



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

15 APRILE 2015

## RASSEGNA STAMPA



**L'addetto Stampa**  
**Massimo Bellomo Ugdulena**

VILLA SOFIA. Nell'accogliere la tesi del pm, il gip propone di indagare, ma per calunnia, l'autore delle denunce la cui «rilevanza penale è sembrata dubbia sin dal principio»

## Le accuse di Tutino? «Infondate e strampalate»

La richiesta di archiviazione per l'ex primario, Dario Sajeva, si trasforma in una pesante requisitoria contro il successore

Sull'archiviazione ha pesato anche la deposizione dell'assessore regionale Borsellino. Secondo il pm non ci furono le truffe segnalate da Tutino, come anche le pretese minacce denunciate

Riccardo Arena

●●● La fine di un certo modo di fare antimafia, forse. Sicuramente un durissimo atto di accusa contro chi aveva denunciato presunti casi di malaffare, intimidazioni e traffici illeciti, trasformando un fascicolo di inchiesta (istituzionale) in un «ricettacolo per una serie di vicende più o meno strampalate, la cui rilevanza penale è sembrata dubbia sin dal principio». È una richiesta di archiviazione per l'ex primario facente funzioni della Chirurgia plastica di Villa Sofia, Dario Sajeva, trasformata in una pesantissima requisitoria contro l'autore delle denunce, il primario attuale, Matteo Tutino. E nell'accogliere la richiesta del pm Luca Battiniere, il Gip Lorenzo Matassa è — come si dice — consequenziale: «La notizia di reato — scrive — può essere ulteriormente ed utilmente investigata solo sotto il profilo di un grave atto calunnioso ai danni del dottor Dario Sajeva».

Archiviazione, dunque. Grazie anche alla deposizione dell'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, che, riguardo alle schede di ricovero compilate sotto la gestione di Sajeva («gonfiate», secondo Tutino, in modo da contribuire a un buco di bilancio da 12 milioni), «si era espressa in termini negativi, rappresentando che, quand'anche le truffe fossero state effettivamente commesse, ciò non avrebbe mai potuto giustificare un disavanzo di così edatante portata».

Ma le truffe non ci furono, sostiene il pm Battiniere, che dà atto anche di un recentissimo nuovo esposto, presentato da Tutino e girato in Procura.



L'ex primario di Chirurgia plastica Dario Sajeva



Il primario attuale, Matteo Tutino, autore delle denunce

Il 9 marzo scorso, dallo stesso presidente della Regione, Rosario Crocetta, al quale il primario è considerato molto vicino: un presunto doppio ricovero in cui il reato non c'è affatto e il rappresentante dell'accusa parla senza mezzi termini di «grave ignoranza» da parte del «denunciante», non escludendo il «dolo calunnioso» (questo non è dato ancora sapere).

Analisi investigative, testimonianze, consulenze fatte svolgere da esperti, cancellano il «teorema Tutino». Intanto emerge «più di qualche dubbio sulla serenità del personaggio nell'accusare coram populo l'inviso collega». Confutati dai consulenti «in maniera troncante gli addebiti elevati a carico dell'indagato e del suo «courage», affiora il «sospetto che, più di stigmatizzare una prassi di marcata illegalità portata avanti dalla gestione uscente del reparto, occorresse ricer-

care un salvacondotto espiatorio al drastico decremento di budget calato, a mo' di spada di Damocle, sul nuovo direttore dell'unità di Chirurgia plastica». Col rischio che ci fossero ostacoli per il rinnovo del suo primariato.

Accese anche le critiche alla Digos, protagonista «forse di una eccessiva fidelizzazione instaurata con il Tutino», rappresentando «un quadro di proficua evoluzione della tesi di partenza, del tutto confutato con una disamina complessiva e soprattutto imparziale delle emergenze istruttorie». Nessuna considerazione nemmeno per le asserite minacce: «Il dottor Tutino ha particolare familiarità nel sottoporre avventate letture delinquenziali delle condotte altrui». Il danneggiamento di una porta del reparto «si è rivelato un accadimento del tutto accidentale, scollato da qualsiasi fanto-

matico movente intimidatorio». E «in tema di macchinazioni» Tutino aveva poi denunciato che ignoti, per screditarlo, avrebbero introdotto in reparto «strumenti chirurgici infetti: fatti in realtà «assolutamente involontari e dovuti a mera disattenzione del personale ausiliario». Del tutto «strampalato» poi il presunto traffico, segnalato ancora da Tutino, di farmaci da lui ritenuti destinati al doping animale, perché su un furgone all'interno della farmacia di Villa Sofia ci sarebbe stato «un logo equino».

Ce n'è abbastanza per far dire al coordinatore regionale di Ncd, Francesco Cascio, «che tutti coloro che sono vicini politicamente a Crocetta finiscono con il replicare pedissequamente il suo modello, ovvero alzare polveroni mediatici per spostare l'attenzione dell'opinione pubblica su questioni inesistenti».

PALERMO

## Bufera sul primario di Villa Sofia Tutino smentito dall'assessore

Martedì 14 Aprile 2015 - 16:41 di Riccardo Lo Verso

Articolo letto 3.046 volte

Il primario del reparto di Chirurgia plastica dell'ospedale palermitano aveva addebitato i conti in rosso alla presunta truffa delle cartelle cliniche. L'assessore Lucia Borsellino, sentita dai pubblici ministeri, disse che le cause del crollo del fatturato andava cercata altrove. Erano i giorni in cui si dimetteva il commissario Giacomo Sampieri voluto dal presidente della Regione, Rosario Crocetta.



Lucia Borsellino

**PALERMO - Anche l'assessore regionale alla Sanità, Lucia Borsellino, era giunta alle stesse conclusioni della Procura della Repubblica.** Non poteva essere la vicenda delle Sdo, le schede di dimissioni ospedaliere, qualora le denunce di Matteo Tutino fossero state riscontrate - cosa non avvenuta - ad avere provocato un crollo delle prestazioni erogate dall'ospedale Villa Sofia.

Era il 26 marzo dell'anno scorso quando la Borsellino veniva sentita dai pubblici ministeri. Il giorno seguente l'allora commissario dell'ospedale Giacomo Sampieri si dimetteva prima della revoca del mandato. Sampieri e Tutino erano stati destinatari di un avviso di garanzia per truffa, abuso d'ufficio e peculato. Ipotesi gravi per le quali le indagini sono ancora in corso e che si aggiungevano al buco nel bilancio di Villa Sofia. Buco che, da solo, secondo la Commissione sanità dell'Ars, era già sufficiente a dare il benservito a Sampieri, nominato dal presidente della Regione, Rosario Crocetta, e dallo stesso assessore Borsellino. Ora di quella parentesi gestionale segnata dai conti in rosso si torna a parlare in ambito giudiziario.

Il pubblico ministero Luca Battinieri, che ha chiesto l'archiviazione dell'indagine a carico di Dario Sajevo, il chirurgo plastico tirato in ballo da Tutino, si era affidato ad un collegio di periti composto da tre medici per giungere alla conclusione che le cartelle cliniche non erano state gonfiate. Per ultimo, però, assieme al procuratore aggiunto Leonardo Agueci, il pm decise di sentire la versione della Borsellino. "La vicenda del macroscopico buco di bilancio - scrive il giudice Lorenzo Matassa nel decreto di archiviazione - prodottosi nell'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello in concomitanza con la gestione del commissario Sampieri era già stata sottoposta all'attenzione dell'assessore Lucia Borsellino la quale, interrogata in ordine alle possibili dinamiche casuali si era espressa in termini negativi, rappresentando che, quantanche le truffe fossero state effettivamente commesse, ciò non avrebbe mai potuto giustificare un disavanzo di così eclatante portata".

Il giorno della convocazione in Procura, la Borsellino aveva ricevuto dal dipartimento della programmazione strategica i dati del bilancio dell'ospedale da cui emergeva, così disse ai pm, "un disavanzo significativo che ammonterebbe a 13 milioni di euro". La Borsellino aveva chiesto dei chiarimenti: "La Direzione aziendale sostiene che questo disavanzo deriva da una convergenza di fattori, da una parte sicuramente l'abbassamento della produzione, dall'altra il fatto che il confronto avviene con un anno, quello precedente, il 2012, in cui si registrava una produzione maggiore, a loro dire per l'erogazione di prestazioni inappropriate... a quanto mi dicono gli uffici, anche questo elemento (si riferisce alla vicenda delle Sdo ndr) non potrebbe essere addotto come causa esimente di un disavanzo di questa entità...". Conclusione: "Riteniamo non possa essere quella una causa esimente dell'intera somma che è stata registrata". Era altrove, nelle responsabilità manageriali, che andava rintracciata la causa dei conti in rosso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

# Le "strampalate" denunce di Tutino Archiviata l'inchiesta su Villa Sofia

Martedì 14 Aprile 2015 - 06:00 di Riccardo Lo Verso

Articolo letto 3.609 volte

Il Gip archivia l'inchiesta su Dario Sajeva ma soprattutto "smonta" il metodo del sistematico ricorso alla denuncia da parte di Matteo Tutino, il primario della Chirurgia plastica dell'ospedale palermitano, politicamente vicino al presidente della Regione. Ed è stato proprio Rosario Crocetta a fare pervenire all'ufficio giudiziario l'ultimo di una lunga serie di esposti firmati da Tutino.



Matteo Tutino, primario della Chirurgia plastica di Villa Sofia

**PALERMO - È molto più di un'archiviazione per la persona finita sotto inchiesta. È un pesante atto d'accusa** contro chi fece aprire l'indagine sul collega che l'aveva preceduto alla guida del reparto. La decisione del giudice "smonta" il metodo del sistematico ricorso alla denuncia da parte di Matteo Tutino, il primario della Chirurgia plastica dell'ospedale Villa Sofia di Palermo politicamente vicino al presidente della Regione. Ed è stato proprio Rosario Crocetta a fare pervenire all'ufficio giudiziario l'ultimo di una lunga serie di esposti firmato da Tutino.

**Il primario puntava il dito contro il suo predecessore, Dario Sajeva, la cui posizione è stata ora archiviata.** Tutino, a pochi mesi dal suo arrivo nella struttura sanitaria, dipinse il reparto come il regno del malaffare e delle truffe, pieno di insidie per le casse pubbliche e di pericoli per la salute dei pazienti. Le indagini dei pubblici ministeri rovesciano la prospettiva laddove il Gip parla di "una serie di vicende più o meno strampalate, la cui rilevanza penale è sembrata dubbia sin dal principio". Il giudice per le indagini preliminari Lorenzo Matassa è tranciante: "L'inchiesta ha evidenziato l'infondatezza del coacervo accusatorio reiterato nei mesi dal denunciante". E si spinge ad affermare che "il caso è chiuso se non sotto il profilo di un grave atto calunnatorio ai danni del dottore Dario Sajeva", che è assistito dall'avvocato Giovanni Di Benedetto.

**L'ultima denuncia di Tutino è di pochi giorni fa. L'11 marzo scorso è stato "l'onorevole Crocetta"** a girare all'ufficio del Gip - come viene ricordato nel decreto di archiviazione - l'ultimo esposto firmato Tutino "a mezzo del quale l'attuale direttore segnalava un ulteriore caso di malagestio omologo a quelli precedenti. Anche in questo caso, il denunciante per grave ignoranza della disciplina interna o per dolo calunnatorio (questo ancora non è dato sapere), sorvola sempre sugli stessi dati di fatto che hanno confutato il suo suggestivo teorema".

**Tutto inizia nel settembre 2013. Tutino, nominato dal commissario di Villa Sofia, Giacomo Sampieri** (nel marzo del 2014 entrambi hanno ricevuto un avviso di garanzia con le ipotesi di peculato, abuso in atti d'ufficio e truffa ai danni del servizio sanitario nazionale per la gestione di alcuni interventi chirurgici), e gradito al presidente della Regione (il primario non ha mai nascosto l'amicizia che lo lega al governatore siciliano ndr), si insedia e denuncia di avere scoperto un giro di cartelle cliniche "gonfiate" per ottenere rimborsi più pesanti. Lo scandalo avrebbe riguardato le "schede di dimissioni ospedaliere", le cosiddette Sdo. Quelle su cui si basa il rimborso per le prestazioni che l'azienda ottiene dalla Regione. Tutino dice di avere scoperto che nel 2012 il reparto ha incrementato il fatturato di 800 mila euro rispetto al 2011. Sono i numeri che il primario è chiamato a migliorare. Impossibile riuscirci, dice Tutino visto che i numeri del passato, racconta, sono il frutto di "una situazione allamante" che denuncia alla Digos, alla Procura della Repubblica e all'assessore Lucia Borsellino. Secondo il neo primario, semplici interventi diagnostici sarebbero stati spacciati per terapeutici, facendo così schizzare il budget ottenuto dall'azienda. Un meccanismo che sarebbe all'origine di un altro dato definito "inquietante": Villa Sofia, pur eseguendo circa la metà degli interventi degli altri ospedali siciliani, ha ottenuto quasi lo stesso fatturato di unità più complesse. Ciò sarebbe accaduto perché una cinquantina di casi operati sarebbero stati descritti, senza averne i parametri, come interventi ad alto peso e complessità.

**Le indagini, però, hanno dimostrato, scrive il giudice Matassa,** che "valeva l'inverso, ovvero che si trattava di interventi ad alta

complessità e rischio solo in apparenza derubricabili a trattamenti di bassa levatura". C'è di più. Alle accuse sul calo del fatturato il sindacato Cimo allora replicò sostenendo che fosse la gestione Sampieri-Tutino ad avere provocato il crollo di circa 13 milioni di euro. Oggi il giudice solleva pesanti dubbi sul comportamento del chirurgo plastico. "Sinistra complementarietà è sembrata avvincere le gravi accuse rivolte da Tutino alla precedente gestione della Chirurgia plastica di Villa Sofia - si legge nell'archiviazione - ed il macroscopico calo di fatturato che ha investito il reparto da quando il predetto sanitario si è insediato al vertice. Tale circostanza, alla luce delle risultanze, getta più di qualche dubbio sulla serenità del personaggio nell'additare coram populo (l'inviso) collega come fautore di perniciose e sistematiche strategie fraudolente. L'esito del giudizio medico-legale espresso dal collegio di consulenti, nel confutare in maniera troncante gli addebiti, induce al sospetto che, più di stigmatizzare una prassi di marcata illegalità portata avanti dalla gestione uscente del reparto - prosegue il provvedimento - occorresse ricercare un salvacondotto espiatorio al drastico decremento di budget calato, a mo' di spada di Damocle, sul nuovo direttore della Chirurgia plastica, con tutte le negative ripercussioni in ordine al raggiungimento degli obiettivi programmatici che, per contratto, fanno da presupposto al rinnovo del primariato".

Anche Lucia Borsellino, sentita dal procuratore aggiunto Leonardo Agueci e dal sostituto Luca Battinieri, aveva escluso che ci potesse essere un collegamento fra la vicenda Sdo e il calo di produttività del reparto: "La Borsellino aveva detto che, quandanche le truffe fossero state effettivamente commesse, ciò non avrebbe mai potuto giustificare un disavanzo di così eclatante portata". Le dichiarazioni della Borsellino assieme all'esito delle lunghe indagini hanno portato la stessa procura a chiedere l'archiviazione dell'inchiesta su Sajeva accusato di falso e truffa.

La vicenda delle Sdo non fu l'unica denunciata dal neo primario. E qui il giudizio di Matassa si fa ancora più duro: "Che il dottore Tutino abbia particolare familiarità nel sottoporre avventate letture delinquenziali delle condotte altrui, è testimoniato anche dagli esiti dell'istruttoria investigativa condotta su altre vicende oggetto di denuncia, una delle quali di assoluta gravità, ma tutte rivelatesi radicalmente infondate".

Tutino parlò di interventi eseguiti con lame non sterilizzate ("Giammai alcun paziente avrebbe potuto correre rischio di infezione", scrive ora il giudice); bollò come un'intimidazione la rottura di una porta del reparto ("accadimento del tutto accidentale scollato da qualsiasi fantomatico movente intimidatorio"); consegnò un dossier su un presunto traffico di farmaci in cui erano inserite le fotografie di alcuni operai accanto ad un camion con il logo di un cavallo. Sul punto la conclusione degli investigatori è stata netta e ancora una volta viene riportata dal giudice che parla di "fantomatico traffico di farmaci". Nessun mistero: il logo incriminato era quello di una ditta di trasporti regolarmente autorizzata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Edizioni:

Palermo

Catania

Trapani

Agrigento

Messina

Caltanissetta

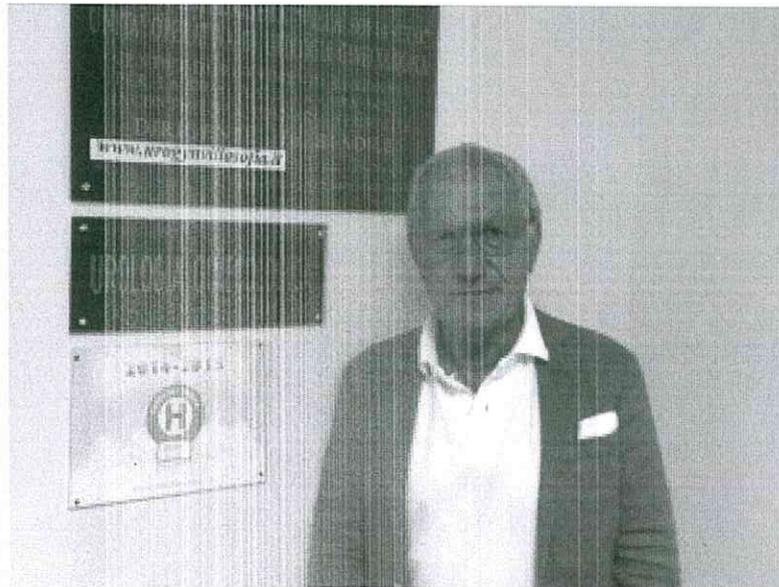
Enna

Ragusa

Siracusa

# Trattamento chirurgico della fistola vescico-vaginale. Dal 16 al 18 aprile all'Ospedale Cervello un workshop Sicilia-Africa con interventi chirurgici live

DI INSALUTENEWS · 14 APRILE 2015



*Dott. Biagio Adile – Direttore dell'Unità operativa di Uroginecologia dell'Azienda Villa Sofia Cervello e Presidente della Mips*

Palermo, 14 aprile 2015 – Un workshop didattico, con interventi chirurgici live, per un confronto a livello medico sulla tecnica chirurgica per una patologia, quale la fistola vescico-vaginale, che nel continente africano ha un'alta incidenza soprattutto nel *post partum*. Una collaborazione fra partner palermitani ed africani, porterà circa 200 fra medici e operatori italiani ma anche di Europa e Africa, per tre giorni a Palermo, dal 16 al 18 aprile, all'aula magna "Vignola" dell'Ospedale Cervello, per affrontare questa specifica tematica.

L'International Workshop sul Trattamento chirurgico della fistola vescico-vaginale e del diverticolo uretrale, con inizio lavori alle 13.30 di giovedì 16 aprile, è organizzato dal dr. Biagio Adile, Direttore dell'Unità operativa di Uroginecologia dell'Azienda Villa

Sofia Cervello e Presidente della Mips, in collaborazione con il prof. Sherif Mourad, membro dell'International Continence Society, che da anni si occupa del trattamento chirurgico di tali patologie in tutto il continente africano, in collaborazione con la Mips (Mediterranean Incontinence and PelvicFlor Society), l'Aiug e la Pacs (Pan ArabContinence Society).

Un evento che si presenta all'insegna della piena operatività perché la sala chirurgica multimediale del Cervello sarà collegata in video e audio con l'aula magna "Vignola" per gli interventi dal vivo. Saranno sottoposti ad interventi chirurgici per fistole vescico-vaginali da traumi ostetrici e dopo chirurgia ginecologica, pazienti africane e italiane che avranno la possibilità di usufruire del supporto medico ospedaliero del personale di Villa Sofia Cervello, e grazie alla collaborazione delle società umanitarie internazionali che hanno sostenuto il loro trasferimento. Verranno ad operare specialisti dal Mozambico, dall'Egitto e dal Brasile e dodici corsisti avranno la possibilità di partecipare agli interventi direttamente in sala operatoria.

"La Sicilia – sottolinea Biagio Adile – si pone ancora una volta, stavolta in campo medico, come ponte tra i paesi del bacino del Mediterraneo e l'Africa, per un tema di grande attualità in campo medico. Se per l'Europa e per i paesi economicamente più avanzati, infatti, le fistole sono solamente un ricordo, legato raramente al parto e più spesso alla chirurgia oncologica o alla radioterapia, per i paesi in via di sviluppo, purtroppo, sono una realtà frequente e con conseguenze drammatiche. Solamente in Etiopia, che conta più di 80 milioni di abitanti, il tasso di mortalità materno- infantile è mille volte maggiore rispetto ai paesi industrializzati e circa 9.000 donne ogni anno soffrono di tali patologie. Circa il 90% dei parti avvengono senza assistenza medica, spesso in zone rurali, ed anche quando si creano delle condizioni patologiche come la sproporzione feto pelvica, il parto deve espletarsi obbligatoriamente per via vaginale, con alto indice di mortalità materno infantile ed alta incidenza di fistole vescico-vaginali o retto-vaginali in chi sopravvive. Le conseguenze per chi è portatrice di fistola sono devastanti. Le donne infatti spesso vengono abbandonate dal marito e, anche quando riescono a tornare nella loro famiglia di origine per via del cattivo odore che emanano e per le continue infezioni, vengono emarginate o addirittura allontanate dalla stessa famiglia, o costrette a vivere in capanne isolate. Gli attuali flussi migratori clandestini fra l'altro rendono la tematica ancora più attuale con la concreta possibilità di dover operare nel nostro paese pazienti africane con grosse fistole".

Il programma del workshop prevede nella prima parte gli argomenti legati all'epidemiologia, all'eziopatogenesi, alla diagnostica e al trattamento delle fistole, mentre la seconda parte sarà dedicata ai diverticoli uretrali.

*fonte: ufficio stampa*

## LA SICILIA DIVISA IN DUE

VERTICE ALLA MADONNA DELL'ALTO CON L'ASSESSORE BORSELLINO, IL MANAGER DELL'ASP CANDELA E ALTRI DIRIGENTI

# Madonie, potenziato l'ospedale di Petralia e le postazioni del 118 Riattivata l'Ortopedia

● Il servizio di elisoccorso protratto per 24 ore, un infermiere di area critica a bordo delle ambulanze. Soddisfatti i sindaci

Candela ha anche comunicato la nomina di due nuovi primari, Carlo Cottone (già al Pronto soccorso) al reparto di Medicina, e Domenico La Tona ad Anestesia.

Mario Li Puma  
PETRALIA SOTTANA

●●● La disastrosa situazione della viabilità nelle Madonie, esistente già prima del cedimento del pilone autostradale, ha messo in luce anche il problema della sanità e dei collegamenti con i centri maggiori. Nel corso di un vertice, le massime autorità della sanità regionale e gli amministratori locali, che si sono incontrati ieri all'ospedale «Madonna dell'Alto» di Petralia Sottana, hanno dato l'ok a un piano d'emergenza per il nosocomio madonita.

Presente l'assessore regionale alla Sanità Lucia Borsellino (che visitava l'ospedale di Petralia per la prima volta) il direttore dell'Asp Palermo Antonio Candela, il direttore sanitario dell'Asp Giuseppe Noto, il responsabile della centrale operativa del 118 Fabio Genco e il direttore del distretto sanitario di Petralia Gianfranco Licciardi. «Ho visto la strada per arrivare qui - ha esordito l'assessore Borsellino - e mi rendo conto degli interventi necessari, soprattutto sulle postazioni del

118».

Ad illustrare nei dettagli il piano di emergenza ai sindaci e agli operatori sanitari è stato il direttore generale dell'Asp, Antonio Candela. Il piano prevede, tra le altre cose, di riattivare la funzione di Ortopedia con tre medici e la guardia attiva di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria nell'ospedale di Petralia Sottana. Fra gli interventi immedia-

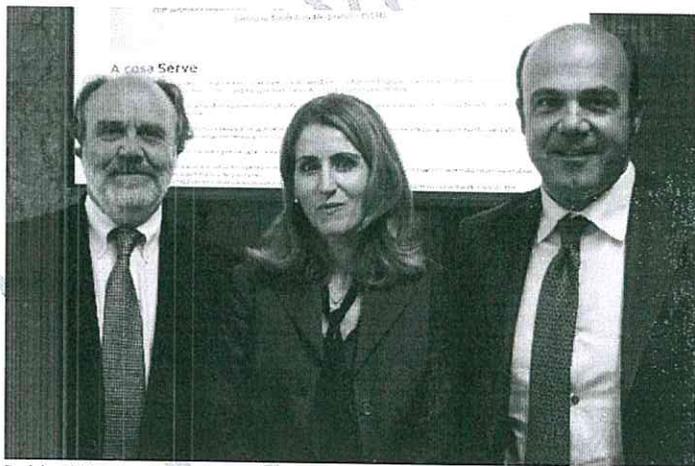
### DEVIAZIONE E TURISMO

#### Mappa dei luoghi da visitare per chi viaggia

●●● La chiusura dell'autostrada Palermo-Catania, per la rivista di cultura, natura e cibo in Sicilia [www.siciliaweekend.info](http://www.siciliaweekend.info), è «occasione per un nuovo sviluppo turistico in un'area che abbraccia tutte le Madonie ed anche il Niseno». [www.siciliaweekend.info](http://www.siciliaweekend.info) ha elaborato un itinerario ed una mappa visibili sull'home page della testata giornalistica - con le principali attrazioni che i centri da cui si dovrà necessariamente passare offrono agli automobilisti. (SARA)

tamente esecutivi c'è il potenziamento dell'elisoccorso, che sinora effettuava un servizio di dodici ore al giorno e che adesso sarà disponibile 24 ore su 24, quindi anche di notte, non solo per Petralia Sottana, sede dell'ospedale, ma per tutti quei comuni madoniti che dispongono di un campo di calcio illuminato e che abbiano altri requisiti. Per il servizio di elisoccorso potranno essere utilizzati i campi sportivi dei comuni di Petralia Sottana, Alimena, Ganci, Geraci, Petralia Soprana, Castellana e Caltavuturo, mentre per eventuali trasferimenti secondari potranno essere utilizzati i nosocomi di Enna e Caltanissetta. Inoltre, si è deciso di potenziare le attività delle postazioni del 118 a Caltavuturo, Bompietro e Scillato, con l'aggiunta di un infermiere di area critica a bordo. Sarà riattivata la postazione di Polizzi Penrose. All'Anas sarà chiesta, oltre alla manutenzione delle strade, la segnaletica e l'illuminazione. Soddisfatti i sindaci presenti.

A margine dell'incontro Candela ha comunicato la nomina di due nuovi primari, Carlo Cottone (già primario del pronto Soccorso) anche al reparto di Medicina, al posto di Nino Russo andato in pensione, e di Domenico La Tona neo primario dell'anestesia. (MLP)



Da sinistra il direttore sanitario dell'Asp Giuseppe Noto, l'assessore regionale alla Sanità Lucia Borsellino e il direttore generale dell'Asp Antonio Candela, protagonisti del vertice con gli amministratori locali delle Madonie

## Si potenzia il "Madonna dell'Alto"

SANITÀ. L'assessore Borsellino a Petralia annuncia interventi per l'emergenza. Attesa oggi verdetto Tar su Cefalù

ANTONIO FIASCONARO

Sarà potenziato l'ospedale "Madonna dell'Alto" di Petralia Soprana in vista dell'emergenza viabilità che si è abbattuta a causa della frana del viadotto Himera sull'autostrada Palermo-Catania. Lo ha annunciato l'assessore alla Salute, Lucia Borsellino che ieri ha visitato il nosocomio delle Alte Madonie. L'assessore si è impegnata a far rientrare alcuni interventi di potenziamento dell'ospedale nello stato di emergenza che la Giunta di governo regionale chiederà allo Stato centrale. Uno stato di emergenza che investe le Madonie che l'assessore Borsellino, per la prima volta in visita all'Ospedale Madonna dell'Alto, ha potuto costatare direttamente. Oltre alla Borsellino all'incontro erano presenti il direttore dell'Asp Antonio Candela, il direttore sanitario Giuseppe Noto, il responsabile

del 118 Genco e il direttore sanitario Gianfranco Licciardi. Ad illustrare nei dettagli il piano di potenziamento del presidio ai sindaci e agli operatori sanitari è stato il direttore dell'Asp Antonio Candela. Dal confronto sono venute fuori alcune proposte che saranno eseguite ad iniziare dall'elisoccorso che da h12 passerà ad h24 non solo per l'ospedale ma anche per quei Comuni madoniti che dispongono di un campo di calcio illuminato ed hanno alcuni requisiti. Saranno potenziate alcune postazioni del 118 con aumento orario e la presenza di un infermiere di area critica a bordo che al momento erano scoperte quali quelle di Caltavuturo, Bompietro e Scillato. Sarà riattivata la postazione di Polizzi Generosa e attivata la funzione di ortopedia con tre medici. I trasferimenti dei malati potranno avvenire anche negli ospedali di Caltanissetta ed Enna. L'Assessore si

è anche impegnata ad intervenire presso l'Anas affinché possa eseguire la manutenzione delle strade. Soddisfatti della proposta i vari sindaci tra i quali quello di Petralia Soprana Pietro Macaluso.

Ed intanto restano con il fiato sospeso nove Comuni delle basse Madonie a causa della decisione del Tar di Palermo che ieri avrebbe dovuto, nel corso di un'udienza, decidere se concedere o meno la sospensiva del ricorso presentato dal sindaco di Cefalù, Rosario Lapunzina e dai suoi colleghi degli altri otto Comuni interessati. A decidere saranno i giudici della terza sezione del Tar di Palermo (presidente Calogero Ferlisi). Il sindaco di Cefalù, Rosario Lapunzina continua a ribadire che la deroga deve essere inviata «dall'assessore alla Salute, Lucia Borsellino al ministro Beatrice Lorenzin, ma di fatto non è finora accaduto nulla a parte le chiacchiere».



L'ASSESSORE BORSELLINO IERI ALL'OSPEDALE DI PETRALIA SOTTANA

IL VERTICE

## Madonie, sos sanità: potenziato l'elisoccorso



Lucia Borsellino  
assessore regionale  
alla Salute

ALTRE postazioni del 118, ambulanze più attrezzate, elisuperfici nei campi sportivi e nuovi reparti di periferia. La Regione lancia un piano straordinario per i nove comuni delle Madonie isolati dalla frana che ha portato alla chiusura di un tratto dell'autostrada Palermo-Catania. Il rischio per le ambulanze di rimanere intrappolate nelle strade provinciali gruviera è altissimo. Per questo l'assessorato alla Salute ha chiamato a raccolta a Petralia Sottana i sindaci del comprensorio (Bompietro, Polizzi Generosa, Alimena, Petralia Sottana, Petralia Soprana, Gangi, Castelbuono, Castellana Sicula, Blufi), la Protezione civile e i vertici dell'Asp di Palermo.

Un vertice convocato d'urgenza per stabilire come assicurare a chi sta male la possibilità di arrivare in ospedale in tempi celeri. «Un lavoro di squadra — dice l'assessore Lucia Borsellino — in

una situazione in cui alla grave emergenza il territorio ha risposto con senso di responsabilità». Le postazioni del 118 di Caltavuturo, Bompietro e Scillato saranno attive 24 ore su 24 e l'ambulanza avrà sempre a bordo un infermiere. Polizzi Generosa riavrà l'ambulanza, mentre a Petralia Sottana la piazzola dell'elisoccorso resterà aperta costantemente. La Protezione civile si è impegnata ad aprire entro quattro mesi una seconda elisuperficie a Petralia Sottana. Per i mezzi aerei saranno inoltre messi a disposizione i campi sportivi dei vari comuni. L'Asp attiverà a Petralia Sottana i reparti di Ortopedia e la guardia 24 ore su 24 di Pediatria e Ginecologia. Nel documento si fa appello anche all'Anas affinché si impegni a fare la manutenzione delle strade provinciali e ad attivare percorsi esclusivi per i mezzi di soccorso.

Giusi Spica

OTIPRODUZIONE RIPRODUZIONE

UN ERRORE NEL DECRETO BLOCCA L'ATTIVITÀ DEI CENTRI CONVENZIONATI. L'ASSESSORATO PROMETTE UN NUOVO TESTO ENTRO LA SETTIMANA

## Stop alla fecondazione assistita: mancano i codici per le convenzioni

GIUSI SPICA

L'ULTIMA beffa per cinquemila aspiranti genitori che ogni anno si rivolgono ai centri di procreazione medicalmente assistita è il decreto pubblicato sulla Gazzetta ufficiale della Regione il 27 marzo: le tariffe e i ticket finali sono, mancano i codici per le convenzioni con i centri autorizzati. Uno «strafalcione» che di fatto blocca l'intera attività: i centri degli ospedali pubblici non hanno ancora aperto i battenti per mancanza di camici bianchi e attrezzature e tutto è appaltato ai privati. Che però, in assenza dei contratti con il servizio sanitario, non possono applicare le agevolazioni per le famiglie. E così, dopo quasi tre anni di battaglie, avere un figlio in provincia in Sicilia rimane un percorso a ostacoli.

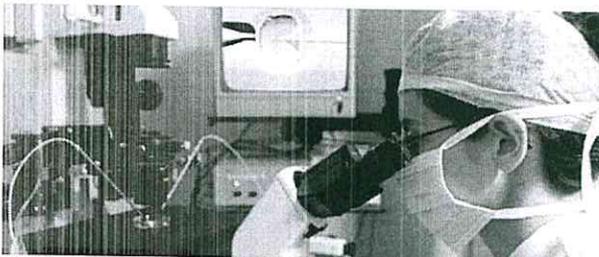
Basta scorrere l'elenco dei decreti — ben cinque — emanati dall'assessorato dal 2012 per avere un'idea. L'ultimo è del 28 gennaio: stabilisce le tariffe per la procreazione eterologa con gameti di donatori esterni e assegna i codici per il rimborso delle prestazioni con le varie tecniche. Per i candidati genitori che non superano i 50 mila euro di reddito sono previsti ticket che vanno dai mille euro per l'omologa ai 1.500 per l'eterologa. Ma ci sono voluti due mesi perché il provvedimento fosse pubblicato in Gazzetta. Adesso ecco il nuo-

### I PUNTI

**IL SUPERTICKET**  
In Sicilia il ticket per la procreazione medicalmente assistita varia da 1.000 a 1.500 euro

**L'ETEROLOGA**  
Sono oltre 500 le coppie siciliane in lista d'attesa per sottoporsi al trattamento

**LE PRESTAZIONI**  
Sono più di 5 mila le coppie siciliane che si rivolgono ai centri di riproduzione



vo intoppo: i codici identificati per le strutture abilitate non ci sono.

«Una dimenticanza non da poco — denuncia il deputato regionale del Pd Concetta Raia — che impedisce agli uffici di espletare l'iter burocratico. Quindi attualmente i siciliani hanno sulle loro spalle l'intero costo dei trattamenti». A piazza Ottavio Ziino si corre ai ripari: «In settimana l'assessore firmerà un nuovo decreto che stabilisce i codici. Chiederemo che venga pubblicato con urgenza in Gazzetta». Nell'attesa solo le sei strutture pubbliche inserite nel network regionale possono applicare i ticket. Peccato che nessuna sia pronta a partire: al Cannizzaro di Ca-

tania, centro di riferimento regionale, c'è solo una biologa rispetto ai tre previsti e non è ancora attivo il numero verde per le prenotazioni. In alto mare sono pure l'ospedale Santo Bambino del Policlinico catanese, il Papardo a Messina e il centro che nascerà dall'accorpamento tra Policlinico di Palermo, Villa Sofia e Ingrassia. Interamente da costruire sono poi le unità operative del Garibaldi a Catania e del Sant'Elia a Caltanissetta.

Gli unici centri pronti sono i privati, che l'anno scorso hanno eseguito il 90 per cento dei 3.300 cicli eseguiti nell'Isola, ma senza convenzione non possono applicare i ticket. A Catania sono l'Umr, che viaggia sui mille ci-

cli all'anno, e il Centro di riproduzione assistita. A Palermo l'Andros, il centro Ambra della clinica Demma, il centro di biologia della riproduzione della casa di cura Candela e il centro Genesi di Giuseppe Valenti. Le famiglie in lista d'attesa, quasi 500 solo per l'eterologa, annunciano battaglia: «Aspettiamo

Protestano i comitati delle coppie in attesa del trattamento  
"Cure troppo costose, per noi le agevolazioni sono fondamentali"

una risposta dal 2012 — dice Sebastiano, portavoce del comitato di Val di Catania — molti di noi contano nelle agevolazioni per potere accedere a cure molto costose».

Sotto accusa ci sono anche i superticket: «In Lombardia — dice Nino Guglielmino, responsabile del centro Umr e dell'associazione Hera — il contributo è di appena 37 euro. Chiediamo non solo che vengano stabiliti i codici per le strutture accreditate, ma anche che vengano rivisti i costi. Sarebbe ora che l'assessorato riunisse la commissione permanente sulla procreazione istituita dal decreto per mettere fine a questa confusione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Sanità24

Stampa

Chiudi

14 Apr 2015

## Ecco la manovra 2015 con i tagli che valgono 2,35 mld

Roberto Turno

**Anteprima.** Ripiano fino al 50% nel 2018 per lo sfioramento del budget per i dispositivi medici, che sarà del 30% nel 2016 e del 40% nel 2017. Medici messi alle strette, con la riduzione del trattamento economico accessorio per i dipendenti o degli incentivi per i convenzionati, se non rispetteranno le regole e prescriveranno prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale inappropriate. Rivoluzione in arrivo per il Prontuario farmaceutico. Stretta e rinegoziazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi e di dispositivi medici. Addio a 15 centrali operative del 118. Oggi un nuovo tavolo e l'attesa dell'Ok dell'economia. E domani il rendez vous finale. È ormai pronto il testo dell'intesa, da tradurre con ogni probabilità in decreto legge, sui tagli da 2,352 mld per il 2015 tra Governo e Regioni.

Nel mirino anche i ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza, come le prestazioni di specialistica ambulatoriale. I risparmi (non quantificati) anche sul personale per l'applicazione degli standard ospedalieri.

**Farmaci, rivoluzione.** Mentre sui farmaci, con l'anticipo a fine giugno della revisione del Prontuario, si punta a:

- a) sviluppare la metodologia che utilizzerà nell'individuazione dei raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, condividendone i principi con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle aziende farmaceutiche;
- b) individuare i raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, comprendenti specialità medicinali a brevetto scaduto e/o soggetti a copertura brevettuale;
- c) identificare, nell'ambito di ogni raggruppamento, i sottogruppi di confezioni che consentono la medesima intensità di trattamento, ovvero le confezioni che - sulla base delle analisi contenute nell'ultimo rapporto AIFA-OSMED - consentono la dispensazione del medesimo valore totale di dosi definite giornaliere (DDD);
- d) fissare il prezzo massimo di rimborso a carico del SSN in corrispondenza della confezione con il prezzo al pubblico più basso, ponendo il differenziale di prezzo superiore a quello massimo di rimborso a carico del cittadino;
- e) pubblicare nel sito Aifa l'elenco dei raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili e provvedere periodicamente all'aggiornamento, nonché pubblicare l'elenco dei relativi prezzi massimi di rimborso a carico del SSN. Di conseguenza, tali prezzi di rimborso saranno riportati anche nelle liste di trasparenza AIFA, composte ai sensi dell'art. 9, comma 5, del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138, convertito, con modificazioni dalla Legge 8 agosto 2002, n. 178.

**Riforma della disciplina di definizione del prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale.** Si attribuisce all'AIFA il potere di rinegoziare con le aziende

farmaceutiche, in riduzione di almeno il 20% , il prezzo di un medicinale biotecnologico alla scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile.

***Revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-result, risk- cost-sharing, success fee)*** . Aifa potrà di rinegoziare in riduzione con le aziende farmaceutiche il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata (payment-by-result, risk/cost-sharing, success-fee), già concordato sulla base degli accordi sottoscritti in sede di contrattazione del prezzo del medicinale. La rinegoziazione si applica quando i benefici (outcome) rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio Aifa dopo almeno due anni di commercializzazione, risultano inferiori rispetto a quelli attesi e garantiti nell'ambito dell'accordo negoziale.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

**Tabella 2**

**Verifica tetti dispositivi medici normalizzati con incidenza % privato**

Regione	TOTALE FINANZIAMENTO STATO	Incidenza % privato su totale spesa	Tetto di spesa vigente 4,4% corretto con incidenza %privato	Valore assoluto tetto 4,4% normalizzato	TETTO SPESA DISPOSITIVI MEDICI (4,4% a livello nazionale e regionale)	Differenza tra valore assoluto vigente e teorico normalizzato	Spesa effettiva preconsuntivo 2014	scostamento rispetto al tetto 4,4%
	(1)	(2)	(3) = 4,4% * Tot.col. 2 / fig. col. 2	(4) = col. 1 * col. 3	(5) = col. 1 * 4,4%	(6) = col. 4 - col. 5	(7)	(8) = 7 - 4
PIEMONTE	8.145.621	32,1%	4,7%	382.399	358.407	23.991	446.714	64.315
VALLE D'AOSTA	226.222	20,6%	7,3%	16.546	9.954	6.592	12.564	- 3.982
LOMBARDIA	17.900.613	39,7%	3,8%	679.817	787.627	- 107.810	786.342	106.525
PROV. AUTON. BOLZANO	889.455	20,6%	7,3%	64.950	39.136	25.814	59.509	- 5.441
PROV. AUTON. TRENTO	931.477	33,5%	4,5%	41.937	40.985	952	53.205	11.268
VENETO	8.868.544	31,7%	4,7%	420.911	390.216	30.695	500.620	79.709
FRULI VENEZIA GIULIA	2.207.790	23,3%	6,5%	142.775	97.143	45.632	156.867	14.092
LIGURIA	3.091.542	31,3%	4,8%	148.585	136.028	12.557	156.983	8.398
EMILIA ROMAGNA	8.114.097	30,3%	5,0%	402.772	357.020	45.752	446.404	43.632
TOSCANA	6.888.951	24,9%	6,1%	416.883	303.114	113.769	446.576	29.693
UMBRIA	1.663.680	24,9%	6,1%	100.799	73.202	27.597	116.895	16.096
MARCHE	2.868.423	28,4%	5,3%	151.900	126.211	25.690	190.800	38.900
LAZIO	10.358.685	39,8%	3,8%	391.667	455.782	- 64.115	495.139	103.472
ABRUZZO	2.435.284	30,5%	4,9%	120.080	107.153	12.928	177.698	57.618
MOLISE	582.251	40,0%	3,8%	21.916	25.619	- 3.703	36.276	14.360
CAMPANIA	10.355.417	37,3%	4,0%	418.616	455.638	- 37.022	372.758	- 45.858
PUGLIA	7.303.269	39,1%	3,8%	280.996	321.344	- 40.348	458.438	177.442
BASILICATA	1.062.938	30,0%	5,0%	53.330	46.769	6.561	49.298	- 4.032
CALABRIA	3.542.175	34,4%	4,4%	155.114	155.856	- 742	119.613	- 35.501
SICILIA	8.910.069	37,5%	4,0%	357.550	392.043	- 34.493	396.373	38.823
SARDEGNA	2.921.579	29,1%	5,2%	151.358	128.549	22.808	174.398	23.040
<b>Totale nazionale</b>	<b>109.268.084</b>	<b>34,2%</b>	<b>4,4%</b>	<b>4.807.796</b>	<b>4.807.796</b>	<b>-</b>	<b>5.653.470</b>	<b>845.674</b>

# Sanità24

Stampa

Chiudi

14 Apr 2015

## Medici: se il lavoro in corsia diventa una guerra. La survey di Anaaio giovani

Anaaio giovani\*

Un medico sottoposto a un carico lavorativo eccessivo, in una situazione critica di forte disagio umano e professionale. Un professionista sotto stress, che vive la propria attività lavorativa come causa importante di ripercussioni negative sulla sua vita privata, che gestisce da solo dai 12 fino ai 22 e più pazienti al giorno, che svolge dalle 7 alle 16 guardie al mese, con un numero di guardie notturne che va dai 4 agli 8 turni, che spesso, per problematiche organizzative connesse alle carenze d'organico, è costretto a lavorare anche dopo il turno notturno, che non riesce a usufruire della pausa pranzo in orario di lavoro, che non ha tempo per coltivare un hobby o uno sport, accumulando oltre 150 ore annue di straordinario, che difficilmente potranno essere recuperate o monetizzate. È l'identikit dei camici bianchi ospedalieri che emerge dalla survey promossa da Anaaio giovani. Un monitoraggio che svela le conseguenze su più livelli di una «deregulation» dell'orario lavorativo. Anche quelle sulla salute fisica e mentale del medico che, oltre a soffrire di malattie cardiovascolari e metaboliche, presenta rilevanti disturbi del sonno e psicologici. Infatti, se la traduzione letteraria dall'inglese del termine burnout corrisponde a “bruciato” e “fuso”, la nostra survey dimostra inequivocabilmente che il medico di oggi, indipendentemente dall'età, è un professionista emotivamente labile o più semplicemente stressato.

**Le finalità della survey.** La terza survey di Anaaio giovani lanciata on-line l'8 ottobre 2014 e conclusa il 28 febbraio 2015 si è concentrata sulle problematiche connesse all'aumento dei carichi di lavoro tra i medici operanti nella sanità pubblica. Il progressivo de-finanziamento del Ssn (le Regioni hanno stimato tagli intorno ai 31 miliardi di euro dal 2010 al 2014) ha determinato importanti riduzioni delle dotazioni organiche attraverso processi di riorganizzazioni, prepensionamenti e blocco del turnover. Progressivamente e inevitabilmente la conseguenza è stata quella di un aumento dei carichi di lavoro per i medici rimasti in servizio. A ciò si aggiunga che il mancato ricambio del personale medico produrrà ulteriori effetti negativi, in un futuro molto prossimo, a causa della mancata trasmissione inter-generazionale delle conoscenze professionali e tecniche. A parità di costi, la maggiore utilizzazione della forza lavoro ha determinato un aumento del numero delle prestazioni pro-capite a scapito di un evidente peggioramento delle condizioni lavorative divenute più gravose e rischiose.

Come già precedentemente segnalato da un report Anaaio, un incremento importante e prolungato dell'orario di lavoro è associato non solo a un peggioramento oggettivo delle performance cognitive e a un incremento del rischio clinico, ma anche a un incremento del rischio di malattie per gli operatori e della sindrome da burnout. Il burnout, tradotto letteralmente dall'inglese in “bruciato”, “fuso”, indica una condizione di esaurimento emotivo che colpisce prevalentemente gli operatori di professioni a elevato investimento relazionale come quelli del settore sanitario. Il medico o infermiere sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi inizia a

perdere progressivamente l'empatia fino al raggiungimento della "morte professionale", ossia la completa indifferenza verso la propria professione. E tutto ciò, oltre ad avere degli evidenti effetti drammatici sul piano individuale, ha degli indubbi effetti negativi particolarmente sul piano organizzativo e lavorativo con il calo della qualità del servizio, il calo della performance e l'aumento dell'assenteismo.

**Modalità di campionamento e caratteristiche del campione intervistato.** La survey ha coperto l'intero territorio nazionale. La popolazione è stata suddivisa seguendo la classificazione abitualmente adottata dall'Istat, ovvero Centro (Umbria, Toscana, Lazio e Marche), Meridione (Molise, Puglia, Calabria, Basilicata, Abruzzo e Campania), Isole (Sardegna e Sicilia), Nord e restanti regioni. Esattamente come per le precedenti è stata diffusa attraverso social network come Facebook e Twitter, linkando la stessa in gruppi di medici afferenti a diverse specialità, attraverso email prevalentemente aziendali di medici, attraverso newsletter su testate mediche specializzate e sul sito Anaaio Assomed. Il bias (lo scostamento) dell'indirizzo Ip e dell'indirizzo rispondente è stato pressoché nullo avendo incrociato i due dati, così come irrilevante è stata la possibilità di risposte da parte di individui estranei alla nostra professione vista la specificità delle domande. Non tutte le domande sono state completate ma i dati ottenuti sono stati considerati attendibili perché il bias è stato sterilizzato dalla numerosità del campione.

Hanno risposto al nostro questionario 1.925 medici con una relativa omogeneità nei sessi (il 43,68% dei responder è di sesso femminile, il 56,32% di sesso maschile). Per quanto riguarda l'età il nostro campione è maggiormente rappresentativo (827 medici) della fascia di età tra i 51 e i 60 anni pari al 42,96% del totale degli intervistati, 431 (22,39%) sono invece i responder appartenenti alla classe di età tra i 41-50 anni, 291 (18,75%) quelli della classe di età tra i 30-40 anni e 280 (14,55%) quelli con età > di 60 anni. Solo 26 (1,35%) sono rappresentativi della classe medica con età inferiore ai 30 anni (grafico 1).

Questo dato è in linea con il fatto che l'Italia è nel panorama europeo al primo posto per il numero di medici over 50 (età media medici Ssn 50,3).

La maggior parte degli intervistati esercita la sua attività professionale in una Regione del Nord Italia (852 pari al 44,23%). Il 35,05% (674) lavora in una regione del Centro Italia, l'8,88% (171) lavora in una delle Isole e solo l'11,84% (228) in una regione del Sud Italia. Le Regioni più rappresentate sono l'Emilia Romagna (14,6%) seguita dal Piemonte (14,34%), dal Veneto (10,81%) e dalla Lombardia (9,97%). Hanno inoltre prevalentemente risposto medici che lavorano in grandi centri urbani (Torino 9,36%, Roma 7,48%, Milano 3,48%). Analizzando la distribuzione delle risposte bisogna per prima cosa evidenziare come la domanda non richiedeva la regione di nascita ma la regione dove si prestava l'attività lavorativa. Negli anni la riorganizzazione ospedaliera, con i tagli imposti dai piani di rientro ha prevalentemente interessato le Regioni del Sud determinando una migrazione verso le regioni del Centro-Nord. Inoltre la maggior parte delle Università è concentrata proprio nel Centro-Nord.

**La condizione contrattuale.** Ai nostri intervistati è stato anche chiesto quale tipo di contratto di lavoro avessero (determinato, indeterminato, atipico, di formazione specialistica o di specialista ambulatoriale) e da quanto tempo (meno di 5 anni, tra i 5 e i 15 anni, oltre i 15 anni). Questo per valutare se anche la mancanza di certezze in ambito lavorativo specie con i contratti a tempo determinato o atipici possa influire negativamente sulla percezione dei carichi di lavoro e favorire l'eventuale sviluppo della sindrome da burnout. In linea con l'età anagrafica dei responder, la maggior parte ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni (56,34%) e quindi assunto prima del 2000 (58,25%). Solo il 7,17% ha un contratto a tempo indeterminato da meno di 5 anni. Nel complesso il 90,25% degli intervistati (1.738) è comunque titolare di un contratto a tempo indeterminato. Solo lo 0,42% dei responder ha un contratto da specialista ambulatoriale e solo l'1,19% ha un contratto atipico (Co.Co.Co, Co.Co.Pro, interinale, libero professionale). L'esiguo numero di risposte da parte di questa categoria di professionisti è anche

dovuta al fatto che la maggior parte di questi non ha ultimato la compilazione del questionario. La motivazioni vanno verosimilmente ricercate nelle caratteristiche stesse della nostra survey che affronta criticità tipiche della "vita" ospedaliera e quindi maggiormente "sentite" dai professionisti ospedalieri assunti con contratti stabili. "Splittando" la popolazione in studio rispetto alla provenienza geografica è possibile rilevare come i medici delle regioni del Nord abbiano raggiunto l'anzianità dei 5 anni in percentuale maggiore (56,8%) rispetto ai medici del centro e meridione (37,6% e 37,1%). Percentuali intermedie sono state riscontrate per i responder delle isole (48,1%).

Andando nel dettaglio per classi di età, i medici (grafico 2) con età inferiore a 30 anni (in totale 26) hanno prevalentemente un contratto di formazione specialistica (92,4%) e solo il 7,6% ha un contratto a tempo determinato. Il numero esiguo di responder non permette di fare stime precise sul tasso occupazionale di questa categoria. In aggiunta, verosimilmente, la survey non ha intercettato i medici laureati che non lavorano ancora.

Per quanto riguarda la classe di età tra i 30-40 anni (361 totali) la maggior parte (45,5% pari a 162 in valore assoluto) dei responder ha un contratto a tempo indeterminato tra 5-15 anni. Il 22,6% (81) ha un contratto a tempo indeterminato da meno di 5 anni, il 17,4% (60) è in formazione specialistica, mentre il 7,5% ha un contratto a tempo determinato (34) e atipico (26). Nella classe di età tra i 41-50 anni (431) il 67% (288) ha un contratto a tempo indeterminato da 5 a 15 anni, il 22% (94) da più di 15 anni e il 6% (28) da meno di 5 anni. Il 4% (19) ha un contratto a tempo determinato e meno dell'1% atipico e di specialista ambulatoriale. L'86% (711) dei responder della classe più numerosa (tra i 51-60 anni) ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni, l'11% (91) ha un contratto a tempo indeterminato tra 5 e 15 anni e circa l'1% ha un contratto a tempo indeterminato (11) e determinato (13) da meno di 5 anni. Per la classe di età tra i 61 anni e oltre i 65 anni il 94% ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni e il 4% da 5 e 15 anni.

Nel complesso non si sono registrate particolari differenze nella distribuzione dei contratti tra le varie regioni d'Italia e in particolare tra le quattro macro-aree (Nord, Centro, Sud e Isole).

Per il 73,59% dei responder da almeno 2 anni non viene assunto alcun medico nella propria Unità operativa mentre per quasi la metà del campione (48%) da almeno 5 anni (grafico 3). Ciò si verifica prevalentemente (40,78%) nelle Regioni sottoposte negli ultimi anni a piani di rientro. In queste Regioni si sono avuti tagli negli organici fino al 15%, sfruttando i pensionamenti, senza una reale programmazione, non compensando la contrazione dei contratti indeterminati nemmeno con contratti a tempo determinato (rapporto Oasi 2014, Cergas Bocconi).

**Carichi di lavoro in eccesso.** Come indicatori del carico di lavoro sono stati considerati il numero di pazienti seguiti mediamente dal singolo medico: il 54% dei responder visita un numero di pazienti tra 0 e 11, il 20,6% tra 12 e 16, il 25,4% tra 17 e oltre i 22 pazienti (grafico 4). Il numero di pazienti assegnati al singolo medico è maggiore nelle regioni settentrionali rispetto al Centro, al Sud e alle Isole. Questo è verosimilmente da imputare alla politica dei tagli dei posti letto effettuata che continuerà anche con i nuovi standard ospedalieri appena approvati. Coerentemente con questi dati, il 91,95% del nostro campione reputa di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo se pur la maggior parte degli intervistati (62,54%) non conosce precisamente la definizione dei carichi di lavoro e solo il 37,47% ritiene che la determinazione dei carichi di lavoro per Unità operativa venga utilizzata per il calcolo e la definizione dell'organico. Secondo le nostre conoscenze nessuna o poche Asl utilizzano i carichi di lavoro in modo codificato per il calcolo della dotazione organica.

Per quanto riguarda i turni di lavoro notturno, il 33,3% degli intervistati effettua da 1 a 3 turni mensili, il 25,5% da 4 a 5 turni, il 10,8% tra 6 e 7, e il 5% più di 8 turni (grafico 5).

Quasi un terzo dei responder (33 %) svolge attività clinica dopo il turno notturno (grafico 6).

Questo dato è estremamente preoccupante se si considera che l'articolo 7 (Riposo giornaliero) del

decreto legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003 sancisce per il lavoratore il diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Va da sé che dopo il turno notturno il lavoratore deve necessariamente avere un adeguato periodo di riposo.

Nel complesso sommando i turni di guardia notturni con i turni di guardia diurna (domenica e festivi) più di un terzo degli intervistati (39,2%) effettua tra 7 e 16 turni di guardia mensili (grafico 7). Occorre considerare che l'aumento del numero dei turni notturni incrementa esponenzialmente il rischio di patologie neoplastiche e malattie cardio-vascolari e in assenza di un adeguato periodo di riposo peggiora la performance cognitiva.

**Se lo straordinario diventa fattore ordinario.** Altro indicatore che la nostra survey ha sondato come possibile fattore inducente lo stress in ambito lavorativo è il numero delle ore di straordinario annue. Quasi il 40% dei responder effettua tra le 150 e oltre 250 ore di straordinario/anno (grafico 8). Un dato estremamente curioso risiede nel fatto che circa il 5,1 per cento non ha idea di quante ore di straordinario effettui durante l'anno.

Secondo l'articolo 5 del decreto legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003, il lavoro straordinario è ammesso solo previo accordo tra il datore di lavoro e il lavoratore per un periodo che non superi le 250 ore annuali ed è possibile solamente per garantire la continuità assistenziale ovvero per prestazioni con caratteristiche di eccezionalità, rispondenti a effettive esigenze di servizio. Da ciò deriva come lo straordinario non possa e non debba essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro (Ccnl integrativo 10 febbraio 2004, articolo 28) cosa che invece appare inconfutabilmente dalla survey. Il 67,8% dei responder attribuisce la necessità delle ore di straordinario alla cronica carenza organica conseguente per più della metà degli intervistati (55,9%) all'incapacità organizzativa degli apparati di Direzione. Solo il 7,5% ritiene di lavorare in condizioni ottimali. Coerentemente con queste deduzioni, ovvero che le ore di straordinario imposte corrispondono a importanti carenze di organico, il 41,7 per cento degli intervistati afferma di non potere recuperare le ore in eccedenza prodotte durante l'anno. Va inoltre segnalato che le stesse ore non sono oggetto nemmeno di una retribuzione economica. Solo il 25% degli intervistati ottiene il pagamento delle ore di straordinario accumulate in regime di guardia attiva o pronta disponibilità.

Se a ciò si aggiunge il mancato adeguamento stipendiale (lamentato dal 30,7% degli intervistati) conseguente al negato scatto di anzianità, per gli aventi diritti appare evidente l'imponente penalizzazione economica subita dai professionisti sanitari negli ultimi anni. Più della metà inoltre non riesce a usufruire di tutti i giorni di ferie previsti nell'anno solare (grafico 9).

**Considerazioni finali.** In questi ultimi anni caratterizzati da cospicui tagli finanziari, il medico si trova sempre più isolato e privo di quel ruolo sociale goduto nel passato, a difendere il diritto fondamentale alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, dovendo far fronte, per giunta, alla ormai cronica carenza di ricambio del personale secondaria al blocco del turnover e a una sciagurata politica di risparmio basata anche sulla de-capitalizzazione dei valori professionali. Possiamo affermare che il burnout e lo stato di salute sono condizioni provocate dallo stesso ambiente lavorativo. Il medico oggi è stretto in una morsa che lo vede vittima e non attore: da una parte, subisce imponenti riorganizzazioni sanitarie che falciano ospedali, posti letto, organici, con dichiarazioni di esuberi che bloccano la possibilità di nuove assunzioni, dall'altra è spettatore di bombardamenti mediatici che annunciano come nel Ssn si annidino imponenti sprechi, ma senza, purtroppo, indicare le reali possibilità di recupero di tali risorse. A noi medici viene, comunque, richiesto di operare senza supporti tecnologici, organizzativi e logistici adeguati, basti pensare che in altri Paesi europei, come la Germania o la Francia, l'investimento nel sistema sanitario è di 30 miliardi di euro superiore e la dotazione di posti letto arriva al 6-8 per 1.000 abitanti, mentre in Italia ci avviamo, con la implementazione dei nuovi standard ospedalieri, al 3,7, comprendendo la post-acuzie e la riabilitazione. I politici che "urlano" alla medicina difensiva e alla mala gestione come fenomeni da contrastare per recuperare risorse, non possono esimersi dal denunciare anche le proprie di responsabilità, come

la mancata legiferazione in tema di responsabilità professionale, accettando con coraggio che tali risorse siano reinvestite per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del sistema sanitario e in capitale umano che ne rappresenta il bene più importante e insostituibile. Ben vengano quindi le iniziative lanciate da diverse associazioni al fine di ridurre gli sprechi in sanità, coinvolgendo tutti gli stakeholder (cittadini, professionisti, organizzazioni sindacali, politica, aziende sanitarie, ordini professionali). Ne citiamo solo alcune quali "Slow Medicine" con il progetto italiano di "Choosing Wisely" dal titolo "Fare di più non significa fare meglio" e il progetto della fondazione Gimbe "Salviamo il nostro Ssn", con il quale vengono individuati una serie di principi a favore della sostenibilità del sistema sanitario.

\***Andrea Rossi** (responsabile Anaaio Giovani Veneto)

**Paola Gnerre** (componente Dir. naz.le Anaaio Giovani)

**Dario Amati** (resp. Anaaio Giovani Macro Regione Nord)

**Matteo D'Arienzo** (resp. Anaaio Giovani Emilia Romagna)

**Gabriele Romani** (Anaaio Giovani)

**Fabio Ragazzo** (componente Dir. naz.le Anaaio Giovani)

**Carlo Palermo** (vice segret. naz.le vicario Anaaio Assomed)

**Costantino Troise** (segretario nazionale Anaaio Assomed)

**Domenico Montemurro** (resp. nazionale Anaaio Giovani)

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

# Sanità24

Stampa

Chiudi

14 Apr 2015

## Chiamparino: «Nel 2015 limitiamo i danni, ma il prossimo anno serviranno risorse»

Roberto Turno

«Quest'anno ce la possiamo fare senza tagliare i servizi ai cittadini. Ma se il prossimo anno non ci sarà un adeguamento delle risorse, il rischio che saltino alcuni servizi sarà reale». Sergio Chiamparino, governatore del Piemonte e rappresentante dei presidenti di regione, mette i classici puntini sulle "i". E alla vigilia dell'accordo atteso per domani dal Governo sui tagli da 2,35 mld alla spesa sanitaria, spiega dove e come incideranno le misure in cantiere.

### **Presidente Chiamparino, ce la farete domani ad arrivare allo show down col Governo sui tagli da 2,35 mld alla sanità?**

Al tavolo tecnico è stata sostanzialmente trovata un'ipotesi comune. Ma, come si dice: mai dire gatto finché non lo hai nel sacco. Anche se, in questo caso, non saprei dire chi sia nel sacco. Nel 2015 potremmo con grande sforzo cercare di limitare i danni, anche se andremo incontro a un aumento di costi dovuto soprattutto all'immissione di nuovi costosi farmaci. Margini di razionalizzazione della spesa ce ne sono, anche accelerando la centralizzazione degli acquisti. Vedremo.

### **Dove ridurrete la spesa sanitaria?**

Per due terzi la manovra riguarderà l'acquisto di beni e servizi, poi la farmaceutica e l'appropriatezza. In prospettiva si può risparmiare anche con l'applicazione dei nuovi standard ospedalieri. Ma attenzione: nel 2016 sarà indispensabile un adeguamento delle risorse. Lo dico ora per allora. Anche per questo abbiamo chiesto al Governo un incontro sull'attuazione del Def. A differenza dell'anno scorso vogliamo arrivare alla legge di stabilità 2016 senza sorprese, con soluzioni condivise. Salvaguardando i saldi di finanza pubblica, ma insieme assicurando alle regioni di poter corrispondere ai bisogni di salute degli italiani.

Renzi dice che non aumenterà le tasse: e le regioni? Già fioccano addizionali.

Io parlo per il Piemonte, ma quel che vale per la mia regione vale per tutte quelle sotto piano di rientro. Siamo stati costretti ad aumentarle perché sostanzialmente commissariati per i buchi di bilancio ereditati. In Piemonte lo abbiamo fatto salvaguardando i redditi fino a 30mila euro. Per quanto mi riguarda, gli aumenti, che hanno escluso l'Irap, non sono arrivati per colpa del Governo e dei tagli: è l'effetto della situazione pre-fallimentare che ho trovato.

### **Meno asl, meno poltrone, dice il premier. Soluzione giusta?**

Ridurre le asl è una soluzione giusta alla quale noi e altre regioni stiamo già lavorando. Più che per ridurre le poltrone, serve farlo per costruire dimensioni di governo adeguate e fare più efficienza.

### **Per l'accordo di mercoledì col Governo servirà un decreto legge?**

Credo di sì, ma vedremo. Certo serve celerità, perché i tagli si applicheranno non per un anno, ma

per 7-8 mesi. E poi: auspico che contestualmente ci siano anche il riordino di Aifa, Iss e Agenas. Sono riforme indispensabili anche per attuare i risparmi in agenda.

### **Cambieranno i ticket?**

Certo va fatta una riflessione. Per studiare il contrasto a evasione ed elusione. E capire se sono ancora adeguati ed equi.

### **Ci sono dubbi sulla sostenibilità del Ssn: servono nuovi modelli di finanziamento, un ruolo più incisivo dei Fondi integrativi?**

Con tutti i suoi limiti, il Ssn è considerato per efficacia di prestazioni e spesa tra i migliori in Europa e al mondo. Io sono per la sanità pubblica che collabora e opera in sinergia con quella privata, secondo le linee indicate dal pubblico. Non demonizzo il privato o i Fondi integrativi. Già ci sono e possono essere utili a integrare l'Ssn. A Torino con la ripresa del progetto della "Città della salute" vogliamo far convergere capitali pubblici e privati. Per gli investimenti questa collaborazione è molto importante.

### **Tornando all'accordo col Governo, davvero saranno tagli indolori per gli italiani?**

Nel 2015 possiamo farcela senza tagliare i servizi. Ma nel 2016 dovrà esserci un adeguamento delle risorse. Altrimenti a quel punto il rischio che saltino alcuni servizi sarà reale.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

# Sanità24

Stampa

Chiudi

13 Apr 2015

## **Renzi: «Nel Def nessun taglio a Regioni e Comuni per la sanità ma se mai razionalizzazioni della spesa con la stretta sulle Asl»**

Nessun taglio ulteriore a Regioni e Comuni, già alle prese con la sforbiciata da 2,3 miliardi di euro imposta dalla legge di Stabilità 2015, ma semmai «razionalizzazioni nella spesa sanitaria». Perché «vi pare possibile che ci siano Regioni con 7 province e 16 Asl?». Così il premier Matteo Renzi, durante la conferenza stampa in cui venerdì scorso ha presentato il Def, ha indicato la direzione dell'ulteriore giro di vite che in un'ottica di razionalizzazione dovrebbe contenere gli sprechi nel Ssn. Ora il Def sarà inviato alle Camere perché si esprimano sugli obiettivi programmatici in tempo utile per la trasmissione del Programma di Stabilità e del Programma nazionale di Riforma al Consiglio dell'Unione europea e alla Commissione europea entro il 30 aprile.

Inevitabili le reazioni, a partire da Fiaso, la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso): «Non è una bocciatura, ma un'ipotesi difficile da attuare e i cui risultati e risparmi si potrebbero avere tra diversi anni», spiega Ilde Coiro, coordinatore regionale della Fiaso. «Renzi - ha aggiunto - può avere ragione nei numeri, 22 Asl sono troppe ma occorre ragionare sul bacino di utenza delle Regioni. Nel Lazio non sarebbe possibile un accorpamento o un taglio con un popolazione così numerosa per ogni distretto sanitario». Sulle barricate il governatore del Veneto Luca Zaia: «Di fronte a tanta sfrontatezza, condita dalla scarsa conoscenza delle caratteristiche della realtà di cui parla, c'è da rimanere allibiti. Caro Renzi #staisereno perché anche sul numero delle Asl, da ben prima che lui lo usasse a sproposito ieri, stiamo lavorando e sono imminenti grosse sorprese, proprio perché in Veneto non si taglia e non si aggiungono tasse e ticket. Renzi pensi alla sua sconquassata e sprecona machina statale, che al Veneto ci pensano i Veneti».

Intanto, come previsto, le uniche misure economiche concrete contemplate nel Def approvato dal Consiglio dei ministri sono quelle della manovra di contenimento della spesa prevista dalla legge di Stabilità e recepita dalle Regioni per un importo di oltre 2,3 mld a partire dal 2015. Si riduce così il Fondo sanitario che passa dai 112,062 miliardi del Patto siglato a luglio 2014 ai 109,7 del Def per il 2015. Ridotto anche quello del 2016 che passa da 115,444 miliardi del Patto ai 113,111. Tagli che «non piacciono ai medici: «Invece di tagliare gli sprechi - spiega Costantino Troise, segretario nazionale del principale sindacato della dirigenza medica, Anaa Assomed - governo e Regioni riducono i servizi ai cittadini. Questi tagli - aggiunge - rappresentano un ulteriore elemento di deriva del Servizio sanitario nazionale, che si impoverisce sempre di più. Di risorse economiche e umane. In un'ottica tutta proiettata verso un pareggio di bilancio che sembra sempre più lontano da essere conseguito. Insomma - sottolinea Troise - governo e Regioni ci propongono ricette vecchie».

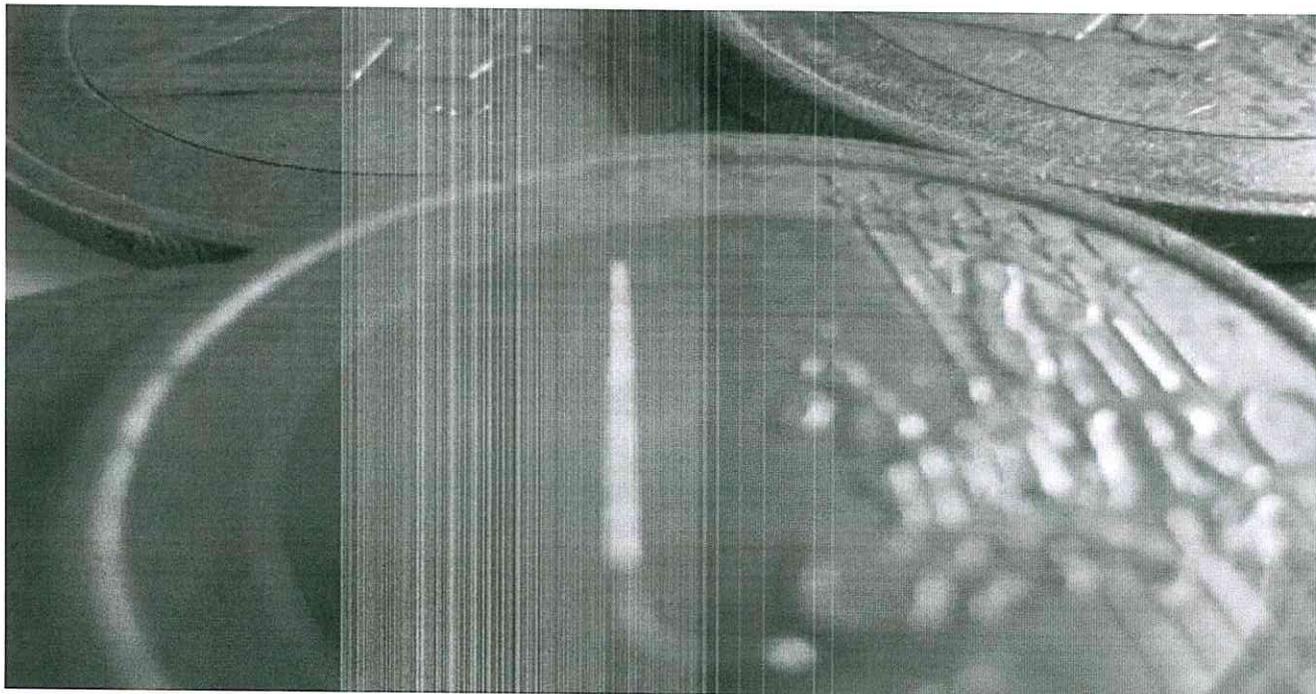
Ironico il segretario nazionale della Fp Cgil medici, Massimo Cozza, che ha repplicato twittando così al premier Renzi, che nel corso della conferenza stampa post Cdm aveva ribadito il concetto del costo della siringa, «che in Calabria deve costare come in Lombardia». «A forza di continuare con i tagli il problema per i cittadini - scrive Cozza - sarà trovarla la siringa».

**Il programma nazionale di riforma.** Nella terza sezione del Def, vale a dire il Programma nazionale di riforma, nel capitolo welfare e salute, il Governo fissa per il prossimo triennio alcuni obiettivi già contenuti nel Patto per la Salute, e che definiscono i contorni del Servizio sanitario nazionale dei prossimi anni. «Il Servizio sanitario nazionale - si legge nel documento - ha oggi di fronte una sfida assistenziale imponente per conciliare il mantenimento degli standard e dei risultati conseguiti con le esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica. In questo comparto vi sono gli spazi per la riduzione di aree di spreco e per l'allineamento delle spese ai costi standard. La sostenibilità finanziaria del Ssn nel medio-lungo periodo, anche in relazione alle tendenze demografiche in atto, ha come punto di partenza lo sviluppo del modello di governance del settore sanitario. Allo stesso tempo si basa sul ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di garantire prestazioni rivolte a chi ne ha effettivamente bisogno». Per il Governo, una delle prime azioni da mettere in campo è quella di «predisporre il nuovo Piano nazionale di prevenzione, attraverso la modifica e l'aggiornamento dello strumento vigente, prestando attenzione: alla prevenzione di tutti i comportamenti a rischio, alle tossicodipendenze, al piano nazionale per le vaccinazioni e agli interventi per la sicurezza sul lavoro». E ancora. «Sistematizzare la raccolta di dati in modo da rendere operativo il fascicolo sanitario elettronico a aiutare così anche le valutazioni dei decisori. In generale dare impulso all'informatizzazione dei processi di assistenza, allo sviluppo e alla diffusione della sanità elettronica in modo che la sanità in rete divenga una componente strutturale del Ssn». In tema di programmazione sanitaria, «sarà fondamentale perfezionare il nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016, sancito con l'intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 in fase di avanzato confronto con le Regioni, definendo gli aspetti finanziari e programmatici tra Governo e Regioni correlati al Ssn». Nello specifico: «avviare il riordino della rete ospedaliera nel rispetto dei nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi e consolidare in tutte le Regioni le forme organizzative innovative della medicina territoriale fondate sulle aggregazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per consentire l'ulteriore trasferimento di attività a livello territoriale e favorire l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Individuazione dei costi e dei fabbisogni standard».

Contemporaneamente a tali attività «il ministero dovrà dotarsi dei dati necessari per la costruzione degli strumenti di monitoraggio sistematico dei livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso una lettura integrata delle prestazioni erogate ai cittadini nell'ambito dei diversi livelli assistenziali, a partire da quelli ospedaliero e territoriale, con particolare riferimento all'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare e con l'aggiunta di quelle prestazioni erogate in ambiti assistenziali a cavallo tra ospedale e territorio (emergenza-urgenza). Aggiornare i Lea per adeguare l'attività assistenziale alle innovazioni cliniche e tecnologiche verificatesi negli ultimi anni, in particolare nelle aree dell'assistenza specialistica e dell'assistenza protesica ai disabili, e potenziare le attività socio-sanitarie svolte a favore della popolazione non-autosufficiente e con condizioni di fragilità». «Si procederà con maggiore sostegno nelle attività di affiancamento, supportando le Regioni in provvedimenti d iniziative volte a rendere più efficaci ed uniformemente distribuite sul territorio le prestazioni erogate. Proseguiranno le attività sugli accordi sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari, che rivolgono la loro attenzione in maniera sempre più attenta e specifica al miglioramento qualitativo del servizio sanitario regionale, cui è conseguente il controllo e l'efficientamento della spesa sanitaria. Si proseguirà nell'azione strategica finalizzata al riassetto organizzativo e funzionale dell'assistenza primaria, che comporti un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, costantemente nel tempo, da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare con

competenze diversificate».

Nel Pnr si fa infine riferimento al via libera della commissione Igiene e Sanità alla prima legge-cornice sull'autismo. «Il Ddl - si legge - dedica spazio al capitolo formazione. Formazione che significa potenziare il canale scolastico prevedendo nella legislazione nazionale una preparazione ad hoc degli insegnanti di sostegno, ma anche puntare su interventi a tutto tondo, frutto di addestramenti mirati sul territorio, di un'integrazione sociosanitaria necessaria per l'attuazione della legge, della valorizzazione del volontariato e del terzo settore».



P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

**Fecondazione.** La Corte costituzionale oggi si pronuncia sul divieto, per le coppie fertili portatrici di malattie trasmissibili, di screening genetico

# Diagnosi pre-impianto ultimo verdetto

ELVIRA NASELLI

**O**ggi (14 aprile) la Corte Costituzionale si pronuncia ancora sulla legge 40. O meglio su quel poco che ne resta. Stavolta il punto riguarda il divieto d'accesso per le circa due mila

coppie fertili, ma portatrici di malattie genetiche trasmissibili, alle tecniche di procreazione assistita e alla diagnosi genetica pre-impianto (Pgd), che consentirebbe loro di individuare un embrione sano e di evitare il ricorso eventuale ad un'interruzione di gravidanza successiva.

«L'Italia è già stata condannata nel 2012 dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo — precisa Filomena Gallo, avvocatessa delle due coppie che hanno fatto il ricorso e segretario nazionale dell'associazione Luca Coscioni — che ha ritenuto illogico e illegittimo il divieto per le coppie fertili portatrici di malattie genetiche. E, poiché da allora il Parlamento italiano non ha cambiato la legge 40, finora le coppie escluse potevano ricorrere al tribunale o dichiarare il falso per accedere all'esame. Una situazione inaccettabi-

nata per poter effettuare la biopsia senza danni. Poi l'embrione è crioconservato sia per aspettare i risultati dell'esame genetico sia per poterne trasferire uno per volta».

Il prezzo dell'esame dipende dal numero di embrioni esaminati e dal centro ma varia tra 1000 e 3000 euro, cifra che però compensa il costo di eventuali cicli con embrioni congelati non adatti poiché individua l'embrione sano e giusto da impiantare.

«La Pgs non cambia l'embrione — ragiona Mauro Schimberni, dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della Sapienza di Roma — Aiuta a individuare l'embrione giusto e a ridurre il numero di transfer. Inoltre, un embrione così selezionato, ha circa il 50% di possibilità di attecchimento, indipendentemente dall'età. Insomma, grazie alla tecnologia faremmo quello che poi la natura fa, eliminando gli embrioni non idonei dopo l'impianto o impedendo loro di attecchire. La specie umana ha una grande perdita embrionaria, sia nella gravidanza naturale che nella Pma».

Pgs a tutte le donne che si sottopongono

CHI ESEGUE  
IL TEST  
30%  
di chi accede  
alla Pma

SCARSA  
ADESIONE  
Il test si esegue  
nel 18% dei centri  
Pma italiani

le».

Ma che cos'è la Pgd? Innanzitutto è utilizzata ancora poco, e prevalentemente da donne over 40, circa il 30% di chi accede a programmi di Pma (Procreazione medicalmente assistita), perché sono quelle con ri-

a Pma? «Sì, la platea sarebbe quella — sostiene Andrea Borini, presidente Sifes — non è per i costi, ma la tecnica andrebbe spiegata per farne capire i vantaggi».

Er  
di  
ce

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Con la Pgd si preven- gono malattie come la fibrosi cistica e l'atrofia spinale

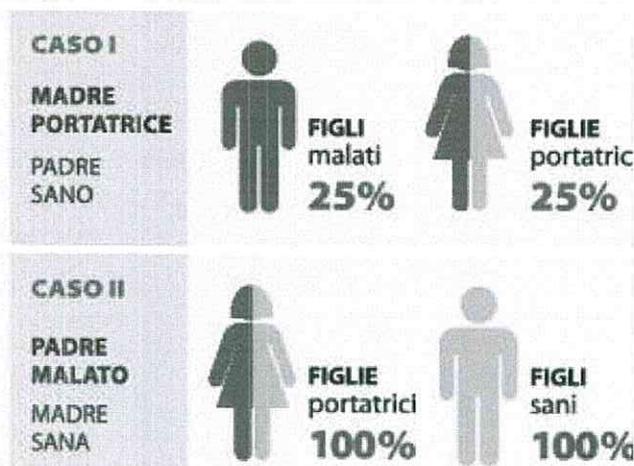
schio aumentato di circa il 50% di anomalie cromosomiche e abortività per il fattore età. La Pgd è un esame molto accurato che consente di diagnosticare oltre diecimila malattie genetiche, tra cui fibrosi cistica, talassemia, atrofia muscolare spinale, e di valutare tutto l'assetto cromosomico. In Italia, però, solo meno del 18% dei centri di procreazione assistita — circa 20 come numero assoluto — esegue l'esame. Sono i dati, gli unici, del primo censimento su base volontaria dei centri Pma di II e III livello, promosso dal centro Genera con Bioroma, e presentati nel corso del recente convegno romano dedicato all'applicazione della Pgd, acronimo di preimplantation genetic screening.

L'esame, che si effettua sull'embrione di cinque giorni prima del trasferimento in utero, è però riservato soltanto alle coppie sterili o infertili con patologie genetiche ereditarie o alle donne con particolari requisiti (età materna avanzata sopra i 35 anni; ripetuti fallimenti di procreazione assistita; abortività ricorrente, più di 3). Restano fuori, appunto, le coppie fertili ma portatrici di patologie genetiche trasmissibili, il cui accesso verrà deciso alla Corte Costituzionale, sollecitata dal ricorso di due coppie.

«La tecnologia è abbastanza complessa — spiega Laura Rienzi, direttore del laboratorio di embriologia dei centri Genera — ed è anche legata alla capacità dell'embriologo di portare l'embrione in quinta o sesta gior-

### LA DISTROFIA MUSCOLARE

■ SANO ■ MALATO ■ PORTATORE GENE SANO DIFETTO



FONTI: ANSA / NATURE / ISS / RSALUTE

### LA NOVITÀ.

## Via libera alla pillola dei cinque giorni dopo

**Prevenzione.** Anche solo dieci minuti di attività fisica due-tre volte a settimana riducono il rischio di trombosi (domani si tiene la Giornata nazionale), e di altre malattie. L'invito: stop alla pigrizia

# I movimenti che fanno bene al nostro cuore

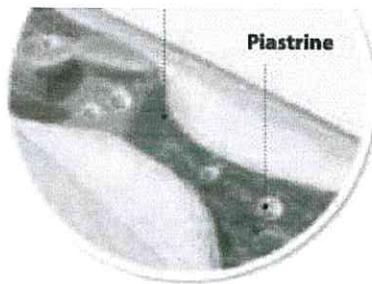
IRMAD'ARIA

**F**ARE anche solo dieci minuti di attività fisica due-tre volte a settimana riduce il rischio di infarto, ictus, trombosi venosa ed embolia polmonare del 20% rispetto all'essere sedentari. A ribadirlo, un recente studio su *Circulation* che ha coinvolto oltre un milione di donne inglesi, età media di 55 anni, e senza precedenti malattie cardiovascolari.

Ma perché l'attività fisica riduce il rischio cardiaco e cerebrovascolare? «Abbassa la pressione del sangue, migliora l'azione dell'insulina sugli zuccheri, abbassa il colesterolo e riduce l'infiammazione di arterie e vene», spiega Lidia Rota Vender, presidente dell'Associazione per la lotta alla trombosi (ALT). «Inoltre, abbassa il livello del fibrinogeno, una proteina che accende il meccanismo della coagulazione del sangue, e migliora il tono dei muscoli che facilitano il ritorno del sangue al cuore attraverso le vene» conclude. Secondo gli autori dello studio, nella definizione di "attività fisica" rientrano tutte quelle attività che fanno sudare e aumentare il battito cardiaco, inclusi i mestieri di casa, camminare, fare giardinaggio o pedalare. E proprio sull'importanza del movimento si basa la campagna di sensibilizzazione organizzata in occasione di domani, Giornata nazionale per la Lotta alla trombosi, dall'associazione Alt che con l'hashtag #ALTpigrizia invita tutti a dire stop alla pigrizia con un selfie e prevenire così le malattie provocate dalla trombosi come ictus, embolia e infarto che colpiscono ogni anno in Italia 600.000 persone e sono la prima causa di morte e di grave invalidità.

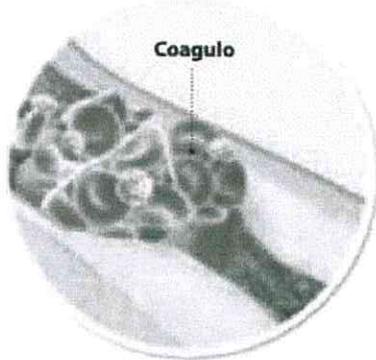
Eppure, solo un italiano su 3 conosce le conseguenze della trombosi e più della metà non sa che sono prevenibili. L'attività fisica gioca un ruolo primario nella prevenzione per tutti i soggetti a rischio, ma soprattutto per le donne. «Il rischio di avere un ictus per la donna aumenta in tre fasi della sua vita: tra i 20 e i 35 anni; tra i 45 e i 55 anni, intorno alla menopausa e poi dopo gli 85 anni» spiega Paola Santalucia, neurologa e vicepresidente di ALT. Nelle donne, infatti, oltre ai soliti e noti fattori di rischio come l'obesità, il fumo e la sindrome metabolica (diabete, ipertensione e sovrappeso/obesità insieme) entrano in gioco altri tipici del sesso femminile: «Cambiamenti ormonali dovuti a terapie contraccettive o naturali come in gravidanza, alcune condizioni patologiche ad essa correlate come la preeclampsia e il diabete gestazionale, la presenza di emicrania con aura e l'abitudine al fumo, e infine i cambiamenti ormonali legati alla menopausa», spiega Santalucia.

Il movimento è prevenzione anche per i ragazzi e i bambini anch'essi colpiti, a sorpresa, da queste malattie. A rivelarlo sono i dati di Ipsys, progetto che coinvolge 24 Centri ospedalieri e universitari, dai quali emerge che ogni anno sono 8.000 i giovani tra i 18 e i 40 anni colpiti da trombosi. Per la prima volta sono stati diffusi anche i dati del Registro Italiano delle Trombosi Infantili (Riti) che coinvolge 156 medici di 51 Centri in 15 Regioni italiane. «Alla luce dei 665 eventi da trombosi in neonati e bambini», ha spiegato Paolo Simioni del dipartimento di Medicina dell'Università di Padova, «è stato possibile comprendere che la trombosi nei piccoli colpisce soprattutto a livello cerebrale, sot-



Piastrine

presenti nel sangue si attivano davanti a una ferita, aderiscono alle pareti dell'arteria danneggiata e si aggregano ad altre piastrine



Coagulo

Si forma velocemente il coagulo, un tappo di piastrine che può rimanere nel posto o andare in giro attraverso il sistema circolatorio

to forma di ictus ischemico e trombosi dei seni venosi cerebrali». I dati rivelano che sono colpiti più i maschi (60% rispetto al 40% delle femmine), intorno ai 4-6 anni. «Purtroppo solo il 6% dei casi sono diagnosticati entro le 3 ore necessarie a impostare una cura efficace, in oltre il 60% la diagnosi avviene tardi, dopo 24 ore». Questo fa aumentare la probabilità di deficit neurologici permanenti e invalidanti.

Nei bambini a giocare un ruolo importante è il sovrappeso: «L'obesità infantile provoca alterazioni del metabolismo e della coagulazione del sangue, arreca sofferenza delle pareti delle arterie e aumenta la probabilità di eventi vascolari come infarto, ictus, embolia», spiega Paola Giordano, direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Ecco perché l'attività fisica è uno strumento di prevenzione cruciale nei bambini e negli adolescenti.

Per aumentare la consapevolezza, quest'anno in tutta Italia la Giornata per la Lotta alla Trombosi sarà dedicata proprio a loro. In particolare, all'Arena civica di Milano, grazie alla collaborazione del Centro Sportivo Italiano e il patrocinio del Coni, 200 ragazzi delle scuole prenderanno parte a una mattinata di giochi a squadre tra cui la "Caccia alla sedentarietà per la coppa buonsenso". A Ferrara si svolgerà una gara di golf mentre a Bari la Federazione Italiana Badminton e la Federazione Pesistica organizzano dei giochi di gruppo. L'elenco completo delle iniziative si trova su [www.giornatatorombosi.it](http://www.giornatatorombosi.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

re. E prevenire nell'80% dei casi, seguendo un'alimentazione sana, astenendosi dal fumo, controllando la pressione arteriosa e la fibrillazione atriale. Per ribadire l'importanza di un corretto stile di vita, ad aprile mese dedicato alla prevenzione dell'ictus cerebrale, Alice Italia Onlus (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale) ha organizzato iniziative di sensibilizzazione, prevenzione ed informazione in di-

con ictus presso la Stroke Unit più vicina. Ancora peggiore la situazione nelle regioni in cui le Stroke Unit non sono neanche presenti e i pazienti ricevono cure non adeguate con gravi conseguenze».

Intanto, le strade per la prevenzione diventano sempre più tecnologiche. Proprio in occasione del mese della prevenzione, infatti, è stata lanciata la App Ictus 3R scaricabile gratuitamente

Psyllogel® Fib  
la tua regola

## LA CAMPAGNA.

# L'ictus si cura ma l'importante è tenerlo lontano

**L'**ICTUS cerebrale è la terza causa di morte nei paesi industrializzati e la prima di disabilità. Ma si può curare. E prevenire nell'80% dei casi, seguendo un'alimentazione sana, astenendosi dal fumo, controllando la pressione arteriosa e la fibrillazione atriale. Per ribadire l'importanza di un corretto stile di vita, ad aprile mese dedicato alla prevenzione dell'ictus cerebrale, Alice Italia Onlus (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale) ha organizzato iniziative di sensibilizzazione, prevenzione ed informazione in di-

verse piazze ed ospedali italiani con testimonial Valentina Vezali.

Urgente garantire a tutti i cittadini parità di cure. «Dato che la terapia trombolitica può essere praticata entro 4-5 ore, è necessario essere in un ospedale con reparto dedicato», spiega Paolo Binelli, presidente di Alice». Fondamentale, quindi, saper riconoscere immediatamente i segnali della malattia, chiamare il 118 e essere indirizzati negli ospedali con Stroke Unit (Unità Emergenza Ictus). «Purtroppo, solo in pochissime regioni è attivo il cosiddetto Codice Ictus che prevede il trasferimento del paziente con ictus presso la Stroke Unit più vicina. Ancora peggiore la situazione nelle regioni in cui le Stroke Unit non sono neanche presenti e i pazienti ricevono cure non adeguate con gravi conseguenze».

Intanto, le strade per la prevenzione diventano sempre più tecnologiche. Proprio in occasione del mese della prevenzione, infatti, è stata lanciata la App Ictus 3R scaricabile gratuitamen-

te dal sito [www.ictus3r.it](http://www.ictus3r.it) e realizzata dai ricercatori del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Firenze e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. «Attraverso questa app si può comprendere come si manifesta, si cura e si previene un ictus, quali possono essere le conseguenze e in che modo intervenire tempestivamente ai primi sintomi», spiega Domenico Inzitari, responsabile Stroke Unit presso l'Ospedale Careggi di Firenze. Viaggia online anche la campagna "Vivi con il cuore" dedicata alla prevenzione dell'infarto nel sesso femminile: ogni anno, infatti, in Italia più di una donna su 3 muore a causa di una malattia del cuore, ma la maggioranza non sa che queste patologie sono la loro prima causa di morte. Oltre al portale, [www.viviconilcuore.it](http://www.viviconilcuore.it), è stata lanciata una App scaricabile gratuitamente, dove le donne possono trovare informazioni sulle malattie del cuore e sulle differenze di genere, con tanti consigli salva-cuore.

*(irmad'aria)*

© RI PRODUZIONE RISERVATA

**Immunologia.** Nel suo laboratorio di Basilea il ricercatore ha individuato il metodo che apre la strada all'uso delle cellule dendritiche per la vaccinazione contro agenti patogeni e tumori. Identificati anche anticorpi neutralizzanti ad ampio spettro

# Scoperto il punto debole dei virus

**COME VENGONO CREATI I FARMACI BIOLOGICI**

PAZIENTE CON IL CANCRO

Isolamento della proteina bersaglio

Produzione delle proteine con ingegneria genetica

Proteine-bersaglio

Anticorpi

**1 IL "BERSAGLIO"** In alcuni tumori le cellule hanno sulla loro superficie una proteina caratteristica, detto in gergo "bersaglio"

**2 MULTIPLICAZIONE** Si individua il gene che produce la proteina e lo si usa per produrre migliaia di copie

**3 PRODUZIONE DI ANTICORPI** Le proteine bersaglio vengono iniettate nei topi. Dopo pochi giorni loro sistema immunitario produce gli anticorpi specifici

LAUREATO in Medicina e specializzato in Pediatria e Malattie infettive a Pavia, Antonio Lanzavecchia è emigrato in Svizzera per continuare le sue ricerche. Da queste il contributo fondamentale per produrre vaccini, anticorpi monoclonali preventivi di Sars, Aviaria ed Ebola o che stanno rivoluzionando la cura del cancro e delle patologie autoimmunitarie. A fianco, pubblichiamo un piccolo glossario per meglio comprendere i termini scientifici.

**ANTONIO LANZAVECCHIA\***

**A**LL'INIZIO degli anni 80, non avendo a disposizione animali per studiare il sistema di difesa, ho coltivato in laboratorio le cellule del sangue umano per "ricostruire" i meccanismi salienti dell'immunità. Riuscii a clonare i linfociti T e B e a scoprire e così come interagiscono con l'antigene. Questo studio definì il meccanismo di cooperazione T-B su cui si basa la difesa operata dagli anticorpi. E dimostrò che queste ricerche si potevano fare direttamente su cellule umane.

Agli inizi degli anni 90, Ralph Steinman (premio Nobel per la medicina 2011), rivelò l'importanza delle cellule dendritiche per l'immunità. Nel mio laboratorio di Basilea elaborammo un metodo per ottenere cellule dendritiche umane in abbondanza dal sangue. Così scoprimmo come le cellule dendritiche stimolano la risposta immunitaria, aprendo la via al loro uso nei vaccini contro microrganismi e tumori.

**RALPH STEINMAN**  
PREMIO NOBEL IN MEDICINA 2011

mente, MERS ed Ebola. In particolare siamo riusciti a identificare per la prima volta anticorpi neutralizzanti ad ampio spettro. Ad esempio: un anticorpo contro tutti i virus influenzali, umani e animali e uno contro quattro virus respiratori diversi. Questi anticorpi riconoscono e attaccano proprio le parti del virus legate alla sua pericolosità. Infatti, se queste parti mutano, il virus perde virulenza. Queste parti quindi sono una sorta di "tallone di Achille" dei virus che consente di colpirli sempre se sono nocivi. L'ampio spettro di attività e l'assenza di mutanti virali suggeriscono che questi anticorpi possano essere sviluppati come farmaci per prevenire o curare queste gravi infezioni respiratorie.

La possibilità di isolare direttamente anticorpi neutralizzanti senza dover conoscere prima il loro bersaglio ha aperto una nuova applicazione nel campo dei vaccini. Del citomegalovirus (causa una grave patologia nel feto e negli immunodepressi), abbiamo isolato anticorpi con altissima capacità neutralizzante e identificato il loro bersaglio molecolare, un complesso di cinque proteine virali. Questo complesso è stato quindi prodotto in laboratorio e testato con successo come vaccino sperimentale che induce molti più anticorpi neutralizzanti dell'infezione naturale. Questo risultato illustra un nuovo approccio ai vaccini che parte dall'analisi degli anticorpi neutralizzanti per identificare il bersaglio molecolare (il tallone d'Achille) che è poi sviluppato come vaccino.

Le metodiche di colture cellulari sviluppate da noi e da altri ci permettono oggi di analizzare in dettaglio la risposta di difesa dell'uomo, non solo per isolare anticorpi, ma anche per chiarire i meccanismi fondamentali che la governano in condizioni normali o patologiche, un presupposto necessario per intervenire nelle patologie infettive, tumorali, allergiche e autoimmuni.

\*Professore di Immunologia Umana ETH Zurigo, Direttore Istituto di Ricerca in Biomedicina, Bellinzona, Svizzera

Cellule di topo + Cellule umane = Base del farmaco

Estrazione delle cellule specifiche con gli anticorpi

**4 FUSIONE DELLE CELLULE**

Le cellule immunitarie del topo che producono gli anticorpi sono fuse con cellule umane e rese immortali. Le cellule immortali producono anticorpi che saranno la base del biofarmaco

Biofarmaco con azione antibersaglio

Cellule tumorali

**A Risultato positivo** Cellule uccise

**B Risultato negativo** Cellule sopravvissute

**5 TEST** Verifica che le cellule cancerose del paziente abbiano la proteina bersaglio sulla loro superficie

**6 TERAPIA** Se il test è positivo il biofarmaco viene somministrato