

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
11 MARZO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

PDF ALLEGATO

### L'UNIONE SARDA

#### **SASSARI Trasfusioni killer, nessun risarcimento Lo Stato riconosce il danno. Il giudice: è prescritto**

Hanno chiesto ai giudici di condannare il ministero della Sanità per le trasfusioni di sangue infetto che hanno rovinato le loro vite. Speravano di essere risarciti, ma non avranno niente. Anzi, due pazienti malati di epatite C e i familiari di un'altra persona, uccisa dalla cirrosi nel 2001, tutti di Sassari, ora dovranno pagare anche le spese legali delle cause che hanno promosso davanti al Tribunale civile di Cagliari. È questo il risultato finale di una lunga e penosa vicenda iniziata vent'anni fa con le trasfusioni killer. La prescrizione ha cancellato tutto e adesso, chi aveva chiesto giustizia, dovrà anche accollarsi la parcella degli avvocati che rappresentavano il ministero. Eppure non ci sono dubbi, le trasfusioni effettuate in diversi ospedali pubblici, tra questi anche Sassari e a Torino, tra il 1976 e il 1994, vengono considerate la causa delle malattie.

**MALASANITÀ** Le motivazioni e i dispositivi delle sentenze (si tratta dei primi provvedimenti di una lunga serie di cause promosse in Sardegna) sono state depositati qualche settimana fa e per i malati è stata una doppia mazzata. Intanto hanno saputo che non saranno risarciti. Di fatto, il giudice si è limitato a calcolare i termini delle prescrizione. Ma se il troppo tempo passato (si parla di almeno vent'anni) ha cancellato il procedimento civile, le malattie continuano uccidere e a far soffrire. Poi c'è anche la beffa del riconoscimento dell'errore da parte dello Stato. Infatti, i malati percepiscono una indennità mensile, poche centinaia di euro, perché il ministero della Sanità, dal punto di vista amministrativo, ha ammesso di avere sbagliato. Riguardo al risarcimento vero e proprio, invece, lo Stato ha detto a chi si è infettato di arrangiarsi in Tribunale.

**LO SCHIAFFO** Ma i familiari di chi non è sopravvissuto e le persone affette da gravi patologie causate dal sangue infetto, adesso devono anche pagare le spese del processo. Nessuno ha detto che hanno torto. Anzi, materialmente lo Stato ha già ammesso che sono vittime delle trasfusioni killer. Il problema è che, stando alle sentenze, non avrebbero dovuto neanche chiedere giustizia.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

## L'Alzheimer è più fatale di quanto si pensi

Uno studio pubblicato su *Neurology* suggerisce che la malattia di Alzheimer può causare molte morti, proprio come il cancro o le malattie di cuore. Attualmente, la patologia è sesta nella lista delle principali cause di morte negli Stati Uniti, secondo i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc), mentre le malattie cardiache e il cancro sono i numeri uno e due. Questo, almeno, è quanto emerge dalle cifre riportate sui certificati di morte. «Ma la malattia di Alzheimer e le altre demenze non sempre vengono riportate sui certificati di morte o in cartella clinica» dice **Bryan James**, ricercatore al Rush University Medical Center di Chicago e coautore dell'articolo. I certificati di morte elencano spesso la causa immediata del decesso, per esempio una polmonite, anziché specificare la demenza come causa di fondo. E il tentativo di identificare una singola causa del decesso non sempre riflette la complessa realtà della maggior parte degli anziani, affetti da molteplici disturbi. «Le stime generate dalla nostra analisi indicano che le morti per Alzheimer sono di gran lunga superiori sia ai numeri riportati dai Cdc sia a quelli desunti dai certificati di morte» sottolinea il ricercatore, che ha seguito 2.566 persone con età media di 78 anni verificando annualmente la presenza di demenza. Dopo una media di otto anni 1.090 partecipanti sono morti e 559 soggetti senza demenza all'inizio dello studio hanno sviluppato la malattia di Alzheimer. Il tempo medio dalla diagnosi alla morte è stato di circa 4 anni, e dopo il decesso l'Alzheimer è stato confermato tramite autopsia nel 90% circa dei casi diagnosticati clinicamente. La diagnosi di Alzheimer ha aumentato il tasso di mortalità nella fascia di età compresa fra 75 e 84 anni di oltre quattro volte, e di quasi tre volte negli over 85. Ma c'è dell'altro: più di un terzo di tutte le morti in questi gruppi di età erano attribuibili alla malattia di Alzheimer. «Percentuali che si traducono in una stima di 503.400 morti per malattia di Alzheimer tra gli over 75 nel 2010, dato 5-6 volte superiore agli 83.494 decessi riportati dai CDC attraverso i certificati di morte. Numeri importanti per sensibilizzare l'opinione pubblica riguardo alla portata di quest'epidemia» conclude James.

Neurology. 2014 Mar 5

## Generici fascia C, i pazienti non li conoscono

Vincolare i professionisti della sanità a informare i pazienti sull'esistenza di prodotti di minor prezzo anche in fascia C? La Regione Lombardia ci sta pensando. Mentre per i farmaci di fascia A, rimborsabili dal Ssn, la legge impone dal 2012 al medico in certe condizioni di prescrivere il principio attivo e al farmacista di sostituire con un equivalente a meno di specifica inserita dal mmg, e lo stesso paziente è informato del fatto che la medicina è a carico del servizio sanitario, sui farmaci di fascia C non è così. Inoltre, se le liste di trasparenza dei generici di fascia A sono aggiornate dall'Agenzia del farmaco ogni mese, quelle dei farmaci in fascia C sono ferme al 2007. «Il fatturato dei generici di fascia A negli ultimi tre anni è aumentato a tassi fino al 19% annuo del 2012, laddove nel 2013 per la fascia C si è registrata una crescita appena dello 0,9%», dice **Gualtiero Pasquarelli**, Ad di Doc Generici. «Mentre in fascia A i farmaci generici costituiscono in media il 21% del mercato, in fascia C sono fermi al 14,6. Eccezion fatta per le benzodiazepine e per il sildenafil, dove ha pesato una campagna mediatica all'uscita del farmaco branded dalla tutela brevettuale, se si guarda ai singoli principi non rimborsabili la quota del generico oscilla tra il 3 e il 15 % del mercato. Tutto ciò malgrado il generico costi il 30-40% in meno». Afferma **Claudio Cricelli**, presidente Simg: «Benché ferme al 2007, anche in fascia

C le liste di trasparenza, che elencano tutti gli equivalenti prodotti per principio attivo off patent, sono richiamate nei gestionali dei medici di famiglia. In tempi di crisi, noi mmg non possiamo più permetterci di non informare gli assistiti sulla chance di scegliere. Le nostre liste vanno rese ufficiali, ma la pubblicità delle liste (ammessa anche sui media dalla direttiva 87/2001 dell'Unione Europea) va affiancata da una spiegazione, così che tutti i consumatori possano fruirne». Il percorso non è in salita, Cricelli ammette che la situazione italiana dove i farmaci in classe C costano in media di più compensa in parte il basso costo dei farmaci A. «La Regione è decisa ad avviare un percorso di trasparenza e a considerare la pubblicità delle liste», afferma il consigliere lombardo Stefano Carugo. Ma il vicesegretario Snam **Salvatore Santacroce** avverte: «Il medico deve sempre dire la verità: se a fronte della sollecitazione del mmg a comprare una pillola anticoncezionale che costa la metà, la paziente chiede certezze sull'efficacia, il mmg non può tacere che entrano diversi fattori in campo; la corrispondenza terapeutica non è un automatismo».

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Farmaci oncologici. Tirelli (CRO Aviano) all'attacco: “Molti nuovi farmaci per il cancro costano troppo per quello che offrono realmente al paziente. Il Ssn non se li può permettere”**

*Per il Direttore del dipartimento oncologico dell'Istituto dei tumori friulano il vero problema, al di là del caso Avastin/Lucentis, resta quello del costo eccessivo di molti farmaci antitumorali di ultima generazione. “E' impensabile che un farmaco che può prolungare di qualche settimana o qualche mese la vita costi cifre elevatissime come se guarisse la malattia”*

L'attenzione mediatica è in questi giorni tutta incentrata sul caso Avastin-Lucentis. Al di là delle questioni con profili amministrativi e forse anche penali che il caso ha messo in luce, all'origine di tutto c'è la questione del prezzo delle cure. E di come il Ssn debba regolarsi di fronte a medicinali “innovativi” sempre più costosi. Nel caso Avastin/Lucentis ciò che ha colpito di più l'opinione pubblica è la differenza di costo tra i due prodotti nell'uso oftalmico con una spesa per il Ssn che per Avastin (in uso off label) costa circa 80 euro per una iniezione intravitale (dati Antitrust) e per Lucentis circa 700 euro (in fascia H scontato, dati Aifa).

Come dicevamo questa abissale differenza di prezzo ha colpito fortemente ma per il Professor **Umberto Tirelli**, oncologo di fama dell'Istituto oncologico di Aviano, la vicenda rischia di mettere in secondo piano la vera questione, che è quella del costo elevatissimo delle terapie innovative, anche quando l'innovazione, come nel campo oncologico, si misura spesso non in una sostanziale remissione della malattia ma magari in un allungamento della sopravvivenza misurabile in poche settimane o qualche mese di vita in più. E in proposito ricordiamo che lo stesso Avastin, se usato in oncologia (patologia per la quale è registrato e messo in commercio in Italia nella fascia H del prontuario), non costa poco. Il prezzo rimborsato dal Ssn varia infatti dai 305 euro per la confezione di 4ml ai 1.200 euro per

quella da 16ml, (dati Antitrust).

### **Professor Tirelli, caso Avastin e Lucentis a parte, il problema del costo delle terapie oncologiche resta e preoccupa.**

Eccome, ed è una questione sempre più rilevante in un periodo di crisi economica dove vi sono meno risorse disponibili. È per questo che la questione della sostenibilità economica della spesa farmaceutica è rilevante e va assolutamente affrontata da tutti gli attori in campo.

### **Qual è il vulnus del problema?**

Innanzitutto occorre riconoscere come negli anni i progressi fatti sui farmaci hanno portato ad un allungamento della speranza di vita dei pazienti per molte patologie ma dall'altro lato stiamo registrando un aumento della spesa esorbitante e spesso non giustificata dai benefici reali che certi medicinali hanno sui pazienti.

### **In che senso?**

Le faccio un esempio, sull'Hiv/Aids i progressi scientifici ci hanno portato ad avere farmaci che di fatto hanno trasformato una malattia che fino a qualche decennio fa portava quasi alla morte del paziente, ad una patologia cronica che consente per esempio ad un quarantenne che scopre di avere il virus e usa i farmaci a disposizione, pur costosi, a vivere almeno altri 35 anni. In questo caso, un costo elevato dei farmaci è giustificato da un adeguato vantaggio in termini di salute per il paziente e a un grande risparmio sanitario per l'assenza delle malattie infettive e non associate all'Hiv. Al contrario, e penso per esempio a molti tumori solidi, dal progresso farmacologico non si sono ottenuti grandi risultati nel miglioramento della speranza di vita e spesso molti medicinali sono immessi sul mercato a prezzi elevatissimi pur garantendo minimi vantaggi. E se pensiamo che l'80-90% della spesa sanitaria avviene nell'ultimo mese di vita si capisce bene la natura del problema.

### **Cosa propone per contrastare questo fenomeno?**

Dobbiamo considerare che nei prossimi anni avremo certamente un aumento di determinate patologie e i costi sono destinati ad aumentare se manteniamo gli stessi criteri di oggi. Ad Aviano spendiamo 20 milioni all'anno per i farmaci ed un terzo di questa spesa è assorbito da tre farmaci, uno dei quali è proprio Avastin, impiegato nei tumori del colon retto, della mammella e del polmone con vantaggi non sempre giustificati dall'elevato costo della terapia. Credo che a questo punto serva un'assunzione generale di responsabilità perché la coperta delle risorse è quella che è, per cui aumentare la spesa farmaceutica vorrebbe dire tagliare su personale e ricerca. Un vero autogol.

### **Secondo lei, quindi, i farmaci che non rispondono ad un elevato costo beneficio non dovrebbero essere immessi sul mercato?**

No, i pazienti hanno il diritto ad avere a disposizione le migliori cure possibili, ma è impensabile che un farmaco che può prolungare di qualche settimana o qualche mese la vita costi cifre elevatissime come se guarisse la malattia. Ribadisco: occorre buon senso, oggi non ci possiamo permettere di buttare i soldi per vantaggi limitati.

### **Di quali prodotti sta parlando?**

Di un numero rilevante di farmaci che usiamo nelle malattie oncologiche più frequenti e spesso in seconda e terza linea, con vantaggi limitati e spesso con peggioramento della qualità della vita dei pazienti stessi. A questo riguardo anche l'American Society of Clinical Oncology (Asco) è intervenuta sollecitando l'astensione o la riduzione dei trattamenti in

certe fasi della malattia.

### **E a chi si sente di rivolgere questo messaggio?**

In primis alle autorità nazionali ed internazionali del farmaco che dovrebbero valutare molto più attentamente il rapporto costo-beneficio per la collettività di un nuovo farmaco prima di approvarlo e/o sanzionarne il prezzo. In Gran Bretagna per esempio un nuovo farmaco ormonale per il tumore alla prostata molto costoso non è stato approvato dall'agenzia regolatoria Nice perché aveva vantaggi limitati e costi molto elevati. Successivamente dopo una trattativa rimasta molto riservata il farmaco è stato approvato ma a costi molto inferiori. In questo senso anche le aziende farmaceutiche hanno un ruolo dirimente. Se è vero che bisogna riconoscere a quest'ultime i costi della ricerca (1 farmaco su 1.000 sostanze testate entra alla fine sul mercato) è altrettanto vero che andrebbero ridotti i costi di promozione (ad esempio quei convegni troppo finalizzato alla singola molecola senza fornire un adeguato dibattito anche sui costi e sull'impatto per i servizi sanitari). Forse non ce lo possiamo più permettere e forse sarebbe più giusto che le aziende aprissero i loro mercati UE dove alcuni medicinali non ci sono perché troppo costosi. E poi, ogni volta che ci troviamo di fronte ad un nuovo farmaco devono essere chiaramente illustrati i reali benefici che esso apporta, senza dimenticare però le tossicità che non sono spesso ben indicate, e soprattutto bisognerebbe sempre specificare dopo la frase "vi è stato un miglioramento della sopravvivenza" anche di "quanto". Troppo spesso quando si promuove un nuovo prodotto si pensa sempre che esso offra una soluzione definitiva al problema, e così spesso viene recepito dal paziente e dall'opinione pubblica, anche quando i vantaggi reali non sono rilevanti.

### **In questo senso ritiene che anche i medici abbiano delle responsabilità?**

I medici tutti, hanno una grande responsabilità perché se è vero che è nostro compito seguire le linee guida su sicurezza, qualità e appropriatezza delle terapie è anche nostro compito valutare quando sia veramente necessario un farmaco, cioè dobbiamo usare anche ragionevolezza e buon senso. Non si può dire come fanno molti oncologi che "il problema dei costi non ci riguarda". Essi hanno invece un impatto negativo sul complesso dei nostri budget con ripercussioni anche pesanti sulla stessa qualità globale dell'assistenza. Ripeto, dobbiamo contribuire ad evitare quello che potrebbe diventare a breve un vero e proprio default economico e di salute del nostro Ssn.

## **Fascicolo sanitario elettronico. Il Decreto arriva in Conferenza Stato Regioni**

*All'ordine del giorno della Conferenza del 13 marzo, lo schema di Decreto per far decollare la sanità elettronica. In tutto 30 articoli che disciplinano contenuti, responsabilità, compiti, garanzie e misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali. Il documento.*

In tutto 30 articoli strutturati in sette Capi che disciplinano, la responsabilità e i compiti dei soggetti coinvolti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali, le modalità e i livelli diversificati di accesso ai dati modulandoli secondo le diverse finalità.

Arriva all'esame della Conferenza Stato Regioni del 13 marzo prossimo, lo schema di Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri sul Fascicolo sanitario elettronico ([vedi](#)

[anticipazione su Quotidiano Sanità](#)). Il primo dei decreti attuativi che dovranno dare piena attuazione alle misure urgenti per la crescita del Paese. Un provvedimento che in coerenza con le norme sulla privacy punta a presentare in modo molto chiaro i diversi aspetti disciplinati e le finalità perseguite, ossia cura, ricerca e governo.

Il provvedimento stabilisce che il Fse dovrà contenere dei dati comuni in tutte le Regioni (ossia, oltre ai dati identificativi dell'assistito, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, dossier farmaceutico, consenso o diniego alla donazione di organi) e altri dati integrativi la cui alimentazione è invece lasciata alle scelte regionali (ad esempio: prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, prenotazioni specialistiche e di ricovero, cartelle cliniche, Adi, erogazioni di farmaci, vaccinazioni, certificati medici, esenzioni ecc).

Il Fse conterrà inoltre un "taccuino personale dell'Assistito" all'interno del quale ogni cittadino potrà inserire autonomamente dati e documenti personali sui propri percorsi di cura. Cure che possono essere effettuate anche in strutture private.

E ancora, il Decreto indica anche i soggetti deputati al trattamento dei dati per finalità di cura e di ricerca. Ma indica anche paletti ben definiti per tutelare la privacy dei cittadini: alcuni dati e documenti non potranno, infatti, essere consultati dai soggetti che accedono al Fse. Inoltre per tutelare ancora di più la privacy dell'assistito si stabilisce anche il principio del cd "oscuramento dell'oscuramento", in base al quale coloro che accedono ai dati non possono venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'assistito ha operato la scelta di non mostrarli.

Per monitorare e indirizzare le disposizioni in materia di Fse sarà istituito nell'ambito della cabina di regia del Nsis un tavolo tecnico ad hoc.

## **Enpam. Allo studio la riduzione della fascia più alta del contributo "Quota A"**

*Si tratta del contributo minimo e obbligatorio per tutti i medici e odontoiatri e attualmente pari a circa 1.430 euro l'anno. A stabilirlo il Consiglio nazionale. Per entrare in vigore la misura richiederà, oltre al voto dell'Enpam, quello del Consiglio nazionale della Fnomceo e il nulla osta dei ministeri vigilanti.*

La Quota A è il contributo minimo obbligatorio dovuto da tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'albo. La fascia oggetto di possibile riduzione è quella pagata dagli iscritti di età superiore a 40 anni.

"I proventi – spiega una nota dell'Enpam – secondo le ipotesi allo studio, potrebbero servire a finanziare la creazione di un fondo sanitario integrativo che tuteli gli iscritti in caso di grandi interventi chirurgici ed eventi morbosi e per la long term care. Inoltre le nuove risorse consentirebbero di istituire mutui agevolati per i giovani, mettere a disposizione leasing per l'acquisto di studi o attrezzature mediche e concedere prestiti d'onore agli studenti dal 6° anno e ai giovani medici. Il Consiglio di amministrazione procederà ora ai necessari approfondimenti".

In ogni caso per entrare in vigore la misura richiederà, oltre al voto dell'Enpam, quello del Consiglio nazionale della Fnomceo e il nulla osta dei ministeri vigilanti. "Pertanto – precisa l'Ente previdenziale dei medici - considerando i tempi tecnici, è da escludere che la riduzione del contributo di Quota A possa avvenire già nel 2014".

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Laurea in medicina: ecco i contenuti delle prove di ammissione. Il decreto Miur in Gazzetta**

La prova di ammissione ai corsi di laurea in medicina e chirurgia per la quale sono stati messi a bando dall'Università 9.983 posti (**VEDI**) si svolgerà su sessanta quesiti con cinque opzioni di risposta, tra cui il candidato ne deve individuare una soltanto, «scartando le conclusioni errate, arbitrarie o meno probabili» su argomenti di: cultura generale e ragionamento logico; biologia; chimica; fisica e matematica.

Il ministero dell'Università ha pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2014 il decreto che stabilisce le modalità delle prove di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale a ciclo unico ad accesso programmato a livello nazionale, per l'anno accademico 2014-2015, tra cui quelle in medicina e chirurgia si svolgeranno l'8 aprile.

Secondo il decreto, sulla base dei programmi per ogni materia descritti nell'apposito allegato (**VEDI IL TESTO COMPLETO**), sono predisposti: quattro quesiti per l'argomento di cultura generale, ventitrè di ragionamento logico, quindici di biologia, dieci di chimica e otto di fisica e matematica.

La prova di ammissione ha inizio alle 11.00 e per il suo svolgimento è assegnato un tempo di 100 minuti.

E i candidati allievi della Scuola Superiore "S. Anna" di Pisa che vogliono avvalersi della riserva di posti prevista nella convenzione stipulata con l'Università di Pisa, devono superare la prova di ammissione al corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia in una delle sedi universitarie statali con un punteggio pari o superiore a quello dell'ultimo avente titolo all'immatricolazione nell'Università di Pisa all'atto del primo scorrimento.

### **Ferite da taglio e punta: il Dlgs di recepimento delle norme Ue in Gazzetta**

E' pubblicato sulla [Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2014](#) il [Dlgs 19 febbraio 2014, n. 19](#) Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario che disegna le regole per garantire la massima sicurezza possibile negli ambienti di lavoro sanitari, grazie alla prevenzione delle ferite provocate da tutti i tipi di dispositivi medici taglienti (punture di ago comprese) e alla protezione dei lavoratori a rischio nel settore ospedaliero e sanitario. Un fenomeno, quello delle ferite e delle punture o tagli accidentali che, secondo la relazione al provvedimento coinvolge ogni anno in Europa circa un milione di operatori (in Italia sarebbero 130mila), soprattutto in servizio nei reparti di degenza.

Questi i contenuti del provvedimento

#### **La formazione**

L'obbligo di provvedere alla sicurezza è del datore di lavoro che deve assicurare che il personale sanitario (ma anche gli studenti che seguono corsi di formazione e i sub-fornitori)

sia formato e dotato di risorse adatte a operare in condizioni di sicurezza, deve adottare misure per eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite e infezioni sul lavoro grazie a una politica globale di prevenzione che tenga conto delle tecnologie più avanzate, creare le condizioni per favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti all'elaborazione delle politiche globali di prevenzione e non supporre mai come "inesistente" un rischio, ma dare sempre alle misure di prevenzione un ordine di priorità - che la stessa direttiva indica - per eliminare e prevenire i rischi e creare un ambiente di lavoro sicuro, con la collaborazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

### **Eliminazione dei rifiuti contaminati**

Oltre a evitare i dispositivi taglienti e acuminati il Dlgs mette tra i compiti del datore del lavoro quello di eliminare "in sicurezza" rifiuti contaminati con sangue e materiali biologici a rischio, grazie a contenitori ben segnalati e tecnicamente sicuri per la manipolazione e lo smaltimento di dispositivi medici taglienti e di materiale da iniezione usa e getta. Che dovranno essere il più vicino possibile alle zone in cui sono utilizzati o depositati oggetti taglienti o acuminati.

### **Obblighi in caso di ferita**

E se qualcuno si ferisce, è necessario mettere in atto meccanismi che garantiscano cure immediate, compresa la profilassi post-esposizione e gli esami medici necessari e anche, in caso di necessità, l'assistenza psicologica. Il datore di lavoro dovrà assicurare poi la corretta notifica e il monitoraggio degli eventi per implementare le misure di prevenzione, garantendo la riservatezza per il lavoratore.

### **Le sanzioni**

Previste anche sanzioni per i datori di lavoro inadempienti che potranno essere arrestati da tre a sei mesi o con puniti amministrativamente con multe da 2.740 euro a 7014,40 euro per non aver valutato bene i rischi e non aver previsto misure di prevenzione specifiche.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584