

Cosa chiede
il mondo della sanità

di Eva Antoniotti

Ormai a ridosso della scadenza elettorale, si moltiplicano anche nel mondo della sanità appuntamenti ed eventi, grandi e piccoli, per dibattere i nodi del settore e tentare di trasformarli in impegni da parte di chi si candida a guidare il Paese.

Sullo scorso numero de Il Bisturi abbiamo sintetizzato le proposte delle sei formazioni politiche maggiori. Qui vorrei provare invece a riassumere le richieste che alla politica rivolge chi opera in sanità.

Innanzitutto appare ampiamente condivisa la richiesta di mantenimento del ministero della Salute, come abbiamo potuto verificare anche attraverso il piccolo sondaggio che pubblichiamo in apertura.

Se nel 2001, quando sembrava imminente la creazione del super ministero del Welfare sulla base del Dlgs 300/99, la volontà di mantenere un autonomo dicastero della Sanità appariva legata a questioni di prestigio e di autorevolezza, con riflessi anche sulla capacità di ottenere risorse economiche, oggi questo orientamento maggioritario ha trovato nuove ragioni.

Infatti, lo sviluppo delle competenze regionali in materia di sanità e il peso che hanno progressivamente assunto le amministrazioni regionali spingono molti a chiedere una sede autorevole che "tenga la barra" degli indirizzi nazionali in materia di salute, garantendo la continuità dello sforzo a rendere il diritto alla salute ugualmente realizzato in tutto il Paese.

Una seconda richiesta che vede concordare gran parte dell'universo sanitario italiano è quella di guardare alla sanità non solo come un fattore di spesa, da tenere sotto controllo e magari "sforbiciare" all'occorrenza, ma come uno dei luoghi, forse il più importante, da cui possono essere attinte conoscenze e intelligenze che possono contribuire allo sviluppo del sistema Paese, da valorizzare anche in ambito internazionale. Non è solo l'industria farmaceutica a chiederlo, come si legge nell'intervista a Claudio Cavazza nelle pagine interne del giornale, ma anche tutti i rappresentanti delle professioni, sempre più convinti della necessità di creare un circuito virtuoso tra attività di assistenza, formazione e ricerca.

Infine, anche se tutti sperano che sia possibile fare un miracolo in questi ultimi giorni, il nuovo Governo dovrà quasi certamente fare i conti con i rinnovi dei Contratti e delle Convenzioni mediche, ormai ampiamente scaduti come è brutta consuetudine. Che lo Stato definisca i rapporti di lavoro con una componente chiave dei servizi erogati ai cittadini non è né un atto burocratico, né una concessione alle pressioni sindacali, ma l'opportunità di ridefinire richieste e prestazioni, contribuendo a quel ridisegno del Ssn che è certamente necessario.

A chiunque avrà la responsabilità di rispondere a queste richieste, buon lavoro.

Chi guiderà la sanità dopo il 13 e 14 aprile?

Ecco il "toto (vice) ministro"

Sarà il governatore della Lombardia, **Roberto Formigoni**, il prossimo ministro della Salute. Così, almeno, la pensa buona parte del campione interrogato in proposito dal Bisturi nel corso di questa campagna elettorale. Un campione statisticamente non rappresentativo, sia chiaro, che però è costituito da una non numerosa, ma qualitativamente significativa, porzione di opinion leader della sanità italiana: una trentina di personalità (alle quali abbiamo assicurato l'assoluto anonimato, ovviamente) di diversi orientamenti politici e aree professionali, che si sono "sbilanciate" in un pronostico che ci aiutasse a capire che cosa si aspetta il mondo della sanità dopo il 13 e 14 aprile.

Prima dei nomi, però, qualche considerazione di carattere più generale.

La prima per chiarire che le indicazioni uscite da questo rilevamento non sono ciò che gli intervistati auspicherebbero, ma quello che pensano che accadrà: non preferenze, quindi, ma pronostici (anche se per qualcuno il dubbio c'è venuto...).

La seconda per segnalare quella che è apparsa come una percepibile progressiva modificazione delle previsioni sull'esito della consultazione elettorale. Se infatti all'inizio della campagna l'esito era dato per scontato praticamente da tutti gli intervistati, con l'approssimarsi della data delle votazioni molte certezze sembrano vacillare. Sia chiaro: alla vigilia del voto resta ancora pressoché unanime l'opinione che alla fine la "vittoria" sia appannaggio di **Berlusconi** e del suo partito, ma è molto meno sicuro che il Popolo della libertà riesca a conseguire al Senato un risultato che gli permetta di

Alla vigilia del voto,
le previsioni
di alcuni opinion leader
della sanità,
interrogati dal Bisturi
su chi sarà
il successore di Livia Turco



governare senza troppi patemi. E c'è qualcuno che non esclude nemmeno una possibile vittoria del Partito democratico di **Veltroni**.

La terza considerazione è che praticamente tutti (e in questo caso è un auspicio, oltre che una previsione) ritengono che in qualche modo il ministero della Salute manterrà una propria autonomia e non sarà accorpato

insieme ad altri in un "superministero" del Welfare.

Detto questo, siccome la generalità delle previsioni dà vincente il Pdl, il candidato considerato in pole position per la guida del ministero della Salute risulta appunto – e largamente – il governatore della Lombardia. Sulla cui posizione, però, gravano un paio di ipoteche. La prima l'avrebbe posta egli stesso se è vero, come si dice, che se dovesse entrare in un Esecutivo guidato da Berlusconi, preferirebbe altri dicasteri. La seconda è che se Formigoni dovesse accettare un incarico al Governo centrale, si porrebbe il non marginale problema di chiamare alle urne gli elettori della Lombardia per sceglierne il successore. La qual cosa, com'è facile capire, può creare una serie di rimarchevoli conseguenze: dalle incognite che comunque presenta un'elezione (anche se la compagine ora guidata da Formigoni sembra avere saldamente la maggioranza) al fatto che il voto anticipato "sgancerebbe" la Lombardia dal sincronismo con le elezioni nelle altre Regioni. Nell'ipotesi che Formigoni non volesse lasciare il suo posto di governatore, secondo i nostri intervistati il favorito per il Pdl diventerebbe il senatore **Cesare Corsi** (An), già sottosegretario alla Salute nel precedente Governo Berlusconi e vicepresidente della Commissione Sanità di Palazzo Madama nella XV legislatura. Le altre "nominazioni" sono state, seppure a distanza, per l'attuale assessore alla Sanità del Veneto, **Francesca Martini**, per **Domenico Di Virgilio**, anch'egli sottosegretario alla Salute nell'ultimo anno della XIV legislatura, e **Umberto Scapagnini**, sindaco di Ca-

segue in terza pagina

IL SERVIZIO SANITARIO BRITANNICO APRE ALLA COMPETIZIONE

Concorrenza nella sanità pubblica?

Per gli ospedali, la trasparenza e la visibilità pagano, sia in termini economici che di qualità del servizio offerto. Questa è almeno la tesi del Ministero della Salute inglese, che nelle scorse settimane ha pubblicato un documento, frutto di una consultazione popolare, che potrebbe rappresentare un vero e proprio uovo di Colombo e risolvere in un sol colpo una serie di questioni spinose.

Il Code of practice for the promotion of Nhs-funded services consente, infatti, agli ospedali del Servizio sanitario pubblico britannico (Nhs), di promuovere i propri risultati, anche comparandoli con quello degli ospedali concorrenti. Inoltre autorizza i cittadini a scegliere, per le prestazioni ospedaliere, una qualunque struttura accreditata dall'Nhs.

Due misure che potrebbero innescare un circolo virtuoso nel sistema sanitario inglese, innescando una corsa al-



la qualità. Nella quale i giudici sarebbero i pazienti. Infatti, se questi sceglieranno i servizi migliori offerti dal mercato della Sanità, "il denaro seguirà

i pazienti – sostiene il ministro della Salute inglese Alan Johnson – il che significa che, per soddisfare al meglio le esigenze dei pazienti, i fornitori competiranno sulla qualità dei servizi offerti, piuttosto che sul prezzo di tali servizi".

Una vera e propria rivoluzione copernicana, insomma, favorita dalle altre opzioni previste dal Codice. Gli ospedali, per rimpinguare le casse, potranno infatti stipulare contratti di sponsorizzazione con aziende private, a patto che queste non producano beni o servizi nocivi alla salute, o siano legate a gioco d'azzardo, alcol, tabacco, diete e politica.

Il tutto sarà regolato da una stringente normativa che evita che informazioni scorrette o di parte alterino le fisiologiche dinamiche di mercato e infanghino il "marchio" Nhs.

Tema: "Immagini il lettore l'esito di un simile provvedimento in Italia".



FIRMATI CON 11 REGIONI GLI ACCORDI per gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, per un totale di oltre 1 miliardo e 859mila euro. Lo ha reso noto il ministero della Salute, spiegando che gli accordi sottoscritti sono tredici e che, in particolare, 400.653.872,98 euro sono destinati alla realizzazione di 11 nuovi ospedali; 484.957.621,54 euro all'ampliamento di 25 ospedali; 688.771.886,44 euro alla ristrutturazione di 194 ospedali; 232.872.116,11 euro a 83 interventi per lo sviluppo dei servizi di assistenza territoriale e 51.861.084,83 a 22 interventi di ammodernamento del parco tecnologico.

STOP AL NUOVO PIANO VACCINI. Il Piano nazionale vaccinazioni 2008-2010 è stato ritirato perché la copertura finanziaria non è sufficiente, come spiegato dal sottosegretario alla Salute, **Serafino Zucchelli**, al termine della Conferenza Stato-Regioni dello scorso 26 marzo. Secondo le stime del coordinatore degli assessori regionali al Bilancio, **Romano Colozzi**, il costo sarebbe andato da un minimo di 180 ad un massimo di 280 milioni di euro l'anno. A meno che il prossimo Consiglio dei Ministri non decida un ulteriore finanziamento, dunque, il Piano resterà quello in vigore fino ad oggi. Il nuovo Piano 2008-2010 aveva già ricevuto il via libera della Conferenza delle Regioni, ma con la richiesta di una verifica della copertura finanziaria. Il Piano prevedeva di alzare il numero di vaccini gratuiti da nove a dodici, aggiungendo quello per il papilloma virus umano, la meningite e il pneumococco.

CARCERI: ASSISTENZA PASSA AL SSN. I ministri della Salute e della Giustizia, **Livia Turco** e **Luigi Scotti**, hanno sottoscritto lo scorso 2 aprile, con il Presidente del Consiglio **Romano Prodi**, il decreto attuativo che stabilisce il passaggio della tutela della salute dei detenuti italiani al Ssn. Con questo passaggio saranno trasferiti al Fondo sanitario nazionale 488,4 milioni di euro in tre anni per finanziare i servizi che il Ssn dedicherà alla medicina penitenziaria. Di questi, 157,8 milioni sono stati stanziati per il 2008, 162,8 per il 2009 e 167,8 milioni a decorrere dal 2010.

13 MLN DI RICOVERI e oltre 79 mln di giornate di degenza. Sono i numeri dell'assistenza ospedaliera pubblica in Italia contenuti nel Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero relativo al 2005, elaborato dal ministero della Salute sulla base delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) di 1.337 strutture ospedaliere pubbliche e private. Il numero dei ricoveri complessivi risulta in lieve diminuzione rispetto al 2004, frutto di una significativa riduzione dei ricoveri in regime ordinario (circa 140 mila in meno) e di un contemporaneo e consistente aumento dei trattamenti in day hospital (circa 97 mila in più). Aumentate in modo rilevante anche le dimissioni dalla riabilitazione (16 mila casi in più), mentre diminuiscono i dimessi dai reparti di lungodegenza (circa 3 mila in meno).

Intervista a Claudio Cavazza, vicepresidente di Farindustria

“Occorre credere nel futuro e difendere la qualità”

I rapporti dell'industria farmaceutica con il mondo politico sembrano negli ultimi tempi più distesi: “Sicuramente – secondo Claudio Cavazza – c'è una presa di coscienza maggiore rispetto al passato, quando eravamo considerati soltanto un fattore di spesa”. Ma adesso l'industria chiede che il prossimo Governo intervenga anche a livello internazionale, per garantire che le condizioni di confronto nel mercato globalizzato non siano così squilibrate

di Eva Antoniotti

“Un riconoscimento alla ricerca maggiore di quello che c'è attualmente, nonostante ci siano stati dei segnali”. È questa la richiesta che il vicepresidente di Farindustria avanza al Governo che uscirà dalle urne del 13 e 14 aprile, ricordando come la sanità, a livello mondiale, sia il più grande mercato esistente. “Negli Stati Uniti è previsto che la spesa sanitaria arrivi tra 10 anni al 24% del Pil” sostiene Claudio Cavazza, aggiungendo con tono appassionato che “dobbiamo considerare questo mercato come un'occasione per sviluppare nuove tecnologie, anche per difenderci dalle storture del processo di globalizzazione”.

Dottor Cavazza, lei stesso dice che qualche segnale da parte del Governo uscente c'è stato. Ad esempio, l'Aifa è riuscita ad abbreviare i tempi per l'immissione in commercio dei nuovi farmaci.

C'è stato un cambiamento di rotta, finalmente la classe politica ha capito che siamo un settore del futuro. Negli anni passati sono stati commessi errori che hanno prodotto risultati gravi: abbiamo perso aziende come la Lepetit che aveva scoperto la rifampicina, che è ancora il più grande farmaco per la tubercolosi; abbiamo perso la Farmitalia che aveva la adriamicina, che è ancora uno degli antitumorali più attivi. Le abbiamo lasciate passare allo straniero senza preoccuparcene.

Sicuramente ora c'è una presa di coscienza maggiore rispetto al passato, quando eravamo considerati soltanto un fattore di spesa. L'Aifa è riuscita a mettere sotto controllo la spesa farmaceutica, ma resta aperto il problema della spesa sanitaria complessiva. Un dato che fa impressione è che negli ultimi cinque anni l'incremento della spesa farmaceutica è stato dell'1,5%, mentre il resto della spesa pubblica è cresciuto del 43-44%.

Bisogna considerare però che nel 2001 c'era stato un fortissimo aumento della spesa farmaceutica.

Contesto questo dato. Con il Governo Amato fu tolta la quota di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, il ticket, e dunque aumentò la spesa pubblica per i farmaci, ma senza alcun beneficio per le aziende. Fu un colpo per il bilancio dello Stato, ma ha anche scatenato poi provvedimenti durissimi e ingiusti contro le aziende farmaceutiche.

La richiesta più insistente di Farindustria è quella di avere un quadro normativo certo. Pensa che la cosiddetta “riforma” del settore sia una risposta convincente in questo senso?

L'Aifa ha agito bene nell'interesse pubblico, ma bisogna tener presente la situazione mondiale che per l'industria farmaceutica si sta completamente rivoluzionando.

Per sviluppare un farmaco ormai ci vogliono 12 o 13 anni, quando tutto va bene, che possono arrivare facilmente a 15 con qualche imprevisto. Per questo abbiamo bisogno di poter compiere una programmazione di lungo periodo. C'è un bel libro di Epstein che spiega come l'eccesso di normative porterà alla scomparsa dell'innovazione, cosa che purtroppo sta già succedendo.

Pensa che il sistema sanitario pubblico riuscirà a sostenere i costi dei farmaci innovativi?

È un grande problema su cui siamo coinvolti. L'impiego dei generici e dei farmaci scaduti di brevetto produce già una diminuzione notevolissima di ricerca nell'ambito delle grandi patologie. Quindi, purtroppo, nel futuro diventeranno *neglected disease* le patologie ancora non del tutto risolte come l'ipertensione, il reumatismo, perché ormai ci si orienta verso settori in cui i

tempi di realizzazione siano un po' più rapidi con investimenti meno imponenti.

L'altro giorno il ministro Amato, nel corso di un dibattito, ha parlato di una questione che mi sta da sempre molto a cuore: il potere monopsonico dello Stato. In una situazione in cui c'è un solo cliente la condizione delle Aziende è difficile, basti pensare agli anni in cui il taglio dei prezzi dei farmaci era uno sport molto in voga tra i politici.

La via d'uscita è uno sviluppo del mercato privato?

Penso almeno ad un allineamento al prezzo medio europeo, visto che i farmaci in Italia costano sempre meno che altrove.

Ma la copertura brevettuale da noi è più lunga che in altri Paesi.

Con quest'anno non sarà più vero. E comunque anche qui c'è un equivoco da chiarire: noi abbiamo avuto il brevetto molto più tardi rispetto ad altri

Paesi e per questo, così come è accaduto in Francia e in Svezia, si decise di riconoscere un tempo più lungo. Ora, di colpo, questo viene meno, creando un disagio per le aziende che si sono trovate improvvisamente con una copertura brevettuale accorciata.



CLAUDIO CAVAZZA

Per poter liberare risorse verso i farmaci innovativi, si sta promuovendo l'utilizzo dei generici. Condivide questo orientamento?

Il generico deve essere trattato come il *branded* che scade di brevetto, non vedo perché dovrebbe avere una corsia preferenziale. Anche perché mi chiedo cosa farà l'industria dei generici quando si dovesse fermare l'innovazione.

Nel farmaco *branded*, anche dopo la

scadenza brevettuale, ci sono conoscenze, ricerca, che sono un valore. Ci sono molecole che, anni dopo la loro scoperta, continuano a rivelare nuovi utilizzi, nuovi possibili impieghi. Bisogna dare riconoscimento anche alla ricerca applicativa successiva.

Il paradosso, invece, è che l'azienda che ha scoperto quel farmaco non può avere una nuova copertura brevettuale, mentre, se a realizzarlo è un'altra azienda, può ottenerlo. È una distorsione normativa, a livello mondiale, che credo debba essere corretta.

L'industria farmaceutica italiana è in grado di sostenere le minacce del mercato globale?

La globalizzazione ci porterà purtroppo ad uno scontro brutale, al quale non ci si può sottrarre. Ma i nostri concorrenti devono avere le nostre stesse condizioni. Quando il concorrente sfrutta il lavoro minorile, paga stipendi che sono un decimo dei nostri, non ha norme di sicurezza questo è *dumping*. Noi stiamo accettando una forma di *dumping* basata sullo sfruttamento dell'uomo. Oggi i nostri operai hanno stipendi europei e prodotti a prezzi cinesi. È il ruolo dell'industria europea che viene scalfato alla base.

Il Governo deve occuparsi della qualità e intervenire sui temi del mercato internazionale. Non invento nulla, dico quello che stanno dicendo i democratici in America: la competizione va bene, purché ci siano condizioni di parità. Se non si riuscirà a realizzare questo l'industria europea sarà schiacciata, ma lo sarà anche la classe operaia.

Come giudica il tavolo aperto tra Farindustria e la Fnomceo per arrivare alla definizione di un codice di trasparenza nei rapporti tra medici e industria?

Credo che sia una cosa molto positiva. Convegni e congressi sono un fat-

tore culturale, dove i medici possono conoscere le innovazioni, scambiare idee, poi esiste la deviazione che deve essere colpita e impedita. Ma non si può pensare di farlo con la tassazione, perché sarebbe come dire che un'attività sporca diventa pulita pagando le tasse.

Recentemente lei è stato nominato responsabile del progetto di innovazione industriale per le nuove tecnologie della vita nell'ambito del Programma industria 2015 del ministero dello Sviluppo Economico. Come intende muoversi in questa veste?

Mi sembra importante che la farmaceutica venga riconosciuta come un fattore di sviluppo, ma ora bisogna fare in modo che questo si realizzi concretamente. È un'impresa difficilissima, ma è in questo senso che occorre muoversi. Occorre trovare il modo per accelerare il passaggio della cultura che si sviluppa nelle Università verso la produzione industriale. Non penso solo alla farmaceutica, ma anche alla diagnostica, che nel futuro, con la genomica, sarà un settore esplosivo. In Italia ci sono dei giovani ricercatori straordinari, che dovremmo poter utilizzare senza costringerli ad emigrare. Il problema è che da noi c'è ancora un pensiero “catto-comunista” che distingue la ricerca di base, virtuosa, dalla ricerca applicata, servita al capitale. Ma la scienza serve per migliorare le condizioni di vita dell'uomo e, dunque, è necessario renderla applicata.

Quanto alla mia nomina, io ho già cominciato a lavorare, ma ovviamente lascio che il nuovo Governo decida se confermarla o meno.

Visto che siamo in campagna elettorale, formuli un suo slogan.

Cerchiamo di credere nel futuro e di collaborare, altrimenti la gestione della nostra salute sarà difficile, e anche la nostra economia.

CONTRATTI

Prende il via la stagione delle trattative

Approvati sul filo di lana, nel Consiglio dei Ministri del 1 aprile, l'atto di indirizzo dei medici convenzionati con l'Ssn e le modifiche a quello della dirigenza medica e non, che già aveva ricevuto il via libera lo scorso novembre. Un sospiro di sollievo per tutte le organizzazioni sindacali di categoria, che possono così avviare il tavolo delle trattative con la Sisac e proseguire gli incontri con l'Aran. Un sospiro di sollievo anche perché la mancata approvazione degli atti di indirizzo da parte dell'Esecutivo avrebbe avuto conseguenze pesanti sugli iter contrattuali legati, per forza di cose, ai tempi necessari all'insediamento del nuovo Governo. Insomma tutto sarebbe stato rinviato a data da destinarsi.

Il via libera alle trattative è stato accolto con grande soddisfazione dai sindacati della medicina generale, che a-

vevano già proclamato lo stato di agitazione annunciando possibili azioni di protesta. Ora, quindi, i tempi per le

trattative sono maturi. “Abbiamo già informato la Sisac della nostra volontà di procedere in tempi brevi ad un in-

Rilegendoci dopo dieci anni...

Il sanitometro contro le liste d'attesa. Nel 1998 viene approvato il Dlgs 124, che aveva come obiettivo la ridefinizione dell'intero sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni. Sarebbe stato introdotto il cosiddetto “sanitometro”, che avrebbe tenuto conto della composizione del nucleo familiare e di altre condizioni sociali o di salute al fine di offrire agevolazioni alle fasce più basse. Tra gli obiettivi del sanitometro c'era anche l'abbattimento delle liste di attesa. “Le Regioni – spiega Il Bisturi



– dovranno dettare entro luglio i criteri per limitarle, stabilendo tempi massimi d'attesa: per le ritardatarie sarà il ministero a intervenire, orientandosi sui tempi medi fissati dalle

inadempienze. La prestazione dovrà essere assicurata anche attraverso il ricorso all'intramoenia, previo riequilibrio tra le liste d'attesa dell'attività ordinaria e quelle dell'attività libero professionale intramuraria. Le Regioni, inoltre, dovranno prevedere sanzioni il i direttori generali inefficienti e una sanzione è prevista anche per i cittadini, che pagheranno comunque il ticket sulla prestazione che non hanno disdetto in tempo”. Dopo una sperimentazione diversificata, il sanitometro non entrò in vigore. Il Bisturi, n. 7/1998, 10 aprile 1998

contro per dare inizio ad una trattativa che si annuncia ricca di novità e di opportunità per il futuro della medicina generale italiana e dell'assistenza primaria”, ha affermato il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. “Non potevamo credere che il Governo Prodi potesse concludere il proprio mandato senza approvare l'atto di indirizzo necessario al rinnovo delle convenzioni”, ha aggiunto Nicola Preiti, coordinatore nazionale della Fp Cgil Medici.

Ora proseguirà il confronto all'Aran, l'obiettivo dei medici è quello di avviare una non stop contrattuale per chiudere la partita prima della fine della legislatura. Quelli alla Sisac inizieranno nei prossimi giorni. Con un auspicio condiviso da tutti i rappresentanti di categoria: siglare al più presto i nuovi contratti, perché i professionisti hanno aspettato già troppo.

Presentati al Senato i primi risultati del monitoraggio svolto dall'Osservatorio nazionale per la libera professione intramuraria

Intramoenia ad andamento lento

A sette mesi dall'approvazione della legge 120 del 2007 che obbliga le Regioni a regolarizzare la libera professione intramuraria entro il 31 gennaio 2009, molte realtà non sono ancora in regola. È quanto emerge dai dati presentati da Aldo Ancona, direttore dell'Agenas

di Ester Maragò

C'è chi si è attivato con più solerzia, chi invece stenta a prendere il ritmo. E c'è anche chi sembra non abbia nessuna intenzione di muovere un passo.

I lavori per garantire l'esercizio della libera professione intramuraria nelle strutture pubbliche, con piani *ad hoc*, tariffe sotto controllo e spazi adeguati, procedono nelle Regioni con andamento lento e differenziato. A sette mesi dall'approvazione della legge 120/2007, che ha imposto alle realtà locali di garantire entro il 31 gennaio 2009 l'attività intramoenia, solo in otto Regioni Asl e Aziende ospedaliere sono in regola. Inoltre, non tutte le Regioni hanno usufruito dei finanziamenti per l'adeguamento degli spazi dedicati, tant'è che è rimasto inutilizzato il 30 per cento delle risorse disponibili. In questo scenario spicca l'immobilità della Calabria e della Sicilia.

A delineare lo stato dell'arte dei "lavori in corso" per l'intramoenia, è stato Aldo Ancona, direttore dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che - nel corso di un convegno organizzato il 12 marzo, a palazzo Giustiniani al Senato, per la presentazione dei volumi che raccolgono i risultati dell'indagine conoscitiva condotta lo scorso anno dalla Commissione

per Igiene e Sanità di Palazzo Madama - ha illustrato i primi risultati del monitoraggio svolto dall'Osservatorio nazionale per la libera professione intramuraria.

Cosa è emerso? Come previsto dalla legge 120 approvata il 3 agosto 2007, la relazione trimestrale sull'attuazione del provvedimento è stata trasmessa al ministero della Salute da diciotto Regioni ad eccezione della Calabria, del Lazio e della Sicilia.

Nella maggior parte delle Regioni, le strutture sanitarie hanno presentato i piani aziendali relativi ai volumi di attività istituzionale e in intramoenia, richiesti dalla legge. Ma di fatto, hanno realizzato l'*en plein*, con tutte le Aziende in regola, solo otto Regioni: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana e Umbria. Invece in Puglia, Piemonte, Veneto e Campania, solo una parte delle strutture sanitarie è in linea con le di-

sposizioni di legge. Rimangono invece al palo Abruzzo, Molise e Sardegna, dove nessuna Azienda ha presentato i piani richiesti. Non hanno comunicato alcun dato Calabria e Sicilia, accompagnate da Lazio, Valle D'Aosta, Bolzano e Trento.

La stragrande maggioranza delle Regioni, ben sedici, ha individuato la necessità di interventi di ristrutturazione edilizia (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia e Lazio). Non è emerso alcun dato dalle relazioni di Bolzano, Trento e Campania. Lattitano anche in questo caso Calabria e Sicilia che non hanno inviato né la relazione trimestrale né hanno preso parte all'audizione.

In particolare, dal monitoraggio è emerso che è stato utilizzato il 69,9 per cento dei fondi stanziati per la realiz-

zazione di spazi ad hoc. E, ancora una volta, le Regioni si sono mosse a differenti velocità. Trento, Veneto, Toscana e Basilicata hanno usato il 100 per cento dei finanziamenti, mentre percentuali superiori al 90 per cento si registrano in Umbria, Emilia Romagna e Lazio. La Sardegna ha utilizzato l'80 per cento dei finanziamenti. Le altre Regioni, chi più chi meno, si sono date da fare o si stanno attivando. Sicilia e Calabria si sono mostrate totalmente inadempienti: non c'è stata, infatti, da parte loro alcuna richiesta di fondi.

Dodici Regioni hanno avviato azioni in accordo con i sindacati della dirigenza medica: Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Trento, Campania, Friuli, Lazio e Molise. Le rimanenti Regioni non hanno specificato nulla. Non ha preso alcun accordo la Sardegna.

Tirando le somme c'è ancora mol-

to da fare. Ma, ha ricordato il senatore Paolo Bodini, relatore dell'indagine conoscitiva condotta dalla 12a Commissione parlamentare, diagnosi e terapia per curare i mali dell'intramoenia sono state individuate e si può uscire dall'impasse.

Grazie alla legge 120, ha aggiunto il ministro della Salute, Livia Turco, "la libera professione dei medici all'interno delle strutture pubbliche è, infatti, finalmente regolamentata dopo anni di proroghe rivelatesi inconcludenti. L'intramoenia non sarà più una 'scorciatoia' obbligata per avere subito una prestazione che non si riesce ad ottenere in regime ordinario, ma sarà esclusivamente una possibilità in più offerta al cittadino dal servizio pubblico".

Ora, ha sottolineato Ignazio Marino, presidente della Commissione Sanità del Senato, "bisogna garantire che il ricorso alle prestazioni intramoenia sia determinato dalla libera scelta dei cittadini e non dalle carenze organizzative dell'attività istituzionali, assicurando il rispetto dei tempi medi d'attesa per le prestazioni fissate dalle Asl, in particolare per le urgenze differibili".

La parola passa quindi alle Regioni: hanno ancora qualche mese di tempo per rimettersi in carreggiata.

IL PARLAMENTO SARÀ INFORMATO OGNI ANNO

L'Osservatorio nazionale per la libera professione intramuraria

La legge 120 dell'agosto 2007 ha affidato al ministero della Salute, attraverso l'Osservatorio nazionale per la libera professione intramuraria, la vigilanza sull'attuazione del provvedimento con l'impegno a relazionare annualmente in Parlamento. L'Osservatorio, che vede al suo interno l'Agenas nazio-

nale per i servizi sanitari regionali (ex Assr, ora indicata con l'acronimo Agenas), è stato istituito il 22 gennaio 2008 e ha avviato i lavori a febbraio attraverso la realizzazione di due audizioni che hanno interessato gran parte delle Regioni e la predisposizione di alcune schede di verifica dell'attività delle Regioni.

L'INTERVISTA

ALDO ANCONA

Direttore dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)

La legge 120? Una spinta anche per le realtà meno dinamiche

Dal primo bilancio stilato dall'Osservatorio nazionale per l'intramoenia sembrerebbe emergere con chiarezza che i ritardi e le criticità rilevate, in particolare nel Sud del Paese, siano da imputare essenzialmente a deficit organizzativi. Dottor Ancona, è d'accordo?

Ci sono sicuramente problemi organizzativi, ma anche culturali. Nel senso che il sistema dell'intramoenia dovrebbe essere percepito e accettato dall'Azienda sanitaria come una delle modalità con cui il servizio pubblico si presenta al cittadino per garantire il diritto alla libera scelta del professionista al quale rivolgersi, quindi come uno strumento per migliorare la qualità e la trasparenza del servizio pubblico. Invece, a volte, ho l'impressione che in diverse realtà l'intramoenia sia vista semplicemente come un modo per concedere al professionista la possibilità di svolgere attività privata. Un approccio culturale sbagliato. Tanto è vero che si è sviluppata una tendenza a delegare il processo di attuazione della libera professione al medico. E lo dimostrano i risultati dell'indagine conoscitiva del Senato, dai quali è emerso che una delle maggiori criticità era da individuarsi nell'affidamento al pro-

fessionista delle procedure di prenotazione e riscossione degli onorari, e questo prescindendo da una volontà specifica del medico.

Com'è la situazione attuale?

Lo stato di avanzamento dell'intramoenia è a macchia di leopardo non solo da Regione a Regione, ma anche tra le diverse Aziende regionali, al punto che la Puglia, ad esempio, ha commissariato alcune delle sue strutture. Ci sono Regioni che negli anni si sono attivate, come dimostra l'utilizzo dei fondi per la realizzazione degli spazi intramoenia. Sono quindi più avanti sul fronte strutturale. Perciò si sono potute concentrare sull'adempimento delle procedure indicate dalla legge 120/2007, ossia sulla gestione delle prenotazioni e delle riscossioni da parte del personale aziendale e sulla realizzazione di un Cup autonomo non intersecato con quello delle prenotazio-

ni istituzionali per evitare l'effetto dei vasi comunicanti. Altre realtà sono decisamente più indietro, sia per quanto riguarda la creazione degli spazi idonei all'esercizio della libera professione, sia per quanto concerne le procedure di gestione dell'intramoenia. Ci sono poi le grosse eccezioni di Sicilia e Calabria che non hanno chiesto i fondi e non hanno trasmesso alcun tipo di informazione.

Ritiene che Calabria e Sicilia rimarranno al palo?

Penso che in questo momento la Calabria abbia problemi molto più gravi da risolvere. Diversa è la realtà della Sicilia che, relativamente al sistema sanitario, non ha una situazione così destrutturata come la Calabria: in questo caso sembra che ci sia soprattutto una sorta di disinteresse e comunque di mancata risposta alle richieste di dati. Insomma, va per conto suo. Immagino

che qualcosa stia facendo, ma non si sa cosa. D'altro canto dobbiamo anche tener conto del fatto che l'Osservatorio ha una funzione di monitoraggio e non ha compiti sanzionatori, quindi non possiamo obbligare le Regioni a fornire informazioni. Non dimentichiamo inoltre che la trasmissione dei dati non è così facile, automatica, esistono difficoltà tecniche che rallentano i tempi.



ALDO ANCONA

La legge 120 sta creando benefici?

La legge 120/2007 ha una valenza importante. Innanzitutto, è stato un provvedimento bipartisan: infatti è stato approvato all'unanimità dalla Commissione di Palazzo Madama. Poi ha

segue dalla prima pagina

Ecco il "toto (vice) ministro"

tania e medico personale di Berlusconi.

In quella che viene considerata l'improbabile (ma possibile...) ipotesi che invece sia il Partito democratico ad aggiudicarsi la vittoria, il nome che ha ottenuto il maggior numero di

citazioni è stato quello di Umberto Veronesi, l'oncologo di fama internazionale che già occupò l'incarico di ministro della Sanità nell'ultimo Governo Amato (tra il 2000 e il 2001). Poco dopo di lui, ex aequo, la ministra della Salute del Governo Prodi, Livia Turco, e il chirurgo e presidente della Commissione Sanità del Se-

nato, Ignazio Marino. Un po' più a distanza Giovanni Bissoni, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, e il ministro per le Politiche per la famiglia, Rosy Bindi, che, per chi non lo ricordasse, fu anche ministro della Sanità tra il 1996 e il 2000, con il primo Governo Prodi e i due Governi D'Alema che lo seguirono.

avuto un effetto positivo in quanto ha sbloccato una situazione di stagnazione, quasi di rassegnazione sul fatto che si potesse cambiare lo stato delle cose. In particolare, aver legato l'assenza di adempimenti alla decadenza del Direttore generale, quindi al commissariamento dell'Azienda, ha fatto sì che le Regioni recuperassero una forma di "interventismo" che era stato abbandonato.

Quali sono le previsioni per il futuro?

Nel corso delle audizioni le Regioni hanno dichiarato che riusciranno a raggiungere gli obiettivi richiesti entro la scadenza fissata dalla legge. Ma è altrettanto vero che difficilmente questo potrà realizzarsi in tutte le Aziende. Ad esempio in Toscana, dove sono stati utilizzati al cento per cento i fondi disponibili per gli interventi edilizi, e sono state effettuate tutte le procedure richieste, già da ora c'è la certezza che un'Azienda non riuscirà ad adempiere in toto a quanto stabilito. Però in questi casi la legge interviene disponendo che laddove non si riuscissero a realizzare gli obiettivi previsti è possibile affittare, acquistare spazi ambulatoriali esterni o stringere convenzioni per acquisirli. E molte Aziende sapendo che non potranno a rispondere agli obblighi di legge, già da oggi, si stanno organizzando. L'importante è che la sede dove viene esercitata la libera professione, qualunque essa sia, non sia lo studio privato del medico, ma un presidio pubblico.

(E.M.)

A Cernobbio si è svolto il Forum Sanità Futura 2008

Sarà una Commissione a guidare l'Ecm

Ministero della Salute, Regioni e professioni sanitarie saranno rappresentati nel nuovo organismo nazionale, che avrà la sua "casa" presso l'Agenas. Ma per conoscere le nuove regole di accreditamento dei provider bisogna ancora aspettare

Lo scorso anno l'appuntamento annuale del Forum Sanità Futura era saltato all'ultimo momento. Un segno chiarissimo della grave crisi che viveva il sistema di Educazione Continua in Medicina (Ecm), che proprio nel 2007 sarebbe dovuto entrare nella fase definitiva, "a regime", dopo un quinquennio di sperimentazione. Molte le ragioni di questa crisi, a cominciare da una cronica carenza di risorse dedicate, alla quale vanno aggiunte il dualismo tra indicazioni nazionali e regionali e il malcontento delle rappresentanze delle professioni sanitarie, che lamentavano il loro scarso coinvolgimento, ridotto quasi ad una funzione burocratica di certificazione.

Per affrontare queste criticità, l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 ha definito un piano di riordino del sistema della formazione continua, perfezionato poi con la legge finanziaria di quest'anno.

Fulcro di questa nuova fase dell'Ecm è la Commissione nazionale per la formazione continua che non avrà più solo compiti consultivi, ma dovrebbe assumere un ruolo pienamente decisionale. E questa nuova Commissione, il cui decreto istitutivo è stato siglato lo scorso 16 marzo, sarà composta per metà da rappresentanti delle professioni sanitarie e per metà da responsabili politici, equamente ripartiti tra il ministero della Salute e le Regioni.

Ulteriori novità sono la collocazione della Commissione stessa, che non

sarà più presso il ministero ma presso l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (ovvero l'Agenas, nuovo acronimo per l'Assr) e l'accREDITAMENTO non più dei singoli eventi ma dei provider, ovvero dei soggetti organizzatori degli eventi.

A definire nel dettaglio le norme per la definizione del piano formativo per i professionisti e quelle per l'accREDITA-

mento dei provider dovrà ora pensare la Commissione nazionale, anche se molti speravano di poter avere indicazioni certe già durante le giornate di Cernobbio.

L'unica cosa certa è che per il triennio 2008-2010 ogni professionista che operi nel Servizio sanitario nazionale dovrà acquisire almeno 90 nuovi crediti, con un minimo di 30 e un massi-

mo di 70 ogni anno. A questi si dovranno poi aggiungere i 60 crediti acquisiti nella fase sperimentale, tra il 2004 e il 2007, per un totale di 150 crediti al 2010.

Ad occuparsi della registrazione dei crediti, sia su base nazionale che su base regionale, sarà il Cogeaps, il Consorzio creato dalle Federazioni degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni delle professioni sanitarie.

Interessante la proposta avanzata nel corso del dibattito da **Aldo Ancona**, direttore dell'Agenas, per la creazione di un fondo per l'Ecm finanziato dalle aziende farmaceutiche, così come avviene già per la ricerca e l'informazione sui farmaci attraverso l'Aifa. L'istituzione di un fondo comune consentirebbe di superare il rischio sempre presente di conflitto di interesse tra finanziatori e organizzatori degli eventi formativi. Ma l'orientamento è anche quello di ridurre sempre più gli eventi cosiddetti residenziali, più costosi, e favorire invece la formazione a distanza e la cosiddetta autoformazione, all'interno delle strutture sanitarie. "Il peso dei convegni è eccessivo rispetto ad altri strumenti - ha spiegato Ancona - bisogna fare in modo che i crediti arrivino anche attraverso l'operatività sul campo, i processi formativi e l'impegno dei professionisti sulle nuove procedure della sanità che stanno emergendo, come nel lavoro necessario per stilare le linee guida. E bisogna potenziare la formazione a distanza". (E.A.)

quinquennio, che poi in realtà è arrivato a circa sei anni. Dunque, per premiare chi è stato virtuoso, è stato stabilito che chi ha acquisito almeno 70 crediti formativi, tra il 2004 e il 2007, avrà uno sconto di venti crediti annui nel futuro triennio, per il quale sono previsti 150 crediti formativi complessivi, e dovrà dunque ottenere solo 30 crediti formativi ogni anno.

Come si deve interpretare lo spostamento della Commissione presso l'Agenas?

Si è scelto di trovare una sede che potesse essere una casa comune tra ministero della Salute, Regioni e rappresentanti delle professioni. L'allocazione della Commissione presso l'Agenas risponde ad una convergenza d'intenti e di condivisione, ma la Commissione mantiene una sua autonomia, perché è una materia così specifica e atipica, che incrocia interessi, obiettivi e attività, che riguardano sia il livello regionale che il livello nazionale, oltre che le diverse specializzazioni.

Lei e il suo staff dove andrete?

Noi speriamo che, tenuto conto che i primi passi sono stati compiuti, venga anche definito il nostro futuro, il futuro di chi ha contribuito a fare. Oppure che si crei un ponte, come è già stato siglato tra ministero della Salute e Agenas, per poter trasferire se non le persone almeno le conoscenze.

(E.A.)

La nuova Commissione nazionale per la formazione continua

Presidente: ministro della Salute
Vicepresidente: assessore coordinatore della Commissione Salute delle Regioni
Vicepresidente: presidente Fnomceo
Componenti di diritto: direttore generale dell'Agenas nazionale dei servizi sanitari regionali; direttore generale delle Risorse Umane e delle professioni sanitarie del ministero della Salute; responsabile del supporto amministrativo-gestionale
Componenti:

- sette esperti designati dal ministero della Salute, di cui due su indicazione del ministero dell'Università e della Ricerca
- otto esperti designati dalla Conferenza Stato-Regioni
- due esperti designati dalla Fnomceo
- un esperto designato dalla Commissione nazionale Albi Odontoiatri
- un esperto designato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Farmacisti
- un esperto designato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Veterinari
- un esperto designato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Chimici
- un esperto designato dalla Federazione nazionale degli Ordini degli Psicologi
- un esperto designato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Biologi
- due esperti designati dalla Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi
- un esperto designato dalla Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche
- un esperto designato dalla Federazione nazionale dei Collegi dei Tecnici di Radiologia medica
- un esperto designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area della Riabilitazione
- un esperto designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area Tecnico sanitaria
- un esperto designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area della Prevenzione

diventano protagonisti della definizione delle regole.

E poi si passerà dall'accREDITAMENTO dei singoli eventi a quello dei provider...

In una prima fase d'avvio è previsto ancora l'accREDITAMENTO dei singoli eventi residenziali, ma poi saranno accREDITATI direttamente i provider, con norme che dovranno essere definite dalla nuova Commissione in modo che garantiscano la capacità organizzativa, una significativa capacità di determinare i contenuti culturali e scientifici dei corsi e soprattutto l'indipendenza da intermediazioni che rientrano nell'ambito commerciale del sistema salute.

Ma affidare ai provider la definizione dei corsi richiederà un forte sistema di controllo.

Certo, ma io credo, e mi auguro che la pensi così anche la nuova Commissione nazionale, che non sia necessario procedere per via ispettiva quanto piuttosto attraverso verifiche, perché chi altera le regole del gioco non può giocare insieme agli altri.

Un sistema che deve dare formazione non può avere regole rigide, ma de-

ve essere permeabile alle esigenze. È un sistema che si rivolge agli adulti e tra adulti, se le cose si vogliono fare, è meglio una stretta di mano che un'ispezione militare.

Gli obiettivi formativi saranno definiti centralmente o ciascun professionista potrà decidere da solo?

L'accordo tra Stato e Regioni prevede che il 50% degli obiettivi formativi saranno agganciati agli obiettivi aziendali e regionali, il 20% saranno obiettivi nazionali e il 30% potremo definirli professionali, cioè strettamente connessi con la realtà di ciascun professionista.

Cosa succederà con i crediti acquisiti in questi anni di sperimentazione?

Occorre fare chiarezza. Il fatto che per cinque anni sia stato un sistema sperimentale, non significa che chi si è aggiornato in questo periodo ha perso tempo o che non verrà tenuto in considerazione.

Ma bisogna anche tener conto che dai monitoraggi che l'Ufficio ha condotto, comunicandoli alla Segreteria e alla Commissione, è emerso che molte professioni purtroppo sono state povere di offerta formativa e quindi non a tutti è stato possibile acquisire i 150 crediti previsti nel

L'INTERVISTA

MARIA LINETTI

Direttore Ufficio formazione continua ministero della Salute

La burocrazia garantisce il rispetto delle regole

"Si parla sempre tanto di burocrazia, ma la burocrazia non è altro che l'attuazione delle norme che regolano il procedimento amministrativo. Guai se l'amministrazione non avviasse sistemi burocratici perché altrimenti sarebbe autoreferenziale, decidendo da sola che cosa fare. Invece, l'adeguarsi ai regolamenti è una tutela per il cittadino: più noi siamo, non cavillosi, ma attenti alle regole e alla correttezza della loro attuazione, più il cittadino è garantito.

Maria Linetti è stata direttore per l'Ufficio per la formazione continua del ministero della Salute in questi faticosi anni di avvio, partecipando anche ai lavori della vecchia Commissione nazionale Ecm e della Segreteria che faceva da tramite tra Commissione e Ufficio. Insomma, se non richiamasse altre scabrose vicende della sanità, verrebbe da chiamarla "lady Ecm".

Dottorssa Linetti, cosa succede ora che si esce dalla fase sperimentale?

La novità più importante è il ruolo assegnato alle professioni sanitarie: i destinatari dell'attività di formazione

Numeri

Le dimissioni ospedaliere in Italia

(% sul totale dei ricoveri, per tipo di istituto, anno 2005)

Acuti	Regime	
	ordinario	Day hospital
Aziende ospedaliere	30,8	33,4
Ospedali a gestione diretta	41,6	37,9
Policlinici universitari	2,9	6,3
Irccs	4,7	6,9
Ospedali classificati	3,2	3,1
Ist. qualificati presidio Usl	0,7	0,9
Enti di ricerca	0,1	0,0
Case di cura private accreditate	15,2	11,2
Case di cura private	0,9	0,3

Riabilitazione

	Regime	
	ordinario	Day hospital
Aziende ospedaliere	14,1	29,2
Ospedali a gestione diretta	13,2	18,9
Policlinici universitari	0,5	1,2
Irccs	14,7	23,0
Ospedali classificati	4,1	1,2
Ist. qualificati presidio Usl	2,7	3,0
Enti di ricerca	0,1	-
Case di cura private accreditate	49,5	23,2
Case di cura private	1,0	0,2

Lungodegenza

	Regime	
	ordinario	Day hospital
Aziende ospedaliere	7,6	19,3
Ospedali a gestione diretta	47,8	12,4
Policlinici universitari	-	-
Irccs	0,3	-
Ospedali classificati	0,6	-
Ist. qualificati presidio Usl	0,9	-
Enti di ricerca	-	-
Case di cura private accreditate	42,4	68,4
Case di cura private	0,4	-

(Fonte: ministero della Salute, Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero relativo al 2005)

Lettere al bisturi

Scrivi a:

Redazione "Il Bisturi"
Health Communication srl
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
e-mail: bisturi@hcom.it



Il Bisturi

QUINDICINALE DI POLITICA SANITARIA

DIRETTORE RESPONSABILE
Eva Antoniotti

REDAZIONE
Arianna Alberti, Lucia Conti, Giulio Maria Corbelli,
Ester Margò, Antonino Michienzi,
Michele Musso, Mariano Rampini, Stefano Simoni

COLLABORATORI
Antonio Lepre, Marina Loi, Emma Martellotti,
Alberto Mingardi, Silvia Proccacci, Vincino

PROGETTO GRAFICO
AREa Antonio Romano e Associati

IMPAGINAZIONE
Daniela Lucia, Barbara Rizzuti
Illustrazioni tratte da:
"L'Encyclopédie di Denis Diderot"
"Handbook of early advertising art, Clarence P. Hornung"

ABBONAMENTI
Annuo € 31,00 (L. 60.000),
prezzo singolo copia € 1,55 (L. 3.000)
copie arretrate € 3,00 (L. 6.000)

EDITORE
Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
00147 Roma - Via Vittore Carpaccio, 18
Tel. 06.594461 Fax 06.59446228
e-mail: bisturi@hcom.it

STAMPA
ARTI GRAFICHE SRL
Pomezia, Roma

Registrazione Tribunale di Roma n. 33 del 24/01/1997
Diritto alla riservatezza: "Il Bisturi" garantisce
la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96

PERIODICO ASSOCIATO

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PUBBLICITÀ MEDICALE

Finito di stampare: aprile 2008