

Editoriale

IL GOVERNO PENSA SOLO ALLE FORBICI

La sanità italiana è alla vigilia di possibili grandi cambiamenti. E noi medici ci siamo dentro fino al collo. Tutte le analisi economiche e sociali ci avvertono da tempo della ineluttabilità di un aumento progressivo delle spese per la salute conseguenti alla crescente longevità della popolazione ma anche alla velocissima evoluzione tecnologica e scientifica. Che comporta innegabili vantaggi diagnostici e terapeutici ma anche costi più elevati per la diagnosi e la cura. Tutto questo in un settore dove, già oggi, si spendono oltre 130 miliardi di euro l'anno (tra pubblico e privato) con il coinvolgimento di quasi un milione di addetti. Non ci vuole una laurea in scienze economiche per comprendere che siamo di fronte ad una potenziale bomba in grado di disastare, se non gestita a dovere, gli stessi equilibri di bilancio di un Paese come il nostro.

Un'emergenza che si può fronteggiare in due modi. Uno è quello di provare a gestire i processi di cambiamento in atto, sfruttando anche il fatto di avere un sistema sanitario che, pur con le sue contraddizioni, è forte e radicato in tutto il Paese. E che, pertanto, può essere trasformato realmente in un comparto sul quale investire in termini di

CI RISIAMO

OSPEDALI PRIVATIZZATI? NO, GRAZIE

A proporlo questa volta è Berlusconi. Ed è di nuovo polemica. Sulla pelle dei cittadini e di chi, negli ospedali, ci lavora

a pagina 2

innovazione scientifica e strutturale (più ricerca ma anche più cantieri per ammodernare ospedali e servizi territoriali), contribuendo addirittura allo stesso sviluppo economico del Paese.

L'altro è quello di prendere un bel paio di forbici e tagliare la spesa a destra e a manca, celandosi dietro l'alibi dell'efficienza e della lotta agli sprechi. Un soluzione senz'altro più facile, ma rinunciataria e foriera di gravi rischi per la stessa sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Purtroppo, checché dica il ministro Sacconi nell'intervista che troverete in questo numero, l'attuale Governo sembra aver scelto questa seconda strada. E lo ha fatto a partire dalla manovra economica estiva (che di fatto ha anticipato la finanziaria) con la quale le risorse per il Ssn sono state tagliate di diversi miliardi di euro (7 secondo le Regioni) per i prossimi tre anni.

E non basta. La lettura attenta della manovra ci riserva altre brutte sorprese che toccano direttamente la nostra professione. A partire dal "licenziamento" di fatto di quasi 15 mila medici pubblici che hanno la sola colpa di avere esperienza e che, a 60 anni o poco più, se ne dovranno andare a casa pur avendo ancora molto da dare ai loro pazienti e da insegnare ai loro colleghi più giovani. E ciò senza neanche pensare ad una loro sostituzione che, quantomeno, avrebbe tamponato lo scandalo del precariato.

Un'altra chicca di ispirazione brunettiana è quella con la quale ci è stato decurtato lo stipendio (anche fino al 30%)

segue in ultima

L'EDITORIALE

Sommario

INTERVISTA A SACCONI

Sì a una legge sul governo clinico, ma è urgente ridisegnare l'intera rete ospedaliera
alle pagine 3-4

LIBRO VERDE SUL WELFARE

Dal Governo il via ad un confronto a tutto campo per ridisegnare il sistema di protezione sociale del nostro Paese
alle pagine 5-7

SPECIALE

ALLEGATI A QUESTO NUMERO

Due inserti speciali dedicati alle ricadute della manovra economica e al nuovo contratto

TORNA LO SCONTRO "PUBBLICO-PRIVATO"

BERLUSCONI E GLI OSPEDALI PRIVATIZZIAMOLI

La proposta del Premier fa discutere. Fnomceo e Anaa la bocciano. No anche dal PD e dalle Regioni. Mentre il sottosegretario Fazio cerca di spiegarla meglio. Ma il presidente Tomassini (FI) la sposa senza riserve

↳ Ester maragò

Molti ospedali pubblici verranno privatizzati per contenere le spese della sanità. È questo il progetto illustrato dal presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, intervenuto a un incontro organizzato dai Liberali popolari a Todi il 26 settembre scorso. "Rispetto al Veneto e alla Lombardia, in Sicilia e in Sardegna le spese sanitarie sono del 40 per cento più alte" ha affermato il premier. Dunque la soluzione per usc-

dali nuda e cruda, bensì della "creazione di una joint-venture pubblico privato per gestire strutture ospedaliere che non funzionano con la collaborazione dei privati". "Nel programma di Governo - ha detto Fazio - c'è l'idea di attivare, grazie ai fondi strutturali, finanziamenti che siano al 50% a fondo perduto e al 50% in project financing". Potrebbero dunque crearsi, ha specificato Fazio "delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente".

Per il momento l'uso del condizionale appare quindi d'obbligo. Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed non ha nascosto i suoi timori sull'idea prospettata dal Governo: "Il modello del project financing a cui pensa il Governo, è già adottato in sanità, ma interessa settori secondari quali mense, lavanderie, parcheggi ecc. e non può in nessun modo - ha detto - interferire nell'assistenza che è e deve rimanere saldamente in mano al pubblico". La ventilata spartizione delle cure tra privato e pubblico, addirittura nello stesso ospedale, ha aggiunto "creerebbe inevitabilmente iniquità di accesso ed è destinata a moltiplicare modelli competitivi anomali, rivolti più alla quantità che alla qualità delle prestazioni".

L'Anaa Assomed - prosegue Lusenti - nei suoi 50 anni di storia sindacale ha sempre promosso presso la categoria e le forze politiche e sociali il Ssn pubblico come modello operativo all'interno del quale elab-

borare l'insieme delle politiche sanitarie, nella consapevolezza che questo sia l'unico sistema in grado di garantire la tutela della salute con efficacia, equità e pari opportunità di accesso alle prestazioni richieste dai cittadini. Invitiamo il Governo - ha concluso - a mettere in campo strategie e interventi condivisi con tutti gli attori coinvolti, nell'esclusivo interesse e rispetto della salute dei cittadini italiani".

Anche il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco ha espresso perplessità sul progetto e raccomanda estrema cautela: "Guardo con perplessità e preoccupazione a questa ipotesi. Il privato in sanità non è una novità, infatti, una parte consistente dei servizi sanitari sono gestiti dal privato e guarda caso predominano proprio nelle Regioni in difficoltà. Quindi, se questa soluzione diventa sinonimo di efficienza facciamo attenzione". Non mancano neppure progetti realizzati in project financing, ricorda Bianco, primo tra tutti l'ospedale di Mestre: "Una struttura eccellente - ha aggiunto - ma che di fatto non appartiene più ai cittadini in quanto per i prossimi trent'anni avrà come obiettivo solo quello di produrre un ritorno degli investimenti attuati. In buona sostanza se intervengono interessi di carattere privato le cui logiche, legittime, sono quelle di realizzare profitti, è difficile pensare che si possano conciliare con quelli del pubblico che ha come mission fondamentale produrre e garantire salute".

Critico, e senza mezzi termini,

Enrico Rossi assessore alla sanità della Toscana e coordinatore degli assessori regionali, secondo il quale la proposta formulata dal Governo "è un grave passo indietro che consegna gli ospedali ai privati". "Impegnare i fondi strutturali è giusto, aveva già iniziato a farlo il ministro Turco, ma allora è bene non fermarsi al 50% e arrivare almeno al 75%, perché la sanità deve rimanere saldamente in mano pubblica. Si può prevedere un investimento dei privati, ma questo non deve riguardare la parte sanitaria, piuttosto i servizi logistici, come abbiamo fatto in Toscana". Un esempio? La cardiocirurgia, per Rossi, privatizzarla significherebbe di fatto "allargare il business della sanità e questo porta al prestazionismo, per cui quante più prestazioni faccio tanto meglio è".

"Non credo poi che mettere 'pezzi di privato' dentro gli ospedali pubblici darebbe buoni risultati. Penso che quella della privatizzazione sia una cultura vecchia e superata e che il Sud, maggiormente in difficoltà, abbia bisogno di più strutture e di una migliore organizzazione piuttosto che di bravi medici perché quelli ce li ha già. Se dovessi sintetizzare il mio pensiero potrei dire quindi: no alla privatizzazione della sanità, sì all'ap-

porto del privato di qualità". E i politici? Livia Turco, ex titolare della Salute e capogruppo Pd nella Commissione Affari Sociali della Camera, non ha dubbi: invece di privatizzare le strutture, ha affermato, "ragioniamo su come far sì che i nostri ospedali tornino ad essere quello che dovrebbero essere e cioè dei luoghi per la cura delle patologie acute, dove si fa ricerca e formazione, ben integrati nel sistema sanitario locale e in costante collegamento con i servizi medici territoriali. E se il privato vuole portare il proprio contributo a questa grande opera di ammodernamento del Paese, ben venga se sarà capace di promuovere nuove opportunità e nuove possibilità di tutela e di servizi". Ma stiamo attenti alle sirene di un privato di per sé efficiente e migliore, avverte Turco, perché "rischieremo di svendere un patrimonio straordinario che appartiene a tutti gli italiani per un piatto di lenticchie". Si dice, invece "assolutamente d'accordo" con il progetto del Governo il presidente della Commissione igiene e sanità del Senato, Antonio Tomassini. E aggiunge di non capire la polemica in quanto "è la soluzione giusta, anche per interrompere quell'emorragia di soldi pubblici che fa sì che rispetto al Veneto o alla Lombardia, in alcune del Regioni del meridione lo Stato spende oltre il 40% per offrire servizi che non giustificano il costo maggiore". Infine Tomassini non giudica, quella di Berlusconi, un'uscita estemporanea "poiché nel programma del Pdl d'altronde alla voce Sanità oltre all'eliminazione delle liste d'attesa, oltre all'introduzione della trasparenza nella scelta dei manager, si parla espressamente di rinnovo tecnologico e nuove strutture ospedaliere".

Lusenti: la privatizzazione creerebbe inevitabilmente iniquità di accesso ed è destinata a moltiplicare modelli competitivi anomali, rivolti più alla quantità che alla qualità delle prestazioni

re dalle secche della crisi è: "Il federalismo fiscale e anche la privatizzazione di molti ospedali pubblici".

Un progetto appena abbozzato, ma sul quale si è abbattuto un diluvio di critiche da parte sia dei politici dell'opposizione che dei rappresentanti dei camici bianchi preoccupati per le sorti del servizio pubblico. Polemiche che il sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio ha cercato di smorzare spiegando che non si tratterà di una privatizzazione degli ospe-

Rossi: privatizzate la sanità significherebbe di fatto "allargare il business e questo porta al prestazionismo, per cui quante più prestazioni faccio tanto meglio è"

INTERVISTA AL MINISTRO DEL WELFARE MAURIZIO SACCONI

“PIÙ POTERE AI MEDICI”

Ministro Sacconi, quest'anno corre il trentesimo anniversario di tre importanti leggi sanitarie che hanno cambiato il volto della sanità italiana. La legge 833 che ha istituito il Ssn, la legge 180 che ha innovato l'assistenza psichiatrica e la legge 194 che ha reso legale l'aborto. Qual è il suo bilancio e quali dinamiche evolutive prevede in merito?

Il nostro Servizio sanitario, istituito con la legge 833 del 1978, con le sue caratteristiche di universalità e solidarietà fondate sul dettato costituzionale, è un patrimonio importante anche se permangono divari inaccettabili tra nord e sud, a partire dall'assistenza ospedaliera che vede un nord con ospedali indubbiamente più efficienti e meglio organizzati rispetto alla stragrande maggioranza di quelli meridionali. Ma oggi questo sistema è chiamato ad affrontare nuove sfide, in un contesto profondamente mutato nel quale la sanità pubblica non solo deve poter assicurare le prestazioni

legate al bisogno acuto ma deve intervenire sulle persone in tutto l'arco della vita, in un processo continuo. Per sostenere il sistema occorre sicuramente rafforzare l'autosufficienza della persona: questo significa farsi carico della salute dei cittadini sin dall'inizio, orientandoli, attraverso una adeguata informazione, ad adottare stili di vita corretti in modo da ridurre i fattori di rischio, e quindi l'incidenza delle malattie prevenibili.

Ritengo che la legge Basaglia, che trent'anni orsono ha rappresentato un significativo intervento di politica medica, modificando l'approccio alle malattie psichiatriche e privilegiando l'assistenza di prossimità, possa ora necessitare di un'ulteriore implementazione dopo un'attenta analisi sia a livello nazionale che internazionale dell'efficacia delle strategie di tutela della salute mentale, di un confronto sulle problematiche e sulle prospettive nel-

l'ambito della ricerca, anche in rapporto ai servizi disponibili sul territorio, nonché di un confronto sull'efficacia di questi servizi sia dal punto di vista dei pazienti che dei loro familiari.

Allo stesso modo, per quanto riguarda la legge 194, prima di ipotizzare modifiche credo sia doveroso adoperarsi per la sua compiuta attuazione. La nostra intenzione è quella di sollecitarne anzitutto la piena applicazione, attraverso un rafforzamento degli strumen-

ti di monitoraggio di cui disponiamo.

Con il Libro Verde sul welfare lei ha voluto aprire il dibattito sulle prospettive di riforma del nostro sistema di sicurezza sociale. Per quanto riguarda la sanità ha tracciato un quadro preoccupante per il futuro se non interverranno riforme strutturali sul piano della governance ma anche dei finanziamenti, auspicando un maggiore ruolo del privato. Può approfondirci quest'ultimo aspetto?

“Credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica”. È un riconoscimento importante per la professione quello che arriva dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi nell'intervista esclusiva rilasciata al gruppo “hcom”, pubblicata in questo numero di Dirigenza Medica.

E vanno ripensati anche i criteri di designazione dei Direttori generali, e dei primari introducendo rigidi paletti per evitare discrezionalità eccessive.

Tra le altre grandi questioni toccate dal Ministro figurano il federalismo sanitario, il ruolo del privato nella sanità, la sostenibilità economica del sistema e i nuovi Lea.



Maurizio Sacconi

Il Libro verde sul welfare non solo vuole aprire un dibattito sul nostro sistema di sicurezza sociale, ma vuole anche mettere in luce le disfunzioni, gli sprechi e i costi dell'attuale modello italiano che, come sappiamo, è fortemente penalizzato dal peso eccessivo della spesa pensionistica. Per questo auspico la nascita di un modello di governance che garantisca la sostenibilità finanziaria attraverso un rinnovato e più autorevole livello di responsabilità a livello di governo centrale con compiti di regia ed indirizzo, affidando, invece, alle istituzioni locali l'erogazione di servizi in base a criteri di sussidiarietà e differenziazione. Risulta altresì chiara la tendenza attuale secondo la qua-

Entro il 31 ottobre la nuova intesa Stato Regioni sulla Sanità. Al centro il riordino della spesa ospedaliera l'appropriatezza, le politiche del personale e la gestione degli acquisti

le la spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie delle famiglie italiane. In questo quadro occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico ed integrarlo.

A mio avviso siamo ad un punto tale per cui lo Stato deve intervenire con un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, ma soprattutto aiutare le persone a prendere atto dei limiti dell'intervento pubblico.

Qual è, sulla scorta della manovra del luglio scorso, il suo orientamento sulla sostenibilità finanziaria del Ssn?

La manovra impostata con il decreto legge 112/2008 garantisce un cospicuo aumento delle risorse anche negli anni 2010 e 2011. Questo aumento è superiore all'incremento atteso, in questi stessi due anni, del Pil reale. Il che significa che, in una situazione di generalizzata difficoltà a garantire incrementi della complessiva spesa primaria corrente, al settore sanitario è stato comunque assicurato uno spazio di crescita ulteriore. Certo tutto questo richiederà comunque di accelerare i processi di razionalizzazione degli attuali costi, ma è proprio ciò che ci proponiamo di conseguire con la nuova Intesa Stato Regioni che dovremo stipulare entro il 31 ottobre prossimo, sui grandi temi del ridisegno delle reti ospedaliere, dell'incremento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, di una maggiore capacità dei sistemi regionali e aziendali di gestire le politiche del personale e dell'acquisizione dei beni e dei servizi.

Come risponde alle preoccupazioni sulla revisione dei Livelli essenziali di assistenza? Siamo convinti che il margine di economia che si potrà conseguire con i processi di efficientamento della spesa sanitaria, cui prima facevo riferimento, sono tali da assicurare la possibilità di man-

tenere integro l'attuale profilo complessivo dei livelli essenziali di assistenza quale storicamente si è consolidato nel nostro Paese. Il problema è semmai un altro: fino ad oggi si è privilegiato un approccio genericamente espansivo del Lea, nel senso che, a fronte delle registrazioni di nuove prestazioni da considerare essenziali, non si è operata quella periodica revisione critica delle prestazioni o delle loro modalità erogative, già acquisite al sistema, ma non più prioritarie, che lo stesso decreto legislativo 502/92 prefigurava. La direzione deve essere quella di un universalismo selettivo, capace di intercettare le reali priorità assistenziali sulla base di una rigorosa verifica dell'efficacia delle varie linee prestazionali.

Il federalismo fiscale crea tante aspettative quanti timori. Soprattutto per la sanità e per la garanzia del mantenimento di livelli di assistenza sanitaria omogenei in tutto il Paese, indipendentemente dalla ricchezza delle singole realtà locali. Come conciliare autonomia e tutele nazionali in questo campo?

La bozza di disegno di legge del Governo, licenziata in prima lettura, parla chiaro. I meccanismi del federalismo fiscale saranno comunque tali da assicurare a tutte le realtà regionali il fabbisogno finanziario in grado di supportare il mantenimento dei Lea. Ovviamente il fabbisogno finanziario assicurato sarà quello derivato da una equa determinazione dei costi standard. Le regioni che staranno dentro i costi standard non avranno problemi, quelle che fanno o faranno registrare costi superiori dovranno accelerare i processi di razionalizzazione. Ma è una esperienza che in parte già stiamo facendo ad esempio con le Regioni impegnate nei Piano di rientro. Con il federalismo fiscale questo impianto diventerà più sistemico, con un più esplicito avvicinamento tra la

dimensione dell'autonomia decisionale e quella della conseguente responsabilizzazione finanziaria, che potrà meglio essere giudicata dal cittadino elettore e fruitore dei servizi essenziali compresi quelli sanitari.

La sanità territoriale si è sviluppata in modo assai variegato in questi anni nelle diverse Regioni, ma nel Libro Verde si indica la necessità di potenziare questi servizi su tutto il territorio nazionale. Come?

Noi vogliamo concentrare in pochi complessi ospedalieri l'impiego delle tecnologie e delle funzioni di eccellenza, cioè tutto quel che serve per i malati acuti. Ed è per questo che bisogna eliminare tanti ospedali marginali per sostituirli con la classica medicina del territorio rivalutando la figura del medico di famiglia, vero grande pilastro del nostro sistema perché rappresenta la reale possibilità di un migliore utilizzo delle risorse, sia nell'erogazione delle prestazioni che nel controllo delle stesse. Auspico che la medicina generale sappia sempre più rinnovarsi, riappropriandosi del suo ruolo strategico di assistenza di primo livello che giustifica la sua presenza così capillare sul territorio.

Nel Libro Verde si accenna alla necessità di garantire che il merito e la competenza siano gli unici criteri per la scelta di manager e dirigenti sanitari. Prevede un provvedimento ad hoc per cambiare le attuali regole di nomina?

Credo senz'altro che, insieme alle Regioni, i criteri di designazione dei direttori generali e dei dirigenti sanitari delle aziende vadano ripensati. Il problema non è chi li nomina, ma l'introduzione di criteri e requisiti rigorosi per evitare discrezionalità eccessive. E, comunque, ritengo che la figura monocratica dei direttori generali si sia rivelata in sé positiva.

Una delle riforme rimaste al palo in tutti questi anni è quel-

la del governo clinico per garantire maggiore potere decisionale agli operatori sanitari nell'ambito delle aziende sanitarie, limitando in qualche modo l'attuale monocrazia dei direttori generali. Condivide questo obiettivo e pensa di portarlo avanti in questa legislatura?

Ritengo che il governo clinico sia una modalità di gestione e di miglioramento della qualità e della efficienza della attività sanitaria cui tutti, operatori e medici, debbono concorrere. Esso rappresen-

Credo senz'altro che, insieme alle Regioni, i criteri di designazione dei direttori generali e dei dirigenti sanitari delle aziende vadano ripensati

ta, infatti, una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi. Più in generale, credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica. Penso che temi come l'accesso, la formazione specialistica, la formazione iniziale e quella continua, la definizione del rischio professionale, la stessa organizzazione ordinistica, i confini tra la professione medica e le altre professioni che chiamiamo paramediche, rappresentino materia che possa condurre a un testo unico, o forse a interventi più mirati e semplici. Non amo il ricorso troppo facile allo strumento legislativo, ma in questo ambito non ne escludo l'utilità.

Ecco il “Libro verde”
per costruire il nuovo welfare

CONSULTAZIONI APERTE SUL FUTURO MODELLO SOCIALE

Ventiquattro pagine, quattro capitoli (sulle disfunzioni del sistema, sulla visione di una vita buona nella società attiva, la sua sostenibilità e la sua governance) e ventisei domande in cerca delle risposte più efficaci per realizzare il Welfare del futuro. Si presenta così il “Libro verde” di Sacconi, un documento che evidenzia le criticità del sistema previdenziale e pone, in particolare, quattordici domande per migliorare il sistema sanitario italiano

↳ a cura di Lucia Conti

Un “Libro Verde” per proporre – anche attraverso una consultazione pubblica – una visione del futuro del nostro modello sociale nella prospettiva della vita buona nella società attiva. Questo il principio ispiratore del documento presentato lo

scorso 25 luglio dal ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali, Maurizio Sacconi, che illustrando le criticità dell'attuale sistema ha dato il via a una consultazione pubblica con lo scopo di elaborare soluzioni il più possibile condivise dagli attori istituzionali,

politici e sociali.

La consultazione si concluderà il 25 ottobre; in questi tre mesi tutte le riflessioni e le proposte pervenute dagli attori del sistema e dai cittadini saranno raccolte tramite la casella di posta elettronica libro-verde@lavoro.gov.it.

Al termine della consultazione, le proposte ritenute più valide saranno raccolte in un “Libro Bianco” e, sulla base di questo, il Governo elaborerà l'agenda in materia di lavoro, salute e politiche sociali da portare avanti per l'intera legislatura.

Il Libro Verde del welfare parte da considerazioni cui non si sfugge: le tendenze demografiche, i grandi cambiamenti dei bisogni, la globalizzazione e la troppo lenta crescita dell'economia stanno progressivamente sgretolando la rete delle vecchie sicurezze.

“La sfida a cui siamo chiamati

– si legge nella prefazione del Libro Verde, firmata dal ministro Sacconi – non è solamente economica ma, prima di tutto, progettuale e culturale. Vogliamo riproporre la centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali a partire dalla famiglia. Pensiamo a un welfare delle opportunità che si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza perché interviene in anticipo con una offerta personalizzata e differenziata, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri”.

Le osservazioni dell'Anao Assomed

↳ Una consultazione positiva

Consideriamo positivamente il fatto che il Ministro Sacconi abbia chiesto un parere sui contenuti del Libro Verde alle Organizzazioni Sindacali e provvederemo di concerto con la Fnomceo ad inviare tempestivamente le nostre osservazioni in forma analitica. Ci auguriamo che questa metodologia rappresenti un'inversione di tendenza rispetto all'atteggiamento che il Governo ha sin qui tenuto nei confronti del mondo sindacale e della nostra categoria in particolare. Infatti, non esistono al momento relazioni sindacali stabili con il Ministero del Lavoro nonostante questo ultimo abbia assorbito anche le competenze del Ministero della Salute.

Prendiamo atto che in più punti del Libro Verde viene evidenziato un sottofinanziamento del Ssn a vantaggio del sistema previdenziale. Tali premesse, in parte condivisibili, sono però contraddette dai contenuti reali della Legge 133 che prevede un finanziamento del Ssn inferiore ai costi attuali e con incrementi percentuali nei prossimi anni che non recuperano nemmeno il tasso di inflazione.

Il grave sottofinanziamento del Ssn che perdura da anni rischia di compromettere l'esercizio e le funzioni del Ssn

ponendo in grave difficoltà le Regioni che nell'ipotesi di un'applicazione rigida del federalismo fiscale si troverebbero in evidenti difficoltà nell'assicurare i servizi essenziali. In merito al presunto “sovrà finanziamento” del sistema previdenziale occorre considerare che sugli enti previdenziali gravano oneri impropri quali la cassa integrazione guadagni che nulla hanno a che spartire con la previdenza propriamente detta e che incidono perentamente sui bilanci di questi enti. Occorre un'operazione di trasparenza che chiarisca quali costi sono effettivamente da ascrivere alla previdenza e quanti di natura assistenziale o aventi funzione di ammortizzatori sociali. In tal senso viene spontaneo ricordare come la cassa pensione sanitari sia da molti anni in attivo di bilancio, questo è dovuto al fatto che i medici e i dipendenti statali che la costituiscono non essendo prevista e praticata la cassa integrazione e non essendo presente l'evasione contributiva sono in grado di ottenere un equilibrio tra entrate ed uscite.

Il fenomeno dell'evasione fiscale associato inevitabilmente all'evasione dei contributi previdenziali rende

pericolosamente precario il sistema del welfare precludendone la capacità di finanziamento. Tutto questo nonostante le elevate contribuzioni dei lavoratori dipendenti. Infine, il sistema previdenziale non può farsi carico di ammortizzatori sociali che di fatto finanziano con il prelievo fiscale e le contribuzioni dei lavoratori le ristrutturazioni del sistema imprenditoriale e gli ammortizzatori sociali.

L'indispensabile varo della previdenza integrativa, unico strumento per consentire una prospettiva previdenziale accettabile per i giovani, richiede coerenti provvedimenti legislativi quali l'estensione ai pubblici dipendenti della normativa già prevista per i lavoratori privati e iniziative innovative. In tal senso sarebbe auspicabile l'accesso alla previdenza complementare con contribuzione del datore del lavoro e del dipendente anche senza il conferimento dei trattamenti di fine rapporto (Tfr – Tfs).

Solo in questo modo sarà possibile quella diffusione della previdenza integrativa che potrà raggiungere un elevato numero di lavoratori e dare origine a fondi adeguati e congrui per dimensioni e capacità di competitività.



RISORSE: POCHE E MAL INVESTITE

La spesa sociale italiana, rileva il Libro Verde, ha una composizione "manifestamente squilibrata" in favore della spesa pensionistica (che costituisce il 66,7% del totale) e a sfavore di quella sanitaria (ferma al 24%) e di quella assistenziale (8,1%). La spesa per la salute è dunque oggettivamente penalizzata dal peso eccessivo della spesa pensionistica. In termini di incidenza sul Pil, la prima assorbe il 6,8% (1,5% del Pil quella privata): un dato inferiore alla media europea (7%). Nel periodo 1996-2005, inoltre, la spesa in euro correnti è cresciuta del 6,9% annuo, a fronte di un incremento tasso di crescita del Pil inferiore della metà.

Dati che destano preoccupazione non solo per il presente, ma soprattutto per la tendenziale crescita di domanda qualitativa e quantitative di prestazioni sanitarie.

L'invecchiamento e la bassa natalità, inoltre, determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario. Le patologie dell'invecchiamento infatti, in particolare quelle croniche, sono aumentate del 50% negli ultimi dieci anni e incidono, a seconda di come vengono prevenute e trattate, sul livello e sui tempi della disabilità. I pazienti cronici rappresentano già il 25% della popolazione e assorbono il 70% della spesa.

Il documento sottolinea inoltre con forza le caratteristiche di questa spesa, che al Sud spesso segna un rapporto costi-benefici negativo. Non di rado a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti, come testimonia anche la mobilità sanitaria dal Sud verso il Nord. Ben tredici Regioni, peraltro, segnalano un disavanzo dei bilanci, con l'85% del disavanzo complessivo concentrato in Lazio, Campania e Sicilia. Permangono inoltre estese aree di inappropriata.

Per quanto riguarda la spesa socio-assistenziale, amministrata a livello locale, si assiste a un grande divario territoriale che va dai 146 euro per abitante del

Nord-Est ai 40 euro del Sud. Un dato allarmante, se si considera che accanto all'invecchiamento si accompagna una maggiore incidenza della disabilità: in Italia i disabili superano i 2,5 milioni, 900mila dei quali "confinati" in casa a causa delle barriere architettoniche esistenti. La disabilità è una condizione molto diffusa anche nella fascia di età anziana, tanto da coinvolgere il 12% degli ultrasessantacinquenni.

LA CRISI DEL MODELLO SOCIALE

Si tratta, secondo il Libro Verde, di una crisi anzitutto culturale e di valori, che parte dal "misconoscimento della centralità della persona" e il mancato coinvolgimento dell'indi-

viduo all'interno della comunità, in grado invece di ampliare le responsabilità individuali e i comportamenti solidali. La tesi centrale del Libro Verde è che una società attiva è più competitiva perché caratterizzata da un'alta dotazione di capitale umano, ma anche più giusta e inclusiva, perché capace di connettersi e costruire solide relazioni sociali.

La tesi del Libro Verde vede inoltre "finito il tempo della contrapposizione, tutta ideologica, tra Stato e mercato ovvero tra pubblico e privato. Un welfare delle opportunità – si legge sul documento – non può scommettere su una virtuosa alleanza tra mercato e solidarietà attraverso una ampia rete di servizi e di operatori, in-

Ancor più rilevante nel contesto di instabilità dell'economia. Il nostro welfare appare finanziato da troppo pochi soggetti attivi e non contribuisce ad aumentarne il numero

differentemente pubblici o privati, che offrono, in ragione di precisi standard di qualità ed efficienza coerenti in tutto il territorio nazionale, non solo semplici servizi sociali e prestazioni assistenziali, ma anche la promessa di una vita migliore – e, nei casi estremi, anche solo della vita stessa – incidendo su comportamenti e abitudini negativi e in grado di proporre nuovi stili di vita".

LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SOCIALE

Ancor più rilevante nel contesto di instabilità dell'economia. Il nostro welfare appare

finanziato da troppo pochi soggetti attivi e non contribuisce ad aumentarne il numero. In questa prospettiva il primo intervento possibile, per realizzare un modello sociale sostenibile e garantire risorse adeguate, è allargare drasticamente la base dei contribuenti, cioè alzare il tasso occupazionale che, secondo i target della Strategia di Lisbona, dovrebbe essere del 70%, con 60% di occupazione femminile e 50% degli over 50.

Vi è poi un problema di rigoroso controllo della spesa, in funzione di obiettivi non solo quantitativi, ma anche qua-

WELFARE E SANITÀ

14 domande in cerca di risposta

Partendo dall'analisi delle criticità dell'attuale sistema sociale, il documento formula quindi una serie di domande in cerca di risposte, per sviluppare soluzioni efficienti volte al miglioramento del welfare. Le proposte saranno raccolte in un Libro Bianco che costituirà la base il pilastro fondante del futuro del modello sociale.

Vediamo alcuni dei grandi temi contenuti nel Libro verde su cui si è aperto il confronto con le parti

LA RICERCA BIOMEDICA

La ricerca biomedica è il settore della scienza che ha recentemente avuto e avrà il più grande sviluppo in termini di scoperte epocali, ricadute applicative, nuove realtà di impresa. L'Italia ha finora investito poco e male in high tech, e vi è la necessità di razionalizzare le risorse, avviando iniziative nelle aree tematiche principali della ricerca biomedica, investendo in progetti di ricerca che coinvolgano networks con massa critica di competenze, puntando sul merito e sulla qualificazione dei proponenti e su piattaforme tecnologico-strutturali condivise quali: genomica, epigenetica, proteomica, imaging, nanobiotech.

Domande:

- Come è possibile promuovere e sostenere la ricerca biomedica, pur non trascurando gli aspetti applicativi che

di questa sono spesso ricadute? Quali sono le aree tematiche e applicative da considerare come prioritarie?

- Quale potrebbe essere la migliore struttura dei bandi di ricerca per garantire un reale sviluppo della ricerca biomedica in Italia? E di conseguenza, quale potrebbe essere il sistema migliore di valutazione delle proposte di ricerca? In questo contesto quale potrebbe essere il ruolo giocato da Università e da altri Enti di Ricerca già presenti sul territorio?
- Quali le piattaforme tecnologiche da richiedere come prerequisito per competere in progetti di ricerca biomedica avanzata?
- Come valorizzare il metodo e la qualificazione scientifica nella ricerca biomedica e come incentivare i giovani a perseguirla?
- Quale deve essere il rapporto tra la

ricerca biomedica e i principi inerenti la dignità della persona?

I SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA

La Strategia di Lisbona ha fissato per l'Italia una copertura media della domanda su tutto il territorio nazionale pari al 33%. L'Italia è attualmente lontana da questo traguardo e lo stesso Piano per lo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 2007-2009 si ferma all'obiettivo di passare dal 9% al 14% di copertura media nazionale. Sarà quindi necessario proseguire con lo sforzo finanziario da parte dello Stato, ma anche promuovere soluzioni come i nidi aziendali e condominiali, tenendo conto del benessere dei bambini del ruolo strategico che questi servizi rivestono per la occupazione femminile.

Domande:

- Quali e quante risorse investire per incrementare, nei prossimi anni, i servizi per l'infanzia e la famiglia in modo sostenibile? Come favorire maggiormente l'iniziativa delle famiglie in questo settore?
- Come costruire un sistema di indicatori di qualità per tutti i servizi socio-educativi 0-3 anni? Come coniu-

litativi. Un'ipotesi è quella di intendere i livelli essenziali, sulla base di costi standard, alla stregua di un benchmark ovvero un termine di riferimento, per definire le risorse finanziarie necessarie a garantire livelli qualitativi e quantitativi adeguati in tutte le adree del Paese. "

Si evidenzia, poi, come il finanziamento del complesso dei servizi di protezione sociale sia già oggi caratterizzato da un significativo concorso dei soggetti privati. "Essi tuttavia – sottolinea il documento – vi concorrono spesso in modo disordinato e insostenibile", che ha prodotto una forte crescita della spesa out of pocket.

Lo sviluppo del pilastro privato complementare resta pe-

rò un passaggio essenziale per la riqualificazione della spesa e la modernizzazione del nostro welfare. Secondo il Libro Verde lo sviluppo dei fondi su base contrattuale, delle forme di mutualità, delle assicurazioni individuali o collettive può essere la risposta alle limitate risorse pubbliche e alla domanda di accesso a maggiori servizi.

LA NECESSITÀ DI UNA GOVERNANCE

Nel rispetto dell'attuale assetto di competenze delle Regioni, secondo il ministero del Welfare la gestione coordinata dei livelli essenziali

delle prestazioni e dei servizi, e il monitoraggio delle erogazioni e della spesa potrebbero affidate a un pilotaggio centralizzato, utile anche a trasmettere la diffusione delle buone pratiche. In ambito sanitario, questo prevederebbe uno sviluppo del ruolo e delle funzioni dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Avere a disposizione un benchmark di riferimento e il monitoraggio della spesa e dei servizi potrebbe consentire, secondo il Libro Verde, un pilotaggio utile a preparare le Regioni al federalismo fiscale, che

interessa largamente la spesa sociale.

Il federalismo fiscale, peraltro, potrebbe aprire la strada all'innalzamento della pressione fiscale nelle Regioni in cui la gestione è più inefficiente che, oltre una determinata soglia, diventerebbe una forma di "inaccettabile di punizione per i cittadini". Là dove si vada oltre quella soglia di scostamento si dovrà, secondo il Libro Verde, "lavorare a una ipotesi di 'fallimento politico', cioè di commissariamento dell'intero istituto regionale e quindi di consegna dei libri non al tribu-

nale, come nel fallimento civilistico, ma agli elettori e alle elettrici".

Nell'ambito del Ssn si impone, infine, una specifica esigenza di separazione tra la funzione di indirizzo politico e quella di gestione delle Aziende sanitarie grazie a criteri più trasparenti di selezione di Direttori generali e Direttori di unità operative. L'efficacia della azione di governance dipende non solo dalle istituzioni e dall'attore pubblico, ma anche dal concorso degli attori sociali.



gare ulteriormente qualità dei servizi e loro flessibilità?

ASSISTENZA PRIMARIA E MEDICINA GENERALE

Valorizzare il ruolo e la dignità professionale del medico di medicina generale affinché possa realmente divenire punto di riferimento e risposta alla domanda di assistenza primaria, che deve prevedere la presa in carico della persona, fondata su una valorizzazione del rapporto di fiducia medico-paziente.

Ciò anche tenendo conto che il ripristino della dignità professionale e del ruolo del medico generale ha come momento chiave la sua specifica formazione, i cui contenuti e le cui metodologie andranno individuati a livello nazionale, in modo da garantire uniformità di approccio assistenziale sull'intero territorio nazionale.

Domande:

- Come è possibile ridefinire il ruolo del medico di medicina generale in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto di integrazione con gli altri segmenti del Ssn? Come coniugare il medico di medicina generale con le strutture del servizio sanitario in modo

da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di bene-essere?

- Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la medicina generale, anche nella fase di formazione dei medici, e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e di comunicazione?

IL MODELLO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: LE POLITICHE PER LE PERSONE ANZIANE

Qualsiasi politica, perché sia efficace, presuppone l'evolversi di una società integrata e solidale che tenga conto dei bisogni dell'anziano e veda nell'invecchiamento della popolazione non un onere ma una opportunità.

Domande:

- Quale la dimensione territoriale che più efficientemente può trattare tutte le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?

- Quali le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo, con processi attivi, nei complessi percorsi della rete dei servizi?

- Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?

I FONDI PRIVATI

Le attività finanziarie delle famiglie sono pari a quasi quattro volte il reddito disponibile. La ricchezza complessiva netta delle famiglie, tenendo conto degli immobili, è pari a oltre sette volte il reddito. La spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie delle famiglie italiane.

In questo quadro, le diverse forme di mutualità fra privati, realizzate attraverso la bilateralità, le assicurazioni private o le forme miste, sia quelle di natura previdenziale sia quelle di natura socio-sanitaria, possono concor-

rere in maniera efficiente ed equa a migliorare la gestione dei rischi, specie di quelli di maggiore rilievo. Per questo motivo, queste realtà devono essere collocate all'interno di una visione

organica del sistema di Welfare del Paese. Lo Stato può disegnare un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, aiutare le parti e soprattutto le persone a prendere atto dei limiti, ormai ineludibili, dell'intervento pubblico.

Domande:

- Attraverso quali strumenti è possibile garantire una ulteriore implementazione della previdenza complementare, che, soprattutto per le giovani generazioni, possa costituire un canale di protezione efficace per il futuro?

- Quali possono essere le necessarie modifiche normative che permettano ai fondi privati di realizzare il collegamento tra sanitario e sociale/assistenziale? In questo contesto, è la non autosufficienza il primo e più grave problema che tali fondi possono contribuire ad affrontare, integrando anche pacchetti differenziati tra giovani e anziani, al fine di promuovere una più solida solidarietà intergenerazionale?



A VIAREGGIO LA PRIMA EDIZIONE della kermesse promossa da Italianieuropei

SALUTE, È FESTIVAL

↳ Eva Antoniotti

È impossibile dare conto di tutti gli incontri che si sono susseguiti e spesso accavallati nel primo Festival della Salute promosso da Italianieuropei a Viareggio a fine settembre. Con oltre 200 relatori coinvolti ad affrontare praticamente tutti gli aspetti del mondo sanitario, dagli ospedali all'assistenza territoriale, dalla ricerca alla prevenzione, dagli stili di vita al nodo delle scelte di fine vita. Tuttavia, a voler tirare le somme, due sono stati gli argomenti ricorrenti: il federalismo fiscale, con le preoccupazioni che crea soprattutto in ambito sanitario visto che i bilanci regionali sono per oltre l'80% composti di sanità, e il testamento biologico, tema etico con una forte eco sia in ambito politico sia tra i cittadini. Fin dall'apertura si entra nel vivo, con un confronto moderato da Enrico Mentana, che ha come protagonista il ministro del Welfare Maurizio Sacconi. "Il federalismo fiscale porterà una maggiore responsabilità nell'organizzare la spesa" dice Sacconi, aggiungendo che "in un Paese spaccato a metà tra buone e cattive pratiche di salute, il federalismo diventa l'opportunità di organizzare i servizi secondo i modelli più virtuosi con il vincolo di raggiungere costi ottimali". Le Regioni che non riusciranno a far quadrare i conti saranno costrette ad aumentare la pressione fiscale e nei casi più gravi

"bisognerebbe far scattare il falimento politico oltre al commissariamento della Regione con l'obiettivo di non far ricandidare più quelle persone che hanno portato i servizi all'inefficienza". Un tono aspro verso quelle che Sacconi definisce Regioni "canaglia" e per le quali annuncia che "la ricreazione è finita". Il ministro sembra riporre molta fiducia nei sistemi di valutazione, rivolti sia agli amministratori che agli operatori del sistema sanitario. Un tema che piace anche ad Ignazio Marino, vera anima di questo Festival, secondo il quale "è gusto che i cittadini, veri azionisti del Ssn, devono poter sapere", e dunque essere informati sui risultati ottenuti dalle strutture e dai singoli profes-

sionisti. Attento ai sistemi di valutazione anche Enrico Rossi, che ha però sottolineato come sia stato complesso e delicato arrivare a metterli davvero in atto, come accade ora nella Regione Toscana. E Rossi ha anche rimarcato come i costi standard debbano essere utilizzati tenendo conto, "ponderando", delle diverse realtà regionali, a cominciare dalla maggiore o minore presenza della popolazione anziana. Il giorno seguente l'evento centrale ruota intorno alla sicurezza in ospedale, ma ancora una volta si arriva a parlare di federalismo. "Federalismo non significa ognuno per conto proprio, ma responsabilizzare le Regioni" sintetizza il sottosegretario Ferruccio Fazio, rimar-

cando le grandi differenze in termini di out comes tra le Regioni. "In Sicilia - ricorda Fazio - ci sono ogni anno 2.500 nuovi casi di tumore alla mammella, ma il 43% di queste donne si cura altrove". Per questo, conclude, "il primo impegno di questo Governo è di uniformare i trattamenti sanitari verso l'alto". Ma Livia Turco contesta le iniziative governative, ricordando come siano stati di fatto ridotti i finanziamenti alla sanità, "il Governo ha tagliato 5 miliardi", e come siano stati imposti alle Regioni, e non concordati, interventi di taglio di posti letto. Ancora federalismo anche nel dibattito che chiude il Festival. Protagonisti Massimo D'Alema e Roberto Calderoli, che fan-

no registrare una consonanza non del tutto inattesa. Il ministro della semplificazione apre dichiarandosi convinto che "per la sanità in Italia si spende troppo poco e si spende male, si spreca troppo" e aggiungendo di non credere ai sistemi privati sul modello americano, ma piuttosto in un "Ssn integrato con il privato". Gli amministratori regionali presenti, i presidenti Vasco Errani e Nichi Vendola e l'assessore Enrico Rossi, ricordano però come sia aperta una trattativa aspra con il governo centrale, per il mancato finanziamento dei 400 milioni di euro mancanti nei conti regionali dopo l'abolizione dei ticket. Calderoli li rassicura e si dice convinto che entro il mercoledì successivo si troverà un accordo, come è poi effettivamente accaduto.

Quando prende la parola, D'Alema non lascia cadere la sottolineatura fatta da Calderoli a proposito degli scarsi finanziamenti al Ssn, invitandolo a preparare una comune protesta contro il ministro Tremonti e il presidente Berlusconi. D'Alema rivendica poi al centro sinistra di aver avviato la politica delle autonomie, primo passo verso l'attuale federalismo. Che però, sottolinea il presidente di Italianieuropei, nella formulazione attuale sembra confuso, ridotto ad un'etichetta, "una bandiera" senza molti contenuti, riproposta solo per rafforzare l'alleanza di Governo.

↳ segue dalla prima

in caso di assenza per motivi di salute. Una norma vergognosa che riguarda tutto il pubblico impiego e che è una vera e propria tassa sulla malattia sulla quale pensiamo sia giusto aprire una vertenza durissima insieme a tutte le altre categorie del settore pubblico. Di fronte a questo scenario non possiamo

quindi che leggere negativamente anche l'ultima proposta del Governo, quella di privatizzare gli ospedali che, e speriamo di essere smentiti, rappresenterebbe la definitiva abdicazione dello Stato nei confronti della responsabilità costituzionale di tutelare la salute di tutti gli italiani.



Abbiamo bisogno della tua mail

Più risparmio, più possibilità di comunicare, più servizi, più contatti. A portata di un click. Quando ti fa più comodo, senza spostarti da casa o dal lavoro. Per questo abbiamo bisogno della tua mail. Per offrirti un servizio di assistenza e informazione sindacale migliore. Sempre puntuale, aggiornato e rapido. A partire dalla nostra Newsletter settimanale. Lo stesso vale per le tue esigenze e le tue domande. Inviaci tutto per mail. Non ti costerà nulla e ci metterai nelle condizioni di risponderti con più rapidità. E allora mandaci subito una mail a: posta@anaao.it insieme ai tuoi dati anagrafici e al numero di iscrizione all'Anaao Assomed.

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anaao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Editore



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 675/96

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

Finito di stampare nel mese di ottobre 2008