



RASSEGNA STAMPA

29/10/10

Quotidiano Sanità

Stato-Regioni: intesa su sette temi sanitari, slitta il federalismo

Prestazioni ambulatoriali urgenti eseguite prima possibile e comunque, entro 72 ore. Quelle indifferibili entro dieci giorni. Prestazioni differibili effettuate entro trenta giorni e accertamenti diagnostici non oltre i sessanta 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 che puntano a 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 sia pubbliche sia private accreditate. 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 specifici che dovranno, in undici mosse, tagliare le attese. 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 capacità del Ssn di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea" prevede, aveva spiegato 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 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 dall'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. 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). Per quanto riguarda le ambulatoriali specialistiche sono divise in: urgenti, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; brevi da eseguire entro 10 giorni; differibili, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; e infine programmate.

Le patologie dell'area cardiovascolare e oncologica

Nel mirino del Piano ci sono poi le aree oncologica e cardiovascolare. L'atout per cuore e tumori 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 dislocate 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. Sono due le modalità disciplinate: la libera professione "aziendale" come forma di "ristoro" da offrire al cittadino, 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,

essendo possibile ricondurla ad una delle possibili forme di "ristoro" per il cittadino. 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'Alpi venga effettuata su scelta e richiesta dell'utente e a suo carico, andranno garantite forme di controllo affinché le due forme di erogazione (libera professione e istituzionale) non entrino in concorrenza, ma contribuiscano insieme ad allargare l'offerta 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 prestazioni specialistiche ambulatoriali, e forme di verifica per rispettare l'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e in libera professione. Perciò questa seconda modalità dovrà essere monitorata dalle Regioni non solo rispetto al numero di prestazioni, ma anche rispetto ai tempi di attesa. Anche per i ricoveri dovranno essere previste le stesse modalità.

Corriere della Sera

Interventi inutili, 15 anni al chirurgo

Brega Massone della Santa Rita operava per lucrare sui rimborsi

Il tribunale di Milano ha condannato a 15 anni e sei mesi di reclusione Pier Paolo Brega Massone, l'ex primario di chirurgia toracica della clinica Santa Rita, per gli interventi inutili e, a volte, dannosi che furono compiuti «con lo scopo di lucrare sui rimborsi». Condannati anche due collaboratori dell'ex chirurgo. L'inchiesta partì da una segnalazione anonima arrivata alla Guardia di finanza. MILANO Sono venuti meno al dovere di operare solo nell'esclusivo interesse della salute dei loro pazienti l'allora primario della Clinica Santa Rita e i suoi due assistenti perché, tra il 2005 e il 2007, volontariamente eseguirono interventi inutili e dannosi solo per truffare il Servizio sanitario. Per questo il Tribunale di Milano ha condannato a 15 anni e mezzo di carcere l'ex responsabile del reparto di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone, a 10 il suo braccio destro Pietro Fabio Presicci e a 6 anni e 9 mesi Marco Pansera.

Al termine di un processo durato un anno e 11 mesi e dopo quasi 4 giorni di camera di consiglio, poco prima della mezzanotte di ieri i giudici (Maria Luisa Balzarotti presidente, Carmen D'Elia e Orsola De Cristofaro, a latere) confermano l'impianto accusatorio dei pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano trasformando, a meno di verdetti opposti nei prossimi gradi, il processo alla «Clinica degli orrori» in un caso da manuale di criminologia. Rispetto alle richieste della Procura, il tribunale lima da 83 a 79 il numero degli interventi ritenuti nocivi, riducendo di conseguenza le pene chieste dai pm (21 anni per Brega, 14 per Presicci e 8 per Pansera), ma confermando in taluni casi l'aggravante di aver agito con crudeltà nei confronti delle vittime.

Per quanto riguarda gli altri sei imputati accusati solo di truffa e falso per le cartelle cliniche truccate per gonfiare i rimborsi del Ssn, i giudici riducono di poco le richieste e infliggono pene da un anno e mezzo a tre anni e assolvono l'ex anestesista Giuseppe Sala. Risarcimenti immediatamente esecutivi da duecentomila euro all'ordine dei medici, da 40 mila alla Asl di Milano e da 30 mila alla Regione Lombardia. È la prima volta che un processo condanna il «modus operandi» di un'intera unità chirurgica che, pur sapendo di quanto poteva accadere operando pazienti spesso malandati, volontariamente ha accettato il rischio di causare lesioni gravi o gravissime.

L'inchiesta sulla «Clinica degli orrori» esplose il 5 giugno 2008 quando la Guardia di Finanza di Milano arresta Brega Massone e Fabio Presicci. Pansera e altre 11 persone finiscono ai domiciliari. L'indagine si suddividerà in due tronconi, il primo è quello che si è chiuso con la sentenza di ieri; il secondo (che ha riportato Brega Massone in carcere) riguarda un'altra settantina di lesioni e 4 quattro sospette morti che la Procura qualifica come omicidi volontari.

Il processo comincia il 2 dicembre 2008 senza il proprietario della clinica Francesco Paolo Pipitone, che aveva già patteggiato 4 anni e 4 mesi ai quali aggiungerà un risarcimento di 7 milioni dopo un processo della Corte dei conti. I giudici impongono un calendario fitto di 73 udienze in cui Brega Massone non perde l'occasione per dichiarazioni spontanee, specie durante le deposizioni dei consulenti (Francesco Sartori, Dario Olivieri e Paolo Squicciarini) dei pm. Gli esperti espongono una galleria degli orrori senza fine, parlando di «fretta chirurgica e crudeltà», come quando il bisturi affondava sui pazienti a caccia di tumori anche se non c'erano. Le intercettazioni, sentite in aula, confermano lo scenario sconcertante. Drammatiche le deposizioni di alcuni pazienti. Le difese rispondono con due esperti e testimonianze che tentano di smontare l'accusa e chiede l'assoluzione. L'ex primario dice che ha sempre operato «in scienza e coscienza», che gli interventi «servivano a migliorare la qualità della vita dei pazienti ed assicurare una morte dignitosa ai malati di tumore». E se la Pradella lo incalza chiedendogli perché asportava mammelle per poi scoprire un nodulo benigno quando sarebbe bastata un'agobiopsia, poco più di una puntura, Brega risponde che «l'unica certezza la si ha con l'esame istologico dopo l'intervento». Ma «alla Santa Rita contava il fatturato, che si curasse la gente era irrilevanti», ribattono i pm.

Il Messaggero Veneto

LA SANITÀ IN CONCRETO

di *FRANCESCO MACAGNO

E' difficile per un tecnico di Area materno-infantile (Ami) intervenire in un momento di accesa polemica e di grave contrapposizione politica evitando il rischio di dispensare alcool sulla brace. È ancora più difficile infondere nei cittadini il seme di un'altra cultura, distante da quella che ispira molti politici, troppo attratti dalla stella polare degli appuntamenti elettorali, oppure così affezionati ai così detti fiori all'occhiello propagandati alla popolazione, spesso anche quando, ormai appassiti, richiedano di essere rinnovati alla luce delle nuove evidenze.

Tuttavia, nella fiducia che tra chi riveste ruoli di responsabilità decisionale ritorni e prevalga la necessaria serenità di commento e di giudizio nell'ambito di un onesto confronto critico, può non essere inutile sollecitare anche quei politici più propensi ad autoassolversi nelle loro proposte meno razionali e più emotive, invitandoli a non rifiutare d'emblée le argomentazioni dei tecnici sui problemi così seri e complessi che riguardano il percorso nascita.

A partire dal Dm 24.04.2000 applicativo del Piano sanitario nazionale e riguardante il "Progetto obiettivo materno-infantile", la Regione ha emanato un suo progetto (Dgr 3235 del 29.11.2004) ricomprendendo in parte i contenuti del Piano sanitario regionale 2006-2008 (Dgr 28/43 del 2006). Nel corso del 2008-2009 l'assessorato regionale ha individuato un Gruppo tecnico materno-infantile, con lo scopo di analizzare lo stato di applicazione della normativa concernente i punti nascita e i servizi di pediatria ospedaliera, e presentare proposte per il riordino della rete ospedaliera e il miglioramento della sicurezza. Ai lavori del Gruppo hanno preso parte attiva i primari ginecologi-ostetrici e pediatrici-neonatologici della Regione. Dopo analisi della distribuzione della casistica, dei modelli organizzativi e delle strutture esistenti il Gruppo ha avanzato proposte condivise, in gran parte in linea con le indicazioni nazionali e con le linee di gestione indicate nei giorni scorsi dall'assessore Kosic.

I criteri di riferimento a cui si è ispirato il Gruppo sono stati la sicurezza del cittadino assistito nell'Ami, la valutazione obiettiva dei risultati attualmente acquisiti e migliorabili, l'equità delle risorse - di personale e finanziarie - attribuite alle varie sedi e il livello di soddisfazione del personale e dei cittadini. Ovviamente si è tenuto conto delle più recenti indicazioni nazionali e degli accordi governo/Regioni (ex art. 4 decreto legislativo 28.8.1997, n. 281). Del tutto recentemente la Conferenza permanente per i rapporti Stato/Regioni ha identificato linee d'azione per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale riportati nel già citato Dm 24.4.2000 ("Progetto obiettivo materno-infantile"), con particolare riferimento alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione dei tagli cesarei.

Alcuni punti condivisi dalle altre Regioni e recuperati dai suddetti atti formali, devono essere oggetto di attenzione, confronto e, per quanto possibile, di mediazione ai tavoli decisionali, al fine di condividere e adottare Linee di gestione regionali inerenti la rete ospedaliera quanto più possibile razionali e compatibili con le risorse disponibili.

1) Riorganizzare la rete ospedaliera fissando il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard, prevedendo numerosità inferiori solo se motivate da valutazioni di specifici bisogni. Inoltre ridurre da tre a due i livelli di assistenza ospedaliera.

2) Assicurare il servizio di trasporto assistito materno (il così detto trasporto in utero), non soltanto per le condizioni di emergenza, ma per ridurre le nascite di neonati di peso inferiore a 1.500 g al 1° livello.

3) Programmare piani mirati alla riduzione dei tagli cesarei (indicazioni appropriate).

4) Garantire la guardia con presenza 24 ore su 24 di personale ginecologico-ostetrico, pediatrico e anestesiologicalo anche nelle sedi che accolgono gravide al primo livello (età gestazionale superiore a 32 settimane).

5) Garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico in emergenza.

6) Dotare gli impianti nel rispetto delle Linee guida Ispesl per la sicurezza in sala parto-sala operatoria ostetrica del 2004.

7) Garantire 24 ore su 24 la rianimazione neonatale in sala parto da parte del pediatra, in collaborazione con l'anestesista rianimatore

8) Collaborare in rete continua con la sede ospedaliera di livello superiore e con il Servizio di trasporto d'emergenza neonatale.

I servizi di secondo livello, oltre a garantire quanto previsto per il livello inferiore, devono anche avere i seguenti requisiti.

1) Servire un bacino di utenza minimo di 5.000 nati/anno - comprensivo delle nascite interne al servizio e di quelle dei centri di 1° livello afferenti - per le Soc di 2° livello.

2) Collaborare in rete con i servizi di livello inferiore a essi collegati.

3) Garantire assistenza di livello adeguato alle gravide ad altissimo rischio perinatale.

4) Ricoverare almeno 50 neonati di peso inferiore a 1.500 grammi/anno a questo livello.

- 5) Collaborare attivamente col Servizio di trasporto neonatale e con quello materno (2° livello).
- 6) Adeguare all'entità dell'attività svolta il supporto di reperibilità ostetrica e neonatologica e disporre di analoghi supporti anestesiológicos, in particolare per l'offerta di analgesia in travaglio.
- 7) Organizzare l'assistenza intensiva alla gravida/puerpera in rapporto alle peculiari esigenze e l'assistenza intensiva al neonato (Tin).
- 8) Garantire le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello subspecialistico (chirurgia neonatale, cardiocirurgia, neurochirurgia, traumatologia, malattie infettive ecc.) oppure essere funzionalmente collegate con tali servizi attraverso contratti e convenzioni esterne.
- Ovviamente le suddette linee d'azione indicano anche gli standard e i requisiti tecnologici e strutturali. Per quanto attiene al personale, vengono indicati i criteri da adottare per garantire la sicurezza e l'efficienza dei servizi. Questo punto è cruciale, ma non eludibile, nonostante la attuale carenza dei professionisti necessari in campo. Tuttavia tale difficoltà può rappresentare un'opportunità, un input nuovo per un salto di qualità da ottenere proprio attraverso una seria e profonda riorganizzazione, non solo basata sulla mobilità dei professionisti, ma sul loro aggiornamento professionale.
- *past presidente della Società italiana di neonatologia

Il Messaggero Veneto

Nuova apparecchiatura per dosare i farmaci salvavita in ospedale

Va a potenziare la dotazione del reparto di anestesia con i fondi raccolti dal mercatino della solidarietà su iniziativa dell'Ado

Il reparto di anestesia e rianimazione dell'ospedale di Gorizia può contare su una nuova dotazione, una pompa a siringa Alaris Pk Universal frutto dell'impegno e della volontà di collaborare dell'Associazione donatori di organi.

Il sodalizio ha acquistato il manufatto con i fondi raccolti dal Mercatino della solidarietà, organizzato in occasione delle festività natalizie. La consegna dell'attrezzatura all'unità operativa ha fornito l'opportunità per tirare le somme sull'attività svolta, quindi per ribadire che è anche merito dell'Isontino se il Friuli Venezia Giulia detiene il primato italiano per numero di donatori.

Come spiegato dal primario del reparto, Luciano Silvestri, la pompa a siringa permette la somministrazione a dosaggi molto precisi di farmaci cardiovascolari e salvavita, inoltre, essendo di ultima generazione, ha un software che consente l'anestesia endovenosa. Si tratta della terza strumentazione procurata dall'Ado all'unità operativa con lo stesso iter, dopo il defibrillatore e i manichini per addestramento alla rianimazione del 2005 e la sonda lineare multifrequenza a larga banda del 2009.

A proposito della situazione goriziana, Silvestri ha aggiunto: «Quest'anno abbiamo seguito otto potenziali donatori di organi, diventati poi sei effettivi. Uno di questi, per l'esattezza il primo, era iscritto all'Ado». Il responsabile del centro regionale trapianti, Perissutti, ha tracciato un quadro più generale: «Il Friuli Venezia Giulia è la prima regione in Italia per numero di donatori, inoltre vanta la minore opposizione alla donazione. Proprio sulla base del grande contributo che l'Isontino ha dato a livello regionale, colgo l'occasione per annunciare che, grazie a un protocollo condiviso tra i cardiologi, sarà possibile eseguire anche a Gorizia il prelievo di cuore».

Il direttore dell'Azienda sanitaria Isontina, Gianni Cortiula, ha fatto un plauso al lavoro di rete: «Con questo gesto l'Ado dimostra i risultati che possono essere raggiunti con il lavoro comune e la collaborazione. Ciascuno con il proprio ruolo contribuisce al raggiungimento degli obiettivi, ovvero la valorizzazione della vita in ogni suo aspetto. Contributi come questo fanno crescere la disponibilità, anche in momenti gravi. Del resto il pubblico non può arrivare dappertutto, ognuno deve portare avanti i propri compiti, per intervenire in modo capillare».

Alla cerimonia sono intervenuti anche la presidente regionale del sodalizio, Gloria Aita, che ha ricordato il duplice impegno sul piano della sensibilizzazione e su quello della prevenzione, e il rappresentante della sezione goriziana Giovanni Latini.

Erano presenti anche gli assessori comunali al welfare, Silvana Romano, che ha ribadito la disponibilità dell'amministrazione nel portare avanti le istanze dell'associazione, e alle politiche giovanili, Stefano Ceretta, impegnato nell'opera di informazione e di coinvolgimento soprattutto dei ragazzi. (f.s.)

Il Centro

Pochi anestesisti, operazioni sospese

Da lunedì l'ospedale di Penne garantisce solo gli interventi chirurgici di urgenza

Dal mese di novembre, da lunedì dunque, saranno sospese le operazioni chirurgiche nell'ospedale San Massimo. Il provvedimento è stato firmato dal direttore sanitario facente funzioni del presidio ospedaliero di Penne, Americo Spinosi, a causa della carenza di medici anestesisti in organico. Saranno garantite solo le operazioni chirurgiche d'urgenza.

La lettera è stata inviata da Spinosi ai quattro direttori di unità operative: **Giampiero D'Amico** (Chirurgia), **Quirino Di Nisio** (Ostetricia e ginecologia) e **Vincenzo Rapino** (Otorino).

Il provvedimento è stato firmato il 26 ottobre ed è stato diffuso dalla Fials di Pescara. Da lunedì primo novembre, dunque, i primari non potranno più operare i pazienti che avevano programmato interventi chirurgici all'ospedale di Penne.

«A causa della grave carenza dei medici anestesisti in organico e la mancata attuazione degli opportuni provvedimenti promessi», scrive il dottor Spinosi, «non si è in grado di garantire il normale svolgimento delle sedute chirurgiche di "elezione" (programmate, ndc) per il prossimo mese di novembre».

A cosa si riferisce Spinosi quando scrive che il provvedimento è stato disposto anche per la «mancata attuazione di provvedimenti promessi»? La Asl avrebbe dovuto attingere anestesisti, infatti, da una graduatoria indetta con avviso pubblico.

Un operatore sanitario (ex sindacalista) in servizio a Penne, che preferisce rimanere anonimo per evitare sanzioni disciplinari, è chiaro: «È un provvedimento che non penalizza assolutamente la gestione degli interventi chirurgici. Saranno considerate tutte le urgenze, mentre gli interventi programmati a novembre saranno solo differiti. Strumentalizzando la vicenda», conclude l'operatore, «si rischia ogni volta di danneggiare l'immagine dell'ospedale di Penne».

A causare il blocco delle operazioni è stata la mancanza di anestesisti; alcuni medici sono andati in pensione, gli altri devono dividersi tra rianimazione, reperibilità e sala operatoria. «Non siamo ancora a conoscenza del problema specifico», sottolinea **Franco Pasta**, delegato aziendale della Cgil. «Siamo convinti che la direzione generale cercherà di stanziare fondi per evitare il blocco della sala operatoria. L'ospedale di Penne», conclude Pasta, «svolge un ruolo strategico per l'area vestina».

Anche il sindaco di Penne, **Donato Di Marcoberardino**, si sta occupando del caso e nei prossimi giorni dovrà anche esprimere un giudizio sul lavoro svolto dal manager **D'Amario** in qualità di membro del comitato ristretto dei sindaci.

Il Gazzettino

“La multidisciplinarietà in terapia del dolore”

È l'argomento del secondo simposio che la Società italiana di anestesia rianimazione emergenza e dolore organizza oggi, nella Destra Tagliamento in collaborazione con l'Azienda sanitaria 6, nell'Abbazia benedettina di Santa Maria in Sylvis, a Sesto al Reghena. Quest'anno il tema scelto è "Il dolore lombare", in quanto colpisce, almeno una volta nella vita, l'80-90% della popolazione ed è la seconda causa assoluta di visita medica ambulatoriale. Le molteplici cause scatenanti del dolore lombare trovano ragione di discussione in un incontro - confronto tra specialisti, che si pone come obiettivo quello di rendere multidisciplinare l'approccio al problema, sia da un punto di vista clinico che terapeutico - operativo. **La Siared ha affidato la responsabilità scientifica ed organizzativa del simposio a Gabriella Nadalin, direttore della Struttura operativa complessa di anestesia, rianimazione e terapia del dolore dell'Ass 6 del Friuli Occidentale, mentre la segreteria scientifica è stata affidata ai medici Stefania Liva, Paola Nosella, Ingrid Reffo e Francesca Colbasso.** Il simposio prevede relazioni medico - scientifiche di docenti universitari e medici ospedalieri provenienti dalle diverse realtà sanitarie nazionali. Numerosi i relatori che sviscereranno la questione da tutte le angolature scientifiche e sanitarie. Il problema è decisamente molto sentito dalla popolazione e per questo chi volesse partecipare come ascoltatore può farlo.