

# NON È UN PAESE PER GIOVANI

**Formazione inadeguata,  
eterno precariato,  
carriera come percorso  
a ostacoli e a comandare  
sono sempre i soliti.  
ECCO PERCHÉ È NATA  
ANAAO GIOVANI**

servizi a pagg. 2-6



**con questo numero**

- **La locandina della campagna iscrizioni 2011 per l'adesione ad Anaa Giovani da diffondere nel tuo ospedale**



## L'editoriale

di Costantino Troise

# NON È UN PAESE PER GIOVANI

L'Italia non è certo un Paese per giovani. E nemmeno il suo sistema sanitario appare friendly per le nuove generazioni.

Un lunghissimo periodo formativo, una insufficiente expertise professionale, una stagione di precariato che sembra eterna, nuovo ossimoro del nostro linguaggio, stretti tra piani di rientro e deliri thatcheriani, un futuro previdenziale reso drammatico dalla rottura del patto intergenerazionale. Dati di un fenomeno sociale destinato a scoppiare come una bomba ad orologeria.

Arrivati alla agognata stabilizzazione in una età in cui in tutta Europa i loro coetanei sono spesso all'apice della carriera, i giovani medici italiani trovano un sistema bloccato che li considera ancora "in formazione" per ulteriori 5 anni prima di concedere adeguati livelli di retribuzione e di autonomia professionale. In una organizzazione del lavoro che spesso nega i diritti specie alle donne, costrette ad un continuo percorso ad ostacoli tra professione ed obblighi di cura. Stride con questo scenario di prospettive inquietanti il limitato grado di reazione sociale ed il diffondersi di una sfiducia, profonda e generalizzata, verso tutti e tutto. Compreso il sindacato.

Paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro si accompagna alla perdita di credibilità delle organizzazioni sindacali facendo ritenere a molti, in un mondo in cui sembrano prevalere come uniche idee forti il mercato e la cultura aziendale, antiquata e inefficiente l'idea associativa come forma organizzata di tutela dei legittimi interessi di categoria.

La crisi del sindacato, comune a confederali ed autonomi, nascosta o mascherata da dati sulle iscrizioni non sempre trasparenti, è legata alla effettiva capacità di rappresentare chi lavora nelle molteplici forme e nelle diverse funzioni esistenti, allineando l'organizzazione alle nuove modalità di aggregazione professionale e sociale.

Questa campana suona anche per noi eredi di mezzo secolo di attività sindacale che ha attraversato trasformazioni sociali, economiche e politiche.

**Non dobbiamo avere timore a dirlo.**

Oggi l'iscrizione all'Anaa per un medico giovane non è sempre garanzia di essere adeguatamente rappresentato nelle sue esigenze e nelle sue prerogative. Né appare diffusa la consapevolezza che l'essere donna, in medicina, richiede, da parte di chi quelle donne medico vuole rappresentare, un'elaborazione critica finalizzata ad un compiuto valore di genere. Le stesse modalità di attività sindacale possono apparire estranee alla nuova democrazia rappresentativa e partecipativa, dei blog, di facebook o youtube.

Nella nostra categoria, avere 30 anni e incontrare un mondo del lavoro chiuso può provocare una reazione di rigetto verso una offerta sindacale caratterizzata spesso da profili di "medici arrivati", poco percepiti

come colleghi partecipi di un'unica battaglia professionale. Senza una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve da parte del sindacato si producono guasti sociali e categorie storiche del lavoro dipendente, che privilegiate non sono, come tali sono percepite da giovani appena affacciati in un mondo del lavoro completamente diverso rispetto anche a solo 20 anni fa.

**Un sindacato come l'Anaa non può non tenerne conto.**

A partire da queste riflessioni, e sviluppando un'intuizione di Carlo Lusenti, il XXI Congresso ha deciso di fare nascere "Anaa Giovani" che vuole essere una risposta concreta, diretta, alle nuove realtà del lavoro medico e professionale. Una prova della nostra volontà di avviare e governare un ricambio generazionale favorendo la contaminazione di esperienze e la partecipazione dei giovani agli organismi statutari a tutti i livelli.

Intendiamo, così, assumere il rinnovamento come valore mettendo alla prova la nostra capacità di arruolare nuove leve con la logica del merito e della passione. Attenti al nuovo che avanza a partire dalla straordinaria crescita delle donne medico, una rivoluzione di genere che non può che far bene alla categoria.

**Abbiamo bisogno di stimoli ed energie nuovi.** Anche per cambiare la immagine e la percezione diffusa che del sindacato hanno troppi colleghi, quella di un apparato con regole e meccanismi interni di governo chiusi se non esclusivi.

"Anaa giovani" dovrà essere un laboratorio, attrezzato per agire sul campo con proprie iniziative e proposte, che aspira a diventare il luogo dove ripensare e ridefinire il sindacato dei prossimi anni. Un laboratorio, ma non un ghetto, per innestare forze nuove in un tronco robusto che, anche se a fin di bene, non deve rappresentare di fatto un ostacolo a priori per le nuove leve sindacali. I giovani e le donne, che per la loro diversa sensibilità costituiscono di per sé un elemento rinnovatore nei processi aggregativi, sono il nostro futuro al quale "oggi" vogliamo aprire la porta principale dei nostri organismi decisionali ed esecutivi. Accogliendo le loro energie e le loro visioni come linfa vitale per guardare con ottimismo alle prossime sfide. L'Anaa dovrà dimostrare di sapere rinnovarsi attirando a sé i migliori e i più rappresentativi della categoria, affinché idee e proposte restino credibili e vincenti. Tocca agli attuali gruppi dirigenti trasmettere alle nuove generazioni le competenze e la passione civile di chi ha fatto grande questo sindacato in 50 anni di storia e permettere che meriti e talenti si esprimano liberamente.

Anche dimostrando, se necessario, come il farsi da parte sia un fattore essenziale per consentire la crescita e il rinnovamento di un sindacato che vuole essere sempre in linea rispetto al mondo del lavoro cui si rivolge.

## PARTE IL PIANO NAZIONALE

Regole stringenti per abbattere le liste d'attesa per 58 prestazioni "critiche" e non solo. Intramoenia aziendale per abbreviare i tempi. Sono questi alcuni dei punti cardine del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012 messo a punto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio e approvato dalla Stato-Regioni. Ma per Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, il nuovo provvedimento non risolve in pieno le criticità. Meglio sarebbe stato avviare un'analisi: "Delle reali determinanti che influiscono sulla domanda e delle ragioni strutturali che non mettono gli ospedali pubblici nelle condizioni di soddisfarla"

**P**restazioni ambulatoriali specialistiche urgenti eseguite prima possibile e comunque, entro 72 ore. Quelle brevi entro dieci giorni. Prestazioni differibili effettuate entro trenta giorni e accertamenti diagnostici non oltre i 60 giorni. E ancora, corsie preferenziali per malati oncologici e con patologie cardiovascolari. Sono queste alcune delle coordinate messe a punto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio per dare battaglia alle liste d'attesa e contenute nel nuovo Piano nazionale ad hoc 2010-2012 approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni. Norme nuove di zecca raggiunte grazie ad un'intesa con le Regioni fino ad oggi andate spesso in ordine sparso nell'affrontare la questione, nonostante tentativi reiterati di accordi nazionali portati avanti negli anni scorsi anche da Francesco Storace e Livia Turco nel periodo in cui hanno occupato la poltrona di ministro della Salute.

Molte le novità del Piano taglia liste. Si prevede l'introduzione di un doppio binario per

distinguere le prestazioni urgenti da quelle erogate con finalità preventive e soprattutto tempi massimi di attesa per garantire ai cittadini 58 prestazioni "critiche" individuate dal Dicastero. E ancora, si introduce una quota di risorse da vincolare a progetti regionali e il monitoraggio dei tempi d'attesa sui siti web di Regioni, Province autonome e di aziende sanitarie. I flussi informativi utilizzati per il monitoraggio sono costituiti da prestazioni ambulatoriali, percorsi diagnostici terapeutici, tempi di attesa delle prestazioni della libera professione intramuraria e sospensione dell'erogazione della prestazione.

Soprattutto a decidere sui tempi di attesa saranno le Regioni con Piani da hoc che dovranno, in undici mosse, tagliare le attese (Cfr. Box). I Piani regionali se non saranno approvati entro sessanta giorni dal varo delle norme nazionali (e trasmessi entro venti giorni alla Salute e al Comitato dei Lea) verranno automaticamente sostituiti da queste ultime.

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, il cui obiettivo è "promuovere la capaci-

DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA 2010-2012

# TAGLIO AI TEMPI DI ATTESA PER 58 PRESTAZIONI

tà del Ssn di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea" prevede, aveva anticipato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio nella relazione presentata in Parlamento, l'inserimento di "paletti tali, che non sarà più possibile avere 300 o 400 giorni di attesa per esami importanti come avviene adesso". Inoltre, con il Centro unico di prenotazione nazionale (le cui sue azioni sono state definite nelle Linee guida nazionali stabilite nell'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2009) che mette in rete i centri regionali, saranno anche identificati i buchi nelle liste d'attesa. "Questo meccanismo di monitoraggio seguito direttamente dall'Agenas - ha sottolineato Fazio - consentirà di sapere dove non viene applicato il piano e quindi di agire tempestivamente".

## LE PRESTAZIONI E I TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Il Piano ha individuato 58 prestazioni selezionate in base al monitoraggio svolto dal-

l'Agenas in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006: esattamente 14 visite specialistiche ambulatoriali, 29 prestazioni di diagnostica strumentale, 5 prestazioni in Dh e 10 in regime in ricovero ordinario (Cfr. tabella). Il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture indicate dal Piano attuativo aziendale (Paa).

Nel mirino del Piano ci sono poi le aree oncologica e car-

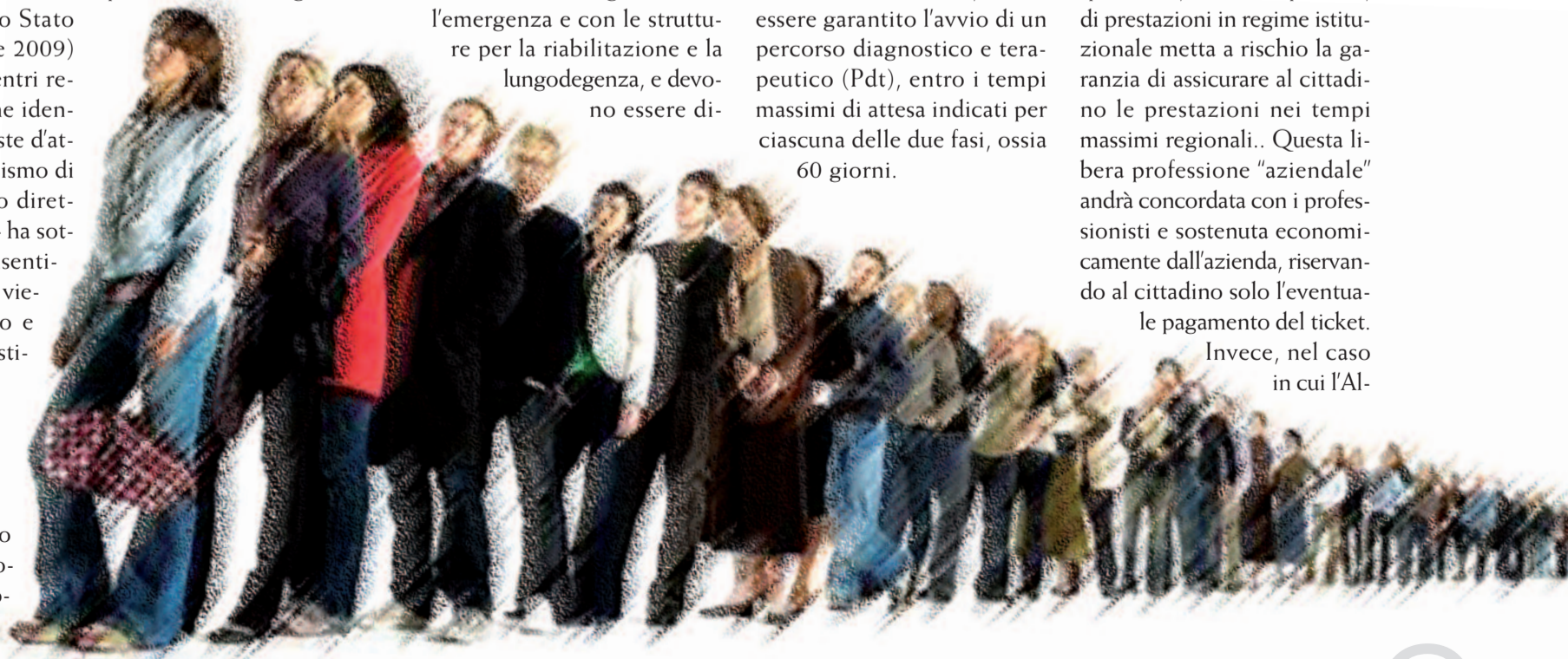
diovascolare. Latout per cuore e neoplasie è il modello a rete che si fonda sui collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento, consentendo di orientare l'assistenza in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di rischio del paziente, definita nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, e i tempi previsti di intervento. Per quanto riguarda l'area cardiovascolare le strutture della rete devono integrarsi tra loro e con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza, e devono essere di-

slocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento, utilizzando specifici protocolli operativi. Per quanto concerne invece l'area oncologica, la rete deve assicurare anche il coordinamento con i servizi territoriali deputati all'assistenza domiciliare, ai percorsi riabilitativi e alle cure palliative. Ai pazienti, dopo la prima visita specialistica garantita secondo le priorità indicate dal Piano che conferma il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (Pdt), entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi, ossia 60 giorni.

## L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Tra le novità c'è anche l'Alpi, che viene indicata come un ulteriore possibile strumento per abbattere le liste d'attesa in quanto possono contribuire a integrare l'offerta istituzionale. Sono due le modalità disciplinate: la libera professione "aziendale" e quella scelta liberamente dal paziente. La libera professione "aziendale" può rappresentare un sostegno nel momento in cui una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni nei tempi massimi regionali. Questa libera professione "aziendale" andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale pagamento del ticket.

Invece, nel caso in cui l'Al-



pi venga effettuata su scelta e richiesta dell'utente e a suo carico, andranno garantite forme di controllo affinché le due forme di erogazione (libera professionale e istituzionale) non entrino in concorrenza, ma contribuiscano insieme ad allargare l'of-

ferta di prestazioni. In questo caso, ai fini della trasparenza e della non interferenza tra i due regimi, nei Piani regionali dovranno essere previste modalità centralizzate, preferibilmente informatizzate, e separate di prenotazione delle pre-

stazioni specialistiche ambulatoriali, nonché forme di verifica per rispettare l'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e in libera professione. Anche per i ricoveri dovranno essere previste le stesse modalità.

## I punti cardine del Piano

**AGGIORNA L'ELENCO** delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano.

**INDIVIDUA LE AREE** cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (Pdt) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento.

**PREVEDE CHE**, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni fissate dal ministero, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel Piano.

**PREVEDE L'UTILIZZO** di una quota delle risorse per gli obiettivi di Psn, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali e di quelle previste nel Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 - Progetto "Rete centri di prenotazione", anche per realizzare il Cup secondo le indicazioni delle linee guida nazionali.

**PROMUOVE LA VALUTAZIONE** ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

**INDIVIDUA QUALI** strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa il flusso informativo di: tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante e ex post; Sdo; dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica e di quelli delle prestazioni erogate in libera professione intramu-

riaria; delle sospensioni delle prestazioni.

**INDIVIDUA, A GARANZIA** della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

**PROMUOVE LE MODALITÀ** di utilizzo della libera professione intramuraria nell'ambito del governo delle liste d'attesa, nonché le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione.

**RIDEFINISCE LE MODALITÀ** di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea.

Liste d'attesa, il commento del segretario

## Troise: "La prima causa è

**Non c'è un governo della domanda. È questo per Costantino Troise, segretario nazionale Anao Assomed il nodo da sciogliere sull'annoso problema delle liste d'attesa. Una criticità che grava sull'intero territorio nazionale, ma che il nuovo Piano nazionale presentato dal ministro della Salute Ferruccio Fazio, non risolve in pieno**

**Dottor Troise, il problema delle liste d'attesa è tornato a galla e il ministro Fazio ha presentato la sua ricetta per risolverlo.**

**Pensa che il piano Fazio contenga provvedimenti efficaci?**

Quello delle liste d'attesa è un problema serio di tutti i servizi sanitari pubblici del mondo. In Italia sono stati fatti numerosi tentativi, piani e leggi per risolverlo, ma con scarsi risultati. Credo che il motivo sia nella mancata identificazione delle ragioni che contribuiscono alla creazione delle liste d'attesa, prima tra tutte la mancanza di un governo della domanda. La richiesta di prestazioni sanitarie in Italia è fortemente inappropriata, a causa della medicina difensiva, sia ospedaliera che territoriale, ma anche di un aumento delle esigenze da parte dei cittadini che richiedono visite ed esami spesso ingiustificati.

Un'ipocondria che ha avuto una spinta enorme negli ultimi anni

anche per la facilità di accesso alle informazioni medico-scientifiche attraverso internet. Informazioni che però, se messe in mano a persone non formate, finiscono la maggior parte delle volte per creare paure infondate. I radiologi calcolano che il 50% delle loro prestazioni siano inappropriate. Di questo Fazio sembra non aver tenuto conto. Il piano del ministro, per quando apprezzabile nell'intenzione, mi sembra che percorra strade già battute e che non porteranno risultati. Ancora una volta si è intervenuti 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. Sono tantissime le strutture sotto organico.

**Il ministro ha annunciato anche una stretta all'attività in intramoenia per scoraggiare il dirottamento di prestazioni dal pubblico al privato, con liste di**

## news // news // news // news //

### COMMISSIONE D'INCHIESTA PARLAMENTARE: LA METÀ DEGLI ERRORI SANITARI È CONCENTRATA AL SUD

È emergenza Sud sul fronte degli errori in sanità, a partire dalla Calabria, dove ci sarebbe bisogno di una riorganizzazione globale del sistema sanitario regionale.

A scattare la fotografia sui casi di malasanità è la Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari. Analisi

da cui è emerso che in media, ogni mese, si contano 15 casi di presunta malasanità che finiscono sotto la lente d'ingrandimento dei parlamentari. Di questi, circa la metà sono concentrati in due sole regioni: Calabria (50) e Sicilia (38). Dati che il segretario dell'Anao Assomed, Costantino Troise, ha commentato con l'Adn kronos: "I dati relativi alla Calabria e alla Sicilia colpiscono e fanno riflettere - ha detto Troise -

ma dobbiamo considerare che in Italia ogni anno si ricoverano 7,5 milioni di persone, per un totale di circa 50 milioni l'anno di giorni di degenza complessivi in ospedale. Si fanno inoltre 300 milioni di visite specialistiche e circa 1 miliardo di esami di laboratorio: numeri importanti. Questo per dire che i dati sui presunti casi di malasanità vanno sempre rapportati al volume delle prestazioni erogate". Troise non esclude che qualche

problema, su questo fronte, esiste. "Purtroppo - ha sottolineato - la sanità nel nostro Paese sembra essere divisa in due, con un Sud alle prese con problemi di varia natura". Soprattutto in Calabria e Sicilia in testa. "Questo perché, probabilmente - spiega il segretario - in queste regioni c'è arretratezza strutturale e carenza di tecnologie. Ma anche la carenza di organico è più accentuata. D'altronde stiamo parlando di Regioni alle prese anche

con problemi di bilancio". Nodi complicati, da sciogliere al più presto. "È necessario - ha aggiunto Troise - garantire la sicurezza delle cure a prescindere dal codice di avviamento postale. Il diritto alla salute, non dimentichiamolo, è sancito dalla Costituzione".

### ALPI: SI CAMBIA

Sono pronte le proposte del ministro della Salute Ferruccio Fazio, concordate con le Regioni, che

Anao Assomed

## La domanda inappropriata

### attesa create ad hoc. Cosa pensa del rapporto tra liste di attesa e intramoenia?

Limitare l'attività in intramoenia, riducendo quindi il tempo che un medico dedica all'erogazione di prestazioni, piuttosto che favorire la riduzione delle liste di attesa rischia di aumentarle in modo consistente. E anche in questo caso si sono ignorate considerazioni e dati già noti e diffusi dal ministero stesso, che dimostrano come non vi sia correlazione tra l'aumento delle liste di attesa e i volumi di attività intramuraria. I pazienti stessi, peraltro, smentiscono il fatto di rivolgersi alle prestazioni private a causa degli eccessivi tempi di attesa nei servizi pubblici. Basta leggere la relazione che Fazio ha presentato in Parlamento per trovare queste risposte. Al di là degli abusi a scopo lucrativo dell'intramoenia, che sono casi singoli e che vanno certamente contrastati e puniti, credo che identificare nell'intramoenia la causa di tutti i mali del Ssn sia un alibi troppo facile.

**Secondo lei, dunque, il piano di Fazio potrebbe addirittura peggiorare la situazione...**

Il rischio mi sembra concreto. Ho forti dubbi anche sul piano di Fazio per quanto riguarda il Cup nazionale, perché non capisco quali miglioramenti alle liste d'attesa si possa avere nel dire a un cittadino di Palermo che può avere la prestazione in soli 3 giorni se va a Milano. Probabilmente l'unico risultato sarebbe quello di spingere a una migrazione sanitaria altrettanto inappropriata alla domanda. Mi sembra, insomma, che Fazio si sia limitato a prendere coscienza di un problema, ma senza trovare soluzioni efficaci. Meglio sarebbe stato avviare un'analisi delle reali determinanti che influiscono sulla domanda e delle ragioni strutturali che non mettono gli ospedali pubblici nelle condizioni di soddisfarla. Vorrei però sottolineare che in Italia le prestazioni urgenti, cioè quelli per patologie in cui si deve intervenire in tempi brevissimi è vitale, vengono soddisfatte in tempi rapidi. La stramaggioranza delle liste d'attesa nel nostro Paese non sono di questo tipo. Allora bene ridurre i tempi, ma i cittadini sappiano che se le loro attese sono lunghe, è perché l'attesa non arrecherà peggioramento alla loro salute. (L.C.)

## Gli undici i punti che devono essere previsti nei Piani regionali:

**1. Fissazione** dei tempi massimi regionali per le prestazioni tenendo presente che, nel caso questo non avvenisse, si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel Piano.

**2. Governo** della domanda di prestazioni, garantendo in particolare un ricorso appropriato alle attività del Ssn attraverso diversi strumenti tra i quali l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati.

**3. Definizione** e i criteri di utilizzo delle prestazioni programmate e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità.

**4. Messa** in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità, alla presenza del quesito diagnostico, alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

**5. Gestione** razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del Cup per integrare il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, per questo le Regioni dovranno recepire le Linee guida nazionali sul sistema Cup (come da accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010).

**6. Definizione** delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui a livello aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa.

**7. Trasmissione** sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa.

**8. Adeguata** organizzazione delle attività in libera professione erogate dai professionisti per conto e a carico delle aziende, per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati.

**9. Sviluppo** di iniziative di Ict che prevedano, anche sulla base di quanto stabilito dalle Linee guida nazionali sul sistema Cup, lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina.

**10. Informazione** e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel Piano, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Urp e Carte dei servizi.

**11. Vigilanza** sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

news //

cambieranno le regole della libera professione intramuraria. Nella bozza di accordo tra Salute e Regioni - che sarà recepito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri solo dopo che i Governatori avranno dato il loro placet definitivo - è previsto che le modalità per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria (Alpi) saranno disciplinate dalle Regioni con Piani locali in accordo con i sindacati di categoria e in armonia con le norme contrattuali. I Piani dovranno definire ogni anno, in

sede di contrattazione del budget o di negoziazione con le aziende, i volumi di attività istituzionale, tenendo conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche disponibili e con carichi di lavoro misurati. Soprattutto, l'attività libero professionale non dovrà superare quella istituzionale né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto. Lo svolgimento dell'Alpi al di fuori dell'orario di servizio dovrà avere un'apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale. E non

mancheranno sanzioni in caso di violazione che dovranno essere indicate dalle Regioni sempre nei Piani locali. In ogni caso per tenere sotto controllo la gestione dell'intramoenia saranno costituiti nelle Aziende organismi paritetici ai quali parteciperanno i sindacati con l'intervento del Collegio di Direzione. E ancora, le prenotazioni saranno effettuate dall'azienda di appartenenza del medico con l'obiettivo di permettere un controllo dei volumi delle prestazioni e tenere, appunto, ben distinte quelle in effettuate

in intramoenia da quelle istituzionali. Nei Piani saranno poi definite le tariffe per l'Alpi. Tariffe stabilite, d'intesa con i professionisti e messe nero su bianco con accordo in sede di contrattazione integrativa. Queste, dovranno coprire tutte le spese sostenute dalle aziende per gestire l'attività libero professionale ed evidenziare le voci dei compensi di professionisti, équipe, personale di supporto, nonché i costi per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature.

### INTRAMOENIA ALLARGATA: IN ARRIVO UNA NUOVA PROROGA DI DUE ANNI

Potrebbe arrivare una nuova proroga per la libera professione intramoenia allargata la cui scadenza è fissata al 31 gennaio 2011. È quanto ha annunciato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio ai sindacati dei medici nel corso di un confronto sull'Alpi, al dicastero della Salute. All'intramoenia allargata verrà concesso uno slittamento di due anni - fino al 31 gennaio 2013 quindi - che sarà sancito

## Le 58 prestazioni nel mirino

### Visite specialistiche

1	Visita cardiologia
2	Visita chirurgia vascolare
3	Visita endocrinologica
4	Visita neurologica
5	Visita oculistica
6	Visita ortopedica
7	Visita ginecologica
8	Visita otorinolaringoiatrica
9	Visita urologica
10	Visita dermatologica
11	Visita fisiatrica
12	Visita gastroenterologica
13	Visita oncologica
14	Visita pneumologica

### Prestazioni strumentali

15	Mammografia
16	TC senza e con contrasto Torace
17	TC senza e con contrasto Addome superiore
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore
19	TC senza e con contrasto Addome completo
20	TC senza e con contrasto Capo
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale
22	TC senza e con contrasto Bacino
23	RMN Cervello e tronco encefalico
24	RMN Pelvi, prostata e vescica
25	RMN Muscoloscheletrica
26	RMN Colonna vertebrale
27	Ecografia Capo e collo
28	Ecocolordoppler cardiaca
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici
31	Ecografia Addome
32	Ecografia Mammella
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica

### Altri esami specialistici

34	Colonscopia
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
36	Esofagogastroduodenoscopia
37	Elettrocardiogramma
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
39	Elettrocardiogramma da sforzo
40	Audiometria
41	Spirometria
42	Fondo Oculare
43	Elettromiografia

### Prestazioni in day hospital//day surgery

44	Chemioterapia
45	Coronarografia
46	Biopsia percutanea del fegato
47	Emorroidectomia
48	Riparazione ernia inguinale

### Prestazioni in ricovero ordinario

49	Interventi chirurgici tumore Mammella
50	Interventi chirurgici tumore Prostata
51	Interventi chirurgici tumore colon retto
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero
53	By pass aortocoronarico
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)
55	Endoarteriectomia carotidea
56	Intervento protesi d'anca
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone
58	Tonsillectomia (2)

(1) Le Regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale;

(2) Le Regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale

## L'Anaaoc boccia la legge sul lavoro Penalizzati i diritti sociali e le donne medico

La legge sul lavoro? Boccia. Per l'Anaaoc Assomed il provvedimento, approvato in via definitiva dalla Camera proprio non va. Penalizza i diritti sociali e il lavoro, riducendo la possibilità di assistere familiari disabili e di accedere a un regime di part-time. Soprattutto colpisce pesantemente le donne medico. Dopo le dure critiche espresse da tempo, in particolare sulla previsione di slittamento, facoltativo, a 70 anni dell'età pensionabile dei medici, l'Anaaoc Assomed torna a ribadire il giudizio negativo sul provvedimento divenuto Legge perché "la stretta sul part-time, già avviata con la legge 133/2008, si arricchisce ora della possibilità da parte delle amministrazioni di revocare i contratti già stipulati, colpendo i medici donna che costituiscono quasi il 60% dell'universo professionale medico già provate da una pesante organizzazione del lavoro che le penalizza nella sfera privata e professionale".

Ulteriore aspetto negativo, sottolinea l'Anaaoc, è la possibilità di collocamento a riposo dei medici al maturare dei 40 anni di servizio effettivo fino all'età di 70 anni a invarianza del numero dei dirigenti. Una decisione che si traduce nel blocco delle aspettative di carriera e non permette nuove assunzioni per ogni medico che opererà di rimanere in servizio. "Invece di risolvere la piaga del lavoro precario che nega i diritti contrattuali a migliaia di medici - ha affermato il segretario nazionale Costantino Troise - si determina un ulteriore blocco alla loro stabilizzazione ed un prevedibile allargamento del fenomeno. Senza nemmeno eliminare in maniera chiara la possibilità di rottamazione dei medici lasciando ad un confronto con Regioni e organizzazioni sindacali la definizione dell'età di quiescenza dei medici in una ottica di sistema e non di interessi personali. Parlamento e Governo - ha concluso - contraddicono ancora una volta nei fatti quell'attenzione alla donna, alla famiglia e alle prospettive di lavoro per i giovani ad ogni occasione richiamata".

## news // news // news // news //

nel prossimo "mille proroghe" in corso di elaborazione. Una possibilità accolta con favore dai rappresentanti sindacali dei medici. Un annuncio che ha soddisfatto l'Anaaoc Assomed. "Il ministro e il Governo - ha commentato Costantino Troise - si sono resi conto che in questi anni si sono fatti pochi passi avanti nella direzione di riportare all'interno delle aziende l'attività libero professionale. L'unica cosa da fare era stabilire una proroga per continuare a garantire il diritto dei medici di esercitare la libera professione intramuraria e il diritto dei cittadini di scegliere liberamente il medico di

fiducia. Due anni di tempo durante il quale le Regioni inadempienti saranno chiamate a mettere in atto tutti i provvedimenti previsti dalla legge 120/2007". Anche se ha aggiunto Troise il reale problema non è l'intramoenia allargata. "Se c'è trasparenza e rigore nei meccanismi con cui si svolge la libera professione, il luogo fisico non è poi così importante. Il problema è la correttezza e il rispetto dei principi culturali e delle regole organizzative. Le Aziende e le Regioni dovrebbero garantire un sistema organizzativo che rispetta i vincoli previsti dalla legge e riporta l'intramoenia sotto il pieno controllo, quindi

sotto la responsabilità dell'azienda, come se fosse un'attività istituzionale. Quel che conta è che il contesto abbia caratteristiche di trasparenza e omogeneità. A queste condizioni, l'attività può essere svolta indifferentemente fuori o dentro l'azienda".

### TROISE: "DOBBIAMO FARE PIÙ POLITICA PER DIFENDERE IL SSN"

La riforma Brunetta e il blocco triennale della contrattazione nazionale, dettato dalla manovra di luglio, impongono cambiamenti pesanti al sindacato e al suo ruolo. In un ampio articolo pubblicato sul

Sole24ore Sanità dedicato alla ricerca di un nuovo "ruolo politico" per le sigle mediche, Costantino Troise ha ironizzato sull'argomento affermando che "Non teme di rimanere disoccupato". "Non condividiamo assolutamente il blocco dei contratti - ha dichiarato Troise - ma dobbiamo fare di necessità virtù e utilizzare lo spazio che ci lascia per fare più politica. Per rimettere al centro i valori professionali piuttosto che quelli gestionali e manageriali delle aziende sanitarie, che ci hanno contrabbandato come la cultura in grado di risolvere tutti i problemi della sanità italiana". Sono molti i problemi sul tappeto, secondo il segretario

nazionale dell'Anaaoc: dalla sicurezza delle cure alla formazione, dall'organizzazione del lavoro all'intramoenia, fino alla crescente femminilizzazione della medicina. "Che - ha aggiunto Troise - in un sistema rigido come il nostro, potrebbe avere un impatto deflagrante se non ridiscutiamo l'impostazione complessiva del sistema e non teniamo conto del ruolo svolto dalle donne nell'ambito delle cure familiari". Su tutto, per l'Anaaoc c'è l'esigenza di "difendere il carattere pubblico e universale del sistema sanitario perché non possiamo accettare che il diritto alla salute sia declinato secondo il codice di avviamento postale".

## LE NOVITÀ CONTENUTE NELLA NUOVA BOZZA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

# ALLARME MEDICI SEMPRE MENO LAUREATI

**S**ono due le sfide assistenziali della sanità italiana per il prossimo triennio: non autosufficienza e costi per l'innovazione. Ma occorre anche dare attenzione alla sostenibilità e al federalismo, alla non autosufficienza, alla disabilità e alle terapie del dolore. Sono questi alcuni dei punti cardine nella bozza del nuovo Piano sanitario nazionale 2010/2012 messo a punto dal ministero della Salute e ora all'attenzione delle Regioni. Vediamo di seguito alcuni dei moltissimi spunti di analisi, programmazione e sviluppo del sistema sanitario contenuti nel Piano.

### LE DUE SFIDE PRIORITARIE: NON AUTOSUFFICIENZA E COSTI PER L'INNOVAZIONE

Sono due le sfide assistenziali da affrontare con priorità assoluta: la non autosufficienza e l'incremento atteso nei costi per l'acquisto e la gestione di tecnologie e farmaci innovativi. Secondo il Psn questi due sottosistemi di tematiche assistenziali di fatto "segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà un'ampia parte delle risorse aggiuntive".

Per affrontare la sfida la sanità ha quindi bisogno di manovre strutturali e di recupero dell'efficienza a partire dalle regioni con disavanzi storici ma anche coinvolgendo e responsabilizzando gli attori del sistema con un vero "governo clinico" della sanità.

Il Piano non indica come arrivare a questo obiettivo (se con una legge o altro) ma si limita a dire che l'obiettivo è attualmente "oggetto di analisi e iniziative tra lo Stato e le Regioni".

Questa fase particolare della sanità deve poi fare i conti con l'evoluzione federalista del sistema, a partire dai costi standard, e con la conseguente sfida dell'equità attraverso, dice il Psn, "un monitoraggio dell'assistenza resa, dei livelli di spesa nel rispetto dell'erogazione dei Lea, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel

sistema pubblico con l'accreditamento".

### I FONDI VINCOLATI 2010/2012: 1,4 MLD L'ANNO PER QUATTRO OBIETTIVI

Obiettivi fondamentali, ma di fatto affidati alle regioni per la loro perseguibilità. Ma il Psn può agire direttamente su alcuni aspetti contando anche sui finanziamenti vincolati (circa 1,4 mld) che ogni anno vengono ripartiti alle regioni proprio per finanziare le "priorità" del Psn. Per il biennio 2010/2012 il Psn ne individua quattro: equità nell'accesso e nei trattamenti e semplificazione burocratica puntando ai Punti unificati di accesso; tutela e cure delle persone più deboli (disabili e non autosufficienti, psichiatrici e dipendenze); diffusione cure palliative e terapia del dolore e gestione più efficiente delle liste d'attesa.

### SEMPRE PIÙ VECCHI. MA CALANO LE MORTI PER LE CARDIOPATIE

Tutto questo, sottolinea il Psn, in un'Italia che cambia fortemente nella sua struttura demografica e con un saldo tra nascite e decessi negativo per il terzo anno consecutivo, con un ulteriore peggioramento, rispetto al biennio 2008/2009, a causa di un aumento dei decessi e di una diminuzione ulteriore delle nascite nel 2009. Sempre più anziani, quindi, con un'incidenza del 20% degli ultra sessantaquattrenni a fronte del 14% rappresentato

dai bambini sotto i 14 anni. Ma cambiano anche le malattie e il quadro epidemiologico, dominato ormai dalle patologie degli anziani e dalle forme cronico-degenerative. Buone notizie invece sul fronte delle malattie cardiovascolari che, nonostante rappresentino la prima causa di morte, indicano un trend decrescente soprattutto per merito della prevenzione primaria (alimentazione e abitudini di vita) alla quale va il merito del 60% del fenomeno di diminuzione del trend, mentre il restante 40% è merito di terapie mirate, soprattutto nei trattamenti per lo scompenso cardiaco e dopo infarto.

Per i tumori, che restano la seconda causa di morte, il Psn registra una divaricazione del fenomeno: da un lato diminuisce la mortalità e dall'altro aumenta l'incidenza, spiegabile con il maggior ricorso alla diagnosi precoce (si scoprono + tumori) e al miglioramento delle terapie (- morti).

### ALLARME MEDICI: NEL 2018 NE MANCHERANNO 22 MILA

E poi, rileva il Psn, tra le grandi criticità da affrontare resta quella della disomogeneità regionale e dell'inappropriatezza nell'erogazione di ancora troppe prestazioni e l'allarme per l'imminente calo nel numero dei dirigenti del Ssn. Su quest'ultimo punto in particolare il Psn mette l'indice sull'invecchiamento della dirigenza del Ssn cui fa fronte un

calo nelle immatricolazioni universitarie nelle lauree abilitanti soprattutto in Medicina e Chirurgia. Da qui la richiesta di un ampliamento dell'offerta formativa che però potrà portare a qualche risultato non prima del 2019. Dal 2012 al 2018, invece, il Psn prevede una carenza di medici pari 18.000 unità nel solo Ssn che salirebbe a 22.000 considerando anche il privato.

### LO SVILUPPO DELLE "RETI OSPEDALIERE"

La realizzazione di vere e proprie reti integrate ospedaliere, con priorità alle emergenze-urgenza, è tra i grandi obiettivi del Piano, anche considerando l'attuale sviluppo disomogeneo delle reti nelle diverse Regioni. E questo per cinque ragioni: la necessità di rispondere alla complessità e all'evoluzione dei bisogni assistenziali che spingono verso approcci pluridisciplinari e a forme di integrazione orizzontali (intro-ospedaliere) e verticali (tra ospedale e territorio); la razionalizzazione dell'offerta per evitare duplicazioni; centralizzare gli investimenti e le spese per tecnologie e gestione impianti; centralizzazione acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc; confronto dinamico delle performance per attivare processi di benchmarking e benchlearning tra le diverse strutture della rete. Count down, ma con gradualità, per i piccoli ospedali. Ferme restando le prerogative

regionali nella definizione specifica dei servizi sanitari locali, il Psn torna sulla questione dei piccoli ospedali auspicandone una duplice integrazione: una verso gli ospedali maggiori, l'altra verso le funzioni assistenziali distrettuali e quindi - sottolinea il Psn - verso la "salvaguardia del patrimonio storico che essi rappresentano per le rispettive comunità locali". Il tutto con gradualità, accompagnando gli interventi con azioni di potenziamento e riorganizzazione dei servizi territoriali e in particolare avviando contestualmente il pieno funzionamento della rete dell'emergenza-urgenza; lo sviluppo del sistema delle cure domiciliari e la disponibilità di strutture residenziali per la riabilitazione e la non autosufficienza.

### MENO RICOVERI E PIÙ DAY HOSPITAL

Il Psn prevede anche la piena attuazione di quanto previsto nel Patto per la Salute con l'ampliamento della fascia di prestazioni ospedaliere da svolgere in day hospital, ma anche in regime ambulatoriale e territoriale. Tra le prestazioni da svolgere in day hospital, il Psn sottolinea quelle per la decompressione del tunnel carpale e per gli interventi sul cristallino, per le quali si indica che il 95% possa essere erogato in forma diurna, e la chemioterapia che si ritiene possa essere trasferita in regime ambulatoriale nell'80% dei casi.

## Un ritratto di Francesco Salerno da due colleghi che lo conoscevano bene

**F**rancesco Salerno, Ciccio, per tutti noi, aveva sempre fretta e faceva tutto rapidamente. Mi sorprendevo sempre, anche dopo tanti anni di stretta collaborazione, quando, dopo esserci salutati a cena, al mattino successivo, alle 8, aveva già fatto o scritto quello che ci eravamo proposti di fare.

Era la sua maniera di ingannare il destino, le difficoltà dell'esistenza, di interpretare la sua visione "titanica" dell'essere uomo; diceva: "devo lasciare traccia di me" ed è riuscito a farlo, primeggiando in tutti gli ambiti.

Nel sindacato ha portato una ventata di innovazione, primo fra tutti a capire, all'inizio degli anni '90, che la formazione manageriale doveva diventare il pane quotidiano dei medici del Ssn e che pertanto era interesse prioritario dell'Anaa promuovere e addirittura realizzare tale offerta formativa per tutti gli iscritti. E mentre noi studiavamo come fare, Lui già realizzò i primi corsi in Puglia.

Ero sempre più affascinato da questo stile fatto di intuizioni brucianti e di realizzazioni altrettanto immediate e lo seguivo fedelmente perché sapevo che aveva ragione. Abbiamo anche avuto i nostri contrasti, non ne ricordo sinceramente i motivi, ma ho ben impressa nella memoria una sua severa lettera che mi fece capire che era semplicemente amareggiato perché non avevo saputo aspettare. La nostra amicizia e la nostra collaborazione ripresero come prima. In politica ha battuto Mennea e i pregiudizi di chi, nel partito e fuori, pensava in maniera convenzionale e non sopportava la sua insop-

primabile tendenza a rivendicare libertà di giudizio; ed è stato sindaco di una città non facile come Barletta che in quegli anni è cresciuta in tutto.

Come medico era curioso e deciso; diventò primario molto presto; la sua Radiologia era una fucina di persone giovani e capaci che basavano la loro crescita e la loro sicurezza sulla Sua presenza. Era severo e tollerante insieme, privilegiando sempre e comunque la qualità professionale; ricordo di essere stato testimone di un episodio che Lo descrive: arrivò in reparto un aiuto, suo coetaneo e vecchio amico, abbondantemente dopo le nove; Ciccio lo salutò ricevendo in cambio una specie di grugnito; mi disse: "Al mattino è intrattabile, lo so, ma rimane il migliore di tutti". Una volta ho visto questo "titano" in difficoltà per un problema di salute che lo portò ad affrontare un intervento chirurgico e gli sono stato vicino; gli fui grato perché accettò il mio aiuto; e poi l'ho visto innamorato e solo allora compresi la straordinaria sensibilità del suo animo.

Se n'è andato senza salutare; anche in questa occasione aveva fretta. Si dice che sia la morte del giusto; sarà anche così, ma per noi rimane il rimpianto delle mille cose che ancora volevamo fare insieme e che senza di Lui non faremo mai.

Antonio Delvino

*È scomparso all'età di 62 anni Francesco Salerno, medico dell'Anaa Assomed. Antonio Delvino e Vito Gaudio ripercorrono le tappe salienti della carriera di un uomo, di un medico che ha lasciato un segno nella vita del sindacato*



**È** morto all'età di 62 anni Francesco Salerno semplicemente Ciccio per gli amici.

La sua scomparsa improvvisa e immatura ha fortemente coinvolto l'intera città di Barletta dove ha rivestito per due mandati la carica di Sindaco amministrando in modo intelligente e intraprendente la città in anni di grandi trasformazioni sociali ed economiche e conquistandosi la stima e il rispetto di tutti. Ricordo che passeggiando con lui per la strade di Barletta una giovane coppia ci ha fermato pregandoci di fotografarli con il loro sindaco, segno della sua tangibile umanità e della sua presenza sul territorio. Ho conosciuto Ciccio in uno dei Congressi dell'Anaa, entrambi impegnati nelle segreterie delle nostre regioni, e mi ha colpito il suo determinismo, il suo carattere vulcanico, la sua capacità di guardare al futuro e da quel giorno abbiamo deciso di lavorare insieme nel campo della formazione. In quel periodo ero Presidente dell'Ordine dei Medici di Matera e insieme abbiamo strutturato un percorso formativo sulla Qualità e sul management in sanità cercando di superare lo scetticismo che dei nostri colleghi su argomenti che oggi sono la base della nostra vita professionale. Negli anni la nostra amicizia si è consolidata e Ciccio è diventato il compagno di una avventura insolita e perciò sconvolgente soprattutto quando nell'Azienda, che og-

gi ho l'onore di dirigere, abbiamo attivato una struttura operativa dedicata alla Qualità Formazione e Ricerca, organizzata come modello di rete integrata fra diverse professionalità e presidiata per un certo periodo proprio da Ciccio Salerno.

Si trattava davvero di una innovazione non solo strutturale ma, soprattutto, come modello concettuale: il Centro Studi, tale il nome scelto per la struttura, si prefiggeva lo scopo di integrare la formazione e la ricerca con la qualità delle cure, per evidenziarne le sinergie e metterle al servizio di tutti gli attori coinvolti nella relazione di cura. Bisogna riconoscere che si trattava di un compito non proprio facilissimo, in un contesto socioculturale non abituato alla ricerca e che aveva verso la qualità e la formazione un atteggiamento prevalentemente "burocratico". Ciccio accettò la sfida con l'entusiasmo che gli era proprio, e mettendo al servizio dell'impresa il suo pragmatico realismo, fattore rivelatosi fondamentale per la riuscita della stessa. Se penso al periodo di stretta collaborazione con Ciccio Salerno, mi viene in mente il dipinto "la Scuola di Atene" di Raffaello: il centro della scena è occupato da due filosofi, uno dei quali ha il braccio alzato con l'indice rivolto verso l'alto, ad indicare il mondo delle idee; il filosofo che gli sta accanto ha il braccio abbassato, con la mano aperta e il palmo rivolto verso il basso, ad indicare che il primo mondo, quello delle idee, deve sempre confrontarsi con la realtà, che sola ne rende possibile la realizzazione. Quest'ultimo atteggiamento rappresenta il Ciccio Salerno che ho conosciuto.

Vito Gaudio

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

Sede di Roma: via Venti Settembre 68  
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  
Costantino Troise

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

Coordinamento  
redazionale  
Ester Maragò

Progetto grafico  
e impaginazione:  
Daniele Lucia,  
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
RIVISTA 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)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di novembre 2010