

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 10 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE **Riforma delle Asl, c'è il via libera ma cresce la protesta** **Approvata la proposta del Pd, ma la maggioranza è divisa** **Il dibattito in consiglio regionale inizierà il 21 ottobre**

Il primo capitolo della riforma volante su Asl, sanità e dintorni è stato scritto ma forse, senza che nessuno si offenda, non vale neanche la pena di leggerlo. Di sicuro sarà stravolto dal dibattito in Consiglio, annunciato molto acceso dal 21 ottobre in poi. Anzi, sulle ultime righe bisogna comunque soffermarsi, sono l'attualità: ieri a maggioranza la commissione Sanità del Consiglio ha licenziato la bozza del Pd che istituisce l'Agenzia per le emergenze, a cominciare dalla riorganizzazione regionale del 118, rimodula i piccoli ospedali e ribadisce la necessità di una centrale unica per le spese e gli appalti, anche se lo stesso ufficio di recente è stato approvato dalla giunta. Scritto subito dopo, come si sapeva da giorni, che dalla leggina hanno preso le distanze due partiti della coalizione, Centro democratico e Partito dei sardi, astenuti, e riscritto ancora una volta che il centrodestra si è scagliato contro, sono gli altri capitoli a essere più interessanti soprattutto perché sono tutti ancora da scrivere. Ecco alcune domande a futura memoria: quando saranno commissariate le attuali undici Asl, a novembre? Riusciranno i partiti ribelli del centrosinistra e anche la giunta, è uno dei pallini del governatore, a ridurre il numero delle Aziende, nonostante le resistenze di uno zoccolo duro presente nella stessa maggioranza? In attesa delle risposte, degli emendamenti annunciati dall'assessore alla Sanità Luigi Arru e dei ritocchi che ci saranno in corso d'opera, con il voto ancora caldo sono arrivate una valanga di dichiarazioni. La maggioranza. Fra le prime quella del presidente della commissione, il socialista Raimondo Perra: «Non c'era più tempo da perdere. Con questa proposta di legge, vogliamo fermare una spesa sanitaria ormai fuori controllo e che sfiora un disavanzo di 500 milioni negli ultimi due anni senza che sia migliorata la qualità dei servizi». Poi è stato il capogruppo del Pd, Pietro Cocco, a sostenere in campo aperto la bozza su cui ha lavorato anche il presidente del Consiglio, Gianfranco Ganau: «Servivano delle norme urgenti e sono soddisfatto perché in

commissione le abbiamo approvate in tempi brevi. Ora il confronto vero sul riordino del sistema sarà in Consiglio». Anche per Daniele Cocco, capogruppo di Sel non c'è tempo da perdere: «Le Asl vanno commissariate, per evitare che i manager nominati dal centrodestra continuino a far disastri». Come quello denunciato in un'interrogazione dal consigliere regionale del Pd Lorenzo Cozzolino: «All'ospedale Brotzu di Cagliari ormai è tutto ben oltre l'ordinaria amministrazione». Per ritornare a Sel e al numero delle Asl, Daniele Cocco ha detto: «Il dibattito è aperto, ma non è detto che con meno Asl si risparmi e migliorino i servizi in periferia». Ad annunciare il prossimo passo è stato Efisio Arbau (Sardegna Vera): «Siamo pronti a fare il nostro dovere, migliorare la proposta in aula». Come? Si vedrà. La minoranza. A puntare il dito è stato il capogruppo di Forza Italia, Pietro Pittalis: «È tutta una finzione, concepita solo per moltiplicare le poltrone e poi occuparle. Il flop del centrosinistra ha del clamoroso». L'assessore. Luigi Arru ha prima replicato a Pittalis: «Il centrodestra non ha titolo per parlare. Nel 2009 sono stati quei partiti a fare la vera finta riforma. Una riforma Avatar inattuabile e infatti mai applicata, concepita solo per licenziare via fax gli allora direttori generali e sostituirli con chi poi ha dilapidato risorse pubbliche». Poi ha aggiunto: «Lo spreco degli ultimi cinque anni è certificato e proprio il centrodestra al governo non ha concepito neanche un embrione di Piano sanitario: ha solo sperperato». Nel frattempo una prima Asl è stata commissariata: il direttore generale Salvatore Piu della 6 (Medio Campidano) si è dimesso per motivi personali e sarà sostituito da un funzionario regionale.

Gli astenuti Cd e Partito dei sardi: no ad aziende in più

Passo indietro? Neanche per idea. Centro Democratico e Partito dei sardi avevano annunciato che si sarebbero astenuti sulla bozza del Pd e hanno tenuto botta, nonostante le pressioni del resto della maggioranza. Roberto Desini (Cd): «Siamo stati coerenti con la nostra posizione: non possiamo essere d'accordo con una legge che aumenta il numero delle Asl. Se resta così com'è, non la voteremo neanche in aula. Ora aspettiamo fiduciosi che il presidente Pigliaru tenga fede a quanto dice da sempre e sia la giunta a proporre, con un suo emendamento, la riduzione delle Aziende sanitarie. Aziende ormai fuori controllo, basta vedere la ribalta nazionale che hanno avuto i pasticci dell'Asl 1 di Sassari. La situazione è diventata insostenibile non solo nei bilanci». Augusto Cherchi (Partito dei sardi): «Non puoi votare certo contro la maggioranza di cui fai parte, ma neanche accettare una proposta di legge inaccettabile. Siamo stati i primi a presentare una vera riforma delle Asl, con una riduzione netta del numero, il Pd non ci ha ascoltato e noi per coerenza siamo rimasti fuori dalla mischia senza ostacolare in commissione il cammino della leggina. A questo punto se vogliamo davvero cambiare la sanità, armonizzare costi e servizi, deve essere la giunta a uscire allo scoperto. Sappiamo che anche il presidente vuole meno Asl, aspettiamo un suo emendamento».

REGIONE Sanità, la riforma approvata in Commissione Disegno di legge ora al vaglio del Consiglio. L'opposizione: «Poltrone moltiplicate»

La sesta Commissione del Consiglio regionale ha approvato la proposta di legge 71 sulla riforma del sistema sanitario. Presentata dal centrosinistra, primo firmatario Pietro Cocco, è passata nonostante il voto contrario della minoranza e due astensioni tra le fila della maggioranza (Roberto Desini del Centro Democratico e Augusto Cherchi del Partito dei Sardi).

Il provvedimento introduce importanti novità nel sistema della salute pubblica: a) la creazione della Centrale regionale di committenza che consentirà di razionalizzare la spesa sanitaria e di standardizzare la domanda delle Asl nei confronti dei fornitori; b) l'istituzione dell'Agenzia regionale per le emergenze e le urgenze che avrà autonomia patrimoniale e gestionale e svolgerà i compiti attualmente in capo alle centrali operative del 118; c) la nuova disciplina dei distretti socio-sanitari che saranno ridisegnati tenendo conto della scomparsa delle province; d) il rafforzamento dei servizi nel territorio con la costituzione delle Case della salute (destinate a raccogliere in un unico spazio l'offerta extraospedaliera integrata con il servizio sociale) e gli Ospedali di comunità (per le cure ai pazienti che non abbiano necessità di ricovero in strutture per acuti). La proposta di legge dovrà ottenere adesso il via libera definitivo dal Consiglio regionale. Il testo entrerà in Aula nell'ultima decade di ottobre.

Soddisfatto il presidente della Commissione Sanità Raimondo Perra (Psi): «Si tratta di un passo molto importante per ridisegnare il sistema sanitario isolano. C'è la necessità di razionalizzare la spesa, ormai fuori controllo, delle Asl. Il disavanzo, nell'ultimo biennio, è di circa mezzo miliardo di euro».

«È una finta riforma, concepita per moltiplicare e occupare le poltrone», replica Pietro Pittalis, capogruppo di Forza Italia. «Dalla Commissione esce un flop, che moltiplica i centri di costo, che è stato criticato da tutte le parti sociali audite e che ha visto perfino l'astensione di due partiti della maggioranza. La maggioranza non va oltre una pseudoriforma, un costoso abito cucito su misura per i partiti e le correnti».

classifica: ora è il terzo più efficiente al mondo

Secondo la classifica stilata dall'agenzia americana siamo il top in Europa e miglioriamo il sesto posto dello scorso anno. A livello mondiale ci superano soltanto Singapore e Hong Kong. La Russia è relegata in ultima posizione, male anche Germania e Usa che non vanno oltre 23° e 44° posizione.

Il sistema sanitario italiano è il terzo al mondo in termini di efficienza, alle spalle di Singapore e Hong Kong e davanti a Giappone, Corea del Sud e Australia. E' quanto emerge dalla classifica stilata da Bloomberg che ha considerato i dati forniti da Banca Mondiale, Fmi e Oms. La Francia si posiziona ottava, il Regno Unito decimo, mentre gli Stati Uniti arrancano nelle retrovie, al 44° posto.

Il ranking di Bloomberg ha considerato i 51 Paesi con popolazione superiore ai 5 milioni, con un Pil di almeno 5mila dollari americani e con un'aspettativa di vita che supera i 70 anni. Risaltano negativamente la performance della Russia, relegata in ultima posizione, e quella della Germania, che non va oltre il 23° posto. I parametri utilizzati per elaborare la classifica sono: aspettativa di vita; costo del sistema sanitario in percentuale sul Pil; costo del sistema sanitario pro-capite; variazione dell'aspettativa di vita rispetto al 2013 (anni); variazione del costo della sanità pro capite; variazione del Pil pro-capite; inflazione.

L'Italia, che migliora il sesto posto [dello scorso anno](#), presenta un'aspettativa di vita di 82,9 anni e spende in sanità il 9% del Pil, pari a 3.032 dollari pro-capite. Nel confronto con il 2013 l'aspettativa di vita è aumentata di 0,3 anni, mentre la spesa per la sanità pro-capite è diminuita di 306,64 dollari, cioè meno 9,2% in percentuale sul Pil. Prodotto interno lordo che è diminuito dell'8,6% pro-capite, con un'inflazione del 3%. In totale il punteggio dell'Italia è 76,3. Poco meno di Hong Kong e Singapore, ma più del doppio degli Stati Uniti, fermi a 34,3.

Trapianti. Aumentano donazioni e interventi. Ma le performance negli ospedali possono migliorare del 30%

Diminuiscono i chirurghi dei trapianti, sempre meno giovani scelgono questa attività. Questi i dati emersi alla presentazione, al ministero della Salute, della 16esima Giornata europea della donazione di organi che si terrà il prossimo 11 ottobre. Lorenzin: "Dobbiamo sollecitare e promuovere la cultura della donazione"

L'Italia migliora le proprie performance sul fronte delle donazioni di organi e dei pazienti trapiantati: secondo le proiezioni per il 2014 i donatori sono passati da 1.318 del 2013 (22.2 per milione di popolazione) a 1.367 di quest'anno (22.9 pmp). Mentre i pazienti trapiantati sono stati 2.944 contro i 2.841 del 2013, con un incremento del 3,6%. E ben 3.168 gli organi trapiantati rispetto ai 3.117 dello scorso anno, con un aumento dell'1,6%. Ma ci sono ancora margini di miglioramento. L'obiettivo è, infatti, arrivare a 4mila trapianti l'anno.

È questo lo scenario emerso oggi in occasione della presentazione, al ministero della Salute, della 16esima Giornata europea della donazione di organi che

si terrà il prossimo 11 ottobre. Un evento promosso annualmente dal Consiglio d'Europa nella capitale di uno Stato membro proprio con lo scopo di sensibilizzare i cittadini sul tema della donazione di organi, e che quest'anno sarà ospitato a Roma: "Una bella coincidenza – come ha sottolineato Beatrice Lorenzin - visto che siamo nel semestre di presidenza Ue a guida italiana. Un'occasione non solo per i tecnici, gli specialisti e gli esperti per confrontarsi sui nuovi traguardi della scienza e della medicina in questo settore, ma anche per ampliare la platea di cittadini informati su questo argomento".

Perché nonostante gli enormi risultati conseguiti negli ultimi 20 anni sul fronte dell'attenzione da parte dei cittadini alla donazioni, le possibilità per ampliare la platea dei donatori e quindi di accrescere in numero dei trapianti sono ancora enormi. Così come, nonostante la qualità dei trapianti effettuati in Italia sia notevolmente migliorata e gli outcome dei trapianti italiani siano superiori e paragonabile ai principali paesi europei, l'efficienza negli ospedali italiani può aumentare ancora di più: si perdono negli ospedali molti potenziali donatori perché non si riconoscono i segni neurologici che predispongono all'espianto. Inoltre tra i giovani medici sono sempre di meno quelli che scelgono di intraprendere la carriera di trapiantologi.

"La cultura della donazione degli organi insieme alla quella dei tessuti e del sangue sono elementi fondanti del nostro sistema sanitario– ha detto il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** – ma abbiamo bisogno di aumentare il numero di donazioni nel nostro Paese e accrescere la sensibilità nei confronti delle iscrizioni al registro dei donatori, anche perché nei nostri ospedali c'è una grande richiesta di organi che non sempre riesce ad essere soddisfatta. Per questo dobbiamo sollecitare e promuovere la cultura della donazione ancora di più".

Non è un caso che ci siano dei picchi di registrazioni al Registro proprio in occasione delle campagne di informazione. Un andamento che va modificato, in favore di un trend costante di iscrizioni. Un atout in più arriva ora dalla possibilità di manifestare la volontà di donare i propri organi all'atto del rinnovo della carta di identità. Ma sono ancora troppo pochi i Comuni che hanno attivato questa opportunità: solo 24 comuni. "Nei prossimi giorni – ha quindi ricordato Lorenzin – ci vedremo a Milano con l'Anci per sollecitare gli oltre 8mila comuni aderire al progetto".

"L'Italia dei trapianti – ha sottolineato **Nanni Costa**, Direttore del Centro nazionale trapianti – ha fatto passi importanti negli ultimi vent'anni. Il nostro Paese è tra i primi in Europa per numero di donazioni e trapianti e detiene una leadership indiscussa nel campo della sicurezza e della qualità di procedure e interventi. Ma c'è ancora molto da fare. Quest'anno ci attesteremo intorno ai tremila trapianti effettuati, ma dobbiamo puntare ai quattromila l'anno, incrementando le donazioni del 30% perché, sebbene siano un numero consistente, quelle che abbiamo non sono sufficienti a soddisfare le richieste dei pazienti in lista d'attesa. Dobbiamo stabilizzare le strutture di collegamento. E dobbiamo lavorare di più nelle rianimazioni, ma questo deve diventare un obiettivo dell'intero ospedale. Nelle strutture ospedaliere spesso – ha aggiunto Costa – non si riconoscono i segni neurologici che predispongono alla donazione di organi trapianto: non si fa accertamento di morte. Il loro numero è aumentabile di un terzo, ed è diversamente posizionato nelle Regioni italiane.

Soprattutto abbiamo sempre meno chirurghi giovani che intraprendono la carriera di trapiantologi. E questo è un problema che va affrontato”.

I numeri dei trapianti. Al 31 agosto 2014, sono stati effettuati 1.571 trapianti di rene, 1.033 di fegato, 228 di cuore, 126 di polmone. I dati aggiornati al 31 agosto, inoltre, indicano un numero di donatori utilizzati pari a 19.3 pmp contro i 18.15 pmp del 2013; in assoluto, 1.152 donatori utilizzati contro i 1.102 dell'anno precedente. Negli ultimi ventidue anni il numero di donatori utilizzati in Italia è salito costantemente, passando da 5,8 donatori pmp del 1992 ai 19.3 pmp del 2014, in termini assoluti da 329 a 1.151 donatori utilizzati nel 2014.

Stabili le liste d'attesa. Rimangono stabili le liste d'attesa dei pazienti che aspettano un trapianto. Al 30 giugno 2014, i pazienti iscritti erano 8.937, un numero sovrapponibile a quello dello scorso anno. La maggior parte sono in lista per un trapianto di rene (6.738). I pazienti in attesa di ricevere un trapianto di fegato sono 1047, di cuore 703, di polmone 382, di pancreas 206, di intestino 25. L'analisi dei flussi di lista, mostra due dati incoraggianti: l'aumentata sopravvivenza dei pazienti in lista di attesa per il fegato e il cuore e la percentuale elevata di successo che riguarda tutti gli organi. I pazienti che escono dalle liste di attesa, infatti, sono tra il 70% e l'80%.

Le opposizioni. Rimane stabile anche il numero delle opposizioni alle donazioni. Nel 2001 il tasso di opposizioni era del 28,9% e negli ultimi due anni è rimasto stabile al 29,6%.

I dati di sopravvivenza ad un anno dal trapianto.

Cuore: 83.2% Italia; 82.2% Europa;

Rene: sopravvivenza del paziente in Italia ad un anno dal trapianto 97,2%; 96,3% Europa;

sopravvivenza dell'organo 92% Italia; 91.2% Europa

Fegato: sopravvivenza del paziente ad un anno dal trapianto 86.2% Italia; 78% Europa;

Sopravvivenza dell'organo ad un anno dal trapianto 81.5% Italia; 82.5 Europa.

Cure all'estero. Corte UE: "Spese mediche devono essere rimborsate dallo Stato che non garantisce cure tempestive per mancanza di farmaci e materiali medici"

Lo ha stabilito la Corte UE con la sentenza C-268/13 che ha accolto il ricorso di una cittadina romena affetta da una grave patologia cardiovascolare. La donna, constatando la mancanza di farmaci e di materiali medici di prima necessità e l'insufficienza di letti disponibili, ha deciso di farsi operare in Germania sostenendo una spesa di quasi 18mila euro. LA SENTENZA

Il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero non può essere negato qualora le cure ospedaliere non possano essere prestate in tempi ragionevoli nello Stato membro di residenza dell'assicurato a causa della mancanza di farmaci e di materiali medici di prima necessità. Tale impossibilità deve essere valutata, da un lato, rispetto al

complesso degli istituti ospedalieri di detto Stato membro idonei a prestare le cure di cui trattasi e, dall'altro, rispetto al lasso di tempo entro il quale queste ultime possono essere ottenute tempestivamente. E' quanto ha deciso la Corte di giustizia UE con la sentenza C-268/13 che ha dato ragione al ricorso di una cittadina romena, affetta da una grave patologia cardiovascolare, che è stata costretta ad operarsi in Germania.

Diritto dell'Unione

Secondo il diritto dell'Unione, un lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni, può essere autorizzato a recarsi in un altro Stato e "avere diritto a ricevere prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto". Tutto questo fermo restando che le spese sostenute sono rimborsate dal suo Stato membro di residenza. Quest'ultimo non può negare l'autorizzazione quando le cure richieste figurano fra le prestazioni previste dalla sua legislazione e se, tenuto conto dello stato di salute del lavoratore e della probabile evoluzione della sua malattia, non possono essergli praticate in tempo utile nello stato di residenza.

Il caso

La signora Petru, di cittadinanza romena, è stata colpita, nel corso dell'anno 2007, da un infarto del miocardio, a seguito del quale ha subito un intervento chirurgico. Nel corso del 2009, essendo peggiorato il suo stato di salute, la stessa è stata ricoverata presso l'Institutul de Boli Cardiovasculare (Istituto di malattie cardiovascolari) di Timișoara (Romania). Gli accertamenti diagnostici cui la donna è stata sottoposta hanno portato alla decisione di procedere ad un'operazione a cuore aperto per sostituire la valvola mitrale e introdurre due stent.

Considerata la carenza delle condizioni materiali della struttura ospedaliera, e considerata la complessità dell'intervento chirurgico, la signora Petru ha deciso di recarsi in una clinica in Germania dove è stata eseguita l'operazione al cuore per un costo complessivo di 17 714,70 euro.

La donna, prima di recarsi in Germania, aveva chiesto alla Casa Judeteana de Asigurari de Sanatate Sibiu di sostenere i costi dell'intervento sulla base del modulo E 112, ma la sua domanda, registrata il 2 marzo 2009, era stata respinta adducendo come motivazione che dal referto del medico curante non risultava che la prestazione richiesta, compresa tra i servizi di base, non potesse essere erogata in una struttura sanitaria in Romania in tempi ragionevoli, considerando il suo attuale stato di salute e l'evoluzione della patologia.

Il 2 novembre 2011, la signora Petru ha promosso un'azione civile volta ad ottenere il pagamento da parte della Casa Judeteana de Asigurari de Sanatate Sibiu e della Casa Naționala de Asigurari de Sanatate dell'equivalente in lei rumeni della somma di EUR 17 714,70 a titolo di rimborso. A sostegno della domanda, la donna ha evidenziato la carenza delle condizioni di ricovero presso l'Institutul de Boli Cardiovasculare di Timișoara, la mancanza di farmaci e di materiali medici di prima

necessità e l'insufficienza di letti disponibili. Essa ha altresì dichiarato che proprio la complessità dell'intervento in questione e tali condizioni precarie l'hanno indotta a lasciare tale ospedale e a recarsi in una clinica in Germania.

Il Tribunale regionale di Sibiu (Romania), investito della causa, ha chiesto alla Corte di giustizia di accertare se la situazione in cui mancano farmaci e materiali medici di prima necessità equivalga a una situazione in cui le cure mediche necessarie non possono essere prestate nello Stato di residenza, di modo che un cittadino di tale Stato, se lo richiede, deve essere autorizzato a ricevere tali cure in un altro Stato membro, a carico del regime di sicurezza sociale dello Stato di residenza.

Nella sentenza C-268/13, la Corte ha evidenziato che il diritto dell'Unione impone l'autorizzazione preventiva di rimborso delle spese mediche in presenza di due condizioni: innanzitutto, che le cure figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'assicurato; le cure che l'assicurato intende ricevere all'estero, inoltre, tenuto conto del suo attuale stato di salute e dell'evoluzione della sua malattia, non devono poter essere praticate nel termine normalmente necessario nello Stato membro di residenza.

Per quanto riguarda quest'ultima condizione, la Corte ha dichiarato che l'autorizzazione non può essere negata ove un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia non possa essere ottenuto in tempo utile nello Stato membro nel cui territorio risiede l'interessato.

Il governo romeno ha rilevato che la signora Petru aveva il diritto di rivolgersi ad altri istituti sanitari in Romania che disponessero della strumentazione necessaria a effettuare l'intervento di cui aveva bisogno. Inoltre, il referto del medico curante indica che tale intervento doveva essere effettuato entro tre mesi. È quindi compito del giudice del rinvio valutare se detto intervento avrebbe potuto essere effettuato o meno entro tale termine presso un altro istituto ospedaliero in Romania.

La Corte conclude che l'autorizzazione di rimborso delle spese mediche sostenute all'estero non può essere negata qualora le cure ospedaliere non possano essere prestate in tempi ragionevoli nello Stato membro di residenza dell'assicurato a causa di una mancanza di farmaci e di materiali medici di prima necessità. Tale impossibilità deve essere valutata rispetto al complesso degli istituti ospedalieri di detto Stato membro idonei a prestare le cure e rispetto al lasso di tempo entro il quale esse possono essere ottenute tempestivamente.

Ebola. Lorenzin in audizione al Senato. "Tutte le segnalazioni di casi sospetti in Italia hanno dato esito negativo"

A destare preoccupazione è anche il possibile contagio tramite gli sbarchi di migranti, ma il ministro ha spiegato: "La possibilità che attraverso questo canale arrivino persone affette dalla malattia è veramente bassa". Il governo sta comunque adottando misure per rafforzare i sistemi di controllo. IL TESTO DELL'AUDIZIONE

Tutte le segnalazioni di sospetti casi di Ebola in Italia “hanno avuto esito negativo”. Lo ha comunicato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, durante un’ informativa in aula al Senato sulla diffusione del virus. Per quanto riguarda i pericoli di contagio tramite sbarchi di migranti sul territorio italiano, “la possibilità che attraverso questo canale arrivino persone affette dalla malattia è veramente bassa”.

LA SITUAZIONE NEI PAESI COLPITI

Lorenzin ha spiegato che dal dicembre del 2013, quando l'epidemia avrebbe avuto effettivamente inizio, sono stati riportati dall'Organizzazione mondiale della sanità, - alla data 8 ottobre, cioè la giornata di ieri, dati dell'ultimo report dell'OMS - 8.011 casi probabili, confermati e sospetti, inclusi 3.857 decessi, con un tasso di letalità di circa il 46 per cento, in Guinea, Liberia e Sierra Leone. Tali dati - come è facile intuire - sono soggetti a continue variazioni. In Nigeria, dove il virus Ebola è stato introdotto nel mese di luglio dalla Liberia, sono stati registrati 20 casi e 8 decessi. Oltre al caso indice, si sono verificati casi secondari e terziari e, dopo il focolaio iniziale di Lagos, un cluster di casi è stato registrato a Port Harcourt, con tre casi confermati. In Senegal è stato registrato un solo caso di importazione dalla Guinea, senza ulteriori casi secondari.

LE SCARSE MISURE ADOTTATE DAI PAESI COINVOLTI

Il ministro ha poi ribadito che tutte le organizzazioni e gli analisti hanno affermato che il virus si è trasmesso ed è cresciuto a causa di un'incapacità dei Paesi in cui è scoppiato di mettere in atto misure sanitarie che per noi sarebbero basiche: rintracciare le persone contaminate ed effettuare il risanamento. Purtroppo questo ha portato a una crescita esponenziale, su cui oggi bisogna assolutamente intervenire, per evitare che questo virus si trasformi, non solo in una grandissima e ulteriore tragedia sanitaria, ma anche in una tragedia umanitaria, anche con conseguenze geopolitiche.

IN ITALIA TUTTE LE SEGNALAZIONI HANNO DATO ESITO NEGATIVO

In Italia le numerose segnalazioni dei casi sospetti pervenute sino ad oggi al Ministero della Salute sono state oggetto di apposite indagini epidemiologiche e di approfondimento diagnostico, come previsto dalle circolari emanate e hanno avuto tutte esito negativo. Presso l'istituto Lazzaro Spallanzani è al momento ricoverato in osservazione un medico italiano impegnato per l'organizzazione non governativa Emergency in Sierra Leone, che aveva avuto un'esposizione considerata a bassissimo rischio con un caso di Ebola attualmente ricoverato in Germania. La persona in questione era del tutto asintomatica al momento del ritorno in Italia, avvenuto il 3 ottobre, con un percorso Freetown (Sierra Leone) Casablanca (Marocco) Fiumicino. Ad oggi è del tutto asintomatica.

I PERICOLI LEGATI AI VOLI

Lorenzin ha spiegato che l'Italia è destinataria di voli diretti soltanto dalla Nigeria, Paese che ha avuto un focolaio di casi secondari e terziari legati ad un unico caso importato nel luglio 2014 e che a breve, permanendo la situazione di assenza di nuovi

casi, potrà essere rimosso dall'elenco dei Paesi affetti. Tali voli diretti arrivano con cadenza trimestrale all'aeroporto di Fiumicino, dove l'USMAF è pronta ad intervenire in caso di segnalazione di casi sospetti, come del resto per qualsiasi altra provenienza. Tutti gli altri Paesi colpiti (Guinea, Libera, Sierra Leone), sono collegati all'Italia solo mediante voli indiretti, che fanno scali in hub europei (Bruxelles, Madrid, Lisbona, Parigi ed altri) o del Nord Africa. Ne consegue che viaggiatori provenienti dalle aree colpite potrebbero arrivare in Italia attraverso voli con provenienza comunitaria o non comunitaria.

LE MISURE PROGRAMMATE DAL GOVERNO PER RAFFORZARE IL SISTEMA DI CONTROLLO

Le misure, ha sottolineato Lorenzin, che il governo intende adottare per rafforzare il sistema di controllo riguardano: rafforzamento e potenziamento delle procedure per l'individuazione dei soggetti che potrebbero essersi infettati già nei Paesi africani colpiti dall'epidemia prima del loro imbarco sugli aeromobili con destinazione in uno degli aeroporti continentali; l'individuazione degli stessi soggetti al momento dello sbarco al fine di fornire agli stessi compiute informazioni attraverso l'installazione negli aeroporti di cartelloni informativi e la distribuzione di opuscoli informativi che già ci sono, ma che devono essere ancora più evidenti e più capillari sui comportamenti da tenere nell'ipotesi in cui nei giorni successivi al loro arrivo si manifestano i sintomi di una possibile infezione.

MARE NOSTRUM E I RISCHI LEGATI AGLI SBARCHI

Per quanto riguarda invece l'operazione Mare nostrum, Lorenzin ha garantito che la partecipazione del Ministero della salute, con i propri medici, all'attività della Marina militare(che l'Italia ha cominciato ad effettuare dal 21 giugno e da allora ad oggi sono stati effettuati più di 80.000 controlli sanitari a bordo delle navi) è volta proprio a consentire, quando ancora i migranti sono a bordo e prima dello sbarco sul territorio italiano, i controlli sanitari per accertare la presenza di segni e sintomi sospetti di malattie infettive, ai sensi del regolamento sanitario internazionale dell'Oms. Il ministro ha quindi valutato che ad oggi la possibilità che attraverso questo canale arrivino persone affette dalla malattia di Ebola, considerando i termini di incubazione, è veramente molto bassa.

SOLE 24ORE SANITA'

Per i futuri medici specializzazioni più brevi: la riforma entro il 2014

Chi sogna di diventare chirurgo, gastroenterologo o psichiatra aspetterà un anno in

meno per esercitare la professione. Già dal prossimo anno accademico dovrebbe accorciarsi la durata delle specializzazioni mediche a 3-4 anni in media, contro i cinque di oggi. Entro l'anno infatti - come ha annunciato il ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, Stefania Giannini - sarà approvata la riforma delle scuole di specializzazione.

Il 15 ottobre ci sarà la prima riunione del tavolo tecnico che comincerà i lavori partendo dal documento che era stato predisposto esattamente un anno fa per l'ex ministro Carrozza. L'obiettivo è quello di approvare la riforma entro dicembre, dopo aver sentito anche il ministero della Salute.

Attualmente sono cinquantasei le scuole di specialità a cui ci si può iscrivere al termine del corso di studi di un laureato in medicina.

Il ministro Giannini assicura: riforma entro il 2014. Il decreto interministeriale in materia di durata dei corsi delle scuole di specializzazione medica sarà adottato entro il 31 dicembre 2014, e il ministero ha già convocato per il 15 ottobre un tavolo tecnico: così ha confermato il ministro dell'Istruzione, università e Ricerca Stefania Giannini, rispondendo al question time alla Camera a un'interrogazione del deputato di Forza Italia, Rocco Palese. «Il decreto riguarda la durata delle scuole, ed è questo il punto cruciale sul quale il Governo si è impegnato in termini di riduzione dell'anno e di riallineamento degli standard europei - ha spiegato il ministro - ma riguarda altresì la riformulazione degli ordinamenti didattici, che sono poi la parte centrale del progetto formativo di ogni specializzando. Obiettivo primario di tutta questa operazione è quello di garantire l'alta qualità della formazione specialistica, di mantenerla e rafforzarla e di consentire agli specializzandi di terminare il loro percorso formativo in linea con il contesto internazionale».

«Il ministero - ha proseguito Giannini - ha convocato per il 15 ottobre il tavolo tecnico composto da Consiglio Universitario Nazionale, Conferenza dei Rettori, rappresentanti del Consiglio Studentesco Nazionale per predisporre, nell'arco di due settimane, il progetto complessivo, che, sentito poi il ministero della Salute, porti all'adozione dei provvedimenti entro i termini previsti, cioè il 31 dicembre 2014».

«Il Consiglio universitario Nazionale approverà e delibererà in merito nella seduta successiva del 31 ottobre e la successiva adozione da parte del ministero del decreto interministeriale avverrà entro il 15 dicembre del corrente anno», ha garantito il ministro.

L'obiettivo della riforma è quello di accorciare la durata dei corsi. Il tavolo tecnico che sarà convocato il prossimo 15 ottobre ripartirà dal documento che una commissione di studio sulle scuole di specializzazione - coordinato dal presidente del Cun, Andrea Lenzi - aveva concluso a novembre del 2013. Documento che era stato consegnato all'ex ministro dell'Istruzione Carrozza e che è composto di sette parti. La prima interviene sulla revisione degli ordinamenti, forse la parte più delicata, delineando le regole per accorpamenti, classi e aree, obiettivi formativi, tronco comune e attività professionalizzanti. Poi c'è una proposta per rivedere i requisiti per l'attivazione delle scuole di specializzazione e una sugli indicatori di performance. Viene anche ipotizzata l'introduzione di un esame finale che preveda una sorta di

certificazione nazionale degli specialisti. L'obiettivo finale come detto è quello di accorciare la durata dei corsi di specializzazione che oggi - dopo il Dm del 1 agosto del 2005 - sono in media più lunghi rispetto agli standard europei stabiliti dalla direttiva Ue 36 del 2005. L'indicazione dovrebbe essere di arrivare a una durata media di 3-4 anni, con alcune eccezioni - forse le branche di chirurgia - che potrebbero rimanere di 5 anni.

Specialisti ambulatoriali: al congresso Sumai allarme precariato e pensionamento

Dal 47° congresso nazionale Sumai-Assoprof di Perugia arrivano gli allarmi carenza e precariato anche per gli specialisti ambulatoriali: lo rileva l'indagine realizzata dall'Università Ca' Foscari per conto del sindacato, secondo cui nei prossimi 5 anni rischiano di mancare all'appello circa 4mila "sumaisti". Effetto del combinato disposto tra il blocco del turnover, l'incertezza lavorativa dei colleghi più giovani e l'anzianità che porterà alla pensione in un quinquennio il 36% - cioè 4mila medici - degli over 60 (il 54% degli specialisti ambulatoriali ha oltre 55 anni).

A emergere dall'indagine è soprattutto la frattura generazionale sulle forme contrattuali: se è vero che quasi il 90% dei 2mila specialisti partecipanti all'indagine (su 17mila totali, di cui 12mila iscritti al Sumai) dichiara di avere un contratto a tempo indeterminato, questa caratteristica è propria soprattutto dei "sai" con oltre 40 anni. Mentre nei più giovani il "posto fisso" decresce al diminuire dell'età fino a raggiungere il 57%. «La questione delle diverse forme contrattuali - spiegano quindi dal Sumai - sembra essere quindi un problema prettamente generazionale: coloro che hanno fatto ingresso nel mondo del lavoro nell'ultimo decennio vedono, rispetto ai loro colleghi più anziani, la formulazione di contratti che offrono una minore stabilità nel tempo». Per non parlare dell'assegnazione, sempre dei "sumaisti" junior, a occupazioni improprie (in reparti ospedalieri), con un maggiore impiego nei festivi e in orari notturni.

Forse anche a questi dati è legato un ampio margine di insoddisfazione professionale: il 44% del campione pensa che la figura professionale non sia sufficientemente o assolutamente valorizzata e l'informazione tocca il picco del 61% per questi professionisti che lavorano in ospedale.

Quanto ai valori assegnati alla propria professione, il "sai" mette al primo posto la «costruzione di un rapporto fiduciario con il paziente», seguito dall'«assicurare il raccordo con l'ospedale per i casi complessi che necessitano di un ricovero o di accesso al Ps» e dalla «formazione continua». Agli ultimi posti nel gradimento dei professionisti, tutto ciò che è riconducibile al precariato: la flessibilità lavorativa, le prestazioni presso altre strutture, la partecipazione alle ammissioni e dimissioni protette.

I buchi nei conti delle Asl per i maxi risarcimenti. Lo studio Bocconi sui dati (per la prima volta) di 3 broker internazionali

I costi dei risarcimenti in sanità esplodono vertiginosamente e il rischio-buco è in agguato per asl e ospedali. Per questo serve correre rapidamente ai ripari costituendo riserve su dati certi, rischi calcolati e prevedibili aumenti del contenzioso. Come oggi non avviene, o mai abbastanza.

A svelare le minacce in agguato per i conti pubblici che arrivano dai mega risarcimenti per danni sanitari è l'indagine - che sarà presentata oggi a Milano - realizzata da Sda Bocconi e sponsorizzata da Aon, Marsh, Trust Risk Group e Willis, i principali broker internazionali coinvolti nella sanità italiana, che per la prima volta hanno messo a disposizione i propri database. Obiettivo dichiarato della ricerca, che ha preso in considerazione circa 40mila richieste di risarcimento rilevate su scala nazionale nel periodo 2001-2012 (concentrate per lo più in Lombardia, Liguria e Lazio), era di descrivere i trend dei sinistri nella sanità pubblica e proporre simulazioni statistiche sui possibili scenari futuri. Con una premessa: senza una valutazione ponderata dell'evoluzione dei risarcimenti - come oggi non avviene - le scelte assicurative delle singole regioni, come quella di «autoassicurarsi» - rischiano di far esplodere i bilanci. Che spesso non appostano le riserve necessarie.

I dati parlano chiaro: per i decessi in area chirurgica, il trend stimato dei risarcimenti è esploso: si aggira sul 32% tra il 2012 e il 2014, passando da 469mila a 617mila euro, con una punta massima di oltre 2,3 milioni (+31%). Ma a dare l'allarme sono soprattutto i dati sugli importi liquidati: su un totale di 15.859 eventi risarciti, la cifra massima è stellare: oltre 5,3 milioni per le lesioni in area medica. Addirittura più che per le cause legate al parto, tradizionale evento critico. Mentre per la voce "decesso", l'importo massimo liquidato è stato di 1,3 milioni.

Ce n'è abbastanza per alzare la guardia: soprattutto in tempi di spending review ininterrotta per la sanità, fare i conti anche per la Rca medica è ormai un passaggio obbligato. Spiega Luca Franzì, di Aon: «Mentre il richiamo mediatico sui costi crescenti del contenzioso e il conseguente impatto sulle strategie del mercato assicurativo è stato una costante degli ultimi anni, non si può dire altrettanto di una diretta correlazione tra la programmazione finanziaria e il maggior controllo, se non riduzione, dei costi connessi agli errori medici».

Gli effetti di una situazione non governata sono duplici: da una parte si drenano (sprecano) risorse da destinare alla cura degli italiani, dall'altra si mette pericolosamente a rischio la tenuta dei bilanci delle aziende sanitarie. Per non dire dell'affanno dei broker nel coprire specifici rischi (il top dei contenziosi è in ortopedia, ostetricia e ginecologia), e delle logiche di breve respiro e prive di programmazione, che inducono regioni e aziende a ragionare in termini di cassa e non di competenza. Ma se le regioni fanno da sé e, in più, non accantonano abbastanza fondi, chi pagherà - chiedono i broker - per risarcire danni, anche potenzialmente catastrofici ma oggi del tutto sottovalutati?

Vaccini antinfluenzali, pubblicata Determina Aifa per la stagione 2014-2015

Puntuale, all'inizio della stagione in cui si comincia a parlare di influenze, è stata pubblicata ieri in Gazzetta Ufficiale la Determina Aifa che autorizza i vaccini influenzali per la stagione 2014-2015.

I vaccini influenzali trivalenti sono costituiti, per la stagione 2014-2015, da antigeni virali preparati dai seguenti ceppi:

- antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1) pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Texas/50/2012 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Massachusetts/2/2012.

A questi si aggiunge, per la formulazione dei vaccini tetravalenti:

- B/Brisbane/60/2008-like (lineaggio B/Victoria/2/87)

Nel darne notizia, il ministero della Salute sottolinea che, in accordo alla Circolare emessa dal ministero stesso e pubblicata il 10 settembre 2014 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015", «il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre».

Poiché la protezione indotta dal vaccino comincia circa dopo due settimane dalla vaccinazione e perdura per un periodo di sei-otto mesi per poi decrescere e siccome i ceppi virali in circolazione possono mutare, il ministero precisa che «è necessario sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale all'inizio di ogni nuova stagione influenzale anche quando la composizione dei vaccini rimane invariata rispetto alla precedente stagione».

La comunicazione ricorda ai cittadini che, oltre alle misure di protezione e cura basate su vaccinazioni ed eventuale uso di antivirali, un ruolo importante nel limitare la diffusione dell'influenza è determinato da una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie.

Rivolgendosi infine agli operatori sanitari, il ministero si richiama alla legislazione sulla Farmacovigilanza e ribadisce la necessità di segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa osservata compilando l'apposita scheda.

Amd e Slow Medicine: 5 pratiche inappropriate ispirate al Choosing wisely

Anche in Italia, ispirandosi al movimento Choosing Wisely americano, è stata preparata una lista di cinque pratiche inappropriate sotto il profilo clinico in diabetologia, che saranno presentate ufficialmente a Baveno dal 23 al 25 ottobre, in occasione dell'evento "VII Convegno Nazionale Fondazione Amd", evento biennale

organizzato dall'Associazione Medici Diabetologi (Amd). «L'elaborazione del documento che contiene le 5 pratiche inappropriate rappresenta la prima fase di lavoro del gruppo nazionale "Diabetologia misurata" di Amd, che, nell'ambito del progetto Nice (Need is core of effectiveness), è ispirata all'iniziativa "Fare di più non significa fare meglio" proposta da Slow Medicine, a cui Amd ha aderito» spiega **Maria Franca Mulas**, coordinatrice dell'attività. Gli obiettivi del lavoro del gruppo Diabetologia misurata, specifica la dott.ssa Mulas, sono la promozione "di una diabetologia sostenibile, attraverso proposte tecniche e organizzative competenti, trasparenti, responsabili, fondate sui dati, e quindi misurabili". «In breve, fare in modo che i diabetologi lavorino per erogare un'assistenza alle persone con diabete sempre più qualificata, quantificabile e misurabile, tesa a ottimizzare il rapporto rischi/benefici, l'utilizzo delle risorse e quello dei nuovi farmaci antidiabetici». I diabetologi del gruppo insieme ai loro consulenti, tra cui Antonio Bonaldi presidente di Slow Medicine, e in collaborazione con i gruppi Amd "Outpatient" e "Inpatient" hanno riflettuto sulla loro pratica professionale. «Ognuno di noi ha identificato cinque o più aree di maggiore inappropriatezza della propria pratica professionale, corredate della letteratura di riferimento, secondo il format Slow medicine" spiega Mulas. Sono state descritte in totale quindici pratiche cliniche che sono state valutate con il metodo della "scelta pesata". In questo modo è stata costruita una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque a maggior rischio. «Questo lavoro conferma l'attenzione di Amd per la promozione dell'appropriatezza che è strettamente legata a una miglior pratica clinica e alla sostenibilità, per definire un più moderno profilo del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali l'efficacia pratica, l'efficienza, di un modello organizzativo multidisciplinare in cui è chiamato anche alla corresponsabilizzazione della riduzione dei costi».

Certificati sport. Ministero Salute: tirocinanti Mg possono rilasciarli a pagamento

Anche i giovani sostituti dei medici di famiglia possono rilasciare i certificati sportivi, anamnestici, d'invalidità civile: lo sancisce una nota del ministero della Salute divulgata lo scorso mese dalla Fnomceo con comunicazione ai leader d'Ordine provinciale numero 76, con la quale per la prima volta si consente ai tirocinanti in medicina generale di effettuare attività libero professionali a latere della borsa di studio percepita per imparare a fare il medico di famiglia. A inibire tali attività era stato il decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006, lo stesso che vieta al medico del triennio di formazione specifica in medicina generale i rapporti di convenzione o contrattuali, anche temporanei, con strutture del Servizio sanitario o private. Secondo la nota ministeriale 12/8/2014 la ratio dei divieti è che il medico in formazione non deve avere attività distraenti, poiché preposto a «garantire la continuità del servizio assicurato dal medico di famiglia titolare ai propri assistiti allorché il medico sia impossibilitato a prestare la propria opera» (e non si trovino medici, ad esempio nella

sua associazione, che lo sostituiscano). In effetti, la possibilità di rilasciare i certificati garantisce la continuità del servizio. Pertanto ad avviso della Direzione Generale Professioni del Ministero il tirocinante, oltre a poter svolgere tutte le attività in convenzione, incluso il rilascio di certificati gratuiti (malattia, riammissione scolastica e al lavoro, sportivi per la scuola) può rilasciare anche i certificati libero professionali facendoli pagare a tariffa libero professionale. Se però non sono inerenti a processi di diagnosi e cura, come accade per i certificati di invalidità civile ed assicurativi, deve caricare l'Iva. «E' una precisazione che consente al medico in formazione di espletare durante le sostituzioni tutte le attività del medico di medicina generale, sia quelle previste dal contratto sia quelle che sono patrimonio della deontologia», dice **Giulia Zonno** segretario Fimmg formazione, che ricorda come nessun medico può esimersi quando gli arriva una richiesta, inclusa quella di un certificato».

Milillo. Mmg non co.co.co. del Ssn ma professionista autonomo

Non co.co.co. ma lavoratori autonomi con un rapporto privilegiato con il Ssn, prefigurato da una legge nazionale, contenente elementi di coordinazione e continuità: la differenza tra lo status giuridico del medico di famiglia nella bozza delle regioni e quella presentata da Fimmg al 70° congresso nazionale a Villasimius che si chiude domani può sembrare una sfumatura ma tale non è. La Fimmg ribadisce che nel “suo” articolo 2 comma 2 il medico non è “più subordinato che no”, ma si qualifica come «professionista autonomo ai fini dello svolgimento di quanto previsto dal presente Accordo, in forma personale, ovvero aggregata, secondo le norme privatistico-civilistiche vigenti, anche all'esterno del Ssn. Al tempo stesso, collabora continuativamente e coordinatamente all'espletamento della funzione dei medici di medicina generale secondo gli schemi Ssn, in regime di finanziamento pubblico ed in adesione ai principi del Dlgs n. 502 del 1992” e successivi». Una rivendicazione di autonomia, dunque, in continuità con il progetto di ri-fondazione del 2007 che, nel ricandidarsi segretario nazionale, **Milillo** ripropone, pur ammettendo che fin qui hanno dato retta a Fimmg lo Stato con la legge Balduzzi e la sola regione Toscana. Invece «la conferenza delle regioni ha preferito perseguire una programmazione fondata sulle strutture e non sulle funzioni». Alcune regioni «sembrano più attente a ricollocare i propri dipendenti che a realizzare modelli efficaci nell'interesse del cittadino», e in questi mesi «il dialogo con le regioni ha assunto toni aggressivi verso i mmg».

Fimmg «non è per il ritorno del centralismo nel governo del servizio sanitario; però ogni medico ha un contratto con il Ssn e uno con il cittadino indipendentemente dal profilo giuridico e deve avere autonomia per rispettare il contratto con il cittadino»; e «la responsabilità clinica dell'assistenza è del medico cui vanno riconosciuti gli strumenti per verificare e vincolare tutti gli altri professionisti».

Nella relazione Milillo ribadisce che lo scenario attuale della sanità pubblica apre ai fondi sanitari integrativi verso i quali la categoria dev'essere aperta; propone egli

stesso che governo e regioni definiscano con il mondo della sanità livelli di assistenza integrativi di quelli essenziali. Infine boccia la proposta del ministro dell'Università Stefania Giannini di abolire il numeri programmato e il test d'accesso a Medicina sostituendolo con un anno comune di selezione per tutte le specialità sanitarie. Ministro della Salute e regioni devono attivarsi per «mantenere lo sbarramento dell'accesso all'Università altrimenti aumenterebbero cattedre, abbandoni laureati in attesa di specializzarsi».

DIRITTO SANITARIO **Incarico inadeguato a dirigente medico: impoverimento capacità professionali**

Il Tribunale aveva confermato la reintegrazione del sanitario nelle funzioni di dirigente medico di 1° livello presso il Servizio di Pronto soccorso di un Presidio Ospedaliero, mansioni delle quali il lavoratore era stato privato a seguito del conferimento dell'incarico di responsabile del progetto di informatizzazione del P.S. e delle procedure connesse.

Dalla vicenda è derivata anche una condanna dell'Azienda sanitaria al risarcimento del danno connesso all'impossibilità per il medico di continuare a svolgere la professione medica con conseguente impoverimento della sua capacità professionale. Il nuovo incarico procurava inoltre un notevole danno all'immagine, desumibile dal raffronto tra l'elevata qualifica posseduta e il concreto confinamento in compiti diversi.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584