

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 17 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **SASSARI Il capo del 118 di Palermo spiega la sua decisione dopo un malore. «Tac in ritardo, rischiavo». «Non è vero»L'assessore Arru lo smentisce: «Ha scelto lui di partire»**
- ❖ **Arru: «Nomine Asl nel rispetto della legge» Replica dell'assessore regionale alla Sanità alle critiche del consigliere di Forza Italia Marco Tedde**
- ❖ **SASSARI Boom di donazioni di midollo osseo dopo il tam tam per il piccolo di 6 anni affetto da leucemia, ma l'Asl non fa prelievi**
- ❖ *Solo uno su cento è compatibile Prima si dona il sangue, poi l'aspirazione del midollo in anestesia locale*

L'UNIONE SARDA

- ❖ **SASSARI Elicottero del 118 come taxi, è bufera «Non mi hanno curato». Arru: «Falso» Il caso del dirigente medico che si è fatto portare a Palermo. I pm siciliani aprono un'inchiesta**
- ❖ **SASSARI I medici sassaresi: «Da noi strutture di livello» La polemica dopo i sospetti di inefficienza: di routine gli interventi all'aorta**
- ❖ **I figli e i figliastri della sanità pubblica Possibilità diverse col bene comune. In Sicilia tra imbarazzi e accuse**

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Sicilia. Polemiche su uso elicottero del capo del 118 di Palermo colto da malore mentre era in Sardegna. Accertamenti Regione e inchiesta Procura**
- ❖ **Morire di disoccupazione. Nel mondo 200mila suicidi dopo aver perso il lavoro o per la paura di perderlo o di non trovarlo**
- ❖ **Sicilia. Lorenzin: «Un caso che non fa dormire la notte. Non buttiamola in Politica»**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Nuovi standard ospedalieri, sforbiciata a tremila posti letto**
 - ❖ **Turni di lavoro. A rischio reparti se si applicasse direttiva Ue**
 - ❖ **Irap sul collaboratore, non si paga nemmeno se si è associati o in gruppo**
 - ❖ **DIRITTO SANITARIO Scorrimento della graduatoria: giudice competente**
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Il capo del 118 di Palermo spiega la sua decisione dopo un malore. «Tac in ritardo, rischiavo».

«Non è vero»

L'assessore Arru lo smentisce: «Ha scelto lui di partire»

Si sente un miracolato, da un mese combatte per ritrovare la normalità dopo un delicato intervento chirurgico. Di certo Gaetano Marchese, 60 anni, - che di professione soccorre persone e salva vite umane, è il direttore del 118 di Palermo - non pensava di diventare un caso nazionale perché un giorno, mentre guardava la morte in faccia, ha scelto di «gestire» il suo soccorso con una freddezza che sembra avere pochi eguali. E ha fatto arrivare in Sardegna l'elicottero del 118 da Palermo con tanto di equipe medica a bordo, si è fatto trasportare all'Ismett di Palermo e qui è stato operato. Il problema, che coinvolge anche la politica e la gestione delle risorse pubbliche, pone degli interrogativi: se non si fosse trattato di Gaetano Marchese le cose sarebbero andate così? E di fronte a carenze che costano la vita di una bambina, la piccola Nicole (l'indagine della procura di Catania al momento registra 9 indagati) per quello che, al momento, appare come “un soccorso tecnicamente troppo lungo”, è possibile immaginare una sanità con corsie privilegiate? L'episodio che riguarda Gaetano Marchese risale al 15 gennaio. Il direttore del 118 di Palermo era in vacanza ad Alghero, dove ha degli amici. A tarda notte si è sentito male, ha accusato un forte dolore al petto e ha chiamato il 118. L'ambulanza medicalizzata è arrivata subito e lo ha trasportato all'ospedale di Alghero, dove è arrivato a mezzanotte e mezza. E qui comincia la disparità di valutazioni che coinvolge anche l'Asl di Sassari e l'assessorato regionale alla Sanità. Marchese - che ha seguito in diretta tutti gli accertamenti - avrebbe rifiutato il trasferimento a Sassari e Cagliari per l'intervento chirurgico urgente per disseccamento dell'aorta. E avrebbe, invece, fatto scattare il soccorso su scala nazionale “ordinando” l'invio del “suo” elicottero del 118. Di fronte alle polemiche, dopo la diffusione della notizia, il direttore del 118 ha detto di avere rilevato ritardi in ospedale. «Ho chiesto l'intervento dell'Ismett perché nell'ospedale di Alghero, dove ero stato trasferito, solo dopo tre ore dal mio arrivo mi è stata fatta una Tac. Esame che avevo richiesto sin dal mio arrivo, intorno a mezzanotte e mezza. Avevo compreso che il mio caso poteva essere sottovalutato. Io non avevo un aneurisma, ma una dissecazione aortica. Ogni ora che trascorrevi lì rischiavo di morire. Conoscevo tutti i sintomi, anche perché 20 giorni prima anche mia madre aveva avuto la stessa patologia. Mi avevano proposto il trasferimento a Sassari o a Cagliari, e immaginando di dover affrontare un lungo viaggio in ambulanza ho chiesto e ottenuto il trasferimento all'Ismett». L'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, ieri ha replicato al medico rispedendo al mittente le accuse. «I soccorsi prestati al direttore del 118 di Palermo sono stati corretti e tempestivi, conclusi con una diagnosi chiara che imponeva la necessità di un immediato intervento chirurgico. La decisione di tornare in Sicilia, pertanto, è stata una scelta personale del paziente e non è certo attribuibile a mancanze o carenze da parte del

nostro sistema sanitario». L'assessore Arru esclude anche l'attesa di tre ore per la Tac: «Il paziente è stato sottoposto a tutti gli accertamenti (elettrocardiogramma che ha escluso l'infarto, ecocardiogramma ed esami di laboratorio, fino alla Tac che ha permesso di formulare la diagnosi): la sala operatoria era pronta per l'intervento, ma il dottor Marchese ha scelto di tornare in Sicilia, perdendo ore preziose visto che è stato operato sei ore più tardi». Gaetano Marchese, ieri, ha sottolineato «che i voli extraregionali sono autorizzati direttamente dal direttore di centrale o tramite l'assessorato regionale. Lo prevede il capitolato: lo abbiamo fatto tante volte con le regioni limitrofe e anche con nazioni vicine come la Tunisia. Nessun abuso, quindi. Ho solo tutelato, da medico, la mia salute come quella dei tanti pazienti trasportati e salvati dal 118». Intanto mentre l'assessore alla Sanità siciliano apre un'inchiesta, il suo omologo sardo chiude la polemica: «Ha scelto lui di tornare in Sicilia, ma non affermi che la dissecazione non gli è stata riconosciuta: quella diagnosi è scritta nero su bianco, tutti gli orari sono registrati elettronicamente, esiste la cartella». Tutto a disposizione per eventuali inchieste.

Arru: «Nomine Asl nel rispetto della legge» **Replica dell'assessore regionale alla Sanità alle critiche del consigliere di Forza Italia Marco Tedde**

Non si è fatta attendere la replica dell'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, alle dichiarazioni dell'esponente di Forza Italia Marco Tedde, che denunciava uno sperpero di denaro pubblico in seguito alla nomina di due dirigenti nell'Azienda ospedaliera universitaria di Sassari. «L'onorevole Marco Tedde contesta in maniera assolutamente strumentale la nomina dei direttori sanitario e amministrativo dell'Aou di Sassari, dimenticando allo stesso tempo le ben precise norme in materia e la tragica storia del disastro creato nella sanità sarda dal centro destra, con nomine di direttori, commissari esterni, dirigenti pagati pur senza avere lavoro da svolgere, in alcuni casi privi delle professionalità richieste e spesso senza rispettare i requisiti di legge» precisa l'assessore Luigi Arru che ricorda all'ex sindaco di Alghero che «i contratti dei direttori delle aziende sanitarie sono contratti di diritto privato, per l'esattezza prestazioni d'opera intellettuale: quindi, così devono essere fatti, per legge, e dalla legge è fissato anche il loro compenso». Ma l'assessore Arru non si limita alla replica e ricorda che fu proprio la giunta guidata da Ugo Cappellacci, nel 2009, ad approvare una legge che prevedeva la nomina di commissari straordinari nelle aziende sanitarie, non specificando se potessero nominare direttori amministrativo e sanitario. E all'epoca, sottolinea l'assessore Arru, furono nominati sia commissari esterni sia direttori sanitari e amministrativi. «Non risulta però che in quell'occasione l'onorevole Tedde si sia né turbato, né preoccupato dei denari impiegati – incalza Luigi Arru –. Tornando a oggi, non è per nulla vero, e sarebbe opportuno che l'onorevole Tedde si informasse, che la legge 23 del 2014 imponga di individuare come direttori facenti funzioni due dirigenti dell'Aou: essa dice invece che i commissari straordinari sono coadiuvati nell'esercizio delle loro funzioni da due dirigenti - soggetti inquadrati nel ruolo dirigenziale nel pubblico o nel privato -

facenti le funzioni di direttore amministrativo e di direttore sanitario, individuati secondo le rispettive norme vigenti, che richiedono requisiti certamente in possesso dei due professionisti, come attesta lo stesso Tedde, e come invece purtroppo spesso in precedenza non è accaduto. Il che ha provocato il dramma in cui si trova la sanità sarda oggi, con bilanci disastrosi e una totale assenza di programmazione».

«Evidentemente – aggiunge l'attuale assessore alla Sanità – visti tali trascorsi, ci si stupisce che ci possa essere qualcuno che invece di continuare a politicizzare la sanità, possa agire a norma di legge per individuare professionalità, competenza e merito. Ben vengano le discussioni corrette sulle visioni e sulle misure anche contrastanti per le soluzioni ai gravissimi problemi trovati aperti. Ma le guerriglie strumentali di bassa lega – è la conclusione dell'esponente della giunta guidata da Francesco Pigliaru – tolgono solo energie sane al lavoro di ogni ora sul campo per risalire la china».

SASSARI Boom di donazioni di midollo osseo dopo il tam tam per il piccolo di 6 anni affetto da leucemia, ma l'Asl non fa prelievi

Più alto è il numero di donatori e più Giovanni Andrea avrà possibilità di vivere una vita spensierata, come quella di un qualunque bambino che ha 6 anni e un futuro. La vita di Giovanni Andrea invece per ora ha il timer inserito, una sorta di conto alla rovescia scattato tre anni fa, cioè il giorno che un medico gli ha diagnosticato una forma di leucemia. Solo un trapianto di midollo è capace di disinnescare la corsa contro il tempo, cancellare i cicli di chemioterapia, srotolare molti anni davanti e spalancare un'esistenza normale. Il tam tam per il bimbo. Ma occorrono molti donatori, perché la statistica rema contro le speranze, e solo una persona su 100mila avrà quell'insieme di caratteristiche che lo renderanno perfettamente compatibile per un trapianto. Sassari sta macinando a pieno regime per erodere quella statistica perversa. La sensibilità dimostrata dai cittadini in queste settimane non ha eguali. Quarantadue donazioni di sangue, e quindi 42 potenziali midolli trapiantabili raccolti l'1 febbraio. Domenica scorsa, invece, nei locali dell'Avis in via Pavese 1 si sono presentati in 82, e le prossime date utili per i prelievi, compresa quella del 22 febbraio, sono già tutte piene. 500 in lista. In lista di attesa ci sono circa 500 persone, il tam tam per il piccolo Giovanni Andrea rimbalza sui social, la mobilitazione si è diffusa in tutta la Sardegna e anche nella Penisola c'è grande fermento. Anche la cantante Elisa ha postato un suo appello. I volontari dell'Admo (Associazione Donatori Midollo Osseo, 338-8695295 Nicolò Spano), stanno facendo i salti mortali per effettuare i prelievi e poi spedirli a Cagliari per la tipizzazione vera e propria, cioè per stabilire con precisione l'eventuale compatibilità. L'Asl non fa prelievi. Ed è singolare che quest'importantissima attività di prelievo sia in carico solo ai volontari, mentre l'Asl da un anno abbia scelto di disinteressarsene. Infatti, secondo i piani della Regione, a svolgere i prelievi dovrebbe essere il Centro Trasfusionale del Santissima Annunziata, che è stato individuato come uno dei poli di reclutamento accreditati e sovvenzionati. Sino al 2014 infatti i medici effettuavano 10 prelievi di sangue a

settimana, poi la politica aziendale votata al risparmio ha cambiato radicalmente linea. Niente più prelievi finalizzati alle tipizzazioni. «Il Centro trasfusionale – precisa l’Asl – svolge attualmente attività di raccolta delle cellule staminali per il trapianto autologo di midollo. In media si registrano circa 40 procedure all’anno. L’attività di reclutamento dei donatori di midollo è stata svolta a Sassari dal 16 settembre del 2010 fino alla fine del 2014. Per una scelta aziendale, in linea con il principio di razionalizzazione e utilizzo delle risorse umane, la Asl di Sassari ha deciso di attribuire questo compito esclusivamente ad Ozieri che già lo svolgeva. Lo scorso anno ad Ozieri sono stati registrati 400 possibili donatori. Quest’anno il dato verrà presumibilmente superato». A Sassari verrà polverizzato nell’arco di un paio di mesi, considerato che 50 prelievi a settimana sono già un’impresa. «Sono molto dispiaciuto che l’Asl di Sassari abbia deciso di tirarsi fuori dal progetto – dice Licinio Contu, presidente regionale dell’Admo – la campagna di donazioni è in continua espansione, cresce la sensibilità dei cittadini ed è un peccato che proprio le istituzioni vadano contro tendenza. L’assessore alla Sanità dovrebbe esprimersi in merito ed intervenire». I costi. C’è sicuramente un discorso di costi. Non è un caso che improvvisamente i centri abilitati a trasmettere i dati al Registro Nazionale dei donatori da 120 in tutta Italia siano passati a 42. Infatti per l’idoneità occorre un accreditamento internazionale Efi), e in Sardegna l’unico a possedere tali requisiti è il Binaghi di Cagliari. Sino a tre anni fa nell’isola i centri accreditati invece erano in tutto 5: infatti facevano parte dell’elenco anche il San Francesco di Nuoro, il Brozzu di Cagliari, l’ospedale di Olbia e quello di Sassari. Questo perché, soprattutto in passato, effettuare una tipizzazione costava all’Asl anche 700 euro a campione. Con i nuovi macchinari invece le spese scendono drasticamente, si arriva ai 130 euro, e si potrebbe risparmiare molto di più se i reagenti si potessero fare in casa, invece che acquistarli, come impone la normativa, dalle multinazionali farmaceutiche. Una tipizzazione in questo caso costerebbe meno di 50 euro. E le ingenti spese sanitarie inducono una serie di resistenze verso queste campagne troppo personalizzate di raccolta di sangue da tipizzare. Il timore di alcuni medici è che, quando si tratta di salvare un bambino, tutti si fanno avanti e si iscrivono al registro. Ma il potenziale midollo naturalmente non sarà legato per forza a Giovanni Andrea, potrebbe salvare la vita a qualsiasi altro bambino o adulto di qualunque parte del mondo. E qui c’è il rischio, che di fronte a una situazione di anonimato, davanti a un paziente di cui non si conosce il nome o la storia, il donatore si tiri indietro. «Fortunatamente in Sardegna c’è stato un solo caso – assicurano dall’Admo – purtroppo il paziente che doveva ricevere il midollo era un ragazzo giovane, e senza quel trapianto qualche tempo dopo è morto».

Solo uno su cento è compatibile Prima si dona il sangue, poi l’aspirazione del midollo in anestesia locale

Per diventare donatori di midollo osseo è necessario presentarsi, senza impegnativa medica, presso un Centro Donatori che aderisce al progetto, per sottoporsi al prelievo di un campione di sangue (come per una normale analisi). Il Centro Donatori farà

firmare l'adesione al Registro Italiano Donatori Midollo Osseo. I risultati delle analisi verranno poi inseriti in un archivio elettronico gestito a livello regionale e a livello nazionale. In seguito, al riscontro di una prima compatibilità con un paziente, il donatore sarà chiamato a ulteriori prelievi, sempre di sangue, per definire ancora meglio il livello di compatibilità. A questo punto entra anche in gioco la "serietà" del donatore: l'adesione iniziale firmata in corrispondenza del primo prelievo ha solo valore morale e fino all'ultimo il potenziale donatore può ritirarsi. La sua disponibilità, gratuita e anonima, non ha limiti geografici; viene, infatti, a far parte dell'insieme dei donatori di tutto il mondo. C'è però da sottolineare che, il più delle volte, il donatore selezionato è l'unico al mondo a essere compatibile con quel malato. Il midollo osseo utilizzato per il trapianto si presenta alla vista come sangue e viene prelevato solitamente dalle ossa del bacino (ossa iliache). Trattandosi di punture ossee il prelievo avviene in anestesia generale, oppure quella di tipo epidurale, mediante puntura lombare. Il prelievo dura in genere, poco più di un'ora; la quantità di sangue midollare che viene prelevata varia in rapporto al volume corporeo del ricevente, ma è di norma compresa fra i 700 e i 1000 ml, ciò non comporta alcun danno o menomazione al donatore. All'uscita dalla sala operatoria, a solo scopo precauzionale, si preferisce tenere il donatore sotto controllo per 12-24 ore, perciò sarà ospedalizzato almeno per un giorno. Al risveglio, egli avrà un lieve dolore nella zona del prelievo, che già all'uscita dall'ospedale si trasforma generalmente in un indolenzimento che sparisce in pochi giorni e facilmente controllabile con analgesici comuni.

L'UNIONE SARDA

Elicottero del 118 come taxi, è bufera «Non mi hanno curato». Arru: «Falso» Il caso del dirigente medico che si è fatto portare a Palermo. I pm siciliani aprono un'inchiesta

Lui sostiene che il suo problema è stato «sottovalutato» dai medici sardi, per questo ha dovuto chiamare "a casa" per salvarsi, al volo. Un «taxi» da decine di migliaia di euro. L'assessore Arru replica: «I soccorsi sono stati corretti e tempestivi, la decisione di tornare in Sicilia è una scelta del paziente».

Sul caso del direttore del 118 di Palermo - che si è fatto venire a prendere ad Alghero da un elicottero della "sua" struttura, caso denunciato da L'Unione Sarda - è scoppiata la bufera. La Procura di Palermo ha aperto un fascicolo dopo aver ricevuto un'informativa dei carabinieri, l'assessore alla Sanità della Sicilia, Lucia Borsellino, che ha dato le dimissioni e poi le ha ritirate per la morte della piccola Nicole, ha

disposto «un accertamento ispettivo e una richiesta di chiarimento sulle ragioni dell'invio del velivolo» per Gaetano Marchese. Il deputato dei Riformatori e presidente della Commissione Sanità di Montecitorio, Pierpaolo Vargiu, ha presentato un'interrogazione al ministro della Salute Lorenzin. Sì perché le due storie si intrecciano maledettamente e stridono parecchio. A Catania l'elicottero del 118 lavora soltanto dall'alba al tramonto, così capita che nessun mezzo vada a prendere una neonata che sta morendo. A Palermo invece il servizio di soccorso attraversa il mare di notte, preleva un signore che si trova in vacanza in Sardegna e lo porta dove desidera. Dicono che si tratta di «routine», però il malato non è uno qualunque, è il direttore della stessa centrale operativa del 118. Che dice: «Sono vivo per miracolo. All'ospedale di Alghero, per fare la Tac ho dovuto aspettare più di tre ore, nonostante dicessi che avevo un problema all'aorta. Sono ricoverato in cardiologia all'Ismett di Palermo da un mese, non volevo parlarne, sono cose mie private. E mi sono ritrovato sul giornale».

L'assessore della Sanità, Luigi Arru non ci sta: «I soccorsi al direttore del 118 di Palermo sono stati corretti e tempestivi, conclusi con una diagnosi chiara, che imponeva la necessità di essere sottoposto a un intervento chirurgico d'urgenza. La decisione di tornare in Sicilia è pertanto solo e soltanto una scelta personale del paziente, non certo attribuibile a carenze o mancanze del nostro sistema sanitario». Marchese ribatte: «I voli extraregionali sono autorizzati direttamente dal direttore di centrale (cioè da lui stesso, ndc.) o dall'assessorato regionale. Lo prevede il capitolato d'appalto con la Inaer Aviation, che si è aggiudicata la gara. Lo abbiamo fatto tante volte con le regioni limitrofe, e anche con nazioni vicine, come la Tunisia». Insiste: «Ogni ora che trascorrevi ad Alghero rischiavo di morire. È tutto in regola». Duri Michele Palazzotto e Gigi Caracausi, segretari Fp-Cgil e Fp-Cisl: «Se è vero che qualsiasi siciliano può chiamare il 118 e farsi trasportare in ospedale con l'elisoccorso, ne siamo felici e chiediamo di variare il protocollo. Se così non è, allora è evidente che siamo davanti a un abuso di potere, che configura il reato di peculato». Vargiu sottolinea: «Quanti cittadini non hanno potuto accedere alle cure necessarie in maniera tempestiva per la propria sopravvivenza? In Sicilia, come in tantissime altre regioni, ci sono due sanità diverse». Una per la gente comune, l'altra per i vip.

I medici sassaresi: «Da noi strutture di livello»

La polemica dopo i sospetti di inefficienza: di routine gli interventi all'aorta

Le accuse mosse dal direttore del 118 di Palermo che ha preferito tornarsene in Sicilia per farsi operare per il disseccamento dell'aorta sono sembrate eccessive e ingiuste. «Per fortuna gli è andata bene ma è stato quasi un miracolo. Attendere tante ore prima di entrare in sala operatoria nelle sue condizioni poteva essergli fatale» è il parere di alcuni primari che parlano solo se gli viene assicurato l'anonimato. C'è amarezza e disagio di fronte a questa vicenda finita sul giornale: «Sia chiaro, ciascuno affida la propria vita alle strutture e alle persone di cui si fida. Ma non può permettersi di affermare che in Sardegna non vi sia una struttura in grado di

intervenire su un'aorta disseccata».

A Sassari sono presenti la Cardiochirurgia della Asl. n.1 e la Chirurgia vascolare dell'Aou. Il primo reparto diretto da Mario Portoghese è una delle eccellenze della sanità sassarese. Lo certificano i dati dell'Agenzia nazionale dei servizi sanitari secondo cui il reparto è risultato lo scorso anno quello con performance superiori rispetto a tutti i centri di eccellenza della Penisola: «Interventi sull'aorta come quello di cui si parla in questa vicenda – precisa Portoghese – ne facciamo almeno dieci-quin dici l'anno».

Marchese poteva essere operato anche nel reparto Istituto di chirurgia vascolare dell'Università che è anche Centro di riferimento della specialità per il Nord Sardegna.

Lo dirige da tre anni Renzo Boato, chirurgo di grande esperienza cresciuto al fianco di Paolo Bacciu prima e di Mario Trignano oggi. Esegue, fra gli altri, interventi sull'aorta in endoscopia vascolare, cioè attraverso le arterie. Un intervento non troppo invasivo e ormai molto diffuso in moltissime strutture sanitarie. Altrettanto si fa a Cagliari che ha strutture di ottimo livello al Brotzu e al Policlinico universitario di Monserrato.

Eccessivi i timori di Marchese? Lui difende la sua scelta: «Nessun abuso è stato compiuto e tutto si è svolto nel rispetto delle regole. Ho solo, da medico, tutelato la mia salute come quella dei tanti pazienti trasportati e salvati dal 118». Insomma, come non sempre la giustizia è uguale per tutti, anche la sanità ha le sue eccezioni.

I figli e i figliastri della sanità pubblica

Possibilità diverse col bene comune. In Sicilia tra imbarazzi e accuse

Gaetano Marchese conosceva quei segnali e non era per niente tranquillo. La tempistica degli accertamenti, la sensazione di giocare fuori casa, hanno fatto il resto. Il risultato della tac, effettuata alle 2,55, dopo tutta una serie di esami necessari che avevano escluso l'infarto, aveva indicato che bisognava intervenire immediatamente.

IL RIFIUTO Dopo la consulenza on line della Cardiochirurgia di Sassari, lui rifiuta il ricovero. Un'amica col camice gli consiglia accalorata di lasciare al più presto l'Isola. Lui accetta il rischio, che è quello di morire in volo, un volo tutto suo: se proprio deve morire, dice, morirà in Sicilia. A Palermo verrà operato più di sei ore dopo l'intervento previsto a Sassari, dove già era stata approntata una équipe, una delle migliori d'Italia.

OPPORTUNITÀ Ma in questa vicenda di sanità a gettone, non si discute di pagelle di reparti, né di orari, né di costi, nonostante quei trentamila euro abbondanti scomparsi in quattro ore di volo con due rianimatori a bordo. Qua ci si chiede se un comune cittadino avrebbe avuto le stesse possibilità di Gaetano Marchese: quella di rifiutare un ricovero, chiamare l'elicottero dalla Sicilia e farsi venire a prendere. Un passaggio nemmeno previsto per una bimba di Catania, morta in ambulanza mentre cercava di trovare un ospedale che le aprisse le porte.

L'INCHIESTA All'assessore regionale siciliano e forse anche al ministero, spetta il

compito di comunicare all'uomo qualunque se ogni siciliano che si trovi fuori dall'Isola nelle stesse condizioni, possa beneficiare dello stesso trattamento. Il comandante **Ciro Manzo** guida la flotta di elisoccorso siciliana. «In Sicilia il servizio è tra i migliori. La centrale operativa è diretta da **Gaetano Marchese**. È stato lo stesso direttore a chiamare la sua struttura: “Venitemi a prendere”. Stava male. E l'elisoccorso è partito, con tanto di équipe specializzata a bordo, per caricare il manager e trasportarlo in un centro di alta specializzazione siciliano **Ismett** di Palermo.

Tutto nella norma, spiega il comandante. Anche se il paziente, in questo caso, è il direttore della stessa centrale operativa. È proprio la centrale a decidere quali ambulanze o elicotteri utilizzare e dove inviarli. È, insomma, lo stesso **Marchese** a deciderlo. In quel caso ha deciso per sé. **COMPRENSIVO** «Capisco bene che il fatto non è usuale - dice **Manzo** - ma che vuole che le dica? È come voler criticare il Papa perché prende la comunione a San Pietro. In quel momento **Marchese** era un paziente siciliano in gravissime condizioni. E noi lo abbiamo soccorso».

«Non è affatto una cosa frequente» puntualizza invece il coordinatore sanitario dell'azienda **Seus-118**, **Bernardo Alagna**. «E certamente, è insolito il fatto che con quella patologia si decida di affrontare un viaggio di due ore».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Sicilia. Polemiche su uso elicottero del capo del 118 di Palermo colto da malore mentre era in Sardegna.

Accertamenti Regione e inchiesta Procura

La vicenda, avvenuta la notte del 15 gennaio, sta suscitando polemiche a pochi giorni dalla tragedia di Catania. L'assessorato alla Salute della Sicilia: "Già disposto accertamento per verificare procedure poste in essere". L'assessore alla Sanità della Sardegna precisa: "Scelta di tornare in Sicilia è personale, non attribuibile a carenze del nostro sistema sanitario".

Gaetano Marchese, direttore della Centrale operativa del 118 di Palermo, ha accusato un malore in Sardegna, ad Alghero, ma ha chiesto di ricevere le cure nella sua Regione dove è stato trasportato da un velivolo del suo elisoccorso. La vicenda è avvenuta la notte del 15 gennaio.

Intorno alle 23, secondo quanto ricostruito in un articolo dell'*Unione Sarda*, il 118 sardo ha ricevuto una chiamata di soccorso per un malore accusato da un turista. Portato ad Alghero, gli è stato riscontrato un aneurisma. L'uomo ha però rifiutato il ricovero nei centri specializzati di cardiocirurgia di Sassari e di Cagliari e ha chiesto di essere assistito in Sicilia. Alle sei del mattino seguente è infatti arrivato un elicottero che lo ha trasferito a Palermo.

Immediato l'intervento dell'**assessorato alla Sanità della Sicilia**, che ha diffuso una nota per chiarire l'accaduto. “In merito alle notizie giornalistiche relative all'utilizzo del servizio 118 dalla Sicilia alla Sardegna si evidenzia che l'Assessore, appena appresa la notizia, ha immediatamente disposto un accertamento ispettivo volto a

verificare il rispetto delle procedure poste in essere presso la Centrale Operativa di Palermo per l'attivazione del volo di elisoccorso per trasferimento fuori regione. L'attività verrà condotta a cura del Servizio 6 Programmazione dell'emergenza del Dipartimento per la Pianificazione Strategica ai fini dell'eventuale immediata assunzione di ogni provvedimento conseguenziale”.

Nel frattempo, però, la Procura di Palermo ha disposto l'apertura di un'inchiesta. Il procuratore aggiunto Dino Petralia ha ricevuto una nota dei carabinieri che ricostruisce le fasi della vicenda. Mentre l'assessore sardo alla Sanità, **Luigi Arru**, interviene spiega che i soccorsi prestati al direttore del 118 “sono stati corretti, prestati tempestivamente e conclusi con una diagnosi chiara, che imponeva la necessità di essere immediatamente sottoposto a un intervento chirurgico d'urgenza. La decisione di tornare in Sicilia è pertanto solo e soltanto una scelta personale del paziente, non certo attribuibile a carenze o mancanze da parte del nostro sistema sanitario”.

Morire di disoccupazione. Nel mondo 200mila suicidi dopo aver perso il lavoro o per la paura di perderlo o di non trovarlo

Uno studio svizzero pubblicato su Lancet Psychiatry quantifica l'entità del problema: un caso di suicidio su cinque sarebbe infatti legato alla disoccupazione. E ogni anno sono quasi un milione i suicidi nel mondo. L'impennata di quelli legati alla disoccupazione si è registrata in questi ultimi anni di crisi economica

Diversi studi condotti in passato a livello nazionale o in una determinata regione del mondo hanno dimostrato che il timore di perdere il lavoro o una condizione di disoccupazione prolungata nel tempo possono rappresentare una minaccia per la salute e il benessere mentale, sia del diretto interessato, che della sua famiglia. La crisi economica del 2008 e le conseguenti politiche di austerità imposte a vari Paesi europei hanno prepotentemente riaperto il dibattito su questo argomento. Anche per questo è stato accolto con grande interesse uno studio dell'Università di Zurigo pubblicato su [Lancet Psychiatry](#), che è anche il primo ad aver tracciato un quadro completo della situazione, attraverso la raccolta dei dati provenienti da quattro regioni del mondo, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2011.

Ogni anno sono quasi un milione le persone che si tolgono la vita in tutto il mondo e in media un caso di suicidio su cinque è associato alla disoccupazione. Per cercare di capire quanti di questi suicidi possano essere ricondotti alla disoccupazione, gli autori di questa ricerca sono andati ad esaminare i dati relativi a 63 nazioni, in quattro regioni del mondo: nord e sud America, Europa del nord e occidentale, Europa del sud e dell'est, altri Paesi non appartenenti all'Europa, né alle Americhe. Non sono stati raccolti dati relativi a India e Cina e mancano quasi del tutto quelli pertinenti al continente africano.

“Ogni anno, all'incirca un caso di suicidio su cinque è legato alla disoccupazione. Nonostante le ovvie differenze tra le diverse nazioni – spiega **Carlos Nordt**,

sociologo Ospedale Psichiatrico dell'Università di Zurigo - abbiamo riscontrato significativa somiglianza nell'associazione tra disoccupazione e tassi di suicidio in tutte le regioni del mondo. Ad essere interessati sono entrambi i sessi e tutte le fasce d'età. Dopo l'anno della grande crisi, il 2008, nel breve termine sono stati registrati circa 5.000 casi di suicidio in eccesso, tra quelli legati alla disoccupazione. Quello che non era ancora noto però – prosegue Nordt – è che nel 2009 i suicidi associati alla disoccupazione sono stati oltre 46.000. La disoccupazione in tutte le regioni del mondo considerate in questo studio, è risultata associata ad un aumento del 20-30% del rischio relativo di suicidio”.

L'impatto della disoccupazione sul numero di suicidi è stato maggiore nelle nazioni con un basso tasso di disoccupazione pre-crisi, più che in quelle dove il problema era già molto sentito. Significativo anche il fatto che l'impennata del numero di suicidi abbia preceduto la crisi del mercato di lavoro e l'aumento della disoccupazione di circa sei mesi. Ciò significa che anche l'incertezza relativa all'evoluzione della situazione economica, ha il suo peso. Una pressione crescente sul posto di lavoro, come accade nel corso delle ristrutturazioni, può portare ad un clima che favorisce il fenomeno suicidi. “In queste contingenze – commenta lo psichiatra **Wolfram Kawohl**, autore senior dello studio – è fondamentale investire nel *training* di specialisti, quali quelli del dipartimento risorse umane, per portare al tempestivo riconoscimento di campanelli d'allarme circa un aumentato rischio di suicidio, sia sul posto di lavoro, che all'esterno e aiutare dunque le persone a gestire questi problemi”.

E' importante anche comprendere che i problemi causati dalla disoccupazione hanno un impatto non solo sui diretti interessati, ma possono riguardare anche gli *over 65*, cioè le persone già uscite dal mercato del lavoro. “Le paure diffuse tra la gente in un contesto di profondi cambiamenti economici – conclude Nordt -dovrebbero essere prese seriamente in considerazione, per mettere a punto adeguati interventi di prevenzione dei suicidi”.

“L'Organizzazione Mondiale della Sanità – scrivono in un articolo di [commento](#) **Roger T Webb** e **Navneet Kapur** del *Centre for Mental Health and Risk*, Università di Manchester – ha stimato che nel 2012 si siano tolte la vita nel mondo circa 804.000 persone. Negli USA si sono verificati oltre 900 suicidi a cavallo degli anni 1981-82. Questi anni, i primi dell'amministrazione Reagan, sono stati contraddistinti da una rapida impennata degli esuberi che ha portato in breve il tasso nazionale di disoccupazione ai più alti livelli della storia, dall'era della Grande Depressione, tra le due guerre. Più di recente, abbiamo avuto modo di osservare gli effetti negativi della crisi economica del 2008. Le regioni della Gran Bretagna con i più alti tassi di disoccupazione sono state anche quelle che hanno registrato il maggior aumento dei suicidi, soprattutto tra la popolazione maschile.

“Ma il numero dei problemi legati alla recessione economica – ammoniscono gli autori dell'editoriale – rischia di essere grandemente sottostimato se ci si ferma a considerare solo i suicidi legati alla disoccupazione. In questi momenti difficili anche chi il posto di lavoro ancora lo mantiene infatti, può subire stress psicologici pesanti, legati ad una riduzione del guadagno, all'incertezza lavorativa, ai debiti, all'impossibilità di pagare un mutuo, alla bancarotta. La Trussell Trust, una *charity*

inglese che organizza le *food bank*, sorte un po' ovunque in Gran Bretagna negli ultimi anni, riferisce che nel 2014 c'è stato un sensibile aumento di domanda dei loro servizi, nonostante, almeno sulla carta, la Gran Bretagna sia formalmente in ripresa economica. Sempre stando ai dati della Trust, il motivo principale per cui la gente si rivolge alle loro 'mense' sono gli stipendi troppo bassi.

E al di là del dramma dei suicidi – concludono gli autori dell'editoriale – che rappresentano sono la punta dell'*iceberg* dei disagi inerenti alle difficoltà lavorative o alla disoccupazione, è necessario arrivare a conoscere in maniera più approfondita le manifestazioni psicosociali dei periodi di difficoltà economica, compresi i tentativi di suicidio, i problemi legati allo stress e all'ansia, la depressione, la perdita della speranza, i problemi legati all'alcol, la rabbia, i conflitti familiari e la rottura delle relazioni. Allo stesso tempo sarà importante studiare il come e il perché alcuni individui riescano a passare indenni attraverso periodi di gravi difficoltà economiche, senza ripercussioni sulla loro sfera psichica e sul loro benessere in generale”.

Sicilia. Lorenzin: “Un caso che non fa dormire la notte. Non buttiamola in Politica”

Il Ministro ha precisato di “essere in attesa dei dati per una valutazione più completa”. Una battuta anche sulle liberalizzazioni. La Fascia C fuori dalle farmacie “è tecnicamente insostenibile. A breve incontro con Mise”. E infine sui tagli della Stabilità: “Scelta difficilissima ma è evidente che taglio strutturale Fondo è insostenibile”.

"Vedere le foto della madre con quella felicità non può lasciate indifferenti. Sicuramente è uno di quei casi che non ti fa dormire la notte. Inviterei tutti a fare valutazioni concrete e a non buttarla in politica. Oggi aspetto di avere tutti i dati per fare una valutazione più completa e serena". È quanto ha affermato il ministro alla Salute, **Beatrice Lorenzin**, sul caso della neonata morta in Sicilia, a margine della conferenza stampa di presentazione del protocollo d'intesa tra [Agenas e la Scuola nazionale per la formazione dei manager della sanità](#).

Sull'ipotesi di commissariamento della Regione il Ministro ha precisato: “Non ho detto che commissario la Sicilia e non mi posso pronunciare fino a che non avrò risultati. Ritengo che di fronte alle morti ognuno si deve assumere le sue responsabilità”. Una battuta anche sulle dimissioni dell'assessore alla Sanità Lucia Borsellino che dovrebbero essere state ritirate: “Nessuno gliel'aveva chieste e nessuno le ha chiesto di ritirarle”.

Il Ministro ha poi affrontato il tema delle **Liberalizzazioni delle farmacie** contenute nel Ddl in lavorazione al Ministero dello Sviluppo economico . “Per adesso come Ministro ho detto quello che penso. Tecnicamente per noi è piuttosto insostenibile” l'ipotesi di vendita dei farmaci di fascia C fuori dalle farmacie. “Il Ddl è complesso ed è difficile e immagino che il Mise starà lavorando. Avremo sicuramente un confronto nei prossimi giorni”.

Altra questione calda quella che riguarda i **tagli della Legge di Stabilità**. “È una questione molto spinosa per le Regioni – ha detto il Ministro - . Abbiamo fatto

battaglia per aumentare il fondo proprio per affrontare le nuove sfide (dall'epatite c, agli immunologici ai farmaci su parkinson e alla riforma del territorio che ci porterà 10 miliardi di benefici senza dimenticare il lavoro che c'è da fare nelle regioni del sud)".

“Quindi – ha specificato Lorenzin – azzerare il fondo significa lasciare in commissariamento quasi tutte le Regioni. È una scelta difficilissima e ho dato la mia disponibilità alle regioni anche con i nostri tecnici per accompagnare una fase ma che può essere solo limitata nel tempo, perché è evidente che un taglio strutturale del fondo è insostenibile. Ma questo lo devono decidere le Regioni. Noi possiamo supportarle ma poi le cose vanno fatte. Tra l'altro abbiamo i nuovi lea e il nomenclatore che con gli emendamenti e tutto si arriverà a giugno. Stiamo parlando di 10 mln a regione per i nuovi Lea, che sono cifre bassissime”.

DOCTOR 33. IT

Nuovi standard ospedalieri, sforbiciata a tremila posti letto

Dopo gli ultimi rilievi del Consiglio di Stato il regolamento sui nuovi standard ospedalieri, sul quale Governo e Regioni avevano raggiunto l'accordo lo scorso agosto, è stato trasmesso per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Con l'applicazione delle nuove norme, il primo importante effetto sarà quello di una sforbiciata di 3.000 posti letto, in base ai nuovi standard del 3 per mille per i malati acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione. In tutto in Italia, secondo i dati Istat, ci sono 210.406 posti letto (quelli pubblici e quelli privati accreditati). «Gli standard non sono solo i tagli - spiega a DoctorNews33 il presidente della Cimo, **Riccardo Cassi** - ma una riorganizzazione della rete ospedaliera. Si riducono i posti per gli acuti ma si potenzierebbero quelli per i post-acuzia. Il rischio è che le regioni si adoperino per ridurre i posti letti per acuti, senza creare sul territorio le strutture alternative. Mentre l'ospedale ha già un modello consolidato, le altre strutture vanno inventate. Continua a finire tutto negli ospedali per acuti, quando invece se si organizzasse seriamente un'alternativa, chi non ha necessità di cure acute andrebbe altrove a costi minori per lo Stato». Gli ospedali, come spiega appunto Cassi, saranno divisi infatti in tre livelli a seconda della complessità della loro organizzazione e nasceranno le reti ospedaliere per le grandi patologie come l'infarto e l'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. «Il progetto - conclude il presidente Cimo - va in linea con quella che è l'evoluzione della medicina e quindi ha senso concentrare in un determinato numero di ospedali le cure per determinate patologie acute e invece creare, per evitare che gli ospedali per acuti siano pieni di cronici, altre strutture sul territorio. Ma il problema è che non si conoscono le capacità delle regioni di recepire tutto questo in tempi brevi». Sull'annunciato riassetto ospedaliero, mostra qualche perplessità in più il segretario nazionale dell'Anao Assomed, **Costantino Troise**. «Quello dei tagli - dichiara - è un

trend cominciato negli ultimi anni e che ha fatto sparire dalla scena già 71 mila posti letto negli ultimi dieci anni. E come se ciò non bastasse, si prevede un taglio di altri 3000 posti. C'è un accanimento contro il posto letto, considerato solo un fattore economico. Ma dal punto di vista dei risparmi è difficile capire come la riduzione del posto letto in sé, possa generare un risparmio di qualche tipo. L'obiettivo che non viene dichiarato, ma nemmeno nascosto, è quello di andare a ridurre gli organici negli ospedali. Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti, nei pronto soccorsi delle grandi città senza distinzione tra nord e sud, dove i posti letto non sono scomparsi ma sostituiti da posti barelle quando va bene, trasformando il pronto soccorso da reparto di urgenza a reparto di degenza insicuro, inappropriato e molto spesso indecente. Proseguire per questa via e poi commuoversi e indignarsi per le conseguenze, mi pare fortemente ipocrita». E sulla questione delle due reti previste, Troise aggiunge: «Oggi quello che è sicuro è che si taglia, quello che verrà dopo è tutto da verificare. Troppo spesso si pensa di essere dei geni, quando invece si improvvisa senza una vera programmazione. Al più grande ammortizzatore che c'è in questo Paese, l'ospedale, viene praticata una "ospedalectomia" senza pensare fattivamente a delle alternative reali».

Turni di lavoro. A rischio reparti se si applicasse direttiva Ue

«La direttiva europea sui riposi tra un turno di lavoro e l'altra? Se a Cosenza la applicassimo dovremmo chiudere o dei reparti o il Pronto Soccorso, che non ha dotazione di personale adeguata e sarebbe un grave problema per l'utenza». **Claudio Picarelli** segretario Smi Calabria (e segretario aziendale all'Ospedale Annunziata di Cosenza) parla a caldo dopo che in un giorno si sono registrati due infarti per altrettanti medici uno in pronto soccorso e uno in neuroradiologia, c'è anche un infermiere colto da malore nel triste novero. «Gli episodi non coincidono con turni di lavoro massacranti ma lo stress da superlavoro è comunque una causa, visto che in Ps ci sono in questo momento nove effettivi più il primario contro i quindici previsto per l'organico che deve far fronte a 80 mila interventi l'anno», dice Picarelli. «Per coprire i turni ci si affida a noi medici di altri reparti che veniamo retribuiti a parte nell'ambito delle prestazioni aggiuntive». In questo modo c'è chi come Picarelli fa 56 ore ordinarie a settimana sulle 38 previste da contratto, e c'è chi ne fa 70. Per Picarelli, la direttiva Ue che ha messo l'Italia nel mirino della Commissione di Bruxelles per i mancati riposi di 11 ore tra un turno di lavoro e l'altro pare destinata a restare lettera morta, anche in altre situazioni al Sud, almeno per due motivi: «Primo, le assenze per eventi contingenti - l'infarto del collega, le lesioni riportate dal collega aggredito la settimana scorsa da un paziente estenuato dalle attese; secondo, le carenze da blocco del turn-over; ad Anestesia e Rianimazione gli effettivi sono 30 su 54 perché le leggi di stabilità che si sono susseguite vietano di rimpiazzare chi si pensiona. Però ogni prestazione aggiuntiva è retribuita 360 euro». Con le riferite 24 prestazioni a settimana per 52 settimane si arriva a una spesa di 450 mila euro, «che servirebbero ad assumere più medici nei reparti in sofferenza. Senza contare il tema precari: dei 15 medici in organico in Ps lo sono 9 per fortuna ora con contratto

prolungato al 2016».

Smi ha proclamato lo sciopero il 26 febbraio «ma anche qui, contro chi? La giunta regionale s'è insediata a gennaio, e ai sensi dell'ultima Legge di stabilità la sanità dovrebbe essere retta da un commissario ad acta esterno alla Regione, tuttavia l'Avvocatura dello Stato ha affermato che il commissario deve essere il neopresidente Mario Oliverio perché il precedente governatore sarebbe stato sollevato dal governo di Roma con provvedimento temporaneo».

Irap sul collaboratore, non si paga nemmeno se si è associati o in gruppo

Il collaboratore non fa scattare l'Irap. E non solo nella medicina di famiglia "single", come emerge dalle sentenze di Cassazione di fine 2014, ma anche nelle medicine di gruppo, per i soci. Lo afferma la sentenza 1662 del 28 gennaio 2015, favorevole a quattro medici di famiglia associati in Piemonte con cui la Cassazione Civile consolida un indirizzo in passato altalenante. Tra il 2004 e il 2006 i quattro avevano pagato l'imposta ma avevano chiesto il rimborso, la Commissione Tributaria gli aveva dato ragione e la Cassazione ora conferma: non basta che l'associazione metta a disposizione dei mmg locali e personale per dire che questi fattori produttivi diano di per sé il quid pluris atto a far lievitare il reddito, che invece resta quello previsto dalla convenzione. La sentenza appare "controcorrente" rispetto a precedenti orientamenti della Corte come ricorda **Dario Festa** consulente tecnico commissione Fisco del Sindacato. Festa cita la Sentenza 13570 (11 giugno 2007) secondo cui se i medici si "sostituiscono" nelle reciproche competenze o si fanno sostituire da collaboratori si presume "che il reddito non sia frutto esclusivamente della professionalità di ciascun componente dello studio, ma di detta organizzazione associativa, costituita per potenziare la produzione di ricchezza a vantaggio degli associati, presupposto dell'Irap". La Corte rivede ora l'indirizzo: l'Irap non si paga, beninteso se l'associazione se l'associazione è finalizzata al solo uso comune di sedi, attrezzature mediche e personale amministrativo. «Ci sarà Irap solo ove nell'esercizio dell'attività professionale il medico dovesse eccedere, secondo l'id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile in termini di risorse materiali (beni strumentali) ed umane (personale dipendente)». «Nonostante i buoni propositi della Corte la strada per la definitiva esclusione del mmg pare ancora lunga e carica di insidie», chiosa Festa. «L'Agenzia delle Entrate, dopo la Circolare n. 28/E del 28 maggio 2010, non sembra aver mostrato più interesse a riesaminare la questione lasciando, da un lato, i medici nella più totale incertezza».

Il vicesegretario Fimmg **Carmin Scavone** sottolinea: «Le sentenze di Cassazione per il momento non sembrano entrare nello specifico se il personale fosse stato assunto da un singolo medico o da una cooperativa avente personalità giuridica, ma tutto il dispositivo porta a pensare che dal punto di vista generale l'assunzione di personale come fattore produttivo o meno di Irap è indipendente con le modalità con le quali di quel personale ci si avvale».

DIRITTO SANITARIO **Scorrimento della graduatoria:** **giudice competente**

Lo scorrimento della graduatoria approvata all'esito della procedura concorsuale consente la stipulazione del contratto di lavoro con i partecipanti risultati idonei e non vincitori, in forza di eventi successivi alla definizione del procedimento concorsuale con l'approvazione della graduatoria. Ciò può avvenire o in applicazione di specifiche previsioni del bando, che prevedano l'ammissione alla stipula di contratti con i candidati idonei, fino ad esaurimento dei posti messi a concorso, o perché viene conservata (per disposizione di atti normativi o del bando) l'efficacia della graduatoria ai fini dell'assunzione degli idonei in relazione a posti resisi vacanti e disponibili entro un determinato periodo di tempo. La pretesa allo scorrimento si colloca di per se fuori dell'ambito della procedura concorsuale ed è di competenza del giudice ordinario quale controversia relativa al diritto all'assunzione, salva la verifica del fondamento di merito della domanda. Quando, invece, la pretesa al riconoscimento del suddetto diritto sia consequenziale alla negazione degli effetti del provvedimento di indizione di una nuova procedura concorsuale, la contestazione investe l'esercizio del potere dell'amministrazione di merito, a cui corrisponde una situazione di interesse legittimo, la cui tutela spetta al giudice amministrativo.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584