di attesa rappresentano una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di tasca propria, e il tempo di accesso ai servizi, e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta. I tempi d'attesa sono il risultato di fenomeni complessi quali la disponibilità di tecnologia diagnostica e di terapie sempre più sofisticate, il cambiamento demografico ed epidemiologico in atto con l'aumento della prevalenza di malattie ad andamento cronico, sia di carattere degenerativo che neoplastico, che richiedono frequenti controlli clinici, la crescente domanda di salute legata alla maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini ma anche l'influenza che su di essi esercita lo sviluppo di un (super)mercato della salute, esterno al Ssn, che marcia indisturbato a grandi passi verso il trionfo inflazionistico della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società. In molte regioni italiane la richiesta di prestazioni diagnostiche ambulatoriali in regime istituzionale cresce di circa il 5%

diagnostico.

4. È IMPORTANTE che le Aziende sanitarie migliorino la metodologia di budget per definire su basi concordate e condivise con i Dirigenti medici gli obiettivi prestazionali da garantire nel lavoro istituzionale, in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione. Oggi questa metodologia, a ben 20 anni dall'inizio del processo di aziendalizzazione in sanità, è applicata solo nel 50% delle realtà. Il Ccnl ha demandato al confronto regionale e alla trattativa aziendale l'individuazione di un sistema di standard finalizzato all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti anche all'impegno temporale richiesto. Una metodologia condivisa in tale materia tra Amministrazioni regionali e organizzazioni sindacali dell'Area medica può contribuire a una razionalizzazione dell'offerta.
5. IL CCNL VIGENTE conferma la possibilità di attivare la libera professione in favore dell'azienda per ridurre le liste d'attesa. È prevista la retribuzione dei Dirigenti medici a quote orarie (60 € per ora), il che determina un costo molto calmierato per la singola prestazione diagnostica. Per

esempio, rispetto al costo nel privato segnalato dal Tribunale dei Diritti del Malato di 100-160 € per l'ecocolordoppler cardiaco o vascolare, in regime di libera professione a favore dell'azienda il costo si aggirerebbe sui 30 €, senza contare la compartecipazione alla spesa incassata, incrementata dall'ultima Legge Finanziaria. È auspicabile pertanto che questo strumento contrattuale che introduce flessibilità nell'organizzazione delle attività sia utilizzato per dare risposte puntuali alle criticità delle liste d'attesa.

6. ANCHE alcuni semplici interventi legislativi potrebbero contribuire al contenimento delle attese. Ne indichiamo alcuni:
  - a) estendere ai programmi di abbattimento delle liste d'attesa i benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività nel privato;
  - b) trasformare i ticket pagati dai cittadini in una risorsa aggiuntiva da utilizzare per l'abbattimento delle liste d'attesa, non sottraendola al finanziamento ordinario destinato alle Regioni;
  - c) prevedere specifiche incentivazioni per l'erogazione dei servizi in orari serali e prefestivi.

ogni anno. Tali cause agiscono in tutti i Paesi, compresi quelli meno generosi del nostro in materia di libera professione. L'Inghilterra ha misurato fino a pochi anni fa i tempi di attesa a semestri e per ridurli ha "esportato" pazienti in Francia e Olanda. È pertanto illusorio pensare che la negazione della Lpi per i medici pubblici, come sostenuto da alcuni, possa avere influssi positivi sulla durata dei tempi d'attesa. L'unico risultato sarebbe quello di allocare importanti quote economiche a favore dei privati contribuendo a prefigurare un servizio sanitario povero e per i poveri. È questo che si vuole? Di fronte a questa irrefrenabile spinta, le Aziende tentano di aumentare l'offerta di prestazioni e servizi. Ciò avviene, innanzitutto, attraverso la contrattazione del budget con il quale vengono determinati i volumi prestazionali che le singole Unità Operative sono tenute ad erogare nel lavoro istituzionale in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate. I medici, che peraltro hanno messo a disposizione con il Ccnl firmato nel 2005 ben 2 milioni e 600mila ore-lavoro annue finalizzate proprio alla riduzione dei tempi d'attesa, sono responsabilizzati su questi obiettivi e il loro mancato raggiungimento comporta conseguenze ne-

gative sia economiche che di carriera. Sulla capacità di offerta delle Aziende sanitarie in questi anni ha pesantemente e negativamente influito il sistematico "definanziamento" (Cavicchi) del Ssn. I tagli lineari del decreto Tremonti ne sono un esempio eclatante. I raffronti con gli altri Paesi europei maggiormente industrializzati (per esempio Francia e Germania) relativamente alla percentuale di Pil destinata alla sanità, gli estenuanti confronti tra Stato centrale e Regioni in merito al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale e alla copertura dei debiti accumulati, nonché la crescita della spesa sostenuta privatamente dai cittadini (out of pocket), oramai pari al 25% della spesa globale (Ocse 2011), testimoniano la non corrispondenza tra spesa e flussi finanziari centrali. Essa si è tradotta nelle singole Aziende sanitarie in fatti molto concreti come la riduzione delle dotazioni organiche per il blocco del turn over sancito dalle ultime leggi finanziarie, la limitazione degli acquisti di beni e servizi (farmaci, kit diagnostici, kit chirurgici, protesi...), il mancato rinnovo delle tecnologie mediche, i ridotti investimenti in formazione del personale ancora affidata alla "magnanimità" delle aziende farmaceutiche. Quanto pesa tutto ciò sui

tempi di attesa? Meno della possibilità di effettuare la libera professione intramoenia? E perché mai nessun Catione ne parla?

In un contesto così complesso, va ribadito con forza che al centro del servizio sanitario non può essere la prestazione in se stessa, ma piuttosto le motivazioni e gli outcomes, quali strumenti per raggiungere obiettivi di salute. La scarsa appropriatezza delle richieste di prestazioni, lo sforzo atto ad incrementare il loro numero, l'adozione della prestazione come arbitro e misura della qualità del Ssn, possono portare facilmente ad un consumismo esasperato in medicina, all'automedicalizzazione e all'autoprescrizione da parte del cittadino e sfociare in un decadimento generalizzato dell'efficacia ed efficienza del sistema per lo spreco di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie. Accanto a quello del "definanziamento", uno dei rischi maggiori che corre oggi il sistema è quello del sovrautilizzo improprio, perché esso comporta la sottrazione automatica di procedure utili ad altri pazienti. Pertanto, a nostro avviso, è scorretto e superficiale identificare la riduzione globale dei tempi d'attesa con l'equità e l'appropriatezza degli interventi sanitari.

**Fulvio Moirano, Direttore Agenas**

## “La dimensione del fenomeno in Italia”

È noto che, in tutti i Paesi in cui insiste un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzato, esiste il fenomeno delle liste di attesa, che impatta sia sull'organizzazione del Ssn che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Lea. In Italia si è affrontato il problema dapprima con l'Accor-



FULVIO MOIRANO

do Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, con il quale si sono da un lato impostati e costruiti sistemi informativi per la misura ed il monitoraggio del fenomeno e dall'altro si sono stabilite una serie di azioni da intraprendere per il governo della problematica. Successivamente con il Pncta 2006-2008 (Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa) si è perfezionato e migliorato il sistema impostato precedentemente e si è quindi definito, con l'impegno comune delle Regioni/P.A. e del

Ministero della Salute, il Piano nazionale governo liste di attesa (2010-2012), nella cui premessa viene sottolineata la consapevolezza della mancanza di soluzioni semplici ed univoche, e di conseguenza la necessità di porre in essere azioni complesse ed articolate.

Il Pngla 2010-2012 ha messo a regime un sistema informativo - basato su flussi correnti - per monitorare i tempi di attesa di 43 prestazioni ambulatoriali e di 15 ospedaliere in regime di ricovero oltre che i percorsi diagnostico-terapeutici in ambito oncologico e cardiovascolare. Il Piano prende altresì in esame altri processi inevitabilmente connessi alla gestione delle liste di attesa, tra cui la libera professione intramuraria (considerando sia elementi di gestione e governo che dati quantitativi sul fenomeno).

Il Pngla al punto F "individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di

monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A;

- il flusso informativo Sdo per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera profes-

sione intramuraria;

- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Nell'ultimo triennio l'Osservatorio nazionale per attività libero-professionale ha promosso una serie di azioni dirette sia ad analizzare il fenomeno della libera professione nel suo complesso, sia ad approfondirne specifici aspetti, quali ad esempio i tempi di attesa delle prestazioni erogate

nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria e intramuraria allargata (dando mandato all'Agenas di effettuare il monitoraggio in linea con quanto previsto dal Pngla).

Il ruolo di Agenas, in questi anni, ha riguardato innanzitutto la collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni/P.A. nella definizione e sperimentazione - a partire dal 2002 fino al 2009 - di un sistema di monitoraggio in modalità ex-ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in at-

segue a pag 14

## Le liste d'attesa in Europa

■ Ma qual è la dimensione del fenomeno in Europa? A scattare una fotografia dei tempi di attesa nel Vecchio continente, nel corso del convegno è Enrico Reginato, vice Presidente Fems: "Ci sono Paesi dove le liste d'attesa sono presenti e sono state ufficializzate e chi più chi meno riesce a gestirle - ha spiegato - altri dove sono poco ufficializzate, ma sono riusciti a migliorare la situazione, ed altri ancora dove invece non ci sono". In Inghilterra le liste sono ufficializzate e sono monitorate, ospedale per ospedale e specialità per specialità. Tuttavia, le procedure cardiologiche hanno visto aumentare i tempi di attesa e uno su dieci lamenta l'aumento dei tempi d'attesa per la cura dei tumori.

Inoltre fino ad un terzo dei pazienti prevede di rivolgersi al settore privato.

In Danimarca, dal 1 ottobre 2007, se il tempo di attesa per il trattamento è superiore a un mese, i pazienti danesi possono scegliere un ospedale privato in Danimarca o un ospedale all'estero

**IN IRLANDA** si conoscono perfettamente i lunghi tempi di attesa, ma non sono in grado di gestirle: nel febbraio 2001 sono stati registrati fino a 50mila ritardi per ospedale. **IN FINLANDIA**, come in **SVEZIA** e **PORTOGALLO** le liste non sono state ufficializzate. **IN FINLANDIA** in particolare dal marzo 2005 è entrata in vigore una riforma dei tempi di attesa finalizzata a garantire la parità di accesso e criteri di assistenza alle cure non urgenti a tutti i cittadini. Ma hanno ottenuto dei risultati positivi semplicemente migliorando il loro sistema pubblico.

**IN AUSTRIA** la mancanza di un sistema ufficiale di controllo dei tempi di attesa e la riluttanza degli ospedali a consentire l'accesso ai dati del paziente ha reso, in partenza

segue a pag 15

Riforma del Pubblico impiego. Ecco come cambierà

# COSMED

## “È FINITO IL PERIODO BRUNETTIANO”

Dopo un difficile confronto è stato sottoscritto il protocollo di intesa tra Governo-Regioni-Enti locali e le Confederazioni Generali sulla riforma delle norme sul pubblico impiego. Nuove regole per flessibilità. Sindacati coinvolti nella spending review. Nuovo sistema valutazione e premialità



L'ex ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione RENATO BRUNETTA e FILIPPO PATRONI GRIFFI ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione

La pubblica amministrazione è stata oggetto negli ultimi anni di una serie di interventi che hanno comportato una drastica riduzione della spesa e una profonda riorganizzazione. La logica dei tagli lineari ha effettivamente ridotto la spesa pubblica, ma non ha favorito il diffondersi della cultura dell'ottimale organizzazione delle risorse, secondo principi di efficienza, efficacia ed eco-

nomicità". Inizia così il testo dell'accordo siglato alla Funzione pubblica tra Governo, Regioni, Enti locali e Sindacati su come procedere alla riforma del lavoro pubblico che seguirà a quella già avviata del lavoro privato.

"La situazione di crisi impone però – prosegue il documento – che siano create condizioni di misurabilità, verificabilità e incentivazione della qualità dei servizi e delle funzioni pubbliche in modo da valorizzare le profes-

sionalità dei lavoratori pubblici ed avere parametri significativi per le politiche premiali nei loro confronti".

Molti gli aspetti trattati in questo che potremmo definire come una sorta di vademecum per il legislatore, a cui spetterà il compito di tradurre quanto concordato in nuove regole e nuove norme per il pubblico impiego, sanità compresa.

In particolare l'accordo contempla cinque punti:

- un nuovo modello di rela-

zioni sindacali, compreso il confronto sulla spending review;

- la razionalizzazione e la semplificazione dei sistemi di misurazione, valutazione e premialità, nonché del ciclo delle performance;

- nuove regole riguardanti il mercato del lavoro nel pubblico impiego;

- i sistemi di formazione del personale;

- la dirigenza pubblica, rafforzandone ruolo, funzio-

ni e responsabilità al fine di garantire una maggiore autonomia rispetto all'autorità politica.

### MA VEDIAMO UNA SINTESI DELL'ACCORDO

**Nuovo modello di relazioni sindacali con partecipazione dei lavoratori ai processi di riorganizzazione della P.A.**

Viene pertanto ripristinata la competenza sindacale in materia di organizzazione del la-

Troise

## “Il disegno autoritario di Brunetta ha confuso la meritocrazia”

■ “Il protocollo segna indubbiamente una svolta dopo il periodo “brunettiano” – ha sottolineato Costantino Troise, Segretario generale della Cosmed – e segna la fine di una lunga “guerra fredda” che aveva come obiettivo l’azzeramento

del ruolo del sindacato, definendo per legge materie tradizionalmente oggetto di accordi sindacali. In particolare viene affermata esplicitamente la necessità di superare “la logica dei tagli lineari” e “l’approccio finanziario e

ragionieristico”.

E le reazioni non hanno tardato ad arrivare: Il protocollo ha, infatti, scatenato le ire dell'ex ministro Brunetta che ha preannunciato battaglia, forte anche dell'appoggio di alcuni esponenti della vecchia maggioranza. “La legge di riforma 150/2009 – ha aggiunto Troise – ha alimentato una demagogica ostilità nei confronti del servizio pubblico, una campagna ideologica e di retroguardia che sarà ricordata per le

crociate contro i medici macellai, i poliziotti panzoni e per la definizione di fannulloni largamente usata per descrivere il lavoro pubblico. Affermazioni che hanno contribuito non poco al clima del “tutti contro tutti” che sta attraversando il Paese. Non a caso questo linguaggio è appartenuto ad una classe politica ed un governo che si è dissolto dopo aver portato il Paese sull'orlo del baratro. Per realizzare una vera riforma della pubblica amministrazione, però, nulla

di buono è stato attuato: solo demagogia e tagli, il tutto condito da una ostinata retorica incentrata sull'uso della "carota e del bastone" e dall'invasione di una politica palesemente non all'altezza. Il disegno autoritario di Brunetta ha confuso per anni la meritocrazia con la supina sottomissione, consegnando carriere e retribuzioni alla discrezionalità dei vertici aziendali di

turno, quasi invariabilmente politicizzati". L'accordo sottoscritto, nei fatti, scongiura licenziamenti collettivi che, stante il dissesto delle pubbliche amministrazioni, sarebbero stati possibili sul piano economico e ripristina un minimo di democrazia e di presenza sindacale, riportando alla contrattazione materie che le erano state espropriate dall'onnipotente "vertice

politico-amministrativo". Per i medici e sanitari si apre la gabbia delle aree che potrà consentire un contratto riservato alla dirigenza sanitaria e viene riconosciuto il ruolo delle rappresentanze aziendali della dirigenza. Fondamentale il tavolo del precariato, dimenticato per decenni dalla pubblica amministrazione che ha portato ad una giungla di contratti

tutti vessatori per i giovani. Infine è stata finalmente riconosciuta la specificità del ruolo delle Regioni e della sanità. "Occorre ora vigilare affinché l'accordo si traduca in atti legislativi coerenti - ha concluso Troise - in particolare l'emanazione a breve di una delega legislativa che riveda un provvedimento che ha paralizzato per tre anni il pubblico impiego".

voro. Si ribadisce il valore della contrattazione e dei contratti come "fonte deputata alla determinazione dell'assetto retributivo e di valorizzazione dei lavoratori". Previsto anche il coinvolgimento sindacale nei processi di razionalizzazione, a partire dalla spending review. Viene inoltre previsto un esame congiunto amministrazione-sindacati nell'ambito delle materie oggetto attualmente di sola informazione.

#### Aree.

Dopo numerose e insistenti pressioni, in particolare della COSMeD, è stato superato il tetto di 4 aree e comparti fissato dalla legge Brunetta che porterebbe ad un unico contratto per tutta la diri-

genza dipendente dalle Regioni. Si apre la strada, auspicata da COSMeD e dalla stessa Conferenza delle Regioni, per una modifica della Brunetta e per un contratto della sola dirigenza sanitaria.

#### Razionalizzazione e semplificazione dei sistemi di misurazione, valutazione e premialità.

Superamento del sistema della ripartizione dei dipendenti nelle fasce di merito (le famigerate fasce 25-50-25) e ritorno ad una retribuzione accessoria differenziata in base ai risultati conseguiti; Valutazione non solo della performance individuale, ma

anche della performance organizzativa; Applicazione differenziata in relazione alla peculiarità dei settori di attività nell'ambito della P.A.

#### Nuove regole riguardanti il mercato del lavoro.

Ribaditi i principi costituzionali in tema di lavoro pubblico. Riaffermato che il rapporto a tempo indeterminato è la forma ordinaria di impiego. Dichiarata la disponibilità a predisporre percorsi di accessi facilitati per la regolarizzazione. Ribadita la necessità di disciplinare le forme e i modi di lavoro flessibile. Assunto l'impegno a contrastare l'uso improprio e stru-

mentale di utilizzo del lavoro flessibile con previsione di sanzioni.

Cancellata, su nostra richiesta, l'ipotesi di forme di "speciale flessibilità" in sanità. Valorizzata l'esperienza professionale acquisita con lavoro flessibile. Affermata la necessità di un riordino delle norme sui licenziamenti disciplinari. Accolta la richiesta di garanzie di stabilità in caso di licenziamento illegittimo.

#### Sistemi di formazione del personale

Sollecitata la necessità di offrire a tutto il personale (compreso quello a tempo determinato) l'opportunità di formazione ed aggiornamento.

#### Dirigenza pubblica

Affermata la necessità di garantire una effettiva autonomia rispetto all'organo politico. Inserito al pari del comparto (su richiesta della COSMeD e dopo lunga discussione) il pieno riconoscimento del ruolo negoziale e delle prerogative delle specifiche rappresentanze della dirigenza nelle amministrazioni e nei luoghi di lavoro.

#### Iter

Il Governo promuoverà appositi provvedimenti normativi, anche attraverso una legge delega, concordati con Regioni ed enti locali e direttive all'Aran per accordi nell'ambito di una nuova stagione contrattuale.

## ANAAO CONFERMA LO STATO DI AGITAZIONE "Rischiamo il collasso della sanità pubblica"

La decisione presa al termine del Consiglio nazionale del 25 maggio. No ai nuovi tagli della spending review. Basta col blocco del turn over e coi contratti atipici. Sull'intramoenia troppi pregiudizi e scelte politiche demagogiche

Il Consiglio Nazionale Anao Assomed in assenza di risposte da parte di Governo, Parlamento e Regioni alla grave crisi che investe la sanità pubblica, dichiara lo stato di agitazione della categoria dando mandato alla Segreteria Nazionale di concordare con le altre Organizzazioni sindacali iniziative unitarie che entro l'estate rendano visibile la protesta ed il disagio dei professionisti del Ssn di fronte al collasso annunciato del servizio sanitario pubblico e nazionale.

La sanità italiana colpita dai tagli al finanziamento nel triennio 2012-2015 pari a 17 mld di euro, minacciata da una spending review che rischia di essere una variante dei tagli lineari, terreno di un inedito conflitto istituzionale tra Governo e Regioni, stenta sempre più a garantire i Lea in aree crescenti del Paese.

Nel frattempo peggiorano le condizioni di lavoro dei medici e dirigenti sanitari, grazie anche all'abuso persistente di contratti atipici ed al prolungato blocco del turn-over, ed incombe la minaccia alla libera professione intramoenia che, soggetta a pregiudizi e a scelte politiche demagogiche, è ancora lontana da una soddisfacente e tempestiva soluzione legislativa che garantisca insieme il diritto dei medici e dirigenti sanitari al suo corretto esercizio e quello del cittadino alla libera scelta del professionista.

Da una parte si approfondisce la crisi del modello aziendale arenatosi sulla riduzione dei costi fissi attraverso il controllo del fattore produttivo personale e fantasiose elaborazioni di nuovi standards per la costituzione delle Unità operative semplici e complesse che, mascherati da ennesima

manovra di razionalizzazione, intendono limitare lo sviluppo della carriera professionale e rendere più fragile ed insicura l'organizzazione del sistema, dall'altra si animano tavoli tecnici che mirano, attraverso la sommaria erosione dei tradizionali ambiti professionali di medici e dirigenti sanitari, all'incremento delle competenze delle professioni infermieristiche e tecniche, in una logica antagonista e contrattualistica.

I medici e dirigenti sanitari non intendono rassegnarsi al declino di un valore fondamentale quale la tutela della salute, alla progressiva caduta di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario pubblico, particolarmente accentuata nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, né assistere da puri spettatori alla progressiva mortificazione della professione.







# L'Italia è sempre più malata.

## MA LA RISPOSTA DEL SSN DIMINUISCE

È in pericolo la salute degli italiani. Mentre aumentano i fattori di rischio, diminuisce infatti la risposta dei servizi pubblici e le Regioni risparmiano sulla prevenzione. A lanciare l'allarme è il "Rapporto Osservasalute 2011" del Policlinico Gemelli.

**È** un quadro molto preoccupante quello fotografato dalla IX edizione del Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane" elaborato da 175 ricercatori dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane del Policlinico Universitario Agostino Gemelli. La salute degli italiani, infat-

ti, si trova ora più che mai sotto il fuoco incrociato della crisi economica e, sebbene gli effetti di questa congiuntura negativa si rendano manifesti con una certa latenza di tempo, salta già agli occhi come gli italiani, pressati dalle restrizioni economiche, comincino a risparmiare su azioni preventive di base quali una sana alimentazione e lo sport. Si rinuncia per esempio a frut-

ta e verdura, che diventa un lusso per pochi (per la prima volta dal 2005, si registra un calo del numero di porzioni consumate/giorno -4,8% contro il 5,7%, dato che era rimasto grosso modo stabile fino al 2008; a mangiarne di più sono coloro che spesso consumano i pasti a mensa, che si conferma come luogo maggiormente associato al consumo di verdure, frutta e ortag-

gi). Gli italiani, se costretti a fare economia, tagliano dove possono e cercano risposte rapide al moltiplicarsi dei piccoli disturbi, in aumento anche in funzione del carico psicologico legato all'incertezza; sempre più spesso lo fanno a spese proprie, per continuare a svolgere le funzioni quotidiane in famiglia e al lavoro e a tener testa a tutti gli impegni sempre più stringen-

ti. Risulta così aumentato il consumo di farmaci antidepressivi (l'uso di antidepressivi è cresciuto di oltre quattro volte in una decade, passando da 8,18 dosi giornaliere per 1.000 abitanti nel 2000 a 35,72 nel 2010), come effetto anche di un disagio diffuso dilagante, scatenato dalle difficoltà socio-economiche. Numerosi studi dimostrano che l'impatto sulla salute di

una crisi economico-finanziaria, quale quella che stiamo vivendo a livello globale, è forte: potrebbe portare a un incremento dei suicidi (i dati mostrano anche per l'Italia un aumento del numero di suicidi tra il 2006, quando i casi registrati erano 3.607 e il 2008, che si chiude con 3.799 casi) e delle morti correlate all'uso/abuso di bevande alcoliche e droghe.

Nondimeno, la salute degli italiani resta tutto sommato ancora buona grazie alla "rendita" a loro disposizione, merito, per esempio, della tradizione della dieta mediterranea. Ma, come tutte le rendite non ben gestite, rischia di erodersi rapidamente: gli italiani sono, infatti, sempre più grassi (nel 2010 il 45,9% degli adulti è in eccesso ponderale, contro il 45,4% del 2009), anziani (aumentano le persone dai 75 anni in su, che rappresentano il 10% della popolazione contro il 9,8% della scorsa edizione del Rapporto) e colpiti da malattie croniche. Per di più le scelte in ambito di politica sanitaria rischiano di peggiorare le cose. Peraltro, sottolineano i ricercatori, "i tagli non riducono l'inappropriatezza di molti interventi sanitari (quindi gli sprechi), né migliorano la qualità delle cure, anzi appesantiscono ancor più le liste di attesa". Nel triennio 2007-2010 l'effetto dei tagli ai servizi e ai farmaci ha portato a una diminuzione del 3,5% della spesa pubblica per i farmaci, determinando però un incremento della spesa privata per i soli farmaci del 10,7%. E nel futuro sarà sempre peggio: è stimato in 17 miliardi di euro nel 2015 il gap cumulato totale tra le risorse necessarie per coprire i bisogni sanitari dei cittadini e i soldi pubblici, che presumibilmente il Ssn avrà a disposizione.

Le evidenze epidemiologiche dimostrano, invece, la necessità di rafforzare (o almeno non tagliare) le politiche per la salute poiché i tagli potrebbero innescare un aumento di spesa socio-sanitaria a carico delle famiglie col pericolo di aumentare quelle a rischio povertà (oggi il 7,6% di esse), a fronte di una quota di oltre il 15,5% di povertà accertata assoluta/relativa.

## L'atlante della salute nelle Regioni italiane

# IL MEGLIO E IL PEGGIO

Ecco, per ogni Regione, la migliore e la peggiore performance

### PIEMONTE



**La Regione con la migliore organizzazione dei punti nascita**



**La Regione dove è più frequente la meningite da Streptococco**

■ Il Piemonte è la regione con un'ottima organizzazione dei punti nascita, infatti la maggior parte dei parti è effettuata nei punti nascita a maggior bacino di utenza e quindi più sicuri. Nel 2009, nella Regione, solo lo 0,25% dei parti viene eseguito in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 casi annui, contro una media nazionale del 7,93%; il 3,85% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 casi annui (14,98% il valore medio nazionale) e il 2,73% dei parti (contro il 10,29% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 casi annui.

Infine il 93,17% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a mille (66,8% il valore medio nazionale). Quindi, se escludiamo la Valle d'Aosta, che però per ovvi motivi geografici e di densità della popolazione ha un solo punto nascita, il Piemonte risulta essere la regione con il maggior numero di parti effettuati nei punti nascita con volume di attività superiore a mille.

L'obiettivo da perseguire per ottimizzare la gestione dei punti nascita a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Da sottolineare, però, in negativo per il Piemonte un elevato tasso di incidenza per la meningite causata dallo Streptococco: la regione presenta un tasso di 47,3 per un milione di individui (dati 2009) contro un tasso medio in Italia di 12,2.

### VALLE D'AOSTA



**La Regione dove si fanno più figli**



**La Regione con il più alto tasso di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate**

■ La Valle d'Aosta è la Regione dove nascono più bambini, infatti in Valle d'Aosta il tasso di fecondità totale (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,62 figli per donna (dati 2009), il tasso maggiore in Italia, e anche il tasso di fecondità delle italiane residenti in Regione è il più alto in Italia (1,49 figli per donna). Il Tfr delle straniere è pari a 2,5 figli. Il tfr medio in Italia è 1,41. In Valle d'Aosta l'età media delle donne al parto è pari a 31 anni (età media nazionale 31,2 anni).

Ma in negativo la regione si distingue per i molti ricoveri per malattie correlate al consumo di alcolici: infatti è la regione in cui si registra il maggior tasso di ricoveri per patologie alcol correlate nelle strutture ospedaliere pubbliche ed accreditate: 23,52 per 10 mila contro una media nazionale di 7,48.

### LOMBARDIA



**La Regione con le Asl più trasparenti su liste d'attesa**



**La Regione presenta ancora elevati tassi di mortalità per tumori**

■ La Lombardia è la Regione in cui si riscontra una maggiore trasparenza da parte delle Asl nell'informare i propri cittadini delle liste d'attesa per eseguire una certa prestazione.

Infatti, questo è il primo anno che il Rapporto prende in esame la trasparenza di Asl e Ao per quanto riguarda le liste d'attesa per le varie prestazioni erogate, trasparenza valutata in base al numero di Asl e AO che pubblicano online dette liste.

In Lombardia il 100% delle ASL (15 delle 15 esistenti) utilizza il web per rendere accessibile il dato ai cittadini (dato 2011) contro un valore medio italiano del 57%. Infine il 62% delle aziende ospedaliere (18 su 29) in Lombardia pubblica tali dati online (dato medio nazionale 44% delle Ao).

Ma in Lombardia resta alta la mortalità per tumori: la Lombardia presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,98 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 10,78 per 10 mila - dati 2008) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,06 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 5,77). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,17 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10 mila) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,66 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 1,92).

### PA DI BOLZANO



**Il numero più alto di sportivi attivi**



**Il maggior numero di consumatori di alcol a rischio fra i giovanissimi**

■ Nella provincia autonoma (PA) di Bolzano vivono gli italiani più sportivi, infatti la PA detiene la maggior quota di popolazione che fa sport in modo costante: nella PA di Bolzano il 38,3% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, percentuale maggiore in Italia, contro un valore medio italiano di 22,8%; il 24,1% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 28,2%). Nella PA di Bolzano coloro che non svolgono alcuno sport sono solo il 12,3% della popolazione, percentuale minore in Italia, contro una media nazionale 38,3%. La PA di Bolzano continua però ad avere problemi con l'alcol, soprattutto tra i giovanissimi: infatti la PA di Bolzano (dati aggregati con la PA di Trento) nel 2009 presenta una quota di non consumatori pari al 24,9%, contro un valore medio nazionale del 28,7%. I consumatori sono il 71,7% contro un valore medio nazionale del 68,5%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come

OSSERVA-SALUTE  
2011

# GIO DI OGNI REGIONE

in salute registrata dal Rapporto Osservasalute

l'eccedenza quotidiana o il binge drinking, o il bere alcolici in sé se ci limitiamo agli under-16 che non dovrebbero proprio bere) è pari al 25% per i maschi (valore medio italiano 17,7%) mentre è pari al 19,3% per le femmine (valore medio italiano 11,5%) per un totale del 22,3% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 14,7%) – valore più alto in Italia. La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 30,6% dei maschi, (valore medio italiano 20,5%) e all'8,7% delle femmine (valore medio italiano 5,3%). Il totale dei consumatori a rischio è il 19,7% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,9%).

## PA DI TRENTO



**Quelli che sfoggiano la silhouette migliore**



**Dove ci sono più giovani con consumi di alcol a rischio**

■ Nella provincia autonoma (PA) di Trento vivono gli italiani con la silhouette migliore: infatti la percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso è pari al 30,9%, il valore più basso in Italia; il valore medio nazionale è il 35,6%. È obeso il 7,8% dei cittadini, il valore più basso in Italia (ex equo con la Liguria), contro il valore medio italiano di 10,3%. Ma nella PA di Trento persiste un problema di consumi di alcolici smodati (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking, o il bere alcolici in sé se ci limitiamo agli under-16 che non dovrebbero proprio bere) tra i giovanissimi: la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni è pari al 25% per i maschi (valore medio italiano 17,7%) mentre è pari al 19,3% per le femmine (valore medio italiano 11,5%) per un totale del 22,3% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 14,7%) – valore più alto in Italia. La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 30,6% dei maschi, (valore medio italiano 20,5%) e al 8,7% delle femmine (valore medio italiano 5,3%). Il totale dei consumatori a rischio è il 19,7% degli individui in questa fascia d'età (valo-

re medio italiano 12,9%). Per quanto riguarda la popolazione complessiva, la PA di Trento (dati aggregati con la PA di Bolzano) fa registrare i seguenti valori: nel 2009 presenta una quota di non consumatori pari al 24,9%, contro un valore medio nazionale del 28,7%. I consumatori sono il 71,7% contro un valore medio nazionale del 68,5%.

## VENETO



**La Regione dalle donne dal cuore più sano**



**Molti problemi con l'alcol**

■ Il Veneto è la Regione dalle donne dal cuore più sano: infatti le donne venete presentano la più bassa mortalità in Italia per malattie del sistema circolatorio, pari a 1,42 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 1,92) nella classe di età 19-64 anni. Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,83 per 10 mila (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10 mila).

Ma il Veneto spicca in negativo per quanto riguarda il consumo di alcol: infatti il Veneto nel 2009 presenta la quota più bassa in Italia di non consumatori, pari al 23,8% della popolazione, contro un valore medio nazionale del 28,7%. I consumatori sono il 73,6% contro un valore medio nazionale del 68,5%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking, o il bere alcolici in sé se ci limitiamo agli under-16 che non dovrebbero proprio bere) è pari al 25,5% dei maschi (valore medio italiano 17,7%) al 17% delle femmine (valore medio italiano 11,5%) per un totale del 21,4% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 14,7%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 26,7% dei maschi, (valore medio italiano 20,5%) e al 6,7% delle femmine (valore medio italiano 5,3%). Il totale dei consumatori a rischio è il 16,8% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,9%). Sono moltissimi anche i consumatori a rischio tra gli anziani (65-74 anni), il 38,3% della popolazione in questa fascia d'età. Il Veneto è anche la regio-

ne dove più persone hanno smesso di fumare: infatti, ha la quota di ex-fumatori maggiore in Italia (anno 2010), pari al 27,9% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (23,4% valore italiano); presenta inoltre una quota di non fumatori pari al 49,7%, mentre la media nazionale si assesta sul 52%. In Veneto fuma il 20,2% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (in diminuzione dall'anno precedente in cui i fumatori erano il 20,7%) contro un valore medio nazionale del 22,8%. Il numero medio di sigarette fumate in un giorno in Veneto è di 11,5 contro un valore medio nazionale di 12,7.

## FRIULI VENEZIA GIULIA



**La Regione con Asl e Aziende Ospedaliere più trasparenti su liste d'attesa**



**È aumentata di più nell'arco di un anno la spesa pro capite per consumo di farmaci**

■ Il Friuli Venezia Giulia è la regione più trasparente per quanto riguarda la pubblicazione online delle liste d'attesa per le prestazioni erogate da Asl e aziende ospedaliere (AO). Quest'anno, infatti, il Rapporto prende in esame la trasparenza di Asl e Ao per quanto riguarda le liste d'attesa per le varie prestazioni erogate, trasparenza valutata in base al numero di Asl e Ao che pubblicano online dette liste. In Friuli Venezia Giulia il 100% delle Asl (6 Asl su 6) utilizza il web per rendere accessibile il dato ai cittadini (dato 2011) contro un valore medio italiano del 57%. Entrambe le aziende ospedaliere presenti attualmente in regione pubblicano tali dati online (dato medio nazionale 44%) delle Ao. In negativo, però, il Friuli si distingue per il più elevato aumento della spesa per cittadino sui farmaci in un solo anno: nel 2010 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del Ssn in Friuli Venezia Giulia è pari a 193,7 euro (la media nazionale di 215,1 euro), segnando un +4,3% dal 2009 – aumento di spesa in un anno maggiore in Italia.

## LIGURIA



**La Regione più parsimoniosa sul consumo di farmaci**



**La Regione con più anziani "soli"**

■ La Liguria è la regione più parsimoniosa sul fronte del consumo territoriale di farmaci a carico del Ssn (espresso in termini di "Ddd/1.000 abitanti die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti): nel 2010 la Liguria presenta un consumo di 910 Ddd/1.000 abitanti die (a fronte di un valore medio nazionale di 952), segnando un +35,4% dal 2001, l'incremento minore in Italia, versus un aumento medio in Italia del 41,3%. La Liguria, però, che come al solito si contraddistingue come regione più anziana, ha anche il primato negativo della maggior quota di anziani che vivono soli. Infatti la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Liguria è pari al 20,5% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 43,6% delle femmine (valore medio italiano 38%), per un totale del 34,1% delle persone in questa fascia d'età – percentuale maggiore in Italia, contro una media nazionale di 28,3%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. La Liguria ormai da anni detiene il record di regione più vecchia d'Italia: nel 2010 il 13% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-0,5% dal 2005) – percentuale maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale del 10,3%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 13,9% della popolazione regionale – percentuale maggiore in Italia (+1,6% dal 2005), contro il 10% medio italiano.

**OSSERVA-SALUTE 2011**

## EMILIA ROMAGNA



**La Regione con la più estesa assistenza domiciliare integrata**



**La Regione con la produzione maggiore di rifiuti procapite**

■ L'Emilia Romagna è la regione in cui si rileva la più sviluppata Assistenza Domiciliare Integrata (Adi) che rappresenta una delle principali modalità assistenziali del sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali. Infatti in un anno la regione ha trattato in ADI 2.064 pazienti per 100 mila (2009) contro una media nazionale di 886. Si noti anche che in Emilia-Romagna il tasso di Adi è passato da 1.405 assistibili nel 2006 a 2.064 assistibili nel 2009 (per 100mila), un grande miglioramento che infatti è andato di pari passo con la riduzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione passato da 171,2 nel 2006 a 163,6 nel 2009 (per 1.000). L'Emilia Romagna si distingue, invece, in negativo, sulla produzione di rifiuti: infatti l'Emilia Romagna nel 2009 presenta una produzione pro capite di rifiuti solidi urbani pari a 666 Kg per abitante - valore peggiore in Italia. Il valore medio nazionale per la produzione pro capite è di 532 Kg per abitante. Di buono c'è però il modo in cui i rifiuti vengono smaltiti e l'impegno regionale nella raccolta differenziata. L'Emilia Romagna smaltisce in discarica il 33,6% dei rifiuti solidi urbani prodotti e il smaltisce in inceneritore il 28,1% dei rifiuti solidi urbani prodotti (contro una media nazionale del 14,3%).

Con una quota procapite di rifiuti raccolti in modo differenziato pari a 303,4 Kg per abitante, l'Emilia Romagna raccoglie in modo differenziato il 45,6% dei rifiuti prodotti. Il valore medio nazionale è pari al 33,6%.

## TOSCANA



**La Regione con la migliore gestione dei ricoveri a regime ordinario**



**Dove si consumano più antidepressivi**

■ La Toscana è la Regione con la migliore gestione dei ricoveri a regime ordinario: infatti il tasso standardizzato di dimissioni per questa modalità di ricovero è il minore in Italia: 108,1 per 1.000 (valore medio italiano 126,4 per 1.000). Buono anche il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital: 41,3 per 1.000, mentre la media nazionale è di 53 per 1.000.

Ne deriva, dunque, anche un ottimo tasso complessivo (ovvero dimissioni da regime ordinario e da day hospital), pari a 149,4 per 1.000 (valore medio nazionale: 179,4 per 1.000).

Ma in negativo la regione si distingue per un elevato consumo di antidepressivi: in Toscana si registra il più alto consumo di antidepressivi in Italia, pari a 55,72 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2010. A livello nazionale il consumo medio è di 35,72 Ddd/1.000 ab/die. Ciò potrebbe essere spiegato dal basso tasso di ospedalizzazioni per tale causa, 36,44 maschi per 10.000 nel 2008 (vs 45,81 medio in Italia), 38,09 femmine per 10.000 nel 2008 (vs 43,11 medio in Italia), che sembrerebbe indicare una gestione ospedaliera solo per i casi più gravi. È altresì vero che l'indagine nazionale PASSI condotta negli anni 2007/2009 e recentemente pubblicata riporta che l'8% degli intervistati in età tra i 18 ed i 69 anni in Toscana riferisce sintomi depressivi. È noto che in alcune zone della Regione sono elevati i tassi di suicidio, per lo più collegati a disoccupazione, difficoltà economiche ed età avanzata.

## UMBRIA



**La Regione con il maggior consumo di farmaci generici**



**La Regione con l'aumento maggiore di ricoveri inappropriati per insufficienza cardiaca**

■ L'Umbria è la regione in cui si registra il maggior consumo di farmaci generici (ovvero quelli a brevetto scaduto che costituiscono una grossa fonte di risparmio per il Ssn): infatti il consumo di detti farmaci si assesta in Umbria sul 55,9% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 51,5%. La spesa per questi farmaci è pari al 35,2% della spesa totale (valore medio nazionale 30,4%). Ma in negativo si noti che l'Umbria presenta un aumento molto elevato nell'arco di un solo anno del tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache (un parametro usato per stimare l'appropriatezza delle procedure e degli interventi preventivi a livello territoriale): la variazione percentuale dal 2008 al 2009 è del 14,8%, passando da un tasso di 11,14 per 1.000 a uno di 12,78.

## MARCHE



**La regione con meno anziani che vivono soli**



**Dove ci sono più giovanissimi maschi con consumi di alcol rischiosi**

■ Le Marche sono la regione con meno anziani che vivono soli: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nelle Marche è pari al 10,8% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 32% delle femmine (valore medio italiano 38%), per un totale del 22,9% delle persone in questa fascia d'età, le percentuali minori in Italia (media nazionale 28,3%).

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Ma nelle Marche spicca un dato negativo: è la regione con la maggior quota di maschi giovanissimi hanno comportamenti a rischio per quanto riguarda i consumi di alcolici (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking, o il bere alcolici in sé se ci limitiamo agli under-16 che non dovrebbero proprio bere). Infatti la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni è pari al 28,1% per i maschi - percentuale più alta in Italia (valore medio italiano 17,7%) mentre è pari al 13,5% per le femmine (valore medio italiano 11,5%) per un totale del 20,7% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 14,7%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 19,2% dei maschi, (valore medio italiano 20,5%) e al 5,9% delle femmine (valore medio italiano 5,3%). Il totale dei consumatori a rischio è il 12,6% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,9%). Considerando la popolazione nel suo insieme le Marche nel 2009 presentano una quota di non consumatori pari al 25,4%, contro un valore medio nazionale del 28,7%. I consumatori sono il 72,2% contro un valore medio nazionale del 68,5%.

## LAZIO



**La popolazione che cresce di più**



**La Regione con più fumatori**

■ Il Lazio è la regione in cui si registra il maggior aumento demografico, infatti, soprattutto grazie alla componente migratoria, il Lazio ha un saldo medio annuo nel biennio 2009-2010 pari a 9 per 1.000 residenti per anno, il saldo maggiore in Italia (media nazionale di 4,8 per 1.000, l'unica altra realtà italiana in cui il dato è migliore è la PA di Trento con 9,2 per 1000). Il saldo naturale è pari a 0,2‰; il saldo migratorio è pari a 8,8‰. Ma in negativo, il Lazio si distingue per un'abitudine molto pericolosa, il fumo: la regione, infatti, presenta una quota di non fumatori pari al 47,1% (anno 2010) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, la percentuale minore in Italia (media nazionale 52%). Nel Lazio fuma il 26,7% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre contro, la percentuale maggiore in Italia (valore medio nazionale 22,8%); inoltre rispetto all'anno precedente l'aumento della percentuale di fumatori è significativo (nel 2009 erano il 24,6% della popolazione dai 14 anni in su). Il Lazio ha una quota di ex-fumatori del 23,7% (23,4% valore italiano). Il numero medio di sigarette fumate in un giorno nel Lazio è di 13,5 contro un valore medio nazionale di 12,7.

## ABRUZZO



**Dove più si è ridotto il tasso di aborti in un anno**



**La maggiore mortalità infantile e neonatale**

■ L'Abruzzo è la regione che ha ridotto maggiormente il tasso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in un solo anno. In Abruzzo nel 2009 si registra un tasso standardizzato di IVG pari a 8,66 casi per 1.000 donne (dato stimato) contro un valore medio nazionale di 8,55 casi per 1.000 donne, mostrando la riduzione maggiore in Italia rispetto all'anno precedente (-8,3%). Ma è sempre sul fronte della salute materno-infantile che l'Abruzzo mostra il suo punto di maggiore debolezza: infatti la mortalità infantile e neonatale è la maggiore in Italia: nel biennio 2007-08 l'Abruzzo presenta un tasso di mortalità neonatale di 3,7 casi per 1.000 nati vivi (dato peggiore in Italia) contro un valore medio nazionale di 2,4; per la mortalità infantile si registra un tasso pari a 4,9 casi per 1.000

OSSERVA-SALUTE 2011

nati vivi (dato peggiore in Italia) contro una media nazionale di 3,3 casi.

## MOLISE



**Il tasso più basso di interruzione volontaria di gravidanza per le minorenni**



**Dove si fanno meno figli**

■ Il Molise è la regione in cui si registra il minor tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) tra le minorenni (15-17 anni), pari a 1,45 per 1000 per l'anno 2009. La Regione col tasso maggiore (Liguria) sta su livelli ben più alti (7,48 per mille). Il Molise risulta inoltre avere la più bassa percentuale di IVG per le donne straniere residenti in regione (6%) contro una media nazionale del 33,81%. Tuttavia si noti che il Molise è la regione italiana dove si fanno meno figli: infatti in Molise il tasso di fecondità totale (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,1 figli per donna - valore più basso in Italia (1,07 per le donne italiane - valore più basso in Italia; 2,01 figli per le straniere) contro un valore medio italiano di 1,41 - dati 2009; in Molise l'età media delle donne al parto è pari a 32 anni (età media nazionale 31,2 anni).

## PUGLIA



**I maschi dal cuore "più sano"**



**Le Asl meno trasparenti su liste d'attesa**

■ La Puglia è la Regione in cui i maschi hanno il cuore "più sano", infatti la mortalità maschile per malattie ischemiche del cuore (12,38 decessi per 10.000 maschi) è la più bassa in Italia (valore medio nazionale 14,75); è basso anche il dato femminile, 7,75 (valore medio nazionale 8,22). Ma in negativo la Puglia si distingue come regione "meno trasparente" su accessibilità online delle liste d'attesa per le prestazioni erogate da Asl regionali: quest'anno il Rapporto prende infatti in esame la trasparenza di ASL e AO per quanto riguarda le liste d'attesa per le varie prestazioni erogate, trasparenza valutata in base al numero di ASL e AO che pubblicano online dette liste: in Puglia solo il 14% delle ASL - percentuale minore in Italia (1 Asl su 7) utilizza il web per rendere accessibile il dato ai cittadini (dato 2011; +6% dal 2005) contro un valore medio italiano del 57%. Infine delle due Aziende ospedaliere presenti attualmente nessuna pubblica tali dati online (dato medio nazionale 44% delle AO).

## CAMPANIA



**La regione del Sud che consuma più frutta e verdura**



**La regione con meno sportivi**

■ La Campania è la Regione del Sud che consuma più frutta e verdura, infatti in Campania il 5,4% della popolazione consuma in media le 5 porzioni di frutta e verdura al dì, contro una media nazionale del 4,8%. Solo quattro regioni del Nord (PA di Trento, Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte) fanno meglio di lei a tavola quando si tratta di frutta e verdura. In negativo, però, la regione si distingue in sedentarietà: infatti, per quanto riguarda la pratica di sport in Campania appena il 14,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo - valore minore in Italia, contro un valore medio italiano di 22,8%; il 21,8% fa qualche attività fisica contro il 28,2% degli italiani. In Campania coloro che non svolgono alcuno sport sono il 56,5% della popolazione contro una media nazionale del 38,3%.

## BASILICATA



**Il minor consumo di antidepressivi**



**Il maggior tasso di persone obese**

■ La Basilicata è la Regione in cui si registra il minor consumo di antidepressivi pari a 28,15 dosi definite giornaliere (Ddd) per 1.000 abitanti nel 2010. A livello nazionale il consumo medio è di 35,72 Ddd/1.000 ab/die. Ma la Basilicata è la regione con più problemi di obesità, infatti la percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso è pari al 41,0%; il valore medio nazionale è il 35,6%. Ed è obeso il 12,7% dei cittadini - quota peggiore in Italia, contro il valore medio italiano di 10,3%.

## CALABRIA



**Dove si fuma meno**



**La più alta spesa farmaceutica per cittadino**

■ La Calabria è la Regione in cui si fuma meno, infatti in Calabria si registra la più

elevata quota di non fumatori, il 58,2% (anno 2010) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, mentre la media nazionale si assesta sul 52%. In Calabria fuma il 20,5% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre contro un valore medio nazionale del 22,8%. La Calabria ha una quota di ex-fumatori del 19,9% (23,4% valore italiano). Il numero medio di sigarette fumate in un giorno in Calabria è di 13,2 contro un valore medio nazionale di 12,7. Ma la Calabria si distingue in negativo come regione dove si spende di più per i farmaci: come già osservato nel 2009, anche nel 2010 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Calabria, pari a 267,8 euro, è la più alta in Italia (la media nazionale di 215,1 euro), segnando però un -2,7% dal 2009, in controtendenza rispetto a molte regioni in cui invece la spesa va aumentando.

## SICILIA



**La Regione in cui si bevono meno alcolici**



**Dove si fumano più sigarette al dì**

■ La Sicilia è la Regione in cui si bevono meno alcolici, infatti in Sicilia nel 2009 si registra la più elevata quota di non consumatori pari al 37%, contro un valore medio nazionale del 28,7%. I consumatori sono il 59,9%, percentuale minore in Italia, contro un valore medio nazionale del 68,5%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking, o il bere alcolici in sé se ci limitiamo agli under-16 che non dovrebbero proprio bere) è pari al 13,8% dei maschi (valore medio italiano 17,7%) mentre per le femmine è pari al 10,4% (valore medio italiano 11,5%) per un totale del 12,1% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 14,7%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 12,1% dei maschi (valore medio italiano 20,5%) e al 3,1% delle femmine (valore medio italiano 5,3%). Il totale dei consumatori a rischio è il 7,5% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,9%). Si noti anche che la prevalenza di consumatori a rischio nella fascia di età 65-74 anni è particolarmente bassa in Sicilia per gli uomini e pari al 26,4% di questi anziani contro un valore medio nazionale del 47,7. Non a caso, forse, la Sicilia ha anche il tasso di dimissioni ospedaliere per patologie alcol-correlate più basso in Italia, pari a 4,66 per 10 mila abitanti contro un valore medio nazionale di 7,48. Ma in negativo la Sicilia si distingue per il maggior consumo pro capite di sigarette al giorno: la Sicilia presenta una

**OSSERVA-SALUTE 2011**

quota di non fumatori pari al 55,8% (anno 2010) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, mentre la media nazionale si assesta sul 52%. In Sicilia fuma il 22,7% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre contro un valore medio nazionale del 22,8%. La Sicilia ha una quota di ex-fumatori del 19,4% (23,4% valore italiano). Ma il numero medio di sigarette fumate in un giorno in Sicilia è di 14,6 - il dato peggiore in Italia - contro un valore medio nazionale di 12,7.

## SARDEGNA



**La Regione che ha migliorato di più la raccolta differenziata**



**Una gestione delle emergenze da migliorare**

■ La Sardegna è la regione che ha migliorato di più la raccolta differenziata: con una quota procapite di rifiuti raccolti in modo differenziato pari a 212,8 Kg per abitante (2009), la Sardegna raccoglie in modo differenziato il 42,5% dei rifiuti prodotti risultando la migliore tra le regioni del Sud (valore medio nazionale 33,6%). Si tratta di un consistente progresso perché la percentuale di rifiuti raccolti in modo differenziato era pari al 34,7% nel 2008. Sempre nel 2009 presenta una produzione pro capite di rifiuti solidi urbani pari a 501 Kg per abitante. Il valore medio nazionale per la produzione pro capite è di 532 Kg per abitante. La Sardegna smaltisce in discarica il 42% dei rifiuti solidi urbani prodotti - notevole miglioramento rispetto al 2008 quando era smaltito in discarica il 52% dei rifiuti (contro una media nazionale del 48%) e il 21,4% in inceneritore (contro una media nazionale del 14,3%). Ma in negativo la regione si distingue per una gestione delle emergenze (uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero servizio sanitario) che resta da migliorare: Quest'anno il Rapporto prende pure in esame l'area relativa all'emergenza/urgenza. In Sardegna, infatti, le centrali operative non coprono tutti i territori provinciali della regione: nel 2010 possiede appena 0,25 centrali 118 per provincia, contro una media italiana di 0,93. È dunque particolarmente preoccupante la situazione della Sardegna perché solo un quarto della regione risulta coperta dalla rete 118. Il bacino di utenza medio in regione per ciascun Dea è di 272768 abitanti - dato peggiore in Italia, si tratta in effetti di un bacino troppo elevato per suggerire una buona presa in carico delle emergenze (il bacino medio di utenza raccomandato per un Dea è di 100/200 mila abitanti).

Indagine Fnomceo

# DAL 2005 AD OGGI sono quasi 12mila gli specialisti in meno

**S**empre meno medici specialisti nel Servizio sanitario nazionale. La fotografia che ci mostra questo risultato l'ha scattata la Federazione Nazionale degli Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FnomCeo) che ha elaborato in una tabella il numero di medici suddivisi in 51 branche di specializzazione analizzandone l'andamento (in termini di quantità di medici) dal 1995 ad oggi. Da un'analisi generale dei dati si può notare come fino al 2005 vi sia stata una crescita costante del numero degli specialisti che dai 269.834 del '95 sono arrivati ai 286.141 del 2005. Facendo

La fotografia l'ha scattata la FnomCeo dalla cui elaborazione si evidenzia come dal 2005, quando i medici specialisti erano 286.141, si è passati ai 274.359 del 2012. I decrementi maggiori in igiene e medicina sociale e pediatria. In controtendenza radioterapia e genetica medica

#### Le specializzazioni in crisi (% tra il 2005 e il 2012)

Igiene e medicina sociale	- 7,3%
Pediatria	- 6,6%
Gastroenterologia	- 6,3%
Chirurgia generale	-5,5%
Cardiologia	-5,04%
Ginecologia e ostetricia	-5,1%
Medicina interna	-4,9%

#### Le specializzazioni che crescono di più (% tra il 2005 e il 2012):

Radioterapia	+ 6,3%
Genetica medica	+2,1%
Chirurgia Maxillo facciale	+0,69%
Neurochirurgia	+0,4%

segnare in dieci anni una crescita complessiva del 5,7%. Ma dal 2005, anno del picco, i numeri sono iniziati a calare. Così, dal 2005, anno in cui i medici specialisti erano 286.141 si è passati ai 274.359 del 2012, in media il -4,1% negli ultimi 7 anni. Analizzando nel particolare l'andamento dal 2005 al 2012 per specializzazione si nota come ad essere scese maggiormente sono quelle di Igiene e Medicina sociale

(-7,3%), Pediatria (-6,6%) e Gastroenterologia (-6,3%). Ma gli specialisti sono in calo anche per quanto riguarda la Chirurgia Generale che ha registrato un calo del 5,5%, in Ginecologia e ostetricia (-5,1%), in Cardiologia (-5%) e in Medicina Interna con un dato del -4,9%. In controtendenza alcune specializzazioni, anche se in numeri assoluti queste specialità occupano pochi medici. In ogni caso, in crescita per numero di medici negli ultimi sette anni troviamo le specializzazioni di Radioterapia con il 6,3%, seguita da Genetica medica con il 2,1% e da Chirurgia Maxillo-Facciale con un incremento dello 0,69%.

CONVEGNO

## INSIEME SI PUÒ?

### MEDICI E CITTADINI A CONFRONTO SULLE LISTE D'ATTESA

segue da pag 6

tività istituzionale. L'obiettivo era quello di costruire, sperimentare e mettere a disposizione un sistema di rilevazione valido (definendo le prestazioni da monitorare, le tempistiche di rilevazione, la metodologia, lo strumento, la procedura e un linguaggio comune) che fornisse dati attendibili, utili alle Regioni per il governo locale del fenomeno liste di attesa e fondamentali per il Ministero ai fini di una misurazione a livello centrale. Con le direttive del Pngla 2010-2012, i dati di tutti i monitoraggi divenuti a regime confluiscono al Nsis, e l'Age-

nas ha esclusivamente il mandato di costruire, sperimentare e validare il sistema di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in Alpi e l'analisi di tali dati. L'Agenas ha di conseguenza a disposizione (a partire dal 2009) i dati riguardanti 8 prestazioni ambulatoriali (Tac del capo, Tac dell'addome inferiore, superiore e completo, Rm colonna, Rm del cervello e del tronco encefalico, visita cardiologica, visita ortopedica, visita otorinolaringoiatrica, visita oculistica) sui tempi di attesa in Alpi (alla fine del 2013

verranno sottoposte a monitoraggio le stesse 43 prestazioni previste per l'attività istituzionale).

Si sottolinea inoltre che gli ultimi risultati pubblicati relativi al monitoraggio Alpi svolti a dicembre 2010, sono contenuti nella relazione al Parlamento, presentata dall'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale. La sperimentazione (a partire dal 2009) del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni in Alpi, ha fornito dei risultati che rappresentano un utile contributo alla lettura complessiva del fenomeno ed alla rappresentazione della reale situazione sul campo ed ha permesso, di strutturare - in collaborazione con tutte le Re-

gioni/P.A. - le basi metodologiche per lo sviluppo di un sistema di monitoraggio, significativo a livello nazionale, per il confronto tra l'attività istituzionale e l'attività Alpi, con particolare riferimento ai volumi di attività erogati, ed ai tempi di attesa relativi alle prestazioni di interesse. I primi dati in questo senso saranno disponibili presumibilmente entro dicembre 2012. Infine Agenas ha - secondo mandato del Pngla - elaborato e favorito l'implementazione della metodologia per la rilevazione dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici complessi in area cardiovascolare e oncologica e ha svolto e pubblicato (2010) un'indagine su "I tempi di at-

tesa nei siti web di Regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadino" da cui sono emerse importanti indicazioni circa la possibilità per i cittadini di ricevere informazioni sui tempi di attesa attraverso i siti web di Regioni e Aziende sanitarie; ad esempio 11 Regioni offrono informazioni sui tempi di attesa sul proprio sito web, 7 di questi forniscono il tempo di attesa previsto per la prima disponibilità di una visita/esame strumentale in un periodo indice; in 2 siti web sono pubblicati anche i tempi di attesa di interventi chirurgici e procedure invasive in regime di ricovero ordinario/day hospital e una sola Regione differenzia i tempi per classi di priorità.

Anaa Toscana

# TAGLI DEI PRIMARIATI?

## Non è così che si salva il Ssn

“**I**ndubbiamente l'articolo pubblicato, con grande rilievo, da "la Repubblica" in merito al presunto eccesso di primari nella nostra sanità ha fatto molto rumore. Verrebbe da dire: tanto rumor per nulla". È questo il commento del Segretario Anaa Assomed della Regione Toscana, Carlo Palermo che ha presentato le sue considerazioni, o meglio i suoi dubbi, rispetto ai numeri forniti nell'articolo del quotidiano: sono 19mila i primariati presenti nelle varie Regioni, mentre i direttori di struttura semplice sono 35mila (di cui 15mila da tagliare). "L'articolo - ha spiegato Palermo - fa riferimento a dati 2009 sul numero delle strutture complesse del Ssn rilevate dal conto generale dello Stato. Tre o quattro anni in sanità sono un tempo biblico. In molte regioni si sono avviati Piani di rientro per i de-

Sono quasi tremila i primari da mandare a casa secondo il piano tagli del ministero della Salute illustrato in un articolo apparso alla metà di maggio sul quotidiano "la Repubblica". Un articolo che ha suscitato molto scalpore, sul quale Carlo Palermo, Segretario Anaa Assomed della Regione Toscana ha presentato le sue riflessioni

ficit storici e il taglio delle risorse stabilito con la manovra Tremonti dell'estate 2010 ha indotto molte Aziende sanitarie ad avviare processi di riorganizzazione e revisioni della spesa. Inoltre lo standard di riferimento (mediamente 17,5 letti per ogni "primariato" attivato) è stato costruito in modo molto criticabile, escludendo le Regioni in piano di rientro, e certamente non ci permette un confronto con altre realtà europee che hanno un numero di posti letto per mille abitanti ben più alto di quello dell'Italia. Infatti gli indicatori dovrebbero riflettere essenzialmente la quantità e la qualità dei servizi offerti e non semplicemente il fattore produttivo posto letto. Ma nonostante queste

criticità - ha aggiunto il segretario regionale dell'Anaa Assomed - l'applicazione dello standard a diverse realtà ospedaliere della Toscana, fotografate all'aprile 2102, riserva non poche sorprese. Valga per tutti l'esempio dell'Area vasta Sud-Est che comprende le Aziende sanitarie di Siena, Arezzo, Grosseto e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Siena".

**IL RISULTATO È IL SEGUENTE:**  
**ASL 7 SIENA: 380 posti letto, "primari" teorici 22, in servizio 13, differenza - 9;**  
**ASL 8 AREZZO: 690 posti letto, "primari" teorici 50, in servizio 41, differenza - 9;**  
**ASL 9 GROSSETO: 630 posti letto, "primari" teorici 36, in servizio 30, differenza - 6;**

**AZIENDA O-U DI SIENA: posti letto 750, "primari" teorici 43, in servizio 63, differenza + 20 (di cui 18 appartenenti al ruolo universitario).**

In sostanza, ha chiarito Palermo, è la sola Azienda mista a "mostrare un eccesso rispetto allo standard definito dal Ministero della Salute, ma limitare la complessità organizzativa necessaria per lo sviluppo di un'azienda vocata all'alta specializzazione all'applicazione di un mero standard numerico, peraltro di incerta costruzione, anche a noi, che abbiamo sempre criticato la frammentazione dei processi assistenziali legati all'assegnazione "particolare" delle cattedre universitarie, sembra francamente eccessivo". In de-

finitiva, i dati pubblicati da "Repubblica" appaiono datati e non veritieri. "La realtà è che la spinta iconoclasta al risparmio - ha detto - sta portando in molte aziende ad una destrutturazione dei servizi che passa attraverso l'eliminazione dei "primari", considerati un ostacolo verso modelli organizzativi "low cost" che taglino nel contempo i diritti degli operatori e quelli dei cittadini. Vorremmo anche segnalare ai vari apprendisti stregoni che si aggirano in sanità che la differenza, a carico del bilancio aziendale, tra lo stipendio di un direttore di struttura complessa e quello di un medico ospedaliero anziano responsabile di una struttura semplice è di appena 9mila euro per anno, essendo il resto della differenza coperto dai fondi contrattuali su cui non sono possibili risparmi. Ma la costruzione di un Servizio sanitario nazionale povero per i poveri passa anche attraverso questa demagogia".

CONVEGNO

### INSIEME SI PUÒ?

#### MEDICI E CITTADINI A CONFRONTO SULLE LISTE D'ATTESA

**segue da pag 6** L'argomento molto complicato. C'è troppo poco coordinamento e trasparenza per ottimizzare i tempi di attesa. Ad alcuni pazienti sono stati offerti tempi di attesa più brevi in cambio di pagamenti informali o visite nello studio privato. E ci sono grandi differenze nei tempi di attesa rispetto al tipo di operazione (chirurgia della cataratta, sostituzione dell'anca, sostituzione dell'articolazione del ginocchio) fra e all'interno delle regioni.

**IN SVEZIA** era stato adottato un nuovo sistema di assistenza sanitaria, che ha permesso la privatizzazione della sanità, consentendo ai medici e agli ospedali di avere più controllo sulle decisioni mediche, e garantire ai pazienti la possibilità di scegliere il proprio medico. Tuttavia, il libero mercato nel lungo periodo non ha funzionato in modo efficiente e le liste d'attesa, insieme ai co-

sti, hanno ricominciato a salire. È stata quindi adottata una nuova legge sanitaria nel luglio 2010, secondo la quali gli svedesi dovrebbero essere in grado di vedere un medico entro sette giorni in una clinica finanziata con mezzi pubblici. Non dovrebbero attendere più di 90 giorni per vedere uno specialista e qualsiasi trattamento prescritto dovrebbe essere fissato entro 90 giorni dopo la visita dello specialista.

In Spagna ci sono più servizi sanitari regionali, è stato approvato in Parlamento un regio decreto che stabilisce che nessun paziente deve attendere più di 6 mesi per un intervento chirurgico. Le operazioni specificamente menzionate nel decreto sono le procedure cardiovascolari, cataratta, protesi d'anca e di ginocchio, che hanno tradizionalmente tempi più lunghi di attesa.

**IN PORTOGALLO** la situazione è drammatica, le liste d'attesa sono sparite ma

solo perché sono stati inseriti tantissimi ticket e tolte le esenzioni, le case farmaceutiche hanno minacciato di non rifornire le strutture dove i ritardi superano i 500 giorni. E così la gente non si cura più per mancanza di soldi.

**IN FRANCIA, GERMANIA e BELGIO** le liste d'attesa sono assenti. In Francia attualmente non esiste il problema delle liste d'attesa (ad eccezione degli interventi oftalmici). Il 70% degli interventi chirurgici è effettuato in strutture private e il 90% dei cittadini è coperto da un'assicurazione privata.

**LA GERMANIA** ha più del doppio di ospedali per mille abitanti degli Usa e non hanno problemi di liste d'attesa. Ma negli ospedali per acuti i pazienti con assicurazioni private hanno tempi di attesa significativamente più brevi di quelli con copertura sanitaria pubblica. Non

essendoci però molta trasparenza, non sappiamo se la discriminazione nei tempi di attesa porta anche a discriminazione nella qualità del trattamento.

**IN BELGIO** non ci sono vere e proprie liste d'attesa per un ricovero e questo soprattutto perché molti dei medici hanno un rapporto di lavoro autonomo ed hanno forte voce in capitolo nella gestione dell'ospedale. Il numero dei chirurghi è elevato. Non c'è un vero e proprio Ssn, ma un Fondo nazionale della previdenza sociale che retribuisce il personale sanitario autonomo e dipendente allo stesso livello e per gli stessi importi. Per ogni atto sanitario il paziente deve pagare una quota di tasca propria corrispondente al 15% della tariffa, ma fino ad un importo limitato.

**Alessandra Spedicato  
Rosella Zerbi**  
Coordinatrici Gruppo di Studio  
Anaa Assomed "La rivoluzione  
di genere in Sanità"

Il Laboratorio Fiaso ha condotto un'analisi in 15 aziende sanitarie, distribuite su tutto il territorio nazionale, rilevando i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuando buone prassi comportamentali e gestionali per la risoluzione degli stessi.

Lo studio ha dimostrato come incidendo sui fattori di stress e di disagio lavorativi si diminuisca il grado di assenteismo e aumenti la produttività del personale. Buona parte degli indici analizzati e delle soluzioni proposte vanno a interessare quell'ampia quota di 'camici rosa', che nell'arco dei prossimi 7-10 anni rappresenteranno circa il 60% del personale dirigente sanitario. Secondo la ricerca basterebbe la presenza di un nido aziendale con orari ad hoc per far sentire meglio la madre lavoratrice, un servizio di doposcuola "natalizio" alleggerirebbe lo stress materno nei periodi festivi e l'applicazione di turni personalizzati faciliterebbero la conciliazione dei tempi casa-lavoro.

L'aspetto che la ricerca non ha evidenziato è che la legge già prevede alcuni di questi aspetti, ma che il contesto socio-economico e culturale in cui viviamo non permette di applicarli.

La modifica all'art. 9 della legge 53/2000 prevede che la flessibilità dell'orario di lavoro (flessibilità entrata/uscita, banca delle ore) sia promossa e concessa dal datore di lavoro alla dipendente - che ne faccia richiesta! - ma resta nei fatti inapplicata in quei reparti come le camere operatorie, i servizi di guardia, di Pronto soccorso o di Rianimazione dove si lavora h24.

La realtà è che la donna medico, informatasi personalmente dei suoi diritti di neo

# LA GUERRA ALLO STRESS IN CORSIA È DONNA?

mamma (perché lungi dall'azienda sponsorizzare tale tipo di informazione), qualora faccia richiesta di usufruire di una flessibilità oraria rischia di essere relegata a mansioni secondarie quali attività di consulenza o ambulatoriale per non ostacolare le consuete attività ospedaliere.

La presenza di asili nido aziendali (o privati in convenzione con la Asl) è una chimera o una bufala: una rileva-

zione interna condotta dall'Anaa ha portato alla luce che gli asili nido sono assenti nel 90% delle strutture ospedaliere (un esempio per tutti, nella regione Campania non vi è un solo asilo nido!) o effettuano orari incompatibili con le normali attività di un medico guardia.

Lo studio Fiaso suggerisce il tutoraggio dei neoassunti come best practice nell'inserimento nel mondo del lavoro:

questo è un lusso che le Aziende non si concederanno mai visto che non applicano tuttora il tutoring delle donne-medico che rientrano al lavoro dopo la maternità (dunque un'assenza anche superiore ad un anno se si tengono in considerazione l'astensione obbligatoria, facoltativa e l'eventuale periodo di ispezione per problemi in gravidanza) - come previsto dalla legge 53/2000- e

non favoriscono in nessun modo l'aggiornamento professionale dei dipendenti.

Tra le buone regole elencate nella ricerca c'è quella di fare squadra.. ma come può un'equipe essere solidale con i suoi componenti se l'assunzione di una collega in età fertile è vissuta come una spada di Damocle visto che il 90% delle dipendenti in maternità (rilevazione interna Anaa) - e non il 60% come ottimisticamente cita la relazione - non viene sostituito?

L'analisi presentata dal laboratorio Fiaso non può che aiutare nel prendere consapevolezza di quelli che sono i limiti della gestione del personale in Sanità, gli effetti lavorativi (aumento degli errori clinici, aumento dei giorni di assenza dal lavoro per patologie stress correlate) e sociali (aumento dei casi di burn out), compito del sindacato è tutelare il lavoratore mettendolo in condizione di lavorare nel contesto più sereno possibile.

L'Anaa ha costituito già da un anno un gruppo di studio dedicato alle problematiche delle donne medico in sanità. Sono state analizzate le diverse criticità correlate all'essere donna medico oggi (di cui quelle riportate nella ricerca Fiaso sono solo una parte) e si stanno vagliando proposte di carattere gestionale e politico per favorire realmente il concetto di "Conciliazione dei tempi casa- lavoro" e "Pari Opportunità". Il frutto di questi studi sarà presentato in autunno in un convegno dedicato all'argomento dove saranno analizzati e commentati punti deboli e punti di forza della organizzazione del lavoro nella sanità italiana con particolare attenzione al crescente numero di donne nella dirigenza medica, ma con proposte migliorative trasversali a beneficio, ovviamente, di tutti. Oltre la differenza di genere.



**DIRIGENZA MEDICA**  
Il mensile  
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68  
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27  
e-mail:dirigenza.medica@anaa.it  
www.anaa.it

Direttore  
**Costantino Troise**

Direttore  
responsabile  
**Silvia Procaccini**  
Comitato  
di redazione:  
**Giorgio Cavallero**  
**Domenico Iscaro**  
**Mario Lavecchia**  
**Gianluigi Scaffidi**

Coordinamento  
redazionale  
**Cesare Fassari**  
**Ester Maragò**

Progetto grafico e impaginazione:  
**Daniele Lucia**  
**Barbara Rizzuti**

Periodico Associato

**ANES**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



**Edizioni Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano  
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004  
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"  
garantisce la massima riservatezza  
dei dati forniti dagli abbonati  
nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di maggio 2012